

OS CASOS DIFÍCEIS NOS SERVIÇOS-ESCOLA DE PSICOLOGIA

*THE DIFFICULT CASES IN
PSYCHOLOGY SCHOOL CLINICS*

*LOS CASOS DIFÍCILES EN LAS
CLÍNICAS-ESCUELA DE PSICOLOGÍA*

Ana Beatriz dos Santos Ferneda ⁽¹⁾

Daniel Polimeni Maireno ⁽²⁾

RESUMO

Os serviços-escola de psicologia têm se afirmado como importantes apoios para a Rede de Atenção Psicossocial. Cada vez mais, casos de média e alta complexidade têm sido encaminhados para o atendimento por estudantes ainda em formação, o que levanta questionamentos sobre as possibilidades e limitações para o tratamento desses casos. Por meio da análise de um caso atendido no serviço-escola da Universidade Estadual de Londrina que se enquadra na categoria de “pacientes difíceis”, este artigo tem como objetivo conduzir uma discussão sobre a especificidade do manejo de casos assim. A experiência relatada corrobora a ideia de que o atendimento a esses casos exige uma clínica para além dos norteadores clínicos da psicanálise clássica, o que inclui uma presença mais ativa do analista. Ao final, considera-se urgente refletir sobre o preparo dos estudantes de graduação para o atendimento a tais casos, e como as universidades podem ofertar uma formação que dê amparo para o encontro com as diversas condições de sofrimento na atualidade.

Palavras-chave: casos difíceis; psicanálise; psicopatologias contemporâneas; serviço-escola de psicologia.

⁽¹⁾ Psicóloga pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), pós-graduada em Atenção à Saúde pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), PR, Brasil.
<https://orcid.org/0009-0009-9754-9158> — email: anabeatriz.ferneda@gmail.com

⁽²⁾ Doutor em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Professor adjunto do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual de Maringá, PR, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-1770-5800> — email: dpmaireno@gmail.com

ABSTRACT

Psychology school clinics have established themselves as important supports for the Psychosocial Care Network. Increasingly, cases of medium and high complexity have been referred to psychological care by students still under training, raising questions about the possibilities and limitations for the treatment of such cases. Through a case study treated at the State University of Londrina school clinic that falls into the category of “difficult patients”, this article aims to conduct a discussion about the specifics of handling such cases. The reported experience supports the idea that the treatment of these cases requires skills that go beyond the clinical guidelines of classical psychoanalysis, which includes a more active presence of the analyst. In the end, it is considered urgent to reflect on the preparation of undergraduate students to assist on these cases and how universities can offer training that enables them to face the various conditions of suffering today.

Keywords: difficult cases; psychoanalysis; contemporary psychopathologies; psychology school clinic.

RESUMEN

Las clínicas-escuela de psicología se han afirmado como apoyos importantes para la Red de Atención Psicosocial. Cada vez son más los casos de mediana y alta complejidad que han sido destinados a la asistencia por estudiantes aún en formación, planteando preguntas sobre las posibilidades y limitaciones para el tratamiento de estos casos. A través del análisis de un caso asistido en la clínica da Universidad Estatal de Londrina que se encuadra en la amplia categoría de los “pacientes difíciles”, este artículo tiene como objetivo conducir una discusión sobre la especificidad del manejo de casos así. La experiencia relatada corrobora la idea de que el tratamiento de estos casos requiere una clínica que va más allá de los principios orientadores de la clínica psicoanalítica clásica, lo que incluye una presencia más activa del psicoanalista. Al final, se considera urgente reflexionar acerca de la preparación de los estudiantes de pregrado para atender estos casos, y cómo las universidades pueden ofrecer una formación que permita el encuentro con las más distintas situaciones de sufrimiento de la actualidad.

Palabras clave: casos difíciles; psicoanálisis; psicopatologías contemporáneas; clínica-escuela de psicología.

Introdução

Os serviços-escola de psicologia se constituem enquanto locais de saúde mental vinculados às universidades. Ainda, possibilitam a formação de estudantes de psicologia, ao mesmo tempo em que atendem a demandas da comunidade por atendimentos gratuitos ou de baixo custo (Sei et al., 2019).

Ainda que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) ofertada pelo Sistema Único de Saúde busque a ampliação do acesso da população à atenção psicossocial e ao cuidado integral e humanizado à saúde mental de pessoas em sofrimento ou transtorno mental (Ministério da Saúde, 2011), nem sempre a RAPS consegue corresponder à alta demanda que lhe é destinada. Essa dificuldade se agravou, especialmente a partir de 2016, com a redução de recursos destinados à rede pública em favor de serviços de internação hospitalar e comunidades terapêuticas, o que pôs em risco os avanços conquistados pela Reforma Psiquiátrica Brasileira (Sampaio & Bispo Júnior, 2021).

Nesse contexto, os serviços-escola de psicologia têm se afirmado como apoios para atender à demanda da população, que chega ao serviço por busca espontânea, mas também por encaminhamento de serviços da rede de saúde mental e assistência social, tais como Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades Básicas de Saúde (UBS), entre outros (Sei et al., 2019). Assim, casos de média e alta complexidade têm sido encaminhados aos serviços-escola para serem atendidos por estudantes cujas habilidades e conhecimentos estão ainda em formação. Tal situação impõe a seguinte questão: quais são as possibilidades e as limitações para o acolhimento e tratamento desses casos no contexto de um serviço-escola de psicologia?

Este artigo tem por objetivo apresentar o caso de uma paciente encaminhada pelo CRAS para atendimento psicológico no serviço-escola de psicologia da Universidade Estadual de Londrina (UEL). A escolha do caso se deu pelo fato de ele ser representativo dessas situações de maior complexidade que acabam sendo acolhidas e tratadas nos serviços-escola. Pretende-se ainda fomentar reflexões sobre as referências clínicas ensinadas nos cursos de psicologia e sobre a atual situação dos dispositivos de cuidado em saúde mental, com vistas a auxiliar estudantes e supervisores na condução de situações análogas. O atendimento se deu durante estágio curricular obrigatório do quarto ano do curso de psicologia. O processo foi orientado metodologicamente pelo método psicanalítico, tal como sintetizado por Figueiredo e Minerbo (2006) e Naffah Neto e Cintra (2012) – neste caso, abarcando tanto o que os autores denominam

como pesquisa-escuta quanto pesquisa-investigação – e Silva e Macedo (2016), método no qual pesquisa científica e tratamento são considerados elementos indissociáveis (Freud, 1912/2010, 1923/2011a).

