

Eugenio Paes Campos



Quem cuida do cuidador?

Uma proposta para os
profissionais da saúde

Eugenio Paes Campos

Quem cuida do cuidador?

Uma proposta para os
profissionais da saúde

Posfácio de Júlio de Mello Filho

2ª edição

Teresópolis | São Paulo
Unifeso | Pontocom
2016

Copyright © 2016 Eugenio Paes Campos
Direitos adquiridos para esta edição
pelas Editoras Unifeso e Pontocom

Preparação e revisão: André Gattaz
Revisão técnica: Dalka Castanheira
Imagem da capa: Maksim Shmeljov, 123RF

Editora Pontocom

Conselho Editorial

José Carlos Sebe Bom Meihy

Muniz Ferreira

Pablo Iglesias Magalhães

Zeila de Brito Fabri Demartini

Zilda Márcia Grícoli Iokoi

Coordenação editorial

André Gattaz

CIP - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

C198 Campos, Eugenio Paes

Quem cuida do cuidador? Uma proposta para os
profissionais da saúde / Eugenio Paes Campos. – 2ª ed.
Teresópolis: Unifeso; São Paulo: Pontocom, 2016. –
(Coleção Feso - Série Teses)

Posfácio de Júlio de Mello Filho

175 p.; 21 cm.

Inclui bibliografia

1. Psicologia social. 2. Psicologia: Suporte social. 3. Saúde
pública. 4. Profissionais de saúde. I. Título.

CDD: 361-4

CDU: 364-4

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SERRA DOS ÓRGÃOS – FESO

Presidente

Antonio Luiz da Silva Laginestra

Vice-Presidente

Jorge de Oliveira Spinelli

Secretário

Luiz Fernando da Silva

Vogais

Jorge Farah

Kival Simão Arbex

Paulo Cezar Wiertz Cordeiro

Wilson José Fernando Vianna Pedrosa

DIREÇÃO GERAL

Luis Eduardo Possidente Tostes

CENTRO UNIVERSITÁRIO SERRA DOS ÓRGÃOS – UNIFESO

Chanceler

Antonio Luiz da Silva Laginestra

Reitora

Verônica Santos Albuquerque

Pró-Reitor Acadêmico

José Feres Abido de Miranda

Diretora de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão

Edenise da Silva Antas

CENTRO CULTURAL FESO PRO ARTE

Presidente do Conselho

Jorge Bragança

Conselho

Antonio Carivaldo Pires

Bruna P. Dodaro

Celso José dos Santos Barreto

Franco Nugnes

Jorge Luis Dodaro

Nélio Paes de Barros

Coordenadora

Michelle Bronstein

Coleção FESO – Fundação Educacional Serra dos Órgãos

A **Coleção Feso**, desde 2004, tem sido o principal meio de difusão da produção acadêmica do Centro Universitário Serra dos Órgãos - UNIFESO, realizada a partir das atividades de ensino, pesquisa e extensão dos seus cursos de graduação e pós-graduação, assim como das suas unidades assistenciais e administrativas. É uma das mais importantes contribuições da Instituição para a sociedade, uma vez que a sua divulgação pode afetar a recondução de políticas e programas na esfera pública e privada, de forma a fomentar o desenvolvimento social da cidade e região.

Todas as publicações são submetidas à política de propriedade intelectual da Instituição e estão organizadas em Séries, com o objetivo de abranger a diversidade da produção acadêmica institucionalizada. A **Série Teses** contempla as pesquisas defendidas para obtenção do grau de Doutor em programas devidamente autorizados ou credenciados pela CAPES, publicadas em formato de livro. Da mesma forma, a **Série Dissertações** abarca as pesquisas defendidas para obtenção do grau de Mestre. Para a publicação de trabalhos de Iniciação Científica, inovação e produção de conhecimento científico e tecnológico tem-se a **Série Pesquisas**.

Contemplando artigos científicos, resenhas e resumos expandidos/textos completos, estas produções são divulgadas em formato de livros (coletâneas), periódicos ou anais, enquanto textos acadêmicos oriundos de processo de certificação de docentes como pós-doutores são publicados em séries especiais. As produções técnicas advindas de trabalhos de docentes, discentes e funcionários técnico-administrativos sobre uma área específica do conhecimento são publicadas

na **Série Produções Técnicas**, que contempla produtos ou serviços tecnológicos (com ou sem registro de proteção intelectual); processos ou técnicas aplicados; cartas e mapas geográficos e trabalhos técnicos. As formas de divulgação destas produções podem ser em meios impressos ou digitais, no formato de cartilhas, POPs (Procedimento Operacional Padrão), relatórios técnicos ou científicos e catálogos. Acompanhando o mesmo formato, a **Série Materiais Didáticos** reúne os trabalhos produzidos pelos docentes e discentes com vinculação aos componentes curriculares previstos nos projetos pedagógicos dos cursos ofertados no UNIFESO.

A **Série Arte e Cultura** abarca as produções artístico-culturais realizadas por docentes, técnicos-administrativos, estudantes, instrutores de cursos livres e artistas locais, assim como as produções desenvolvidas junto aos eventos do Centro Cultural FESO Pró-Arte (CCFP), podendo ser constituída de livros, partituras, roteiros de peças teatrais e filmes, catálogos etc. A **Série Documentos** congrega a produção de documentos institucionais da FESO e do UNIFESO.

Finalmente, cabe dizer que a Coleção Feso organiza a produção acadêmica do UNIFESO garantindo sua difusão e visibilidade. A parceria com a Editora Pontocom possibilitou dar mais um salto qualitativo no sentido de garantir acesso gratuito a esta produção em meio eletrônico (*e-book*). Com isso, o UNIFESO reitera a sua missão de promover a educação, a cultura, a ciência, a tecnologia e a inovação constituindo-se num polo desenvolvimento regional de modo a contribuir para a construção de uma sociedade justa, solidária e ética.

Boa leitura!

PROFA. EDENISE DA SILVA ANTAS
*Diretora de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão –
UNIFESO*

Nota do Editor:

Por opção editorial o texto de apresentação da primeira edição, de autoria do prof. Júlio de Mello Filho, foi incluído nesta edição como Posfácio.

A meus pais e meu irmão que,
do lugar onde estão, iluminam e apoiam
meus passos, fazendo-me sentir acolhido
e estimulado.

À minha mulher e meus filhos que,
através de tanto carinho, dedicação e
paciência, dão sentido e força ao infinito
amor que lhes tenho.

Agradecimentos

À Profa. Angela Podkameni, pela generosidade e pelo carinho sempre demonstrados nos tantos encontros férteis e agradáveis que usufruímos e pela decisiva influência que teve nos rumos da minha produção profissional e intelectual.

À Profa. Monique Augras, a quem aprendi a admirar pela competência, pelo zelo profissional, pela transparência de ideias e atitudes, pela clareza das orientações, e a quem sou extremamente grato pelo acolhimento que me dispensou.

Ao Departamento de Psicologia da PUC-Rio, pela oportunidade de realizar meu doutorado.

Ao Prof. Júlio de Mello Filho, que tem me guiado, como um pai afetuoso e estimulador, pelo campo da psicologia aplicada à área da Saúde.

Aos colegas da equipe do programa de hipertensos, por tudo que realizamos em conjunto e, sobretudo, pela constante troca de afeto, cuidado e prazer no trabalho que compartilhamos.

Aos pacientes do programa, que, na sua simplicidade (e, tantas vezes, no seu sofrimento), ensinaram-me a viver.

Aos colegas das equipes do Programa Saúde da Família – PSF, com quem convivi e com quem conversei sobre “quem cuida do cuidador”.

A Eliane, Renata e Edenise, que, ao se dedicarem com afinco e responsabilidade a tarefas que nos eram comuns, deixaram-me livre para a produção deste trabalho.

À Fundação Educacional Serra dos Órgãos – FESO, que me deu todo o apoio necessário à realização deste trabalho.

Sumário

Introdução à presente edição	15
Introdução	17
1. O profissional de saúde: um cuidador	
1.1 Um cuidador sob tensão	21
1.2 Profissional de saúde-paciente: uma relação cuidador-cuidado	26
1.3 O mundo de hoje e suas repercussões sobre profissionais de saúde e seus clientes	29
1.4 A questão: quem cuida do cuidador?	30
2. Suporte social: um conceito no campo da saúde	
2.1 Surgimento e evolução do conceito	33
2.2 Estrutura e dinâmica do suporte social	37
2.3 O suporte social como moderador dos efeitos do estresse	41
2.4 A repercussão do estresse nos profissionais de saúde	43
3. <i> Holding</i>: um conceito winnicottiano	
3.1 A díade mãe-criança e o conceito de <i>holding</i>	47
3.2 Funções ou tarefas do <i>holding</i>	54
3.3 Relação mãe-bebê-pai: uma troca	57
3.4 Durante a vida adulta, continuamos precisando de <i>holding</i> ?	64
3.5 Profissionais de saúde e <i>holding</i>	68

4. Suporte social: um ato de cuidar	
4.1 Definição do conceito de <i>suporte social</i>	73
4.2 Relação provedor-receptor: uma experiência compartilhada	78
4.3 Suporte social: moderador do estresse, reestruturador do <i>self</i>	81
4.4 Suporte social: reedição de uma experiência básica	82
5. A experiência de uma equipe de “cuidadores”	
5.1 Programa de Atendimento a Hipertensos: descrição da experiência	87
5.2 A dinâmica da equipe	99
6. Quem cuida do cuidador?	
6.1 A proposta de trabalho definida e compartilhada	125
6.2 O desejo comum de cuidar	127
6.3 Os diversos papéis da equipe	129
6.4 A indissociabilidade: cuidar-ser-cuidado	133
6.5 Os círculos de sustentação	135
6.6 A equipe que cuida e é cuidada	140
7. Considerações finais	145
Referências bibliográficas	153
Posfácio (por Júlio de Mello Filho)	157

Introdução à presente edição

Quando publiquei este livro pela primeira vez, em 2005, não esperava que tivesse tanta ressonância. Seu título formula uma pergunta que me surgiu quando trabalhava com uma equipe multiprofissional destinada a atender pessoas hipertensas. Nossa preocupação era, além de atender, cuidar delas.

E cuidar representa a principal vocação de um profissional de saúde, a fonte de satisfação com o trabalho que realiza. Mas lidar com o sofrimento e a morte representa também um fator inexorável de tensão para esses profissionais. Daí, a pergunta: “Quem cuida do cuidador?”

Constato que a pergunta permanece atual e identifico como possíveis razões, de um lado, a própria natureza do trabalho em Saúde, e, por outro lado, as condições atuais em que tal trabalho vem sendo desenvolvido. Destaco dois aspectos fundamentais que alteraram profundamente o exercício profissional: a tecnologia e a competitividade.

A tecnologia trouxe inequívocos avanços nos processos diagnósticos e terapêuticos, mas trouxe também elevação dos custos dos serviços e um certo distanciamento entre o profissional e seus pacientes, agora “separados” pelos procedimentos técnicos. A competitividade, que aliás atinge a todos os setores da economia, vem transformando a prestação de serviços em saúde, num autêntico “balcão de negócios”. As instituições públicas não recebem os recursos necessários para oferecer assistência de qualidade e as instituições privadas, por definição,

buscam o lucro em suas atividades. O profissional vê-se entre a falta de recursos e a obrigatoriedade de gerar lucro para seus empregadores ou contratantes.

Não é de espantar, portanto, que os profissionais de saúde sejam dos mais acometidos pela síndrome de *burnout*, que consiste no esgotamento físico e emocional desses profissionais como consequência do trabalho que realizam.

Frustrados diante da quebra do ideal de cuidar, os profissionais oscilam entre sacrificar-se por manter seus ideais ou sucumbir aos apelos da conjuntura, desligando-se dos seus pacientes como pessoas que demandam cuidados. De um modo ou de outro, os profissionais sofrem e a pergunta permanece no ar: quem cuida do cuidador?

