

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEMÓRIA: LINGUAGEM E SOCIEDADE**

CAROLINA GHIRELLO PIRES

**MEMÓRIA, PSICANÁLISE E SAÚDE PÚBLICA:
A EXPERIÊNCIA DO NASCIMENTO EM WINNICOTT**

**VITÓRIA DA CONQUISTA – BA
AGOSTO DE 2024**

CAROLINA GHIRELLO PIRES

**MEMÓRIA, PSICANÁLISE E SAÚDE PÚBLICA:
A EXPERIÊNCIA DO NASCIMENTO EM WINNICOTT**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade – PPGMLS, como requisito parcial e obrigatório para obtenção do título de Mestre em Memória: Linguagem e Sociedade.

Área de Concentração: Multidisciplinaridade da Memória.

Linha de Pesquisa: Memória, Discursos e Narrativas.

Projeto Temático: Memória e Corpo na Filosofia e na Psicanálise.

Orientadora: Profa. Dra. Caroline Vasconcelos Ribeiro

**VITÓRIA DA CONQUISTA – BA
AGOSTO DE 2024**

P743m

Pires, Carolina Ghirello.

Memória, psicanálise e saúde pública: a experiência do nascimento em Winnicott. / Carolina Ghirello Pires, 2024.

130f.

Orientador (a): Dra. Caroline Vasconcelos Ribeiro.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade, Vitória da Conquista, 2024.

Inclui referência F. 120 – 130.

1. Memória. 2. Psicanálise. 3. Saúde Pública. 4. Nascimento. 5. Donald Woods Winnicott (1896-1971). I. Ribeiro, Caroline Vasconcelos. II. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade. III. T.

CDD: 616.8917

Catálogo na fonte: Karolyne Alcântara Profeta – CRB 5/2134

UESB – *Campus* Vitória da Conquista – BA

Memory, psychoanalysis and public health: the birth experience in Winnicott

Keywords: Memory; Psychoanalysis; Public Health; Birth; Donald Woods Winnicott (1896-1971).

Área de concentração: Multidisciplinaridade da Memória

Mestra em Memória: Linguagem e Sociedade

Banca Examinadora: Profa. Dra. Caroline Vasconcelos Ribeiro – Orientadora (Presidenta), Profa. Dra. Edvania Gomes da Silva (Titular), Profa. Dra. Michele de Freitas Faria de Vasconcelos (Titular).

Data da Defesa: 14 de agosto de 2024

Programa de Pós-Graduação: Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade

FOLHA DE APROVAÇÃO

CAROLINA GHIRELLO PIRES

MEMÓRIA, PSICANÁLISE E SAÚDE PÚBLICA: A EXPERIÊNCIA DO NASCIMENTO EM WINNICOTT

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade – PPGMLS, como requisito parcial e obrigatório para obtenção do título de Mestra em Memória: Linguagem e Sociedade

Local e Data da defesa: Vitória da Conquista/BA, 14 de agosto de 2024.

Banca Examinadora:

Profª. Dra. Caroline Vasconcelos Ribeiro -
Presidente
Instituição: UESB

gov.br Documento assinado digitalmente
CAROLINE VASCONCELOS RIBEIRO
Data: 14/08/2024 14:10:56-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>
Ass: _____

Profª. Dra. Edvania Gomes da Silva
Instituição: UESB

gov.br Documento assinado digitalmente
EDVANIA GOMES DA SILVA
Data: 14/08/2024 14:23:46-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>
Ass.:

Profª. Dra. Michele de Freitas Faria de
Vasconcelos
Instituição: UFS

gov.br Documento assinado digitalmente
MICHELE DE FREITAS FARIA DE VASCONCELOS
Data: 26/08/2024 12:53:44-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>
Ass.:

RESUMO

Esta pesquisa pretende contribuir com o campo de estudos da memória através da análise da relação entre a experiência humana do nascimento e a psicanálise contemporânea, tendo como bússola e horizonte o pensamento, a prática clínica e a obra escrita do pediatra e psicanalista inglês Donald Woods Winnicott (1896-1971), bem como das(os) interlocutoras(es) da sua investigação teórico-clínica na atualidade, além de apontar suas ressonâncias nas políticas públicas de atenção humanizada ao parto e nascimento no Brasil. O traço distintivo do estilo e do pensamento de Winnicott consistiu em assumir, sem reservas, o ponto de vista do bebê, marco metodológico e teórico que abre caminho para todo um novo mundo em pesquisa psiquiátrica, psicológica e psicanalítica, fornecendo novos aportes aos estudos da memória e ao campo dos estudos do parto e do nascimento. O nascimento é o acontecimento mais crítico e menos acessível à nossa memória consciente e, por isso, torna-se decisivo investigá-lo conceitualmente para o desenvolvimento de uma escuta clínica atenta e para ampliação dos conhecimentos sobre o nascimento humano, seja como experiência (isto é, vivenciado como continuidade do ser) ou como trauma (irrupção de intrusões que interrompem aquela continuidade). Para Winnicott, o nascimento sempre deixa seus traços mnemônicos no corpo e na existência, tenha sido ele normal ou traumático. Assim explicitada a articulação entre nascimento, experiência e memória, podemos situar o problema desta pesquisa na seguinte pergunta: como a experiência normal do nascimento e os eventuais processos traumáticos ocorridos durante o parto ou imediatamente após o nascimento contribuem para o entendimento da concepção de memória na psicanálise winnicottiana? Diante do exposto, a pesquisa tem como objetivo geral demonstrar a relação entre trauma, experiência do nascimento e memória a partir da perspectiva psicanalítica de D. W. Winnicott. Para tanto, explicita a concepção de memória presente em psicanálise desde Sigmund Freud, visando circunstanciar suas relações com as contribuições de D. W. Winnicott; analisa as condições de formulação e desenvolvimento do tema da experiência do nascimento em suas obras; por fim, identifica as principais ressonâncias do modelo teórico-clínico de Winnicott na saúde pública brasileira, particularmente no campo de saberes e práticas do parto e nascimento implicados na Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta é uma pesquisa de natureza bibliográfica, direcionada a apontar relações conceituais entre a psicanálise de orientação winnicottiana e o campo de estudos contemporâneos da memória do nascimento, apontando suas possíveis contribuições para os campos da clínica psicanalítica e das políticas públicas ligadas à atenção perinatal. Em termos metodológicos, a pesquisa consiste na leitura, análise e interpretação de fontes primárias – especialmente textos psicanalíticos de Sigmund Freud (Obras completas, de 1895 a 1938) e de D. W. Winnicott (compreendida entre os anos de 1931 e 1971, além das publicações póstumas, editadas a partir de 1972) que examinam os conceitos de inconsciente, memória e nascimento – e de fontes secundárias, tomando como balizas de exploração das suas respectivas teorias; por fim, é realizada a análise do conceito winnicottiano de saúde e suas possíveis articulações com a Política Nacional de Humanização (PNH), a partir da análise de três das suas diretrizes, a saber: acolhimento e vinculação; ambiência; clínica ampliada e compartilhada. Considerar que a memória do nascimento se contrai e se expressa nas mais diversas formas de ser, de sentir, de agir, de se relacionar, de adoecer e de (se) cuidar é de extrema importância para os estudos da subjetividade. Daí que a memória seja destacada, aqui, como problema transversal entre a psicanálise, a psicologia, os estudos do parto e do nascimento e a emergência ético-política da resignificação da experiência do nascimento na cultura contemporânea e, conseqüentemente, das práticas perinatais.

Palavras-chave: Memória; Psicanálise; Saúde Pública; Nascimento; Donald Woods Winnicott (1896-1971).

ABSTRACT

This research aims to contribute to the field of memory studies by analysing the relationship between the human experience of birth and contemporary psychoanalysis, taking as its compass and horizon the thought, clinical practice and written work of the English paediatrician and psychoanalyst Donald Woods Winnicott (1896-1971), as well as the interlocutors of his theoretical-clinical research today, in addition to pointing out its resonances in public policies for humanised labour and birth care in Brazil. The distinctive feature of Winnicott's style and thinking was his unreserved assumption of the baby's point of view, a methodological and theoretical framework that opened the way to a whole new world of psychiatric, psychological and psychoanalytical research, providing new contributions to memory studies and to the field of labour and birth studies. Birth is the most critical event and the least accessible to our conscious memory, which is why it is crucial to investigate it conceptually in order to develop attentive clinical listening and to expand our knowledge of human birth, whether as an experience (i.e. lived as a continuity of being) or as a trauma (irruption of intrusions that interrupt that continuity). For Winnicott, birth always leaves its mnemonic traces in the body and in existence, whether normal or traumatic. Having explained the link between birth, experience and memory, we can situate the problem of this research in the following question: how does the normal experience of birth and any traumatic processes that occur during labour or immediately after birth contribute to an understanding of the concept of memory in Winnicottian psychoanalysis? In view of the above, the general aim of this research is to demonstrate the relationship between trauma, birth experience and memory from the psychoanalytic perspective of D.W. Winnicott. To this end, it explains the concept of memory present in psychoanalysis since Sigmund Freud, with a view to detailing its relationship with D.W. Winnicott's contributions; it analyses the conditions of formulation and development of the theme of the experience of birth in his works; finally, it identifies the main resonances of Winnicott's theoretical-clinical model in Brazilian public health, particularly in the field of knowledge and practices of labour and birth involved in the National Humanisation Policy (PNH) of the Unified Health System (SUS). This is a bibliographical study aimed at identifying conceptual relationships between Winnicottian psychoanalysis and the field of contemporary studies on the memory of birth, pointing out its possible contributions to the fields of psychoanalytic practice and public policies linked to perinatal care. In methodological terms, the research consists of reading, analysing and interpreting primary sources - especially psychoanalytic texts by Sigmund Freud (Complete Works, from 1895 to 1938) and D.W. Winnicott (between 1895 and 1938). Winnicott (between 1931 and 1971, as well as posthumous publications from 1972 onwards) which examine the concepts of the unconscious, memory and birth - and secondary sources, using their respective theories as a guide; finally, an analysis is made of the Winnicottian concept of health and its possible links with the National Humanisation Policy (PNH), based on an analysis of three of its guidelines, namely: welcoming and bonding; ambience; extended and shared clinic. Considering that the memory of birth is contracted and expressed in the most diverse ways of being, feeling, acting, relating, falling ill and (caring for) oneself is extremely important for studies of subjectivity. This is why memory is highlighted here as a cross-cutting problem between psychoanalysis, psychology, labour and birth studies and the ethical-political emergence of the re-signification of the birth experience in contemporary culture and, consequently, perinatal practices.

Keywords: Memory ; Psychoanalysis ; Public Health ; Birth; Donald Woods Winnicott (1896-1971).

Dedico esta pesquisa a toda e cada pessoa que cuida
de uma – às vezes, muitas – vida(s) ao seu redor.

AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro à pesquisa.

Aos(às) professores(as) e servidores(as) do Programa Pós-Graduação em Memória Linguagem e Sociedade (PPGMLS) e da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

À Prof.^a Dr.^a Caroline Vasconcelos Ribeiro, pela orientação desta pesquisa e pela leitura criteriosa do trabalho, sem a qual ele não seria o que é.

Meus respeitosos agradecimentos pelas contribuições da Banca Examinadora (desde a Qualificação), composta pela Prof.^a Dr.^a Edvania Gomes da Silva e pela Prof.^a Dr.^a Michele de Freitas Faria de Vasconcelos, cujas considerações valiosas confirmaram para mim a importância pública e social desta pesquisa.

À Prof.^a Dr.^a Jaqueline Cristina Salles Trindade, por me acompanhar desde o período de graduação na busca de interlocução em torno destas questões e interesses; por ter me apresentado a teoria winnicottiana – com seu ensino generoso e com o talento inspirador das suas pesquisas de mestrado e doutorado –, marcando minha formação como psicóloga, como clínica, como pesquisadora e como a pessoa que sou hoje.

Ao nosso Grupo de Supervisão Clínica, pelos encontros, pela partilha de conhecimentos e pela amizade que criamos durante os últimos anos. Obrigada Jaque, Luana, Fabíola e Sila!

Gostaria de agradecer especialmente às(aos) minhas(meus) analisandas(os), por tudo que ensinam sem o saber. O humor britânico de Winnicott diria, na dedicatória de um dos seus livros mais bonitos: “Aos meus pacientes, que pagaram para me ensinar”. Longe do tripúdio, estas palavras dizem muito do que só a presença viva do encontro clínico possibilita aos que nele se envolvem.

Aos meus pais – e também professores – Carla Salati Almeida Ghirello-Pires e Hugo Pires Junior, pelo apoio de todos os dias e por me incentivarem a ocupar os lugares que a universidade nos oferece. Isso tudo não é pouco.

Também aprendi com Winnicott uma maneira risonha de agradecer aos meus irmãos: a Henriqueta e Herculano, meus mais velhos, *por terem vindo antes*. A Marieta, Maximiliano e Tarsila, meus caçulas, *por terem vindo depois*. No meio de vocês, eu me alegro, me realizo, me integro e me amparo.

Ainda inspirada pelo humor do pediatra mais relaxado que já existiu, agradeço a toda a minha família, que por ser grande, amorosa e ciumenta, me poupará de registrar aqui uma lista telefônica. Não posso deixar de dizer que em cada dia de trabalho e estudo, de problemas e soluções, de alegrias e angústias (às vezes quase impensáveis), vocês todos também estão aqui.

À amiga Morena Sebadelhe. Os dias foram mais fáceis por saber que você estava lá, caso fosse necessário. A Nanda, por estar lá, necessariamente. A Thai, que de lá, também me acompanha.

Às crianças que caminham comigo: Valentina, Benjamin, Madalena, Pagu, Miguel, Bento, Caetano. Valen, por me ensinar os caminhos da maternidade todos os dias. Benja, por compartilhar os risos mais sinceros da rotina. Madá, por saber ser festa em todo canto. Pagu, por me mostrar que a vida é agora. Bento, por dançar e fazer graça de tudo. E aos recém-chegados e muito amados Vivian e Caetano, puras continuidades do ser. Em especial, agradeço a Miguel Sebadelhe Oliveira (também conhecido como MSO), por seu nascimento ter me inspirado antes e durante a pesquisa – que um dia, certamente, ele lerá.

A Eder, meu menino-velho, olhar de curumim. Com você, tudo é possível. Extensão do meu coração.

Em memória de Micael Costa Almeida (1992-2023), que foi nascer em outros planos.

Nascer é abrir-se em feridas.

(Bartolomeu Campos de Queirós, **Vermelho amargo**)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO: MEMÓRIA, PSICANÁLISE E NASCIMENTO.....	11
1.1 Percurso formativo e trajetória da pesquisa	11
1.2 Psicanálise, memória e sociedade	16
1.3 Entre a institucionalização do parto e a medicalização do corpo da mulher.....	23
1.4 Caracterização da pesquisa e síntese dos capítulos	26
2 INCONSCIENTE, MEMÓRIA E NASCIMENTO EM FREUD	29
2.1 O conceito de inconsciente	29
2.2 O ponto de vista do aparelho psíquico: metapsicologia e memória	35
2.3 O bebê e o seu corpo pulsional	44
2.4 Freud e a clínica da memória	49
2.5 O nascimento como trauma em Freud	56
3 INCONSCIENTE, MEMÓRIA E NASCIMENTO EM WINNICOTT	61
3.1 O ponto de vista do bebê: a psicanálise em Winnicott	61
3.2 O bebê e suas emoções primitivas	66
3.3 Conquistas, tarefas, continuidades e falhas: amadurecimento e memória .	70
3.4 O psique-soma e a mente	82
3.5 O nascimento como experiência em Winnicott	87
4 CONTRIBUIÇÕES À HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO NO BRASIL: ENTRE A CLÍNICA WINNICOTTIANA E A SAÚDE PÚBLICA	96
4.1 A concepção winnicottiana de saúde	96
4.2 Winnicott e a humanização do parto e nascimento	101
4.3 Acolhimento e vinculação: a dimensão relacional do cuidado	105
4.4 Ambiência: por uma maternagem coletiva	108
4.5 Clínica ampliada e compartilhada: Winnicott como pensador da saúde pública	111
5 CONCLUSÃO: PSICANÁLISE E NASCIMENTO – A MEMÓRIA ENTRE CLÍNICA E POLÍTICA	115
REFERÊNCIAS	120

1 INTRODUÇÃO

Ainda há muito trabalho a ser feito no campo das memórias do parto e do significado da experiência do nascimento para o bebê.

Donald Winnicott, **O recém-nascido e sua mãe**

1.1 Percurso formativo e trajetória da pesquisa

Como pensar a memória em psicanálise a partir da experiência do nascimento? Esta pesquisa é uma tentativa de dar voz a esta pergunta, mobilizando o campo de estudos da memória através da análise da relação entre a experiência humana do nascimento e a psicanálise contemporânea, tendo como bússola e principal horizonte o pensamento, a prática clínica e a obra escrita do pediatra e psicanalista inglês Donald Woods Winnicott (1896-1971), bem como das(os) interlocutoras(es) da sua investigação teórico-clínica. Interesse progressivamente convertido em trajetória formativa, na articulação de experiências que têm me tornado mãe, doula, psicóloga clínica e, inevitavelmente, pesquisadora. Se a justificativa dessa investigação começa por indicar o entrelaçamento entre vida e pesquisa, é por admitir o desafio incontornável de uma formação em seu seguir sendo, já que “quando se estuda psicologia, mesmo a de um bebê, esse estudo leva o especialista de volta para si mesmo, como pessoa. Mas, diz Winnicott, não há atalhos e jamais haverá” (DIAS, 2002, p. 122). São estes movimentos sucessivos da experiência de nascer e habitar este mundo com os outros que, pouco a pouco, dão forma ao nosso desejo, no que se inclui a gestação intelectual de uma ideia, de uma interrogação.

Tendo ingressado em psicologia já como mãe, o início da minha formação acadêmica coincidiu com outra descoberta: a *doulagem*. Em 2015, formei-me Doula pelo **Espaço Mulheres Empoderadas** (situado em Campinas-SP) e passei a atuar profissionalmente nesta área, acompanhando mulheres grávidas no município de Vitória da Conquista e região circunvizinha (Poções e Itapetinga). Este envolvimento intenso com a maternidade (a minha e a destas mulheres) provocou um primeiro movimento de pesquisa já na graduação, a qual concluí apresentando um trabalho intitulado **O conceito de fusão emocional em Laura Gutman: relação mãe-bebê e psicologia da maternagem** (GHIRELLO, 2018), um breve ensaio acerca das contribuições da psicanalista argentina para a compreensão clínica da maternagem e dos problemas emocionais envolvidos nas primeiras experiências do bebê com

sua mãe. Trabalho que acabou por indicar a amplitude deste campo de estudos, no qual Winnicott se destaca como um dos mais decisivos pensadores.

Na mesma ocasião, passo a colaborar e partilhar experiências com outras doulas e profissionais do parto nas reuniões do **Cirandeiras – Grupo de Apoio ao Parto Humanizado e à Maternidade Ativa**, à época sediadas na Universidade Federal da Bahia (*Campus Anísio Teixeira, Vitória da Conquista*), experiência a partir da qual vêm se construindo iniciativas de promoção da humanização¹ do parto na região, seja na esfera da saúde pública ou privada, afinadas às recentes mudanças nos protocolos hospitalares referentes aos cuidados com o parto e nascimento. Estes esforços, dos quais participei como doula, formadora e ativista, já resultaram em duas edições do curso de “Doulas Voluntárias” no Hospital Municipal Esaú Matos (2017 e 2018)², formando mais de 50 mulheres para o acompanhamento de partos ocorridos neste hospital.

Estes espaços e experiências convocaram trânsitos por outras paragens, especialmente no que diz respeito à importância de dar voz às implicações teóricas e clínicas da experiência do nascimento. O interesse crescente em torno das questões relacionadas à perinatalidade e à clínica psicanalítica winnicottiana – na qual venho construindo um percurso de formação e prática, através da participação, a partir de 2021, em dois grupos de estudo (dedicados ao pensamento de Winnicott e Freud, respectivamente), da psicologia clínica e perinatal e da fundamental experiência coletiva de supervisão de orientação winnicottiana – consolidou o desejo que já tomava forma no trajeto: o de transformar este envolvimento em uma pesquisa de Mestrado. O nascimento é o acontecimento mais crítico e menos acessível à nossa memória consciente e, por isso, torna-se decisivo investigá-lo conceitualmente para o desenvolvimento de uma escuta clínica atenta e para ampliação dos conhecimentos sobre o nascimento humano, seja como experiência normal – que, para Winnicott, representa aquela categoria em que as perturbações ambientais não foram prolongadas e nem muito intrusivas – ou como trauma, em

¹ “Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão” (Brasil, 2010, p. 8-9). A Política Nacional de Humanização (PNH) existe desde 2003 e propõe a concretização dos princípios do SUS no cotidiano, tendo como alvo fundamental o fortalecimento democrático do sistema desde a condução das práticas de atenção e gestão, no intuito de qualificar a saúde pública no Brasil e fomentar a interlocuções solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. Como informa um dos sites institucionais da plataforma PNH, ela “deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS. Promover a comunicação entre estes três grupos pode provocar uma série de debates em direção a mudanças que proporcionem melhor forma de cuidar e novas formas de organizar o trabalho” (Ministério da Saúde, s.d., *online*).

² A partir de 2019, o Hospital admitiu a doulagem voluntária como prática formal no acompanhamento das parturientes e o curso de formação passou a ser proposto diretamente pela gestão do Esaú Matos.

que o neonato foi perturbado por privações que o forçaram a reagir e o lançaram em sofrimento (Winnicott, [1949] 2021a³).

A presente Dissertação, oriunda de pesquisa realizada no Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade (PPGMLS/UESB), se articula à Linha de Pesquisa II – Memória, Discursos e Narrativas. Em razão disso, visa contribuir para o campo de estudos das “diferentes linguagens (verbal e não verbal) como lugar sócio-histórico de produção, representação e circulação de sentidos”⁴ da experiência do nascimento, recorrendo, para tanto, ao legado investigativo da psicanálise winnicottiana direcionado ao entendimento dos processos “constitutivos (indizíveis)”⁵ da memória humana.

Assim, em termos temáticos, esta pesquisa se vincula ao Projeto de Pesquisa Memória, Filosofia, Justiça e Subjetividades⁶ em consonância com um dos pontos de interesse deste Projeto, qual seja, “examinar a relação entre memória, existência e amadurecimento no horizonte da Psicanálise e/ou da Fenomenologia, com ênfase no campo de estudo da produção de saúde e de sofrimento mental e no campo dos padecimentos corporais e do adoecimento psicossomático”⁷. Através do pensamento, da obra e da clínica de Winnicott, o estudo do sofrimento psíquico, dos processos relacionados ao amadurecimento emocional, e da expressão clínica dos padecimentos corporais alcançou algumas das mais originais formulações e inovações nas práticas de cuidado, tanto com crianças recém-nascidas e suas mães quanto, extensivamente, com o público em geral – tornando-se, nas últimas décadas, um caminho incontornável da reflexão sobre as complexas relações entre a experiência do nascimento e suas repercussões psíquicas na constituição dos sujeitos e da sua saúde física e mental ao longo da vida (DIAS, 2017; LOPARIC, 1999, 2001, 2011, 2013; RIBEIRO, 2008, 2019; FIGUEIREDO; COELHO JÚNIOR, 2018; PHILIPS, 2006; AB’SÁBER, 2021; STERN, 1991, 1992, 2005). Considerar que a memória do nascimento se contrai e se expressa nas mais diversas formas de ser, de sentir, de agir, de se relacionar, de adoecer e de (se) cuidar é de extrema importância para os estudos da subjetividade atualmente. Daí que a memória seja destacada, aqui, como

³ A título de precisão historiográfica, as obras psicanalíticas citadas neste trabalho são citadas indicando inicialmente a data da edição brasileira consultada, acrescida da data da primeira publicação no idioma de origem da obra, entre colchetes.

⁴ Área de Concentração e Linhas de Pesquisa. Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Memória: Linguagem e Sociedade – PPGMLS (*site*). Disponível em: <https://bit.ly/3lBmJ5o>. Acesso em: 18 set. 2021.

⁵ *Idem*.

⁶ À época do meu ingresso no PPGMLS, este projeto era coordenado pela Prof.^a Dr.^a Caroline Vasconcelos Ribeiro e pelo Prof. Dr. Elton Moreira Quadros. A partir de 2023, passo a integrar novo projeto da Linha, intitulado “Memória e corpo na filosofia e na psicanálise”, sob a coordenação da Prof.^a Caroline Vasconcelos Ribeiro.

⁷ Conferir o Projeto de Pesquisa em: <http://www2.uesb.br/ppg/ppgmls/perfil/projetos-de-pesquisa/>. Acesso em: 18 set. 2021.

linha transversal entre a psicanálise, a psicologia, os estudos do parto e do nascimento e a emergência ético-política da ressignificação da experiência do nascimento na cultura contemporânea. Vejamos de que modo isso se constitui na formulação do nosso problema de pesquisa.

Atento à experiência clínica como poucos, Winnicott extraiu da atuação como pediatra a suspeita de que, não obstante o enorme avanço da medicina na prevenção dos riscos ou mesmo o acréscimo geométrico dos cuidados profiláticos relacionados ao nascimento, incorporados por enfermeiras e berçaristas, pouco sabíamos quanto aos efeitos emocionais e processos psicológicos deflagrados no nascimento sobre **aquele(a) que nasce**.

Muitos poderiam argumentar que não é possível existir esse efeito, já que o bebê ainda não está ali na condição de um ser humano a ser afetado. O ponto de vista que estou adiantando aqui é o de que **no momento do nascimento a termo já existe um ser humano no útero, capaz de ter experiências e acumular memórias corporais** e até mesmo organizar defesas contra possíveis traumas (como a interrupção da continuidade do ser pela reação contra intrusões do ambiente, na medida em que este falha em sua missão de se adaptar). (WINNICOTT, [1988] 1990a, p. 165, grifos nossos).

A consideração do pediatra inglês nos permite entrever a posição singular deste clínico em relação aos estágios primordiais do desenvolvimento da pessoa (WINNICOTT, [1964] 2020a), os quais são tomados em duas direções paradoxais: algo em nós já é antes de nascer, mas só se organiza nascendo. Dito de outra maneira, é como se Winnicott descobrisse nesta **experiência** a matriz, se não de todas as dores, ao menos da nossa capacidade de experimentá-las, significá-las, lembrá-las, esquecer-las, no que a psicanálise teria o papel clínico de compreender as maneiras pelas quais esta matriz experiencial ressoa, como memória longínqua, profunda, mas sempre presente na superfície dos sintomas, das palavras, dos medos, das angústias, mas também das predileções, interesses e aspirações de cada uma de nós.

O traço distintivo do estilo e do pensamento de Winnicott em psicanálise salta aos olhos ao percebermos que o clínico assume, sem reservas, **o ponto de vista do bebê**⁸, marco metodológico e teórico que abre caminho para todo um novo modo de pensar em pesquisa psiquiátrica, psicológica e psicanalítica (DIAS, 2002, 2017; LOPARIC, 1999, 2001, 2011, 2013; RIBEIRO, 2008, 2019; SALLES, 2016; TRINDADE; FONSECA-SILVA, 2021; TRINDADE, 2023). Esta co-emergência da prontidão para nascer e do desabrochar da

⁸ “Da perspectiva do bebê, um nascimento normal ocorre quando a criança nasce porque está pronta para nascer; com um grande esforço ou por necessidade de respirar, por exemplo, o bebê faz alguma coisa e, de seu ponto de vista, o nascimento é algo ‘que ele mesmo provoca’” (WINNICOTT, [1964] 2020a, p. 60).

capacidade afetiva se constitui, desde já, como uma experiência (NAFFAH NETO, 2005; 2007; COELHO, 2013). O termo não é ocasional. Quer ressaltar a indissociabilidade entre subjetividade e mundo, cujo encontro é composto por uma delicada trama entre a plasticidade aberta do corpo nascente e as circunstâncias (materiais e simbólicas, conscientes e inconscientes) de configuração do ambiente que o recebe:

Quando Winnicott diz que um bebê não existe sozinho, mas somente acolhido e sustentado pela mãe – ou alguém que exerça as suas funções –, é *precisamente* isso que quer dizer: que o bebê experimenta a mãe e seus cuidados como *parte* do seu existir. Romper a continuidade de ser do bebê significa, pois, privá-lo de uma parte do seu espaço vital. Seria como romper a casca do ovo de um pintinho num período em que ele ainda se encontra em plena formação. (NAFFAH NETO, 2005, p. 443, grifos do autor).

Como afirma Dias (2017, p. 105), “segundo a concepção winnicottiana, o bebê já é um ser humano desde a vida intrauterina, e isto se define pela sua capacidade inata de fazer experiências”, isto é, de entrelaçar sua existência com os fios da ocasião da gestação e do nascimento. Entretanto, é preciso realçar que esta disposição não se dá sem o mundo, pois “[a]pesar de inata, esta capacidade precisa ser exercida, tornada real e integrada à personalidade, e isto só se realiza se, no decorrer dos estágios iniciais, o bebê for provido de cuidados facilitadores, caso o contrário a capacidade fenece ou paralisa” (*ibid.*). Aí está o lugar clínico da interrogação sobre a relação entre memória e experiência em Winnicott: “Tendo a chance de criar sem ter que reagir, o bebê terá a chance de ter *experiência*. A ilusão criadora, portanto, é a condição básica para os mais diversos e tardios tipos de experiências que concernem a um Eu integrado” (RIBEIRO, 2008, p. 66, grifo da autora). Estes diversos e tardios tipos de experiência nos tornam o que somos na exata medida das condições em que nascemos, isto é, na medida em que nos lançamos no vir-a-ser (*ibid.*).

Entendemos, que, por meio da permanência do cuidado empático da mãe e da oposta e prejudicial ausência destes em períodos insuportáveis para o bebê, vemos a constituição de uma marca, uma experiência não verbal, não representada, que denominamos de uma *memória da presença*, parte já da história deste bebê, que acompanha de modo não consciente seu existir no decorrer da vida. (SALLES, 2016, p. 22, grifos da autora).

Seja normal (vivido como experiência da continuidade do ser) ou traumático (irrupção de intrusões nesta continuidade), o nascimento sempre deixa seus traços mnemônicos⁹

⁹ “Traços mnemônicos”, “traços mnêmicos” ou, simplesmente, “traços de memória” (*Erinnerungsspuren*) é um sintagma corrente no vocabulário freudiano. Em **A interpretação dos sonhos**, Freud elucida precisamente o seu sentido: “[d]as percepções que nos chegam permanece um traço em nosso aparelho psíquico, que podemos

(WINNICOTT, 2021a [1949]) efetuando marcas no corpo e na existência. Assim explicitada a articulação entre nascimento, experiência e memória, podemos situar com a seguinte pergunta nosso problema de pesquisa: **como a experiência normal do nascimento e os eventuais processos traumáticos ocorridos durante o parto ou imediatamente após o nascimento contribuem para o entendimento da concepção de memória na psicanálise winnicottiana?**

Diante do exposto, o principal objetivo desta investigação é demonstrar a relação entre experiência do nascimento e memória a partir da perspectiva psicanalítica de Donald Woods Winnicott. Tendo em vista a centralidade destes temas na obra do pediatra e psicanalista inglês, buscamos explicitar a concepção de memória presente em psicanálise, circunstanciada pelas suas contribuições, analisando as condições de formulação e desenvolvimento do tema da experiência do nascimento em sua obra, destacando algumas ressonâncias do modelo teórico-clínico de Winnicott na saúde pública brasileira, particularmente no campo de saberes e práticas do parto e nascimento (BRASIL, 2014).

1.2 Psicanálise, memória e sociedade

“Sou apenas um iniciador. Consegui desencavar monumentos soterrados nos substratos da mente. Mas ali onde eu descobri alguns templos, outros poderão descobrir continentes” (FREUD, [1926] 2008, *online*). Esta citação vem de um trecho da resposta dada por Freud em 1926 ao jornalista norte-americano George Viereck, quando interrogado a respeito da perenidade de suas descobertas no campo da psicanálise. Como em muitas ocasiões dentro da sua própria obra, Freud demonstra aqui, ao lado da convicção de ter empreendido uma grande tarefa intelectual e cultural em seu trabalho, uma equivalente e serena clareza quanto aos limites impostos ao alcance dos seus esforços individuais.

O que poderia parecer um exercício meramente retórico de autocrítica ou humildade revela, contudo, um reiterado convite freudiano à permanente renovação e transformação do campo por ele ricamente delineado, mas em muito ainda por ser explorado na continuidade da psicanálise através de outras vozes e paisagens. Convite que encontra acolhida em muitos nomes importantes do pensamento e da prática clínica ao longo de mais de um século de história

chamar de ‘traço mnêmico’. Denominamos ‘memória’ a função ligada a esse traço mnêmico (FREUD, 2019 [1900], p. 588, grifos nossos). O termo se refere, portanto, à existência de vestígios ou marcas deixadas pelo registro de impressões na memória. É digno de destaque que Freud defina, nesta passagem, a memória como a função que está diretamente ligada à presença e organização destes traços no aparelho psíquico. Winnicott o utiliza na mesma acepção, como podemos observar no exemplo a seguir: “Eu pensava que, para Freud, a história de cada indivíduo continha traços mnemônicos da experiência do nascimento, que determinavam os padrões de ansiedade pela vida afora do indivíduo” (Winnicott, [1949] 2021a, p. 329). Ou ainda, no mesmo texto: “[a] mim parece que nos *traços mnemônicos* de um parto normal não haveria senso de desamparo” (Winnicott, [1949] 2021a, p. 346).

da psicanálise, dentre os quais destacamos a originalidade e criatividade do pediatra inglês Donald Woods Winnicott merece destaque.

No escopo de uma pesquisa de mestrado dedicada a pensar o tema do nascimento humano e sua relação com a memória a partir da psicanálise winnicottiana, propomos colocar estes dois grandes psicanalistas em perspectiva a partir do modo como cada um deles pensa a relação entre inconsciente e memória para, assim, compreender as contribuições de cada um ao tema do nascimento. Ligadas pela história da psicanálise e pelo compartilhamento de algumas premissas, elas são, entretanto, radicalmente distintas no modo de colocar a questão, de conceituá-la e de entender clinicamente tanto o conceito-chave de *inconsciente* como o estatuto da *memória*, como indicam Loparic (1999) e Ribeiro (2019), mas também no que concerne à perspectiva psicanalítica acerca do nascimento, como pretendemos demonstrar. Entretanto, para que nos façamos entender, é preciso apresentar conceitualmente, ainda que de modo sumário, em que consiste este campo de pensamento e prática clínica.

Em seu **Dicionário de psicanálise**, Roudinesco e Plon (1998, p. 603, grifos nossos) assim descrevem a psicanálise:

Termo criado por Sigmund Freud, em 1896, para nomear um **método** particular de psicoterapia (ou **tratamento pela fala**) proveniente do processo catártico (catarse) de Josef Breuer e pautado na **exploração do inconsciente**, com a ajuda da **associação livre**, por parte do paciente, e da **interpretação**, por parte do psicanalista. Por extensão, dá-se o nome de psicanálise: 1. ao **tratamento** conduzido de acordo com esse método; 2. à **disciplina fundada por Freud** (e somente a ela), na medida em que abrange um método terapêutico, uma organização clínica, uma técnica psicanalítica, um sistema de pensamento e uma modalidade de transmissão do saber (análise didática, supervisão) que se apoia na transferência e permite formar praticantes do inconsciente; 3. ao **movimento psicanalítico**, isto é, a uma escola de pensamento que engloba todas as correntes do freudismo.

A psicanálise é, portanto, em primeira instância, um método de tratamento psicoterápico (isto é, baseado na fala do/a paciente e na escuta clínica do seu discurso, das queixas e percepções que ele/a próprio/a é capaz de formular acerca do seu mal-estar, constituindo-se como prática clínica a partir da interlocução com outras duas ciências recém-nascidas no século XIX: por um lado, a mais nova especialidade médica, a psiquiatria; por outro o advento da psicologia como ciência independente, na esteira do surgimento das ciências humanas) (GARCIA-ROZA, 2005; FIGUEIREDO, 2007; DUNKER, 2011; MEZAN, 2014). A nova “ciência do inconsciente” é inventada por um Freud ainda atravessado pela posição de neurologista, em busca de soluções mais efetivas para a clínica das neuroses, particularmente

estimulado pelo trabalho com a histeria (na companhia do seu colega e interlocutor Josef Breuer¹⁰).

Na história da medicina, o termo histeria adquiriu muitas acepções. A palavra portuguesa vem do substantivo grego *hystéra* (útero) mas, também, em sentido figurado e, por extensão, se refere àquilo que “concerne à matriz”, ao princípio, à origem (BÖLTING, 1953; MALHADAS; DEZOTTI; NEVES, 2007; CUNHA, 2010), de onde se origina o adjetivo *hysterikós* (histérico).

Trata-se da histeria como referida a problemas da matriz, o útero. Que o útero seja abordado como matriz, isso já não é pouco. Curiosamente, podemos perceber que desde essa época, por diversas vias distintas, sua vacuidade é vista como elemento causal na manifestação de sintomas como ansiedade, angústia, tonteira, vômito, desmaios, enxaquecas, perda da fala, paralisias, analgesias e uma série de outros. (MAURANO, 2018, local. 19).

Nos papiros egípcios de Lahun (1800 a. C.) já estão presentes relatos de mulheres acometidas por estranhas doenças cuja causa, entretanto, era atribuída convictamente a afecções uterinas (JORGE; TRAVASSOS, 2021). A Antiguidade Grega (séc. IV a. C., época de Hipócrates, responsável pelo uso do termo como adjetivo referente a um distúrbio uterino) consagrou a imagem do “útero passeador”, responsável pela variação dos sintomas migrando pelo corpo (*ibid.*). Para Hipócrates, o *globus histericus*¹¹ era comum em mulheres viúvas e jovens solteiras, nas quais um suposto “ressecamento do útero” o faria perder peso e percorrer o corpo em busca de umidade, produzindo convulsões e epilepsia, além de outras mazelas (*ibid.*, p. 21). Em virtude da etiologia – já que a teoria guardava correlação com as hipóteses acerca do papel da menstruação para o órgão, concebido como um animal “com apetite de fazer crianças” (*ibid.*, p. 20) –, concluía-se que o tratamento consistia, naturalmente, no casamento e na gravidez.

A partir do séc. IV, a influência de Santo Agostinho e das suas ideias acerca da relação entre o prazer erótico e espíritos demoníacos repercutiria nas crenças acerca da histeria, fazendo com que ela passasse de doença uterina à possessão diabólica no imaginário da época. No final da Renascença, as “causas” sobrenaturais são deixadas de lado e aparece, pela primeira vez, a ideia de que os sintomas histéricos são fruto de um desequilíbrio (falta de sincronia) entre corpo

¹⁰ Divergências com Breuer quanto à etiologia das neuroses e às teorizações freudianas a respeito do papel desempenhado pela sexualidade no seu desenvolvimento farão com que Freud continue a empreitada psicanalítica sozinho após os **Estudos sobre a histeria** (FREUD; BREUER, [1893-1895] 2016).

¹¹ Em seus **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade**, Freud esclarece que se trata de “distúrbio provocado pela sensação de um corpo estranho na altura da faringe” (FREUD, [1905] 2016, p. 87).

e mente (*ibid.*). No século XVII, a medicina inglesa admitiria que se tratava de um “termo coringa” para designar doenças cuja “causa idiopática” impedia um prognóstico seguro: “[s]em indicação de cura, aquilo era declarado como histérico” (*ibid.*, p. 20).

Mas foi somente no século XVIII que a anatomia pôde provar que o útero não migrava pelo corpo e que a doença, longe de se reduzir ao “intratável feminino”, poderia atingir igualmente homens e mulheres. Não obstante, Phillipe Pinel recuperaria, na mesma época, a interpretação antiga do “furor uterino” e seu contemporâneo Jules Falret batizaria as histéricas como “enganadoras”, o que ganhou terreno no imaginário médico e popular europeu. Até que, ao final do século XIX, Charcot e, em sua trilha, Freud e Breuer, deslocassem a histeria do estatuto suspeito e mágico em que ela era mantida para investigar sua lógica e dar inteligibilidade ao seu tratamento. Na sua acepção estritamente psicanalítica, a histeria é compreendida atualmente como “a própria estrutura de base de todo sujeito neurótico, o que significa que há em todos nós, em maior ou menor grau, uma variação, uma labilidade identificatória tributária do fato de sermos sugestionáveis, às vezes de forma extrema (JORGE; TRAVASSOS, 2021, p. 16).

O termo psicanálise também corresponde à disciplina em si e, por extensão, ao movimento intelectual, cultural e institucional de propagação do pensamento e da prática psicanalítica ao longo do tempo e ao redor do mundo. Sua continuação crítica na voz e na escuta dos(as) inúmeros(as) sucessores(as) de Freud torna a psicanálise ao mesmo tempo una e múltipla. “Freud foi o iniciador de uma inversão do olhar médico que consistiu em levar em conta, no discurso da ciência, as teorias elaboradas pelos próprios doentes a respeito de seus sintomas e seu mal-estar” (Roudinesco; Plon, 1998, p. 603), transformação que significou uma reviravolta na história das práticas de cuidado em saúde mental, na concepção de loucura e naquilo que se sabia até então acerca da sexualidade, do desejo e do sujeito (*ibidem*).

A partir do século XX, a psicanálise se consolidou como uma perspectiva do psíquico que se distingue da coetânea psicologia científica, uma vez que se ocupa de pensar não apenas a descrição funcional dos processos psicológicos do estado de vigília, a partir de experimentos laboratoriais e da centralidade explicativa das categorias de consciência ou comportamento, mas a condição humana do sofrimento psíquico e das formas de tratamento em suas determinações inconscientes, sustentada por uma prática clínica baseada na escuta e pela

elaboração do que Freud chamou de metapsicologia¹², matriz de pensamento que organiza e fundamenta a experiência analítica.

Convém reiterar que este trabalho não tem a pretensão de realizar uma apresentação sistemática do conjunto da teoria freudiana, tampouco de empreender um exame exaustivo da historiografia da psicanálise, tarefa que excede aos propósitos com os quais esta pesquisa se compromete. Aqui, trata-se apenas de evidenciar algumas correspondências e contrastes teóricos fundamentais entre as duas perspectivas acerca do inconsciente e da memória, visando realçar o valor e a pertinência da psicanálise winnicottiana em sua originalidade e especificidade quando se refere à experiência do nascimento e à sua relação com o campo da memória.