A estagiária contava na época 21 anos e tinha já breve experiência prática obtida em outras atividades acadêmicas, mas sua experiência com atendimentos clínicos era recente. Os registros foram feitos sempre após cada sessão, com vistas a orientar as supervisões semanais. Tais registros também nortearam a construção deste artigo. Para os temas abordados com maior frequência pela paciente, foram destinadas seções específicas no artigo, nas quais foram condensadas informações presentes nos registros de diferentes sessões. Espera-se assim tornar mais acessível a compreensão das implicações percebidas e a discussão decorrente de sua articulação com a teoria. Considerando que o presente texto visou ao “aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito” (Ministério da Saúde, 2016, p. 2), sua evolução prescindiu de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição.

O caso B.

Logo nos primeiros contatos para agendar a triagem, B.¹ sinalizou muitas queixas, dificuldades e ânsia por falar. Constava em seu encaminhamento feito pelo CRAS que ela já fazia acompanhamento psiquiátrico, e eram elencados inúmeros diagnósticos de transtornos mentais. Na triagem, B. não soube explicar exatamente o motivo do encaminhamento pelo CRAS, mostrando-se confusa sobre com qual profissional havia falado e quais foram as orientações dadas. B. também era atendida no CAPS, mas tinha dificuldades para informar a frequência, a última data em que havia ido ao serviço e quando seria seu retorno.

Eram claros os sinais de desorganização e desorientação. A estagiária considerou pertinente, então, entrar em contato com os serviços mencionados para entender o motivo do encaminhamento, o acompanhamento feito por eles até então, eventuais orientações passadas, frequência nos serviços, medicação etc. O objetivo era auxiliar a paciente na compreensão e integração do que estava se passando com ela, bem como avaliar as possibilidades de manter ou restaurar os laços de B. com tais serviços, já suspeitando que o apoio oferecido pelo serviço-escola, somente, poderia não bastar.

Ao todo, foram realizadas treze sessões no modo *online* por meio de uma plataforma de videochamadas, o que foi um facilitador para B.: disse ela que se fosse presencial talvez não tivesse comparecido, por ter grande dificuldade para sair de casa. Apesar desse facilitador, o processo foi entremeado por muitas faltas, diante das quais a estagiária precisou sustentar ativamente o enquadre. Essa disposição da estagiária, bem como a iniciativa de buscar informações junto aos serviços pelos quais a paciente passara, diz muito da atitude clínica que será discutida ao longo do presente trabalho.

Desde a primeira sessão foi possível perceber que B. apresentava uma organização psíquica diferente daquela até então estudada nas aulas sobre clínica psicanalítica, majoritariamente fundamentadas nos denominados “artigos técnicos” de Freud – os quais se ajustam particularmente a casos de psiconeuroses de transferência. O caso também parecia incomum em relação à maioria dos pacientes que chegam ao serviço-escola da UEL. B. apresentava um leque muito diversificado de queixas: dores sem razão médica em diversas partes do corpo, às vezes tão fortes que dificultavam que ela andasse; taquicardia, a qual ela relacionava a um dos diagnósticos psiquiátricos recebidos, de transtorno de ansiedade; oscilações de humor, com períodos em que ficava muito deprimida; alucinações auditivas, na qual ouvia vozes murmurarem, chamando por ela. Além disso, eram especialmente notórios em sua vida episódios de agressividade. Num deles, chegou a esfaquear o atual marido em meio a uma discussão – no dia seguinte, não se lembrava de nada. Relatou que desde a adolescência costumava agredir vizinhos e familiares. Quando mais velha, deixou de sair de casa pelo receio do que poderia fazer com os outros. Tinha medo de perder o controle. Dizia que, em momentos de raiva, ela não se importava com ninguém e que todos poderiam desaparecer.

B. tinha um discurso pouco organizado e dificuldades para se lembrar de datas e da ordem dos eventos. Ao ser questionada sobre fatos de anos anteriores – ou mesmo do dia anterior – comumente afirmava não conseguir se lembrar. Se instada a isso, dizia que sua cabeça doía pelo esforço exigido. Também costumava esquecer onde deixava objetos ou o que estava fazendo num dado momento. Além da memória, outros sintomas sugeriam problemas em funções tais como atenção, pensamento, teste de realidade, todo um conjunto de funções secundárias, tributárias do funcionamento psíquico sob o princípio de realidade e gerenciadas pela instância egóica (Freud, 1911/2010). Havia grande dificuldade em se concentrar em diálogos do dia a dia com familiares e amigos. Quando mais deprimida ou instável emocionalmente, dizia não conseguir se concentrar no que a terapeuta falava em sessão. Outro fenômeno despertou bastante interesse: disse

ela que, muitas vezes, ao pensar sobre determinado assunto, ela era surpreendida com uma resposta de seus filhos – ou seja, sem perceber havia dito em voz alta o que acreditava estar apenas pensando.

Ao observar tal quadro clínico, tinha-se a impressão de que nada – humor, afetos, impulsos, pensamentos, ações, memórias – estava em ordem. Tudo parecia desregulado, desintegrado; tudo extravasava, revelando pouquíssima capacidade de contenção e organização das vivências. O fenômeno de falar em voz alta o que pretendia apenas pensar remete a dificuldades em operar com a função do pensamento, a qual, na normalidade, se dá quando a psique mostra-se capaz de suportar uma maior tensão de estímulos enquanto a descarga motora – a ação – é adiada (Freud, 1911/2010).

Quanto aos problemas de memória e desorientação temporal, cabe lembrar que, segundo Freud (1920/2010), a dimensão temporal do aparelho psíquico está ligada ao sistema Pcpt-Cs, o qual, conforme a segunda tópica, teria seu funcionamento articulado de modo especial ao Eu, instância que “estabelece a ordenação temporal dos processos psíquicos e os submete à prova da realidade” (1923/2011b, p. 69). Já suas dores e sua impulsividade – esta especialmente ligada à descarga de agressividade – diziam do “transbordamento da pulsão no corpo e nas atuações”, decorrente da fragilidade de um “envelope de bem-estar, narcisicamente investido” (Junqueira, 2016, p. 54-55).

Em suma, a apresentação clínica de B. a aproximava daquilo que tem sido tema de diversas publicações sobre situações-limite, em cujo horizonte estão casos nos quais as delimitações entre exterioridade e interioridade, entre consciência e inconsciência, encontram-se em xeque (Cardoso, 2007). Trata-se de situações em que as precárias fronteiras do Eu dificultam suas funções (Coelho Junior & Getlinger, 2006) e geram alto grau de instabilidade funcional (Figueiredo, 2008a). Lidar com B., portanto, exigia uma abordagem para além da associação livre, da atenção flutuante, da interpretação e outras balizas inaugurais da clínica freudiana: eram necessários “dispendiosos esforços de imaginação [...] para representar aquilo que o paciente não pode representar” (Klautau et al., 2016, p. 32, grifo das autoras). Logo se viu que a abordagem pertinente ao caso teria que se apoiar especialmente em autores pós-freudianos e contemporâneos cujas contribuições enriqueceram o arsenal clínico psicanalítico – o que não significa que as sementes de tais desdobramentos não possam ser encontradas na obra de Freud, como se pretende indicar na seção seguinte.