Essa a razão porque decidi reeditar este livro. Na Introdução, descrevo com detalhes como surgiu a ideia e como ela foi tomando forma até que o livro “nascesse”. Espero que, juntos, possamos refletir sobre como buscar apoio para suportar as tensões que o exercício profissional gera, sem que percamos o desejo inicial de cuidar de quem precisa de cuidados. Espero, também, que possamos estabelecer um profícuo diálogo, na busca de descobrir e praticar alternativas que reacendam a esperança de construir, com nossos companheiros de trabalho, uma rede sólida de acolhimento, apoio e cuidado, capaz de resgatar a humanidade dos que nos procuram e do ato que praticamos.

Introdução

Este livro é o produto da tese de Doutorado que apresentei à Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro e cujo objetivo foi a exposição de uma nova modalidade de relacionamento, dentro das equipes de saúde, fundamentada na teoria de Winnicott. A ideia central é a de propiciar aos profissionais de saúde, enquanto cuidadores, a possibilidade de vivenciarem um ambiente de apoio a partir do próprio relacionamento da equipe.

Essa ideia veio se consolidando no decorrer da minha trajetória profissional – que se iniciou na Medicina, onde exerci, como especialidade, a Cardiologia. A princípio chamava-me a atenção a necessidade que tinham os pacientes de algo além do ato de prescrever. Percebia que havia algo além da parte orgânica influenciando a evolução e o tratamento da hipertensão. Era necessário abordar o paciente como um todo, inquirendo-o sobre sua vida, seus hábitos, suas tensões. Instituí o que chamei “segundo tempo da consulta”, quando conversava sobre tais assuntos, e percebi uma relação direta desses aspectos de vida com os sintomas e a forma de tratar a doença. Reconheci que não bastava prescrever, era necessário conhecer o paciente, sua vida, seus hábitos, suas angústias.

Posteriormente, cursei Psicologia, optando pelo seu exercício a partir de 1981. Pouco tempo depois iniciei um Mestrado em Psicologia cujo tema era *Abordagens psicológicas da hipertensão arterial*. Procurando a literatura, deparei-me com o conceito de suporte social e com a proposta de abordagem

dos hipertensos através dos chamados grupos de suporte. Tais grupos eram inseridos num programa de atendimento que envolvia outras atividades e outros profissionais. Na verdade, a doença hipertensiva é multifatorial e seu tratamento demanda, além de medicamentos, a prescrição de dieta, atividade física e redução dos níveis de estresse. Consequentemente, tratar a hipertensão significa abordá-la nesses diversos ângulos. Daí a necessidade de uma equipe de profissionais composta por médicos, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, etc.

Havia, pois, nos programas de atendimento a hipertensos através dos grupos de suporte, toda uma estrutura e uma dinâmica de funcionamento com as quais, aos poucos, fui me familiarizando e que consistia em reunir os hipertensos em grupos e oferecer-lhes, a partir dos profissionais de saúde, um ambiente acolhedor e apoiador. Seria um ato de cuidar, que envolveria, de um certo modo, os próprios hipertensos “se dando apoio”. E cuidar significava preocupar-se, envolver-se, comprometer-se com o “objeto a ser cuidado”. O profissional de saúde, nessa proposta, age como “cuidador” e não como “prescrevedor”.

Naquela ocasião realizei também estudo de campo objetivando identificar e descrever formas de atendimento a hipertensos que envolvessem os aspectos psicológicos desses pacientes (CAMPOS, 1986). Visitei 93 instituições de saúde no Rio de Janeiro, entre hospitais, ambulatórios e centros de saúde. Identifiquei 15 locais que desenvolviam programas de atendimento centrados, sobretudo, na formação de equipes multiprofissionais e de grupos de hipertensos. Em 12 deles existiam psicólogos fazendo parte da equipe.

Pareceu-me, então, haver uma distinção qualitativa quanto ao êxito do programa em função do grau de motivação dos profissionais e da dinâmica de condução dos grupos de hipertensos. A bibliografia ressaltava a importância desses fatores, que transcendiam a consulta médica convencional.

Tais grupos eram descritos como grupos coesos, de apoio ou suporte, dentro de uma categoria maior denominada suporte social. Suporte social designa formas de relacionamento interpessoal, grupal ou comunitário que dão ao indivíduo um sentimento de proteção e apoio capaz de propiciar redução do estresse e bem-estar psicológico. De fato, os hipertensos atendidos nesses programas (e particularmente em alguns deles) aderiam mais ao tratamento e tinham seus níveis tensionais melhor controlados.

Terminado o Mestrado, implantei em 1987, num Posto de Assistência Médica (PAM) do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), um programa de atendimento a hipertensos com uma equipe de médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e nutricionistas. Tomei o cuidado de convidar os profissionais que se mostraram sensíveis à ideia e motivados a participar e me preocupei em organizar uma estrutura que funcionasse como suporte social.

Os resultados obtidos com os hipertensos atendidos pelo programa eram evidentes. Após dois anos de funcionamento, fiz um estudo comparativo dos nossos pacientes com aqueles atendidos na mesma unidade de saúde através do atendimento médico convencional, verificando maior aderência ao tratamento e melhor controle dos níveis tensionais nos pacientes do programa (CAMPOS e LEITE, 1990).

Mais ou menos na mesma ocasião, fui convidado para fazer uma palestra para recepcionistas do hospital onde trabalhava (Hospital das Clínicas de Teresópolis). Deveria falar-lhes sobre qualidade no atendimento. Pensando sobre o que dizer, comecei a imaginar quem eram aquelas recepcionistas, como era efetivamente o seu trabalho. E comecei a palestra expressando-lhes o que havia pensado sobre o cotidiano delas. Em pouco tempo começaram a se manifestar, confirmando o que eu dissera e acrescentando muito mais. A palestra mobilizou o grupo. Todas falavam, até com certa avidez. Disseram

ser a primeira vez que tinham a oportunidade de conversar sobre o assunto. Trabalhavam com os “cuidadores”, de algum modo faziam parte daquela equipe, mas, claramente, precisavam de cuidado. Diziam elas: “como atender bem a um paciente que chega aqui se nós, muitas vezes, estamos precisando mais do que eles?”

Esse fato me despertou para a observação que vinha fazendo, desde o início do programa de atendimento a hipertensos, de que a equipe de profissionais (os cuidadores) merecia atenção especial. Aqueles desmotivados simplesmente não aderiam. E os motivados “vacilavam” no decorrer da tarefa. Lembro-me que àquela época estava havendo a unificação do sistema de saúde e profissionais vinculados ao Governo Federal (através do INAMPS), à Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e à Prefeitura de Teresópolis (através da Secretaria Municipal de Saúde) passavam a trabalhar juntos sob a gerência da Secretaria Municipal. Havia muita tensão e muita expectativa face a diferentes condições de remuneração, ambiente e recursos técnicos dos diversos profissionais. Da minha parte, embora motivado pelo desafio de implantar uma nova forma de atendimento, sentia-me receoso quanto ao seu resultado. E via a necessidade de me apoiar no próprio grupo.

Percebi que os outros também necessitavam de apoio, de um espaço para verbalizar as angústias que os cercavam naquele momento de transição. Utilizávamos, então, as reuniões semanais de equipe para esse fim. Usávamos de franqueza e, identificados pela tensão comum, éramos mais afetuosos e acolhedores uns com os outros. As tensões decorrentes do trabalho eram frequentemente discutidas pela equipe nas reuniões. No auge da crise motivada pela unificação do sistema de saúde, um dos médicos afirmou textualmente que o trabalho junto à equipe do Programa de Hipertensos representava, naquele momento, seu refúgio, pois era ali que usufruía o prazer necessário para suportar as tensões daquela situação.

O profissional de saúde: um cuidador

1.1 Um cuidador sob tensão

Ao reunir minha própria experiência com as observações extraídas do convívio com outros profissionais de saúde, percebo, nesse profissional, um cuidador sob constante tensão. Seu objeto de trabalho é uma pessoa doente. Alguém atingido na integridade física, psíquica e social; vulnerável na sua autoestima. Alguém que expressa sofrimento. Muitas vezes exterioriza sinais ou sintomas difíceis de suportar como deformidades, vômitos, mau cheiro. Demanda intervenções cruentas como curativos, sondagens, amputações. Demanda lidar com quem corre risco de vida e toda a mobilização que isso provoca no próprio doente, nos amigos e familiares que o cercam, exigindo do profissional resultados quantas vezes superiores à possibilidade humana de alcançá-los.

O ser humano doente oferece ao profissional de saúde um desafio quase intransponível em muitas situações: diagnosticar a razão da enfermidade e tratá-la eficazmente. Não fora suficiente, traz também, associadas ao desejo de se curar, manifestas ou latentes dificuldades de investir efetivamente na sua cura. A alguns faltam recursos financeiros. A outros,

apoio familiar. A outros, ainda, disposição interna para se cuidar.

O profissional de saúde, no seu cotidiano, vê-se compelido a suportar um conjunto de angústias, de conflitos, de obstáculos diante de cada ato, de cada pessoa com quem se defronta na prática. Seus pacientes estão sensíveis, vulneráveis, fragilizados. Querem apoio, proteção, segurança. Querem intervenção perfeita e eficaz. Expressam tais sentimentos de forma “ruidosa” ou velada. Estão ansiosos, inseguros, às vezes em pânico. Estão agressivos, exigentes, querelantes. Ou desligados, despreocupados, desleixados ante as prescrições que o profissional lhe faz. Pedem tratamento, mas não se tratam. Precisam de segurança, mas demonstram fortaleza. Querem atenção, mas agridem.

Lidar com o sofrimento implica, muitas vezes, reviver momentos pessoais de sofrimento. Implica se identificar com a pessoa que sofre e sofrer junto com ela. Ou seja, conviver com o sofrimento gera sofrimento. É impossível ficar incólume, por exemplo, se atendemos uma criança com câncer e temos em casa um filho com câncer. Como é difícil suportar a proximidade com alguém que tem o rosto drasticamente deformado; que tem uma doença contagiosa; que vomita diante de nós ou comporta-se de modo bizarro, inconveniente, enlouquecido! Como é difícil ter que amputar uma perna ou fazer um curativo em quem tem o corpo quase totalmente queimado; consolar alguém que define com câncer ou que acabou de perder um ente querido!

O profissional de saúde é chamado a intervir em situações de risco de vida. A angústia, nessas circunstâncias, é extrema. Desde no doente, que sente a morte iminente, como todos nos que o amam e não querem perdê-lo. Talvez aqui reside o auge da exigência feita a um ser humano: transformar-se em deus; num ser onipotente, salvador. O resultado, todos conhecemos: a frustração; a impotência; a sensação de fracasso

diante do inexorável que é a morte. Depois de tantos esforços, de tanto empenho, o “prêmio” é a incompreensão ou a revolta dos que viram morto seu ente querido. A exigência da perfeição e da onipotência permanece no dia a dia dos profissionais de saúde ao lidarem com doentes. Doenças obscuras, de difícil diagnóstico ou de difícil tratamento põem o profissional constantemente diante do sentimento de ignorância, incerteza, impotência e incompetência.

Especificamente no que tange às condições de trabalho, dir-se-á, com razoável segurança, que não são adequadas para a maioria desses profissionais. Aqui o contraste é grande, dada a perversa desigualdade de renda que assola o nosso país, fazendo coexistirem ambientes de trabalho altamente sofisticados e confortáveis com outros (infelizmente a maioria) absolutamente desconfortáveis e precários.