Não ignoramos a importância histórica, clínica e política de personagens decisivos dos rumos da psicanálise europeia (a exemplo do papel desempenhado pela interlocução intensa entre Freud e Sándor Ferenczi) e particularmente a proeminência de Melanie Klein no cenário da psicanálise britânica, da qual ela e Winnicott se tornaram os dois maiores nomes (Mezan, 2014). Se por um lado estas filiações e alianças em psicanálise são incontornáveis e, por isso, jamais secundárias, por outro investiga-las numa dissertação cujo escopo é definido em torno do problema da memória e da experiência do nascimento excederia o alcance e a competência desta pesquisa. O caráter secular e continental da psicanálise, reconhecido em sua complexidade desde os primeiros trabalhos do próprio Freud, exige de quem a pesquisa que efetue a dura tarefa das escolhas, o que não pode ser feito sem eventuais omissões, ausências e sempre suscetíveis falhas. Na companhia inspiradora de Winnicott, tentaremos, ao menos, fazer dessa condição trágica algo vivo: em vez de um impasse, um impulso à experiência.

Em meio a este múltiplo e variado rol de teóricos(as) da psicanálise, a decisão de tecer um diálogo entre Freud (na condição de fundador deste campo de investigação, de teorização e de trabalho analítico, além de autor da primeira perspectiva conceitual da memória relacionada ao problema do inconsciente) e Winnicott (renovador da psicanálise tanto clínica quanto teoricamente, destacado nesta pesquisa como um pensador da relação entre nascimento, memória e cuidado) vem na esteira das pesquisas e contribuições de Loparic (1997, 1999, 2001, 2011, 2013), Dias (2002, 2017), Ribeiro (1999, 2008), Coelho (2013), Salles (2016), Figueiredo

¹² Metapsicologia é o termo utilizado por Freud para designar o conjunto dos constructos e modelos teóricos da psicanálise, a partir do qual pretendeu distinguir as bases conceituais da psicanálise em relação às concepções estritamente médicas (provenientes da psiquiatria e da neurologia) e da psicologia científica clássica (isto é, a psicologia da consciência). Roudinesco e Plon advertem que a metapsicologia freudiana é sustentada pela consideração simultânea de três pontos de vista: o dinâmico (isto é, do movimento conflitivo das forças psíquicas), o topológico (disposição estrutural das suas instâncias) e o econômico (distribuição quantitativa das suas intensidades (FREUD, [1915] 2010b; ROUDINESCO; PLON, 1998).

e Coelho Júnior (2018), Ab’Sáber (2021) e Trindade (2023), assim como da necessidade intrínseca à argumentação que aqui sustentamos, a saber: a de que Winnicott nos oferece, através da sua clínica e do seu pensamento, uma perspectiva própria da relação entre inconsciente e memória, permitindo uma compreensão ampliada da singularidade e importância dos processos de cuidado relacionados à experiência do nascimento.

É, portanto, com o intuito de aprofundar a compreensão e subsidiar boas práticas (tanto terapêuticas quanto de assistência física e emocional) relacionadas à gestação, parto, nascimento, puerpério e saúde da mulher e seu(sua) bebê – a partir da psicanálise winnicottiana – que nosso esforço de pesquisa pretende contribuir, refletindo sobre o papel crucial da memória como reveladora da importância do cuidado nas práticas e saberes associados ao campo do nascimento. Entretanto, antes de adentrarmos ao universo psicanalítico propriamente dito, detenhamos um instante em algumas considerações gerais a respeito da questão da memória.

O **Dicionário de filosofia** de Nicola Abbagnano (2007) inicia sua definição do verbete “Memória” sintetizando-a como a “possibilidade de dispor dos conhecimentos passados” (ABBAGNANO, 2007, p. 657). Mas, o que seriam exatamente estes conhecimentos passados? “Por conhecimentos passados é preciso entender os **conhecimentos que**, de qualquer modo, **já estiveram disponíveis**, e não já simplesmente conhecimentos do passado” (*ibid.*, grifos nossos). Abbagnano destaca que “o conhecimento do passado também pode ter formação nova: p. ex., **dispomos agora de informações acerca do passado** de nosso planeta ou de nosso universo **que não são recordações**” (*ibid.*, grifos nossos).

Interrogação milenar, a questão dos sentidos, usos e efeitos da memória corresponde, na história do Ocidente, a um verdadeiro campo de investigação, nas mais variadas direções, tendo passado por transformações fundamentais ainda na Antiguidade Grega, antes de se tornar objeto da pesquisa científica (GARCIA-ROZA, 1990; DUNKER, 2011). Seu ingresso no plano da investigação racional é prenunciado na emergência da poesia laica (sucessora da poesia religiosa e ritualística) e do pensamento filosófico:

Com o surgimento da poesia laica e da filosofia, a memória perde seu caráter sagrado. A memória do aedo da Grécia arcaica e a memória do filósofo não são as mesmas, tanto pelas suas características como pela sua função. A primeira é uma memória marcada pela religiosidade e pelo procedimento ritual, não é desvinculável de uma organização institucional e mental que caracterizava o grego dos tempos arcaicos. Sua função é a constituição de uma ordem do real e, ao mesmo tempo, de purificação e de salvação. A memória do filósofo já está ligada ao conhecimento, visa tanto a conservação de um passado histórico como a apreensão das essências inteligíveis. (GARCIA-ROZA, 1990, p. 34).

A passagem de um registro mítico-religioso de purificação e salvação à condição de instrumento de conhecimento e preservação do passado pode ser compreendida como aquilo que tornará possível, dois milênios depois, que a psicanálise se ocupe da memória numa perspectiva ao mesmo tempo próxima e distante daquela assumida pela filosofia. Próxima, na medida em que também reivindica a investigação racional da memória. Distante, porque realiza um percurso investigativo que presume uma subversão não apenas do objeto, mas também do sujeito do conhecimento (GARCIA-ROZA, 1990, 2007; DUNKER, 2011). Para a psicanálise, antes mesmo de ser concebida como recurso, técnica ou função psicológica, a memória se constituirá, fundamentalmente, como um problema inaugural, uma das fontes críticas deste campo de pensamento, pesquisa e prática clínica.

Evidentemente, esta é uma consideração preliminar, que não anula a pluralidade da controvérsia filosófica em torno do conceito de memória, a qual coincide com a própria emergência da racionalidade ocidental, nos alcançando pela filosofia e pelas ciências contemporâneas através dos mais diversos caminhos (dos pré-socráticos às neurociências). De qualquer modo, ela revela um traço decisivo, que nos auxiliará a compreender a importância da memória em psicanálise e, no mesmo lance, o eixo em torno do qual gira a diferença conceitual e argumentativa entre Freud e Winnicott quanto à “natureza” do inconsciente, isto é, a ideia de que a memória implica dispormos – agora – de um conhecimento do passado que não se reduz a recordações. Ideia complexa que merece atenção na psicanálise desde seu surgimento.

Assim como em filosofia, a psicanálise também produziu contribuições a respeito da memória que revelam o quanto este terreno é plural, movente e controverso. Freud e Winnicott percorrem caminhos distintos, impulsionados por experiências clínicas também diversas (a clínica das neuroses, no primeiro; o ambulatório de pediatria com bebês e a psiquiatria com as psicoses de adultos e crianças, no segundo) mas que, nas suas diferenças, traçam a amplitude e riqueza do horizonte psicanalítico para pensar as relações entre a teoria e a clínica. Entretanto, aqui nos deteremos preponderantemente à dimensão conceitual do pensamento freudiano e winnicottiano no que concerne à relação entre o **inconsciente** e a **memória**.

De um lado temos um conceito de inconsciente que é formulado como efeito da dinâmica conflitante entre instâncias estruturantes da vida anímica (FREUD, [1938/1940] 2018a¹³) – que se dá a ver (melhor dizendo, a ouvir) pelos sintomas e enunciações livres que anunciam desfalecimentos e vicissitudes de uma memória vivida enquanto interdição do desejo

¹³ A dupla datação do texto (**Compêndio de psicanálise**) indica, tal qual informado na edição consultada, que se trata de um trabalho concluído em 1938, mas publicado apenas em 1940, um ano após a morte de Freud.

e distorção da relação entre as palavras e as coisas (FREUD, [1900] 2019, 2018b, [1937] 2018c). Por outro lado, a perspectiva winnicottiana, que apresenta um conceito de inconsciente em que as memórias psicossomáticas (logo, não representacionais) assumem maior relevo, de modo que, na experiência saudável, participam beneficentemente dos processos considerados por Winnicott como a base da nossa integração na unidade psique-soma e, na pior das hipóteses – em caso de intrusões ambientais nas fases primitivas do existir do neonato –, deflagram agonias que forçam uma resposta defensiva patogênica, apontando frequentemente para o campo das psicoses (WINNICOTT, [1949] 2021a). Por estas vias distintas – mas comunicantes – o pensamento e a clínica destes dois emblemáticos psicanalistas nos permitem tatear o estatuto da memória para a psicanálise, o que guarda uma relação intrínseca com o tema do nascimento humano: uma vez que a psicanálise preconiza que nos constituímos a partir do modo como somos recebidos no mundo (seja na ênfase simbólica admitida por Freud, seja na perspectiva ambiental do amadurecimento proposta por Winnicott), o nascimento se torna um ponto fundamental de reflexão teórica e clínica.

1.3 Entre a institucionalização do parto e a medicalização do corpo da mulher

Para além da parturiente, a história do parto no mundo sempre foi protagonizada por outras mulheres: parteiras, curandeiras e benzedoras junto às comunidades que faziam desse momento um ritual cercado da força feminina das mães, irmãs, avós e amigas. “Historicamente, mulheres cuidavam de mulheres na hora do parto, trocavam conhecimentos sobre a gravidez, o parto e o pós-parto” (Gramacho e Velozo, 2014, p. 185). Este evento era entendido como um ritual natural, pelo qual algumas mulheres poderiam passar ao longo de sua vida. Havendo um parto, haveria sempre outras mulheres chamadas a auxiliar e cuidar daquela gestante. “Dessa forma, algumas mulheres desenvolveram habilidades e conhecimentos empíricos sobre a arte de assistir ao parto e ao nascimento, os quais eram passados de geração a geração ou para mulheres mais jovens quando a demanda assim o exigia” (ibid., p. 185).

Para além do simples auxílio, as mulheres acumularam historicamente aprendizados sobre como havia de ser feito para que o bebê nascesse bem e ficasse seguro em companhia da sua mãe, igualmente alvo de atenção e cuidado. Por milênios, os nascimentos ocorrerão dentro das próprias habitações daquelas mães, e serão as parteiras que se deslocarão até as locais de nascimento, garantindo assim que a mulher se mantivesse em segurança e conforto no seu próprio ambiente – saber milenar, passado de mulher para mulher para que os rituais de nascimento continuassem acontecendo dentro de suas aldeias e comunidades.

Como apontam Gramacho e Velozo (*ibid.*), por volta de 1880, sob efeito do surgimento dos hospitais, as mulheres começam a procurar estas instituições para terem seus filhos: “os médicos apresentavam melhor aceitação na sociedade e as mulheres de todas as classes sociais começaram a procurar a maternidade para os casos mais complicados e, gradualmente, passaram a considerá-la mais segura que o domicílio” (*ibid.*, p. 185). Evidentemente, os hospitais eram importantes para casos com algum tipo de complicação, e é a partir da alegação de aumento da segurança que as maternidades passam a ser vistas como lugares mais eficazes do que os domicílios. Da casa ao hospital, da parteira ao médico, o parto se transforma gradualmente de experiência compartilhada em objeto técnico-científico:

O hospital vendia uma imagem de ter conseguido associar o melhor de dois mundos: era um hotel que estaria habilitado a prover serviços de atenção, tanto direcionados à mulher quanto ao bebê, com segurança e com a internação durante um período suficiente para a recuperação da mulher. O estudo da evolução do modelo de atenção ao parto, em particular, de sua institucionalização, passa pelo entendimento do próprio processo de urbanização ocorrido na época. A transição durou apenas duas gerações, passando de um evento familiar e fisiológico para um procedimento médico. (*ibid.*, p. 214).

Em meados do século XX, com a modernização e a institucionalização do parto, o hospital passa a ser visto como um ambiente seguro. Por sua vez, o momento do nascimento – que antes era visto como um evento familiar e um ritual natural cercado por mulheres, passa então a ser visto como um ato cirúrgico. “Desabituaados do acompanhamento de fenômenos fisiológicos, os médicos foram formados para intervir, resolver casos complicados e ditar ordens” (*ibid.*). Sob o olhar da medicina moderna em estado nascente, o corpo da mulher grávida é entendido como um corpo doente que precisa da tecnologia e da sabedoria médica para poder parir seu bebê: “O parto passou então a ser visto como ato cirúrgico qualquer, e a mulher em trabalho de parto sendo tratada como doente e impedida de seguir seus instintos e adotar a posição mais cômoda e fisiológica” (*ibid.*). O fato de o nascimento estar dentro do ambiente hospitalar, começa a indicar que o processo que antes era visto como algo saudável, passa a ser visto e tratado como uma enfermidade, tanto para mãe quanto para o neonato. Aqui poderíamos interrogar: quais efeitos psicossomáticos esta passagem teria para a memória do bebê?

Como se pôde observar, o avanço das tecnologias e da medicina tornou o parto cada vez mais hospitalizado. Em razão do incremento de protocolos técnicos mais rígidos e da inevitável crescente das demandas de uma instituição em franca expansão de abrangência social nos

últimos dois séculos, produzindo muitas das demandas que automaticamente atenderá, ao longo do século XX assistiremos a um processo de aceleração do trabalho de parto, elevando os índices de cirurgias, além das inúmeras intervenções, muitas vezes desnecessárias e evitáveis, mas realizadas em nome do controle médico. É o que podemos exemplificar a partir da evidente destituição – física, mas também subjetiva – de como uma parturiente pode dispor do próprio corpo durante o trabalho de parto:

Nesse contexto, o obstetra passa a ser o centro da cena, obrigando a mulher a se deitar em uma posição desconfortável, tirando dela o direito de participar ativamente do nascimento do próprio filho. As posições verticais, que ao longo dos milênios foram as mais usadas pelas mulheres, em todas as raças e culturas, passam-lhes a serem negadas pelo obstetra. (GRAMACHO; VELOZO, 2014, p. 185).

A consolidação do parto como um evento hospitalar, asséptico e cirúrgico torna o médico detentor do saber sobre o corpo da mulher e do bebê. Paradoxalmente, enquanto a mulher reconhece o hospital como um lugar seguro para ela e para seu filho, ela também se distancia dos seus próprios saberes e cultura partilhada.

O artigo **História da parturição no Brasil, século XIX**, da professora e pesquisadora Anayansi Correa Brenes (1991) informa que a “Arte Obstétrica” se constitui no Brasil a partir do século XIX, por via de um edital assinado por Dom João VI em 1808, incluindo as disciplinas inaugurais das escolas de medicina e cirurgia na Bahia e Rio de Janeiro (BRENES, 1991). Descreve a pesquisadora:

Tradicionalmente, os partos e seus cuidados eram realizados por mulheres conhecidas popularmente como aparadeiras, comadres ou mesmo de parteiras-leigas. Estas detinham um saber empírico e assistiam domiciliarmente as mulheres durante a gestação, parto e puerpério (como também nos cuidados com o recém-nascido). Estas mulheres eram de inteira confiança do mulhério e eram consultadas sobre temas vários, como cuidados com o corpo, doenças venéreas, praticavam o aborto ou mesmo colaboravam com o infanticídio. (BRENES, 1991, p. 135).

É verdade que a entrada do parto em hospitais também traz grandes ganhos para a saúde pública, para as mulheres e para os bebês, pois os avanços tecnológicos e científicos também promovem uma redução nas morbimortalidade no contexto perinatal, o que é, sem dúvida, um grande marco na história do parto, da obstetrícia e das tecnologias de cuidado. As cirurgias de parto cesarianas, quando bem indicadas pela equipe médica, contribuem para a redução dos riscos, pois nesses casos a intervenção pode concretamente salvar a vida dos bebês e das mães.

Seria má fé, ignorância ou prova de obscurantismo alegar que uma pura e simples retomada de condições antecedentes (um retorno acrítico e idealizado ao passado) pudessem se tornar a resposta adequada aos imensos desafios do campo da saúde perinatal. Trata-se, ao contrário, de admitir o valor dos recursos disponíveis para além da sofisticação tecnológica e da obsessão por controle. É nesse sentido que a contribuição psicanalítica, particularmente através do pensamento e da experiência clínica de Winnicott – este médico que compreendia o hospital, os bebês e suas mães como poucos – pode nos ajudar a tecer uma nova rede de atenção e cuidado ao parto e nascimento na contemporaneidade.

1.4 Caracterização da pesquisa e síntese das seções

Esta é uma pesquisa de natureza bibliográfica, direcionada a apontar relações conceituais entre a psicanálise de orientação winnicottiana e o campo de estudos contemporâneos da memória do nascimento. Naturalmente, será traçado um paralelo conceitual da psicanálise winnicottiana com as formulações originárias do pensamento freudiano, bem como o apontamento das ligações entre as contribuições de Winnicott e a psicanálise contemporânea. Trata-se de uma pesquisa exploratória cuja estratégia metodológica consiste primordialmente na leitura, análise e interpretação de fontes primárias – textos de D. W. Winnicott que examinam os conceitos de trauma, experiência e memória do nascimento – e de fontes secundárias. Estas fontes secundárias estão relacionadas tanto a estudiosos(as) da psicanálise de Winnicott (LOPARIC, 1999, 2001, 2011, 2013; DIAS, 2002, 2017; RIBEIRO, 2008; 2019; AB´SÁBER, 2021; SALLES, 2016; TRINDADE; FONSECA-SILVA, 2021, TRINDADE, 2023 dentre outros) quanto a estudiosos ligados ao campo da pesquisa sobre o parto e o nascimento (a exemplo de SILVA, 2016; TEIXEIRA; NAKANO; NUCCI 2018; RUSSO *et al.*, 2019; SALGADO, 2012; STERN, 1991; 2005, dentre outros). Passemos à síntese das sessões deste trabalho:

Na **Introdução: memória, psicanálise e nascimento**, apresentamos preliminarmente uma perspectiva panorâmica da relação entre os campos de estudos da psicanálise, da memória e do nascimento, configurando o ponto de partida para a compreensão do conjunto do trabalho. Ao apresentar resumidamente um conceito geral de psicanálise, uma perspectiva histórica do problema da memória no pensamento ocidental e um breve histórico das práticas perinatais, nos orientamos pela atitude interdisciplinar que caracteriza essencialmente os três campos de estudos entrecruzados pela Dissertação.

A seção 2 - **Inconsciente, memória e nascimento em Freud** é dedicada à perspectiva freudiana de inconsciente e à sua posição crucial nos estudos contemporâneos da memória. Trata-se de uma exposição da psicanálise freudiana em que demonstramos que ela consiste numa teoria e numa clínica para a qual a memória é fonte, fundamento e via de acesso ao inconsciente, situando em que medida a própria concepção de inconsciente formulada por Freud posiciona a psicanálise, originariamente, como uma prática centrada nos processos de simbolização e ressignificação de memórias reprimidas. A seção explora o universo conceitual da metapsicologia freudiana, dando especial atenção aos elementos que, desde aí, nos permitam compreender como o fundador da psicanálise propôs sua própria teorização acerca do problema da memória. Por fim, discute a contribuição freudiana ao estudo do nascimento de um ponto de vista psicanalítico, circunstanciando a ideia de que o parto teria, para Freud, uma dimensão traumática constitutiva.

Apresentada a concepção inaugural de inconsciente, memória e nascimento em Freud, passamos à Seção 3 – **Inconsciente, memória e nascimento em Winnicott**, em que desenvolvemos um retrato deste pediatra, psiquiatra infantil e psicanalista a partir da sua teoria do amadurecimento, na qual pudemos encontrar importantes consequências para a transformação da psicanálise, dando-lhe todo um novo horizonte a partir do **ponto de vista do bebê**. A partir da clínica pediátrica e psicanalítica com pacientes cujo sofrimento resultava de falhas ambientais forçosamente primitivas (anteriores à existência de um eu integrado), desembocando na impossibilidade de experienciar a si mesmo de forma integrada, Winnicott chega à uma nova maneira de pensar a psicanálise, na qual a figura do inconsciente – resultante de conflitos intrapsíquicos e repressões simbólicas – dá lugar a um inconsciente “não-acontecido” (isto é, cindido, agônico) e, por isso mesmo, irrecuperável do ponto de vista da convencional rememoração que se dá através do privilégio da palavra. Do que decorre, conseqüentemente, uma concepção psicossomática da memória. Aqui, ressaltamos o papel fundamental da teoria winnicottiana do amadurecimento para a compreensão do nascimento como experiência psicossomática fundamental. A relação entre nascimento, experiência, trauma e cuidado na psicanálise winnicottiana fornece importantes teorizações e aquisições clínicas que ultrapassam a psicanálise e alcançam o campo interdisciplinar de estudos da memória, como tentaremos demonstrar. O horizonte clínico e conceitual winnicottiano nos oferece uma verdadeira transformação da perspectiva psicanalítica acerca do nascimento humano, resgatado em sua condição de experiência, isto é, daquilo que pode ser vivido como uma continuidade saudável da existência para o bebê, conseqüentemente sem intrusões

traumatizantes, desde que disponha de um ambiente facilitador e da provisão de cuidados primordiais em sua chegada ao mundo.

Através deste paralelo entre Freud e Winnicott, pretendemos tão somente colocar em evidência o modo como a psicanálise nos fornece – desde a sua fundação histórica em Freud, até os desenvolvimentos contemporâneos ligados ao nome de Winnicott – ferramentas conceituais imprescindíveis ao cuidado nos campos de estudos e de atuação da saúde mental perinatal (quer dizer, a área de conhecimentos relacionada aos processos de gestação, parto, nascimento e puerpério), apontando para a originalidade e riqueza da perspectiva winnicottiana neste domínio.

No intuito de contribuir para o debate em torno da saúde pública e das práticas de cuidado em saúde perinatal, a Seção 4 – **Contribuições à humanização do parto e nascimento no Brasil: entre a clínica winnicottiana e a saúde pública** é dedicada ao conceito winnicottiano de saúde e a algumas ressonâncias do pensamento e da clínica do pediatra e psicanalista inglês presentes na Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (PNH / SUS) do Brasil, especificamente no que se refere à perinatalidade. Para tanto, destacaremos três das diretrizes (acolhimento e vinculação; ambiência; clínica ampliada e compartilhada) da PNH, disponíveis no **Cadernos Humaniza SUS, volume 4 – Humanização do parto e do nascimento**, organizado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2014), indicando a interlocução das mesmas com formulações teórico-clínicas de Winnicott a respeito da singularidade da situação de parto e nascimento, da valorização dos cuidados ambientais e da proposição de uma nova postura profissional, incidindo na reformulação das práticas da obstetrícia, da enfermagem, da psicologia perinatal e da própria psicanálise.

Finalizando com a **Conclusão: psicanálise e nascimento – a memória entre clínica e política** arrematam o trabalho, avaliando seu percurso e indicando direções futuras de interlocução e pesquisa. Em consonância com a realidade brasileira contemporânea no campo de saberes e práticas do parto e do nascimento, a parte final do texto é o ponto de encontro entre a origem da presente pesquisa (a experiência do parto, a doulagem, a psicologia perinatal, a clínica psicanalítica, os grupos de estudos, a formação em aberto) e os campos de trabalho que tanto inspiraram Winnicott, entrelaçados em sua prática clínica na saúde pública. O fato de o arremate de uma Dissertação de caráter eminentemente conceitual girar em torno da saúde pública e da prática clínica aponta a dimensão concreta da imensa contribuição deixada por Winnicott com seu pensamento e atuação – além de evidenciar a importância social da pesquisa em memória para o campo da saúde mental e dos cuidados perinatais.

2 INCONSCIENTE, MEMÓRIA E NASCIMENTO EM FREUD

2.1 O conceito de inconsciente

Então será preciso adotar o ponto de vista de que é uma pretensão insustentável exigir que tudo o que sucede na psique teria de se tornar conhecido também para a consciência.

(Sigmund Freud, **O inconsciente**)

Embora não se possa dizer que Freud tenha construído uma teoria da memória no sentido estrito, por outro lado (e sem excluir os propósitos clínicos da sua obra) caberia interrogar: a psicanálise freudiana em seu conjunto não seria também uma grande tentativa de entendimento dos processos e fenômenos envolvidos na produção da memória? Seu complexo estudo do psiquismo humano e da produção de sintomas nas neuroses; a interminável exploração dos territórios da lembrança e do esquecimento em sua relação com as mais diversas modalidades de sofrimento; a persistente coleta etiológica e recomposição dos traços mnêmicos a partir da escuta clínica; o mapeamento dos movimentos que deslocam e condensam imagens, afetos e ideias a partir das lembranças que flutuam e se recombinaem em nossos sonhos; a perspicácia da observação cotidiana dos nossos deslizes de consciência nos atos falhos; a formulação de uma teoria psicogenética da sexualidade constituída pela premissa de que mesmo o mais íntimo do desejo e do corpo tem sua emergência na singularidade histórica da infância de cada um(a); a transversalidade entre constituição do psiquismo individual e a arqueologia do desejo e da sua regulação no campo da cultura, tudo isso, enfim, testemunha e revela senão a existência de um sistema teórico isolável sobre a memória, ao menos uma preocupação central e perene no pensamento freudiano, situando a psicanálise no centro do debate e da pesquisa sobre a memória na contemporaneidade. Em particular, pela reviravolta causada pela concepção freudiana de inconsciente.

De modo sucinto, visando apenas a compreensão das linhas gerais do conceito e tendo em mente a riqueza e plasticidade no vocabulário freudiano (TAVARES, 2011, 2012; SOUZA, 2010; ROUDINESCO; PLON, 1998), nos deteremos brevemente à compreensão dos modelos topológicos e à dinâmica do inconsciente freudiano para, assim, preparar a discussão sobre a relação entre inconsciente e memória em seu pensamento. Dada a grandeza do tema e a especificidade do nosso recorte de pesquisa, optamos por restringir nosso escopo a uma exposição elementar do conceito de inconsciente, fonte e alvo do empreendimento freudiano, a partir do qual extrairemos algumas consequências da relação entre o conceito chave da psicanálise e os processos da lembrança e do esquecimento (evidenciando o papel da repressão

[*Unterdrückung*] e do recalque [*Verdrängung*]¹⁴ nestes eventos psíquicos); sua participação na dinâmica dos sintomas neuróticos e os princípios básicos do tratamento psicanalítico (destacando a importância da técnica da associação livre para o acesso às formações do inconsciente e, conseqüentemente, às memórias reprimidas); por fim, avaliaremos o quanto sua concepção de inconsciente, de adoecimento psíquico e de terapêutica evidenciam uma perspectiva de memória calcada na linguagem e na palavra como vias privilegiadas de acesso ao conteúdo psíquico. Para tanto, nos amparamos sobretudo nas **Obras Completas de Sigmund Freud** (20 volumes), em tradução direta do alemão, coordenada e majoritariamente realizada por Paulo César de Souza (publicada no Brasil pela editora Companhia das Letras), bem como nos trabalhos de pesquisadores(as) e comentadores(as) da psicanálise freudiana.

Na linguagem corrente e no senso comum, a palavra “inconsciente” era conhecida muito antes do advento da psicanálise¹⁵. Ela adjetivava os processos mentais, ações e sentimentos involuntários ou inacessíveis à consciência, por vezes admitindo um sentido pejorativo (correspondente à incoerência ou mesmo à loucura) (ROUDINESCO; PLON, 1998). “O termo ‘inconsciente’ era empregado de forma puramente adjetiva para designar aquilo que não era consciente, mas nunca para designar um sistema psíquico autônomo e regido por leis próprias” (GARCIA-ROZA, 2008c, p. 209). Embora a palavra já fosse relativamente usual

¹⁴ “Termo empregado em psicologia para designar a inibição voluntária de uma conduta consciente. Em psicanálise, a repressão é uma operação psíquica que tende a suprimir conscientemente uma ideia ou um afeto cujo conteúdo é desagradável” (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 659). Observe-se que esta tradução brasileira do **Dicionário de Psicanálise** de Roudinesco e Plon (1998) apresenta “repressão” para traduzir *Unterdrückung* (inibição voluntária de uma conduta consciente, também conhecida em algumas traduções brasileiras da obra de Freud como supressão; um exemplo desta operação psíquica é a rejeição consciente de uma ideia desagradável ou moralmente constrangedora, através da sua negação), reservando a palavra recalque para verter *Verdrängung* (ainda que o correspondente na edição original francesa do **Dicionário** seja *repression*). Na tradição psicanalítica, há uma distinção importante entre as duas noções, pois *Verdrängung* se refere especificamente a uma operação psíquica **inconsciente** de bloqueio de representações, afetos e desejos que visa impedir o acesso determinados conteúdos psíquicos à consciência (a título de exemplo, o tabu do incesto configura uma forma de recalque, pois não é necessário que ele seja consciente para que opere seus efeitos na vida psíquica e no comportamento humano) (FREUD, [1915] 2010a; GARCIA-ROZA, 2005). Entretanto, é preciso ter em mente a ambigüidade constitutiva do uso dos dois termos em psicanálise quando se trata da nossa língua, como aponta o tradutor Paulo César de Souza em sua edição do texto **A repressão** (*Die Verdrängung*, 1915): “Há estudiosos de Freud que usam ‘repressão’ para verter *Unterdrückung* e ‘recalque’ para *Verdrängung*, enquanto outros adotam ‘supressão’ e ‘repressão’. Em **As palavras de Freud** [SOUZA, 2010], capítulo sobre *Verdrängung*, procuramos mostrar que há argumentos para as duas opções, e até mesmo para a eventual não distinção entre *Unterdrückung* e *Verdrängung*, que às vezes são usados alternadamente por Freud” (Souza in: Freud, 2010a [1915], p. 83). Exceto nos casos de citações diretas que utilizem outra solução (recalque ou recalçamento) ou ponderações que exigem a menção das duas versões do conceito, adotaremos aqui, sempre que possível, a tradução de Paulo César de Souza, que verte *Verdrängung* por “repressão”.

¹⁵ “Conceitualmente empregado em língua inglesa pela primeira vez em 1751 (com a significação de inconsciência), pelo jurista escocês Henry Home Kames (1696-1782), o termo inconsciente foi depois vulgarizado na Alemanha, no período romântico, e definido como um **reservatório de imagens mentais e uma fonte de paixões cujo conteúdo escapa à consciência**. Introduzido na língua francesa por volta de 1860 (com a significação de **vida inconsciente**) pelo escritor suíço Henri Amiel (1821-1881), foi incluído no *Dictionnaire de l’Académie Française* em 1878” (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 375, grifos nossos).

também na historiografia científica, na psiquiatria dinâmica e na filosofia alemã – particularmente em obras representativas do romantismo – é com Freud que ela assume, pela primeira vez, a condição de conceito central na organização de uma teoria dedicada ao seu entendimento não apenas como o “avesso da consciência” ou porção obscura da alma, mas como índice de uma divisão constitutiva do psiquismo humano (FREUD, [1900] 2019; [1915] 2010c; [1912] 2010d; [1923] 2011; [1938/1940] 2018a), isto é, como fator de problematização da imagem, até então hegemônica, de que a consciência correspondia à totalidade do psiquismo e, conseqüentemente, do sujeito.

Com Freud, de fato, o inconsciente deixou de ser uma “supraconsciência” ou um “subconsciente”, situado acima ou além da consciência, e se tornou realmente uma instância a que a consciência já não tem acesso, mas que se revela a ela através do sonho, dos lapsos, dos jogos de palavras, dos atos falhos etc. O inconsciente, segundo Freud, tem a particularidade de ser ao mesmo tempo interno ao sujeito (e à sua consciência) e externo a qualquer forma de dominação pelo pensamento consciente. (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 375).

Entretanto, como se daria este jogo de forças que percorre a consciência sem estar sujeito ao seu governo? Como explicar sua estrutura e seu funcionamento de modo a dar inteligibilidade a esta complexa noção de inconsciente? Freud compreendia que a resposta a estas questões começava pelo estudo do que levaria um conteúdo psíquico (ideia ou afeto) a ser evitado, rejeitado ou mesmo inacessível à consciência. Para isso, ele recorreu à hipótese de que o psiquismo se organiza a partir do processo de regulação das representações e afetos numa dinâmica cujas forças manifestam um antagonismo elementar, regendo assim os conflitos entre inconsciente e a consciência. Vejamos de que modo isso funciona na teorização psicanalítica.

A defesa freudiana da existência do inconsciente se ampara na descontinuidade dos processos psíquicos da consciência, isto é, na impossibilidade de explicação de todos os atos e fenômenos psíquicos recorrendo-se exclusivamente à consciência como reduto e única fonte das nossas ideias, afetos, comportamentos e sintomas (no que concerne ao adoecimento psíquico) (FREUD, [1923] 2011; [1938/1940] 2018a). Descontinuidade essa que Freud soube articular a uma das principais aquisições analíticas feitas em sua prática clínica com neuróticos(as), a saber, a descoberta dos processos psíquicos envolvidos na interdição de representações, ideias, afetos e desejos capazes de perturbar o aparelho psíquico com sua carga pulsional, visando expulsar da consciência ou impedir que emergam a ela os conteúdos psíquicos correspondentes (FREUD, [1915] 2010a), dois processos distintos, mas que Freud

explicou sob a mesma chave: a lógica da repressão (*Unterdrückung / Verdrängung*)¹⁶. É que, para a psicanálise, “o recalque designa o processo que visa a manter no inconsciente todas as ideias e representações ligadas às pulsões e cuja realização, produtora de prazer, afetaria o equilíbrio do funcionamento psicológico do indivíduo, transformando-se em fonte de desprazer” (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 647). No ensaio metapsicológico dedicado ao conceito, Freud afirma que “a sua essência consiste apenas em rejeitar e manter algo afastado da consciência” (FREUD, [1915] 2010a, p. 85, grifos do autor). Tendo em mente que este “algo” que é rejeitado e afastado (*Unterdrückung*) ou impedido de alcançar a consciência (*Verdrängung*) não desaparece, mas continua presente no psiquismo e mesmo produzindo efeitos em seu funcionamento (FREUD, [1923] 2011), passamos a compreender a base dos processos inconscientes segundo a psicanálise freudiana.

Não se deve imaginar o processo de repressão como algo acontecido uma única vez e que tem resultado duradouro, mais ou menos como quando se abate algo vivo, que passa a estar morto; a repressão exige, isto sim, um constante gasto de energia, cuja cessação colocaria em perigo o seu êxito, de modo que um novo ato de repressão se tornaria necessário. É lícito imaginar que o reprimido exerce uma contínua pressão na direção do consciente, a qual tem de ser compensada por uma ininterrupta contrapressão. Portanto, manter uma repressão pressupõe um permanente dispêndio de energia, e a sua eliminação significa, economicamente, uma poupança. (FREUD, [1915] 2010a, p. 90).

Uma vez que a psicanálise surge do apontamento crítico de que a consciência tem lacunas, entrevistas nos mais diversos eventos psicológicos da vida cotidiana (sonhos, lapsos, atos falhos, chistes etc.) e nas expressões patológicas das neuroses (sintomas), para Freud a consciência deixa de representar o conjunto da nossa vida psíquica, passando à condição de elemento num sistema mais complexo. “Dizendo-o mais uma vez e de outra forma: a psicanálise não pode pôr a essência do psíquico na consciência, mas é obrigada a ver a consciência como uma qualidade do psíquico, que pode juntar-se a outras qualidades ou estar ausente” (FREUD, [1923] 2011, p. 15). Como considera Zeljko Loparic (1999), no meticuloso ensaio **É dizível o inconsciente?**, o “Freud teórico explica os distúrbios psíquicos dos seus pacientes em termos do *inconsciente recalçado*¹⁷. O que significa isso? Que os distúrbios psíquicos podem ser vistos como *lacunas* nas cadeias de atos conscientes” (LOPARIC, 1999, p. 339, grifos do autor).

¹⁶ A respeito da sinonímia entre recalque e repressão na tradução das concepções freudianas de *Unterdrückung* e *Verdrängung*, proposta na tradução da obra de Freud adotada na realização desta pesquisa, ver nota 13.

¹⁷ A partir de Freud, por **inconsciente recalçado** entende-se o resultado do conjunto de processos intrapsíquicos dirigidos a todo conteúdo verbal ou sensorio-motor negado simbolicamente pelo sujeito no processo que Freud nomeia como **recalcamento** (*Verdrängung*), o que, por sua vez, tem como efeito e consequência dinâmica o

Quais as consequências desta posição para pensarmos a relação entre inconsciente e memória em Freud? Lembremos, de imediato, que o conceito freudiano de inconsciente é, inicialmente, “um lugar desconhecido pela consciência: uma ‘outra cena’” (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 375). É por esta razão que sua teoria do inconsciente se inscreve topologicamente¹⁸, ou seja, como uma tentativa de dar inteligibilidade lógico-espacial ao conceito que, até o século XIX vigorava, de modo não sistemático, como um termo literário-filosófico. Como aponta o próprio Freud em seu **Compêndio de psicanálise**:

É justamente isso que a psicanálise precisa fazer, e esta é a sua segunda hipótese fundamental. Ela explica os supostos processos concomitantes somáticos como sendo o propriamente psíquico, não considerando inicialmente a qualidade da consciência. Nisso não está sozinha. Vários pensadores, como Theodor Lipps, por exemplo, expressaram o mesmo com palavras similares, e a insatisfação geral com a noção habitual do que é psíquico resultou em que um conceito do inconsciente exigiu cada vez mais a inclusão no pensamento psicológico, embora tal exigência tivesse forma tão vaga e imprecisa que não pôde influir na ciência. (FREUD, [1938/1940] 2018a, p. 207).

Outro traço constitutivo da concepção de inconsciente importante nesta leitura vem do fato de que ele é fundado na repressão de ideias ou afetos cuja condução terapêutica em Freud passa, necessariamente, pela simbolização (GARCIA-ROZA, 2005; JORGE, 2005; FIGUEIREDO; COELHO JUNIOR, 2018). “A base do trabalho analítico é a interpretação dos conteúdos inconscientes com vistas à busca do elo faltante na cadeia da memória, o qual existe em função de um desejo censurado ou da repressão de experiências traumatizantes” (RIBEIRO, 2019, p. 234). Aqui, Loparic explicita o que há de problemático nesta concepção:

Vê-se onde pretendo chegar: quero colocar em questão o pressuposto de Freud de que aquilo que está em análise seja algo que possa, no essencial, ser dito no sentido de ser verbalizado. Problematizar a ideia de que o inconsciente consiste num conjunto de dados que podem ser transpostos em dados sonoros, fonetizados e comunicados. [...] Isso implica que a regra de verbalização do inconsciente deve ser rediscutida. O inconsciente é mesmo verbalizável? Ou, antecipando os desenvolvimentos que se seguem: será que não é o caso de reconhecer que a psicanálise se depara com mais de um tipo de inconsciente, a saber, o verbalizável e o não verbalizável? (LOPARIC, 1999, p. 338).

retorno do recalçado, isto é, a reemergência simbólica das formações do inconsciente (sonhos, chistes, atos falhos etc.) como esforço destes conteúdos recalçados em se fazerem novamente presentes à consciência (FREUD, [1915] 2010a; [1938/1940] 2018a; ROUDINESCO; PLON, 1998; GARCIA-ROZA, 2005). A respeito da sinonímia entre recalque e repressão (FREUD, [1915] 2010a; SOUZA, 2010), ver nota 9, na Introdução deste trabalho.

¹⁸ “Na primeira tópica elaborada por Sigmund Freud, trata-se de uma instância ou um sistema (Ics) constituído por conteúdos recalçados que escapam às outras instâncias, o pré-consciente e o consciente (Pcs-Cs). Na segunda tópica, deixa de ser uma instância, passando a servir para qualificar o isso e, em grande parte, o eu e o supereu” (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 375).

É por esta razão que a psicanálise freudiana pode ser qualificada como uma teoria do **inconsciente representacional**, quer dizer, um inconsciente que necessariamente **se produz na e se expressa pela** linguagem verbal. Cabe observar que o conceito de inconsciente passou transformações contínuas à medida em que Freud desenvolvia a metapsicologia. Sua figuração pré-psicanalítica já era perceptível nas hipóteses clínicas sobre os estados hipnóides e sobre a caracterização dos sintomas histéricos (por influência da clínica de Charcot e na colaboração com Breuer), bem como na ideia de que etiologia das neuroses implica a existência de situações traumáticas de caráter sexual vivenciadas originalmente na infância (portanto, inconscientes para o sujeito adulto até sua investigação clínica), além de ser aventado nas cartas do período de transição da neurologia à psicanálise (MASSON, 1986), onde o termo é utilizado em caráter especulativo pela primeira vez (GARCIA-ROZA, 2005, ROUDINESCO; PLON, 1998). Desde **A interpretação dos sonhos** (FREUD, [1900] 2019), primeiro livro propriamente psicanalítico de Freud – compreendido, nesse sentido, como obra inaugural da sua disciplina – no qual o autor apresenta uma visão de conjunto a respeito da sua invenção, a palavra admitirá, alternada e, às vezes, simultaneamente, dois sentidos principais (FREUD, [1923] 2011), a saber:

- a) Um **sentido descritivo**, de caráter mais geral e abrangente (oriundo da tradição ocidental em torno da palavra, aproveitado por Freud como ponto de partida da sua própria concepção). Trata-se da designação de todo ato ou fenômeno psíquico que simplesmente esteja fora do alcance da consciência, mas que potencialmente seja recuperável e acessível a ela sem maiores obstáculos; inconsciente num sentido lato, como aquilo que não ocupa, num dado instante, a consciência (FREUD, [1900] 2019; [1923] 2011; [1938/1940] 2018a);
- b) Um **sentido dinâmico (sistemático)**, próprio e específico da psicanálise, que implica o antagonismo entre as forças e instâncias psíquicas, e que compreende os atos ou fenômenos psíquicos que se mantêm afastados da consciência por força de um obstáculo ativo à sua emergência, ao qual Freud denominou inicialmente de censura¹⁹ ([1900] 2019; [1915] 2010c) e, posteriormente, de repressão/recalque

¹⁹ Como explicam Roudinesco e Plon, “A partir de 1914, em ‘Sobre o narcisismo: uma introdução’ [Introdução ao narcisismo], Freud começou a identificar a censura com uma consciência moral, o que mais tarde o levaria, no contexto de sua segunda tópica do aparelho psíquico (1920-1939), a identificar a censura com o supereu, isto é, com uma instância que funciona como um ‘censor do eu’” (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 108-109).

(FREUD, [1915] 2010a; [1923] 2011; [1938/1940] 2018a). É desde este segundo sentido que a psicanálise reivindica sua originalidade no tratamento do tema, uma vez que ultrapassa a mera definição negativa do inconsciente como “não-consciência”, constituindo um sistema explicativo e um novo quadro de questões para a investigação do psiquismo, ao qual a metapsicologia freudiana incorpora uma dinâmica, uma topologia e uma economia.