Os casos difíceis pensados a partir de Freud

Apesar de Freud não ter se dedicado de modo exaustivo aos denominados “estados-limite” ou “casos difíceis”, há consenso de que alguns de seus textos, em especial os da década de 1930, tocam em pontos que seriam cruciais para se pensar nessas problemáticas além-neuroses (Figueiredo, 2016).² Ao falar, num de seus últimos escritos, do pacto entre analista e paciente que constitui a “situação analítica”, o qual exige que o Eu do analisando tenha se estruturado de forma a manter certa coerência e compreensão das exigências da realidade, Freud (1940[1938]/2018) afirma que tal condição ideal, por vezes, não se apresenta, a exemplo do Eu de um psicótico: “temos de renunciar à ideia de experimentar no psicótico o nosso plano de cura. Talvez para sempre, talvez só temporariamente, até acharmos outro plano mais adequado para ele” (Freud, 1940[1938]/2018, p. 227). Aqui, Freud renova votos que fizera inúmeras vezes antes, como, por exemplo, na conferência *A Teoria da Libido e o Narcisismo*, na qual, ao referir-se às “neuroses narcísicas” ligadas às “perturbações e disrupções do Eu”, diz ser esse o “campo onde devemos esperar os próximos avanços no trabalho analítico” (Freud, 1916-1917/2014a, p. 559).

É o plano de cura, portanto, que teria de se adaptar às especificidades desses pacientes, e não o contrário. Tal disposição fica ainda mais evidente adiante, quando Freud retoma a discussão sobre a margem de influência direta possível e eventualmente bem-vinda no tratamento psicanalítico. Após alertar sobre os riscos de que tal influência, quando excessiva ou descabida, leve à repetição dos mesmos erros que os pais cometeram no passado, Freud afirma: “A extensão da influência que ele [analista] pode legitimamente se permitir será determinada pelo grau de inibição do desenvolvimento que ele encontra no paciente. Alguns neuróticos permanecem tão infantis que também na análise podem ser tratados apenas como crianças” (1940[1938]/2018, p. 230).

Mas qual seria a peculiaridade de tais situações neuróticas que autorizaria a presença legítima de uma dose maior de influência por parte do analista? Diante de tal afirmação, cabem ainda outras questões: o que é que caracteriza uma criança? Do que necessita uma criança? Como os adultos devem reagir diante de uma criança? E como deve um(a) psicanalista se comportar diante de um paciente que se apresenta, no tratamento, como uma criança?

Não é nada novo esse movimento de primeiro alertar sobre possíveis excessos e riscos para, em seguida, apontar situações excepcionais nas quais a interferência maior do analista estaria clinicamente legitimada. Cerca de duas décadas antes, na conferência *Caminhos da Terapia Analítica*, Freud fizera exatamente o

mesmo: primeiro deu o alerta quanto aos perigos de “transformar em propriedade nossa o paciente que se entrega em nossas mãos”, de “impor-lhe nossos ideais e, com a soberba de um Criador, modelá-lo à nossa imagem”; em seguida, apontou a exceção:

Não podemos deixar de acolher também pacientes tão desorientados e ineptos para a vida que será preciso aliar, em seu tratamento, a influência educativa com a analítica, *e também para a maioria dos outros haverá ocasião em que o médico é obrigado a atuar como educador e conselheiro*. Mas isso deve ocorrer com grande cuidado, e o doente não deve ser educado para se assemelhar a nós, mas para liberar e consumir sua própria natureza. (Freud, 1919/2010, p. 288-289, grifo nosso)

Ora, existiriam então casos nos quais pacientes se apresentam realmente desorientados e ineptos para a vida, como verdadeiras crianças – como B. Tais casos deveriam ser diferenciados de outros nos quais, a despeito dos sintomas, angústias, inibições etc. existentes, tal desorientação e tal inaptidão elementares para a vida não estariam presentes. Para estes, o método psicanalítico tradicional faria mais sentido.³ Já para aqueles, a mescla do “puro ouro da psicanálise com o cobre da sugestão direta” (Freud, 1919/2010, p. 292) daria o tom desde o início.

O fato é que, diante da constatação dos limites de sua perspectiva clínica tradicional, em vez de arriscar-se em novas estratégias terapêuticas – como fizera Ferenczi, por exemplo – Freud pareceu reduzir suas ambições terapêuticas, o que acabou por mantê-lo mais atado à sua técnica inicial, oriunda especialmente de sua experiência com as neuroses de transferência (Birman, 1996; Bokanowski, 2000; Haynal, 1995; Maireno, 2017).⁴ De qualquer maneira, suas contribuições possibilitaram que outros analistas formulassem e testassem estratégias diversas a fim de ampliar as possibilidades de tratamento para diferentes configurações psicopatológicas, entre as quais situamos a de B.

A clínica dos casos difíceis a partir de Winnicott

A clínica contemporânea tem se mostrado repleta de casos que não se enquadram nas estruturas neurótica, psicótica e perversa, os quais têm sido denominados patologias-limite, casos-limite, transtorno de personalidade

borderline, pacientes limítrofes ou inclassificáveis, sofrimentos não neuróticos etc. (Figueiredo, 2008a; Junqueira & Coelho Junior, 2017). Nesse campo, destaca-se a contribuição de Winnicott, um dos pós-freudianos que se dedicaram à origem da constituição da subjetividade, em especial do psiquismo dos chamados “pacientes difíceis” (Kloutau et al., 2014).

De acordo com Winnicott (1945/2000, 1952/2000), o bebê vem ao mundo como um ser completamente dependente do seu meio, inclusive num estado inicial de continuidade indivíduo-ambiente. É somente por meio de um ambiente seguro, estável e que proveja os cuidados necessários às suas necessidades que o bebê pode desenvolver confiança no seu ambiente e, dessa forma, constituir um Eu integrado e saudável. Para Winnicott, a perspectiva clínica de Freud foi construída com base em pacientes que receberam uma maternagem suficientemente boa e puderam se constituir enquanto indivíduos inteiros e capazes de se relacionar com indivíduos inteiros – ou seja, cujos limites Eu-outro se constituíram de modo minimamente satisfatório. Tais pacientes correspondem ao “tipo original de tratamento psicanalítico” (Winnicott, 1945/2000, p. 219). Já os “casos difíceis” teriam vivenciado falhas nos cuidados oferecidos pela mãe-ambiente em estágios “anteriores ao estabelecimento da personalidade como uma unidade, e anteriores ao status de unidade em termos espaço-tempo” (Winnicott, 1954/2000, p. 375). Tais casos necessitariam regredir a um estado de dependência na situação analítica, uma “regressão como parte de um processo de cura” (Winnicott, 1954/2000, p. 378).