Os recursos tecnológicos, embora maciçamente divulgados na mídia, tantas vezes inexistem nos postos de saúde ou nos hospitais. Os medicamentos e os procedimentos diagnósticos ou terapêuticos são inacessíveis à maioria da população que não tem poder aquisitivo para comprá-los. O profissional vê-se obrigado a atender bem, mas sabe que não tem os recursos adequados para fazê-lo. O dilema se instala, pois, se recusa o trabalho, fica desempregado, e se aceita o trabalho, fica vulnerável. Vulnerável às consequências do seu ato, praticado sem os recursos necessários e suficientes, que recairão sobre ele e só pouquíssimas vezes sobre as instituições e o sistema. Os salários de grande parte dos profissionais de saúde são baixos. Por outro lado, a necessidade de se manterem atualizados é enorme e as oportunidades de capacitação e aperfeiçoamento são reduzidas, por falta de tempo e de recursos. O profissional é levado sorrrateiramente (ou acintosamente) para o despreparo e a incompetência.

O intercâmbio entre profissionais é pequeno na medida em que tradicionalmente o relacionamento com os pacientes

se faz diretamente – e isoladamente – através da díade profissional-paciente. Não é praxe (embora isso ocorra) atender em equipe. O ambiente clássico do atendimento ainda é o consultório ou ambulatório e, mesmo numa emergência ou enfermaria, cada profissional atende seu paciente isoladamente. Tal isolamento contribui para a visão fragmentada dos pacientes, pois como o volume de informações científicas e habilidades técnicas cresce assustadoramente, mais “especialistas” se tornam os profissionais, o que os distancia da visão integrada que deveriam ter dos seus pacientes.

Por outro lado, mesmo quando há a consciência da importância da troca entre profissionais, nem sempre existe disponibilidade de tempo. As pessoas de um modo geral, e os profissionais de saúde em particular, andam muito apressados, têm agendas cheias de compromissos que as impedem de manter encontros considerados necessários. Como cada vez mais os profissionais são remunerados por produtividade (e os valores de remuneração são baixos), mais se obrigam a atender a um número grande de pacientes. Mesmo aqueles que trabalham em centros de excelência estão sujeitos a um regime forçado de trabalho, se querem sustentar um nível de remuneração satisfatório. Os profissionais que recebem por “procedimentos” (intervenções diagnósticas ou terapêuticas que envolvam aparelhos e equipamentos), encontram, como fonte de estresse e insatisfação, a necessidade de conviverem e administrarem suas “máquinas” para que estejam sempre prontas e aptas a gerar dinheiro.

Insisto que o quadro aqui descrito tem “honrosas” exceções na medida que existem – e existem – centros de excelência, locais em que o exercício profissional é ético e competente, com níveis elevados de satisfação para clientes e profissionais. Coloquei aspas nas honrosas exceções porque entendo que elas deveriam ser a maioria e não se constituírem em símbolos e representantes de uma sociedade tão desigual como a nossa.

Embora a intensidade dos aspectos aqui analisados varie de acordo com a categoria profissional ou com a especialidade, sua existência se faz sentir sempre, mesmo naqueles que só indiretamente são responsáveis pelos pacientes, como no caso das recepcionistas. O ambiente vivenciado, o clima, o envolvimento de grupo é o mesmo. Todos têm como objeto de trabalho o ser humano doente. Todos são obrigados, de algum modo, a conviver com a doença e suas consequências. Todos são obrigados a conviver com emoções, sentimentos e conflitos intensos presentes nos pacientes, nos familiares e nos próprios profissionais. Todos são desafiados na sua autoestima frente à expectativa da onipotência que não têm. Todos são obrigados a conviver com a frustração e a impotência. Todos são compelidos a se superarem adotando comportamentos desprazerosos como forma de obter resultados satisfatórios. Todos são obrigados a se confrontar com a realidade da doença e da morte, apontando-lhes a temida, mas inarredável finitude.

Os profissionais de saúde têm em sua personalidade pontos fracos e fortes. São mais ou menos maduros. Mais ou menos emotivos. Mais ou menos éticos. Mais ou menos competentes. Mais ou menos privilegiados socialmente. Não é incomum que os profissionais de saúde carreguem traumas de sua infância. Muitas vezes vivem no seu âmbito familiar conflitos ou dificuldades de ordem afetiva ou material. Sua saúde nem sempre é boa. A saúde dos seus familiares também não. Eventualmente ocorrem separações ou mortes. Enfim, tudo aquilo que é comum a qualquer ser humano, de qualquer profissão. O que os diferencia é a natureza do seu trabalho. É o fato de trabalharem com pessoas doentes. É o fato de serem mal remunerados e terem poucas oportunidades de qualificação. É o fato de se obrigarem a atender a um número excessivo de pacientes, em ambientes e com recursos precários. Não é difícil antever que psicologicamente são, muitas vezes, indivíduos estressados,

com autoestima baixa, sequiosos de reconhecimento, impotentes, sobrecarregados, despreparados, culpados, revoltados, isolados e desamparados.

1.2 Profissional de saúde-paciente: uma relação cuidador-cuidado

O encontro *profissional de saúde-paciente* ou, em outros termos, *cuidador-cuidado*, não é fácil nem linear. Se considerarmos os antecedentes de cada um e a dinâmica do encontro, identificaremos uma série de variáveis interferindo no seu resultado. Um fator primordial que se coloca é a motivação para cuidar. Por que o profissional de saúde se propõe a cuidar de alguém? É lícito supor a existência de alguns motivos como: solidariedade ou disposição de ajudar os outros; empatia; compartilhamento de experiência vivida; responsabilidade social; reconhecimento social; a ideia de ajudar para ser ajudado; de ajudar porque foi ajudado; busca de recursos financeiros; etc. A maioria desses motivos não fica clara. É provável que exista, em cada profissional, mais de um desses motivos, o que dificulta sua compreensão e análise. De qualquer modo, é simplório afirmar que o profissional de saúde é movido pelo desejo de ajudar. Seria mais correto dizer que é isso que socialmente se espera dele.

Eu quero dizer que não existe o “cuidador absoluto”, ou seja, nem sempre se colocar no lugar de cuidador significa ter o efetivo desejo de cuidar, muito menos a plena possibilidade de fazê-lo. Pelo contrário, às vezes o que realmente motiva aquela ação é o desejo de ser ajudado. Em outras ocasiões, o desejo de se beneficiar com a ajuda oferecida. Se buscarmos os motivos de ser cuidado, imaginamos como evidente a existência

de alguma carência, vulnerabilidade ou ameaça que impulsione o indivíduo em direção a alguém (a um grupo ou instituição) que lhe ofereça acolhimento, cuidado, proteção. Mas, certamente, outros motivos existem. A carência pode não ser exatamente aquela explicitada (como a doença), mas outra que se acha velada. Por exemplo, a necessidade de ser aceito, reconhecido ou valorizado pelos outros é fundamental para o ser humano. Quantos de nós adoecemos para sermos vistos?! Podemos em risco a própria vida física, para nos sentirmos reconhecidos, vistos pelos outros. Nesses casos, olhar para a doença não é suficiente. Urge encontrar o sujeito. O ato terapêutico será o olhar. Descobrir aquele que vive (e que sofre) atrás da sua doença.

Às vezes o que queremos é ser tocados. Tocados afetuosamente, carinhosamente, cuidadosamente. Aqui o ato terapêutico passa pelo tocar. A doença pode ainda ser um porta-voz, um interlocutor, ou melhor, um sinalizador ou amplificador. Em outros termos, a doença pode ser uma forma de falar ou uma tentativa de ser ouvido, de estabelecer um diálogo, uma comunicação. Nesses casos não é tanto a doença que precisa ser tratada, mas o que ela significa. De que fala aquela doença? O sujeito quer ser ouvido, quer ser compreendido. O ato terapêutico é ouvir. Descobrir o significado que se esconde atrás da doença.

Percebe-se, pois, que demandar cuidado revela, em princípio, uma vulnerabilidade ou carência que, todavia, pode não ser a revelada: a doença. O que o sujeito quer não é exatamente ser cuidado da sua doença por meio de remédios, exames ou cirurgias, mas, antes, ser olhado, tocado, escutado. Pode também ocorrer, e ocorre com frequência, que o paciente queira ser tratado (cuidado) da sua doença, mas também não queira ou não possa se ver livre dela. Seja porque não é informado das suas consequências, seja por não ter recursos sociais suficientes para enfrentá-la, seja por temer o tratamento, seja por

temer perder os “benefícios” que usufrui com ela. Procura o cuidado, procura tratar a doença, mas não tem o convencimento ou as condições internas necessárias e suficientes para o seu enfrentamento. Pode ser ainda que o indivíduo que busca cuidado não confie, não acredite na possibilidade de encontrá-lo, em função dos seus registros passados. Habitualmente não foi cuidado satisfatoriamente quando criança. Ao se desenvolver, continuou não encontrando quem o cuidasse. Hoje é um descrente. Quer, precisa de cuidado, mas não acredita que exista alguém desejoso e capaz de ajudá-lo.

Existem, por fim, os que se veem inferiorizados, envergonhados ou submetidos diante de quem cuide deles. Habitualmente a inferioridade vem do fato de ter perdido a autonomia, a integridade, a potência. A vergonha advém da aparência (lesões na pele; deformidades); da necessidade de expor o corpo nu ou ser portador de doença discriminada socialmente (como a síndrome de imunodeficiência adquirida – AIDS, por exemplo). E tudo isto pode levar o indivíduo a rejeitar a ajuda. O indivíduo pode sentir a sobrecarga do cuidador e ficar tenso por isso, como o portador de acidente vascular cerebral (AVC) tendo que ser carregado para se deslocar ou alimentado na boca por outra pessoa.

O fato mesmo de se sentir doente carrega um conjunto de significados adquiridos através da vida, desde as primeiras experiências infantis, passando pelas normas, crenças e valores introjetados, que fazem o indivíduo reagir de modo absolutamente pessoal à doença. E, em consequência, ao cuidador. Este, por seu turno, carrega o mesmo conjunto de “impresões” que são singulares, dele, e que, muitas vezes, contrastam com as do paciente. A forma de cuidar (e de receber esse cuidado) sofrerá a influência do conjunto de experiências e crenças da dupla, interferindo nos resultados do cuidado oferecido.

Do mesmo modo, as circunstâncias atuais da vida do cuidador e do cuidado influenciarão sobremaneira o encontro

dos dois. Neste sentido, realço os aspectos já abordados antes no que tange à natureza e as condições de trabalho do profissional de saúde. O estresse do profissional pode ser tão elevado que o impeça de se aproximar do paciente ou que o faça perder a objetividade nos cuidados necessários. Pode levá-lo a se exceder nesses cuidados ou a sentir raiva do paciente, imaginando-o mais acolhido do que ele próprio.

1.3 O mundo de hoje e suas repercussões sobre profissionais de saúde e seus clientes

Pensar no mundo de hoje implica considerar: velocidade; tecnologia; capital. Velocidade cada vez maior em produzir bens e informações. Velocidade cada vez maior dos meios de transporte e comunicação na difusão desses bens e informações. A produção tecnológica aumentada promove disputa por sua geração e aquisição. E promove disputa pelo capital. Cresce a competitividade e a concentração de riqueza nas mãos de um grupo cada vez menor. A produção biotecnológica tem provocado impactos sobre o indivíduo e a sociedade não só expressados pela maior expectativa de vida, a partir do aprimoramento das técnicas diagnósticas e terapêuticas, como por modificações substanciais na estrutura corporal e psicológica, através de intervenções diretas nos órgãos humanos, na sua possibilidade reprodutiva e, até, no seu código genético.