Como se pode depreender da acepção dinâmica do inconsciente, trata-se do ponto de partida da psicanálise, pois o surgimento desta concepção exigirá de Freud a elaboração de modelos explicativos complexos e sistematicamente revistos ao longo da sua obra, no intuito de consolidar a centralidade do conceito de inconsciente como aquele que permitiria elucidar as razões do “esquecimento” de episódios traumatogênicos por parte do doente, ao mesmo tempo em que possibilitaria a formulação de um quadro explicativo da vida psíquica em seu conjunto em termos psicanalíticos. “Trata-se de um elemento de uma metapsicologia entendida como articulação conceitual que, desde o universal do conceito, acolhe a singularidade da experiência analítica” (PEREZ, 2012, p. 91-92). Para que o universal desse conceito fosse compreensível aos olhos da ciência do seu tempo, Freud recorreu à demonstração figurativa e metafórica do que ele chamou de aparelho psíquico (*Der Psychische Apparat*) (FREUD, [1950/1895] 1977; [1900] 2019; [1938/1940] 2018a), cuja estrutura e funcionamento serão gradativamente descritos em termos topológicos, dinâmicos e econômicos até assumir a forma consolidada por Freud em seus últimos textos, admitindo duas formas principais, às quais são correntemente nomeadas como “Primeira e Segunda Tópicas²⁰ do Inconsciente”.

2.2 O ponto de vista do aparelho psíquico: metapsicologia e memória

Se nos perguntam por que vias e com que meios isso ocorre, a resposta não é fácil. Temos que dizer: “É preciso chamar a bruxa, afinal”. Ou seja, a bruxa metapsicologia.
Sem especular e teorizar — quase digo: fantasiar — de maneira metapsicológica, não avançamos um passo neste ponto.

Sigmund Freud, **Análise terminável e interminável**

²⁰ Adotamos aqui a recomendação do tradutor Paulo César de Souza, quando adverte que “[o] termo ‘tópica’, às vezes utilizado em textos e discussões de psicanálise, é uma versão equivocada para o alemão *Topik* (um ‘falso amigo’, como dizem os tradutores), pois em português ele designa o ramo da medicina que se ocupa dos remédios tópicos, aqueles cuja ação se dá no local em que são aplicados. Alguns outros substantivos alemães têm essa terminação que pode induzir em erro de leitura; *Romantik* (‘romantismo’) e *Pädagogik* (‘pedagogia’) são dois exemplos” (SOUZA in: FREUD, [1915] 2010b, p. 110). Assim, quando necessário, utilizaremos o termo “topologia”.

O contexto de aparição da noção de aparelho psíquico é digno de nota. Ainda sob os expedientes de um pesquisador dedicado originalmente à neurologia – do que dá prova o complexo e prospectivo **Projeto para uma psicologia científica** (FREUD, [1950/1895] 1977) – alguns anos antes da invenção da psicanálise, Freud já indicava, contudo, a progressiva exploração psicanalítica a tomar corpo em seu próprio vocabulário²¹. Inicialmente adepto de uma terminologia propriamente neurológica, a exemplo do uso ambíguo²² da figura conceitual de uma memória neurônica representada pelos neurônios ϕ (*phi*), ψ (*psi*) e ω (*ômega*), bem como da concepção fisicalista de energia empregada no **Projeto** (LOPARIC, 1997, 1999; RIBEIRO, 2019; GARCIA-ROZA, 2005, 2008a), Freud irá gradativamente abandonar as pretensões de integrar seu discurso do desejo ao repertório médico, deslocando-se em direção a uma linguagem metafórica, em que a lógica do psíquico vai pouco a pouco reivindicando a posição antes ocupada pela medicina, numa passagem à compreensão do sofrimento neurótico instalado não no organismo, mas no plano simbólico. Onde o saber médico recuava ou se desconcertava, Freud reconhecia o nascimento de uma nova forma de pensar.

Em sua carta de 6 de dezembro de 1896 [a] Fliess, Freud abandona a idéia – expressa um ano antes, no “Projeto para uma psicologia científica” – de uma base neurofisiológica dos processos psíquicos. Pela primeira vez, fala de um “aparelho psíquico” constituído de três níveis, o “consciente”, o “pré-consciente” e o “inconsciente”. Essa elaboração teórica é retomada e desenvolvida no capítulo VII de *A interpretação dos sonhos*, e torna a ser evocada em *Mais-além do princípio de prazer*, às vésperas da instauração, em *O eu e o isso*, da segunda tópica. (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 131-132).

A passagem à linguagem propriamente psicanalítica em Freud é, assim, marcada pelo paulatino desprendimento em relação à busca por entidades anatômicas e fisiológicas que comprovem o funcionamento da realidade psíquica e, em contraponto, pelo desenvolvimento conceitual do papel das ideias, pensamentos, desejos, sonhos e, sobretudo, da linguagem para

²¹ Em **Sigmund Freud na sua época e em nosso tempo**, biografia publicada pela psicanalista e historiadora da psicanálise Elizabeth Roudinesco (2016) encontra-se uma importante consideração sobre este trabalho de Freud: “Num manuscrito com aproximadamente cem páginas, ‘Projeto para uma psicologia científica’, concebido como um tratado de psicologia para uso dos neurologistas, [Freud] expôs, destinado ao amigo [Fliess], em 1895, **um plano geral de sua abordagem neuropsicológica da memória, da percepção e da consciência**. Nele, descrevia os processos patológicos através dos quais tentava pôr em evidência as características dos fenômenos psicológicos considerados ‘normais’. Ao contrário de Fliess e duvidando permanentemente de si mesmo, buscava fazer da psicologia uma ciência natural, **distanciando-se cada vez mais do projeto de restringir os fenômenos psíquicos a desordens orgânicas**” (ROUDINESCO, 2016, local. 75, grifos nossos).

²² Como chama atenção Luiz Alfredo Garcia-Roza, trata-se de uma tendência de passagem do anatômico ao simbólico, isto é, da neurologia à psicanálise, renunciando o amadurecimento da teoria freudiana, o que terá seu marco em *A interpretação dos sonhos* (Freud, 2019 [1900]), obra a partir da qual “a representação esquemática do aparelho psíquico apresentada por Freud não pretende ser a transcrição de nenhuma estrutura anatômica existente, mas sim uma **construção topológica** que visa oferecer uma descrição do funcionamento do aparelho” (GARCIA-ROZA, 2005, p. 80, grifos nossos).

a organização e funcionamento do psiquismo. “Isto não significa que esse aparelho prescindia de um suporte material, que o aparato neuronal possa ser desprezado, mas sim que, do ponto de vista teórico-explicativo, passamos de um modelo mecânico (ou, na melhor das hipóteses, termodinâmico) para um modelo lógico” (GARCIA-ROZA, 2008b, p. 169). Começemos pela descrição preliminar deste aparelho, fornecida por Freud e **A interpretação dos sonhos** (FREUD, [1900] 2019):

Assim, imaginemos o aparelho psíquico como um instrumento composto, cujos componentes chamaremos de *instâncias* ou, por amor da expressividade, *sistemas*. Depois esperaremos que esses sistemas possam manter uma relação espacial constante entre si, como, por exemplo, os vários sistemas de lentes de um telescópio são dispostos um atrás do outro. A rigor, não há necessidade de supor uma ordenação realmente *espacial* dos sistemas psíquicos. Basta que se estabeleça uma ordem fixa, na qual, em certos processos psíquicos, os sistemas sejam percorridos pela excitação em determinada sequência *temporal*. Em outros processos, a sequência pode sofrer uma alteração; vamos manter em aberto essa possibilidade” (FREUD, [1900] 2019, p. 587, grifos do autor).

É importante ressaltar que, a partir deste ponto da obra de Freud, não se trata de uma noção que possua realidade ontológica, mas de um modelo explicativo tomado de empréstimo à física (termodinâmica), como nos explica Garcia-Roza (2005, 2008a, 2008b). Ainda para este autor, é preciso ter cautela ao empregar aqui a ideia de “modelo”, uma vez que o uso de um modelo teórico desta complexidade “implica certo rigor formal que Freud está longe de poder cumprir, dada a sua limitação (declarada) quanto à física de sua época. Assim, o ‘aparelho psíquico’ é concebido segundo um referencial termodinâmico [...] que nem sempre é obedecido com rigor” (GARCIA-ROZA, 2005, p. 46). Tal inspiração corresponde aos propósitos estratégicos da busca freudiana pela legitimidade científica de sua inovadora prática de cuidado em relação aos diversos modos de adoecimento psíquico. É que o desenvolvimento de uma topologia se prestou a tornar compreensível cientificamente a tese fundamental de que o psiquismo humano é tensionado por forças conflitantes em funcionamento contínuo e ininterrupto durante a vida do indivíduo (FREUD, [1938/1940] 2018a). Esta tensão, demonstrada por Freud em termos de pressão/contrapressão implica tratar o psiquismo humano

como algo animado pela força do instinto/pulsão (*Trieb*)²³ alimentado energeticamente por aquilo que a psicanálise chama de libido (*Libido*)²⁴:

Considerando a sua origem especial, diferenciamos essa libido da energia que deve subjazer aos processos psíquicos em geral, e assim lhe emprestamos também um caráter qualitativo. Ao distinguir entre energia libidinal e outra energia psíquica, exprimimos o pressuposto de que os processos sexuais do organismo se diferenciam dos processos de nutrição por uma química especial. (FREUD, [1905] 2016, p. 135).

Desde **Os três ensaios sobre a teoria da sexualidade** (FREUD, [1905] 2016), Freud afirma o aparelho psíquico é percorrido por dois tipos de energia: uma subjacente à manutenção do seu funcionamento, que corresponde às operações físico-químicas e neurofisiológicas, portanto de caráter eminentemente orgânico; e a libido, por sua vez revelada pela investigação psicanalítica, energia cujas fontes somáticas advêm de diferentes partes do corpo em direção ao psiquismo, de caráter não apenas quantitativo (na medida da sua finitude, ainda que incontável numericamente), mas sobretudo qualitativo, uma vez que se trata de uma forma energia psíquica organizada segundo seu investimento (quer dizer, indeterminada do ponto de vista exclusivamente orgânico), distribuindo-se ou retendo-se em determinadas circunstâncias conforme a existência de obstáculos à sua livre circulação, o que comparece na forma da repressão (FREUD, [1938/1940] 2018a). É neste sentido que a psicanálise implica uma perspectiva econômica, pois esta energia, ainda que incontável em termos numéricos, é quantitativamente finita, isto é, implica uma regulação interna ao aparelho (FREUD, [1905] 2016).

Voltemos à topologia. Compreendidas as noções básicas de repressão (dinâmica conflitiva) e libido (econômica/energética) que fazem funcionar o aparelho psíquico, como se apresentam e em que consistem, por fim, as duas topologias? A primeira, composta por três

²³ “As forças que supomos haver por trás das tensões geradas pelas necessidades denominamos *Triebe* [instintos, impulsos, “pulsões” etc.]. Representam as exigências somáticas à vida psíquica. Embora sejam a causa última de toda atividade, são de natureza conservadora; de todo estado alcançado por um ser nasce o empenho de restaurar esse estado assim que é abandonado. Pode-se, então, diferenciar um número indeterminado de instintos, e assim se costuma fazer. Para nós é importante a possibilidade de referir todos esses múltiplos instintos a alguns poucos instintos básicos. Descobrimos que os instintos podem mudar sua meta (mediante o deslocamento), e também que podem substituir uns aos outros, quando a energia de um passa para o outro. Esse último processo ainda não é bem compreendido. Após muito hesitar e oscilar, decidimos supor a existência de apenas dois instintos fundamentais, Eros e instinto de destruição” (FREUD, [1938/1940] 2018a, p. 195).

²⁴ “Termo latino (*libido* = desejo), inicialmente utilizado por Moriz Benedikt e, mais tarde, pelos fundadores da sexologia (Albert Moll e Richard von Krafft-Ebing), para designar uma energia própria do instinto sexual, ou *libido sexualis*. Sigmund Freud retomou o termo numa acepção inteiramente distinta, para designar a manifestação da pulsão sexual na vida psíquica e, por extensão, a sexualidade humana em geral e a infantil em particular, entendida como causalidade psíquica (neurose), disposição polimorfa (perversão), amor-próprio (narcisismo) e sublimação” (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 471, grifos dos autores).

instâncias (Inconsciente / Pré-Consciente / Consciente) é a tentativa freudiana de expor em termos de localização estrutural – portanto lógica e figurativa, não mais anatômica – a organização e o funcionamento do psiquismo, tendo como princípio dinâmico o papel desempenhado pelo mecanismo de repressão, recurso explicativo que torna inteligível a relação de forças entre as três instâncias mobilizadas desde a primeira topologia, conforme sua elaboração em **A interpretação dos sonhos** (FREUD, [1900] 2019).

O que importa no modelo de *A interpretação do sonho* não é a localização espacial dos sistemas, mas a estrutura topológica do aparelho, isto é, a posição relativa que os sistemas ocupam uns em relação aos outros. Mas, acima de tudo, trata-se de uma *tópica temporal*. O que Freud propõe é que se pense uma ordem de sucessão temporal para os processos psíquicos, de tal modo que a excitação faça o percurso que vai da extremidade perceptiva para a extremidade motora, passando pelos sistemas mnêmicos, pelo Ics, pelo Pcs até atingir o Cs; se o percurso for regressivo, a mesma ordem terá que ser obedecida, só que em sentido inverso. (GARCIA-ROZA, 2008b, p. 169-170).

No interior desta formulação, Freud supõe a existência de dois sistemas: um **Inconsciente** (Ics), no qual se alojariam os conteúdos psíquicos reprimidos, isto é, inacessíveis à consciência, mas ativos psiquicamente, participando da dinâmica do aparelho; e um sistema formado pelas outras duas instâncias: **Pré-Consciente** (Pcs), constituído por formações passíveis de tornarem-se conscientes; e o **Consciente** (Cs), que corresponde à porção cronologicamente posterior (a última a se formar), conseqüentemente a camada exterior do aparelho, em contato direto com a realidade, abrangendo as funções psíquicas responsáveis pelo contato com o mundo externo através dos sentidos e da função psicológica da percepção (FREUD, [1900] 2019). Esta divisão do psiquismo pretende demonstrar, segundo Freud, de que modo uma ideia ou afeto percorre seu caminho no aparelho psíquico para se tornar presente à consciência, bem como seu contrário. Em **O eu e o id**, porém, Freud ([1923] 2011) retoma estas definições e introduz uma precisão:

Ao que é latente, tão só descritivamente inconsciente, e não no sentido dinâmico, chamamos de pré-consciente; o termo inconsciente limitamos ao reprimido dinamicamente inconsciente, de modo que possuímos agora três termos, consciente (*cs*), pré-consciente (*pcs*) e inconsciente (*ics*), cujo sentido não é mais puramente descritivo. (FREUD, [1923] 2011, p. 17).

A partir desta distinção fundamental, Freud revela que a divisão do psiquismo obedece a dois graus de repressão, ou seja, dois modos de retenção dos conteúdos psíquicos: um latente (passível de acesso à consciência), ao qual corresponde a instância pré-consciente (Pcs) e outro propriamente inconsciente (Ics), formado por aquilo que é dinamicamente reprimido, operando

seus efeitos longe da consciência (Cs). Na formulação desta topologia, há um nítido contraste entre a psicanálise e a psicologia do início do século XX, na medida em que esta tratava o psiquismo como equivalente à consciência, em consonância com a concepção filosófica vigente, e mesmo do senso comum da época. Não havia, portanto, tratamento científico sistemático, isto é, construído com a finalidade específica de analisar a vida psíquica inconsciente em seu conjunto. “Freud não nos fala de uma consciência que não se mostra, mas de outra coisa inteiramente distinta; fala-nos de um sistema psíquico, o Ics [...], que se contrapõe a outro sistema psíquico, o Pcs/Cs [...], que é em parte inconsciente [...], mas que não é o inconsciente (*das Unbewusste*)” (GARCIA-ROZA, 2008c, p. 210).

A divisão topográfica do psiquismo será enriquecida por Freud na medida em que ele percebe, tanto pela clínica quanto pela elaboração teórica, que a descrição dos fenômenos inconscientes implicava uma constante investigação conceitual, pois a existência da noção de inconsciente não era suficiente para descrever os fenômenos do psiquismo em seu conjunto (QUINODOZ, 2007). Isso porque a própria experiência clínica com as neuroses exigiria, além da explicação do modo como uma ideia ou afeto passam da consciência ao inconsciente e vice-versa, uma melhor explanação do modo como a dinâmica inconsciente está presente também na organização anímica da vida consciente. Em **O eu e o id** (FREUD, [1923] 2011), a problemática é assim definida:

Ora, durante a análise observamos que o doente experimenta dificuldades quando lhe colocamos certas tarefas; suas associações falham quando devem aproximar-se do reprimido. Aí lhe dizemos que ele se acha sob o domínio de uma resistência, mas ele nada sabe disso, e mesmo que intua, por suas sensações de desprazer, que uma resistência atua nele então, não sabe dar-lhe nome ou descrevê-la. Mas como certamente essa resistência vem do seu Eu e a ele pertence, achamo-nos diante de uma situação imprevista. Encontramos no próprio Eu algo que é também inconsciente, comporta-se exatamente como o reprimido, isto é, exerce poderosos efeitos sem tornar-se consciente, e requer um trabalho especial para ser tornado consciente. (Freud, [1923] 2011, p. 21).

Na continuidade dos esforços teóricos representados pela virada conceitual promovida pelo aprofundamento do conceito de pulsão/instinto [*Trieb*]²⁵, iniciado nos “ensaios de metapsicologia” (1914-1917), particularmente em **Os instintos e seus destinos** (FREUD, [1915] 2010), desembocando, finalmente, na elaboração do dualismo pulsional (pulsão de vida/Eros e pulsão de morte/destruição) em **Além do princípio do prazer** (FREUD, [1920]),

²⁵ Como indica Garcia-Roza, o aparecimento da noção de pulsão “se deu nos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905) e, embora nessa época seus contornos ainda não estivessem bem delimitados, sua importância já se fazia sentir de forma ineludível” (GARCIA-ROZA, 1986, p. 11).

Freud retoma e revisa a tarefa topológica em 1923, introduzindo, assim, a segunda topologia, formada por três instâncias: Id (*Es*), Eu (*Ich*) e Super-eu (*Über-Ich*). Por uma questão de síntese, lançaremos mão das definições realizadas por Freud no **Compêndio de Psicanálise** (FREUD, [1938/1940] 2018a). Começemos pelo Id:

A mais antiga dessas províncias ou instâncias psíquicas denominamos *Id*; seu conteúdo é tudo o que é herdado, trazido com o nascimento, constitucionalmente determinado; sobretudo, portanto, os instintos oriundos da organização do corpo, que aí encontram uma primeira expressão psíquica, para nós desconhecida em suas formas”. (FREUD, [1938/1940] 2018a, p. 191-192, grifo do autor).

O Id (*Es*) é, portanto, a instância habitada pelas “exigências somáticas da vida psíquica” (FREUD, [1938/1940] 2018a, p. 195), ou seja, pelos instintos/pulsões, e sua existência se justifica na satisfação das necessidades congênicas do indivíduo, razão pela qual o Id representa, nesta topologia, a dimensão instintual/pulsional do inconsciente. Segundo Freud, ela corresponde à porção mais antiga do aparelho, sendo a mais importante para o desenvolvimento da vida psíquica e responsável pelo início da pesquisa psicanalítica (*ibid.*). Apesar da importância dessa instância anímica para a vida, ela não pode realizar qualquer função de autopreservação ou regulação do aparelho na relação com seu exterior. É diante dessa exigência que a nova topologia convoca sua segunda instância:

Sob a influência do mundo externo real que nos rodeia, uma parte do Id teve um desenvolvimento especial. Originalmente uma camada cortical, dotada de órgãos para a recepção de estímulos e de mecanismos para a proteção contra estímulos, a partir dela se produziu uma organização especial que passou a mediar entre o Id e o mundo exterior. A essa região de nossa psique demos o nome de *Eu*. (FREUD, [1938/1940] 2018a, p. 192, grifo do autor).

Embora o Eu (*Ich*) já constasse no vocabulário psicanalítico desde o início – quando a noção de Eu abrangia apenas a consciência, sendo-lhe praticamente sinônima (QUINODOZ, 2007) –, é com a segunda topologia que ele passa à condição de componente do aparelho psíquico, tendo em vista a consideração das resistências ao processo analítico como indicador que haveria, no próprio Eu, uma dimensão inconsciente, sujeita às exigências de regulação das tensões provocadas pelas excitações sensoriais e musculares, por vezes premido entre os poderes do Id e do Super-eu (FREUD, [1923] 2011; [1938/1940] 2018a).

O Eu também é pensado por Freud como a sede dos movimentos voluntários e do estado de vigília. Como se trata da instância encarregada da autopreservação, o Eu procede apreendendo os estímulos externos, “armazenando (na memória) experiências relativas a eles,

evitando (através da fuga) estímulos fortes demais, indo ao encontro (através da adaptação) dos estímulos moderados e, por fim, aprendendo a modificar o mundo externo para sua vantagem (a atividade)” (FREUD, [1938/1940] 2018a, p. 192). Internamente ao aparelho, o Eu se ocupa da contínua investida das reivindicações pulsionais, atuando como instância decisória do que deverá chegar a ser satisfeito, adiando sua concretização para circunstâncias externas favoráveis ou simplesmente suprimindo estas excitações. “Em sua atividade, o Eu é guiado pela consideração das tensões produzidas pelos estímulos, tensões nele existentes ou nele introduzidas. A elevação dessas tensões é sentida em geral como *desprazer*, e sua diminuição, como *prazer*” (FREUD, [1938/1940] 2018a, p. 193, grifos do autor). Enquanto o Id é o território dos instintos/pulsões, é no Eu que a energia produzida pela tensão psíquica (libido) adquire condições de circulação e investimento, seja no próprio Eu, seja nos objetos. Contudo, o Eu não realiza estas tarefas solitariamente.

Como resultado do longo período de infância, em que o ser humano em crescimento vive na dependência dos pais, forma-se no Eu uma instância específica, na qual prossegue essa influência parental. Ela recebeu o nome de *Super-eu*. Na medida em que o Super-eu se distingue do Eu ou se contrapõe a ele, constitui um terceiro poder, que tem de ser levado em conta pelo Eu. Portanto, uma ação do Eu é correta se satisfaz ao mesmo tempo as exigências do Id, do Super-eu e da realidade, ou seja, quando concilia essas reivindicações entre si. Os detalhes da ligação entre Eu e Super-eu se tornam inteiramente compreensíveis quando referidos à relação da criança com os pais. (FREUD, [1938/1940] 2018a, p. 193, grifos do autor).

Fruto da relação de dependência que nos constitui enquanto humanos no início da vida, o Super-eu é a instância psíquica que registra no aparelho a presença moral e emocional das figuras parentais (ou de cuidado/proteção/educação), inscrevendo no psiquismo sua influência, formando o “terceiro poder” do aparelho, como diz Freud. É importante ressaltar que a emergência desta instância evidencia a preocupação freudiana e apontar, na segunda topologia, para a condição vincular e relacional da constituição do psiquismo, uma vez que as circunstâncias de convívio e relacionamento passam a ser determinantes na estruturação da subjetividade e, portanto, para a compreensão dos processos inconscientes. Outro ponto a destacar neste trecho do **Compêndio de psicanálise** é a ideia de uma ação do Eu é bem sucedida quando concilia simultaneamente as exigências do Id, do Super-eu e da realidade, apreciação que advém sobretudo da articulação entre a metapsicologia e experiência analítica no tratamento das neuroses.

Apresentadas as duas topologias, cumpre reforçar que os dois modelos “não são excludentes, ao contrário, são complementares no sentido de que descrevem os fenômenos

psíquicos sob ângulos diferentes, do mesmo modo que se pode descrever uma casa em termos de forma, de dimensão ou de custo” (QUINODOZ, 2007, p. 225). Eles marcam, cada um à sua maneira, dois momentos de investigação entre os quais o conceito de inconsciente sofre uma transformação fundamental:

Desde seu aparecimento no capítulo VII da *Traumdeutung* até os textos finais da chamada segunda tópica, a modificação é visível. Se nos textos iniciais Freud está preocupado em definir o sentido tópico do inconsciente, nos textos posteriores a 1915 ele está mais preocupado com a relação entre o inconsciente e as pulsões. Mas mesmo num texto como *O eu e o isso*, de 1923, onde o *das Es* (o Isso) é privilegiado, Freud mantém a idéia do inconsciente como um lugar psíquico diferenciado e identificado com o recalcado. É nesta medida que podemos dizer que a segunda tópica freudiana não substitui a primeira, e que os conceitos de Isso, Eu e Supereu não recobrem os conceitos de Inconsciente, Consciente e Pré-consciente. O Isso é inconsciente, mas não é o inconsciente. (GARCIA-ROZA, 2008c, p. 208, grifos do autor).

O que Garcia-Roza coloca em evidência, especialmente na última frase do trecho acima, é a transformação do conceito freudiano de inconsciente em uma ideia que passa de objeto inaugural da pesquisa psicanalítica, submetido inicialmente a tentativas de localização, ainda que metafórica, no interior do aparelho psíquico, à condição na qual é o próprio Inconsciente que passa a ser pensado como um sistema (*Das Unbewusste*), de modo que o Inconsciente passa a se fazer presente em todo o aparelho psíquico, assumindo em cada uma das instâncias da segunda topologia uma configuração específica (FREUD, [1915] 2010b; [1923] 2011; [1938/1940] 2018). Sendo o inconsciente um conceito operatório da comunicação entre as instâncias do aparelho psíquico, isso significa que a organização e funcionamento de todos os processos anímicos da vida humana – dentre os quais se inclui e aqui destacaremos a memória – só podem ser compreendidos psicanaliticamente através da sua confluência em relação ao problema do Inconsciente. Nesse sentido, é preciso recuperar uma consideração fundamental, feita por Freud no **Compêndio de psicanálise**, sobre a relação entre as instâncias da segunda topologia e a problemática do tempo:

Vê-se que, não obstante toda a diferença fundamental entre eles, Id e Super-eu mostram uma coisa em comum, **que é o fato de representarem as influências do passado** — o Id, a influência herdada, e o Super-eu, essencialmente a recebida dos outros —, **enquanto o Eu é determinado principalmente pelas vivências do indivíduo, ou seja, pelo que é acidental e atual.** (FREUD, [1938/1940] 2018a, p. 194, grifos nossos).

Esta comunidade entre as duas formas de “passado psíquico” – uma marcada pela presença das influências hereditárias (o passado da espécie humana), outra pelas incidências da

relação com o outro (o passado da transmissão cultural), confrontada à exigência concreta imposta ao Eu (sua determinação pelas vivências acidentais e atuais, isto é, sua compulsória atenção ao presente) configura – inevitável e paralelamente – a psicanálise e sua perspectiva do psiquismo como uma teoria da memória (GARCIA-ROZA, 2008a, 2008b, 2008c; GABBI JUNIOR, 1993). Feito este percurso inicial em torno do conceito de inconsciente e seu desenvolvimento argumentativo na psicanálise, detenhamo-nos agora à sua maneira de pensar a memória.

2.3 O bebê e o seu corpo pulsional

Quando a primeiríssima satisfação sexual ainda é vinculada à ingestão de alimento, o instinto sexual tem um objeto fora do próprio corpo, no seio da mãe.

Sigmund Freud, **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade**

Após este breve itinerário pela metapsicologia freudiana, detenhamo-nos um pouco nos **Três ensaios da teoria da sexualidade**, obra incontornável dedicada ao assunto que constituirá um grande divisor²⁶ na trajetória de Freud. Trata-se da proposição de uma teoria psicanalítica da sexualidade, na qual a experiência infantil assume o centro do debate (ROUDINESCO; PLON, 1998; GARCIA-ROZA, 2005; QUINODOZ, 2007; COSTA, 2010;). Uma vez mais, Freud será responsável por deslocar o saber médico e aprofundar a sustentação metapsicológica da clínica do inconsciente. Detentora da verdade científica acerca do sexo à sua época, a medicina europeia reduzia o assunto à dimensão orgânica e à função reprodutiva do corpo; a moralidade religiosa e educacional contornava o tema como máximo tabu e o senso comum se esquivava e gracejava pela via da piada. Tudo isso ainda é muito corrente em nossos dias. Publicados há mais de um século, estes três ensaios continuam promovendo debates acalorados

²⁶ Para dimensionar o impacto desta obra, tomemos um breve relato historiográfico transmitido por Renato Mezan (2003, p. 96-97): “O impacto das três publicações foi imenso [*Caso Dora, os Três Ensaios para uma Teoria Sexual e O Chiste e sua Relação com o Inconsciente*], especialmente das duas primeiras. Freud apresentava a terapia de uma jovem histérica, com a discussão franca dos aspectos sexuais, e nos *Três Ensaios* introduzia noções chocantes, como da sexualidade infantil, da distinção entre o ato reprodutivo e o registro do prazer, das pulsões parciais como fonte das perversões, e outras da mesma índole. O escândalo foi tão grande que ultrapassou as fronteiras da Áustria. A partir de 1906, começam a procurá-lo jovens psiquiatras da Suíça, da Alemanha, da Hungria, da Inglaterra e de outros países. São estes homens – Carl Jung, Sándor Ferenczi, Karl Abraham, Ernest Jones, para só citar os principais – que irão formar o núcleo mais chegado de seus discípulos. Em 1909, Freud é convidado a ir aos Estados Unidos para dar algumas conferências sobre a psicanálise; e, como narra Jones, foi no navio que o levava a Nova Iorque que pela primeira vez percebeu que talvez fosse um homem famoso: o camareiro lia, atentamente, o pequeno volume da *Psicologia da Vida Quotidiana*...”

e controvérsias teóricas e clínicas, sobretudo entre psicanalistas (ROUDINESCO, 2011, 2016; MEZAN, 2003). Sem desviar do escopo²⁷ do nosso assunto neste ponto do trabalho (a psicanálise freudiana e sua perspectiva da relação entre memória e inconsciente), detenhamo-nos em alguns aspectos deste livro crucial. Qual seria a razão de tamanha importância na obra de Freud? Em primeiro plano, tenhamos em mente em que consiste a proposição de base para uma sexualidade infantil:

Vislumbramos assim a fórmula de que os neuróticos mantêm o estado infantil de sua sexualidade ou são remetidos de volta a ele, e desse modo o nosso interesse se voltará para a vida sexual das crianças, e acompanharemos o jogo das influências que governam a evolução da sexualidade infantil até o seu desenlace em perversões, neurose ou vida sexual normal. (FREUD, [1905] 2016, p. 72).

Quais as consequências imediatas desta formulação para a psicanálise? Quinodoz (2007) esclarece que as principais razões do simultâneo escândalo e interesse em torno deste livro vinham das seguinte argumentação: em primeiro lugar, Freud estendeu a noção de sexualidade para além do estrito e controlado terreno em que ela era mantida em sua definição convencional (a função reprodutiva, com o conseqüente imperativo de uma “natureza” do desejo sexual); b) em consonância a esta abertura de fronteiras, fez o conceito de sexualidade alcançar a – e, principalmente, se originar na – infância, rompendo com a crença corrente de que a sexualidade humana se inicia a partir do marco biológico da puberdade; ao contrário, ela coincidiria com os primeiros movimentos instintivos do bebê e se manifestaria seguindo “um desenvolvimento em fases sucessivas até culminar na sexualidade adulta” (QUINODOZ, 2007, p. 71); c) por fim, Freud “lança pontes entre as formas anormais de sexualidade e a sexualidade dita normal” (*ibid.*). Ao tratar das ditas “aberrações sexuais” (perversões), o próprio Freud atesta que “[n]a sexualidade, o que é mais alto e o que é mais baixo sempre estão ligados da maneira mais íntima” (FREUD, [1905] 2016, p. 57). Como esclarecem Roudinesco e Plon, este livro era a tentativa freudiana de superação da antiga dicotomia entre natureza e cultura no plano do desejo:

Para sair dessa aporia de oposições inconciliáveis – o psíquico ou o biológico, o real ou o imaginário, o interno ou o externo –, cuja persistência implicava a dissolução silenciosa do registro da fantasia, Freud instituiu o **conceito de**

²⁷ Para os fins deste trabalho, seria impossível detalhar aqui a teoria sexual freudiana em toda a sua extensão, pois isso excederia a argumentação deste capítulo. Retomaremos apenas alguns dos pontos fundamentais da obra, tendo por critério a integração da ideia geral de sexualidade infantil (evitando explorar a descrição das fases do desenvolvimento psicosssexual), a explicação freudiana para a dita “amnésia infantil” e uma sucinta definição do complexo de Édipo e do complexo de Castração, dada sua importância explicativa para os fenômenos sexuais em Freud e para a compreensão da relação entre desejo e memória na teoria psicanalítica.

realidade psíquica, cuja explicitação, sobretudo em **A interpretação dos sonhos**, levou-o a fazer uma distinção entre a realidade material, realidade externa nunca atingível como tal, a realidade do que ele chamou de ‘pensamentos de transição e de ligação’, registro da psicologia, e **a realidade psíquica propriamente dita, núcleo irredutível do psiquismo, registro dos desejos inconscientes** dos quais a **fantasia** é ‘a expressão máxima e mais verdadeira’. (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 224, grifos nossos).

Ora, o ponto de partida especulativo para sua teoria sexual é, exatamente, o bebê recém-nascido. Tão logo a criança consiga mamar, observa Freud, mesmo após a satisfação da fome, ela por vezes continua a realizar uma sequência de movimentos labiais e a movimentar a cabeça como se fazendo menção à continuidade da mamada, por vezes chupando o dedo polegar ou até a mão inteira – mesmo no sono, ocorre dos lábios repetirem o movimento de sucção. A observação destes fenômenos corriqueiros e, até então, despercebidos teoricamente – não seria a psicanálise a primeira a verdadeiramente observar o bebê? – permitiu a Freud levantar a hipótese de que, satisfeitos os instintos biológicos da alimentação, haveria contudo um excesso de energia não satisfeita que demandaria, conseqüentemente, algo mais que alimento: o contato cutâneo entre o bebê e a mãe, a troca de calor, a acomodação muscular, a sensação de sustentação no colo, dentre outras, tão singulares e plurais quantas sejam as formas de amamentar uma criança.

Portanto, enquanto para o biólogo, médico-pediatra, interessará a frequência das mamadas do neném, a quantidade do líquido ingerido, o aumento ou a diminuição do peso – elementos sem dúvida de grande importância – para o psicólogo ou o psicanalista o que interessa é o *como* se realiza essa alimentação, pois nesse *como* é que se poderão observar as modalidades pelas quais serão satisfeitos os instintos sexuais. (KUSNETZOFF, 1982, p. 28, grifos do autor).

No exemplo do bebê em sua relação com a amamentação, encontra-se a ideia freudiana de que haveria duas classes de instinto funcionando nesta atividade: aos instintos alimentares (a busca do seio para nutrição, por exemplo) e de preservação do organismo (cuja satisfação não pode ser adiada), Freud chamou de **instintos de autoconservação** e, aos movimentos em direção às satisfações corporais e psíquicas secundárias (de caráter adiável, mas recorrente), passamos a nomear como **instintos sexuais** (Freud, 2016 [1905]). “A atividade sexual *se apoia*²⁸ primeiro numa das funções que servem à conservação da vida, e somente depois se torna independente dela” (FREUD, [1905] 2016, p. 85). Retomemos, pois, a noção de instinto:

²⁸ Em psicanálise, apoio (*Anlehnung*) é o termo introduzido por Freud para “designar a relação primitiva das pulsões sexuais com as pulsões de autoconservação; as pulsões sexuais, que só secundariamente se tornam

Por “instinto” [*Trieb*] não podemos entender, primeiramente, outra coisa senão o representante psíquico de uma fonte endossomática de estímulos que não para de fluir, à diferença do “estímulo”, que é produzido por excitações isoladas oriundas de fora. Assim, “instinto” é um dos conceitos na demarcação entre o psíquico e o físico. (FREUD, [1905] 2016, p. 66).

Grosso modo, a principal diferença entre a sexualidade adulta e a infantil consistiria, para Freud, no fato de que a primeira se organiza predominantemente pela genitalidade, enquanto a infantil percorreria indiscriminadamente todo o corpo, de forma aparentemente desorganizada, passando por predominâncias provisórias e muito variáveis do que Freud chama de **zonas erógenas**, as quais atendem ao império de **instintos parciais** “disputando primazias no percurso de seu desenvolvimento: ora anal, ora, genital, ora oral-genital, e assim por diante” (KUSNETZOFF, 1982, p. 28), o que permite compreender a sexualidade infantil como “predisposição polimorficamente perversa” (FREUD, [1905] 2016), e isso quer dizer que “a primeira sexualidade não chega ainda às fases de liderança genital, mas sim que se apresentam em forma multifacetada, variada, com escassa organização” (KUSNETZOFF, 1982, p. 28). A principal consequência desta distinção e caracterização, de um ponto de vista descritivo, é permitir a compreensão da sexualidade infantil como um fenômeno inseparável, mas em tudo distinto da forma madura da sexualidade adulta, comunicando-se apenas processualmente ao seu desenvolvimento, mas não em sua expressão corporal.

Esta comunicação processual e desenvolvimental entre a sexualidade infantil e adulta será de extrema importância para o desenvolvimento da psicopatologia psicanalítica, como como podemos ver a seguir: a título de exemplo clínico, quando considera os resultados da psicanálise de um ponto de vista explicativo, Freud retoma e se ampara na psicopatologia da histeria para expressar a ideia fundamental que alinha o conflito psíquico à sua teoria da sexualidade:

Para o indivíduo predisposto à histeria, o motivo facilitador da doença ocorre quando, devido a seu próprio amadurecimento ou a circunstâncias da vida, ele é confrontado seriamente com as exigências reais da sexualidade. Entre a pressão do instinto e o antagonismo da rejeição da sexualidade produz-se o expediente da enfermidade, que não resolve o conflito, e sim procura escapar dele mediante a **transformação dos impulsos libidinais em sintomas**. [...] A psicanálise pode regularmente demonstrar que **é o componente sexual do conflito que possibilitou a doença, ao privar da resolução normal os processos psíquicos**. (FREUD, [1905] 2016, p. 62-63, grifos nossos).

independentes, apoiam-se nas funções vitais que lhes fornecem uma fonte orgânica, uma direção e um objeto. Em consequência, falar-se-á também de apoio para designar o fato de o sujeito se apoiar sobre o objeto das pulsões de autoconservação na sua escolha de um objeto de amor; é a isso que Freud chama tipo de escolha de objeto por apoio” (LAPLANCHE; PONTALIS, 2000, p. 30).

É também em paralelo à histeria que Freud retomará aqui a questão da memória, a partir do que é conhecido como **amnésia infantil**: o fato empírico de que nos esquecemos da maioria das nossas lembranças da primeira infância. Freud se vale do que ouvimos dos outros, especialmente adultos que nos viram crescer, para realçar a existência de um repertório emocional e comportamental que nos singulariza muito precocemente desde pequenos para, assim, interrogar as razões do nosso esquecimento infantil:

Ouvimos dizer que durante esses anos - dos quais nada conservamos na memória, exceto alguns fragmentos ininteligíveis de lembranças-reagimos vivazmente às impressões, soubemos expressar dor e alegria de forma bem humana, demonstramos amor, ciúme e outras paixões que então nos agitavam fortemente, e, inclusive, falamos coisas que os adultos registraram como provas de inteligência e de incipiente capacidade de julgar. Por que nossa memória fica tão atrás, em relação a nossas outras atividades psíquicas? Afinal, temos razões para crer que em nenhum outro período da vida ela é tão capaz de absorver e reproduzir coisas como justamente na época da infância. (FREUD, [1905] 2016, p. 75-76).

Para responder a este problema, Freud recorre ao raciocínio dinâmico que já empregara para compreender os esquecimentos neuróticos e especialmente histéricos, bem como sua relação com os processos de adoecimento psíquico. Assim, a amnésia infantil é compreendida em termos igualmente paradoxais: justamente aquilo que nos esquecemos é o que deixa “os mais profundos traços em nossa vida psíquica” (FREUD, [1905] 2016, p. 76), tornando-se determinante para o nosso desenvolvimento psicosssexual adulto. Freud considera, assim, que “[n] não pode se tratar, então, de um verdadeiro desaparecimento das impressões da infância, mas sim de uma amnésia semelhante à que observamos nos neuróticos em relação a vivências posteriores, cuja essência consiste num mero afastamento da consciência (repressão)” (*ibid.*). Mas que processos subjetivos possibilitam a apropriação simbólica da sexualidade na criança? Compreendê-lo implica tomar conhecimento de duas formas de subjetivação, relacionadas, respectivamente à triangulação afetiva e simbólica entre a criança e seus genitores (Complexo de Édipo²⁹) e à tomada de consciência da diferença sexual (Complexo de Castração³⁰). Segundo

²⁹ “O complexo de Édipo é a representação inconsciente pela qual se exprime o desejo sexual ou amoroso da criança pelo genitor do sexo oposto e sua hostilidade para com o genitor do mesmo sexo. Essa representação pode inverter-se e exprimir o amor pelo genitor do mesmo sexo e o ódio pelo do sexo oposto. Chama-se Édipo à primeira representação, Édipo invertido à segunda, e Édipo completo à mescla das duas. O complexo de Édipo aparece entre os 3 e os 5 anos. Seu declínio marca a entrada num período chamado de latência, e sua resolução após a puberdade concretiza-se num novo tipo de escolha de objeto” (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 166).

³⁰ “Sigmund Freud denominou complexo de castração o sentimento inconsciente de ameaça experimentado pela criança quando ela constata a diferença anatômica entre os sexos. [...] O complexo de castração compõe-se de duas representações psíquicas. Por um lado, o reconhecimento, que implica a superação da renegação, inicialmente observada, da diferença anatômica entre os sexos. Por outro, como consequência dessa constatação, a rememoração ou atualização da ameaça de castração, no caso do menino, ameaça esta que é ouvida ou fantasiada,

Roudinesco e Plon, em psicanálise, o termo *complexo* se refere a “conjuntos de representações inconscientes na vida psíquica do sujeito” (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 123).

Freud define o surgimento da curiosidade sexual que configura a pesquisa sexual infantil e suas teorias sobre as diferenças anatômicas, sobre o enigma da origem das crianças, as explicações intuitivas sobre o nascimento e, conseqüentemente, o desenvolvimento dos complexos de Castração e de Édipo. Em consonância com o “primeiro florescimento” da vida sexual da criança (por volta dos três a cinco anos de idade), começa a se expressar “aquela atividade que se atribui ao instinto de saber ou de pesquisa. O instinto de saber não pode ser incluído entre os componentes instintuais elementares nem ser subordinado exclusivamente à sexualidade” (FREUD, 2016 [1905], p. 103, grifos nossos). É a partir do exercício deste terceiro instinto que começa a se organizar, para a criança, a existência corporal do **desejo**.