Teriam os casos difíceis de Winnicott relação com os que Freud designara como os desorientados/ineptos para a vida ou os que apresentam perturbações/disrupções no Eu? Seriam eles os pacientes que demandariam, também na análise, serem tratados como crianças? Ao que tudo indica, é possível compreender que tais casos necessitem de uma clínica que opere com uma abordagem diferente da construída para pacientes neuróticos.

Tais perspectivas winnicottianas resultaram na chamada “clínica do *holding*” ou também “clínica da regressão”, a qual consiste na oferta de um ambiente de sustentação capaz de acompanhar a regressão do paciente à situação de dependência, o que lhe possibilitaria reviver, na situação analítica, as falhas nos cuidados oferecidos nos momentos iniciais de seu desenvolvimento. Dessa forma, o *setting* analítico – incluindo o próprio analista – ganha novo relevo, pois, para que isso ocorra, o ambiente ofertado deve possibilitar a construção da confiança, oferecendo estabilidade, constância e adaptação do analista às necessidades do paciente, este indicando como aquele deve se comportar, mais do que como deveria interpretar (Kloutau et al., 2014).

Cabe destacar que não deve se confundir estabilidade com rigidez; ao contrário: “no processo terapêutico, o manejo clínico deve considerar a necessidade de ser o enquadre analítico a ‘se deformar’ de modo a se adaptar às necessidades do Eu, devolvendo-lhe a confiança e a plasticidade estrutural perdidas” (Mano, 2016, p. 78). O que deve ser permanente, portanto, é a disposição de se sintonizar com o outro, captar suas urgências desde as mais básicas, favorecendo seus reconhecimentos e atendimentos, no mesmo sentido da “preocupação materna primária” (Winnicott, 1956/2000). Com esses pacientes, não se trata da impossibilidade da técnica da interpretação, mas de compreender que ela esbarra em um limite – ou seria na falta/precariedade dele?

De acordo com Winnicott, no caso dos pacientes difíceis, a expressão “desejo do paciente” também se torna inadequada, já que a construção de um indivíduo desejanter implica a construção de um Eu capaz de sustentar, de dar continência ao conteúdo pulsional, possibilitando a expressão de desejos. Cabe lembrar que, desde o cap. VII da *Interpretação dos Sonhos*, mais especificamente no ponto C, entende-se que o advento do desejo depende do sucesso no processo de dar representatividade às “vivências de satisfação” das “grandes necessidades físicas” (Freud, 1900/2019, p. 617).⁵ Estas, uma vez formadas, se tornariam passíveis de posterior investimento, resultando nas experiências alucinatórias de satisfação, cruciais para a organização psíquica infantil.

Daí o cuidado de Winnicott em distinguir necessidade e desejo, especialmente nesses casos difíceis, pois o que está no centro da problemática neles não é de natureza prioritariamente representativa, mas sim o que foi vivido – mal vivido, na verdade – em termos de necessidades e gratificações nos momentos iniciais da constituição psíquica, das delimitações do Eu, e que dificultou ou inviabilizou o acesso à dimensão seguinte, verdadeiramente desejanter. Assim, o paciente que não foi capaz de simbolizar as vivências primitivas apresenta dificuldade em comunicá-las verbalmente e tende a se expressar em ato na vida e na sessão, quando convoca o analista a utilizar seus processos psíquicos em prol da integração do Eu do paciente (Kloutau et al., 2014).

Nessa situação, o analista funciona como um suporte que dá contorno às experiências do analisando e proporciona um ambiente continente, capaz de sustentar essa relação transferencial na qual sua figura real é completamente tomada pelo paciente, que força uma relação do tipo primitiva. Por essa via regressiva, o paciente pode reviver a situação traumatogênica, porém agora num novo ambiente, seguro e estável (Naffah Neto, 2010). Diferentemente da relação transferencial neurótica, na qual, em geral, o analista se serve de interpretações para permitir que o paciente perceba o que está repetindo do

seu passado nessa relação, na transferência com pacientes difíceis o analista não busca interpretar a transferência, mas permitir se identificar com o paciente, sempre com o cuidado de não perder sua orientação para a realidade externa e para consigo mesmo (Naffah Neto, 2010).

Todo esse conjunto de ideias e diretrizes clínicas participaram dos cuidados com B., como se tentará elucidar adiante. Antes, porém, cabe expor alguns detalhes da relação de B. com sua mãe, dado o valor atribuído por Winnicott à relação do sujeito em constituição com seu objeto materno.

A relação materna no caso B.

É possível perceber, na infância de B., especialmente na relação com sua mãe, a instabilidade na oferta dos cuidados necessários e seus efeitos sobre sua constituição psíquica. B. foi a primogênita. Sua mãe engravidara muito nova e não desejava a gestação, o que a levou a tentar o aborto. Segundo a paciente, sua mãe várias vezes dissera ser ela a pior coisa que havia lhe acontecido.

Sua mãe se separou de seu pai quando ainda estava grávida. B. nunca o conheceu nem tinha informações sobre ele. Sua mãe se recusava a falar sobre isso. B. parou de perguntar após perceber que seu interesse pelo pai resultava em brigas e aumento do sofrimento para ambas. Soube que uma vez seu pai tentou procurá-la, mas o padrasto não permitiu o contato.

Ainda bebê, B. morou um período com seus avós, por sua mãe ser muito nova e não conseguir cuidar dela. Pela mesma razão, morou também na casa de amigos e parentes. Sua mãe bebia muito quando ela era criança. B. contou alguns episódios de agressividade, verbal e física, de sua mãe, ao ponto de deixá-la com hematomas nos braços e pernas. B. fora responsável por cuidar de seus irmãos mais novos desde os 6 anos. Muitas vezes batia neles, pois, segundo ela, foi “educada” dessa forma.

Na adolescência, B. abusou de drogas (álcool, cocaína, maconha) e passou a ser agressiva com as pessoas – uma forma, segundo ela, de “descontar” o que vivenciava dentro de casa. Já mais velha, colecionou outras violências: sofreu uma tentativa de estupro por um homem com quem sua mãe se relacionara, e, em seu primeiro casamento, o ex-marido bebia e a agredia.

B. também descreveu a mãe como invasiva desde criança e mesmo após casada. Acrescentou que sentia necessidade de se afastar e fugir dela. Contou que o atual marido a ajudava a “se defender” de sua mãe, pois ele tinha uma voz mais firme – uma espécie de interditor tardio da mãe. Ao mesmo tempo,

B. também tinha grande dificuldade em de fato se desvincular da mãe, buscando na maior parte do tempo não pensar sobre os sentimentos ruins e mágoas a ela associados.