Os seres humanos veem-se hoje diante da quebra da identidade pessoal, da ruptura dos vínculos e normas sociais, da aceleração existencial traduzida pelo consumismo, competitividade e premência de tempo, além de flagrantes desequilíbrios sociais, como: violência, drogas, xenofobia, desemprego e desigualdade de renda. O mundo parece transformar-se num

grande balcão de negócios e o sistema de saúde não foge disso. As pessoas estão atônitas à procura de si mesmas e os profissionais de saúde aí se incluem. É de se esperar que o relacionamento profissional-cliente sofra sérios abalos. É de se prever que, num mundo tão individualista e competitivo, as pessoas (inclusive os profissionais de saúde) revelem dificuldades crescentes no exercício de vínculos próximos, íntimos e afetivos. É de se esperar que a tensão na busca de “um lugar ao sol” afaste cada vez mais as pessoas. É de se prever que, em consequência, aumente a necessidade de se criarem oportunidades para o resgate de encontros tão significativos à constituição e ao exercício humano como aqueles capazes de permitir a troca de amor e reconhecimento; carinho e cuidado; compreensão e acolhimento.

Por tudo que foi exposto, fica clara a complexidade da relação cuidador-cuidado e a necessidade que têm os profissionais de saúde de encontrar um ambiente de suporte capaz de sustentá-los no exercício de suas funções. De lhes propiciar expressar os sentimentos de alguém que também precisa ser cuidado. De, efetivamente, receber cuidados.

Quem lhes oferecerá tal ambiente? Será necessário haver cuidadores de cuidadores? Afinal, *quem cuida do cuidador?*

1.4 A questão: quem cuida do cuidador?

Desde a década de 1970, segundo Caplan (1976), os profissionais de saúde vêm sendo estimulados a funcionar como suportes sociais para seus pacientes, seja individualmente seja em equipe. A literatura é extensa ao descrever o funcionamento de grupos de suporte organizados por profissionais de saúde. Seu uso vem se difundindo, seja em ambulatórios, hospitais ou ambientes comunitários através de grupos de hipertensos,

diabéticos, gestantes, aidéticos, vítimas de violência sexual, conduzidos por equipes de médicos, enfermeiros, psicólogos, etc. No caso dos hipertensos, são médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais da rede de saúde voltados para a prestação de serviços à comunidade, desenvolvendo programas específicos de atendimento aos portadores dessa afecção.

Por outro lado, se considerarmos o estresse cotidiano em que vivem tais profissionais no contato direto com o sofrimento e a morte, fácil é imaginar que, também eles, estejam vulneráveis à doença. Os profissionais de saúde, tanto quanto os pacientes, demandam a necessidade de apoio e suporte. Observa-se que é extensa a literatura sobre grupos de suporte voltados para pessoas e situações de doença ou estresse, mas poucos são os trabalhos que enfocam os profissionais de saúde, não enquanto “cuidadores”, mas enquanto pessoas demandando “cuidados”. Alguns autores têm mencionado a importância de se oferecer suporte aos provedores de cuidados (CAPLAN, 1976; GOTTLIEB, 1983; DI MATTEO e HAYS, 1983). A tendência é propor a existência de cuidadores de cuidadores. Aliás, isto já é frequente, por exemplo, em relação a familiares de pessoas idosas, como demonstra a excelente revisão de Vrabec (1997). Outra tendência é oferecer grupos de reflexão sobre a tarefa profissional como meio de suporte aos cuidadores.

Não há, todavia, na literatura pesquisada, trabalhos que apresentem a proposta de ser, a própria equipe, cuidadora de si mesma. A presente tese lança mão da teoria de Winnicott e, particularmente do conceito de *holding*, para sustentá-la, e apoia-se na experiência vivida naquele Programa de Atendimento a Hipertensos do qual participei desde 1987 até 1996, quando me aposentei. Naquele ano mesmo implantei programa semelhante numa Unidade Básica de Saúde vinculada à instituição de ensino onde trabalho (a Fundação Educacional Serra dos Órgãos). A mesma dinâmica foi proposta e, novamente, a equipe pareceu funcionar como suporte de si mesma.

Parto do princípio de que não há um “cuidador absoluto”, como vimos. O cuidador também precisa ser cuidado. Precisa de alguém que lhe dê suporte, que lhe ofereça proteção e apoio, facilitando seu desempenho, compartilhando, de algum modo, sua tarefa.

Logo, o cuidador demanda reciprocidade. Necessita de alguém alcançável e capaz de funcionar como suporte. Se considerarmos o conceito de suporte social, diríamos que tal suporte, habitualmente oferecido por um provedor a um receptor, passa a ocorrer entre os próprios provedores, que, num dado momento, podem estar na posição de receptores, para, em outro momento, ser provedores de um colega ou colegas que ocupem o lugar de receptor. Esmiucemos essas ideias.

Suporte social: um conceito no campo da saúde

2.1 Surgimento e evolução do conceito

A **complexidade relativa** ao conceito de suporte social expressa-se na análise de sua estrutura e dinâmica, que varia conforme os autores. Os seres humanos organizam-se socialmente formando uma rede de laços (ou relações) interpessoais, constituindo famílias, grupos ou comunidades. Pode-se dizer que a unidade dessa rede ou teia é constituída de duas pessoas em interação. A complexidade é tanto maior quanto mais grupos se formem envolvendo essas e outras pessoas. A rede social natural e básica é a família nuclear, onde todos nós estamos inseridos a partir do momento em que nascemos da união de um homem e uma mulher. E a interação social primária que vivenciamos é com aquela que cuida de nós nos primeiros momentos da nossa existência, envolvida pelo marido-pai, que dá “cobertura” à dupla mãe-bebê. Daí por diante, parentes, vizinhos, companheiros de escola ou de trabalho, clubes e associações, igrejas, grupos de autoajuda, serviços de saúde, etc. compõem a extensa e complexa rede social em que vivemos.

O conceito de suporte social foi sendo construído nos campos da psicologia social e da saúde comunitária, em torno

de duas ideias básicas: de um lado, o estabelecimento de vínculos interpessoais, grupais ou comunitários próximos, proporcionando sentimento de proteção e apoio às pessoas envolvidas e, de outro, a repercussão desses vínculos na integridade física e psicológica dos indivíduos.

Em 1974, Cassel, citado por Gottlieb (1983), relacionou fatores ambientais com saúde e doença, ao identificar pessoas que pareciam não ser afetadas pelo ambiente externo por terem acesso a processos psicossociais protetores da saúde. Cassel referiu-se a esses processos como suportes sociais providos por grupos primários de maior importância para o indivíduo. Este autor, segundo Sarason, Sarason e Pierce (1990), desenvolveu pesquisa em homens e animais acerca dos efeitos moderadores do suporte social sobre o estresse e enfatizou o ambiente social em geral e a presença de outros membros da mesma espécie em particular como agentes ambientais favorecedores do suporte. Cassel destacou a importância de reforçar os suportes sociais do indivíduo mais do que diminuir sua exposição aos fatores estressantes. Bloom, também citado por Gottlieb (1983), corroborou a ideia de que os suportes sociais constituem importante recurso neutralizador dos efeitos do estresse, e trouxe duas conclusões de pesquisa sobre relação entre eventos estressantes e doenças:

- 1) as doenças são induzidas por eventos ocorridos na vida atual da pessoa e não necessariamente por predisposições de longo prazo;

- 2) esses eventos estressantes parecem aumentar a sensibilidade geral às doenças mais do que a sensibilidade a doenças específicas.

Assim, ele propôs que os modelos epidemiológicos buscassem, antes de mais nada, identificar aqueles eventos estressantes com consequências gerais danosas e, a seguir, procurassem reduzir tais consequências. A mais geral implicação das conclusões de Bloom para prevenção primária é destacar o

suporte social como recurso chave para redução das consequências do estresse, devido ao seu “genericamente salutar embora inespecífico efeito na saúde”.

Dito de outra forma, se os eventos estressantes aumentam a sensibilidade geral às doenças e os suportes sociais são capazes de moderar seus efeitos, as ações preventivas devem estar voltadas para o fortalecimento dos vínculos suportivos.

Os primeiros estudos (de Cassel e outros) ainda não se preocupavam em operacionalizar o constructo “suporte social”. Em 1976, todavia, Gerald Caplan e Marie Killilea (1976) publicaram livro sobre *Support Systems and Mutual Help*, que busca sistematizar o conceito ao analisar e descrever os vários sistemas de suporte que permeiam a coletividade humana. Para Caplan, sistemas de suporte implicam padrões duradouros de vínculos que contribuem de maneira significativa para a manutenção da integridade física e psicológica do indivíduo.

No mesmo ano, Sidney Cobb publicou artigo acerca dos efeitos moderadores do suporte social sobre o estresse. Ali, Cobb discute o conceito do que sejam suportes sociais e diz tratar-se de uma determinada forma de relacionamento grupal em que prevalecem as trocas afetivas, os cuidados mútuos e a comunicação franca e precisa entre as pessoas. A rede grupal constituída é solidária, tem papéis definidos e ocorre de maneira constante, continuada. A resultante é um sentimento de coesão e de apoio que empresta ao grupo subsídios para o enfrentamento da realidade, agindo como fator moderador do estresse.

Cobb descreve vários trabalhos que mostram os efeitos moderadores do suporte social sobre o estresse e a ação dos profissionais de saúde na promoção do suporte. Caplan, em 1974, conforme Gottlieb (1983), já estimulava esses profissionais a criarem grupos de suporte com seus pacientes. Pesquisas posteriores mostraram que o suporte emocional oferecido pelo pessoal de cuidados de saúde é benéfico, como a de Auerbach e Kilmann (1977) e a de Whitchere e Fisher (1979), citados

por Sarason, Sarason e Pierce (1990). O conceito de suporte social passa então, a ser efetivamente operacionalizado no campo da saúde, através, sobretudo, dos grupos de suporte oferecidos a portadores de inúmeras doenças, além do “efeito suportivo” obtido da relação do profissional de saúde com seus pacientes.

Para Sarason, Sarason e Pierce (1990), outra fonte de trabalhos sobre suportes sociais vem da psicologia comunitária ao estudar estruturas de apoio comunitário e serviços liderados por profissionais e paraprofissionais, que promovem suporte a pessoas vulneráveis, em crise ou fora das redes suportivas naturais, vítimas de violência; portadores de doenças transmissíveis; pessoas separadas ou enlutadas, etc. Segundo Sarason, Pierce e Sarason (1990), os trabalhos de Bowlby (1969; 1979; 1980, 1988), por sua vez, propiciaram a base para pensar no suporte social como variável de personalidade que tem sua origem nas relações primárias. O conceito vai, desse modo, sendo estendido também no campo da psicologia.

Em 1993, Winemiller e cols. fizeram uma extensa revisão sobre conceito e estratégias de medida em suporte social, em que enumeram uma série de instrumentos utilizados para medi-lo, analisando a especificidade de cada um. Enfocam as diversas categorias que constituem o suporte social, citando artigo de Cohen e Wills, que identificam quatro dessas categorias: afetiva; informativa, instrumental e sociável. Na primeira prevalece o aspecto emocional de troca de amor, de carinho, de acolhimento. Na categoria informativa prevalece o conhecimento, a orientação ou informação propriamente dita. Na instrumental a prevalência é do fazer, do realizar coisas como, cozinhar, lavar roupa, fazer curativo, para outras pessoas do grupo. Na categoria sociável, destacam-se as atividades recreativas ou de lazer praticadas em grupo. De fato, se observarmos o cotidiano, podemos constatar, nos relacionamentos suportivos, ora a predominância do aspecto afetivo, ora do informativo, do sociável ou do instrumental.

Verifica-se, portanto, que embora o conceito “suporte social” seja amplo, abrangente e pouco preciso, mais parecendo um meta-conceito, na visão de Vaux, citado por Hutchison (1999), identificam-se nele alguns aspectos comuns e básicos, como a existência de interações sociais e o objetivo de promover bem-estar como resultado delas. As interações sociais são descritas desde uma relação bipessoal (com um familiar ou confidente) a uma rede social (grupos ou comunidades). E o bem-estar promovido parece repercutir no sentimento de proteção e apoio e na resistência aumentada aos efeitos do estresse.