Tornando-se o primeiro modelo de desenvolvimento emocional em que a sexualidade servirá de contraste para a disposição afetiva da criança em relação aos pais (ou responsáveis afetivos), na sua forma canônica, o complexo de Édipo desaparecerá com a emergência do complexo de castração, no qual o menino reconhece na figura paterna um obstáculo concreto à realização do seu desejo (ROUDINESCO; PLON, 1998). O abandono do investimento na figura materna evoluirá para uma identificação com a figura paterna, o que permitirá que, posteriormente, se eleja outros objetos substitutos a esta primeira configuração (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 167-168). Édipo e castração são duas formas de situar, na psicanálise, esta estreita ligação entre a memória traços de experiência afetiva que nos constituem desde as primeiras relações afetivas (nossas inclinações, paixões, interesses, medos, tendências) e a formação da história dos nossos modos de desejar, amar, odiar, cuidar e sofrer. Em Freud, o desejo passa a ter uma história. E a fazer memória.

2.4 Freud e a clínica da memória

Tudo isso nos ajuda a fazer construções sobre o que lhe sucedeu no passado e ele esqueceu, e também sobre o que lhe sucede no presente e ele não entende.

Sigmund Freud, **Compêndio de psicanálise**

particularmente por ocasião de atividades masturbatórias, e que assim vem manifestar-se a posteriori. Para Freud, o pai (ou a autoridade paterna) é o agente direto ou indireto dessa ameaça. Na menina, a castração é atribuída à mãe, sob a forma de uma privação do pênis” (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 105; 106).

Na profícua e reveladora correspondência de Freud com o colega e interlocutor Wilhelm Fliess (médico cirurgião e otorrinolaringologista polonês, 1858-1928), podemos encontrar importantes indícios de como o pensamento freudiano a respeito da memória se colocava já nos primórdios da sua teorização. Compartilhando com seu correspondente as especulações que viriam a fundar o horizonte teórico psicanalítico, Freud ([1896]1986, p. 208, grifos do autor) diz:

Como você sabe, estou trabalhando com a hipótese de que nosso mecanismo psíquico tenha-se [*sic*] formado por um processo de estratificação: o material presente sob a forma de traços mnêmicos fica sujeito, de tempos em tempos, a um *rearranjo*, de acordo com as novas circunstâncias – a uma *retranscrição*. Assim, o que há de essencialmente novo em minha teoria é a tese de que a memória não se faz presente de uma só vez, e sim ao longo de diversas vezes, |e| que é registrada em vários tipos de indicações”.

Estas duas ideias principais – a de que a memória é fragmentária, múltipla, móvel, atravessada por intermitências e vicissitudes que a impelem a se registrar de modos diversos; e a de que o psiquismo tenha se constituído através de um processo de estratificação (isto é, de superposição de camadas ao longo do tempo) – apontam para uma compreensão em muito oposta ao consenso dos estudos da memória na filosofia e na medicina ocidentais da época de Freud (GARCIA-ROZA, 2005; 2008a; DUNKER, 2011). O conceito aristotélico de tempo transcorrido – que denota a legitimação do movimento, mas também sua distribuição ordenada, teleológica (RICŒUR, 2007) – oferece a primeira matriz teórica³¹ de apropriação do tempo como objeto de investigação racional, tornando possível, deste modo, um pensamento da memória, aí entendida como dispositivo que nos permite dar conta do tempo. “Memória, portanto, não é nem percepção sensorial nem pensamento, sendo sim um estado ou afecção de uma ou outro no decorrer do tempo. [...] Toda memória, portanto, implica o decorrer do tempo” (ARISTÓTELES, 2012, 449b1, 24-29, p. 76). Esta influência aristotélica, presente no senso comum, mas também na cultura científica do século XIX, é expressa no esquema “registro-conservação-evocação”, que implica um conceito de memória como sistema de captação,

³¹ Apesar de Aristóteles ser o primeiro a teorizar filosoficamente a relação entre tempo, movimento e memória, a história dessa relação é mais antiga até mesmo na Grécia, remetendo ao poeta laico Simónides de Ceos (556 a.C. – 468 a.C.), apontado como o iniciador da mnemotécnica laica: “Quando, dois séculos mais tarde, Aristóteles distingue *mneme* de *anámnesis*, ambas já estão ligadas à evocação e conservação do passado, pouco ou nada mais restando da memória mítica, que era o único caminho para se chegar ao mundo dos deuses e dos heróis” (GARCIA-ROZA, 1990, p. 35-36).

armazenamento e reserva fixa de traços mnêmicos evocáveis, avalizado pela existência de uma marca física (na linguagem fisiológica, isso corresponde ao **engrama**³²).

Assim como pudemos observar no que concernia ao conceito de inconsciente, a busca pela prova orgânica que atestaria a presumida exatidão e permanência dos fenômenos de memória é frontalmente contestada pela formulação freudiana, pois aqui se trata de pensar a memória como processo dinâmico de reorganização dos traços mnemônicos *no tempo*, quer dizer, na sucessão dos eventos psíquicos (FREUD, [1900] 2019, [1923] 2011, [1938/1940] 2018a). Ora, ainda que componentes da memória se cristalizem e se consolidem aqui e ali, é por um constante movimento de retranscrição e reorganização que ela funciona. Desde o início da sua investigação em Freud e na psicanálise, tanto do ponto de vista explicativo quanto do processo de teorização, podemos dizer que a memória, literalmente, se move.

Uma das sentenças mais conhecidas de Freud é aquela em que o clínico afirma que “o histérico sofre sobretudo de reminiscências” (FREUD; BREUER, [1893-1895] 2016, p. 25). Encontrada em seus **Estudos sobre a histeria**, obra que marca os primórdios da psicanálise em 1895 (ao lado de Joseph Breuer), esta frase não deixa de inquietar ao longo da história da clínica psicanalítica. Mas, em que sentido ela precisa ser compreendida? O que isso significava nos termos do trabalho conjunto daqueles dois intrigados neurologistas em torno desta complexa forma de sofrimento em que a dor psíquica e a memória parecem se entrelaçar no corpo?

Para compreender esta consideração acerca da histeria, é preciso lançar mão do que Freud e Breuer reconhecem na experiência neurótica como deflagrador da conflitiva entre consciência, afeto e memória. Na vida cotidiana em sua “normalidade sadia” (FREUD; BREUER, [1893-1895] 2016), ocorre eventualmente de sermos acometidos por afetos desagradáveis, fruto de antagonismos na relação com os outros, por vezes desembocando em situações ofensivas, dolorosas e até mesmo traumáticas. Ao desprazer ou à dor eventualmente causadas por estes episódios, sucedem-se dois caminhos psicológicos fundamentais, a saber: a resposta imediata (como no caso da réplica verbal ou motora carregada de afeto correspondente à ofensa), à qual Freud e Breuer chama de “ab-reação” (*Abreagieren*³³), ou sua evitação, em

³² Segundo o **Dicionário Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa** (Houaiss, 2009, versão eletrônica / CD-ROM), trata-se de termo oriundo da fisiologia. **Engrama** é uma alteração bioquímica ou biofísica produzida no cérebro pela memória dessa “marca, definitiva e permanente, impressa em um tecido nervoso por estímulo muito forte”. Do grego *en, em* (“dentro”) + *grámma* (“o que é desenhado, caractere, letra”). Por extensão, como substantivo masculino, tem a acepção geral de “traço ou marca duradoura”. Em psicologia, designa “esse traço definitivamente impresso na psique por uma experiência física” (HOUAISS, 2009, versão eletrônica, verbete ‘engrama’). A respeito da relação entre Freud, as neurociências contemporâneas e os estudos da memória, ver Bocchi e Viana (2012).

³³ “Como neologismo, o termo ab-reação compõe-se do prefixo alemão *ab-* e da palavra reação, constituída, por sua vez, do prefixo *re-* e da palavra ação. A primeira razão dessa duplicação parece ser o cuidado dos autores de

razão dos riscos imaginados ou consequências reais implicadas no primeiro caminho. “Quando não ocorre semelhante reação por atos, palavras e, em casos mais leves, pelo choro, **a lembrança do episódio conserva, a princípio, o realce afetivo**” (FREUD; BREUER, [1893-1895] 2016, p. 26, grifos nossos).

O que acontece em particular na histeria (como analisada por Freud e Breuer) e nas neuroses em geral (a partir da formulação psicanalítica) é o adoecimento causado pelas diferentes formas de conservação no psiquismo da lembrança dos acontecimentos traumáticos cuja expressão afetiva foi impedida ou desviada (consciente ou inconscientemente) quando da sua ocorrência. Na medida em que foram impedidos ou desviados do seu curso saudável (como ocorreria na ab-reação), estes afetos se alojam no psiquismo de forma patológica, isto é, conservando-se não pela simples evocação e acesso consciente (uma vez que estão impelidos ao bloqueio da sua expressão), mas pelo seu esquecimento ou distorção (FREUD; BREUER, [1893-1895] 2016, p. 26). Em **Sobre lembranças encobridoras** (1899), Freud ([1899] 2020, p. 3-4) assevera que:

O histérico, por exemplo, apresenta regularmente uma amnésia em relação à totalidade ou a uma parcela das experiências que conduziram ao início do seu sofrimento e que podem tornar-se importantes para ele precisamente porque o desencadearam ou, desconsiderando este fato, por seu próprio conteúdo.

Ora, se o histérico(a)/neurótico(a) padece das marcas do passado em seu psiquismo e em seu corpo, como a psicanálise poderia ter acesso a estas memórias? De que modo estes afetos bloqueados da experiência traumática viriam à tona e encontrariam o curso necessário ao tratamento daqueles(as) pacientes? Freud e Breuer iniciam a resposta a este enigma através do método catártico:

Pois vimos, para nossa grande surpresa inicial, *que cada sintoma histérico*³⁴ *desaparecia, de imediato e sem retorno, quando conseguíamos despertar com*

repelir o caráter excessivamente genérico da palavra reação. Além disso, porém, a palavra remete ao procedimento da fisiologia do século XIX, em cujo seio ela funciona como sinônima de reflexo, termo pelo qual se designa o elemento de uma relação que tem a forma de um arco linear – o arco reflexo – que relaciona, termo a termo, um estímulo pontual e uma resposta muscular. Essa referência constituía para Freud, nos anos de 1892-1895, uma espécie de garantia de cientificidade, consoante com sua esperança de inscrever a abordagem dos fenômenos históricos numa continuidade com a fisiologia dos mecanismos cerebrais” (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 4).

³⁴ A histeria é compreendida por Breuer e Freud como uma doença de etiologia psicológica (portanto, não orgânica), no que se associam à teoria de Charcot (ROUDINESCO; PLON, 1998). Segundo a neurologia vienense da época, a doença admitia dois tipos fundamentais (a traumática, cujo evento motivador era conhecido e situável de antemão, implicando uma experiência de acidente ou choque psíquico grave, fator mecânico provocador dos sintomas; e as de causa ‘desconhecida’, também chamadas, por oposição às traumáticas, de ‘funcionais’). Freud e Breuer dedicam sua pesquisa ao segundo tipo. Não obstante a sintomatologia multiforme e imprevisível, assim descrevem a lista de possíveis sintomas: “Podemos fazer remontar a esses fatores ocasionadores nevralgias e anestésias dos mais diversos gêneros e que frequentemente duraram anos, contraturas e paralisias, ataques

*toda clareza a lembrança do acontecimento motivador, assim avivando igualmente o afeto que o acompanha, e quando, em seguida, o doente descrevia o episódio da maneira mais detalhada possível, pondo o afeto em palavras. Recordar sem afeto é quase sempre ineficaz; o processo psíquico que ocorreu originalmente deve ser repetido da maneira mais viva possível, levado ao *status nascendi* e então “expresso”. (FREUD; BREUER, [1893-1895] 2016, p. 23, grifos dos autores).*

É interessante notar o destaque dado pelos dois médicos à descoberta clínica de que a rememoração e recuperação dos acontecimentos envolvidos na motivação dos sintomas, quando acompanhada da expressão afetiva – ‘recordar sem afeto é quase sempre ineficaz’ – contribuiria para a remissão dos sintomas histéricos e, eventualmente, para sua própria desaparecimento. “Se o sujeito sofre de reminiscências, isto é, de representações ligadas a afetos abafados, e não de distúrbios orgânicos, ele pode ser curado através da verbalização dos referidos afetos” (ROUDINESCO; PLON, 1999, p. 205). É por isso que, em geral, a clínica das neuroses implica um contínuo “trabalho de memória” em que tratar consiste, literalmente, em fazer o sujeito falar do que não sabe – onde não saber consiste, no limite, em não lembrar (FREUD; BREUER, [1893-1895] 2016). Esta virada clínica do olhar (regente da medicina organicista) à escuta, em que a lembrança e evocação do acontecimento traumático promovem a passagem da carga afetiva a ele correspondente é a grande contribuição dos **Estudos sobre a histeria** (MEZAN, 2003). Sofrer de reminiscências só é possível na medida em que todos nós sejamos constituídos das marcas afetivas e simbólicas do encontro (ou desencontro) com o outro e com o mundo, ao que podemos chamar, a partir da inflexão psicanalítica, de memória.

Pôr o afeto em palavras e, assim, recuperar o que estava esquecido na origem do sintoma (o evento traumático). A constatação de Freud e Breuer não poderia ser mais precisa. É assim que nasce sua clínica da histeria, sustentada pela ideia da “cura pela fala” (*talking cure*) e pela a investigação que Freud continuará, sob o acúmulo dos aprendizados retirados da experiência parisiense com Charcot, dos limites encontrados no uso da técnica hipnótica, dos impasses na aplicação de procedimentos de sugestão ainda presentes no método catártico (ROUDINESCO; PLON, 1998; GARCIA-ROZA, 2005, 2008a, 2008b, 2008c). É envolvido nos meandros da relação entre inconsciente, memória, palavra e sintoma que Freud realiza a sistematização de um novo método clínico e, conseqüentemente, de uma nova técnica.

histéricos e convulsões epileptoides que todos os observadores haviam tomado por verdadeiras epilepsias, *petit mal* [ataque epiléptico brando] e afecções da natureza de tiques, vômito contínuo e anorexia que chegava à recusa de alimento, os mais variados distúrbios da visão, alucinações visuais sempre recorrentes etc. A discrepância entre o sintoma histérico persistente por anos e o motivo único é a mesma que estamos habituados a ver regularmente na neurose traumática; com muita frequência são acontecimentos da infância que produziram um fenômeno patológico de maior ou menor gravidade, por todos os anos subsequentes” (FREUD; BREUER, [1893-1895] 2016, p. 20).

Em **Recordar, repetir e elaborar** (FREUD, [1914] 2010c), um dos artigos que compõem seus escritos dedicados à técnica psicanalítica (1911-1915), Freud começa por apreciar a evolução técnica da clínica por ele desenvolvida. A primeira fase do seu trabalho (sob a regência do método catártico de Breuer) era marcada pela ênfase no momento da formação do sintoma, de modo que os esforços terapêuticos consistiam em tentar reproduzir os processos psíquicos da situação deflagradora, promovendo assim uma descarga afetiva mediante atividade consciente: “Recordar e ab-reagir, com o auxílio do estado hipnótico, eram então as metas a serem alcançadas” (FREUD, [1914] 2010c, p. 194). Após a renúncia à hipnose, tratou-se de investigar, através dos pensamentos espontâneos conscientes do analisando, aquilo que ele não conseguia recordar, contornando as resistências por meio da interpretação e comunicação de resultados ao paciente. Embora se mantivesse a atenção ao processo de formação dos sintomas e a contexto de surgimento da doença, “a ab-reação caía para segundo plano, parecendo substituída pelo dispêndio de trabalho que o analisando tinha que fazer, na superação da crítica a seus pensamentos espontâneos a que era obrigado” (FREUD, [1914] 2010c, p. 195). Destaca-se aqui a novidade clínica convocada pela participação ativa do analisando no processo analítico, uma vez que deixa de ser submetido à condução apassivante da sugestão, envolvendo-se num empreendimento completamente distinto de expressão consciente através da palavra. A progressão da técnica freudiana admitiria, entretanto, um novo movimento:

Por fim se formou a técnica coerente de agora, na qual o médico renuncia a destacar um fator ou problema determinado e se contenta em estudar a *superfície psíquica* apresentada pelo analisando, utilizando a *arte da interpretação* essencialmente para *reconhecer as resistências* que nela surgem e *torná-las conscientes para o doente*. Verifica-se então uma nova espécie de divisão de trabalho: o médico descobre as resistências desconhecidas para o doente; sendo essas dominadas, com frequência o doente relata sem qualquer dificuldade as situações e os nexos esquecidos. O objetivo dessas técnicas permaneceu inalterado, sem dúvida. Em termos descritivos: *preenchimento das lacunas da recordação*; em termos dinâmicos: *superação das resistências da repressão*. (FREUD, [1914] 2010c, p. 195).

Ainda que esta progressão metodológica da clínica psicanalítica exija importantes modificações na técnica analítica, Freud não deixa de trazer consigo as conquistas das versões anteriores do seu método, a ele acrescentando as inovações que a própria prática convoca. Por um lado, o tratamento persevera na convicção de que, em termos práticos (descritivos), consiste no preenchimento das lacunas de memória envolvidas na gênese dos sintomas; por outro, dinamicamente implica a superação das resistências impostas pela repressão/recalque. Contudo,

é na relação médico-paciente – transformada em relação analista-analisando(a) pela psicanálise – que se dá a percepção da importância clínica da afetividade, na forma da transferência³⁵ e da contratransferência³⁶ para o tratamento. A esta altura do seu trabalho clínico é que Freud poderá enunciar as conhecidas quatro regras fundamentais da técnica psicanalítica:

1. a regra fundamental da **associação livre** de ideias (falar o que vier à mente, sem censuras ou organização prévia do discurso);
2. a **abstinência** (manejo da frustração do paciente quando a direção do tratamento o exige, favorecendo a emergência do material recalcado);
3. a **neutralidade** (atitude de reserva do analista em relação aos seus próprios valores, crenças e opiniões, correspondendo ao manejo da contratransferência);
4. a **atenção flutuante** (afastamento da influência da consciência sobre a observação do analista, que deve “**entregar-se totalmente à sua ‘memória inconsciente’**, ou, expresso de maneira técnica: escutar e não se preocupar em notar alguma coisa” (FREUD, [1912] 2010e, p. 150, grifos nossos).

Através da evocação das regras básicas do tratamento psicanalítico freudiano, podemos compreender em que sentido sua prática consiste numa arte da escuta, da interpretação e do manejo do inconsciente, pensado por Freud na sutil conexão entre a superfície da linguagem e a arqueologia da memória (MEZAN, 2003; GARCIA-ROZA, 2008c). Retomada num dos seus últimos e mais importantes textos acerca da prática clínica, **Construções na análise** (FREUD, [1937] 2018c), a assertiva de que “a memória adocece” se amplia ao longo da obra freudiana, abrangendo conjecturalmente as psicoses (na relação entre a memória e o delírio psicótico), mas também levando Freud a considerar que a própria humanidade em seu conjunto pode ser pensada, em seus episódios (muitas vezes traumáticos) de deriva coletiva, a partir da relação entre sua emergência e as verdades históricas reprimidas ao longo das épocas. Desde seu surgimento experimental até o balanço programático do fundador, a psicanálise freudiana insistirá sobre o problema da memória como um programa tácito de pesquisa. A título de alusão, é interessante notar que, numa carta endereçada a Breuer durante os trabalhos de preparação e

³⁵ “Termo progressivamente introduzido por Sigmund Freud e Sándor Ferenczi (entre 1900 e 1909), para designar um processo constitutivo do tratamento psicanalítico mediante o qual os desejos inconscientes do analisando concernentes a objetos externos passam a se repetir, no âmbito da relação analítica, na pessoa do analista, colocado na posição desses diversos objetos” (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 766-767).

³⁶ “Conjunto das manifestações do inconsciente do analista relacionadas com as da transferência de seu paciente” (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 133).

estabelecimento do texto dos **Estudos sobre a histeria**, Freud tenha cogitado que um dos eixos de exposição da “doutrina” discorreria sobre “A teoria da memória” (FREUD, 1977 [1892])³⁷. Sob diversos aspectos (teóricos, clínicos, metodológicos, epistemológicos, éticos e até estéticos), a obra e o pensamento freudianos seriam incompreensíveis sem que o problema da memória – nos planos da experiência vincular, individual, coletiva e social – fosse reiteradamente formulado e revolvido.

Como vimos, é mesmo indissociável a relação entre os temas da memória e do inconsciente quando se trata da psicanálise. São incontáveis as ocasiões em que, no decurso da sua investigação teórico-clínica, Freud conceituou a memória como aquilo que é, propriamente, reduto do inconsciente, como no esclarecedor ensaio *O eu e o id* (FREUD, 2011 [1923]), apenas para mencionar um exemplo. Por seu turno, também são abundantes as afirmações do psicanalista de que o inconsciente presume uma compreensão em tudo singular da memória como aquilo que nos constitui enquanto sujeitos. Entretanto, seria esta toda a extensão deste complexo conceito? Não estaríamos aqui diante de um dos “templos” aos quais o próprio Freud se refere na inspirada entrevista de 1926, com a qual abrimos o capítulo? Em caso afirmativo, onde estariam os “continentes” a descobrir? Se é impossível compreender a memória sem a teoria do inconsciente e, por seu turno, impossível conceber um inconsciente sem passar pelos problemas da memória, que papel desempenharia nisso a experiência humana do nascimento?

2.5 O nascimento como trauma em Freud

Mas o que é um “perigo”? No ato do nascimento há um perigo objetivo para a conservação da vida, sabemos o que isso significa na realidade. Mas psicologicamente isso nada nos diz.

Sigmund Freud, **Inibição, sintoma e angústia**

Em **Inibição, sintoma e angústia**, escrito em 1926, Freud desenvolve um trabalho crucial para sua “teoria da angústia” e para a compreensão do funcionamento do Eu. Neste

³⁷ Trata-se da “Carta a Joseph Breuer”, datada de 29/06/1892, que consta como um dos três apontamentos que integram os **Esboços para a comunicação preliminar de 1893**, publicados originalmente entre 1893 e 1941 (Freud, 1977 [1892]): “Atormenta-me este problema: como oferecer um quadro bidimensional de algo tão sólido como a nossa teoria da histeria. Sem dúvida, a questão principal é saber se devemos descrevê-la do ponto de vista histórico e começar com todos os casos clínicos (ou dois dentre os melhores), ou se, de outro lado, devemos começar por **afirmar dogmaticamente as teorias que formulamos à guisa de explicação**. Penso que é preferível a segunda sugestão; o material ficaria assim disposto: (1) Nossas teorias; (a) O teorema referente à constância da soma da excitação; (b) **A teoria da memória** [...] (FREUD, 1977 [1892], local. 87, grifos nossos).

momento da sua investigação, o psicanalista propõe que existem experiências produtoras de angústia, do que o nascimento seria o modelo ou protótipo biológico (FREUD, [1926] 2014; COELHO, 2013). O que caracteriza a angústia para Freud é um excesso invasivo, corporal e visceral que ataca o corpo, diferentemente da ansiedade, que tem um objeto específico (o que permite identificar o que causou esse sentimento). Muito embora o tema do nascimento não seja desenvolvido exaustivamente neste famoso texto freudiano, ele é considerado um dos pontos de partida históricos para a emergência do assunto em psicanálise (COELHO, 2013). Talvez seja esta a razão pela qual Freud, em **Inibição, sintoma e angústia**, texto em que se enuncia tão fortemente a preocupação com a temática do corpo em psicanálise, dedique algumas poucas (mas muito elucidativas) palavras acerca do nascimento e da sua relação com a memória nas neuroses.

[...] o ato do nascimento, sendo a primeira vivência individual da angústia, parece ter dado traços característicos à expressão da angústia. Mas, embora reconhecendo esse nexos, não devemos superestimá-lo, nem esquecer que um símbolo afetivo é uma necessidade biológica na situação de perigo e de toda forma teria sido criado. Além disso, não me parece justificado supor que em cada irrupção de angústia sucede, na psique, algo que equivale a uma reprodução da situação do nascimento. (FREUD, [1926] 2014, p. 17, grifos nossos).

Passar pelo nascimento seria a experiência prototípica da nossa matriz traumatogênica. Os órgãos que mais sentiriam essa experiência seriam o coração e os pulmões. Por conterem muitas inervações motoras, eles participam dramaticamente das repercussões físicas da angústia. Freud acredita que as lembranças infantis começam a ser rememoradas apenas a partir do sexto ano de vida, antes disso as lembranças são recordações isoladas ou frequentemente de importância duvidosa e enigmática. Se Freud adverte que estas experiências não devem ser superestimadas na avaliação das neuroses, o que significaria, entretanto, subestimá-las? É importante destacar que o tema do nascimento (e mesmo o da memória) são curiosamente subalternos em vocabulários e dicionários especializados em psicanálise (KAUFMANN, 1996; ROUDINESCO; PLON, 1998; LAPLANCHE; PONTALIS, 2000). De qualquer modo, não seria o caso de interrogar o que seria da psicanálise sem a constante formulação de questões justamente em torno do modo como nós viemos ao mundo de, por conseguinte, sobre como isso se inscreve em nosso corpo através da memória?

Tido como um dos mais importantes trabalhos escritos por Freud, **Inibição, sintoma e angústia** é um texto de maturidade do autor e da teoria psicanalítica. Publicado em 1926, este estudo em onze movimentos contribui sobremaneira para a compreensão dos processos de

adoecimento psíquico ao esclarecer as principais manifestações inconscientes implicadas no desenvolvimento das neuroses.

Na tríade evocada pelo título, é o último termo (*Angst*, substantivo polissêmico que pode ser traduzido como medo, angústia ou ansiedade a depender do contexto) que assumirá a importância maior nas pouco mais de cem páginas do texto. É em meio a algumas poucas ocorrências do tema do nascimento neste texto que encontramos uma perspectiva freudiana sobre a relação entre a chegada ao mundo e a memória, na tentativa de ensaiar uma leitura do problema em Freud. Na sétima seção de **Inibição, sintoma e angústia**, Freud ([1926] 2014, p. 70-71, grifos nossos) nos faz a seguinte consideração:

[a] primeira experiência angustiante, ao menos para os seres humanos, é o nascimento, e ele significa objetivamente a separação da mãe, pode ser comparado a uma castração da mãe (segundo a equação criança = pênis). Seria bastante satisfatório se a angústia, como símbolo de uma separação, se repetisse a cada separação posterior, mas infelizmente somos impedidos de utilizar essa concordância pelo fato de o nascimento não ser vivido subjetivamente como separação da mãe, pois ela é totalmente desconhecida, como objeto, do feto completamente narcisista.

Destaca-se aqui a maneira singular como o tema do nascimento será assimilado na psicanálise freudiana, isto é, a sustentação da premissa de que pensar o nascimento está ancorado na busca de vestígios e sinais de uma filiação etiológica dos processos traumáticos que se expressarão posteriormente na vida do sujeito. Entretanto, como nos adverte a pesquisadora Renata Coelho, “[o] que pode ser dito sobre isso é que houve, no mínimo, ênfase restrita para a situação patológica do nascimento em detrimento da condição de saúde” (COELHO, 2013). A este respeito, poderíamos interrogar se esta imagem do nascimento não resulta, antes, da ausência de uma teoria propriamente clínica do nascimento em Freud, isto é, aquilo que permitiria dar inteligibilidade e sentido aos processos saudáveis do nascimento.

É evidente que Freud não ignora esta questão. Em outro texto igualmente importante, o ensaio **Sobre as lembranças encobridoras** (FREUD, [1899] 2020), o autor já advertia: “que as experiências dos nossos primeiros anos de infância deixaram traços inextinguíveis no interior de nossa alma” (FREUD, [1899] 2020, p. 1, grifos nossos). Ponderando a respeito do assunto, em **Inibição, sintoma e angústia**, ele diz que “[h]á bem mais continuidade entre vida intrauterina e primeira infância do que nos faz crer a notável ruptura do ato do nascimento” (FREUD, [1926] 2014, p. 80). Contudo, na mesma reflexão, emerge uma oscilação entre suas convicções metapsicológicas e a intuição prospectiva que abrirá espaço na psicanálise apenas futuramente para o estudo da questão do nascimento em novas bases.

Podemos ver esta abertura no mesmo fragmento, quando Freud infere que “[o] objeto psíquico materno substitui, para a criança, a situação biológica do feto. Mas não devemos esquecer que na vida intrauterina a mãe não era um objeto, que naquele tempo não havia objetos.” (FREUD, [1926] 2014, p. 59). Ressalta-se aqui que, se por um lado, Freud explora um raciocínio propriamente teórico (ou seja, a lógica de substituição de objetos) em torno da questão do nascimento, ao mesmo tempo recua diante da impossibilidade de afirmar que se trate propriamente de um movimento desta natureza, levando-se em conta que o ambiente intrauterino não pode ser compreendido enquanto objeto – efetivamente, ele é todo o mundo do ser em gestação.

Isso não impede que Freud se mantenha fiel ao que já havia dito em 1899 quanto ao efeito retentivo da memória na criança após o nascimento, considerando que “[é] apenas do sexto ou sétimo ano em diante – em muitos casos depois dos dez anos – que nossas vidas possam ser reproduzidas na memória como uma cadeia concatenada de eventos” (FREUD, [1899] 2020, p. 1). Como pensador do precoce, do profundo e do patológico – em contraponto ao primitivo, ao plano relacional e à experiência saudável do nascer, como ocorrerá em Winnicott –, escaparia a Freud a possibilidade de investigação global das relações entre nascimento e memória.

É interessante notar que na psicanálise contemporânea haja, por exemplo, a constatação diametralmente oposta, e não apenas em psicanalistas declaradamente winnicottianos. Vejamos, por exemplo, a proposição do psicanalista novaiorquino Daniel Stern, que dedicou numerosos estudos à relação mãe-bebê e, sobretudo, a uma teoria propriamente clínica do processo de emergência da subjetividade, do que sua obra mais conhecida, intitulada **O mundo interpessoal do bebê** (1992) dá testemunho:

É desde o nascimento que as crianças começam a experimentar o sentido de um si-mesmo emergente. Elas estão pré-constituídas para se dar conta dos processos de auto-organização. Nunca passam por um período de total indiferenciação si-mesmo/outro. Nem no início, nem e qualquer outro ponto da infância ocorre confusão entre um si-mesmo e o outro. (STERN, 1992, p. 20).

Percebe-se aqui um considerável giro de interesse e perspectiva em relação ao que entendemos sobre a criança recém-nascida e sobre seus processos de subjetivação, no que naturalmente está implicada a emergência da memória. Como compreender tamanho salto entre as considerações freudianas e o aquilo de que dispomos como aquisição da pesquisa clínica e teórica contemporânea? Isso só pode ser compreendido com a entrada em cena do pensamento

e da obra de Winnicott, a quem se devem os principais prolongamentos da questão em psicanálise na atualidade.

Separados por quase três décadas de intensa reelaboração conceitual, estes dois trabalhos freudianos (**Sobre lembranças encobridoras** (FREUD, [1899] 2020) e **Inibição, sintoma e angústia** (FREUD, [1926] 2014). preservam, entretanto, uma característica que assinala a posição freudiana diante do problema do nascimento, isto é, a de que ele não deve ser superestimado em seus efeitos sobre a memória e, conseqüentemente, sobre as formas de adoecimento neuróticas. Apesar de levar o assunto em conta, Freud não extrairá dele as conseqüências mais decisivas. Em parte, porque não pôde dedicar a isso o interesse que merecerá de Winnicott, como podemos entrever, retrospectivamente, nas seguintes palavras do próprio Freud ([1926] 2014, p. 76):

Infelizmente sabemos muito pouco a respeito da compleição psíquica do recém-nascido, para responder diretamente a essa questão. Não posso nem mesmo garantir a validade da descrição que acabo de fazer. É fácil dizer que o recém-nascido repetirá o afeto da angústia em todas as situações que lhe recordarem o evento do nascimento. Mas o ponto decisivo é saber o que o faz se recordar e o que ele recorda.

Não terão sido estas linhas um convite aceito por Winnicott?

3 INCONSCIENTE, MEMÓRIA E NASCIMENTO EM WINNICOTT

3.1 O ponto de vista do bebê: a psicanálise em Winnicott

[...] é uma alegria estar escondido
mas um desastre não ser achado.

Donald W. Winnicott, **Comunicação e falta de comunicação
levando ao estudo de certos opostos**

Há muitas maneiras de apresentar um pensador e sua obra. O recenseamento cronológico dos acontecimentos e realizações da sua vida; o encadeamento lógico dos problemas e conceitos aos quais ele se dedicou; a análise das filiações e alianças deste personagem em relação ao seu círculo profissional e institucional; a articulação entre gênese teórica e gênese social do seu sistema ou perspectiva; a leitura crítica dos seus textos fundamentais. Para cada uma delas, haveria uma infinidade de escolhas e decisões a fazer, inevitavelmente parciais, sobretudo quando se trata de um pensador tão criativo e prolífico como é Winnicott.

Em se tratando de psicanálise, a relação entre história, vida, pensamento e obra nos oferece uma via por vezes indispensável à devida compreensão da singularidade e do sentido das contribuições de um determinado autor. Assim, antes de apresentar a maneira como Winnicott pensa os conceitos de inconsciente e memória – inflexão que orienta a escrita desta seção – cumpre fornecer um breve retrato deste pediatra e psicanalista que, muito embora bastante celebrado no campo analítico, faz-se menos conhecido em se tratando de estudos da memória do que um autor como Freud, que prescinde deste recurso em razão da maior popularidade da sua biografia e da sua obra.

Uma vez que objetivamos compreender a relação inconsciente e memória à luz da psicanálise, este esforço preliminar de apresentação de um retrato mínimo do pediatra e psicanalista inglês converge com a preocupação – em tudo winnicottiana – de tornar mais compreensível a gênese do seu pensamento. Aprendemos com Winnicott que o simples é, muitas vezes, difícil de alcançar – e que o terrivelmente óbvio precisa, quase sempre, ser dito, sobretudo quando ainda e tão somente tateamos, com a delicadeza exigida, o que fomos capazes de investigar numa pesquisa. Nos amparamos nas contribuições consagradas de pesquisadoras(es), clínicas(os) e teóricas(os) da psicanálise contemporânea, estrangeira e brasileira. Para tanto, recorreremos especialmente às contribuições de Khan (2021), Philips (2006), Abram (2000), Outeiral e Graña (1994), Loparic (1999, 2001, 2011, 2013), Dias (2002,

2017) e Ab’Sáber (2021) na tentativa de retratar, ainda que fragmentariamente, os aspectos históricos e conceituais elementares para a compreensão do seu pensamento.

Há um episódio crítico na vida pessoal de Winnicott que motivou seu interesse pela psicanálise. No precioso ensaio intitulado **Winnicott: experiência e paradoxo**, Tales Ab’Sáber (2021) nos informa que, enquanto ainda cursava a faculdade de medicina, Winnicott foi recrutado como médico de uma das embarcações britânicas que, por força de não ter entrado em combate direto, o trouxe ileso de volta ao seu país em 1918. Ileso **fisicamente**. Poucado de morrer no mar, tendo perdido muitos amigos e companheiros naquele pesadelo, o jovem Winnicott (àquela altura com 22 anos) se daria conta imediatamente de que havia perdido algo pelo caminho. Embora tivesse boas noites de sono, ele não sonhava desde que voltara da guerra. Intrigado, escreve à irmã falando sobre o assunto. Procura nas livrarias que frequenta alguma resposta ao estranho fenômeno. O livreiro recomenda um volume de Henri Bergson, no qual constava sua conferência sobre os sonhos. Uma semana depois, Winnicott retorna à livraria, devolvendo o volume, pedindo por **algo mais**. É nessa conversa com o livreiro que ocorre a indicação de um livro (**O método psicanalítico**, de Oskar Pfister). Publicado na Inglaterra em 1915, é através deste livro que Winnicott toma conhecimento do trabalho de um médico vienense chamado Sigmund Freud, que guardava profundo interesse pelos sonhos (AB’SÁBER, 2021)³⁸.

Muito além do simbolismo que isso implica, o que chama a atenção é o valor concreto atribuído por ele ao sonhar, entendendo que aquilo não podia estar bem, que sua saúde merecia atenção, que uma vida sem sonho é uma espécie de doença a tratar. Winnicott, o médico que gostava de rock e tinha um corpo relaxado, era também o mais delicado observador do corpo vivido, isto é, da experiência imanente de sermos um corpo – que pode se sentir caindo para sempre (dormindo ou acordado), desintegrando-se, ou construindo-se silenciosamente a cada mínimo sinal de atenção amorosa dado a nós no e pelo mundo que nos envolve; mundo que somos quando podemos trafegar – em paz, isto é, sem obstáculos nocivos – **na ilusão**. (AB’SÁBER, 2021). O caminho que leva dos sonhos perdidos ao estudo da memória de um ponto de vista da vida corresponderá à própria empreitada psicanalítica de Winnicott.

Para compreendermos em que consiste a contribuição fundamental de Winnicott ao campo dos estudos da memória, é preciso investigar a virada que representa seu trabalho no campo psicanalítico, visando a consideração de uma memória primordial (anterior, mas também

³⁸ Tales Ab’Sáber (2021) desenvolve talentosamente as consequências deste episódio pessoal para o pensamento e a clínica de Winnicott neste ensaio, de onde as informações biográficas sintetizadas acima são extraídas.

coetânea ao nascimento) capaz de nos habitar e nos adoecer e a importância dos cuidados ambientais para nossa saúde, contribuições originais que resultam em uma concepção de inconsciente que passa da configuração representacional, intrapsíquica e individual (aquela herdada de Freud) para uma ênfase nos processos de amadurecimento emocional na provisão de um ambiente facilitador, o que promove a centralidade da constituição psicossomática e relacional da experiência humana (*ibid.*).

Se pudéssemos descrever Winnicott por aquilo que ele concretamente fazia enquanto trabalhava, teríamos uma imagem tão bela quanto precisa do seu pensamento e da sua prática clínica: ao longo de toda a sua vida adulta, por força do ofício e do interesse, ele foi alguém que teve milhares³⁹ de bebês em seu colo (AB’SÁBER, 2021). Observador que abriga prudentemente em si a afirmação do não saber – o imperativo silêncio teórico da meditação clínica – em favor da presença cuidadosa, Winnicott não pretendeu explicar o bebê, mas escutar sua mensagem, em tudo delicada, isto é, a de um ser que só poderá existir com alguma saúde sustentado pelos cuidados que receber (DIAS, 2017; AB’SÁBER, 2021; PHILLIPS, 2006). Antes mesmo do nascimento, diz Winnicott (2021a [1945]), o corpo já funciona como essa sensibíllissima superfície de inscrição que entrelaçará o orgânico e o psíquico à medida em que experiencia estar vivo, o que implica pensar que muito do que nós somos, ainda que não recuperável pela linguagem e pela representação mental, se presentifica na história silenciosa das memórias corporais. Apesar da complexidade destas construções conceituais, Winnicott será um obstinado partidário da simplicidade em suas palavras (AB’SÁBER, 2021), por razões que se poderá facilmente compreender.

Tales Ab’Sáber (2021) ressalta a importância deste traço de pensamento e de estilo com muita perspicácia: “Além de uma visão não sofisticada, do ponto de vista do bebê, um longo tempo de silêncio conceitual, vivido no próprio homem, de um estado de desconhecimento ou não saber, trabalhou, ou deu origem, à emergência do novo conceito, da nova língua psicanalítica” (AB’SÁBER, 2021, local. 37). A quietude atenta daquele(a) que sustenta em seu próprio corpo a quietude do bebê constitui desde sempre uma linha mestra do trabalho clínico e da teorização winnicottiana, afeita à convivência com uma particular “ignorância diligente” que gesta em seu silêncio a sintonia ética necessária à formação, no analista, de um ponto de vista que o antecede inteiramente, quer dizer, o ponto de vista do bebê [*infant*]⁴⁰.

³⁹ “Durante o tempo em que trabalhou no Paddington Green Children’s Hospital e no Queen’s Hospital for Children, por cerca de quatro décadas, ele atendeu em torno de 60 mil bebês, crianças, mães, pais e avós” (KHAN, 2021, p. 20).

⁴⁰ Em **A teoria do relacionamento pais-bebê**, texto de 1960, Winnicott afirma que “a palavra bebê [*infant*] será usada para se referir à criança muito nova. É preciso dizer isso porque nos escritos de Freud a palavra às vezes

Talvez não haja melhor imagem para introduzir à singularidade e importância das suas contribuições para a psicanálise e para os estudos da memória, na tríade das clínicas que exerceu simultaneamente (pediátrica, psiquiátrica e psicanalítica), mas também para as humanidades em geral, dada sua originalidade na concepção de uma perspectiva revolucionária da importância dos processos envolvidos no nascimento humano, no estudo obstinado das exigências e vicissitudes do amadurecimento emocional, na preponderância dos cuidados ambientais para a constituição subjetiva, na restauração ética e estética do valor da experiência humana da ilusão e da criatividade que vivenciamos no gesto espontâneo à medida em que podemos brincar, isto é, na medida em que nos sentirmos reais para nós mesmos, o que é visto como condição para a construção do mundo compartilhado (PHILIPS, 2006; KHAN, 2021; OUTEIRAL; GRAÑA, 1994).

Não é gratuito que Masud Khan, um dos principais analistas supervisionados diretamente por Winnicott – com o qual conviveu por quase duas décadas – comece sua preciosa apresentação do autor pela descrição do seu *corpo*:

Quando olho para trás, para os quase vinte anos de meu trabalho com Winnicott, o que me surge vividamente é seu aspecto físico relaxado e sua concentração luzidia. **Winnicott prestava atenção com o corpo todo**, e tinha um olhar perspicaz e não invasivo, que nos mirava com um misto de incredulidade e absoluta aceitação. **Uma espontaneidade de criança impregnava seus movimentos**. Mas ele podia também ficar muito quieto, inteiramente controlado e quieto. **Jamais conheci outro analista que tenha se tornado tão inexoravelmente si mesmo**. Era essa característica de ser inexoravelmente si mesmo que lhe permitiu ser tantas pessoas diferentes para tanta gente. **Cada um de nós que o conhecemos tinha seu próprio Winnicott, e ele jamais atropelou a maneira como o outro o inventava com a afirmação de seu modo pessoal de ser**. E, ainda assim, permanecia inexoravelmente Winnicott. (KHAN, 1971 *in*: WINNICOTT, 2021b, p. 11, grifos nossos).

Um corpo relaxado e uma mente concentrada. Alguém que prestava atenção com o corpo inteiro, que nutria em si uma espontaneidade de criança. Que, por ser tão autêntico, se permitiu ser de muitos e diversos modos para cada um que o encontra. Estes traços nada triviais (pelas dificuldades que implica a singular combinação de tudo isso numa mesma pessoa) estão presentes também na obra de Winnicott, marcada pela clareza e simplicidade⁴¹ de uma

descreve até crianças que passaram pelo complexo de Édipo. Na verdade, a palavra significa “sem fala” (*infans*), e não é inútil pensar na infância inicial como a fase anterior à apresentação das palavras e ao uso das palavras como símbolos. O corolário é que ela se refere à fase em que o bebê depende do cuidado materno que se baseia mais na empatia materna do que na compreensão do que é ou poderia ser verbalmente expresso” (WINNICOTT, 2022b [1960], p. 49).