Esse último elemento revela uma dose importante de ambivalência nessa relação primária. Por vezes, tentava justificar os atos de sua mãe alegando as dificuldades que ela também havia enfrentado na vida. Dizia que, se não pensasse sobre as mágoas, poderia talvez esquecê-las e perdoar sua mãe, já que sempre que brigava com ela era tomada por grande sofrimento e vontade de pôr fim à vida.

De fato, B. apresentava histórico de tentativas de suicídio, geralmente ocorridas logo após as brigas com a mãe. Numa delas, pensou em colocar veneno em sua comida e na dos filhos. Na sessão em que contou tal fato a paciente chorou muito, afirmando amar seus filhos e saber que não mereciam isso; porém, em sua cabeça, era a única forma de acabar com o sofrimento de todos. Além disso, não queria que eles tivessem uma infância difícil como a sua, nem “transmitir as suas doenças” para eles.

Considerando o disposto na literatura comentada acima, era de se esperar que tais vivências primitivas repercutissem na relação terapêutica recém-estabelecida. Esse tema será avaliado na próxima seção.

A relação terapêutica com B.

Vê-se que a instabilidade é um elemento marcante na infância de B. A instabilidade na relação com o objeto primário, da qual o Eu depende para se constituir, pode comprometer o processo de constituição psíquica. Na instabilidade relacional, parte da pulsão não é capturada pelo objeto, permanecendo represada, não simbolizada, fora do psiquismo, já que ele ainda não se constituiu. Já a parte da pulsão que consegue se ligar ao objeto possibilitaria a constituição de uma estrutura psíquica, porém precária, com limites frágeis entre as instâncias. Algumas das características percebidas como comuns a esses casos seriam a fragilidade do ego e o arcaísmo dos mecanismos de defesa em ação; outras incluem a não simbolização de conflitos, um polimorfismo de sintomas e relações instáveis com objetos (Junqueira & Coelho Junior, 2017). Logo, a condução desses quadros exige uma participação mais ativa do analista, que deve utilizar especialmente o manejo do enquadre para apostar na possibilidade de construir sentidos junto com o paciente e assim auxiliar na reconstrução dos seus próprios limites (Junqueira & Coelho Junior, 2008).

Para condução do caso de B., a terapeuta buscou desde o início construir nas sessões um espaço de acolhimento, sempre reafirmando ser ali um lugar seguro no qual ela poderia falar de si. No início, a paciente teve dificuldades para entrar em alguns assuntos, mas logo se sentiu confortável, e trouxe para as sessões desde dificuldades ligadas a funções básicas no seu dia a dia até histórias da sua infância, permeadas por muito sofrimento, especialmente quando relacionadas à sua mãe.

Quanto à ambivalência na relação de B. com sua mãe, ela pode ser associada à angústia simultânea de intrusão e de perda de objeto, que costuma ser um elemento comum nesses quadros (Junqueira & Coelho Junior, 2017). Ao mesmo tempo em que B. sentia grande angústia quando sua mãe se aproximava demais e invadia seu espaço, também não se sentia capaz de viver sem ela. Por não haver aparato simbólico para dar conta dessas angústias, elas podem ser descarregadas no corpo ou na passagem ao ato, de formas mais ou menos destrutivas (Chagnon, 2009).

Dessa forma, ainda que às vezes a terapeuta incentivasse B. a falar sobre essa relação e a forma como era afetada por ela, em outros momentos entendia ser necessário apenas acolher as angústias de B. e validar o quanto falar sobre isso lhe trazia sofrimento. A terapeuta transitava, então, entre a postura de despertar os afetos sentidos por B. e a de os acolher, dando-lhes um contorno.⁶

A ambivalência em relação ao objeto também é vivenciada pela figura do analista. De acordo com Coelho Junior e Getlinger (2006), o uso que o paciente-limite tende a fazer do objeto é irregular: ora o analista é visto como único e essencial, ora como frustrador e descartável. Os efeitos contratransferenciais que são provocados no analista costumam ser intensos e desagradáveis, e exigem suficiente “elasticidade psíquica” por parte do analista. Essa elasticidade diz de uma oscilação entre posturas de implicação e reserva (Figueiredo, 2008b), e é essencial para que o analista consiga sustentar a posição de se oferecer como objeto para o paciente, seja para seu investimento ou desinvestimento, numa relação eventualmente bastante fusionada, sem perder o controle sobre seus recursos psíquicos e os limites do seu Eu. No tratamento de pacientes-limite, o analista pode auxiliar o paciente a exercer algumas das funções egóicas ou até mesmo exercê-las por ele: “a partir de uma solicitação transferencial, o analista passa a exercer – no lugar da paciente e por ela – algumas das funções egóicas que faltam a ela, tais como a de atenção, memória e conexão entre conteúdos” (Coelho Junior & Getlinger 2006, p. 158).

No tratamento de pacientes difíceis, é o paciente quem dá indicações de como o analista deve se comportar e quais são suas necessidades (Kloutau et al.,

2014). O analista reage a isso emprestando parte de si e do seu funcionamento mental. Tal empréstimo pode levar a momentos de alta implicação, nos quais o analista pode ser levado a funcionar pelo paciente:

Depois de conectar profundamente as experiências psíquicas e emocionais da paciente e de chegar eventualmente a se misturar (quase simbioticamente) a ela – momento de intensa implicação – torna-se possível ao analista, mais cedo ou mais tarde, recobrar seus recursos psíquicos e retomar seu lugar de analista – recobrando suas reservas. (Coelho Junior & Getlinger, 2006, p. 159)

Em muitos momentos do presente caso, a terapeuta funcionou como um continente a dar limites e acolhimento aos transbordamentos de B. atuados de formas muito intensas (intensificação de seus sintomas corporais, alucinações, agressões etc.). Era comum, nos dias em que estava mais deprimida, que a paciente aparecesse nas chamadas de vídeo num quarto escuro, onde quase não era possível enxergá-la, e com a fala mais lenta e apática. Por meio dessas atuações, a terapeuta ia notando – e, por vezes, comunicando – como ela estava no dia, ainda que ela mesma não dissesse. Nessas situações, não raro a terapeuta percebia-se também inundada pelos afetos da paciente, sua angústia, seu desânimo frente a suas possibilidades de melhora, até mesmo sua raiva da mãe, que provocaram na estagiária uma intensa vontade de que B. se apoderasse desses afetos e se distanciasse de sua mãe.

Era necessário impedir que esses afetos dominassem sua conduta em sessão, tal como faziam com B. Para isso, a terapeuta utilizava seus próprios recursos e funcionamento mental para auxiliar a paciente a estabelecer as conexões entre seus afetos e as situações que ocorriam em sua semana, em sua vida, especialmente na infância. Isso se dava por meio de perguntas ou apontamentos mais diretos, o que auxiliava a paciente a exprimir em palavras, tanto quanto possível, o que ambas estavam vivenciando.