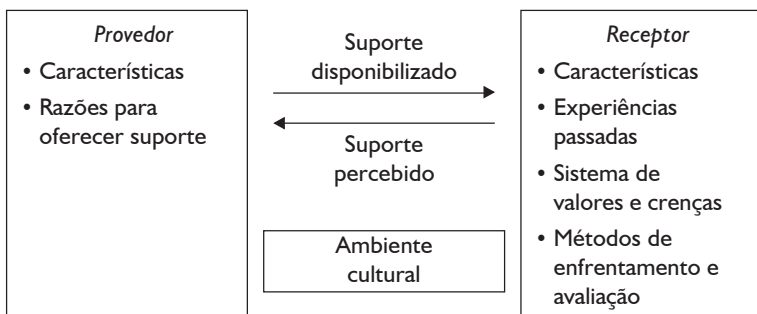
Inúmeras são as definições de suporte social recolhidas da literatura consultada, tais como as de Barrera (1983); Tolsdorf, citado por Di Matteo e Hays (1983); Kahn, citado por Hutchison (1999); Weiss, citado por Gottlieb (1983); Caplan (1976); Antonucci e Jackson (1990); Perrin e Mc Dermott (1997); Hupcey (1997); Cobb (1976). Em síntese, podemos conceituar *suporte social* como *uma forma de relacionamento interpessoal, grupal ou comunitário que dá ao indivíduo um sentimento de proteção e apoio capaz de propiciar redução do estresse e bem-estar psicológico.*

2.2 Estrutura e dinâmica do suporte social

Se partirmos da ideia de que na rede social temos todos uma inserção e, nesse sentido, uma aceitação, poderíamos dizer que toda e qualquer rede social funciona como suporte social. Todavia, se entendermos suporte social como forma de relacionamento interpessoal, grupal ou comunitário que dá ao indivíduo um sentimento de proteção e apoio capaz de propiciar redução do estresse e bem-estar psicológico, fica claro que constitui suporte aquela forma de relacionamento capaz de propiciar o sentimento de proteção e apoio ao indivíduo.

Logo, não basta estar inserido numa rede social, o que de uma forma ou de outra, sempre estamos. É fundamental que essa rede propicie a oportunidade de relacionamentos suportivos. Para que haja um relacionamento suportivo é necessário haver alguém que ofereça ou propicie suporte e alguém que o receba: um provedor e um receptor. Ora, se alguém se propõe a oferecer suporte isto não significa necessariamente que o receptor se beneficie desse suporte. E o que parece claro é que os efeitos positivos do suporte ocorrem quando o receptor consegue percebê-lo como disponível e satisfatório. Em outros termos, o resultado positivo do suporte depende do modo de recebê-lo (embora a quantidade e qualidade do suporte disponibilizado tenha sua influência). Por outro lado, características do provedor e do receptor estarão também influenciando o resultado do suporte, tanto em quantidade como na própria qualidade (positiva ou negativa).

Esquemáticamente, assim podemos descrever a dinâmica de um suporte social:



Verifico que embora variáveis externas ou sociais estejam sempre presentes, a grande maioria dos fatores que integram o funcionamento do suporte social, que constituem o seu conteúdo (ou “ingredientes”, como gosto de chamar), é psicológica: atitudes, percepções ou sentimentos. São esses fatores que geram o sentimento de proteção e apoio que, de algum

modo, influencia o comportamento do indivíduo na direção da saúde. A começar pelo próprio resultado do suporte, que depende de um fato psicológico: a percepção do receptor. E aqui podemos dizer que, nesse fato psicológico, certamente será incluído, como agente importante, o provedor do suporte, no que respeita à forma pessoal de se relacionar com o receptor.

Enuncio, em seguida, alguns fatores que aparecem na literatura que consultei (sem obedecer a ordem de importância) como presentes na dinâmica do suporte social:

- apoio emocional: carinho; amor; consolo;
- suprimento de recursos ou prestação de serviços;
- companheirismo; solidariedade;
- informação; orientação;
- proteção; cuidado; acolhimento;
- valorização; referência social; validação e aprovação; consideração; aceitação; compreensão;
- mutualidade e reciprocidade: comprometimento; preocupação mútua; compartilhamento de tarefas;
- identificação;
- intimidade; familiaridade;
- continuidade;
- esperança.

Ao analisar os vários autores, identifico, como principal característica do suporte social, a existência de relações interpessoais próximas e acolhedoras, capazes de gerar sentimentos, no receptor, de aceitação e reconhecimento. Embora o suporte possa ser oferecido por um grupo ou mesmo uma comunidade, o que parece funcionar é o estabelecimento desse acolhimento e dessa proximidade.

No meu entendimento, quem melhor descreve a dinâmica do suporte social enquanto relacionamento próximo e acolhedor é Cobb (1976). Para ele, três componentes são essenciais ao suporte social: o emocional; o valorativo e o comunicacional.

- *emocional*: sentimento de ser amado, cuidado e protegido;
- *valorativo*: sentimento de autoestima e valorização pessoal (consideração e respeito);
- *comunicacional*: sentimento de pertencer a uma rede de mútua obrigação: algo que pertence a mais de um, ou seja, todos da rede têm acesso às informações, que são compartilhadas por todos.

Para Cobb, o efeito principal do suporte ocorre no receptor à medida que o encontra disponível e satisfatório. Tal condição advém do fato de o indivíduo sentir-se amado, reconhecido e valorizado, acolhido, cuidado e protegido, e participante de uma rede de informações e recursos compartilhados. É essa percepção que lhe empresta força para enfrentar o ambiente, trazendo consequências positivas para seu bem-estar (redução do estresse; aumento da autoestima e do bem-estar psicológico).

Na tentativa de sintetizar os ingredientes do grupo de suporte, eu diria que a condição inicial é que as pessoas estejam juntas de modo relativamente constante. Não há suporte se não há encontro. A seguir, o sentimento amoroso é, talvez, o cerne dessa ligação ou vínculo que o suporte pressupõe. Pois havendo amor, haverá carinho, acolhimento, reconhecimento, aceitação e respeito pelo outro. E haverá ímpeto para cuidar. Cuidar fisicamente. Estar disponível. Por fim, e não menos importante, será a capacidade de se colocar no lugar do outro. De empatizar. De compreendê-lo nos gestos, sentimentos e palavras. De trocar informações de modo franco, aberto, transparente, buscando e dando esclarecimentos claros e precisos. Em suma: constância, carinho, cuidado e comunicação representam a base dos grupos de suporte, que constituem excelente recurso terapêutico coadjuvante para lidar com pessoas doentes física ou psiquicamente, estressadas ou vivendo situações

de crise existencial. Seu objetivo é promover coesão e apoio. É reforçar o *self* do indivíduo, elevando sua autoestima e autoconfiança.

2.3 O suporte social como moderador dos efeitos do estresse

A formação de grupos parece favorecer a adaptação e sobrevivência da espécie. A teoria dos sistemas de Bertalanffy, a homeostase de Cannon e a síndrome geral de adaptação de Selye corroboram a ideia de interligações harmônicas, coesas e suportivas entre indivíduos, como necessárias para a construção de unidades maiores (os grupos) e sua sobrevivência. Cassel (citado por Mc Queen e Celentano, 1982), ao rever uma série de estudos no homem e em animais, afirma que há dois mecanismos que medeiam o estresse: a capacidade de o organismo se ajustar fisiológica e psicologicamente ao ambiente, e a possibilidade de obter suporte no grupo. E, como já disse, Cassel destaca a importância de reforçar os suportes sociais do indivíduo mais do que diminuir sua exposição aos fatores estressantes. Desse modo, o estresse, ou melhor, seus efeitos estariam intimamente ligados à maior ou menor presença de suportes sociais.

Se, por um lado, inúmeros são os trabalhos clínicos e experimentais que vinculam estresse social a doença, como os citados nas excelentes revisões de Jalowiec e Powers (1981); Shapiro e Goldstein (1982) e Mann (1984), outros mostram os efeitos moderadores dos suportes sociais sobre o estresse e, em consequência, sobre as doenças, como os de Wolf (1971); Groen (1971, 1975); Eckenrode e Gore (1983); Kaplan e Toshima (1990); Eskin (1993) e Strogatz (1997). Cobb (1976) cita uma série de trabalhos que apontam para os efeitos moderadores

dos suportes sociais em relação às doenças: Nuckolls, por exemplo, estudou 170 mulheres grávidas registrando as complicações ocorridas durante a gestação. Aplicando uma escala de eventos estressantes e outra de suportes sociais a essas mulheres, pôde constatar a elevada incidência de complicações (91%) naquelas com pouco suporte e muitos eventos estressantes contra 33% de complicações nas que enfrentaram muitos eventos estressantes, mas receberam bastante suporte social. Cobb cita também trabalho de Haynes e Sackett, revedendo 22 artigos sobre aderência a regimes terapêuticos, encontrando correlação positiva com adequados suportes sociais em 15 deles.

Rosengren e cols. (1993) desenvolveram estudo objetivando correlacionar eventos estressantes com mortalidade e suporte social. Foram pesquisados 752 homens de 50 anos na Suécia e, após sete anos, registradas 41 mortes. Mediu-se a incidência de eventos estressantes no ano anterior ao início da pesquisa e o nível de suporte social das pessoas. Concluiu-se que a incidência maior de eventos estressantes aumentou a mortalidade e que o nível de suporte social protegia os indivíduos reduzindo a mortalidade. O autor destaca que os resultados devem ser recebidos com prudência devido ao número pequeno de casos estudados, mas refere que outros trabalhos têm apontado na mesma direção, parecendo que o suporte social aumenta a resistência psicológica aos efeitos do estresse.

Em síntese, o suporte social parece aumentar a capacidade de o indivíduo lidar com o estresse, provavelmente modificando a forma de percebê-lo e enfrentá-lo, e de combater as doenças, favorecendo a adesão ao tratamento. Entendo que a base desse “fortalecimento” seja o aumento da autoconfiança e da autoestima que a percepção do suporte propicia.

2.4 A repercussão do estresse nos profissionais de saúde

Mais recentemente, bastante atenção vem sendo dedicada às consequências do estresse do profissional de saúde e aos meios de combatê-lo. Inúmeras pesquisas têm demonstrado, sobretudo entre médicos, uma elevada prevalência de estados de estresse, que atingem a exaustão, caracterizando a síndrome do *burnout*. Segundo Alonso e Granado (2001), a síndrome foi descrita pela primeira vez em 1974 por Freudenberg e se refere a um estado de esgotamento devido a estresse ocupacional prolongado. Tal síndrome afeta sobremaneira os profissionais de saúde que, em seu trabalho, lidam com pessoas que sofrem. Ainda segundo as autoras, Maslach, em 1976, definiu o termo *burnout* como uma síndrome de esgotamento psíquico e emocional com desenvolvimento de imagem negativa de si mesmo, atitudes negativas face ao trabalho e perda de interesse pelos pacientes. Para Maslach, três elementos identificam a síndrome:

- esgotamento físico ou psíquico, também chamado exaustão emocional;
- despersonalização, entendida como desinteresse pelos pacientes (alguns autores chamam de desumanização);
- sentimento de irrealização pessoal com atitude negativa face a si mesmo, desânimo e retraimento.

Uma série de estudos citados por Alonso e Granado (2001), realizados em diferentes países, aponta para alta prevalência da síndrome do *burnout* entre os profissionais de saúde, embora ela não seja exclusiva desses profissionais. Os sintomas mais comuns identificados são: cansaço; ansiedade; irritabilidade; indiferença; pessimismo; pensamentos obsessivos; perda da autoestima; transtornos físicos (somatizações);

consumo de álcool e psicofármacos; insônia, depressão e até suicídio. Ocorrem distúrbios nas relações familiares e deterioração das relações de trabalho como absenteísmo; atitudes defensivas; baixa de rendimento; conflitos com os colegas e pacientes, entre outros.