⁴¹ “Esse efeito de clareza e simplicidade – características próprias do estilo e da comunicação de Winnicott –, que também guarda algo da natureza objetiva e pragmática de sua língua e cultura, pode por vezes iludir leitores que

linguagem que é o imediato avesso da complexidade das consequências teóricas e práticas que seu pensamento põe em movimento. Comentando o ponto de partida do seu interesse pelo problema dos cuidados ambientais, o próprio Winnicott ([1967] 1994b, p. 441) afirma que

[...] no começo, parece impossível falar a respeito do indivíduo sem falar sobre a mãe, porque, em minha opinião, a mãe ou a pessoa que se encontra no lugar dela é um objeto subjetivo – em outras palavras, não foi objetivamente percebido – e, portanto, a maneira pela qual a mãe se comporta faz realmente parte do bebê.

Aqui, a aparente obviedade camufla a imensa controvérsia em que seu trabalho se lançou ao propor à psicanálise uma concepção inteiramente original da relação mãe-bebê, desviando da orientação freudiana circunscrita aos pressupostos metapsicológicos de um aparelho psíquico – cuja estrutura e funcionamento se viam, até então, mais ou menos autônomos em relação à exterioridade do mundo – em direção a uma perspectiva imediatamente relacional dos processos subjetivos concernentes ao amadurecimento psicossomático. É assim – distanciando-se da insistência (por vezes dogmática) em torno de um inconsciente representacional contornado pelo atravessamento de conflitos psíquicos internos – que Winnicott aposta na investigação do ambiente, por duas vias distintas, mas indissociáveis, a saber: a) a importância dos cuidados ambientais como condição facilitadora para a criança adquirir o sentido de externalidade necessário à experiência de um mundo compartilhado; b) o estudo das falhas ambientais como elemento etiológico decisivo nos processos de adoecimento.

Para melhor compreender as consequências de se pensar a psicanálise do ponto de vista do bebê e, assim, formular uma nova perspectiva acerca do conceito fundamental de inconsciente em sua relação com a memória em Winnicott, precisaremos realizar uma incursão pela sua teoria do amadurecimento emocional, recorrendo às noções que o estruturam no vocabulário winnicottiano, em muito distinto daquele mobilizado quando apresentamos a perspectiva freudiana. Trata-se aqui de pensar pela via dos processos anteriores à entrada do bebê na ordem simbólica e, conseqüentemente, antes da emergência dos conflitos de natureza representacional⁴², os quais presumem a inserção do sujeito na linguagem. Vejamos como se desenvolve esta teorização no pensamento winnicottiano.

estão entrando em contato com seu texto pela primeira vez, na medida em que lhes permite compreendê-lo de maneira ligeira, no plano da superfície da comunicação e do estilo, sem atentar para as implicações teóricas e psicanalíticas sérias que costumam estar em jogo em suas construções” (AB’SÁBER, 2021, p. 11).

⁴² Como explicam Laplanche e Pontalis (2000), a representação (*Vorstellung*) consiste num termo clássico da filosofia e da psicologia, que designa aquilo que se representa, isto é, aquilo que forma o conteúdo concreto dos atos de pensamento. É preciso ter em mente que Freud adotou o termo em psicanálise para se referir a um dos dois registros de expressão da pulsão, sendo o outro, o afeto.

3.2 O bebê e suas emoções primitivas

Quanto ao ambiente, pedaços da técnica do cuidar, de rostos vistos e sons ouvidos e cheiros cheirados são apenas gradualmente reunidos e transformados num único ser, que será chamado mãe.

Donald Winnicott, **Desenvolvimento emocional primitivo**

Antes do bebê entender que tem uma mãe, ele percebe que há um cuidado. Em **Desenvolvimento emocional primitivo** (WINNICOTT, [1945] 2021b), texto que marca a trajetória intelectual de Winnicott e a história da psicanálise com a decisiva afirmação de um novo fio de investigação na teoria e na clínica psicanalítica, encontramos pistas importantes para desenvolver estas questões.

Escrito em 1945, cerca de quatro anos após Winnicott interromper a supervisão de Melanie Klein sobre seu trabalho analítico (DIAS, 2002), sob o acúmulo da experiência clínica decorrente da sua atuação como pediatra no hospital infantil Paddington Green (onde trabalhou de 1923 a 1963), a preparação deste texto colhe os frutos de vinte anos de trato diário com bebês, crianças, mães, pais e avós na condição de pediatra, somados à sua formação psicanalítica (1927-1935), a qual dá contorno aos anos de trabalho do entreguerras e à sua participação nos esforços britânicos de acolhimento e tratamento de crianças que haviam sido separadas de suas famílias e evacuadas de grandes cidades durante a Segunda Guerra Mundial (1939-1945)⁴³. O trabalho se ampara em fragmentos de análise de pacientes, muitos deles pacientes psicóticos, para lançar luz sobre os processos psíquicos envolvidos na emergência das primeiras emoções do bebê não integrado, isto é, que ainda não dispõe de uma percepção de si mesmo como uma unidade somatopsíquica e, naturalmente, também carece de uma noção de independência corporal e emocional em relação à mãe-ambiente⁴⁴, aos objetos e ao mundo externo.

⁴³ “Durante a Segunda Guerra, Winnicott foi nomeado psiquiatra consultor do Plano de Evacuação Governamental de uma área de recepção da Inglaterra e, segundo Clare Winnicott, que fazia parte de sua equipe como assistente social, o exercício dessa função teve um profundo efeito sobre ele. Winnicott teve que ver-se frente a frente, em larga escala e de modo concentrado, com o desfazimento dos lares, com a desintegração maciça da vida familiar e pôde observar os efeitos, nas crianças e nos adolescentes, da separação e da perda” (DIAS, 2002, p. 115).

⁴⁴ “É proveitoso pressupor a existência, para o bebê imaturo, de duas mães – deveria eu chamá-las de mãe-objeto e mãe-ambiente? Não desejo de forma alguma inventar nomes que persistam e acabem desenvolvendo uma rigidez e uma qualidade obstrutiva, mas convém empregar as expressões “mãe-objeto” e “mãe-ambiente” nesse contexto para descrever a tremenda diferença que existe para o bebê entre dois aspectos do cuidado materno: a mãe como objeto, ou possuidora do objeto parcial que pode satisfazer as necessidades urgentes do bebê, e a mãe como a pessoa que evita o imprevisto e que ativamente provê o cuidado, por meio do manuseio e do manejo em geral” (WINNICOTT, [1962] 2023d, p. 135).

Apesar de publicado imediatamente no *International Journal of Psychoanalysis* (nº 26, 1945), o texto só será incorporado a um dos seus livros doze anos depois. Na edição brasileira mais recente (Ed. Ubu, 2021), ele corresponde ao décimo segundo capítulo da obra **Da pediatria à psicanálise** (editada originalmente em 1957), a qual reúne trabalhos preparados por Winnicott entre as décadas de 1930 e 1950, e que tem como intuito comunicar à comunidade científica (de pediatras, psiquiatras, enfermeiras/os e psicanalistas) suas experiências clínicas, os desenvolvimentos do seu pensamento pediátrico na direção da psicanálise e vice-versa. Considerado por muitos comentadores e estudiosos um divisor de águas em psicanálise, este texto apresenta, pela primeira vez, contribuições declaradamente inéditas de Winnicott para a teoria e a clínica psicanalíticas a partir do estudo de recém-nascidos.

Se antes dele – em Melanie Klein, Anna Freud e John Bowlby – também se encontravam considerações importantes a respeito dos bebês, isso se concentrava, contudo, em estágios maturacionais um pouco mais avançados, isto é, em bebês a partir de cinco ou seis meses. Antecipando seu escopo aos meses iniciais (e mesmo ao período pré-natal, sobretudo às semanas imediatamente anteriores ao parto), Winnicott nos convoca para o início de tudo, isto é, a observar um bebê que se encontra em estágio de **dependência absoluta**, onde todos os sentimentos são ainda muito primitivos e ele só consegue ser junto com a mãe-ambiente.

Quando Winnicott usa a palavra **primitivo**, ele está se referindo ao início da vida (WINNICOTT, [1945] 2021b); aqui, a palavra ‘primitivo’ congrega um conjunto de sentimentos que a criança vai experimentar antes de entrar num conflito edipiano, a relação mais primitiva que o bebê desenvolverá será a pautada em suas necessidades fisiológicas, de comunicação e de atendimento de seus impulsos primitivos que o mobilizam a gestos espontâneos em relação à mãe, a qual figura como primeiro ambiente. Assim, o desenvolvimento emocional primitivo consiste num dos primeiros processos psíquicos do bebê. Ab’Sáber (2021) esclarece que há uma filiação desta escolha de teorização por parte de Winnicott com a tradição psicanalítica. Porém, ultrapassando a mera continuidade de programa, Winnicott desenvolve um inovação teórico-clínica que inaugura todo um novo campo de investigação:

Em termos da psicanálise clássica, Winnicott está trabalhando no mundo de uma pré-história e nas vicissitudes originais do narcisismo primário, um ponto que Freud deixou explícito em sua obra como algo a ser desenvolvido pela psicanálise que viria. O que Winnicott descobre gradualmente com seu trabalho é que tal ponto do espaço da metapsicologia clássica freudiana, as vicissitudes do narcisismo primário, é na verdade um universo. (AB’SÁBER, 2021, p. 63).

Neste estudo, Winnicott afirma que antes do bebê se reconhecer como uma pessoa inteira (isto é, antes dos cinco a seis meses de vida), ele ainda é uma forma de vida que só existe porque tem uma mãe-ambiente que pode sustentá-lo. A esse primeiro estágio ele irá chamar de **dependência absoluta**⁴⁵: aqui, o bebê depende integralmente do ambiente. Winnicott informa que há um estágio muito importante que irá ocorrer antes dos cinco ou seis meses, por volta do nascimento ou até mesmo antes de nascer, antes mesmo do recém-nascido se perceber bebê. A principal contribuição deste texto consiste na descrição do desenvolvimento emocional primitivo saudável (em que a não integração evolui sem maiores obstáculos na direção da integração psique-soma) e, contrariamente, nos problemas de desenvolvimento que acarretam a dissociação somatopsíquica encontrada nas formas de adoecimento características das psicoses.

Winnicott apresenta o problema do desenvolvimento emocional primitivo a partir da psicose infantil, numa perspectiva clínica psicanalítica; realiza uma ligeira retomada de contribuições psicanalíticas de Melanie Klein, John Bowlby e Anna Freud a respeito do desenvolvimento emocional infantil, situando sua diferença em relação a eles, sobretudo em torno do escopo de análise (anterior aos cinco meses de idade). Após indicar o estado da arte da questão àquela época, Winnicott circunscreve os três processos primitivos de desenvolvimento das emoções no bebê (**integração, personalização e realização**), tratando, aqui, especificamente dos problemas da localização do *self*⁴⁶ no próprio corpo, o que não é tomado como um dado para Winnicott. Ele utiliza relatos de pacientes psicóticos que indicam falhas graves no desenvolvimento primitivo. Destacam-se, aqui, a relação entre as condições de não integração / desintegração / integração e as vicissitudes dos cuidados materno-ambientais iniciais.

Ao tratar da dissociação, Winnicott descreve em que termos se dá esta consequência no desenvolvimento emocional do bebê, decorrente de uma integração incompleta ou parcial, e que consiste na fragmentação da realidade em porções isoladas de percepção, por parte do bebê, em que cada situação é vivida por ele como isolada (a exemplo do estado de vigília isolado do sono, ou a amamentação isolada do momento do banho, como se, para o bebê, se tratasse não de dois momentos organizados no tempo e em seu corpo, mas concretamente de dois “si mesmos” distintos). Demonstrando que se trata de um mecanismo de defesa comum, Winnicott

⁴⁵ A dependência absoluta (assim como as demais "conquistas do amadurecimento") são descritas em maior detalhe na seção seguinte, “2.3 A teoria do amadurecimento e a memória”.

⁴⁶ “A palavra *self* aparece depois que a criança já começou a usar o intelecto para examinar o que os demais veem, sentem ou ouvem e o que pensam quando deparam com esse corpo infantil” (WINNICOTT, [1962] 2022e, p. 71).

aponta a tese de que o próprio estado de vigília seria resultante de um contínuo e gradual processo de dissociação em relação ao sono, fazendo emergir paulatinamente a consciência do bebê. Essa dissociação inicial é normal, porque o bebê dos estados tranquilos (sono pós-mamada, relaxamento após defecar) não realiza que é o mesmo dos estados excitados (fome, necessidade de fazer cocô, irritação com a temperatura). Aos poucos, o ambiente agrega essas duas formas de experiência, a partir de cuidados e respostas empáticas às necessidades. Caso isso não ocorra e a intrusão ambiental seja o padrão, a dissociação inicial será mantida em forma de cisão e a resposta será uma defesa de molde psicótico.

A adaptação à realidade é outro tema importante do texto fundador de 1945. O pediatra descreve em maior detalhe a integração, indicando que se trata da composição entre a experiência corporal e psíquica promovida na relação mãe-bebê, apontando a importância desta para a ilusão primordial constitutiva da emergência do *self* e da sua integração com o corpo. Na seção “Ausência primitiva de compaixão (estágio prévio à consideração)”, Winnicott aborda os relacionamentos primitivos do bebê em seu processo de integração, no qual este se vincula progressivamente à mãe, em que destaca a ausência de compaixão (relação impiedosa) como uma experiência fundamental para que a agressividade do bebê amadureça sem se empobrecer na forma exclusiva dos estados dissociados, aos quais ela se restringiria caso não pudesse ser absorvida na relação com a mãe. Por sua vez, ela, a mãe, precisa ser capaz de sobreviver às investidas de agressividade do bebê, permitindo o amadurecimento deste aspecto fundamental do modo como o bebê apreende e conhece/testa o ambiente, isto é, através da agressividade.

Por fim, Winnicott dedica sua atenção ao que ele nomeia como “retaliação primitiva”, quer dizer, um modo de relação de objeto ainda mais primitivo que o anterior, em que o objeto age de modo retaliatório. Diz Winnicott que, “[n]este caso o objeto, ou o ambiente, é tão parte do *self* quanto os instintos que o conjuram” (WINNICOTT, [1945] 2021b, p. 297). Disso resultariam as introversões precoces (de natureza primitiva), nas quais “o indivíduo vive num ambiente que é ele mesmo” (*ibid.*), do que decorre uma vida extremamente limitada do ponto de vista emocional. Winnicott utiliza aqui o exemplo do autoerotismo no ato de chupar o polegar e seus desdobramentos patológicos a explorar, clínica e teoricamente, relacionados aos problemas do amor (substituição do objeto) e ódio (destruição do objeto), onde ancora sua hipótese de um papel positivo da agressividade, a ser desenvolvida em outros trabalhos. Ao fim do texto, Winnicott arremata com um resumo bastante direto, onde sumariamente atesta que, ali, “foi feita uma tentativa de formular os processos emocionais primitivos normais à primeira infância, e que aparecem regressivamente nas psicoses” (*ibid.*, p. 299). O pensamento e a clínica winnicottiana resultam numa concepção de memória que desloca a própria psicanálise,

lançando o interesse para as formas de cuidado e sustentação relacional da existência – desde os seus primórdios – em vez dos conflitos intrapsíquicos e estruturação da ordem simbólica decorrente da dissolução do complexo de Édipo.

3.3 Conquistas, tarefas, continuidades e falhas: amadurecimento e memória

Mas o que podemos fazer se não somos capazes de ensinar as mães sobre as questões de manejo do bebê? O que nós, médicos e enfermeiras, podemos fazer é não interferir. Simples assim.

Donald Winnicott, **Bebês e suas mães**

A teoria do amadurecimento – nome pelo qual se integra e sintetiza o pensamento de Winnicott – é uma obstinada e sistemática afirmação de nós somos humanos porque somos feitos de tempo (AB’SÁBER, 2021). Como nos ensina Elsa Oliveira Dias em **A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott** (DIAS, 2017), Winnicott preconiza uma concepção de amadurecimento que “está fundada sobre duas concepções de base, ou, dizendo de outro modo, o processo de amadurecimento pessoal depende fundamentalmente de dois fatores: a **tendência inata ao amadurecimento** e a **existência contínua de um ambiente facilitador**” (DIAS, 2017, p. 75, grifos nossos). Quanto à tendência inata ao amadurecimento, Dias esclarece que ela se articula a um outro fundamento winnicottiano, a saber, o de que a humanidade é constituída essencialmente pela temporalidade. Isso significa que todo ser humano é “uma amostra-no-tempo [*time sample*] da natureza humana” (*ibid.*). A principal implicação desta condição inexoravelmente temporal é que não podemos descrever qualquer fenômeno humano como algo substancial (isto é, inalterável). Assim, a “teoria winnicottiana do amadurecimento pessoal é a explicitação temporal, na forma de períodos e seus respectivos estágios, das várias tarefas que a tendência inata ao amadurecimento impõe ao indivíduo ao longo da vida” (*ibid.*). É preciso ter em mente que Winnicott considera que a natureza humana é constituída, essencialmente, de “uma tendência inata à integração numa unidade” (*ibid.*, p. 76), o que se dá através do processo de amadurecimento viabilizado pela provisão de cuidados ambientais responsáveis por situar no bebê a continuidade não apenas orgânica, mas também psíquica do seu ser. É por isso que Dias afirma que a natureza fundamental do humano está em “ser um modo de temporalização” (*ibid.*, p. 75).

Apesar desta condição inata, o amadurecimento não é um fenômeno automático. Para Winnicott, nós não nascemos integrados, quer dizer, munidos do senso de que somos uma

unidade psicossomática coesa e separada do ambiente que nos circunda. A este estágio anterior à integração, Winnicott chama de não integração:

O oposto da integração, a princípio, pareceria ser a desintegração. Isso é só parte da verdade. O oposto, no início, requer uma denominação como não integração. Relaxamento, para um bebê, significa não sentir a necessidade de se integrar, tendo em conta a função materna de apoio egóico. (WINNICOTT, [1962] 2022e, p. 76-77).

O princípio da não integração é, portanto, o de um estágio fundamentalmente preliminar, mas ocasionalmente paralelo e alternante com a integração. Dias (2017) determina bem os contornos desta noção winnicottiana, situando também sua diferença em relação à desintegração:

A não-integração, que vem acompanhada por uma não consciência [...], não é um déficit. É o estado natural de extrema imaturidade do bebê e significa falta de reunião num si-mesmo, falta de integração no espaço e no tempo, falta de integração psicossomática, enfim, falta de inteireza (*wholeness*). [...] A denominação negativa – não-integração – tem suas razões de ser: refere-se a um *ainda-não*, a um estado prévio a qualquer integração, anterior, portanto, ao estabelecimento de um eu e de um psiquismo. Este estado “negativo” não tem qualquer conotação patológica; tampouco refere-se ao que seria um estado de caos, já que, no início, não existe nem caos nem ordem [...]. Além disto, a *não-integração* deve ser diferenciada da *des-integração*, que tem caráter defensivo e só pode ocorrer após alguma integração ter sido alcançada. (DIAS, 2017, p. 109).

Como vimos, a integração é um processo contínuo e delicado de passagem da não integração originária à organização psicossomática de um si mesmo, o qual o bebê não pode atingir sozinho. “Para que ela se realize, *o bebê depende fundamentalmente da presença de um ambiente facilitador que forneça cuidados suficientemente bons*” (*ibid.*, p. 77, grifos da autora). No início da vida do bebê, quando este ainda não forma uma unidade integrada, ele vive em profunda identificação com a mãe. “Embora haja ali um bebê para o observador e para a mãe, ainda não há, para o bebê, nem ele mesmo, nem mãe, nem mundo” (*ibid.*, p. 108). Nesse momento muito primitivo da vida do bebê, a mãe se torna o seu primeiro ambiente, seu primeiro contato com o mundo, é ela quem vai apresentar o mundo a ele, através de cuidados ambientais que o façam se sentir cada vez mais integrado, permitindo-lhe paulatinamente sentir-se real. Como afirma o psicanalista inglês, “[p]odemos dizer que o ambiente facilitador torna possível o progresso continuado dos processos de amadurecimento. Mas o ambiente não faz a criança” (WINNICOTT, [1963] 2022d, p. 106-107). Em Winnicott, nem o ambiente é onipotente, nem a integração, um dado. Como esclarece Dias (2017, p. 109, grifos da autora):

O ponto importante da teoria é o seguinte: *é somente a partir da não-integração que as várias formas de integração podem se produzir*. Fosse a integração dada, e o ser humano não seria tal qual é, uma vez que, tanto a saúde quanto as dificuldades e os distúrbios que são próprios dos humanos são estados relativos ao sucesso ou ao fracasso das tarefas integrativas dos estágios iniciais, enquanto conquistas do amadurecimento. Neste ponto, a posição de Winnicott apresenta um avanço significativo sobre a teoria tradicional, concebida a partir das neuroses, que são distúrbios dentro de uma personalidade já integrada; esta teoria não tem como tematizar a natureza particular dessas conquistas fundantes, e, deste modo, não permite avaliar as consequências do fracasso nessas conquistas.

Portanto, são os cuidados ambientais que viabilizam e moldam as condições em que a tendência inata ao amadurecimento se manifestará em cada ser humano, desde o início da vida. Não há possibilidade de que um lactente humano se torne uma pessoa integrada e saudável sem que ele seja imediatamente amparado por cuidados ambientais que lhe forneçam uma base para, gradativamente, integrar-se.

Ao longo do amadurecimento, todas as dimensões humanas deverão ser gradualmente integradas à personalidade, mas sempre a partir do sentido pessoal da existência, sentido que, no início, é a mera continuidade de ser. Além disto, o impulso para viver, manter-se vivo e amadurecer não é descrito em termos de forças: não é a libido que passa por diferentes fases ou fixações objetais; é a natureza humana que se temporaliza, em virtude da sua tendência inata ao crescimento, gerando, gradualmente, um si-mesmo integrado, internamente e com o ambiente. (DIAS, 2017, p. 78-79).

Através da ideia de integração, Dias destaca um contraste importante entre Winnicott e Freud: aqui já não se trata de privilegiar a dimensão pulsional de um inconsciente intrapsíquico e representacional, mas de compreender os processos envolvidos na travessia existencial do nascimento e da relação com os cuidados providos pelo ambiente. Neste sentido, a psicanálise winnicottiana propõe que a condição concreta de dependência do bebê nos primeiros meses de vida constitui o mais importante fator na determinação dos caminhos do desenvolvimento emocional (WINNICOTT, [1958] 2023a, [1963] 2022d, [1970] 2020d; PHILLIPS, 2006; ABRAM, 2000; DIAS, 2017). Assim, Winnicott descreve o amadurecimento emocional do bebê como uma jornada que vai da dependência rumo à independência (WINNICOTT, [1963] 2022d).

Entretanto, como a passagem da não integração à integração possibilitaria este sentido progressivo do amadurecimento, isto é, a transição da dependência à independência? A resposta winnicottiana a esta questão é fornecida pelo papel decisivo da provisão ambiental de cuidados dedicados ao bebê desde o nascimento, a qual proporcionará a passagem gradual da

dependência à independência. Winnicott identificou gradações importantes nas aquisições deste processo, às quais categorizou como **conquistas do amadurecimento**. São elas:

- **Dependência absoluta**⁴⁷: corresponde ao primeiro momento da vida do bebê, caracterizado pela sua completa dependência em relação à provisão física, oriunda da mãe: do seu útero – no pré-natal – aos cuidados ambientais imediatos, no pós-parto (WINNICOTT, [1963]). “Neste estado o bebê não tem como tomar ciência do cuidado materno, que é em grande parte uma questão de profilaxia. Não pode assumir controle sobre o que é bem ou malfeito, estando apenas em posição de se beneficiar ou de sofrer perturbações” (WINNICOTT, [1960] 2022b, p. 56). Trata-se do momento em que a integração se inicia. Como explica Winnicott, no início da vida, “há uma dependência absoluta em relação ao ambiente físico e emocional. No primeiríssimo estágio não há vestígios de uma consciência da dependência, e por isso ela é absoluta” (WINNICOTT, [1958] 2023a, p. 16). Winnicott afirma que a recompensa processual deste estágio ser vivido de forma satisfatória consiste em proteger o desenvolvimento do bebê de eventuais distorções que poderiam inviabilizar a passagem ao estágio da dependência relativa.
- **Dependência relativa**: “vem a ser um estágio de adaptação com uma falha gradual dessa mesma adaptação. É parte do repertório da grande maioria das mães prover uma desadaptação gradativa, e isso está muito bem orientado para o rápido desenvolvimento que o bebê exhibe” (WINNICOTT, [1963] 2022d, p. 110). Em outras palavras, à medida em que a mãe realiza falhas suportáveis – correspondentes ao processo de retomada da independência da própria mãe, no gradativo retorno às suas atividades pessoais, laborais etc. Neste momento, “o bebê começa, de certo modo, a se tornar consciente da dependência. Quando a mãe fica longe por um tempo superior ao da capacidade de o bebê crer em sua sobrevivência, aparece ansiedade, e esse é o primeiro sinal de que a criança tem consciência” (WINNICOTT, [1963] 2022d, p. 111).
- **Rumo à independência**: neste estágio, o “bebê desenvolve meios para ir vivendo sem cuidado real. Ele logra isso por meio do acúmulo de recordações do cuidado, da projeção

⁴⁷ Em virtude de o escopo deste trabalho abranger especificamente a **experiência do nascimento** e suas vicissitudes **enquanto problema de memória**, nos restringiremos ao estudo do estágio de dependência absoluta, na medida em que, para Winnicott é nele que estão os alicerces da nossa experiência subjetiva.

de necessidades pessoais e da introjeção de detalhes do cuidado, com o desenvolvimento da confiança no ambiente. Deve-se acrescentar aqui o elemento de compreensão intelectual, com suas tremendas implicações” (WINNICOTT, [1960] 2022b, p. 57). Esta etapa também se refere ao desenvolvimento emocional posterior, que abrange “os esforços da criança pré-escolar e da criança na puberdade” (WINNICOTT, [1963] 2022d, p. 116). A principal aquisição deste estágio é que “a criança se torna gradualmente capaz de defrontar com o mundo e todas as suas complexidades, por encontrar aí, cada vez mais, o que já está presente dentro de si própria” (WINNICOTT, [1963] 2022d, p. 116).

A dependência absoluta pode ser descrita como a etapa mais primitiva dentre as conquistas do amadurecimento, é a etapa onde o lactente está exclusivamente dependente do ambiente, equivalente aos cuidados feitos pela mãe ou por quem materna o bebê. O importante é que haja alguém que cumpra junto com ele essa etapa crucial para o fomento do conluio psicossomático do recém-nascido (DIAS, 2017), favorecendo que o bebê realize suas primeiras experiências sem maiores obstáculos. Nesta direção, é importante lembrar o conceito winnicottiano de experiência, fundamental em sua teoria. A experiência pode ser tudo aquilo que tem sentido de realidade para quem o experiencia. Segundo Dias (2017, p. 103):

O que Winnicott entende por “experiência”? O conceito não se encontra claramente definido em sua obra; é um desses conceitos cujo sentido deve tornar-se inteligível por si mesmo, a partir do uso que Winnicott faz dele ao longo da sua obra. Em primeiro lugar, o que é experiência varia conforme o momento do amadurecimento. Deve-se, portanto, diferenciar o sentido do termo “experiência”, quando referido a estes estágios iniciais, daquele usado para quando alguma experiência do si-mesmo unitário e do mundo for alcançada, o que incluirá um início de integração no tempo e no espaço, assim como o alojamento da psique no corpo.

Nesse estágio, mãe e bebê estão envolvidos e a mãe age de forma empática, guiada pelo gesto espontâneo, de modo que, mais cedo ou mais tarde, o “momento certo” acontece e a mãe oferece o seio (WINNICOTT, [1988] 1990a). A mãe não é intrusiva com o lactente, pois ela sabe intuitivamente do que ele necessita e, por sua vez, ele está preparado para encontrar o que ainda não sabe que busca (ibid.). Acontece assim o fenômeno que Winnicott chamou de primeira mamada teórica: o nenê irá buscar o seio da mãe, mas para isso acontecer, ele precisa sentir a necessidade dessa busca. Quando a primeira mamada teórica é bem sucedida, o lactente irá começar experimentar a capacidade de criar um mundo subjetivo no qual passará a vivenciar a ilusão de onipotência. É que a mãe permite que o neonato tenha ilusões: “[n]o princípio, existe

uma quase perfeita adaptação à necessidade, permitindo ao bebê a ilusão de ter criado os objetos externos. A mãe gradualmente decresce em sua capacidade de adaptação às necessidades (emocionais), mas o bebê tem meios e modos de lidar com esta mudança” (ibid., p. 120). É a partir dessas experiências e da capacidade do bebê de criar que aos poucos ele começa a sentir-se real. Com a recorrência e previsibilidade dos acontecimentos ao seu redor, o bebê passa a pertencer ao próprio mundo que criou:

Não se espera que ela seja perfeitamente pontual em sua adaptação nesse instante. Felizmente o bebê não precisa de um padrão de comportamento muito rígido. Se tudo vai bem, o bebê estará pronto para descobrir o mamilo, e isso em si mesmo é um tremendo acontecimento, independente do ato de mamar. É muito importante do ponto de vista teórico que o bebê crie este objeto, e o que a mãe faz é colocar o mamilo exatamente ali e no momento certo para que seja o seu mamilo que o bebê venha a criar. Não há dúvida de que é muito importante para a mãe que o bebê descubra o mamilo desta forma criativa. (WINNICOTT, [1988] 1990a, p. 122).

Dessa maneira, o bebê consegue avançar para os próximos estágios de forma saudável, abrindo ocasião segura para o surgimento do eu. Como se pode depreender, “é da necessidade de continuar a ser que surgem todas as outras necessidades” (DIAS, 2017, p. 114-115). Quando tudo vai bem nos estágios mais primitivos do início da vida do lactente, o bebê consegue conquistar a continuidade de ser, e a mãe / ambiente conseguiram ser bons e facilitadores. O que significa isso? Como nos explica Dias, a “expressão ‘suficientemente boa’ refere-se à mãe capaz de reconhecer e atender à dependência do lactente, devido à sua identificação com ele, a qual lhe permite saber qual é a necessidade do bebê, num dado momento, e responder a ela” (DIAS, 2017, p. 113). Winnicott quer ressaltar com este sintagma a importância do cuidado real e possível, por isso autêntico, na relação entre aqueles que se ocupam de cuidar de um recém-nascido e as exigências concretas da sustentação.

Da bondade “suficiente” faz parte a espontaneidade e a pessoalidade da mãe no seu cuidado com o bebê, além da sua capacidade de acreditar que o bebê é um processo de amadurecimento em curso e que, portanto, não é ela – seus cuidados ou controle da situação – que dará vida ao bebê. A mãe apenas facilita um processo que pertence ao bebê. Ela é suficientemente boa porque atende, ao bebê, na medida exata das necessidades deste, e não de suas próprias necessidades, como, por exemplo, a de ser boa ou muito boa. O que o bebê necessita é da preocupação e dos cuidados efetivos de uma mãe real, que continua sendo consistentemente ela mesma, falível porque humana, mas confiável exatamente por ser falível. (DIAS, 2017, p. 113-114).

Em cada estágio do amadurecimento o indivíduo irá vivenciar diferentes conquistas, as quais correspondem a tarefas (*tasks*) ambientais. Se desde o início essas tarefas forem bem

sucedidas, isto é, se o bebê encontra um ambiente suficientemente bom, com cuidados ambientais que tão somente o permitam seguir sendo, o amadurecimento avançará. Caso ocorram falhas demasiado intrusivas em algum desses períodos, isso poderá provocar uma paralisação ou congelamento emocional do bebê. Lembrando que, segundo Winnicott, as conquistas do amadurecimento não são fixas; ao contrário, ao longo do processo podemos regredir e, depois, conquistá-las novamente.

Para que as tarefas básicas sejam resolvidas com sucesso, tornando-se conquistas do amadurecimento, são necessários cuidados maternos específicos: à integração no espaço e no tempo corresponde o segurar ou sustentar (*holding*); o alojamento da psique no corpo é facilitado pelo manejo (*handling*), que é um aspecto mais específico do segurar, relativo aos cuidados físicos; o contato com objetos é propiciado pela apresentação de objetos (*object-presenting*). Ao mesmo tempo que a mãe facilita, de forma especializada, cada uma das tarefas do bebê, o conjunto dos cuidados maternos constitui o ambiente total, e o modo de ser da totalidade dos cuidados configura um mundo para o bebê. (DIAS, 2017, p. 145).

Vejam, então, como Winnicott define as tarefas do ambiente. Como já foi dito, na medida em que a integração consiste numa tendência inata, é esperado que, logo nos primeiros minutos de vida, o recém-nascido já comece a se integrar. Entretanto, a integração só irá acontecer se o bebê tiver à sua disposição um ambiente que lhe proporcione o que Winnicott chama de sustentação (*holding*) para seguir sendo em seu processo de integração (WINNICOTT, [1960] 2022b). A conhecida noção winnicottiana, que pode ser traduzida pelo ato de segurar/sustentar, é assim definida pelo autor: “A sustentação inclui em especial a sustentação física do bebê, que é uma forma de amar. Talvez seja a única forma de uma mãe demonstrar seu amor ao bebê” (WINNICOTT, [1960] 2022b, p. 61). Sustentar um bebê no início da vida e conseguir fazê-lo se sentir acolhido naquele momento é a principal forma de cuidado de que ele necessita: “o termo segurar [*holding*] significa não apenas segurar fisicamente o bebê, mas também a provisão ambiental total anterior ao conceito de viver com. Em outras palavras, se refere à relação espacial ou tridimensional, com o fator tempo gradualmente adicionado” (WINNICOTT, [1960] 2022b, p. 53).

De acordo com Dias (2017, p. 141), tudo o que o bebê vivenciar com a mãe nessa etapa se tornará parte da personalidade dele, “[p]or isso, o cuidado materno de ‘segurar’ o bebê, fisicamente, é não apenas o de sustentá-lo, mas o de envolvê-lo por todos os lados”. Esse tempo que a mãe consegue dedicar ao bebê é um tempo imprescindível para que ele possa começar a

sentir o calor da mãe⁴⁸, seus batimentos e todo o contorno necessário para que ele possa se sentir integrado.

Esse segurar, que é simples e se refere ao manuseio do bebê e a todos os cuidados físicos relativos ao seu bem-estar, vai aos poucos se ampliando à medida que o bebê cresce e que seu mundo vai se tornando mais complexo. Estendendo-se para os cuidados em geral, incluindo a atmosfera de calma e regularidade do ambiente que a mãe é capaz de manter, o “segurar” amplia-se para um “sustentar a situação no tempo” (*holding a situation*), que é uma disponibilidade tranquila que permanece, que se estende demoradamente no tempo e *não exige que nada aconteça*; apenas aguarda os movimentos do bebê e o acompanha em suas inúmeras idas e vindas. (DIAS, 2017, p. 182, grifos da autora).

Winnicott elenca com extrema clareza os efeitos colaterais de uma eventual falha nesta tarefa, o que promoveria uma aflição perturbadora na criança, ilustrada nas seguintes consequências: a) sensação de despedaçamento; b) sensação de estar caindo para sempre; c) sensação de impossibilidade de se apropriar da realidade externa para se reconfortar internamente; d) formas específicas de ansiedade classificadas como “psicóticas” (WINNICOTT, [1960] 2023b).

A sustentação se desdobra e evolui num modo particular de modelagem psicossomática adquirida através dos cuidados físicos. Ela é nomeada como manejo (*handling*), e pode ser proporcionada pela mãe ou por quem materna. O manejo envolve o modo como o bebê é amparado, alimentado, trocado, banhado e acariciado, formando as pequenas experiências da rotina do bebê que vão dando a ele a previsibilidade de que aquele gesto ou ação de cuidado irá acontecer, colaborando para a convergência psicossomática. Segundo Winnicott, o manejo adequado contribui para o desenvolvimento emocional do bebê, pois permite que ele sinta a continuidade entre seu corpo e o ambiente. “O toque que é suficientemente-bom inaugura uma ‘psique que habita o soma’” (ABRAM, 2000, p. 138, grifos da autora). Winnicott articula esta tarefa à conquista da personalização, “o que significa que o bebê passa a sentir, como uma consequência do toque amoroso, que seu corpo constitui-se nele mesmo (o bebê) e/ou seu sentimento de self centra-se no interior do seu próprio corpo” (ABRAM, 2000, p. 138). É preciso que se repitam rotineiramente esses momentos entre mãe e bebê para que a integração aconteça, pois eles “permitem ao bebê habitar, mesmo que momentaneamente, no corpo, favorecendo a associação psicossomática e contribuindo para o sentido de ‘real’ – de realidade

⁴⁸ É importante observar que esta é uma tarefa da mãe, mas não necessariamente da mãe biológica. Winnicott presume e indica que qualquer pessoa poderá realizar estes cuidados ambientais, assumindo a condição da “mãe substituta”. Não se trata, por tanto, de uma visão determinista de gênero ou de uma exclusividade biológica, mas sim de uma condição relacional intercambiável.

do si-mesmo – oposto a ‘irreal’: o fato de estar vivo e existir vai ganhando consistência, peso, gravidade (DIAS, 2017, p. 185). Do contrário, o “manuseio falho trabalha contra o desenvolvimento do tônus muscular e da chamada ‘coordenação’, e também contra a capacidade de o bebê gozar a experiência do funcionamento corporal, e de SER” (WINNICOTT, [1960] 2023b, p. 42).

Winnicott define ainda uma terceira tarefa ambiental, dedicada a fornecer ao bebê as primeiras porções de mundo externo na forma do contato com a realidade que o circunda. A esta tarefa, o médico chama de apresentação de objeto (*object-presenting*): “A apresentação de objetos ou a ‘realização’ (isto é, o tornar real o impulso criativo do bebê) dá início à capacidade do bebê de relacionar-se com objetos” (WINNICOTT, [1960] 2023b, p. 42). Winnicott explica que nas ocasiões em que esta tarefa fracassa, as “falhas na apresentação de objetos bloqueiam ainda mais o desenvolvimento da capacidade do bebê de sentir-se real em sua relação com o mundo dos objetos e dos fenômenos” (*ibid.*).

Trata-se, assim, de um processo decisivo para a construção, no bebê, de relações objetais saudáveis, que favoreçam seu desenvolvimento nos momentos de excitação e interesse pelos objetos, no que a apresentação tranquila (com a continência correspondente às capacidades do lactente) por parte da mãe possibilita que o bebê crie aquilo que encontra (ilusão de onipotência) (DIAS, 2017).

Ainda no estágio de dependência absoluta, Winnicott afirma que, essa é uma fase que exige demais dos pais e principalmente da mãe, pois as exigências do bebê são extremamente complexas. Assim, a mãe precisa estar amparada pelo ambiente para poder “ser o ambiente” para o bebê. “Nessa época ela necessita de apoio, e quem melhor pode dar esse apoio é o pai da criança (digamos, seu marido), a mãe dela, a família e o ambiente social imediato. Isso é terrivelmente óbvio, mas ainda assim precisa ser dito” (WINNICOTT, [1963] 2022d, p. 107, grifos nossos). Nesse momento da vida da mãe, onde ela se encontra totalmente envolvida com o recém-nascido, Winnicott ([1963]2022d, p. 106-107) chamou de preocupação materna primária:

Esse não é necessariamente um bom nome, mas o certo é que, ao chegar ao fim da gravidez e nas primeiras semanas depois do nascimento de uma criança, a mãe está preocupada com o cuidado de seu bebê (ou melhor, “dedicada a ele”), a esse bebê que de início parece ser parte dela; além disso ela está muito identificada com o bebê e sabe muito bem como ele está se sentindo. Para isso ela faz uso de suas próprias experiências como bebê. Desse modo a própria mãe está em um estado dependente, e vulnerável. É para descrever esse estágio que uso as palavras “dependência absoluta” ao me referir ao estágio do bebê.

Essa fase de identificação com o bebê, já tem início desde o período da gestação, onde a mãe já se conecta com ele. Quando a mãe consegue fazer isso, ela está protegendo o continuar a ser do recém-nascido (WINNICOTT, [1963] 2022d). Esse estágio de preocupação materna primária, onde mãe e bebê se encontram totalmente envolvidos compreende um curto período, mas é essencial para que seja garantida a vitalidade psíquica do bebê. É nele que a mãe consegue proteger o bebê de intrusões ou falhas de adaptação mais imediatas: “[c]om relativa ausência de reações a intrusões, as funções corporais do bebê dão uma boa base para a construção de um ego corporal. Desse modo se lançam as bases para a saúde mental futura” (WINNICOTT, [1963] 2022d, p. 109).

Chegando próximo da fase da dependência relativa, saindo do estágio da dependência absoluta do bebê, a mãe pode ir aos poucos se ausentando na presença do bebê. Winnicott irá denominar isso como falhas menores de adaptação: “em torno dessa época a mãe está começando a retomar a própria vida, que eventualmente ficará relativamente independente das necessidades de seu bebê” (WINNICOTT, [1963] 2022d, p. 109). Essas falhas sutis são parte do processo de autonomia do bebê, e precisam acontecer para que ele possa seguir sendo em sua jornada rumo à independência.

O mundo subjetivo do bebê está, a esta altura, se constituindo. E para que este novo mundo se mantenha vivo e o bebê consiga continuar a criar objetos conforme suas exigências, “é preciso que alguém se dê ao trabalho de continuamente apresentar amostras do mundo ao bebê, de forma compreensiva e adequada à capacidade maturacional do momento” (DIAS, 2017, p. 190). Introduzir o bebê na capacidade de se iludir é a “tarefa essencial da mãe suficientemente boa” (ibid.). Isso ocorre na medida que ela pode manter a criança, durante o tempo necessário e adequado, sob a guia da ilusão de onipotência, evitando irrupções imprevisíveis ou incompreensíveis para o bebê a esta altura. É assim que se proporcionará, para a criança, o desenvolvimento da sua criatividade originária:

Como todas as outras potencialidades humanas, a criatividade originária que cria o mundo e os vários sentidos de real, deve poder ser exercida desde o começo da vida; caso contrário, ela fenecerá e o indivíduo não se tornará capaz de dotar o mundo de significado pessoal. Para que o bebê possa exercê-la, inicialmente, é preciso que a apresentação de objetos seja feita de tal maneira que, ao mesmo tempo que o lactente estabelece uma relação com esses objetos, ele é mantido na ilusão de onipotência, ou seja, ele cria o que necessita sem nenhuma consciência da ajuda que possibilita este feito. (DIAS, 2017, p. 147).