Além de auxiliá-la a estabelecer conexões entre conteúdos, a analista também exerceu muitas vezes a função de memória, lembrando a paciente de alguns compromissos que ela tinha se proposto e que, em pouco tempo, poderia se esquecer. Por exemplo, era comum a estagiária verificar se ela havia cumprido seus deveres, especialmente os relativos às idas da paciente ao CAPS para conversar sobre suas medicações. Também quanto ao benefício social, ela precisava ser lembrada e auxiliada, a fim de compreender informações passadas a ela pela assistente social.

Em muitas sessões, quando B. estava mais desatenta e desorganizada no discurso, devido ao humor mais deprimido ou mais eufórico, a terapeuta tinha de estar ainda mais atenta ao que era dito pela paciente, pois ela facilmente se perdia em suas próprias palavras. Assim, era preciso auxiliá-la a se lembrar do que estava falando ou o que lhe fora perguntado – algo incomum na clínica psicanalítica clássica. Certa vez, B. captou esse funcionamento: em suas palavras, era “como se minha cabeça fosse um quartinho de criança, com um monte de brinquedo espalhado que você tem que ficar organizando. Acho que eu sou desorganizada mentalmente”.

No caso de B., a terapeuta pôde perceber alguns efeitos contratransferenciais significativos, tais como uma sensação de urgência em discriminar os momentos em que B. falava de situações sérias que implicavam riscos para ela e sua família, mas que ela própria narrava como se fosse um fato sem grande relevância. Nesses momentos, a terapeuta adotava uma postura mais diretiva, auxiliando a paciente a perceber esses riscos e orientando-a a conduzir algumas situações – como, por exemplo, apontar a necessidade de levar os filhos ao médico, auxiliando-a até mesmo a encaixar isso em sua rotina.

A terapeuta ainda sentia como se B. estivesse correndo riscos constantes, o que gerava grande preocupação quando ela não estava em sessão. Havia também preocupação excessiva com cada palavra que dizia a B., um medo de como elas poderiam afetá-la. Em suma, era muito premente a necessidade de ajudar e proteger B. Alguns pacientes demandam uma presença total do analista e, por serem dotados de um ego frágil com fronteiras indefinidas, podem se tornar muito aderentes ao analista, tentando de alguma forma “colonizá-lo” psiquicamente – uma forma bastante primitiva de perceber e mesmo construir as fronteiras do seu próprio ego (Coelho Junior & Getlinger, 2006).

A terapeuta também auxiliava a paciente a entender os limites impostos pela realidade e que, muitas vezes, acarretavam impossibilidades para os planos que ela estabelecia para si. Isso era importante tanto para evitar que a paciente se envolvesse em situações de risco, quanto para evitar que as frustrações fossem sentidas de forma muito intensa quando esses planos eram frustrados.

O manejo de pacientes difíceis em um serviço-escola

Os atendimentos psicológicos nos serviços-escola, por vezes, são os primeiros contatos de estudantes de psicologia com a prática clínica, momento permeado por dúvidas e inseguranças quanto à própria capacitação

profissional. Ao se deparar com o atendimento a pacientes difíceis, percebe-se uma intensificação de afetos como a insegurança, angústia e impotência (Cambuí & Ribeiro, 2014).

A presença de afetos associados à insegurança e certa ansiedade também foi sentida pela terapeuta durante o trabalho com B., o que levou a frequentes questionamentos sobre suas intervenções durante os atendimentos, implicando a necessidade de buscar novos materiais que fornecessem suporte teórico e técnico para manejar o caso, processo sempre acompanhado pelo supervisor. A presença desses afetos se associa à pouca experiência da estudante, mas também é efeito dos intensos sentimentos contratransferenciais característicos da clínica com pacientes limítrofes (Cambuí & Ribeiro, 2014).

Se a clínica com pacientes difíceis exige maior presença e disponibilidade por parte do analista, num contexto de serviço-escola, também implica um movimento semelhante por parte do supervisor. Na experiência com B., por exemplo, o supervisor, por vezes, necessitou ser acionado fora do momento de supervisão: certa vez, poucos minutos antes do início da sessão, a paciente informou à terapeuta, por mensagem, que iria faltar, por não estar bem e sentir que não conseguiria falar sobre isso. Nesse momento, a estagiária teve dúvidas entre adotar uma posição mais ativa, insistindo para que a paciente comparecesse à sessão – considerando o histórico da paciente de se pôr em situações de risco quando em momento de intenso sofrimento –, ou se essa insistência para que comparecesse à sessão não estaria associada ao excesso de zelo, percebido previamente como um dos efeitos da relação transferencial-contratransferencial que estava construindo com a paciente. A estagiária optou por solicitar orientação do supervisor, que lhe retornou rapidamente com as recomendações necessárias. Ela pôde, então, proceder de forma mais “incisiva”, instando a paciente a comparecer, um manejo não usual na clínica psicanalítica tradicional. Entende-se o papel do supervisor enquanto um mediador importante da experiência do estagiário no atendimento aos pacientes limítrofes, para dar o suporte necessário para a condução do caso e auxiliá-lo na percepção dos afetos mobilizados, em si, pela relação transferencial com o paciente, para que este não se perca em seus próprios limites.

Por fim, a situação ilustrada também permite refletir sobre os limites impostos pelo funcionamento institucional de um serviço-escola, suas regras em relação a número de sessões, número de faltas e o próprio limite de tempo da formação do aluno, que, por vezes, necessita encaminhar o caso acompanhado para outro estagiário. Esse funcionamento institucional traz efeitos relevantes para o manejo de pacientes difíceis, considerando-se ser comum, nesses casos,

a dificuldade na adesão ao contrato terapêutico, o que costuma trazer desafios para a continuidade dos atendimentos por excesso de faltas e, às vezes, abandonos repentinos do tratamento (Silva et al., 2016). A dificuldade se encontra em como estabelecer um contrato terapêutico que leve em consideração esses movimentos do paciente, que são associados à sua própria estrutura psíquica, mas que se adequa às regras de funcionamento do serviço-escola, que geralmente tem um grande número de pacientes que aguardam, em longas filas, à espera por seu atendimento. Além disso, considerando essas dificuldades na adesão ao tratamento pelos pacientes difíceis e sua tendência a se porem em situações de risco, faz-se necessária uma maior proximidade dos dispositivos da RAPS que ofertem cuidado em saúde mental nas situações de urgência. O serviço-escola, por vezes, não está inserido no território do paciente, e requer uma articulação integrada com os demais dispositivos da rede para oferecer melhor suporte. Essa integração com a rede pública ainda é um desafio e carece de maior investimento para que se construa um fluxo melhor entre os diferentes dispositivos da rede e a universidade (Fam & Ferreira Neto, 2019).