As autoras descrevem diferentes estudos que tentam relacionar os possíveis fatores de risco para a síndrome do *burnout*, seja em relação ao profissional (obsessividade; perfeccionismo; tarefas familiares somadas à sobrecarga de trabalho; *falta de suportes sociais*, etc.), seja em relação à organização de trabalho (falta de reconhecimento; nível baixo de organização de serviço; excessivo envolvimento emocional com os pacientes; sobrecarga de trabalho, entre outros).

Alonso e Granado destacam também, no que tange ao relacionamento entre profissionais: *falta de tempo para comentários e troca de dúvidas com a equipe; falta de tempo para reflexão ou supervisão do trabalho; conflito de papéis e falta de comunicação*. A síndrome parece ser o resultado de um acúmulo de estresse ocasionado pela natureza do trabalho, condições em que é exercido, tipo de relacionamento vivido com clientes e colegas e características pessoais do próprio profissional.

Dentre as medidas sugeridas por Alonso e Granado para prevenção do *burnout* em relação às equipes de atenção básica (que constituem o foco do estudo publicado), estão: favorecer a comunicação entre os vários profissionais; melhorar a organização de serviço e distribuição equitativa e clara das tarefas assistenciais; fomentar a participação de todos nas tomadas de decisão; estimular atividades lúdicas ou sociais; criar grupos de reflexão e supervisão; *dar atenção especial aos profissionais que estejam apresentando sinais ou sintomas da síndrome*.

Neste sentido, transcrevo algumas informações extraídas do Jornal do Conselho Federal de Medicina (CFM) de agosto-

setembro-outubro de 2003, como a criação, em 1998, do Programa de Atenção à Saúde do Médico Enfermo – PAIME, por meio de convênio entre o Departamento de Sanidade da Generalidade da Catalunha e o Colégio Oficial de Médicos de Barcelona. É interessante assinalar que em julho de 2003, o Conselho Federal de Medicina instalou uma comissão com a finalidade de elaborar um programa semelhante ao espanhol, voltado aos médicos brasileiros.

Segundo Rubens dos Santos Silva, secretário geral do CFM e coordenador das atividades preliminares do Programa, “o objetivo principal desta ação é fazer com que o médico, que diariamente se preocupa com a saúde de seus pacientes, passe a estar atento à sua própria saúde, com prevenção e orientação. Consideramos muito importante conhecer a experiência espanhola, pois estamos elaborando o programa brasileiro”. Jaume Roige, membro do Colégio Médico de Barcelona, em palestra proferida por ocasião do Encontro Nacional dos Conselhos de Medicina, promovido pelo CFM em Brasília, declarou: “por paradoxal que possa parecer, a saúde dos profissionais da área sanitária, em especial a dos médicos, não está devidamente atendida”. Dentre os fatores que favorecem o aparecimento de enfermidades nos médicos, destacou-se a própria falta de políticas e programas adequados para tratamento do médico.

Não obstante haver preocupação com a saúde dos profissionais, as soluções propostas parecem permanecer no modelo tradicional de tratamento das doenças, mais do que em tentativas de promoção e prevenção da saúde desses profissionais. A dinâmica do suporte social cria condições de sustentação para o enfrentamento do estresse cotidiano e pode funcionar como agente preventivo da eclosão de doenças.

Apesar da complexidade do conceito e imprecisão de alguns instrumentos utilizados para medi-lo, a ideia referente ao que seja suporte social parece produtiva e merecedora de

investigações que o tornem, cada vez mais, um recurso coadjuvante de grande valor terapêutico, ao alcance dos que se propõem, como os profissionais de saúde, a contribuir para o restabelecimento ou preservação do equilíbrio biopsicossocial das pessoas. Do mesmo modo, parece clara a necessidade de que seja dada “atenção especial” ao próprio profissional, estressado em função da natureza do seu trabalho que é, particularmente, o de se oferecer como “cuidador”. O profissional age como suporte social, seja individualmente, seja por meio de grupos de pacientes, por ele coordenados. Mas esse profissional também demanda cuidado, também demanda suporte. Como oferecê-lo? Quem o fará? Nossa proposta é buscar, à luz de Winnicott, um referencial que nos permita responder à questão: quem cuida do cuidador?

Holding: um conceito winnicottiano

3.1 A díade mãe-criança e o conceito de *holding*

O conceito de ***holding*** ocupa lugar central na teoria de Winnicott e se refere ao conjunto de cuidados que o ambiente, sobretudo representado pela mãe, dispensa ao bebê. Compreendemos sua importância se considerarmos a expressão de Winnicott (1982, p. 40): “o lactente e o ambiente juntos formam uma unidade”. É que dada a fragilidade e imaturidade do bebê, ele necessita fundamentalmente de alguém que cuide dele, para sobreviver e “nascer psicologicamente”, como diria Margareth Mahler (1977). Embora exista em cada criança ao nascer, um potencial herdado que a predisponha a “ser”, que a impulse numa “linha de continuidade de ser”, obrigatória se faz a presença de alguém, humano, capaz de captar e suprir suas necessidades.

Entendo que há, aqui, uma ênfase na relação indissociável entre “cuidador – cuidado”. E destaco que isso implica num desejo/necessidade que se completam: o bebê precisa ser cuidado e a mãe deseja cuidar. Talvez pelo fato de ter sido pediatra, habituado a lidar com a díade mãe-criança, Winnicott foi cunhando a ideia, cada vez mais prenante, de uma “unidade”

entre um bebê absolutamente dependente e um ambiente (representado pela mãe) provedor de cuidados. A “boa” provisão ambiental é que permitirá o satisfatório desenvolvimento psicológico da criança. Ou seja, os cuidados oferecidos devem ser de uma ordem tal que atendam às necessidades do bebê. Há que haver uma determinada “qualidade” nessa provisão.

Mas em que consistirá essa “boa provisão ambiental”? Segundo Winnicott, tudo começa antes mesmo do nascimento da criança. Eu me arrisco a dizer que tudo talvez comece no desejo de ter um filho, de estabelecer um vínculo com alguém que seja fruto da nossa “criação” e de quem possamos cuidar. De qualquer modo, é a gravidez que se “incumbe” de propiciar à mãe um estado especial, uma “quase doença”, que aguça sua sensibilidade e que propicia uma intensa identificação com seu filho. Eu diria que não basta desejar ter um filho, mas é crucial disponibilizar-se integralmente para ele, pois não há de ser um mero relacionamento ou uma provisão “mecânica” de cuidados que atenderá às necessidades do bebê. Esta poderá, no máximo, permitir a continuidade física do bebê, mas não favorecerá o seu “nascimento psicológico”. Estamos falando de um ser frágil, vulnerável, incapaz de lançar mão de recursos próprios para lidar com o ambiente. Talvez por isso o “segredo” seja o fato de a mãe ser “tomada” desse tal estado de sensibilidade que Winnicott chamou de “preocupação materna primária” e cujo objetivo é, em última análise, cuidar satisfatoriamente do bebê.

Já escrevi muito sobre esse assunto, sob o título “preocupação materna primária”. Neste sentido, as mães se tornam capazes de se colocar no lugar do bebê, por assim dizer. Isto significa que elas desenvolvem uma capacidade surpreendente de identificação com o bebê, o que lhes possibilita ir ao encontro das necessidades básicas do recém-nascido, de uma forma que

nenhuma máquina pode imitar, e que não pode ser ensinada. (Winnicott, 1999a, p. 30)

Quero destacar pois, em primeiro lugar, o desejo amoroso que, para o autor, expressa “uma vontade e uma capacidade de desviar o interesse do seu *self* para o bebê” (Winnicott, 1997, p. 21). É um ato de despojamento, de entrega total, típico de quem ama. A mãe se coloca no lugar do bebê, desenvolve, como diz Winnicott, “uma capacidade surpreendente de identificação com o bebê”. É essa identificação que lhe propicia compreender, captar as necessidades do bebê, do contrário, como atendê-las satisfatoriamente? Estamos tratando de crianças muito pequenas, incapazes ainda de se comunicar verbalmente. A motivação para cuidar provavelmente mobiliza no cuidador a necessária agudeza de sensibilidade que lhe permite captar as necessidades de quem é cuidado. Ir ao encontro das necessidades básicas do bebê significa a possibilidade de a mãe captar suas mensagens de forma pronta e eficaz. A “boa captação” é fundamental para o “bom cuidado”. Se cuidar representa um conjunto de “providências” que contribuem para a sobrevivência e bem-estar do bebê, como cuidar bem sem “entender”, sem “captar” adequadamente e prontamente suas necessidades?

Assim, pela identificação com o bebê, a mãe consegue “chegar” até ele, sentir “na própria carne” suas necessidades. Ao sentir-se como o bebê, a mãe adquire a capacidade de captar, de entender suas “mensagens” e, desse modo, prontamente, empaticamente atendê-las. Diz Winnicott (1982, p. 41), quando se refere à criança bem pequena, ao infante – sem fala:

Neste estudo a palavra *infante* (lactente) será usada para se referir à criança muito nova. É preciso dizer isto porque nos escritos de Freud a palavra algumas vezes parece incluir a criança até a passagem do complexo de Édipo. Na verdade a palavra *infante*

significa 'sem fala' (*infans*), e não é inútil pensar na infância como a fase anterior à apresentação das palavras e uso das palavras como símbolos. O corolário é que ela se refere à fase em que o infante (lactente) depende do cuidado materno que se baseia na *empatia* materna mais do que na compreensão do que é ou poderia ser verbalmente expresso.

E a empatia é a possibilidade de nos colocarmos no lugar do outro. De sentir como ele. De ser "igual" a ele. Eu diria que a empatia tem por base a identificação que predispõe à comunicação direta, transparente, mãe-bebê. Aliás, *Winnicott dá ênfase ao que ele chama de comunicação silenciosa ou direta*, que se verifica na relação mãe-bebê e que constitui um dos "pilares" do *holding*. Ao bebê falta ainda a capacidade de se comunicar verbalmente. Falta-lhe a capacidade de perceber a realidade de forma objetiva, discriminada. Falta, até, a capacidade de se perceber como ser diferenciado. Ao desenvolver a ideia de comunicação silenciosa ou direta, Winnicott enfatiza que a mesma não se faz por palavras. O bebê comunica suas necessidades corporalmente, através do sorriso ou choro, enrubescimento ou empalidecimento, olhares, agitação psicomotora ou prostração, transpiração, odores. Se a mãe estiver "imersa" naquele estado de total dedicação e identificação com o bebê, "saberá" captar sua linguagem e a "resposta" se fará através do pronto atendimento das necessidades "manifestadas".

Seria uma pena dar exemplos, a menos que fosse para mostrar que ninguém, a não ser um poeta, seria capaz de dizer com palavras aquilo que pode variar de infinitas maneiras. Alguns pormenores, contudo, talvez sejam úteis para ajudar o leitor a saber como é a necessidade quando um bebê se encontra em estado

de dependência. Há, primeiro as necessidades do corpo. Talvez seja preciso que alguém levante o bebê e o vire de lado. Talvez ele precise de mais aquecimento, ou de menos roupas, para que a transpiração possa ocorrer. Pode ser, também, que a sensibilidade de sua pele precise de um contato mais suave como, por exemplo, o da lã. Talvez ele sinta alguma dor, cólicas, por exemplo, e por alguns momentos precise ser colocado no ombro. A alimentação deve ser incluída entre essas necessidades físicas. [...] Talvez o bebê precise deixar-se envolver pelo ritmo respiratório da mãe, ou mesmo ouvir e sentir os batimentos cardíacos de um adulto. Talvez seja-lhe necessário sentir o cheiro da mãe ou do pai, ou talvez ele precise ouvir sons que lhe transmitam a vivacidade e a vida que há no meio ambiente, ou cores e movimentos, de tal forma que o bebê não seja deixado a sós com os seus próprios recursos, quando ainda muito jovem e imaturo para assumir plena responsabilidade pela vida. (Winnicott, 1999a, p. 75-76)

O bebê precisa se comunicar e o faz corporalmente. A mãe também se comunica corporalmente. “Diz-se” o que é sentido. Capta-se o que é expressado. Aqui não há cuidador e cuidado, mas dois seres que se comunicam e o fazem através da experiência, da vivência. Não há elaboração (ou subterfúgio). Não há hierarquia. O que existe é a reciprocidade ou mutualidade, no dizer de Winnicott (1994, p. 199): “Esta mutualidade pertence à capacidade que a mãe tem de adaptar-se às necessidades do bebê”.