Mas existem os casos em que há, ao contrário, interrupções “suficientemente más” na continuidade do bebê, o que aparece a partir de falhas ambientais mais severas, ocasionando o que Winnicott nomeia como privação⁴⁹, ou seja, o fato de “alguma necessidade pessoal primordial não estar sendo reconhecida e suprida” (DIAS, 2017, p. 164). Diz Winnicott que “[q]uando a maternagem não é suficientemente boa a criança não é capaz de começar o amadurecimento do ego, ou então o desenvolvimento do ego é necessariamente distorcido em certos aspectos de importância vital” (WINNICOTT, [1962] 2022e, p. 71-72).

O que acontece quando as eventuais falhas ambientais se tornam excessivas ou prolongadas no tempo? Quais as consequências do seu agravamento para o amadurecimento do bebê? Winnicott lança mão, aqui, de uma noção fortemente clínica, na medida em que se origina das observações do médico junto às crianças psicóticas (WINNICOTT, [1945] 2021b; WINNICOTT, [1963] 1994a; DIAS, 2017). A novidade da clínica winnicottiana nestas patologias graves começa por apontar que as psicoses não são, em si mesmas “o colapso”, mas sim uma organização defensiva em relação a esta ameaça inconcebível de destruição do si mesmo (WINNICOTT, [1963/1974] 1994). Nestes termos, para Winnicott, é possível analisar clinicamente qualquer forma da psicose, mas a agonia subjacente a elas permanecerá intangível, inimaginável, impensável. Paradoxalmente, a doença é, aqui, a expressão de um “sucesso” defensivo em relação às agonias impensáveis, estas sim aniquilantes: “ela [a psicose] é uma organização defensiva relacionada a uma agonia primitiva, e é geralmente bem-sucedida (exceto quando o meio ambiente facilitador não foi deficiente, mas sim atormentador, que é talvez a pior coisa que pode acontecer a um bebê humano)” (WINNICOTT, [1963/1974] 1994, p. 72, grifo nosso).

Agonia primitiva ou ansiedade impensável (*primitive agony / unthinkable anxiety*) consiste numa experiência de aflição extrema, provocadora de sensações impensáveis de aniquilamento “no limite daquilo que um ser humano é capaz de sentir, e para a qual a palavra angústia não é aqui forte o bastante” (CHAMOND, 2010, *online*). Segundo Abram (2000), Winnicott utiliza as duas expressões como equivalentes. Entretanto, cumpre ressaltar uma nuance semântica a respeito das duas expressões: se a ideia de agonia primitiva insiste sobre a

⁴⁹ Como explica Leopoldo Fulgêncio em Nota do Editor de **Deprivação e Delinquência** (WINNICOTT, [1984] 2023), esta palavra, de uso corrente e muito preciso na obra de Winnicott, se desdobra em dois modos: privação (*privation*) e deprivação (*deprivation*). “O primeiro diz respeito à privação em termos primitivos: à falta de sustentação ambiental, de uma mãe-ambiente que daria sustentação ativa para que o sentimento de ser pudesse ser experienciado. O segundo, por sua vez, supõe a experiência de sustentação ambiental e uma perda posterior, gerando a percepção de ter sido roubado ou agredido pela falha do ambiente. Mantivemos, portanto, ‘privação’ para o sentido de ‘nunca ter tido’ e ‘deprivação’, para o de ‘ter tido e ter perdido’ (FULGÊNCIO *in* WINNICOTT, [1983] 2023, p. 9).

ocorrência de um desastre anterior a qualquer capacidade de simbolização (logo, anterior à organização subjetiva) situando temporalmente sua ocorrência no início da vida do bebê, a qualificação destas agonias como impensáveis ou inimagináveis quer ressaltar, em Winnicott, o modo como o lactente percebe e sente estas interrupções severas e prolongadas na sua experiência de se sentir vivendo. “Todas as falhas (passíveis de produzir ansiedade inimaginável) acarretam uma reação do bebê, e essa reação intercepta o continuar a ser do bebê. Se esse tipo de reação persiste, e o continuar a ser do bebê é recorrentemente interrompido, instaura-se um padrão de fragmentação do ser” (WINNICOTT, [1962] 2022e, p. 76).

Na ausência ou precariedade da correta sustentação física e emocional, o bebê é assediado pelo receio de uma queda sem fim (cair para sempre), pela agonia de se fragmentar (desintegração), de perder a orientação e se isolar, desmanchando o conluio psicossomático (despersonalização), agonia, enfim, de não poder mais estabelecer relações objetais (desrealização) (*ibid.*). Como explica Winnicott ([1962] 2022e, p. 72):

No estágio que está sendo discutido é necessário não pensar no bebê como uma pessoa que sente fome, e cujos impulsos instintivos podem ser satisfeitos ou frustrados, e sim como um ser imaturo que está continuamente prestes a sofrer uma ansiedade inimaginável. Essa ansiedade inimaginável é evitada pela função vitalmente importante da mãe neste estágio, sua capacidade de se pôr no lugar do bebê e saber do que ele necessita no manejo geral de seu corpo e, por consequência, de sua pessoa. O amor, nesse estágio, pode apenas ser demonstrado em termos de cuidados corporais, tal como no último estágio antes do nascimento a termo.

Esta mudança de escopo (da dimensão instintual, privilegiada por Freud, para a dimensão do amadurecimento, proposta por Winnicott) tem como consequência teórica uma valorização dos cuidados ambientais como fatores centrais na configuração da subjetividade humana, os quais tornam a vida – e o seu amadurecimento – possível. Para o psicanalista inglês:

Não são as forças pulsionais em conflito que põem a vida em movimento; o bebê vive pelo fato de “estar vivo” e de haver alguém que responde satisfatoriamente a este fato; ele amadurece por ser dotado de uma tendência inata ao amadurecimento e pelo fato de haver alguém facilitando a realização dessa tendência. Um psiquismo, em que coabitem fantasias, mecanismos mentais, conteúdos reprimidos etc., não é dado, mas adquirido; ele próprio é uma conquista do processo de amadurecimento. (DIAS, 2017, p. 63).

Isso tornará possível teorizar a clínica para além da abstração metapsicológica, indo em direção à concretude da dimensão ambiental dos cuidados e dos processos de amadurecimento. Decorre daí uma nova correlação entre os elementos constitutivos da subjetividade, não mais

presumidos como integrantes de um aparelho exclusivamente psíquico, mas pensados a partir da processualidade maturacional da experiência humana e da relação com o outro. É assim que Winnicott redefine as noções de soma, psique e mente.

3.4 O psique-soma e a mente

Às vezes as mães podem se assustar ao pensar quão importante é o que fazem; em tais casos, é melhor não dizer nada, pois as deixaria conscientes demais do processo e elas acabariam não desempenhando tão bem seu papel.

Donald Winnicott, *A mãe dedicada comum*

Ao distinguir **desenvolvimento pessoal** (processo relacionado às experiências vividas que, facilitadas pelo ambiente, favorecem a formação da personalidade unitária) e **crescimento corpóreo** (desenvolvimento físico, determinado em grande parte por fatores genéticos, mas também afetado pelas condições ambientais), Winnicott afirma que devemos sempre levar em conta a pessoal total, qualquer que seja o fenômeno humano em apreciação. Esta pessoa total é constituída pela união entre o *soma* e a *psique* (WINNICOTT, [1949] 2021d; DIAS, 2017). “Embora haja diferenças operacionais entre as funções psíquicas e as funções corpóreas, psique e soma são, pela sua própria natureza e devido à tendência à integração, intimamente interligados. *A existência humana é essencialmente psicossomática*” (DIAS, 2017, p. 85, grifos da autora). Feita esta observação fundamental, vejamos de que modo Winnicott pensa cada uma destas dimensões da experiência humana.

Começemos pelo *soma*: trata-se do **corpo vivo**, que se personaliza e singulariza à medida em que a **elaboração imaginativa**⁵⁰ – tarefa da psique – acontece (DIAS, 2017). Vejamos em que sentido o corpo é admitido nesta concepção winnicottiana:

Esse corpo vivo é físico, sem dúvida, mas não meramente fisiológico ou anatômico; não, certamente, a máquina física, autônoma em relação à psique, da qual se ocupa a medicina clássica; portanto, não é um corpo que possa ser estudado por meio de cadáveres. O corpo vivo é um aspecto do “estar vivo” do indivíduo; da vitalidade deste, como pessoa, fazem parte intrínseca a respiração, a temperatura, a motilidade, além da vitalidade dos tecidos. (DIAS, 2017, p. 86, grifos da autora).

⁵⁰ A elaboração imaginativa é, para Winnicott, o processo de apropriação psíquica do funcionamento corporal, isto é, o corpo elaborado como sendo aquilo que respira, se move, procura algo, se agita, chupa o polegar, descansa, é cuidado, envolvido, acariciado etc. sendo a base da personalização (DIAS, 2017). Na mesma obra, Dias explica que a noção de elaboração imaginativa será, mais tarde, relacionada por Winnicott à ideia de “imaginação”.

A observação de Dias é fundamental para compreendermos o ponto de vista de Winnicott. O corpo interessa à psicanálise na medida em que é vivido e experienciado – e *enquanto* é vivido e experienciado. Por isso não se confunde com o objeto geral da medicina (o organismo). Este corpo vivo denominado por Winnicott como soma não pode ser compreendido em termos meramente descritivos ou funcionais, pois exige uma articulação com o amadurecimento pessoal e, portanto, com a psique, isto é, a dimensão subjetiva. “A psique abrange tudo o que, no indivíduo, não é soma, incluída aí a mente, entendida como um modo especializado do funcionamento psicossomático” (DIAS, 2017, p. 86). Seu início se dá como uma elaboração imaginativa gradual de porções, sentimentos e funções do soma, isto é, da vida do ponto de vista físico (*ibid.*). A partir desta função originária, mantida ao longo de toda a vida, ao longo do processo de amadurecimento a psique vai adquirindo “funções cada vez mais avançadas, que incluem todas as operações mentais que podem ser abrangidas pelos vários significados da palavra pensar” (DIAS, 2017, p. 86-87). Ainda que o pensamento seja um dos componentes mais importantes entre as tarefas da psique, há, contudo, uma função ainda mais essencial desempenhada por esta dimensão subjetiva:

Mas a tarefa central da psique é a **constituição paulatina da temporalidade humana**, e, portanto, do **sentido de história**, na vida humana. A partir da temporalidade primitiva do bebê, que é a do próprio corpo, cabe à psique, no início da vida, não apenas a elaboração imaginativa das experiências corpóreas de todos os tipos, como [também] o **armazenamento e a reunião das memórias dessas experiências**. (DIAS, 2017, p. 87, grifos nossos).

Estas operações primordiais da psique – além da elaboração imaginativa, a constituição da temporalidade e, especialmente, a organização e registro das memórias do vivido, formando um sentido de história no indivíduo – evidencia a singularidade da memória em Winnicott, uma vez que ela só pode ser compreendida em sua íntima correlação com as condições ambientais proporcionadas ao bebê.

Para Winnicott, portanto, diferentemente de Freud, a integração da psique no corpo não acontece automaticamente, como um *a priori* inevitável do desenvolvimento, e requer a facilitação do ambiente sustentador. Como este último é um elemento imponderável, trata-se de uma conquista que pode ou não acontecer. (DIAS, 2017, p. 92).

Trata-se de um novo modo de pensar, em que o psiquismo não está dado nem presume capacidades garantidas, mas amadurece na relação com o mundo e com os objetos, traçando, a partir disso, uma história e uma memória das experiências que o constituem. Inicialmente, a formação da psique se dedica por um relativo período ao trabalho de elaboração imaginativa

que, se bem sucedido, levará à esquematização corporal, quer dizer, à apropriação psíquica do corpo em seu sentido anátomo-fisiológico, sensorial e motor, o que é anterior à formação e participação daquilo que se costuma chamar de mente (DIAS, 2017). E é sob este último termo que Winnicott nos proporciona mais uma das suas contribuições conceituais originais.

Com um ano, o bebê já terá desenvolvido de modo bastante perceptível os rudimentos de uma mente. A mente é algo muito distinto da psique. A psique está ligada ao soma e ao funcionamento corporal, ao passo que a mente depende da existência e do funcionamento daquelas partes do cérebro que se desenvolvem depois (na filogênese) das partes relacionadas à psique primitiva. (WINNICOTT, [1958] 2023a, p.20).

O que isto quer dizer, afinal? Neste trabalho de 1958, intitulado *O primeiro ano de vida* (WINNICOTT, [1958] 2023a), o pediatra inglês explica que o amadurecimento da mente é diretamente correlacionado à emergência saudável das falhas graduais (suportáveis) do ambiente em adaptar-se ao bebê. Após um primeiro momento de adaptação integral, de modo a permitir um desenvolvimento da personalidade infantil protegido de maiores distorções, é chegado o momento em que a mãe passa naturalmente a falhar na adaptação (com o retorno às suas atividades pessoais, profissionais, cotidianas etc.). A perspicácia de observador clínico também se manifesta no texto de Winnicott. Para demonstrar a interdependência entre o amadurecimento da mente e a participação paradoxal da mãe, ele diz:

Isso ocorre porque a mente e os processos intelectuais do bebê **passam a dar conta de – e, portanto, dar margem para – certas falhas de adaptação**. Nesse sentido, *a mente alia-se à mãe e assume parte de suas funções*. Ao cuidar de um bebê, a mãe é dependente dos processos intelectuais deste, e são eles que aos poucos a preparam para readquirir sua vida própria. (WINNICOTT, [1958] 2023a, p. 20, grifos nossos).

Essa cumplicidade ritmada entre a mente do bebê e a mãe será um dos alicerces do processo de amadurecimento, pois a mente torna o bebê mais adaptado à dependência relativa conforme a mãe realiza sua própria restauração da autonomia e independência frente ao bebê. Conforme a mãe ofereça, com suas pequenas falhas graduais, ocasião para o exercício da mente do lactente em direção ao próprio manejo, continuamente adaptado às novas aquisições do bebê, ele poderá atravessar a dependência absoluta em direção à relativa (WINNICOTT, [1958] 2023a).

A mente é, portanto, um modo especial de operação do psique-soma, desenvolvido na medida em que as falhas ambientais suportáveis entram em cena, favorecendo a emergência das tarefas de especialização das funções intelectuais e adaptativas do pensamento no bebê

(WINNICOTT, [1958] 2023a; DIAS; 2017). É a mente que vai organizar o pensamento da criança em direção à catalogação, comparação e classificação dos objetos, bem como da composição do seu mundo subjetivo, da apropriação espaço-temporal e do incremento da coesão psicossomática (*ibid.*). Em suma, a mente corresponde ao desenvolvimento de uma disposição intelectual defensiva crucial para o bebê, situada *entre* o psique-soma e o ambiente (*ibid.*; AB’SÁBER, 2021). Como elucida Dias:

Os processos intelectuais vêm aparelhar o bebê a se haver com as lacunas da adaptação, a compreender e antecipar as falhas ambientais, que pertencem a este período, e é isto que lhe permite prosseguir na direção da independência. Esse desenvolvimento vem a seu tempo e, *embora tenha uma função defensiva, esta não é patológica*, por não se erigir como uma reação a invasões que ultrapassam a capacidade maturacional. (DIAS, 2017, p. 95).

É a partir dessa forma defensiva não patológica (a mente) que a psique estende seu alcance na direção do desenvolvimento gradativo do que virá a se tornar a personalidade da criança. Observe-se, entretanto, uma importante advertência:

Se a mãe abandona sua função protetora e, desleixando a sua conduta adaptativa às necessidades do lactente, passa a contar com a inteligência deste para falhar além do que é tolerável para um bebê particular, pode ocorrer um desenvolvimento prematuro do ego, que é patológico, como veremos, e, nestes casos, a mente torna-se uma entidade em si mesma. (DIAS, 2017, p. 96).

Em determinadas circunstâncias, portanto, vemos que o funcionamento precocemente ativo da mente (ocasionado por privações excessivas) pode desencadear processos patológicos. É interessante que Winnicott afirme que a própria ideia de uma mente que existiria em si mesma, como uma entidade, seja efeito patológico de um desenvolvimento prematuro, uma vez que essa concepção povoa o imaginário popular e a própria noção geral de mente no senso comum científico. Entretanto, logo se vê que a consequência mais importante desta leitura é a originalidade da concepção de doença que emerge do pensamento winnicottiano. Assim como já exposto no que concerne à psicose como organização defensiva frente ao medo do colapso, já em 1949 Winnicott considerava, em sentido mais abrangente, que:

Nesses termos, é possível perceber que *um dos objetivos da doença psicossomática é retomar a psique da mente*, e levá-la de volta à sua associação íntima original com o soma. Não é suficiente analisar a hipocondria do paciente psicossomático, embora ela seja parte essencial do tratamento. É preciso também perceber o *valor positivo da perturbação somática* em seu trabalho de *combater a “sedução” da psique para dentro da mente*. (WINNICOTT, [1949] 2021d, p. 425).

Guardadas as diferenças entre Freud e Winnicott, não estaria aqui um princípio da “psicodinâmica” do adocimento em Winnicott? Como esta consideração pode auxiliar a compreender seu pensamento? Vimos até aqui que a teoria do amadurecimento é a chave e o plano de organização conceitual a partir do qual se pode obter uma visão de conjunto da psicanálise winnicottiana. Costurada pela ideia fundamental da correlação entre a tendência inata ao amadurecimento e a existência/manutenção de cuidados ambientais sustentadores da experiência humana, a teoria do amadurecimento preconiza o valor da temporalidade e do ritmo nos processos de desenvolvimento emocional, na emergência da relação mãe-bebê e no papel do ambiente facilitador que envolve e inclui não apenas a família ou os profissionais de saúde, mas toda a cultura na direção da teia de cuidados primordiais fornecidos ao bebê humano desde a sua chegada ao mundo (AB’SÁBER, 2021; NAFFAH NETO, 2005, 2007; PHILLIPS, 2006). Do contrário, algo nele se parte, abrindo espaço para toda sorte de enfermidades cujo registro psicossomático consistirá na impossibilidade de recuperar conscientemente o que se partiu ou se interrompeu, o que Winnicott nomeia como plano do **não acontecido**, quer dizer, aquilo que não pode tornar-se uma experiência integrada à subjetividade do bebê (WINNICOTT, [1949] 2021a; LOPARIC, 1999, 2001). A este respeito, a consideração de Loparic (1999, p. 359-360, grifos do autor) é esclarecedora:

As cisões winnicottianas não assinalam, portanto, algo que aconteceu mas não devia. Elas apontam, antes, para algo que devia acontecer mas não aconteceu. Quando há intrusão, aconteceu o indevido – o inesperado, e não aconteceu o previsto – o aguardado. [...] Essa parada, esse não-acontecido do amadurecimento devido à falha do ambiente, é também algo *não-experenciado*. O inesperado precoce não invade apenas por surpreender, o seu efeito traumatizante resulta sobretudo do fato de não existir ainda, nas fases muito precoces, alguém que possa integrá-lo na forma de uma experiência. O ambiente traumatiza sobretudo quando impõe algo que ainda não pode ser experienciado em primeira pessoa e que, por isso, só pode ser enfrentado por uma “reação” patógena. Nem a intrusão nem a reação são experienciadas. A cisão – o não-crescimento – permanecerá ela mesma *não-experenciada* e, até que se der a cura, *não-experenciável*.

Aquém até mesmo do trauma (noção que presume um sujeito relativamente integrado, o que a psicanálise freudiana situa em momento posterior do amadurecimento), a noção de *não acontecido* injeta um interesse totalmente inovador e radical pelos movimentos primordiais da vida do bebê, até então pouco desenvolvidos pela teoria psicanalítica. Isso significa que a própria concepção de base em psicanálise, isto é, o inconsciente, merecerá uma nova formulação. É assim que Adam Phillips, por exemplo, nos auxilia na compreensão desta outra maneira de pensar o inconsciente winnicottiano: ele não é formado a partir da hipótese do

recalque / repressão de conteúdos psíquicos, nem se trata de preencher lacunas de sentido verbalizáveis (ainda que elas existam), tampouco de uma proposta de investigação do discurso do sujeito, mas do reconhecimento de que a experiência sequer pôde acontecer, figurando não como algo reprimido, mas sim como marca psicossomática de privações.

Uma pessoa que tenha passado por essa agonia primitiva poderá ser levada a buscar no futuro esses acontecimentos significativos – antiexperiências, por assim dizer – que foi incapaz de incluir ou compreender no passado. Acontecimentos fora de contexto, eles simplesmente ocorreram, mas foram registrados de alguma forma e ainda teriam de ser localizados para que o desenvolvimento recomeçasse novamente. O que foi registrado, inconscientemente na visão de Winnicott, foi uma interrupção, um “branco”, uma ausência na experiência de si mesmo da pessoa. Winnicott escreveria sobre o inconsciente como, entre outras coisas, um lugar onde as privações são mantidas. (PHILLIPS, 2006, p. 46).

Emerge daí um inconsciente que não se reduz ao funcionamento dinâmico da tríade censura-repressão/recalque-representação, mas que se manifesta como registro de uma ruptura psicossomática, à qual a psicanálise só poderá dar contorno e continência restaurando a possibilidade de “reviver” o não-acontecido (aquilo que excedeu a capacidade de compreensão e suportabilidade na origem), ou seja, tornar passado o que não passa através da realização dos cuidados primordiais malogrados na situação primitiva que instaurou as formas de sofrimento presentes não nos enunciados, mas na experiência psicossomática. Caberia assim interrogar: quais consequências conceituais, metodológicas e práticas uma tal concepção de memória e de inconsciente nos fornece na compreensão das formas de padecimento corporal e psíquico contemporâneas?

3.5 O nascimento como experiência em Winnicott

A experiência é um trafegar constante na ilusão,
uma repetida procura da interação entre a criatividade
e aquilo que o mundo tem a oferecer.

Donald Woods Winnicott, **Carta a Money-Kyrle**

A partir da premissa de que não há lugar mais seguro para a vida humana que útero da mãe, Winnicott considera que dentro do útero o bebê está amparado e protegido. Se tudo vai bem, todas as suas necessidades são supridas e atendidas sem que ele faça esforço, pois ele está envolvido por todo o ambiente uterino. Podemos dizer que ao final da gestação, ainda no útero da mãe, o bebê já começa a ter percepções corporais sobre ele mesmo e sobre o seu

desenvolvimento emocional, pois ele já está maduro para nascer, mas ainda pode demorar ali algumas semanas. Ele irá acompanhar o ritmo da mãe até o dia do seu nascimento, quando ele criará percepções corporais, como a sensação do líquido que o envolve, dos batimentos cardíacos da mãe que o acompanham desde muito cedo, de colocar o dedo na boca, engolir o líquido e fazer xixi, essas são algumas experiências iniciais que o bebê já começa a ter desde muito antes do nascimento.

Como já vimos, quando o bebê nasce, a *psique* e o *soma* ainda não estão totalmente integradas (WINNICOTT, [1945] 2021b), Essa integração só poderá acontecer sob os cuidados ambientais sintetizados na presença protetora e tranquilizadora da mãe. Trata-se de um estágio muito primitivo da vida do bebê, onde ele depende absolutamente desses cuidados. Nesse estágio em que a mãe se torna o primeiro ambiente do bebê, se ela ou quem está maternando consegue criar uma adaptação ativa com o filho, o bebê consegue continuar sendo, tramando sua existência rumo à integração. Também já sabemos que este estágio inicial na vida do recém-nascido é chamado de dependência absoluta (WINNICOTT, [1948] 2021b). Como explica Winnicott em **Pediatria e psiquiatria** (*ibid.*), os cuidados maternos oferecem ao bebê a continuidade do ambiente, viabilizando sua confiança em existir onde ele está:

- Ela [mãe suficientemente boa] protege o bebê de sustos e coincidências [...], tentando manter a situação física e emocional suficientemente simples para que o bebê consiga entender, e ainda assim rica o bastante para atender às suas crescentes capacidades.
- Ela fornece continuidade.
- Ao acreditar no bebê como um ser humano plenamente apto, ela não apressa o seu desenvolvimento, e assim capacita o bebê a apropriar-se do tempo, a ter o sentimento de “continuar sendo” interno e pessoal. (WINNICOTT, [1948] 2021c, p. 306-307).

O cuidado ambiental é uma das bases do pensamento da clínica de Winnicott. Todos esses cuidados que a mãe irá prover para o bebê farão com que ele consiga prosseguir sem precisar reagir de maneira demasiado intensa ao ambiente, indo em direção às tendências inatas de desenvolvimento, isto é, tecendo aos poucos sua integração psicossomática. Daí a indissociabilidade entre lactente e cuidados maternos, insistentemente apontada por Winnicott, para quem “sem cuidado materno não haveria bebê” (WINNICOTT, [1960] 2022b, p. 48).

Mesmo que essa tendência à integração seja inata, ela não acontece sozinha, pois só irá acontecer com a facilitação dos cuidados ambientais. Caso esses cuidados facilitadores e integradores não aconteçam, o bebê sofrerá com o que Winnicott chamou de intrusões, contra as quais ele será forçado a reagir.

Para o pediatra inglês, o recém-nascido está pronto para aguentar pequenas intrusões, isto é, pequenas falhas no ambiente. Contudo, quando as perturbações se tornam maiores do que ele pode aguentar, o ambiente se faz prejudicial, constringendo o bebê a reagir, perturbando a continuidade do seu seguir vivendo. O que dará início a reações às falhas ambientais.

O ambiente perfeito é aquele que *se adapta ativamente* às necessidades do recém-constituído psicossoma, esse que, como observadores, sabemos ser um bebê no início da vida. Um ambiente ruim é ruim porque, ao falhar em se adaptar, transforma-se numa *intrusão* à qual o psicossoma (ou seja, o bebê) terá de *reagir*. Essa reação perturba a continuidade do *seguir sendo* do novo indivíduo. No início, o bom ambiente (psicológico) é na verdade físico, com a criança ainda no útero ou então sendo sustentada e cuidada de modo geral. Somente no decorrer do tempo, o ambiente virá a desenvolver uma nova característica que precisará de outro termo para descrevê-la, tal como emocional ou psicológica ou social. (WINNICOTT, [1949] 2021d, p. 411-412).

Mesmo sabendo que a integração do bebê começa no momento do nascimento, não há garantias que ela irá acontecer, pois este possui uma **tendência inata** ao amadurecimento, não uma garantia. Quando o bebê nasce, ele ainda não se reconhece dentro do seu próprio corpo, ainda não há corpo para ele, tudo ainda é muito rudimentar e primitivo no que concerne à autopercepção. Ainda não há uma mãe real, a mãe é entrelaçada ao ambiente que irá facilitar seu desenvolvimento e sustentá-lo, para que ele tenha a chance de começar a ser.

Há também a seguinte questão: o quão cedo começam a ocorrer coisas importantes? Por exemplo, teríamos que considerar aqui também a criança ainda não nascida? Nesse caso, em que momento após a concepção a psicologia entra em cena? Eu diria que, se existe um estágio importante aos cinco ou seis meses, há outro que ocorre por volta do nascimento. Minha sugestão baseia-se na grande diferença que pode ser observada em bebês nascidos de parto prematuro ou pós-maturo. Sugiro que ao final dos nove meses de gravidez o bebê torna-se maduro para o desenvolvimento emocional, e que se o bebê é pós-maturo ele atingiu esse estágio ainda no útero, forçando-nos a considerar seus sentimentos antes e durante o nascimento. Por sua vez, um bebê prematuro não vivencia nada de vital até alcançar a época em que deveria nascer, isto é, algumas semanas após o parto. (WINNICOTT, [1945] 2021b, p. 286).

É possível notar que, não obstante o fato “[...] de a ciência médica ter chegado a grandes avanços fisiológicos, genéticos e neurológicos, a psicanálise não lida com a fisicalidade dos corpos sem nenhuma relação com a representação desta no inconsciente” (SILVA, 2016, p. 49). Um importante resultado desta pesquisa aponta para o fato de Winnicott pensar a vida intrauterina e pós-natal a partir de uma teoria do amadurecimento que considera o manejo

emocional ambiental e não apenas do ponto de vista dos processos anátomo-fisiológicos envolvidos.

Podem perceber que existe, incidentalmente, um corolário a isto. Eu estava **me afastando da necessidade de uma interpretação verbal** em sua forma mais plena: Eu passei pelo longo processo de interpretar tudo o que tinha possibilidade de ver que pudesse ser interpretado, entendem, sentindo-me horrível se não podia encontrar nada e pulando em cima de algo porque descobrira que podia colocá-lo em palavras. Passei por tudo isso e me dei conta de que, em certos casos, não adiantava nada, juntamente com outras pessoas que conheço que fizeram a mesma coisa. [...] Desde que me dei conta disto, tive de lidar com um bocado de fases silenciosas na análise, que duraram longo tempo, e é muito difícil saber quando isso é tempo perdido e quando é extremamente produtivo, mas tudo isto é agora algo que adoro estudar. (WINNICOTT, [1967] 1994b, p. 443, grifos nossos).

Winnicott se propõe a uma compreensão da vida intrauterina e pós-natal, bem como da maternagem e dos problemas emocionais envolvidos nas primeiras experiências do bebê com sua mãe, mas também a uma reformulação do trabalho clínico e da estratégia terapêutica em torno da ideia de uma sustentação dos processos de amadurecimento em vias de acontecer. Ao tratar de pacientes profundamente regredidos em função de patologias no campo da psicose e de distúrbios psicossomáticos, Winnicott ([1949] 2021a) percebeu que muitos revivem memórias primitivas do parto, com traços persecutórios provocados por reações à intrusão. Através de sua experiência com a clínica pediátrica e psicanalítica, notou que “nem mesmo o processo do nascimento é esquecido pelo bebê e que, de seu ponto de vista, pode haver um parto normal ou anormal” (WINNICOTT, [1957] 2020b, p. 86). Em função disso, escreveu textos dirigidos a obstetras e profissionais envolvidos com o processo de gestação e parto, destacando a importância de preparar e acolher emocionalmente a mãe, de modo a despertar nela uma confiança para o processo. Em **A mente e sua relação com o psicossoma** (WINNICOTT, [1949] 2021d) podemos encontrar uma importante amostra deste mesmo raciocínio:

Em geral, durante o nascimento ocorre uma situação perfeitamente apta a ser vivida como uma perturbação excessiva à continuidade, em decorrência das reações à intrusão, e a atividade mental que estou descrevendo **nesse momento diz respeito à memorização exata durante o processo do nascimento**. Em meu trabalho psicanalítico, estou em contato vez por outra com regressões inteiramente controladas que ainda assim retrocedem no tempo até a vida pré-natal. Pacientes regredidos de maneira ordenada repassam seu processo do nascimento inúmeras vezes, e foi surpreendente para mim encontrar provas convincentes de que **durante o processo de nascimento o bebê não apenas memoriza cada uma das reações que perturbam a continuidade de seu ser, mas aparentemente as memoriza**

também na ordem correta. (WINNICOTT, [1949] 2021d, p. 415-416, grifos nossos).

A posição singular deste clínico em relação aos “primórdios da pessoa” (WINNICOTT, [1968] 2020c), nos encaminha para o entendimento de que algo em nós já é antes de nascer, mas só se organiza nascendo. “Mundo dos sentidos que volta ao mundo do corpo e da vida de cada um, a psicanálise parece engendrar-se mesmo neste território misto de corpo e sentido” (AB’SÁBER, 2006, p. 10). A emergência da prontidão para nascer e do desabrochar da capacidade afetiva se constitui, desde já, como uma experiência (NAFFAH NETO, 2005, 2007; COELHO, 2013). E a forma como o nascer se dá pode marcar profundamente a capacidade da pessoa para amadurecer.

Winnicott ([1948] 2021c) cita como exemplo um paciente que carregava consigo uma dor no peito muito premente e que, nas sessões, reviveu traços mnêmicos de longo adiamento e significativa asfixia no parto. O trauma do nascimento traz consigo uma força de ruptura tão forte que pode fazer com que neonato tenha que enfrentar condições desfavoráveis de amadurecimento por carregar sensações provocadas pelas intrusões em seu nascer. Com esta pesquisa, notamos que Winnicott é um psicanalista que confere destaque à experiência de gestação e de nascimento e, conseqüentemente, para a força dos traços de memória primitiva que se assentam tanto na experiência normal do parto – aquela que ocorre no tempo do bebê, sem violências à parturiente e sem intrusões ambientais – quanto nas situações traumáticas.

Se tudo ocorre bem, nenhum sentimento excessivo de desamparo, ansiedade e intrusão se interpõe. Em contrapartida, diz Winnicott ([1948] 2021c), um mau manejo do nascimento pode deixar marcas permanentes como uma ansiedade persecutória acentuada, ou seja, um alto padrão de expectativa de perseguição, padrões de hipocondria e de distúrbios psicossomáticos, especialmente ligados a fortes dores de cabeça e problemas respiratórios (COELHO, 2013).

Apesar de destacar que sua análise não é exclusivamente baseada no tratamento do trauma do nascimento, Winnicott nos mostra que em sua prática psicanalítica não é incomum uma profunda regressão que provoca um reviver do nascimento a qual, se bem manejada, permite ao paciente ter uma **restauração do nascer**, agora com o suporte terapêutico, integrando-se, desta vez, enquanto **experiência**. Para o pediatra e psicanalista inglês, seja normal ou traumático, o nascimento sempre deixa seus “traços mnemônicos” no corpo e na existência.

Winnicott afirma que o funcionamento mental chamado de memorização ou catalogação pode se revelar uma sobrecarga para o psicossoma, isto é, para a constituição do

eu. Dentro de uma análise controlada e assistida, o indivíduo poderia acessar essa memória do nascimento. Mas esse tipo de funcionamento pode agir como um corpo estranho, que pode ser impossível de compreender ou prever. Razão pela qual Winnicott afirma que, quando as experiências do nascimento aparecem em uma sessão analítica, tudo indica que o paciente pode estar atravessando um estado de extrema infantilização. Winnicott explica: “[o] funcionamento mental que estou descrevendo aqui, o qual poderia ser chamado de memorização ou catalogação, pode ser extremamente ativo e acurado à época do nascimento do bebê [...]” (WINNICOTT, [1949] 2021d, p. 416).

As memórias de nascimento a que Winnicott se refere foram feitas a partir de sessões de análises com seus pacientes regredidos, os quais conseguiam rememorar suas lembranças da vida pré-natal. A partir de sessões destes casos peculiares, ele nota que as experiências do nascimento são reais e que deixam traços na memória, podendo ser traumáticas ou não. Trata-se aqui da atividade mental descrita pelo pediatra inglês como uma situação que pode ser vivida como uma perturbação excessiva na continuidade do ser, como reação potencial às intrusões, desencadeando um processo de memorização do nascimento (*ibid.*). Coelho (2013) afirma que, desde o primeiro momento, o feto sente o ambiente uterino acolhedor ou intrusivo, como conjunto ambiente-indivíduo:

[...] o feto é sensível a alterações da quantidade do líquido, especialmente no final da gestação e início do processo de parto, e talvez seja também mais precocemente, quanto aos estados de movimento e quietude possibilitados pelo meio líquido no sentido de sua continuidade de ser. O diagrama circular de Winnicott circunscreve o sentido da experiência corporal do bebê no corpo da mãe, a adaptação de cuidado e amor provenientes de todas as direções do conjunto ambiente-indivíduo sem que houvesse a necessidade de conhecer imagens ultrassonográficas ou os dados desse estudo. (COELHO, 2013, p.119).

Quando o feto descobre o ambiente, e os movimentos passam a se repetir, ele cria um padrão de relacionamento (isto é, uma memória infrapessoal e não-representacional). Dessa maneira, ele começa a acumular experiências corporais uterinas, podendo se sentir acolhido pelo líquido amniótico. É claro que, dependendo da idade gestacional, a intensidade pode variar, mas todas as experiências que acontecem dentro do útero podem ser sentidas pelo feto. Coelho nos explica:

A integração psicossomática é uma tendência inata do soma e da psique, que pode se realizar de forma mais ou menos integrada. No início, antes do nascimento, a tendência inata se manifesta como uma psique constituída por um estar-aí pessoal, que significa a capacidade de ter experiências de continuidade de ser, independentemente do soma, ou seja, mesmo diante da incompletude somática característica do desenvolvimento embrionário. Em

termos psicológicos, é possível falar em experiências de memórias que possibilitam a continuidade de ser decorrente de momentos de espontaneidade e reatividade. Mesmo que independentemente da psique soma integrada, essa memória, é no início, corpórea. (COELHO, 2013, p.173).

Nesse sentido é que deve ser compreendida a distinção proposta por Winnicott entre uma experiência normal (saudável) do nascimento e a situação traumática, isto é, perpassada por cisões, interrupções, rupturas na continuidade do ser, ocasionando privações. Estas cisões resultam, para Winnicott, do “não acontecimento de cuidados ambientais que, por serem integradores, deveriam ter acontecido” (RIBEIRO, 2019, p. 242). A consequência básica desta condição é que as marcas da cisão não se instalam sob efeito da repressão de representações (como na formulação freudiana) mas, ao contrário, se expressarão diretamente como sofrimento no corpo, mais precisamente no que Winnicott compreende como memórias corporais.

Passemos à exploração da relação entre nascimento humano e trauma, visando a compreensão de uma memória primitiva capaz de nos habitar e nos adoecer. Tal exploração se executa a partir do exame de textos do pediatra e psicanalista inglês Donald Woods Winnicott e de interlocutores da sua investigação teórico-clínica. Através de sua experiência com a clínica pediátrica e psicanalítica, Winnicott percebeu que “o processo de nascimento não passa despercebido pelo bebê, e que, do seu ponto de vista, pode haver um parto normal ou anormal” (WINNICOTT, [1957] 2020b, p. 86). Em função disso, escreveu textos dirigidos a obstetras e profissionais envolvidos com o processo de gestação e parto, destacando a importância de preparar e acolher emocionalmente a mãe, de modo a despertar nela uma confiança para o processo. Winnicott chamou a atenção para o fato de que experiências do nascimento sem intercorrências podem ser tão suaves que não se tornam significativas a ponto de serem resgatadas como memória na clínica infantil e adulta, entretanto, “[...] as experiências do nascimento que fogem ao normal além e acima de um certo limite tornam-se traumas do nascimento, e são imensamente significativas” (WINNICOTT, [1949] 2021a, p. 336).

Em **Memórias do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade** é um texto seminal em que Winnicott ([1949] 2021a) analisa exemplos clínicos que remetem a fantasias e memórias primitivas da experiência do nascimento. Neste texto de 1949, o pediatra inglês comenta sobre a maneira como o nascimento é pensando a partir da obstetrícia e advoga por um olhar psicanalítico atrelado ao processo. Em função disso, apresenta breves considerações

sobre a maneira como Freud e Otto Rank⁵¹ pensam a experiência e o potencial traumático do nascimento.

Por não conceder às pulsões e à metapsicologia uma força central em sua teoria, o caminho propriamente winnicottiano para abordar esta questão considera o suporte ambiental dado à mãe, a gestação e as intrusões que podem ocorrer no parto – tanto com ela quanto com o neonato –, bem como as condições necessárias para um amadurecimento emocional do bebê. Explorando novos horizontes conceituais para além do vocabulário freudiano, Winnicott aborda os traços mnêmicos relacionados ao parto considerando as condições de cuidado ambiental na gestação e a possibilidade de uma intrusão gerar obstáculos no amadurecimento emocional do bebê.

Como afirma Dias (2017, p. 105), “segundo a concepção winnicottiana, o bebê já é um ser humano desde a vida intrauterina, e isto se define pela sua capacidade inata de fazer experiências”. O que significa dizer que memórias primitivas podem marcar tanto o feto quanto o neonato. Essa capacidade de ter experiência só se desenvolve e se concretiza de forma saudável se, no decorrer dos estágios iniciais da vida do bebê, um ambiente facilitador lhe destinar cuidados suficientemente bons.

Um outro resultado alcançado, ainda que parcialmente, por esta pesquisa consiste em apontar que o acesso a essa memória primitiva do nascimento não se dá mediante associação livre ou cura pela fala, recursos típicos da clínica freudiana. Por entender que esta memória ocorre em um momento muito primitivo do acontecer humano, Winnicott a compreende como algo que se instala no corpo, como algo que retorna não mediante uma recordação representacional e discursiva, mas a partir de uma regressão à dependência na clínica, a partir de um reviver (WINNICOTT, 2000; SILVA, 2016; COELHO, 2013). Em casos em que o nascimento ocorreu sem intercorrência, há uma memória inconsciente de uma experiência normal do nascimento e isso se reflete na capacidade para a saúde emocional na vida infantil e adulta. Quando o nascimento é traumático, uma memória primitiva instala marcas no corpo como padecimentos psicossomáticos e uma organização defensiva rígida, com traços de persecutórios, se ergue.

Até aqui, pudemos colocar em perspectiva algumas inflexões conceituais de Freud e Winnicott acerca da relação entre inconsciente e memória, apontando direções de investigação a percorrer. O assunto é complexo e está longe de ter sido esgotado neste movimento de

⁵¹ Em 1924, Otto Rank publicou **O trauma do nascimento e seu significado para a psicanálise** (RANK, [1924] 2016), trabalho ao qual Winnicott se refere em seu artigo sobre o nascimento (WINNICOTT, [1949] 2021a).

explicação conceitual. Ainda que panoramicamente, no escopo de uma pesquisa de mestrado, visamos realçar a diferença entre as concepções de memória decorrentes do pensamento teórico e clínico de Freud e Winnicott para, no trânsito entre suas ideias, ampliar a compreensão a respeito dos modos de pensar a memória para além do constructo psicológico, do fenômeno sociológico e do dado biológico. Na trama entre estes componentes da realidade que nos constituem como humanos, psiquismo, linguagem, sociedade e experiência corporal forjam aquilo que a psicanálise tornou pensável desde que se ocupou da memória como problema.

Em que consistiria a memória vivida do ponto de vista daquilo que cada um de nós precisou (ou não pôde evitar) ter sido para continuar existindo, isto é, objeto de cuidados e falhas ambientais? Que consequências colhemos de um estudo da memória diretamente inscrita no corpo desde o nascimento? Que relações tecer entre memória, experiência, sofrimento psíquico, cuidado e saúde? Como nos lembramos ou nos esquecemos? Como acessamos ou perdemos acesso? Como adoecemos e nos curamos do que nos fez padecer? Pesquisar memória e psicanálise é uma tentativa de assumir estas e outras perguntas como bússolas de um trabalho delicado e interminável – sobre nós mesmos, não apenas no plano da experiência individual do nascimento, mas sobretudo na dimensão coletiva da saúde pensada enquanto experiência pública. É em torno destas e de algumas outras questões que o próximo capítulo se desenvolve.

4 CONTRIBUIÇÕES À HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO NO BRASIL: ENTRE A CLÍNICA WINNICOTTIANA E A SAÚDE PÚBLICA

4.1 A concepção winnicottiana de saúde

Nessa linguagem, saúde significa tanto saúde do indivíduo como da sociedade e a maturidade completa do indivíduo não é possível no contexto social imaturo ou doente.