Apesar dos desafios, entende-se que as patologias limítrofes se fazem cada vez mais presentes na contemporaneidade e constituem um tipo de manejo importante de ser vivenciado pelo estudante de psicologia ainda em formação. Realizar esses atendimentos desafiadores amparado pelo contexto institucional e com supervisões constantes é uma oportunidade de aprendizado de extrema relevância.

Considerações finais

O caso aqui discutido aponta para a necessidade de garantir o lugar de analista, em especial nos chamados casos difíceis, de se conter na urgência da demanda por implicação que o paciente pode mobilizar durante seu processo regressivo (Winnicott, 1954/2000), para não perder seus próprios limites e controle sobre seu funcionamento psíquico. Nesse ponto, as supervisões foram essenciais para que a condução do caso – e especialmente para que a terapeuta não se perdesse nas mobilizações intensas de afeto geradas pela relação transferencial. Nas supervisões, pôde-se encontrar as formas de melhor se posicionar frente à paciente, quais momentos exigiam maior implicação, em quais urgia se conter e aguardar para ver como B. lidaria sozinha com algumas situações. Por meio dessa alternância entre implicação e reserva (Figueiredo, 2008b), entre interpeleções, contenções e reconhecimentos (Figueiredo, 2009), foi possível auxiliar

a paciente a (re)construir progressivamente os próprios limites, compor um Eu menos fragmentado, bem como desenvolver algumas funcionalidades egóicas até então bastante comprometidas.

Infelizmente, não foi possível acompanhar como se daria o desenvolvimento do caso se o atendimento houvesse continuado por mais tempo. Depois de um período, B. não conseguiu conciliar sua rotina com a frequência às sessões, embora fosse possível perceber sua vontade de prosseguir. O limite de faltas imposto pelo serviço-escola teve um importante papel nessa interrupção. Por se tratar de um serviço-escola, há algumas regras que, apesar de necessárias, dificultam que esses pacientes retornem após um período de ausência. Uma alternativa consistiria no estreitamento dos laços com a RAPS – o que foi, aliás, tentado no início dos atendimentos –, a fim de dar suporte às flutuações desse tipo de paciente.

Outra reflexão diz respeito à fundamentação teórica e prática oferecida nas universidades a fim de instrumentalizar as(os) estudantes para as especificidades desses pacientes. Se, por um lado, é consenso que uma boa formação psicanalítica passa, necessariamente, pelo mergulho nos textos freudianos, não é difícil concluir, por outro lado, que para determinadas situações tal arcabouço conceitual não basta, revelando a urgência de outros horizontes pós-freudianos e contemporâneos. Como contemplar minimamente bem essas duas frentes de ensino no âmbito das universidades é um desafio para os colegiados de curso de psicologia e demais órgãos que cuidam da formação clínica.

Referências

- Birman, J. (1996). Freud e FÉrenczi: Confrontos, continuidades e impasses. In: C. S. Katz (Org.), *FÉrenczi: História, teoria, técnica* (p. 65-90). Editora 34.
- Bokanowski, T. (2000). *Sándor Ferenczi*. Via Lettera.
- CambuÍ, H. A.; Ribeiro, D. P. S. A. (2014). A clínica dos casos difíceis no imaginário de estudantes de psicologia. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*, 35(1), 113-128. <https://doi.org/10.5433/1679-0383.2014v35n1p113>
- Cardoso, M. R. (2007). A impossível 'perda' do outro nos estados limites: Explorando as noções de limite e alteridade. *Psicologia em Revista*, 13(2), 325-338. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682007000200008
- Chagnon, J. Y. (2009). Os estados-limite nos trabalhos psicanalíticos franceses. *Psicologia USP*, 20(2), 173-192. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51772009000200003

- Coelho Junior, N. E.; Getlinger, P. V. (2006). Fronteiras no trabalho clínico com casos-limites. *Jornal de Psicanálise*, 39(71), 151-169. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352006000200009
- Fam, B. M.; Ferreira Neto, J. L. (2019). Análise das práticas de uma clínica-escola de psicologia: Potências e desafios contemporâneos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39, e178561. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003178561>
- Figueiredo, L. C. (2008a). O caso-limite e as sabotagens do prazer. In: *Psicanálise: Elementos para a clínica contemporânea* (p. 77-107). Escuta.
- Figueiredo, L. C. (2008b). Presença, implicação e reserva. In: L. C. Figueiredo; N. Coelho Junior (Orgs.), *Ética e técnica em psicanálise* (p. 13-54). Escuta.
- Figueiredo, L. C. (2009). A questão do sentido, a intersubjetividade e as teorias das relações de objeto. In: *As diversas faces do cuidar: Novos ensaios de psicanálise contemporânea* (p. 115-130). Escuta.
- Figueiredo, L. C. (2016). Os pacientes borderline e o legado de Freud. In: L. C. Figueiredo; C. Junqueira (Orgs.), *Atendimento psicanalítico de pacientes-limite* (p. 16-23). Zagodoni.
- Figueiredo, L. C.; Minerbo, M. (2006). Pesquisa em psicanálise: Algumas ideias e um exemplo. *Jornal de Psicanálise*, 39(70), 257-278. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352006000100017
- Freud, S. (1900/1961). Die Traumdeutung. In: *Gesammelte Werke* (vol. 2/3, p. 555-578). Fischer.
- Freud, S. (1900/2019). A interpretação dos sonhos. In: *Obras completas* (vol. 4). Companhia das Letras.
- Freud, S. (1911/2010). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento psíquico. In: *Obras completas* (vol. 10, p. 108-121). Companhia das Letras.
- Freud, S. (1912/2010). Recomendações ao médico que pratica a psicanálise. In: *Obras completas* (vol. 10, p. 147-162). Companhia das Letras.
- Freud, S. (1916-1917/2014a). A teoria da libido e o narcisismo. In: *Obras completas* (vol. 13, p. 442-462). Companhia das Letras.
- Freud, S. (1916-1917/2014b). A transferência. In: *Obras completas* (vol. 13, p. 570-544). Companhia das Letras.
- Freud, S. (1919/2010). Caminhos da terapia psicanalítica. In: *Obras completas* (vol. 14, p. 279-292). Companhia das Letras.
- Freud, S. (1920/2010). Além do princípio do prazer. In: *Obras completas* (vol. 14, p. 161-239). Companhia das Letras.
- Freud, S. (1923/2011a). 'Psicanálise' e 'teoria da libido'. In: *Obras completas* (vol. 15, p. 273-308). Companhia das Letras.
- Freud, S. (1923/2011b). O eu e o id. In: *Obras completas* (vol. 16, p. 13-74). Companhia das Letras.