Por isso, a comunicação é direta, porque transparente, sem subterfúgios e silenciosa, porque sem palavras. A comunicação silenciosa ou direta reduz as diferenças e os discursos e institui a reciprocidade e a vivência.

Davis e Wallbridge (1982, p. 133 e 134), ao analisarem o tema da comunicação entre mãe e bebê para Winnicott, assim se expressam:

Winnicott acreditava que a mutualidade baseia-se na preocupação impensada e contínua da mãe com as necessidades do seu bebê, enquanto que é, ao mesmo tempo, uma experiência tanto para o bebê como para a mãe e, portanto, reforçando igualmente a capacidade da mãe de identificar-se com ele. [...] À medida que o bebê começa a ter momentos de relação com uma mãe que é “não-eu”, sua criação da mãe começa a incluir a ideia de que a mãe é, ou faz, como ele mesmo. Ele começa a perceber que as experiências de mutualidade são experiências compartilhadas. Este é o começo da empatia entre os indivíduos.

Entendo que é assim por se tratar de um fenômeno primário ou constitutivo, que visa habilitar um indivíduo adulto a cuidar (e socializar) um bebê imaturo e dependente. A sensibilidade do adulto deve se aguçar para alcançar um nível de compreensão que antecede as palavras e a intelectualização e possibilita captar as demandas do “infante”. Os “instrumentos” de comunicação devem ser aqueles capazes de tornar viável o “diálogo” (e, em consequência, os cuidados). *O ato de cuidar deixa de ser um ato de superioridade, de desnível, de unilateralidade para ser um ato recíproco, de experiência compartilhada*. Logo se vê que não é um ato de palavras, mas de vivência. Não é um ato de dar. Mas de trocar.

Se a comunicação constitui um dos “pilares” do *holding*, o outro é constituído pelo cuidado dispensado pela mãe ao bebê. Cuidado que é intimamente ligado à comunicação, pois que, para que ele aconteça, forçoso é haver pronta e empática captação das necessidades manifestadas pelo bebê, ao mesmo tempo

em que o ato de cuidar parece transmitir algo de significativo ao bebê: transmite amor, interesse e preocupação. Winnicott enfatiza a qualidade amorosa desse cuidado ao associar o manejo adequado do bebê ao envolvimento afetivo da mãe. Para ele, há que haver um desejo afetivo em relação ao bebê, ou seja, uma relação amorosa que a mãe nutre e que a leva a buscar proximidade com seu bebê. Por isso o ato de segurar não é físico, mas amoroso.

Dito em outros termos, cuidar, no sentido do *holding*, implica amar como condição prévia. *O ato de cuidar é a materialização de um sentimento de amor*. E aqui se entende porque atos físicos, concretos, materiais podem adquirir significado se realizados com amor. Muitas vezes o registro que o indivíduo faz não é aquele do ato concreto (nem sempre compreendido), mas o conteúdo afetivo que ele carrega. Até o ato concreto de a mãe falar com o bebê não tem significado a não ser pela “melodia” afetiva que ele encerra. Pelo encontro que ele propicia. O verbo to *hold* quer dizer conter, segurar, sustentar e se refere basicamente ao ato de a mãe segurar fisicamente o seu bebê. Mas quer dizer muito mais à medida que, através dele, a mãe comunica amor, comunica seu envolvimento afetivo com ele. Não é um ato mecânico. É um ato expressivo, significativo, pleno de conteúdo e de desejo. O desejo de cuidar. O vínculo que se cria, o laço que se faz é movido pelo desejo, sustentado pelo amor. Amor enquanto preocupação com o ser do outro. Amor que motiva, que dá força para compreender e para cuidar.

Podemos destacar como síntese da “boa provisão ambiental” a que me referi, ou como “ingredientes” (como, gosto de chamar) essenciais ao “bom” *holding*, de um lado, a captação das necessidades do bebê e, de outro, o modo como a mãe atende a essas necessidades. O atendimento envolve o ato físico de segurar o bebê, mas também a forma, amorosa, de fazê-lo e todo o conjunto de cuidados oferecidos pela mãe. O entendimento pressupõe a disposição empática da mãe, que lhe

permite captar as necessidades do bebê. Em síntese, na comunicação primitiva mãe-bebê, o “campo de linguagem” utilizado é a experiência vivida de cuidar-ser-cuidado. O bebê se expressa com o corpo e a mãe responde com cuidados (que envolvem seu corpo, seu rosto, seu olhar, seus sentimentos e atitudes).

3.2 Funções ou tarefas do holding

Se perguntamos antes em que consiste a “boa provisão ambiental”, cabe-nos agora questionar suas funções ou tarefas. Para Winnicott, cuidar é essencial porque o bebê ao nascer é frágil e imaturo e necessita realmente de uma pessoa que cuide dele no início. Embora a criança nasça com um potencial herdado para crescer e se desenvolver, tal potencial por si só não é suficiente para garantir a sobrevivência. Aliás, no início, o bebê não tem percepção de ser uma pessoa, uma individualidade e se “confunde” com o ambiente cuidador, num estado de “fusão” com a mãe. Como diz Mello Filho (1995, p. 33): “o bebê funciona logo após o nascimento como um somatório de partes físicas e psíquicas não integradas, necessitando do contato com a mãe para, aos poucos, adquirir a noção de ser um todo unitário e coeso”.

Verifica-se que a primeira função do *holding* é garantir ao bebê evoluir do estado de não-integração para a integração. É “reunir os pedaços” num todo unitário e coeso. Em outros termos, é dar garantia à linha de continuidade do ser, que permitirá ao indivíduo sentir-se “eu sou”.

Outra função importante do *holding*, na visão de Winnicott, é a personalização ou o “residir da psique no soma” e que, na sua visão, está intimamente relacionada ao cuidar materno. A personalização completa o ciclo de diferenciação eu-não-eu,

através da aceitação dos “limites que a pele fornece”, como dizem Davis e Wallbridge (1982).

Integrar e personalizar são, em última análise, as “funções” exercidas pelo ambiente que emprestam ao bebê a possibilidade de se sentir psicologicamente um indivíduo, um ser unitário, diferenciado.

A tarefa de “apresentar objetos” à criança, segundo Winnicott, dá início à capacidade do bebê de se relacionar com objetos. Em todo momento Winnicott está preocupado em compreender o processo de formação do “eu”, ou seja, da possibilidade de o indivíduo existir como pessoa, como individualidade a partir de um potencial herdado, sustentado por um ambiente facilitador. Aponta claramente para uma experiência compartilhada que, a despeito da aparente desigualdade, exigiu que a mãe cuidadora se identificasse, se “igualasse” ao seu bebê para compreendê-lo e atendê-lo. Admite não haver ego suficiente na criança, que se apoiará, por isso, no ego da mãe. Admite que, no início, a criança não distinguirá o que é seu e o que é “do mundo”. Fantasiará (embora, para ele, vivenciará) momentos de onipotência criadora, na medida que suas necessidades sejam prontamente atendidas. Gradativamente, internalizará a confiança na sua própria capacidade de criar, mesmo quando se aperceber “não-criador” do mundo. O atendimento pronto e eficaz das necessidades do bebê (só possível a partir da relação empática da mãe) é o precursor da autoconfiança que esse bebê utilizará quando crescer. Eu diria que a confiança-dependência absoluta inicialmente depositada pela criança no cuidado materno, se bem “correspondida”, se transformará em autoconfiança do adulto em poder suprir suas próprias necessidades.

Verifica-se, em suma, que o *holding* exerce três funções primordiais: favorece a integração, a personalização e a apresentação de objetos. Ou seja, propicia ao bebê o seu “nascimento psicológico”, como diz Mahler (1977), na medida em que

evolui de um estado de “fragmentação” interna e de “fusão” com o ambiente, para aquele de integração e coesão interna e separação (autonomia) do ambiente. Da indiferenciação surge o diferenciado. Isto ocorre a partir de uma “unidade simbiótica”, dando origem a um ser pessoal, singular, individualizado. Para que o bebê emergisse psicologicamente como ser individual, necessário se fez uma perfeita harmonia com a mãe cuidadora. Tal união ocorreu de modo satisfatório a partir de uma “preocupação materna primária” que a disponibilizou de forma total para se preocupar e, amorosamente, cuidar do seu bebê.

A continuidade do desenvolvimento propicia à criança perceber que ela e a mãe são seres diferentes e adquirir a noção de “eu X não-eu”, ingressando assim no mundo da realidade. Em outros termos, o si-mesmo (*self*) começa a tomar corpo e o faz inicialmente de forma mágica, onipotente, não-discriminada (entre mundo interno e externo). A continuidade ocorre, de um lado, pela gradativa capacidade cognitiva (ou discriminativa) das experiências vividas pelo bebê e, por outro, pela quantidade e qualidade da provisão ambiental que auxilia o bebê na tarefa de “nomear” o mundo à sua volta e com ele estabelecer relações, vínculos ou limites. O *self* do bebê caminha então na direção da diferenciação e da autonomia, sensível à experiência vivida na relação com seu “provedor” (a mãe).

O “bom” desenvolvimento ocorrerá se tal relação for “suficientemente boa”. Ou seja, aquela onipotência original do bebê será “impregnada” de confiança na medida em que os seus momentos de excitação (necessidade-desejo) forem prontamente atendidos. O bebê confia que o objeto de desejo pode ser encontrado e isso significa que ele gradualmente pode tolerar a ausência do objeto (a mãe). É nesse momento de ilusão que o bebê “cria” objetos transicionais construindo a ponte entre a fantasia e a realidade. À medida que o bebê percebe não possuir, não controlar a realidade exterior, ele desenvolve internamente a crença na sua possibilidade de lidar com a realidade com

recursos próprios. Ele “renuncia” de algum modo à onipotência e passa a acreditar nos seus recursos de comunicação e enfrentamento.

A confiança em si mesmo origina-se do pronto atendimento às suas necessidades, que depende da sensibilidade da mãe em percebê-las (eu diria, do seu pronto entendimento). É lícito supor que a “boa” estruturação da personalidade dará origem a um *self* coeso, bem individualizado, confiante e criativo, conferindo ao indivíduo o próprio sentido da ação ou do viver e permitindo que esse indivíduo se relacione com outros significativos sem perda da identidade pessoal. É lícito afirmar que o bom desenvolvimento do *self* depende da boa qualidade do ambiente provedor.

3.3 Relação mãe-bebê-pai: uma troca

Para Winnicott o desenvolvimento humano se faz num ambiente “grupal”. Para ele é inconcebível o ser humano isolado. Necessitamos fundamentalmente dos outros para “reunir nossos pedaços”. O primeiro e básico agrupamento é constituído pela tríade: mãe-bebê-pai.

A participação da mãe é destacada pela “função cuidadora”. Cabe a ela, através de dedicação integral ao bebê, suprir suas necessidades. Já vimos que o bebê nasce fisicamente frágil, psicologicamente não-integrado. Sua percepção é difusa, fragmentada, “concreta” e “alucinatória”. A “boa provisão ambiental” dada pela mãe, sobretudo nos primeiros meses de vida, contribui decisivamente para que o bebê adquira gradativamente uma percepção discriminada e realista do ambiente e de si mesmo. O surgimento do “Eu sou” marca o “término” dessa etapa primordial de construção da personalidade e estruturação do *self*. Etapa que contribui, por um lado, para o

surgimento de um ser diferenciado, mas que se fez, por outro, através e a partir de uma interação ou troca íntima e intensa entre “cuidador” e “cuidado”. Precisamos, para ser únicos e pessoais, da participação indispensável de outros, que não nós.