Donald Winnicott, **Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo**

Para a psicanálise, a noção de sofrimento constitui um dos fundamentos simultaneamente teóricos e clínicos do seu modo de pensar o problema da saúde. Como nos ensinam Luís Claudio Figueiredo e Nelson Ernesto Coelho Junior (2018), no precioso estudo **Adoecimentos psíquicos e estratégias de cura: matrizes e modelos em psicanálise**, “adoecimentos psíquicos podem ser universalmente pensados como interrupções nos ‘processos de saúde’” (FIGUEIREDO; COELHO JUNIOR, 2018, p. 9). Ora, esta noção parece fundadora de uma compreensão em tudo nova da relação saúde-doença, pois

[...] ao falar em ‘processos de saúde’, estamos nos referindo ao exercício livre e eficaz dos trabalhos psíquicos inconscientes e conscientes; estaremos distantes, portanto, de uma visão normativa da saúde. Quando tais processos são interrompidos, deparamos com alguma forma de adoecimento”. (*ibid.*, p. 9).

Partimos do sentido de saúde em psicanálise para ressaltar que, antes de mais nada, a teoria psicanalítica é indissociável de uma clínica que a inspira e para qual ela pluralmente retorna. No estudo mencionado acima, Figueiredo e Coelho Júnior (2018) situam precisamente o modo como esta pluralidade se distribui no campo psicanalítico, isto é, na forma de matrizes e modelos que adotam concepções de adoecimento psíquico, estratégias de intervenção e modelos de cura respectivamente correspondentes. Assim, os autores definem duas grandes matrizes de pensamento psicanalítico, a saber: a matriz freudo-kleiniana⁵² e a matriz ferencziana (Figueiredo e Coelho Junior, 2018). Tratemos inicialmente da primeira.

Grosso modo, a matriz freudo-kleiniana é caracterizada por centrar seus esforços na abordagem dos adoecimentos psíquicos como experiências de **angústia e nas formas ativas de defesa** empregadas pelo psiquismo contra estas angústias. Neste sentido, torna-se “imprescindível analisar os processos de formação das angústias [...] bem como os mecanismos

⁵² Por uma questão de escopo, não abordaremos aqui as contribuições kleinianas para a formulação desta matriz.

de defesa contra ela acionados, mostrando como os adoecimentos decorrem, paradoxalmente, não das falhas das defesas, mas, ao contrário, do seu ‘sucesso’” (*ibid.* p. 13). Em termos do trabalho analítico e terapêutico a ser empreendido diante desta condição, Figueiredo e Coelho Junior esclarecem que “o trabalho clínico há de se haver fundamentalmente com o monitoramento de angústias e defesas, vale dizer, com o enfrentamento das resistências” (*ibid.* p.13). A partir desta breve definição, depreende-se por quais razões a matriz freudo-kleiniana corresponde hegemonicamente ao caminho mais corrente da clínica psicanalítica das neuroses ao longo do século XX, baseada fortemente nos processos de simbolização situados emblematicamente a partir do princípio prático da cura pela fala (*talking cure*).

Indubitável herdeira da matriz ferencziana, nos termos em que esta matriz é formulada por Figueiredo e Coelho Junior (2018), a psicanálise winnicottiana convoca, por sua vez, a pensar a importância do que muito primordialmente nos atinge como signo das nossas formas de adoecimento psíquico. Entretanto, o que caracteriza essa matriz em psicanálise?

O que é fundamental nesse novo contexto é o reconhecimento dos ‘traumatismos precoces’, experiências de ruptura que produzem a ultrapassagem e uma verdadeira aniquilação das capacidades de defesa e resistência. As angústias não chegam a se formar, são liminarmente evitadas por uma verdadeira extinção de áreas do psiquismo que morrem, ou melhor, deixam-se morrer. Trata-se de uma situação inteiramente nova em relação ao que fora considerado por Freud [...]. (FIGUEIREDO; COELHO JUNIOR, 2018, p. 15).

Os autores avaliam que esta matriz ocupa na história da psicanálise uma discreta posição de complementaridade em relação à freudo-kleiniana, mas que isso não deve nos fazer presumir que ela seja menos decisiva para a teoria e a clínica contemporâneas – bem ao contrário, aliás. Prova maior disso é a “nítida inspiração ferencziana” presente no projeto clínico e no pensamento de psicanalistas contemporâneos como Winnicott⁵³. Uma evidência interessante neste sentido, é que, na matriz ferencziana, “no lugar de angústias, caberá falar em agonia, um termo sugerido por Winnicott em um texto tardio, mas que nos parece adequar-se a uma vivência do que antecede e antecipa a experiência da morte no moribundo prestes a render-se à não existência” (FIGUEIREDO; COELHO JUNIOR, 2018).

⁵³ Ao lado das trajetórias de pesquisa já consagradas de Zeljko Loparic (1999, 2001, 2011, 2013, apenas a título de exemplo) e Elsa Oliveira Dias (2002, 2017) em torno do pensamento e da prática clínica de Winnicott, caberia destacar a crescente bibliografia em psicanálise contemporânea celebrando a interlocução entre Sándor Ferenczi e Donald Winnicott, da qual destacam-se, pelo menos no Brasil, os trabalhos de Luiza Moura (2022), Antônio Gonçalves Ferreira Junior (2020) e Leopoldo Fulgencio (2022a, 2022b).

Por que a sugestão winnicottiana é tão decisiva para esta matriz? Os autores nos explicam que, se as angústias se associam à dimensão vital das agitações pulsionais, da sensorialidade e dos sofrimentos implicados na neurose, a agonia consiste em seu avesso, isto é, num fenômeno de morte, que a antecipa ou torna a vida uma experiência de suspensão (*ibid.*). Por fim, em que termos se colocaria, então, uma estratégia de intervenção e modelo de cura para esta matriz?

Diante desta interrogação, os autores nos convocam a pensar que aí não se trata mais de moderar angústias, na medida em que elas estão ausentes. “Muito menos caberá algum enfrentamento das defesas e das resistências [...]. Temos, assim, que considerar uma estratégia de vitalização ou reanimação psíquica e uma estratégia de testemunha (do terceiro)” (*ibid.*, p. 18) que possibilite a revivência, no presente, daquilo que foi interrompido antes mesmo da esperada simbolização num eu integrado, aquele com o qual trabalhava Freud. Uma pessoa inteira, capaz de sentir-se vivendo em primeira pessoa, que não duvida de sua realidade e da dos outros e que sabe definir a diferença entre Eu e Não-eu, não é pressuposta por Winnicott, uma vez que tais capacidades decorrem do amadurecimento emocional que implica em provisão ambiental suficientemente boa. Decorre daí toda uma teoria e uma clínica psicanalíticas atentas às conquistas emocionais, dentre elas a experiência psicossomática, de estar alojado no corpo, de ser inteiro e poder compartilhar a realidade com os outros (DIAS, 2017). Na perspectiva winnicottiana, as formas de adoecimento passam a ser vistas como consequências ocasionadas por falhas nos cuidados primitivos e rupturas desintegradoras.

Entretanto, é antes de tudo pela sua tomada de posição em relação à saúde que Winnicott mais contrasta com a psicanálise e a medicina do seu tempo, marcando uma diferença que pode mesmo ser vista como de consequências paradigmáticas, como defendem Philips (2006) e Loparic (1999, 2001). Sua valorização de uma definição positiva da saúde marca época na história da clínica e pode mesmo indicar a força cultural da sua obra no contexto da redefinição do conceito de saúde na contemporaneidade. O próprio Winnicott é preciso ao dizê-lo em **O brincar e a realidade**:

Partindo das doenças psiconeuróticas e de defesas do ego relacionadas à ansiedade oriunda da vida instintiva, costumamos avaliar a saúde de acordo com o estado das defesas do ego. Dizemos que ele é saudável quando essas defesas não são rígidas, e assim por diante. Mas raramente chegamos ao ponto em que podemos começar a descrever a vida para além da doença, ou em sua ausência. Em outras palavras, ainda precisamos encarar a questão sobre *o que é a própria vida*. (WINNICOTT, [1971] 2019, p. 159).

Entre profissionais e estudiosos do campo da saúde, é amplamente conhecida e propalada a definição geral de saúde fornecida pela **Declaração de Alma-Ata sobre Cuidados Primários**, fruto da **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**, realizada pela Organização Mundial de Saúde no Cazaquistão (então URSS) entre 6 e 12 de setembro de 1978. Este documento é reconhecido mundialmente como a primeira declaração internacional a defender a importância da atenção primária em saúde, desde então preconizada pela OMS como elemento crucial para uma promoção de saúde de caráter universal. É em seu primeiro artigo que aparece textualmente a definição de saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” (BRASIL, 2002, *online*).

Apesar de bastante impregnada no discurso profissional e científico da nossa época, esta definição traz consigo a marca sintomática da história da medicina e, conseqüentemente, da própria psicanálise, em torno da **centralidade da doença** no pensamento clínico, o que configurava um dos principais obstáculos não apenas conceituais, mas pragmáticos, para além da clínica individual, no desenvolvimento de políticas públicas direcionadas à promoção de saúde. Como um dos principais impulsionadores deste debate, muito antes da realização da Conferência de Alma-Ata, é Winnicott quem coloca o problema nos termos de uma famosa frase: “A saúde é bem mais difícil de administrar que a doença” (WINNICOTT, [1957] 2023c, p. 187). A este respeito, Dias (2002, p. 145) nos fornece uma consideração precisa:

A concepção de saúde como ausência de doença, e, no caso, como ausência de sintoma neurótico, desconsidera que o estado saudável deve ter uma qualidade própria, que não pode ser descrita apenas negativamente, e que há uma “saúde” que é sintomática, construída defensivamente, estando carregada de medo das várias loucuras que atravessam a vida de qualquer pessoa.

Isto significa, em primeira mão, que Winnicott promove uma verdadeira virada epistemológica e metodológica em sua reflexão teórico-clínica, na medida em que parte de um giro inverso ao costumeiro no campo clínico: *grosso modo*, em vez de partir das preocupações psicopatológicas que constroem uma noção geral de saúde como aquilo que resta de nós quando não somos acometidos por doenças físicas ou psíquicas – isto é, de um acoplamento que equivale normalidade e saúde –, Winnicott enriquece e alarga a noção de normalidade para integrar ao seu sentido duas dimensões antes negligenciadas, isto é: os processos de amadurecimento como indicativos mais precisos da saúde (através das conquistas do desenvolvimento emocional e físico) do que a ausência de sintomas psiconeuróticos e mesmo psicóticos; a entrada em cena de um conceito ativo de ambiente facilitador como operador

conceitual e prático da premissa do cuidado ambiental como fator clínico da possibilidade da continuidade do ser, isto é, da *existência* como condição de possibilidade para uma experiência real da saúde. Isso está em inteira consonância com outros grandes pensadores da saúde, a exemplo de Georges Canguilhem (2012, p. 183):

Ora, viver, já para o animal e, com mais razão ainda para o homem, não é somente vegetar e se conservar, é enfrentar riscos e triunfar sobre eles. A saúde é, precisa e principalmente, no homem, uma certa latitude, um certo jogo das normas de vida e do comportamento. O que a caracteriza é a capacidade de tolerar variações das normas para as quais apenas a estabilidade das situações e meio, aparentemente garantida e, de fato, sempre necessariamente precária, confere um valor enganador de normal definitivo. O homem só é verdadeiramente *são* quando é capaz de muitas normas, quando ele é mais do que normal. A medida da saúde é uma certa capacidade de superar crises orgânicas para instaurar uma nova ordem fisiológica diferente da antiga. Sem intenção de brincadeiras, a saúde é o luxo de poder cair doente e de se levantar. Toda doença é, ao contrário, a redução do poder de superar outras.

Uma terceira e importante consequência da concepção winnicottiana de saúde é a emergência da criatividade como critério de avaliação clínica:

A sua formulação do conceito de saúde pode ser considerada inovadora, uma vez que coloca em cena a dimensão da saúde como estando *associada à dimensão do amadurecimento*. Com isso, queremos dizer que, não sem razão, Winnicott formula sua compreensão do estado de saúde, tendo, por princípio, a *capacidade espontânea de uma condição natural para a sua restauração*. Somente uma teoria que assume a *criatividade como primária* – no sentido de uma condição de existir – pode interpretar a doença como decorrente de uma submissão à vida. Nesse sentido, o estado de ser saudável tem relação direta com a *capacidade do indivíduo de viver criativamente*. Por conseguinte, a noção de adoecimento passaria a ser norteadada pela perda da criatividade na vida ou pela sua inibição. (FRANCA; PASSOS; ROCHA, 2014, p. 102).

Ao entrelaçar as noções de saúde, processos de amadurecimento, ambiente facilitador e criatividade, Winnicott nos oferece um horizonte surpreendente de questões até então impensadas ou negligenciadas pelas ciências da saúde e pela clínica psicanalítica. A principal delas consiste na interrogação acerca das complexas relações entre saúde, normalidade e experiência do nascimento. Ao propor como necessária a reflexão sobre o ambiente obstétrico, as condições emocionais envolvidas na gestação e no parto e a relação entre nascimento e memória, a psicanálise de Winnicott aponta para questões não foram pensadas ou examinadas por Freud, provocando ressonâncias nas políticas de saúde pública brasileiras, especialmente no que concerne ao parto e ao nascimento. Além de alargar o campo dos fenômenos humanos

analisados, Winnicott aponta para uma necessidade de diálogo com o campo dos cuidados em saúde da mulher e do bebê.

A partir do triste e insistente cenário de práticas de violência obstétrica no Brasil, fortalecemos a constatação (em nada solitária ou original, mas lamentavelmente persistente) de que os avanços da medicina e dos recursos tecnológicos no exame e no manejo da vida fetal, do parto e dos primeiros momentos do neonato, não recobrem uma falha de consequências epidemiológicas relativa ao exame dos cuidados referentes aos aspectos emocionais envolvidos nestes processos. O que nos permite reiterar o quão frutífero pode ser o diálogo da psicanálise winnicottiana com a obstetrícia, a enfermagem obstétrica e a psicologia perinatal, dentre muitas outras práticas de cuidado, na construção de uma cultura da experiência saudável – na acepção que Winnicott empregava esta palavra – de nascimento.

4.2 Winnicott e a humanização do parto e nascimento

O inconsciente pode ser um estorvo para quem gosta de tudo simples e organizado, mas sem dúvida deve ser levado em consideração por todos os que estão engajados em planejar e pensar.

Donald Winnicott, **Alguns aspectos psicológicos da delinquência juvenil**

Ao iniciar esta sessão do terceiro capítulo, abro a pasta dos arquivos da pesquisa no meu computador e cliço no **Caderno HumanizaSUS, volume 4** (BRASIL, 2014) para retomar sua leitura. Por curiosidade, aciono o comando de pesquisa e digito “Winnicott”. O leitor de arquivos acusa uma única ocorrência do termo, numa citação do livro **Natureza Humana** (WINNICOTT, [1988] 1990a) em que, de passagem, as autoras (FIGUEIREDO; LANSKY, 2014) encontram um ponto de conexão entre o pensamento do psicanalista e a organização dos Fóruns Perinatais. O texto define estes fóruns da seguinte maneira:

Trata-se de dispositivo potente de envolvimento, de mobilização e de compromisso dos trabalhadores, gestores e sociedade civil no apoio à implementação das práticas adequadas de atenção no parto e no nascimento, atendendo aos direitos em saúde de mulheres e de crianças. É estratégia de enfrentamento do paradoxo perinatal brasileiro, em que persistem elevados índices de morbimortalidade materna e infantil, **apesar** da intensa medicalização do nascimento. (FIGUEIREDO; LANSKY, 2014, p. 77, grifo nosso).

Sob o impacto da menção aos “elevados índices de morbimortalidade materna e infantil apesar da medicalização do nascimento”, repito o expediente de “pesquisa por termo” no **Caderno** eletrônico, desta vez buscando pela palavra “violência”: o documento, dedicado integralmente a subsidiar políticas públicas de humanização do parto e nascimento no Brasil, reporta 139 ocorrências, frequentemente adjetivadas por complementos: “institucional”, “de gênero”, “obstétrica”, “sexual”, “doméstica”, “por negligência” etc.. Para o termo “morte” o mesmo caderno encontra 59 resultados. O que isso nos diz sobre a importância deste debate? Longe de ser um joguete aleatório, meu movimento intuitivo diante do mecanismo de busca demonstra que mesmo a curiosidade estatística mais elementar revela a proporção do desastre quando o assunto é o reconhecimento da importância social, econômica, clínica e política dos cuidados perinatais em nosso país. “A contrapartida a essa violência institucionalizada seria uma atenção humanizada e respeitosa. Essa violência institucional e a crítica ao modelo de atenção tecnocrático ensejaram que se constituísse um movimento social pela humanização do P&N [Parto e Nascimento]” (RATTNER et. al., 2014, p. 109).

Já examinamos a maneira como a memória do nascimento se expressa em traços mnemônicos de desamparo, deflagrados em função de privações e de um *timing* intrusivo no momento do parto (WINNICOTT, [1949] 2021a), o que também lança novas luzes sobre o problema da memória a partir da psicanálise. A partir daqui, indicaremos algumas ressonâncias do pensamento e da clínica de Donald Winnicott na política pública de humanização do parto no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil. Entendemos que esta articulação revela uma importância ímpar para os estudos interdisciplinares ligados ao campo da subjetividade e do nascimento. Além disso, se mostra frutífera para se pensar o momento atual em que ainda se encontra alto índice de violência obstétrica e de distintas formas de sofrimento maternos disparados por práticas hospitalares pouco humanizadas, o que impele, por si mesmo, a nossa atenção à emergência ético-política da resignificação e valorização da experiência do nascimento no cenário brasileiro.

Winnicott defendia que o parto deveria ser um momento de encontro e acolhimento entre a mãe e o recém-nascido, respeitando as necessidades e os desejos de ambos. A Política de Humanização do parto no SUS, implementada a partir dos anos 2000, busca promover uma assistência ao parto baseada em evidências científicas, na valorização do protagonismo da mulher e na garantia dos seus direitos reprodutivos (BRASIL, 2014, 2017b). Entre as bases dessa política, destacam-se a presença de um acompanhante de livre escolha da mulher, o uso adequado de intervenções obstétricas, o estímulo ao parto normal e ao aleitamento materno, e o respeito à diversidade cultural e étnica das gestantes (*ibid.*). Aqui, pretendemos demonstrar

brevemente como essas diretrizes dialogam com as concepções de Winnicott sobre o parto humanizado e a importância da continuidade da experiência materna para a saúde mental da mãe e do bebê.

Com o intuito de oferecer, através da nossa pesquisa, uma contribuição mais específica à saúde pública, lançamos mão de três das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), disponíveis no **Cadernos Humaniza SUS volume 4 – Humanização do parto e do nascimento**, organizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), com o intuito de relacioná-las às formulações teórico-clínicas de Winnicott a respeito da singularidade da situação de parto e nascimento, da valorização dos cuidados ambientais e da proposição de uma nova postura profissional, incidindo na reformulação das práticas da obstetrícia, da enfermagem obstétrica, da psicologia perinatal e da própria psicanálise. Antes disso, porém, tenhamos em mente um dado importante sobre o nascimento no Brasil (2017b):

A cada ano acontecem no Brasil cerca de 3 milhões de nascimentos, envolvendo quase 6 milhões de pessoas, ou seja, as parturientes e os seus filhos ou filhas, com cerca de 98% deles acontecendo em estabelecimentos hospitalares, sejam públicos ou privados. Isso significa que, a cada ano, o nascimento influencia parcela significativa da população brasileira, considerando as famílias e o seu meio social.

Os números acima, extraídos da cartilha **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida** (BRASIL, 2017b), versão de divulgação resumida para o Anexo à Portaria nº 353, de 14 de fevereiro de 2017 (BRASIL, 2017a) ajudam a compreender algo que sempre é reiterado por Winnicott em seus textos, especialmente naqueles dedicados ao público geral: o nascimento é um acontecimento coletivo e envolve a nossa responsabilidade ética com a saúde da mãe e do bebê, implicando a família, mas também profissionais de saúde, gestores e governantes. Se assumida em larga escala, a atenção à saúde perinatal teria consequências societárias decisivas para a dimensão pública e coletiva da própria experiência social da saúde.

Como vimos, Winnicott se dedicou extensamente ao estudo do desenvolvimento emocional infantil e da relação mãe-bebê. Ele defendia que o parto deveria ser um momento de encontro e acolhimento entre a mãe e o recém-nascido, respeitando as necessidades e os desejos de ambos. E para tanto, sempre fez questão de apontar para o papel estratégico dos profissionais de saúde na provisão dos cuidados ambientais necessários à promoção de efeitos que se expressam em palavras correntes em seu vocabulário e no das políticas de humanização: tranquilidade, previsibilidade, segurança, espontaneidade, comunicação e autonomia.

A Política Nacional de Humanização (PNH) existe desde 2003 com o objetivo de estabelecer o diálogo como forma efetiva de comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários. É uma política transversal, que busca transformar as relações de trabalho para que os trabalhadores do serviço tenham autonomia em seu fazer, no cuidado de si e no cuidado com o outro, colocando em prática os princípios do SUS em seu cotidiano. “A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras” (BRASIL, 2013, n.p.).

Pensando a ideia da política de humanização, o recorte que nos interessa aqui é o combate ativo às atitudes desumanizadoras, que acabam por distanciar usuários, trabalhadores e gestores, arruinando a possibilidade de diálogo interdisciplinar. A política de humanização visa proporcionar mudanças na forma de gerir e cuidar, estimulando a construção de saberes e práticas que desenvolvam, “de forma compartilhada, planos de ação para promover e disseminar inovações nos modos de fazer saúde” (BRASIL, 2013, n.p.), fortalecendo os vínculos entre os núcleos de trabalhadores.

Mas como essa política funciona no dia-a-dia das instituições? Cotidianamente, a proposta é que as decisões sejam coletivizadas, evitando a centralização em modos de encaminhamento individualizantes, de modo a promover a cogestão (BRASIL, 2013, 2014). A política de humanização aposta na comunicação facilitadora, em equipes multidisciplinares, no trabalho em conjunto, no fortalecimento do coletivo, no diálogo entre profissionais e na escuta qualificada dos usuários. É a partir destes princípios que se constrói o sentido da humanização:

Humanizar se traduz, então, como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado. Tais mudanças são construídas não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada. Incluir para estimular a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho. (BRASIL, 2013, n.p.).

A ideia é, portanto, estimular a criação de um modo de funcionamento em rede. Podemos usar a palavra “rede” com o sentido de tecer fios que se entrelaçam e conseguem formar uma malha resistente. Dessa forma, podemos pensar em uma rede que é costurada pelos cuidados, sendo tecida de forma consistente, para que o processo aconteça no convívio dos trabalhadores promovendo a autonomia dos coletivos:

Os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um. Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde. (BRASIL, 2013, n.p.).

A Política Nacional de Humanização se baseia em diretrizes que orientam o trabalho das instituições no SUS, quais sejam: **acolhimento e vinculação; gestão participativa e cogestão; ambiência; clínica ampliada e compartilhada; valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários** (BRASIL, 2014). Aqui, consideraremos e relacionaremos ao pensamento de Winnicott três destas diretrizes, a título demonstrativo, a partir do critério de que estes “arranjos de trabalho” (BRASIL, 2013) permitem uma interlocução direta com aspectos da obra e do pensamento de Winnicott, conforme explorado neste trabalho. São elas: **acolhimento e vinculação; ambiência; clínica ampliada e compartilhada.**

4.3 Acolhimento e vinculação: a dimensão relacional do cuidado

A maior parte dos bebês recebe um cuidado suficientemente bom e, sobretudo, recebe esse cuidado de maneira contínua, de uma pessoa específica, até que seja capaz de sentir prazer em conhecer e confiar em outras pessoas, que nutrem o tipo de amor que as torna confiáveis e adaptáveis.

Donald Winnicott, **A dependência nos cuidados com a criança**

Começamos pela definição de cada uma das diretrizes. Segundo um dos documentos disponibilizados pela PNH, a cartilha Política Nacional de Humanização / HumanizaSUS (BRASIL, 2013), que reúne e sintetiza as informações essenciais sobre a política (sendo, desta maneira, uma das principais ferramentas pedagógicas e informativas de acesso para gestores, trabalhadores e usuários dos serviços do SUS), a diretriz do acolhimento é assim definida:

O QUE É? Acolher é **reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde**. O acolhimento deve **comparecer e sustentar a relação** entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é **construído de forma coletiva**, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de **relações de confiança, compromisso e vínculo** entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva. COMO FAZER? Com uma **escuta** qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, é possível garantir o **acesso oportuno** desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a **efetividade** das práticas de saúde. Isso assegura, por exemplo, que todos sejam atendidos com prioridades a partir da avaliação de **vulnerabilidade, gravidade e risco**. (BRASIL, 2013, local. 7-8, grifos nossos).

Detenhamo-nos um instante sobre estas proposições e assim veremos “o quão winnicottianas” elas são. Vejamos: se acolher é reconhecer a legitimidade e singularidade das

necessidades de saúde do outro, estamos inteiramente no terreno daquilo que Winnicott compreende como uma das tarefas fundamentais das práticas de cuidado em suas mais diversas especialidades: favorecer o fortalecimento do senso de realidade compartilhada entre aquele(a) que solicita atenção no plano do cuidado e aqueles(as) que podem fornecê-la (WINNICOTT, [1971] 2019).

Pensando na situação do parto e nascimento, lembremo-nos da recomendação winnicottiana no texto **Pediatria e Psiquiatria**: “[a] mãe faz seu trabalho a esse respeito sendo simplesmente dedicada – quando os médicos e enfermeiras e pessoas prestativas em geral a deixam agir como ela gosta de agir” (WINNICOTT, [1948] 2021c, p. 311). É nisso que consiste a sustentação relacional e vincular proposta pela PNH, assim como aquilo que Winnicott nomeou com esta mesma palavra. Não é mera coincidência, tampouco algo isolado⁵⁴.

E como isso pode ser realizado na prática? Para começar, na forma da escuta integral e o mais aberta possível daquilo que um usuário do serviço de saúde espera dele singularmente, isto é, do modo mais específico e personalizado possível, o que só pode ser atingido através de uma disposição ético-política para o encontro com o outro. Em ressonância total com a prática clínica winnicottiana, esta proposta se mostra igualmente válida em enquadres e circunstâncias distintas do *setting* tradicional e do trabalho analítico de consultório, mas nem por isso separável dos seus fundamentos.

Toda gestante ou puérpera que chegue ao serviço de atendimento deve ser acolhida desde a sua chegada, em seu atendimento e em sua partida. “O acolhimento, como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde, favorece a construção de relação de confiança e compromisso com as equipes e os serviços” (LANSKY; FIGUEIREDO, 2014, p. 159).

Acolhimento também pode ser entendido como forma de cuidado e confiança com o outro –uma das bases da teoria winnicottiana do amadurecimento. Nessa perspectiva, o cuidado em saúde é uma forma de estar presente sem atrapalhar aqueles que dele necessitam. A saúde

⁵⁴ A título de exemplo, podemos encontrar a mesma ressonância conceitual numa outra experiência da saúde pública brasileira, neste caso declaradamente inspirada em Winnicott, a saber, a **Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis - primeiros passos para o desenvolvimento nacional**, um projeto do Ministério da Saúde e do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/Fiocruz), dirigido à primeira infância, analisado no artigo **Parto Humanizado e Memória do Nascimento: uma reflexão sobre a produção de saúde desde os seus primórdios** (PENELLO; LUGARINHO; ROSARIO, 2010). Como bem explicam as pesquisadoras: “Em síntese, Winnicott nos fala de uma memória do nascimento que não significa, necessariamente, uma experiência vivenciada de forma traumática como apregoam alguns autores que escreveram sobre o assunto, porém considera inegável que experiências tão precoces sejam significativas. Esse é um dos motivos para que se promova a idéia de que a qualidade do cuidado na assistência oferecida nesse momento da vida é bastante relevante para que aquele bebê dê os seus “primeiros passos” para o desenvolvimento em condições saudáveis” (PENELLO; LUGARINHO; ROSARIO, 2010, p. 122).

se promove através da disponibilidade interessada e diligente, mas também pela atenção aos perigos iatrogênicos⁵⁵ do intervencionismo profissional, alvo frequente de críticas de Winnicott, mas também de recomendações técnicas preciosas para médicos, enfermeiros, analistas e outros profissionais do campo do cuidado (WINNICOTT, [1948] 2021c, [1964] 2020a, [1970] 2022d, [1988] 1990a), o que demonstra uma importante conexão com a diretriz de acolhimento no sistema de saúde pública brasileiro. De acordo com o caderno **HumanizaSUS vol. 4 – Humanização do parto e do nascimento:**

O Acolhimento é conceito imbricado no grande princípio do SUS de acesso universal, seja acesso às unidades e serviços (garantia do cuidado), acesso à qualidade da assistência que significa *escuta ativa, vínculo, responsabilização, resolutividade e acesso à continuidade do cuidado*. Expressa-se como a construção de uma diretriz política e operacional para responder à necessidade dos usuários de *garantia de acesso* ao cuidado em saúde. Acolhimento traduz-se em uma atitude de inclusão, é postura ética, uma atitude em relação à garantia de acesso aos serviços de saúde, à qualidade e à *integralidade da atenção*. (LANKSY; FIGUEIREDO, 2014, p.159).

Na mesma direção do **acolhimento**, está a noção de **vinculação**. “A vinculação ou apego é a necessidade de estabelecer laços, contato emocional entre o bebê, a mãe, o pai e outras figuras significativas próximas” (*ibid.*, p. 160). Poderíamos entrever a importância dessa orientação já nas primeiras horas no nascimento, onde se faz necessária a vinculação imediata do recém-nascido. Contudo, essa não é única vinculação que precisa de atenção nesse momento, uma vez que aqui está em questão a vinculação social entre o ambiente em que as pessoas estão trabalhando para promover saúde e cuidado e a vinculação que será promovida entre mãe-bebê e entre mãe e enfermeiras:

Acontece por meio da relação interpessoal, onde se cria e se constroem relações afetivas entre os seres humanos e se estabelece a capacidade de relação entre pessoas e de relações sociais. Assim, podemos vislumbrar as diversas dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação mãe-bebê, pois a vivência do processo da gestação e do parto em sua plenitude, ancorada pelo sistema de saúde que ampara e oferece o melhor cuidado e em tempo oportuno, propicia mais forte interação qualificada entre mãe e bebê. (*ibid.*, p. 161).

É da sintonia entre estes arranjos vinculares de cuidados que emergem, como efeito e resultado, as condições facilitadoras da saúde perinatal. Vejamos agora de que modo a PNH

⁵⁵ Iatrogenia é o termo empregado em medicina para se referir à propagação de ideias, atitudes e comportamentos a partir da prática médica, designando erros de conduta que agravam o quadro de saúde dos pacientes no interior do próprio ambiente hospitalar. Por extensão, se refere aos efeitos nocivos das condutas equivocadas em saúde.

pensa uma outra diretriz e categoria pragmática fortemente ressoante na teoria winnicottiana do amadurecimento: a ambiência.

4.4 Ambiência: por uma maternagem coletiva

O ambiente facilitador e seus ajustes progressivos, adaptáveis às necessidades individuais, poderiam ser isolados, para estudo, como uma parte do campo da saúde.

Donald Winnicott, **O conceito de indivíduo saudável**

O processo de vínculo da mãe e do bebê se instaura sob efeito direto da participação mais ou menos adequada da equipe de saúde, isto é, das atitudes e procedimentos de enfermeiras, médicos, técnicos etc. Mas isso também envolve uma dimensão ambiental e muito concreta, pois o bebê e sua mãe precisam ser sustentados por um ambiente que facilite a experiência de tranquilidade necessária ao amadurecimento desta decisiva ligação do bebê com o mundo que ocorre no nascimento (WINNICOTT, [1949] 2021a, [1964] 2020a, [1957] 2020b). Como isso se expressa na diretriz da ambiência?

O QUE É? Criar espaços **saudáveis, acolhedores e confortáveis**, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam **lugares de encontro** entre as pessoas. COMO FAZER? A discussão compartilhada do **projeto arquitetônico, das reformas e do uso dos espaços de acordo com as necessidades de usuários e trabalhadores** de cada serviço é uma orientação que pode melhorar o trabalho em saúde. (BRASIL, 2013, local. 9, grifos nossos).

Criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis. Isso implica pensar ativamente e criativamente os serviços e seus equipamentos (edificações, salas de acolhimento, de trabalho de parto, as maternidades em seu conjunto etc.) de modo a fazê-los corresponder prioritariamente às necessidades da parturiente e, conseqüentemente, do neonato. Entretanto, não se trata apenas do conforto físico e material, mas da viabilização de que estes espaços promovam saúde ao se constituírem como **lugares de encontro entre as pessoas**. Isso não é algo fácil, a tirar pela experiência cotidiana dos hospitais e maternidades no Brasil, como expressa o próprio **Caderno HumanizaSUS, volume 4** (BRASIL, 2014). Reiteremos que o ambiente para Winnicott não se reduz ao entorno físico (importante, mas não suficiente) mas consiste nesta combinação de fatores materiais, sociais, psicológicos e técnicos que inclinam a experiência na direção do **suficientemente bom** ou do **intrusivo** para o bebê e sua mãe

(WINNICOTT, [1963] 2022d, [1962] 2022e). Ao falar da relação de confiabilidade com os profissionais, por exemplo, Winnicott ([1945]2020g, p. 132) diz:

Eu diria que, nesse momento, todas as mulheres precisam de um médico que possam conhecer e em quem possam confiar, um médico que demonstre interesse pessoal nela e no aguardado bebê. A mãe deve confiar tanto em seu médico a ponto de saber que, mesmo quando estiver inconsciente, ele não negligenciará seu caso. Isso também vale para as enfermeiras. Obviamente, o melhor seria que o mesmo médico a acompanhasse durante toda a gestação e que a mesma enfermeira estivesse com você antes e depois do parto, mas as coisas nem sempre acontecem assim.

Como pudemos aprender de muitas maneiras diferentes pensando com Winnicott, um ambiente facilitador envolve a possibilidade de oferecer condições necessárias e saudáveis para o recém-nascido e sua mãe se sentirem seguros e amparados. Dessa forma, o neném pode começar seus primeiros estágios de desenvolvimento emocional. O ambiente que é invasivo demais, que não acolhe o bebê recém-chegado, ocasiona falhas e traumas na constituição do ser. Lembremos do que Winnicott ([1967] 2020h, p. 78) considera a este respeito em **O ambiente saudável na infância**:

Existem coisas muito sutis que a mãe sabe intuitivamente, sem nenhuma apreciação intelectual do que está acontecendo, e ela só pode alcançar esse ponto se for deixada em paz e com plena responsabilidade. Ela sabe, por exemplo, que alimentar não se baseia na alimentação em si. É uma forma de lesão, ou até mesmo de estupro, quando uma enfermeira exasperada enfia o bico do peito ou da mamadeira dentro da boca do bebê e provoca um reflexo. Mãe nenhuma faria isso se fosse deixada em paz.

A força da linguagem aqui é importante. Se parece desproporcional a comparação winnicottiana entre o estupro e a forçagem de um recém-nascido a “encontrar” o mamilo da mãe, é porque talvez não tenhamos nos dado conta do quão importante para a vida é o seu início tranquilo. É a clínica das psicoses infantis que dá ao médico inglês a medida desta analogia, exagerada apenas em aparência. Winnicott pôde ver, ao longo da sua vida de pediatra, psiquiatra infantil, analista, a linha que vai do descuido à catástrofe se desenrolar em milhares de exemplos. Não é por acaso que este pediatra-analista formado entre guerras também tenha se interessado e trabalhado no contexto da desagregação social, e disso feito uma leitura incisiva em **Deprivação e delinquência** (WINNICOTT, [1984] 2023). Como ele nos faz lembrar num dos textos desta obra, o cuidado com a saúde mental (o qual ele associa diretamente à construção de condições ambientais facilitadoras) é de uma importância ética e política global, “uma vez

que altera o tipo de pessoa que compõe o mundo” (WINNICOTT, [1951] 2023e). Dito de outro modo, se uma mãe recebe o bebê no mundo que ela mesma vive, isso tem repercussões imediatas sobre a atitude profissional no campo do nascimento.

Do meu ponto de vista, a saúde mental do indivíduo começa a se estabelecer desde o início pela mãe que fornece o que chamei de ambiente facilitador, em meio ao qual os processos naturais de crescimento do bebê e as interações com o ambiente podem evoluir de acordo com o padrão herdado pelo indivíduo. A mãe está (sem saber) estabelecendo as bases da saúde mental do filho. (WINNICOTT, [1968] 2020e, p. 37-38).

O fato de uma pessoa da equipe de saúde agir de forma muito técnica com um bebê, pensando somente que ele precisa da comida naquele momento ou que precisa apenas cumprir os horários do hospital é um fator de risco para o amadurecimento saudável recém-nascido. É certo que o bebê precisa se alimentar, mas a mãe é quem pode fazê-lo e senti-lo. Um dos paradoxos essenciais da ética do cuidado winnicottiana consiste nisso: não atrapalhar e, **ao mesmo tempo**, estar presente. Em **Pediatria e psiquiatria**, texto de 1948, Winnicott nos faz pensar a respeito da não intervenção com a clareza que lhe é costumeira:

Se é verdade – ou ao menos possível – que a saúde mental de cada indivíduo é fundada pela mãe, em sua experiência viva com seu bebê, os médicos e enfermeiras poderiam adotar a não interferência como primeira tarefa. Em vez de tentarem ensinar à mãe como fazer o que na verdade não pode ser ensinado, os pediatras deveriam aprender a reconhecer, mais cedo ou mais tarde, quando estão diante de uma boa mãe, e garantir-lhe a plena possibilidade de crescer na realização de sua tarefa. É possível e talvez inevitável que ela venha a cometer erros, mas se estes conduzirem a tentativas melhores, o saldo final será positivo. (WINNICOTT, [1948] 2021c, p. 307-308).

A equipe, assim, deve auxiliar e respeitar a autonomia da mãe, diante do seu novo cenário. Negligenciá-lo torna o ambiente intrusivo e lesivo, pois o bebê ainda não sabe como reagir a essas intrusões ambientais. **Reaprendemos** com Winnicott, mas também com a cultura popular e com as políticas públicas de saúde que a mulher sabe parir, que o bebê sabe nascer, que mãe sabe cuidar, desde que a sociedade saiba **provê-lo(as) de cuidados ambientais e protegê-lo(as) de intrusões desnecessárias**. “Uma ideia geral sintetiza o que tenho a dizer: isto é, existem processos naturais por trás de tudo o que acontece; e nós só fazemos um bom trabalho como médicos e enfermeiras se respeitarmos e facilitarmos esses processos naturais” (WINNICOTT, [1957] 2020b, p. 86).

Facilitar o ambiente é construir meios de tornar a mulher ciente e segura do que está acontecendo, respeitando o processo fisiológico do seu corpo singular (sem imposição rígida

de protocolos administrativos ou técnicos), pois mulheres pariram por milhares de anos e os médicas(as) e enfermeiras(os) suficientemente bons devem estar disponíveis caso haja alguma necessidade, **respeitando o tempo de cada nascimento**. É evidente que soluções técnicas, científicas e administrativas são bem vindas quando favorecem a promoção ou mesmo a restauração da saúde de uma mãe e do seu bebê. Entretanto, como diz Winnicott (num dos seus lampejos de humor crítico), “não precisamos dar o assunto por encerrado quando o pediatra acaba de falar, sobretudo quando ele parece se esquecer de que há muito mais em um bebê do que sangue e ossos”. Ambiente é segurança, conforto e cuidado, mas isso também se expressa na sensibilidade, paciência e acolhida da equipe, na visão da administração e logística de hospitais e casas de parto, na gestão participativa e das políticas de assistência à saúde. É por isso que a Rede de Humanização também se pensa a partir do ambiente/ambiência:

A produção de espaço ou de ambiência na saúde baseado nessa compreensão proposta pela humanização vai além de composição apenas técnica, normativa funcional e formal dos ambientes, configurando-se na **construção de uma situação**, em um determinado tempo e lugar, que é vivenciada por um grupo de pessoas, que se encontram, trabalham, relacionam-se, trocam experiências e vivências. (PESSATTI, 2014, p. 182, grifos nossos).

Ambiência como construção e sustentação de uma situação no tempo. Não é justamente o que se espera da mãe, do ambiente que ela pode ser quando amparada e protegida contra interrupções intrusivas? Que a política de humanização recomende sustentar uma situação [*holding a situation*], neste caso comunitária, ético-política, como lastro e continência para ambientar a mãe e seu bebê, isso nos dá muito a pensar. Ao dedicar esta pesquisa à relação entre psicanálise, memória e experiência do nascimento, nos pareceu necessário e urgente realçar o valor do pensamento winnicottiano para o campo da saúde pública e, mais especificamente, da saúde mental perinatal.

4.5 Clínica ampliada e compartilhada: Winnicott como pensador da saúde pública

Além disso, sabemos quão fútil é a ideia de “ensinar” democracia como algo distinto de dar aos indivíduos as condições de crescer, amadurecer e tornar-se o próprio material de que a democracia é feita.

Donald Winnicott, **Crescimento e desenvolvimento na fase imatura**

Por fim, a diretriz da clínica ampliada e compartilhada. É importante dizer que esta proposta se apresenta como uma postura crítica em relação aos rumos históricos da formação

disciplinar e corporativista no campo da saúde. Como se sabe há muito tempo, “[u]m dos aspectos que mais tem chamado a atenção, quando da avaliação dos serviços, é o despreparo dos profissionais e demais trabalhadores **para lidar com a dimensão subjetiva** que toda prática de saúde supõe” (BRASIL, 2010, p. 8, grifos nossos). Problema de consequências catastróficas em toda saúde pública (e mesmo privada), mas especialmente no campo dos cuidados perinatais. “Ligado a esse aspecto, um outro que se destaca é a presença de modelos de gestão centralizados e verticais, desapropriando o trabalhador de seu próprio processo de trabalho” (*ibid.*). Para compreender esta demanda por ampliação e partilha, vejamos em que termos ela se define:

O QUE É? A clínica ampliada é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma **abordagem clínica** do adoecimento e do sofrimento, **que considere; a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença**. Permite o **enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde** e seus respectivos danos e ineficácia. COMO FAZER? Utilizando recursos que permitam **enriquecimento dos diagnósticos** (outras variáveis, **além do enfoque orgânico, inclusive a percepção dos afetos produzidos nas relações clínicas**) e a **qualificação do diálogo** (tanto entre os profissionais de saúde envolvidos no tratamento quanto destes com o usuário), de modo a **possibilitar decisões compartilhadas e compromissadas com a autonomia e a saúde dos usuários do SUS**. (BRASIL, 2013, local. 10, grifos nossos).