- Freud, S. (1924/2011). Resumo da psicanálise. In: *Obras completas* (vol. 16, p. 222-253). Companhia das Letras.
- Freud, S. (1940[1938]/2018). Compêndio de psicanálise. In: *Obras completas* (vol. 19, p. 189-273). Companhia das Letras.
- Haynal, A. (1995). *A técnica em questão: Controvérsias em psicanálise de Freud e Ferenczi a Michael Balint*. Casa do Psicólogo.
- Junqueira, C. (2016). As transformações da tópica na clínica dos pacientes-limite. In: L. C. Figueiredo; C. Junqueira (Orgs.), *Atendimento psicanalítico de pacientes-limite* (p. 40-58). Zagodoni.
- Junqueira, C.; Coelho Junior, N. E. (2008). Interpretação e manejo do enquadre na clínica de pacientes-limite. *Tempo Psicanalítico*, 40(1), 137-157. https://www.researchgate.net/publication/242779414_INTERPRETACAO_E_MANEJO_DO_ENQUADRE_NA_CLINICA_DE_PACIENTES-LIMITE
- Junqueira, C.; Coelho Junior, N. E. (2017). Acerca da metapsicologia dos limites. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 20(1), 85-101. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982017001005>
- Klautau, P.; Damous, I.; Kislánov, S. (2016). Escutando o não dito: Limites ou possibilidades da clínica psicanalítica?. In: L. C. Figueiredo; C. Junqueira (Orgs.), *Atendimento psicanalítico de pacientes-limite* (p. 24-39). Zagodoni.
- Klautau, P.; Winograd, M.; Lannes, C. (2014). Winnicott e Lacan: A clínica psicanalítica nos limites da interpretação. In: P. Klautau (Org.), *Winnicott e Lacan: Encontros e desencontros* (p. 197-217). Escuta.
- Maireno, D. P. (2017). *Pulsão de morte e seus destinos nas obras de Freud e Ferenczi* (tese de doutorado). PPG em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). <https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/19804>
- Mano, B. C. (2016). Torções do eu: Contribuições sob a perspectiva da análise da estrutura continente do eu. In: L. C. Figueiredo; C. Junqueira (Orgs.), *Atendimento psicanalítico de pacientes-limite* (p. 60-82). Zagodoni.
- Ministério da Saúde (2011). *Portaria 3.088, de 23/12/2011 – Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (2016). *Resolução 510, de 07/04/2016 – Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos envolvam dados obtidos de participantes ou informações identificáveis ou que acarretem riscos aumentados*. https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html
- Naffah Neto, A. (2010). As funções da interpretação psicanalítica em diferentes modalidades de transferência: As contribuições de D. W. Winnicott. *Jornal de*

- Psicanálise*, 43(78), 79-90. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352010000100006
- Naffah Neto, A.; Cintra, E. M. U. (2012). A pesquisa psicanalítica: A arte de lidar com o paradoxo. *Alter: Revista de Estudos Psicanalíticos*, 30(1), 33-50. <https://spbsb.org.br/web/wp-content/uploads/2016/10/02NaffahCintra.pdf>
- Sampaio, M. L.; Bispo Júnior, J. P. (2021). Rede de atenção psicossocial: Avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(3), e00042620. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00042620>
- Sei, M. B.; Skitnevsky, B.; Trevisan, F. M.; Tsujiguchi, I. (2019). Caracterização da clientela infantil e adolescente de um serviço-escola de psicologia paranaense. *Revista de Psicologia da UNESP*, 18(2), 19-36. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442019000300002
- Silva, C. M.; Macedo, M. M. K. (2016). O método psicanalítico de pesquisa e a potencialidade dos fatos clínicos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(3), 520-533. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001012014>
- Silva, M. R. Steibel, D.; Campezzato, P.; Sanchez, L. F.; Barcellos, E. D.; Fernandes, P. P.; Klarmann, R. P. (2016). Andando na corda bamba: Desafios técnicos do atendimento de pacientes borderline. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 18(1), 13-22. <https://cdn.publisher.gn1.link/rbp.celg.org.br/pdf/v18n1a02.pdf>
- Winnicott, D. W. (1945/2000). Desenvolvimento emocional primitivo. In: D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (p. 218-232). Imago.
- Winnicott, D. W. (1952/2000). Psicose e cuidados maternos. In: D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (p. 305-315). Imago.
- Winnicott, D. W. (1954/2000). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico. In: D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (p. 374-392). Imago.
- Winnicott, D. W. (1956/2000). A preocupação materna primária. In: D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (p. 399-405). Imago.

Notas

- ¹ Esta será a forma como a paciente será designada.
- ² São inúmeros os pontos de sua obra em que Freud deixa claro que sua contribuição abarcava particularmente as chamadas “neuroses de transferência”, demonstrando-se ao mesmo tempo reticente quanto à viabilidade da psicanálise diante das “neuroses narcísicas”, por exemplo (cf. Freud, 1916-1917/2014b, 1923/2011a, 1924/2011).

- ³ O trecho grifado na citação, porém, deixa claro que, segundo Freud, mesmo nessas situações neuróticas mais ordinárias podem-se antever momentos em que cai bem a função de analista dar lugar a outras funções psicoterapêuticas, tais como comumente vistas nos educadores e conselheiros.
- ⁴ Segundo Haynal (1995, p. 3), “embora Freud fosse um apaixonado pela exploração teórica, ele nem sempre mostrou o mesmo entusiasmo pela técnica clínica e a relação singular entre paciente e analista.” Já Birman (1996, p. 77) afirma: “Freud tinha horror de sair do registro da interpretação, do ponto de vista do encaminhamento clínico, apesar de colocar questões que levavam a isso. Parece que foi exatamente isso que Ferenczi fez.”
- ⁵ A versão *standard* brasileira da Imago traz “necessidades somáticas” em vez de “necessidades físicas”. No original alemão, Freud (1900/1961) usa o termo *Körperbedürfnisse*, que poderia também ser vertido para “necessidades do corpo”. Entendemos que essa referência explícita à dimensão corporal talvez não seja de pouca importância quando o que está em discussão implica justamente as ideias de limites, de capacidades de contenção e de contorno. “Necessidades corporais” é, aliás, a expressão escolhida por Winnicott (1956/2000, p. 403) para se referir ao patamar mais primitivo do desenvolvimento emocional.
- ⁶ A terapeuta exerceu aqui alternadamente diferentes modalidades de intersubjetividade descritas por Figueiredo (2009), a saber: intersubjetividade traumática, intersubjetividade interpessoal e intersubjetividade transubjetiva.

Contribuição de cada autor/a para o artigo

Ana Beatriz Ferneda: Realização dos atendimentos, seleção e análise dos dados, discussão dos resultados, elaboração do manuscrito e redação.

Daniel Maireno: Supervisão dos atendimentos, discussão dos resultados, redação e revisão do manuscrito.

Não se declararam fontes de financiamento.

Recebido: 28 de setembro de 2022

Aceito: 03 de julho de 2024