Por ampliação e compartilhamento da clínica, portanto, devemos entender a transversalização (incremento contínuo dos níveis de comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários, interferindo nas dinâmicas cristalizadas do especialismo técnico e favorecendo o surgimento de novas experiências no campo do cuidado) e coletivização (envolvimento de todos os segmentos integrados na proposição de soluções que impliquem coletivamente gestores, trabalhadores e usuários), instaurando novos modos de cuidar no interior do SUS.

Enriquecer o raciocínio clínico através do diálogo entre as diversas camadas do trabalho de cuidado, no campo do parto e do nascimento, envolve sobretudo abrir espaço à circulação da palavra e ao reconhecimento do saber intrínseco ao corpo (da mulher e do bebê, especialmente), à cultura e às transformações da sociedade brasileira. Implica que a escuta – sentido e propósito de toda clínica, qualquer que seja a especialidade – retorne à condição fundamental de permitir a **transformação daquele que a exerce**, isto é, modificando as maneiras de gerir, trabalhar e se cuidar que remetem, por sua vez, ao sentido da produção de autonomia no cotidiano do SUS. Em outras palavras, o que a ampliação e partilha da clínica propõem e promovem é a restauração do cuidar para além dos protocolos e rotinas, recuperando

sua dimensão de experiência humana coletiva e de trabalho emancipatório para os usuários e usuárias dos seus serviços.

Ainda que inspiradora, essa diretriz enfrenta imensos desafios diante da cultura hospitalar e medicalizante, infelizmente ainda hegemônica no Brasil, mesmo após quase quatro décadas da implementação do SUS. A “clínica hegemônica” assim chamada nos próprios documentos da PNH, seria aquela que:

1) toma a doença e o sintoma como seu objeto; 2) toma a remissão de sintoma e a cura como seu objetivo; 3) realiza a avaliação diagnóstica reduzindo-a à objetividade positivista clínica ou epidemiológica; 4) define a intervenção terapêutica considerando predominantemente ou exclusivamente os aspectos orgânicos. (MINISTÉRIO..., 2021, *online*).

Em contrapartida e resposta a esta situação, a proposta da clínica ampliada e compartilhada consiste em:

1) tomar a saúde como seu objeto de investimento, considerando a vulnerabilidade, o risco do sujeito em seu contexto; 2) ter como objetivo produzir saúde e ampliar o grau de autonomia dos sujeitos; 3) realizar a avaliação diagnóstica considerando não só o saber clínico e epidemiológico, como também a história dos sujeitos e os saberes por eles veiculados; 4) definir a intervenção terapêutica considerando a complexidade biopsíquicosocial das demandas de saúde (*ibid.*).

Disso decorrem algumas consequências práticas e políticas decisivas para a efetivação da política de humanização, na medida em que o compromisso com a dimensão subjetiva ultrapassa a atenção à dimensão patológica. Ao reconhecer os limites dos saberes particulares a cada disciplina ou profissão de saúde, a PNH propõe que a ampliação da clínica e o seu respectivo compartilhamento possibilitem a primazia dos sujeitos em relação à situação diagnóstica ou condição clínica específica. Proposição que implica não apenas o reconhecimento das particularidades e singularidades dos usuários, mas também dos trabalhadores da saúde, na medida em que uns e outros se coproduzem na relação de cuidado (*ibid.*). É desta co-emergência que pode se construir as condições necessárias ao equilíbrio entre possíveis danos e benefícios gerados pelas práticas de saúde.

Do ponto de vista estratégico, a clínica ampliada e compartilhada preconiza a formação de equipes multiprofissionais e transdisciplinares, fomentando “a corresponsabilidade entre os diversos sujeitos implicados no processo de produção da saúde (trabalhadores de saúde, usuários e rede social)” (*ibid.*). Do conjunto destas proposições, à maneira de uma bússola, a

PNH se propõe como uma orientação ético-política, estratégica e pragmática na direção da democratização do SUS e da amplificação dos canais de defesa do direito social à saúde no Brasil.

Falar em democracia quando o assunto é memória, psicanálise e saúde perinatal pode soar digressivo apenas se ignorarmos que Winnicott foi um profundo interessado nas conexões entre estes assuntos e a experiência democrática, o que ele considerava possível apenas na medida em que sejamos capazes de tornar indissociáveis democracia e saúde (WINNICOTT, [1950] 2021f). Para ele, só se pode experimentar uma democracia na medida em que se experimenta a saúde, o que implica imediatamente o amadurecimento emocional de cada um(a). Guardadas as devidas proporções, não é disso que se trata no trabalho multiprofissional e transdisciplinar que a clínica ampliada e compartilhada implica? Não seria justamente disso que pode e deve ser feita a **saúde democrática** ou a **democracia saudável** no interior das práticas de cuidado na humanização do parto e do nascimento no Brasil?

5 CONCLUSÃO: PSICANÁLISE E NASCIMENTO – A MEMÓRIA ENTRE CLÍNICA E POLÍTICA

Se democracia é maturidade, e maturidade é saúde, e a saúde é desejável, então queremos encontrar algo que possa promovê-la.

Donald Winnicott, **Algumas reflexões sobre o significado da palavra democracia**

Esta pesquisa termina onde começa. Entre mãe, psicóloga, doula, ativista e pesquisadora, transito, hesito, insisto, vivo e acompanho atenta as transformações do campo dos saberes e práticas do parto e do nascimento aqui deste ponto incerto que é o Brasil de hoje, num mundo incerto que é o do nosso tempo. “Ainda há muito o que fazer...”, dizem Freud ou Winnicott, mas também as trabalhadoras e trabalhadores do SUS e da PNH convidados para dialogar nas páginas desta dissertação, assim como as muitas mães que escuto e já escutei, na clínica perinatal e nas experiências com a doulagem. Não pretendi esgotar nenhum dos assuntos aqui tratados, mas se tiver conseguido lançar algum fio de entendimento na direção de valorizarmos a experiência e a compreensão do papel fundamental de cuidarmos do nascimento – isso que em nós não pode ser lembrado, mas jamais é esquecido –, terei realizado o mais urgente.

Vivemos num país que não para nunca de sofrer intrusões e “agonias impensáveis” em suas tentativas sempre interrompidas de se constituir como uma democracia, isto é, em termos winnicottianos, **um país saudável**. Não é por acaso que sempre testemunhemos, entre as primeiras medidas de uma pretensa “austeridade”, o ataque estrutural a políticas públicas fundamentais como o SUS e, neste sentido, a PNH opera como uma verdadeira “contra mola que resiste”, para lembrar um verso tão antigo quanto atual. Que um trabalho sobre o conceito de memória em psicanálise parta do tema do nascimento e chegue às políticas públicas de atenção perinatal não deveria surpreender. Aprendendo com Winnicott, talvez seja esta a tarefa mais urgente da pesquisa acadêmica e da universidade pública brasileira – ela que igualmente sofre em meio aos ataques contínuos – nestes tempos incertos, isto é: a de compreender que seu papel na defesa da democracia é e sempre será o **de cuidar dela, isto é, exercê-la**.

Reitero que a pesquisa que aqui se conclui é um convite à ampliação dos estudos da memória na direção do pensamento e da clínica de Winnicott, o que prossegue na comunicação dos seus resultados, na interlocução com pesquisadores(as), estudiosos(as) e trabalhadores(as) dos campos da saúde, da formação clínica e da pesquisa teórica. Ao demonstrar as complexas e profícuas relações – tanto teóricas como práticas – entre a concepção de experiência do

nascimento e o modo como a psicanálise aborda o problema da memória (em Freud e Winnicott), pretendi tão somente evidenciar a posição estratégica do tema das memórias do nascimento como contribuição conceitual e pragmática para o horizonte das práticas de atenção e cuidado ao parto e nascimento em nossa sociedade, destacando o quanto tornar o nascimento saudável consiste em se importar com o que dele se registra naqueles(as) que nascem, entre a saúde a promover e as intrusões a evitar.

Por se tratar de uma pesquisa exploratória de natureza bibliográfica com enfoque teórico-conceitual entrelaçado pelo interesse da psicanálise pelo problema da memória, optei por privilegiar o contato com as obras dos dois principais autores em estudo, bem como documentos específicos que norteiam a Política Nacional de Humanização do Parto e Nascimento no Brasil. Entretanto, insisto sobre o ponto de que o universo de pesquisa é muito maior do que esta pesquisa pôde abordar. As escolhas feitas aqui estão circunstanciadas pelo enquadre da pesquisa e pelas naturais limitações que uma pesquisa teórica encontra. O que não impede de vislumbrarmos aqui uma contribuição modesta, mas plena de propósito, para o diálogo entre os campos da memória, da saúde pública, da psicanálise.

Diante da quantidade de noções fundamentais necessárias tanto para compreender a concepção de memória em Freud, em particular sua correlação com o conceito dinâmico de inconsciente, necessitei mobilizar a metapsicologia freudiana para preparar o caminho na direção da teoria do amadurecimento de Winnicott. De algum modo, toda pesquisa em psicanálise, por mais específica que seja, não pode deixar de refazer este trajeto conceitual em que a linguagem psicanalítica é, linha após linha, absorvida e refeita, sob o risco dos equívocos, mas também das composições criativas, e foi entre uma coisa e outra que esta pesquisa amadureceu seu percurso de escrita. Às inevitáveis hesitações e inseguranças do início da investigação, sobrepôs-se o investimento crítico e afetivo na leitura e interlocução com Freud, Winnicott, seus(suas) comentadores(as) e estudiosos(as), assim como a descoberta das reflexões sobre as práticas de cuidado no campo do parto e do nascimento nas políticas públicas do SUS.

Este trabalho também é uma tentativa de fazer da formação um percurso traçado em texto, de reunir e sistematizar o que aprendi no meu caminho de psicóloga, doula e pesquisadora até aqui. Passar em revista as concepções freudianas e winnicottianas, tornar a teoria do amadurecimento um ponto de conexão entre a psicanálise e a saúde pública a partir do tema do parto e do nascimento foi uma maneira de materializar em texto e instrumentalizar em ferramenta de trabalho uma década de experiências cruciais para minha trajetória profissional e pessoal.

Em síntese, esta dissertação faz seu itinerário em torno dos conceitos de inconsciente, memória e nascimento na psicanálise, a partir dos fundamentos da metapsicologia freudiana, passando pelas inovações da teoria winnicottiana do amadurecimento para, enfim, chegar às ressonâncias do pensamento de Winnicott nas práticas de saúde pública relativas ao parto e nascimento no Brasil, ressaltando a importância da concepção de memória do nascimento em Winnicott para repensarmos – crítica e criativamente – as práticas de cuidado neste campo na contemporaneidade.

A seção 2 – **Inconsciente, memória e nascimento em Freud** apresentou o quadro conceitual e metapsicológico da psicanálise em Freud a partir da inflexão inconsciente-memória para, enfim, abordar a perspectiva freudiana de inconsciente e sua relação com a memória e o nascimento, explorando a ênfase do fundador da psicanálise no parto como fenômeno intrinsecamente traumático. Da proposição topológica do inconsciente à formulação de uma clínica psicanalítica centrada na relação entre memória, sofrimento, inconsciente e representação, pouco podemos pensar e dizer acerca do nascimento saudável, uma vez que ele estaria, para Freud, além da escuta e, portanto, da interpretação. É a esta impossibilidade que a psicanálise responde a partir da experiência longitudinal e generosamente transmitida pela obra e pensamento clínico de Winnicott.

A seção 3 – **Inconsciente, memória e nascimento em Winnicott** se dedica justamente à caracterização da teoria do amadurecimento de Winnicott e suas implicações para a psicanálise e a compreensão do nascimento como experiência fundamental para a integração psicossomática. A partir da leitura aqui realizada, espero ter tornado perceptível a importância dos cuidados ambientais para a promoção de saúde desde o início da vida. Winnicott descreveu o processo de amadurecimento emocional como uma progressão da não integração à integração, rumo a uma independência sempre aberta e *criativamente amparada*.

Por fim, a seção 4 – **Contribuições à humanização do parto e nascimento no Brasil: entre a clínica winnicottiana e a saúde pública** nos permitiu correlacionar algumas das importantes contribuições de Winnicott para a humanização do parto e do nascimento com as diretrizes da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (PNH/SUS), ressaltando a faceta do médico e psicanalista da saúde pública que Winnicott sempre foi em sua trajetória profissional e intelectual. Diante do cenário desafiador da realidade do parto e do nascimento no Brasil, articular Winnicott e o SUS, a psicanálise e a saúde pública (e coletiva) dividindo as mesmas páginas constituiu numa aposta ética e política de convocação a alianças estratégicas contra a tendência ainda recorrente de oposição acrítica entre clínica e política. Daí que a concepção de saúde winnicottiana e sua teoria do amadurecimento e revelem tamanha

sintonia com as premissas do SUS e as diretrizes da PNH para o parto e nascimento, bem como para os direitos reprodutivos e a autonomia da mulher, reconhecendo a dimensão coletiva e ética da saúde perinatal.

Ao escrever esta conclusão (em tudo aberta, como deve ser num tema tão amplo e complexo), me lembro de cada parto (entre os meus e os daquelas mulheres que pude acompanhar ou auxiliar, ou apenas estar junto) e me dou conta do sentido e do valor de uma pesquisa a respeito do nascer. Penso nas catástrofes mais íntimas ou planetárias que envolvem o quão negligente nosso tempo tem sido com os nascimentos, de pessoas e possibilidades, e do quanto isso envolve nosso mal estar em relação à memória do que fazemos de nós mesmos, do planeta e do futuro da vida. Parece-me que não é possível mundo distinto enquanto o nascimento for tratado como uma doença a curar, em vez de ser concebido como aquilo que ele é: uma experiência de saúde a ser compartilhada.

Como psicóloga clínica, aprendo diariamente com Winnicott e com as pessoas que escuto sobre outras dimensões da psicanálise, da memória, do nascimento, da existência. Tanto quanto fazer uma pesquisa, clinicar não é nada fácil. Aprofundar os estudos e escrever sobre tudo isso foi uma verdadeira experiência, no sentido mais winnicottiano da palavra. Agora, com o trabalho concluído, percebo seus pontos de apoio e sustentação, mas também suas zonas frágeis e delicadas, e neste reconhecimento crítico incluo a consciência de que se trata de uma pequena contribuição possível na direção de convidar aquelas e aqueles que o leiam a tornarem-se parte dos movimentos de transformação que desejamos nos campos do parto e do nascimento através dos estudos da memória, da psicanálise, da psicologia perinatal e das políticas públicas de saúde no Brasil. Este trabalho começa onde termina.

*nascer
nascer outra vez bem no meio da vida
de fato acordar e enxergar cada dia
as coisas existem com força e magia
e eu sou a consciência da coisa que eu sou
eu quero e eu amo e eu posso e eu vou*

*viver
na realidade que é onde é possível
às vezes sem nem perceber que está vivo
às vezes na barra, às vezes na boa
no mundo, na mente, no sonho e no ser
no raro momento infinito viver*

*morrer
que a ausência é a presença do inexistente*

*do silêncio com seu volume gigante
limite pra além do azar e da sorte
que prova existir vida antes da morte
que une e separa o todo da parte*



*nascer
viver
morrer
nascer*

[leia o *QR code* ou clique no *link* abaixo para escutar a música]:

[\(Tim Bernardes, “Nascer, viver, morrer”, *Mil Coisas Invisíveis*, 2021\).](#)

REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de filosofia**. Trad. Alfredo Bosi. São Paulo: Martins Fontes, 2007.
- ABRAM, Jan. **A linguagem de Winnicott**. Dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- AB’SÁBER, Tales. Adam Phillips e os analistas favoritos (Apresentação). In: Phillips, Adam. **Winnicott**. Trad. Alessandra Siedschlag. Aparecida, SP: Idéias & Letras, 2006. p. 9-15.
- AB’SÁBER, Tales. **Winnicott: experiência e paradoxo**. São Paulo: Ubu, 2021.
- ARISTÓTELES. Da memória e da revocação. In: *Parva naturalia*. Trad. Edson Bini. São Paulo. Edipro, 2012. p. 75-87.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. [ABNT]. **NBR 10520: informação e documentação: citações em documentos: apresentação**. Rio de Janeiro: ABNT, 2023.
- BOCCHI, Josiane Cristina; VIANA, Milena de Barros. Freud, as neurociências e uma teoria da memória. **Psicologia USP [online]**. 2012, v. 23, n. 3, p. 481-502. Disponível em: <https://bit.ly/3v4SFHO>. Acesso em: 20 jun. 2023.
- BÖLTING, Rudolf. **Dicionário greco-português**. Fac-símile da edição de 1941. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Cultura / Instituto Nacional do Livro, 1953.
- BRASIL. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://bit.ly/46YE9OR>. Acesso em: 15 nov. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. **Política Nacional de Humanização – PNH**. Humaniza SUS. Folheto de Divulgação. Brasília-DF, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2013.
- BRASIL. Humanização do parto e do nascimento. **Cadernos HumanizaSUS, v. 4**. Orgs. Catia Paranhos Martins, Célia Adriana Nicolotti; Michele de Freitas Faria de Vasconcelos; Renata Adjuto de Melo. Ministério da Saúde / Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Portaria Nº 353, de 14 de fevereiro de 2017. Aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2017a.
- BRASIL. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRENES, Anayansi Correa. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cadernos de Saúde Pública** [online]., v. 7, n. 2, p. 135–149, abr. 1991. Disponível em: <https://bit.ly/3VamTCG>. Acesso em: 10 mai. 2024.

CANGUILHEM, Georges. **O conhecimento da vida**. Trad. Vera Lucia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense, 2012.

CHAMOND, Jeanine. Continuidade do ser e agonia primitiva: o bebê winnicottiano e a psicose. Trad. Paola Morsello. **Winnicott e-prints**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 1-26, 2010. Disponível em: <https://bit.ly/3PvY69S>. Acesso em: 17 jan. 2024.

COELHO, Renata da Silva. **A experiência do nascimento na obra de D.W. Winnicott**. Belo Horizonte: Artesã, 2013.

COSTA, Teresinha. **Édipo**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010.

CUNHA, Antônio Geraldo da. **Dicionário etimológico da língua portuguesa**. 4. ed. Rio de Janeiro: Lexikon, 2010.

DIAS, Elsa Oliveira. A trajetória intelectual de Winnicott. **Natureza Humana**, 4 (1), jan.-jun., 2002. p. 111-156. Disponível em: <https://bit.ly/2XvvuGf>. Acesso em: 18 set. 2021.

DIAS, Elsa Oliveira. **A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott**. 4. ed. São Paulo: DWW, 2017.

DUNKER, Christian. **Estrutura e constituição da clínica psicanalítica**: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento. São Paulo: Annablume, 2011.

FERREIRA JUNIOR, Antônio Gonçalves. **Ferenczi e Winnicott**: uma leitura psicanalítica e descolonial sobre a confusão e a invenção de línguas entre adultos e crianças. Curitiba, Appris, 2020.

FIGUEIREDO, Luís Cláudio. **A invenção do psicológico**: quatro séculos de subjetivação (1500-1900). 7. ed. São Paulo: Escuta, 2007.

FIGUEIREDO, Luís Cláudio; COELHO JÚNIOR, Nelson Ernesto. **Adoecimentos psíquicos e estratégias de cura**. Matrizes e modelos em psicanálise. São Paulo: Blucher, 2018.

FIGUEIREDO, Vera de Oliveira Nunes; LANSKY, Sônia. Fóruns Perinatais no âmbito do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais (PQM) na Amazônia Legal e Nordeste. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS, vol. 4** – Humanização do parto e do nascimento. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 77-108.

FRANCA, Rafaela Mota Paixão; PASSOS, Maria Consuelo; ROCHA, Zeferino. Os sentidos da saúde na obra de Donald Winnicott. **Estudos psicanalíticos**, Belo Horizonte, n. 42, p. 97-106, dez. 2014. Disponível em: <https://bit.ly/3uXaLey>. Acesso em: 04 nov. 2023.

FREUD, Sigmund. Esboços para a comunicação preliminar de 1893 / 1940-41 [1892]: (A) Carta a Joseph Breuer, 29/06/1892; (B) III; (C) Sobre a teoria dos ataques histéricos. In: **Edição**

Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud – volume 1: Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos (1886-1889). Rio de Janeiro: Imago, 1977 [edição eletrônica]. local. 86-91.

FREUD, Sigmund. Estudos sobre a histeria [1893-1895]. **Obras Completas**, vol. 2. Em coautoria com Joseph Breuer. Trad. Laura Barreto. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

FREUD, Sigmund. Projeto para uma psicologia científica [1950/1895]. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud** – volume 1: Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos (1886-1889). Rio de Janeiro: Imago, 1977. p. 213-305.

FREUD, Sigmund. Carta de 06 de dezembro de 1896 [Carta 52]. In: MASSON, Jeffrey Moussaieff. **A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess 1887-1904**. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Imago, 1986. p. 208-216.

FREUD, Sigmund. **Sobre lembranças encobridoras** [*Über Deckerinnerungen*, 1899]. *Gesammelte Werke (Band I)*, Frankfurt am Main, Fischer Taschenbuch Verlag, 1999, p. 529-554. Apresentação, tradução e notas de André Carone, s/l, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3RtRadP>. Acesso em: 29 out. 2022.

FREUD, Sigmund. A interpretação dos sonhos [1900]. **Obras Completas**, vol. 4. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

FREUD, Sigmund. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade [1905]. In: Três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria (“O caso Dora”) e outros textos (1901 - 1905). **Obras completas**, vol. 6. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. p. 13-171.

FREUD, Sigmund. A repressão [1915]. In: **Obras Completas**, vol. 12. Introdução ao narcisismo. Ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916). Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010a. p. 82-98.

FREUD, Sigmund. O inconsciente [1915]. In: **Obras Completas**, vol. 12. Introdução ao narcisismo. Ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916). Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010b. p. 99-150.

FREUD, Sigmund. Recordar, repetir e elaborar [1914]. In: Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”), artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913). **Obras completas**, vol. 10. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010c. p.193-209.

FREUD, Sigmund. Algumas considerações sobre o conceito de inconsciente [1912]. In: Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”), artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913). **Obras completas**, vol. 10. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010d. p. 255-267.

FREUD, Sigmund. Recomendações ao médico que pratica a psicanálise [1912]. In: Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”), artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913). **Obras completas**, vol. 10. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010e. p. 147-162.

FREUD, Sigmund. O eu e o id [1923]. In: O eu e o id, “autobiografia” e outros textos (1923-1925). **Obras completas vol. 16**. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2011. p. 13-74.

FREUD, Sigmund. Inibição, sintoma e angústia [1926]. In: **Obras completas, vol. 17**. Inibição, sintoma e angústia, O futuro de uma ilusão e outros textos (1926-1929). Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2014. p. 13-123.

FREUD, Sigmund. Compêndio de psicanálise [1938/1940]. In: **Obras Completas, vol. 19**. Moisés e o Monoteísmo, Compêndio de Psicanálise e outros textos. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo. Companhia das Letras, 2018a. p. 189-270.

FREUD, Sigmund. Análise terminável e interminável [1937]. In: **Obras Completas, vol. 19**. Moisés e o Monoteísmo, Compêndio de Psicanálise e outros textos. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo. Companhia das Letras, 2018b. p. 274-326.

FREUD, Sigmund. Construções na análise [1937]. In: **Obras Completas, vol. 19**. Moisés e o Monoteísmo, Compêndio de Psicanálise e outros textos. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo. Companhia das Letras, 2018c. p. 327-344.

FREUD, Sigmund. “O valor da vida”. Entrevista concedida ao jornalista George Sylvester Viereck nos Alpes Austríacos, 1926. Trad. Paulo César de Souza. **Acto Falho** – Publicação do Departamento de Formação em Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae, Abril de 2008. Disponível em: <https://bit.ly/48mOBkk>. Acesso em: 21 jan. 2023.

FULGENCIO, Leopoldo. **Winnicott & companhia, vol. 1**: Winnicott e Freud. São Paulo: Blucher, 2022a.

FULGENCIO, Leopoldo. **Winnicott & companhia, vol. 2**: Winnicott, Klein e Ferenczi. São Paulo: Blucher, 2022b.

GABBI JUNIOR, Osmyr Faria. A teoria do inconsciente como teoria da memória. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 4, n. 1-2, p. 247-260, 1993. Disponível em: <https://bit.ly/4crwwEx>. Acesso em: 20 jan. 2024.

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. **Acaso e repetição em psicanálise**: uma introdução à teoria das pulsões. 4. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. **Palavra e verdade na filosofia antiga e na psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. **Freud e o inconsciente**. 21. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. **Introdução à metapsicologia freudiana, v. 1**: Sobre as afasias (1891); O projeto de 1895. 7. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008a.

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. **Introdução à metapsicologia freudiana, v. 2**: A interpretação do sonho, 1900. 8. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008b.

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. **Introdução à metapsicologia freudiana, v. 3:** Artigos de metapsicologia, 1914-1917: narcisismo, pulsão, recalque, inconsciente. 7. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008c.

GHIRELLO, Carolina. **O conceito de fusão emocional em Laura Gutman:** relação mãe-bebê e psicologia da maternagem. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Psicologia. Colegiado de Psicologia, Centro Universitário Maurício de Nassau, *Campus Vitória da Conquista-BA*, 2018.

HOUAISS, Antônio. **Dicionário eletrônico Houaiss da língua portuguesa.** Versão 3.0. CD-ROM. São Paulo: Objetiva, 2009.

JORGE, Marco Antonio Coutinho. **Fundamentos de psicanálise, vol. 1:** de Freud a Lacan. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

JORGE, Marco Antonio Coutinho; TRAVASSOS, Natália Pereira. **Histeria e sexualidade:** clínica, estrutura, epidemias. Rio de Janeiro: Zahar, 2021.

KAUFMANN, Pierre. **Dicionário enciclopédico de psicanálise:** o legado de Freud e Lacan Trad. Vera Ribeiro e Maria Luiza X. de A. Borges. Consultoria Marco Antonio Coutinho Jorge. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

KHAN, Masud. Introdução. In: Winnicott, Donald Woods. **Da pediatria à psicanálise.** Trad. Davy Bogomoletz. São Paulo: Ubu, 2021b. p. 11-71.

LANSKY, Sônia; FIGUEIREDO, Vera de Oliveira Nunes Acolhimento e Vinculação: Diretrizes para Acesso e Qualidade do Cuidado Perinatal. In: Fóruns Perinatais no âmbito do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais (PQM) na Amazônia Legal e Nordeste. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS, vol. 4** – Humanização do parto e do nascimento. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 155-170.

LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-Bertrand. **Vocabulário de psicanálise.** Sob a direção de Daniel Lagache. Trad. Pedro Tamen. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

LOPARIC, Zeljko. A máquina no homem. **Psicanálise e universidade**, n. 7, 1997. Disponível em: <https://bit.ly/43qP8Aq>. Acesso em: 17 jan. 2024. p. 97-115.

LOPARIC, Zeljko. É dizível o inconsciente? **Natureza humana**. 1999, vol.1, n.2, p. 323-385. Disponível em: <https://bit.ly/41mBnlz>. Acesso em: 15 jan. 2023.

LOPARIC, Zeljko. Esboço do paradigma winnicottiano. **Cadernos de História e Filosofia da Ciência**, 11(2), 7-58, 2001. Disponível em: <https://bit.ly/3GHJ6Bb>. Acesso em: 11 jun. 2023.

LOPARIC, Zeljko. Winnicott clínico. In: REIS, Rosa (org.), **O pensamento de Winnicott:** a clínica e a técnica. São Paulo: DWW, 2011. p. 59-84.

LOPARIC, Zeljko. **Winnicott e a ética do cuidado.** São Paulo: DWW, 2013.

MALHADAS, Daisi; DEZOTTI, Maria Celeste Consolin; NEVES, Maria Helena de Moura (Org.). **Dicionário grego-português**, vol. 2. Cotia, SP: Ateliê, 2007.

MAURANO, Denise. **Histeria**: o princípio de tudo. [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

MEZAN, Renato. **Freud**: a conquista do proibido. São Paulo: Ateliê, 2003.

MEZAN, Renato. **O tronco e os ramos**: estudos de história da psicanálise. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS. Website institucional do Ministério da Saúde na plataforma gov.br, s.d. Disponível em: <https://bit.ly/3V0pEq4>. Acesso em: 29 abr. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Glossário PNH – verbete “clínica ampliada”. Website institucional da Política Nacional de Humanização na plataforma gov.br. Publicado em 08/11/2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus/glossario-pnh>. Acesso em: 15 mai. 2024.

MOURA, Luiza. **Ferenczi e Winnicott**: análise de adultos na língua da infância. Artesã, 2022.

NAFFAH NETO, Alfredo. Winnicott: uma psicanálise da experiência humana em seu devir próprio. **Natureza Humana**, 7 (2), jul.-dez. 2005, p. 433-454. Disponível em: <https://bit.ly/39j9Ua8>. Acesso em: 18 set. 2021.

NAFFAH NETO, Alfredo. A noção de experiência no pensamento de Winnicott como conceito diferencial na história da psicanálise. **Natureza Humana**, 9 (2), jul.-dez. 2007. p. 221-242. Disponível em: <https://bit.ly/3nJ6mX9>. Acesso em: 18 set. 2021.

NASCER, VIVER, MORRER. Intérprete: Tim Bernardes. Compositor: Tim Bernardes. In: Mil coisas invisíveis. Intérprete: Tim Bernardes. São Paulo: RCA Victor, 2021. Disco duplo (vinil). Disco 1, lado A, faixa 1 (1min. 53secs.).

OUTEIRAL, José Ottoni; GRAÑA, Roberto Barberena. Apresentação à edição brasileira. In: Winnicott, Clare; Shepherd, Ray; Davis, Madeleine. **Explorações psicanalíticas**: D. W. Winnicott [1989]. Trad. José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artmed, 1994. p. vii-xv.

PENELLO, Liliane; LUGARINHO, Liliana; ROSARIO, Selma Eschenazi do. Parto Humanizado e Memória do Nascimento: uma reflexão sobre a produção de saúde desde os seus primórdios. **Tempus** – Actas de Saúde Coletiva, [s. l.], v. 4, n. 4, p. 119–127, 2010. Disponível em: <https://bit.ly/3V55sDv>. Acesso em: 28 maio. 2024.

PEREZ, Daniel Omar. **O inconsciente**: onde mora o desejo. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira: 2012.

PESSATTI, Mirela Pilon. Estratégias para a Ambiência na Humanização de Partos e Nascimento. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS, vol. 4** – Humanização do parto e do nascimento. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 172-182.

PHILLIPS, Adam. **Winnicott**. Trad. Alessandra Siedschlag. Aparecida, SP: Idéias & Letras, 2006.

QUINODOZ, Jean-Michel. **Ler Freud**. Guia de leitura da obra de S. Freud. Trad. Fátima Murad. Porto Alegre: Artmed, 2007.

RANK, Otto. **O trauma do nascimento e seu significado para a psicanálise**. Trad. Érica Gonçalves de Castro. São Paulo: Cienbook, 2016.

RATTNER, Daphne et. al. Os Movimentos Sociais na Humanização do Parto e do Nascimento do Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS, vol. 4** – Humanização do parto e do nascimento. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 109-132.

RIBEIRO, Caroline Vasconcelos. Elementos não-metafísicos da psicanálise winnicottiana. **Aprender** - Caderno de Filosofia e Psicologia da Educação. Ano VI, n. 11 (Número Especial: Winnicott e a Educação), Vitória da Conquista, 2008, p. 45-73. Disponível em: <https://bit.ly/3znOOIB>. Acesso em: 18 set. 2021.

RIBEIRO, Caroline Vasconcelos. Para além do inconsciente verbalizável e da memória lacunar: a psicanálise sob o olhar de Loparic. **Natureza humana**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 220-257, dez. 2019. Disponível em: <https://bit.ly/3NrusBN>. Acesso em: 12 fev. 2023.

RICŒUR, Paul. **A memória, a história, o esquecimento**. Trad. Alain François et. al. Campinas, SP: EdUnicamp, 2007.

ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel. **Dicionário de psicanálise**. Trad. Vera Ribeiro e Lucy Magalhães; supervisão da edição brasileira Marco Antonio Coutinho Jorge. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel. **Freud** – mas por que tanto ódio? Trad. André Telles. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel. **Sigmund Freud na sua época e em nosso tempo**. Trad. André Telles. Rio de Janeiro: Zahar, 2016.

RUSSO, Jane et al. Escalando vulcões: a releitura da dor no parto humanizado. **Maná** – Estudos de Antropologia Social. 2019, v. 25, n. 2, p. 519-550. Disponível em: <https://bit.ly/3hKPoUk>. Acesso em: 18 set. 2021.

SALGADO, Heloisa de Oliveira. **A experiência da cesária indesejada**: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2012. Disponível em: <https://bit.ly/3Q0fu4K>. Acesso em: 03 ago. 2022.

SALLES, Jaqueline Cristina. **Memória da presença e memória da ausência em Winnicott**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Vitória da Conquista, 2016.

SILVA, Sérgio Gomes da. Do feto ao bebê: Winnicott e as primeiras relações materno-infantis. **Psicologia clínica**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 29-54, 2016. Disponível em: <https://bit.ly/3GQTari>. Acesso em: 16 dez. 2023.

SOUZA, Paulo César de. **As palavras de Freud**: o vocabulário freudiano e suas versões. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

STERN, Daniel. **Diário de um bebê**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

STERN, Daniel. **O mundo interpessoal do bebê**: uma visão a partir da psicanálise e da psicologia do desenvolvimento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

STERN, Daniel. **O nascimento de uma mãe**: a experiência da maternidade. (em colaboração com Nadia Bruschiweiler-Stern). Porto: Ambar, 2005.

TAVARES, Pedro Heliodoro. **Versões de Freud**. Breve panorama crítico das traduções de sua obra. Rio de Janeiro: 7Letras, 2011.

TAVARES, Pedro Heliodoro. O vocabulário metapsicológico de Sigmund Freud: da língua alemã às suas traduções. **Pandaemonium Germanicum**: Revista de Estudos Germanísticos, Universidade de São Paulo, v. 15, n. 20, Dez. 2012, p. 1-21. Disponível em: <https://bit.ly/3xccOfQ>. Acesso em: 18 fev. 2024.

TEIXEIRA, Luiz Antônio; NAKANO, Andreza Rodrigues; NUCCI, Marina Fisher. Parto e nascimento: saberes, reflexões e diferentes perspectivas. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**. 2018, v. 25, n. 4, p. 913-915. Disponível em <<https://bit.ly/2Z51Zv7>>. Acesso em 16 set. 2021.

TRINDADE, Jaqueline Cristina Salles. **Daniel Paul Schreber**: a memória na psicose para Freud e Winnicott. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Vitória da Conquista, 2023.

TRINDADE, Jaqueline Cristina Salles; FONSECA-SILVA, Maria da Conceição. **Memória da presença e desenvolvimento emocional em Winnicott**. *Natureza humana*, v. 23, São Paulo, jun. 2021. p. 55-82. Disponível em: <https://bit.ly/3cYkubz>. Acesso em: 03 ago. 2022.

WINNICOTT, Clare; Shepherd, Ray; Davis, Madeleine. **Explorações psicanalíticas**: D. W. Winnicott [1989]. Trad. José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artmed, 1994.

WINNICOTT, Clare; Shepherd, Ray; Davis, Madeleine. Introdução. In: Winnicott, Donald Woods. In: **Deprivação e delinquência** [1984]. Trad. Álvaro Cabral. São Paulo: Ubu, 2023a. p. 9-14.

WINNICOTT, Donald Woods. **Natureza humana** [1988]. Trad. Davi Litman Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 1990a.

WINNICOTT, Donald Woods. **O gesto espontâneo** [1987]. Trad. Luis Carlos Borges. São Paulo: Martins Fontes, 1990b.

WINNICOTT, Donald Woods. O medo do colapso (breakdown) [1974/1963]. In: Winnicott, Clare; Shepherd, Ray; Davis, Madeleine. **Explorações psicanalíticas**: D. W. Winnicott [1989]. Trad. José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artmed, 1994a. p. 70-76.

WINNICOTT, Donald Woods. D. W. W. sobre D. W. W. [1967]. In: Winnicott, Clare; Shepherd, Ray; Davis, Madeleine. **Explorações psicanalíticas**: D. W. Winnicott [1989]. Trad. José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artmed, 1994b. p. 434-443.

WINNICOTT, Donald Woods. **O brincar e a realidade** [1971]. Trad. Breno Longhi. São Paulo: Ubu, 2019.

WINNICOTT, Donald Woods. O recém-nascido e sua mãe [1964]. In: **Bebês e suas mães**. Org. Clare Winnicott, Ray Shepherd e Madeleine Davis. Trad. Breno Longhi. São Paulo: Ubu, 2020a. p. 47-63.

WINNICOTT, Donald Woods. A contribuição da psicanálise para a obstetrícia [1957]. In: **Bebês e suas mães**. Org. Clare Winnicott, Ray Shepherd e Madeleine Davis. Trad. Breno Longhi. São Paulo: Ubu, 2020b, p. 83-96.

WINNICOTT, Donald Woods. A comunicação do bebê com a mãe e a da mãe com o bebê, comparada e contrastada [1968]. In: **Bebês e suas mães**. Org. Clare Winnicott, Ray Shepherd e Madeleine Davis. Trad. Breno Longhi. São Paulo: Ubu, 2020c, p. 104-123.

WINNICOTT, Donald Woods. A dependência nos cuidados com a criança [1970]. In: **Bebês e suas mães**. Org. Clare Winnicott, Ray Shepherd e Madeleine Davis. Trad. Breno Longhi. São Paulo: Ubu, 2020d. p. 97-103.

WINNICOTT, Donald Woods. Amamentação como forma de comunicação [1968]. In: **Bebês e suas mães**. Org. Clare Winnicott, Ray Shepherd e Madeleine Davis. Trad. Breno Longhi. São Paulo: Ubu, 2020e. p. 36-46.

WINNICOTT, Donald Woods. A mãe dedicada comum [1966]. In: **Bebês e suas mães**. Org. Clare Winnicott, Ray Shepherd e Madeleine Davis. Trad. Breno Longhi. São Paulo: Ubu, 2020f. p. 17-28.

WINNICOTT, Donald Woods. Esperando pela chegada do bebê [1945]. In: **Bebês e suas mães**. Org. Clare Winnicott, Ray Shepherd e Madeleine Davis. Trad. Breno Longhi. São Paulo: Ubu, 2020g. p. 127-133.

WINNICOTT, Donald Woods. O ambiente saudável na infância [1967]. In: **Bebês e suas mães**. Org. Clare Winnicott, Ray Shepherd e Madeleine Davis. Trad. Breno Longhi. São Paulo: Ubu, 2020h. p. 73-82.

WINNICOTT, Donald Woods. Memórias do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade [1949]. In: WINNICOTT, Donald Woods. **Da pediatria à psicanálise**. Trad. Davy Bogomoletz. São Paulo: Ubu, 2021a. p. 327-355.

WINNICOTT, Donald Woods. Desenvolvimento emocional primitivo [1945]. In: **Da pediatria à psicanálise**. Trad. Davy Bogomoletz. São Paulo: Ubu, 2021b. p. 281-299.

WINNICOTT, Donald Woods. Pediatria e psiquiatria [1948]. In: **Da pediatria à psicanálise**. Trad. Davy Bogomoletz. São Paulo: Ubu, 2021c. p. 300-326.

WINNICOTT, Donald Woods. A mente e sua relação com o psicossoma [1949]. In: **Da pediatria à psicanálise**. Trad. Davy Bogomoletz. São Paulo: Ubu, 2021d. p. 408-426.

WINNICOTT, Donald Woods. O preço de desconsiderar a pesquisa psicanalítica [1965]. In: **Tudo começa em casa**. Trad. Paulo Cesar Sandler. São Paulo: Ubu, 2021e. p. 204-216.

WINNICOTT, Donald Woods. Algumas reflexões sobre o uso da palavra “democracia” [1950]. In: **Tudo começa em casa**. Trad. Paulo Cesar Sandler. São Paulo: Ubu, 2021f. p. 284-308.

WINNICOTT, Donald Woods. O conceito de indivíduo saudável [1967]. In: **Tudo começa em casa**. Trad. Paulo Cesar Sandler. São Paulo: Ubu, 2021f. p. 21-42.

WINNICOTT, Donald Woods. Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos [1963]. In: **Processos de amadurecimento e ambiente facilitador**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Trad. Irineo Constantino Schuch Ortiz. São Paulo: Ubu, 2022a. p. 229-247.

WINNICOTT, Donald Woods. A teoria do relacionamento pais-bebê [1960]. In: **Processos de amadurecimento e ambiente facilitador**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Trad. Irineo Constantino Schuch Ortiz. São Paulo: Ubu, 2022b. p. 44-69.

WINNICOTT, Donald Woods. Provisão para a criança na saúde e na crise [1962]. In: **Processos de amadurecimento e ambiente facilitador**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Trad. Irineo Constantino Schuch Ortiz. São Paulo: Ubu, 2022c. p. 79-103.

WINNICOTT, Donald Woods. Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo [1963]. In: **Processos de amadurecimento e ambiente facilitador**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Trad. Irineo Constantino Schuch Ortiz. São Paulo: Ubu, 2022d. p. 104-116.

WINNICOTT, Donald Woods. A integração do ego no desenvolvimento da criança [1962]. In: **Processos de amadurecimento e ambiente facilitador**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Trad. Irineo Constantino Schuch Ortiz. São Paulo: Ubu, 2022e. p. 70-78.

WINNICOTT, Donald Woods. O primeiro ano de vida: concepções modernas do desenvolvimento emocional [1958]. In: **Família e desenvolvimento individual**. Trad. Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Ubu; WMF/Martins Fontes, 2023a. p. 13-34.

WINNICOTT, Donald Woods. O relacionamento inicial entre a mãe e seu bebê [1960]. In: **Família e desenvolvimento individual**. Trad. Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Ubu; WMF/Martins Fontes, 2023b. p. 35-44.

WINNICOTT, Donald Woods. Aconselhando pais [1957]. In: **Família e desenvolvimento individual**. Trad. Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Ubu; WMF/Martins Fontes, 2023c. p. 186-197.

WINNICOTT, Donald Woods. Crescimento e desenvolvimento na fase imatura [1950]. In: **Família e desenvolvimento individual**. Trad. Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Ubu; WMF/Martins Fontes, 2023d. p. 45-59.

WINNICOTT, Donald Woods. O desenvolvimento da capacidade para a consideração [1962]. In: **Deprivação e delinquência** [1984]. Trad. Álvaro Cabral. São Paulo: Ubu, 2023d. p. 132-138.

WINNICOTT, Donald Woods. O alicerce da saúde mental [1951]. In: **Deprivação e delinquência** [1984]. Trad. Álvaro Cabral. São Paulo: Ubu, 2023e. p. 213-216.