Poderia parecer, à primeira vista, que o bebê esteve sempre de modo passivo nesse relacionamento mãe-bebê, como objeto a ser cuidado. Mas sabemos que tal não ocorre. Segundo Winnicott, o bebê já nasce com uma disposição para ser, um potencial herdado que o impulsiona na direção do desenvolvimento, uma “linha de continuidade de ser” que necessita, tão somente, de condições favoráveis para ser seguida. Tais condições são dadas pela “boa provisão ambiental” oferecida e garantida primordialmente pela mãe, embora não só.

Neste lugar que é caracterizado pela existência essencial de um ambiente sustentador, o “potencial herdado” está se tornando uma “continuidade do ser”. A alternativa a ser é reagir, e reagir interrompe o ser e o aniquila. Ser e aniquilamento são as duas alternativas. O ambiente tem por isso como principal função a redução ao mínimo de irritações a que o lactente deva reagir com o conseqüente aniquilamento do ser pessoal. Sob condições favoráveis o lactente estabelece uma continuidade da existência e assim começa a desenvolver a sofisticação que torna possível estas irritações serem absorvidas na área da onipotência. (Winnicott, 1982, p. 47)

A participação do bebê se faz na medida em que se defende das “invasões” ambientais, ou seja, das provisões inadequadas, inoportunas ou abruptas. O bebê, de algum modo, sinaliza o que precisa e o que não quer. Ao “cuidador” cabe estar atento a esses sinais.

Por outro lado, o progresso na linha de continuidade do bebê oferece retorno estimulante ao ambiente cuidador e, segundo Winnicott, contribui de modo significativo para a própria integração desse ambiente. Winnicott (1997, p. 68) afirma textualmente:

A criança que se desenvolve bem, e cuja personalidade foi capaz de realizar internamente sua integração por força das capacidades inatas de crescimento individual, exerce um efeito integrativo sobre seu ambiente externo imediato. Essa criança “contribui” para a situação familiar.

E mais adiante:

Cada criança individual, com seu crescimento emocional sadio e seu desenvolvimento pessoal satisfatório, promove a família e a atmosfera familiar. Os pais, em seus esforços de constituição da família, beneficiam-se da somatória das tendências integrativas de cada um dos filhos.

Destaque-se, pois, a participação do bebê na relação com o ambiente na medida que, embora numa situação de dependência absoluta, suscita, nos seus cuidadores, um conjunto de reações e atitudes, seja no sentido de favorecer seu desenvolvimento (do bebê) de forma harmoniosa, seja nos estímulos que tal desenvolvimento desencadeia nos pais. A proporção de dar e receber certamente não é a mesma, mas a troca, a participação bilateral se faz presente de forma inarredável.

À medida que a dependência vai se tornando mais discriminada, ele começa a perceber a existência do “outro”. Inaugura o caminhar rumo à independência. Penso ser outro ponto central da teoria de Winnicott esse caminhar da dependência

absoluta, passando pela dependência relativa e rumo à independência. E quero destacar, aqui, a capacidade que surge no bebê de se “preocupar” com o ambiente (a mãe). O bebê tem a ilusão de possuir uma força criativa mágica e vive a onipotência como um fato (como resultado da sensível adaptação da mãe). O bebê alucina o seio e o seio lhe é apresentado; ele tem então a ilusão de tê-lo criado (criatividade primária). Da mesma forma ele tem um impulso amoroso primitivo que associa aspectos destrutivos como morder, engolir, triturar, e as conseqüentes fantasias de sugar, esvaziar, dilacerar, comer, incorporar. Tal impulso reveste-se de um aspecto de “crueldade”, pois não envolve qualquer preocupação (*ruthlessness*). A criança tem a fantasia de usar ou atacar a mãe durante a mamada. À medida que percebe que a mãe atacada é alguém a ser preservado, o bebê começa a se “preocupar”. Deseja preservar o objeto cuidador – objeto de amor – contra seus próprios impulsos destrutivos.

Para Winnicott o *concern* é a capacidade surgida no bebê de se preocupar com o ambiente (a mãe) e é o precursor do comportamento socialmente responsável. Segundo ele, o *concern* tem duas vertentes: a preocupação com o efeito do ataque na mãe e a preocupação com a existência desses impulsos e seu resultado no próprio eu. Diz Winnicott que a criança necessita então de oportunidades para “reparar” os efeitos do “ataque” à mãe, o que implica num certo grau de estabilidade e continuidade da relação com ela. Se a criança tem oportunidade de “reparação” e observa, na continuidade do tempo, que a mãe “sobrevive” aos ataques, ela se torna capaz de reconhecer seus impulsos e controlá-los. Tudo isso ocorre por ocasião do final do primeiro ano de vida, a partir do momento em que existe claramente um relacionamento entre duas pessoas: a mãe e o bebê.

A criança desenvolve uma fonte pessoal (e saudável) de sentimento de culpa que a levará para atividades de contribuição

social e de relacionamentos interpessoais. Isto acontece quando a mãe sustenta todo o ciclo de elaboração, “sobrevivendo” aos ataques, ou, em outros termos, oferecendo-se como mãe suficientemente boa e podendo receber as “dádivas” reparadoras da criança. A boa evolução do *concern* faz a pessoa reconhecer seu lado agressivo e dirigi-lo construtivamente.

Friso que o bebê, objeto de cuidado, passa, a partir de um certo momento, e em função das suas fantasias, a se preocupar com o objeto cuidador. Destaco, mais uma vez, a dinâmica desse relacionamento e a “troca de papéis”. O bebê, mesmo que pela fantasia, torna-se também “cuidador”. Embora pudéssemos falar, numa observação mais superficial, em bebê cuidado, mãe cuidadora e pai apoiador, uma observação mais minuciosa revela-nos, a despeito da aparente desigualdade, uma experiência de troca ou compartilhamento, de reciprocidade vivencial, envolvendo sempre, no mínimo, três atores principais: a mãe, o bebê e o pai, numa dinâmica em que todos são cuidadores e cuidados, dependendo do momento e da visão de cada um.

Embora a ênfase na relação cuidador-cuidado recaia sobre a díade mãe-bebê, Winnicott destaca a importância da figura do pai no decorrer desse processo. Ao pai cabe criar condições para que a díade “funcione” harmonicamente, cabe um papel protetor, de envolvimento que sustenta o bebê e sua mãe.

Para se desempenhar bem a mãe necessita de apoio externo; habitualmente o marido a protege da realidade exterior e assim a capacita a proteger seu filho de fenômenos externos imprevisíveis, aos quais a criança reagiria; deve ser lembrado que cada reação a uma irritação traz uma solução de continuidade na existência pessoal da criança e vai contra o processo de integração. (Winnicott, 1982, p. 68)

Davis e Wallbridge (1982, p. 149) assim descrevem a visão de Winnicott sobre a figura do pai:

Winnicott acreditava que, quando a mãe passa a ficar preocupada com o bebê nos últimos meses de gravidez, também ocorre uma mudança no pai. Em decorrência desta mudança, ele é capaz de transformar-se em “agente protetor que libera a mãe para que esta se dedique ao bebê”. Esta “cobertura protetora” fornecida pelo pai é necessária quando a mãe está “carregando, parindo e amamentando o bebê dele” pois, desta forma, ela “é poupada da necessidade de voltar-se para fora para lidar com o mundo que a cerca no momento em que tanto deseja voltar-se para dentro”. É agora especialmente que ela se encontra vulnerável a influências de fora.

Winnicott admite, ainda, o papel de “substituto” da mãe ou de “duplicador da figura materna”, enfatizando que esse papel vem sendo cada vez mais exercido na sociedade de hoje, contrastando, de alguma forma, com o outro papel de ser “duro, implacável, intransigente, indestrutível”.

O pai entra no quadro geral de duas maneiras. Até certo ponto, ele é uma das duplicações da figura materna. Nos últimos 50 anos, tem havido neste país uma mudança na orientação, de tal modo que os pais se tornaram muito mais reais para seus filhos no papel de duplicações da mãe do que eles eram, parece, décadas atrás. No entanto, isso interfere com a outra característica do pai, segundo a qual ele acaba entrando na vida da criança como um aspecto da mãe que é duro, implacável, intransigente, indestrutível e que, em circunstâncias favoráveis, vai gradualmente

se tornando aquele homem que se transforma num ser humano, alguém que pode ser temido, odiado, amado, respeitado. (Winnicott, 1999c, p. 126 e 127)

Sobre o papel de substituto da mãe, Davis e Wallbridge (1982, p. 148) comentam a visão de Winnicott:

Da mesma maneira, ele sabia que “há certos pais que efetivamente seriam melhores mães do que suas esposas” e que “homens maternais podem ser muito úteis. Eles são bons substitutos das mães, o que é um alívio para a mãe quando esta tem vários filhos, e quando ela está doente, ou se ela deseja voltar a trabalhar.

Fica evidente o papel protetor que o pai exerce sobre a mãe (e, em consequência, sobre o bebê) e o papel de substituto da mãe que, eventualmente, ele exerce também. Mais uma vez, o “cuidador”, de algum modo recebe cuidado.

É extremamente sensível e fértil a observação e descrição que Winnicott faz da tríade mãe-bebê-pai, enquanto relação de troca, de compartilhamento, presidida e sustentada por sentimentos afetivos e empáticos, consubstanciada em cuidados que embora originalmente dirigidos ao bebê fazem-se entre todos. Na verdade, parece se formar uma “rede de sustentação” para usarmos a expressão de Marco Antônio Guimarães (2000), entre mãe-bebê-pai. Logicamente, à primeira vista, quem precisa de cuidado é o bebê, mas para que tal cuidado ocorra de modo eficaz, é necessário que a mãe esteja sensível às demandas desse bebê.

A mãe (cuidadora) precisa “sentir na carne” a necessidade de ser cuidada para melhor entender e atender ao bebê (objeto a ser cuidado). Acrescentaria que a fragilidade da mãe não se faz somente pela identificação com o bebê, mas pela própria natureza do que seja cuidar de alguém indefeso, imaturo,

incapaz de prover suas necessidades, exigindo, pois, do ambiente (o pai) alguma forma de sustentação, alguma forma de *holding*. Eu acrescentaria também que a função do pai será melhor exercida se ele, de algum modo, se sentir “grávido”, tanto quanto a mãe, para que efetivamente e empaticamente cuide do bebê, através do cuidado oferecido à sua mulher.

A rede de sustentação constitui-se, na verdade, numa trama tecida a várias mãos, numa experiência que se constrói na troca ou no compartilhamento. Paradoxalmente ela se faz numa direção de cuidador para cuidado, mas logo se revela mais complexa na medida em que cuidador e cuidado se “confundem”. Embora à primeira vista exista quem esteja cuidando e quem seja cuidado, a dinâmica que se estabelece, sobretudo quando a resultante é um “bom” *holding*, caracteriza-se muito mais pela reciprocidade e pela experiência compartilhada. Afetividade, cuidado mútuo e comunicação transparente circulam livremente entre os membros do grupo familiar, mesmo que socialmente hierarquizados, não faltando, inclusive, a possibilidade de aquele que está sendo cuidado (o “bebê”) contribuir para a integração (e o cuidado) dos que dele cuidam (os “pais”). Segundo Winnicott, nesse ambiente facilitador, o bebê desenvolve sua autoestima e autoconfiança e consegue vir a ser um adulto suficientemente independente e preocupado com o ambiente ao seu redor.

3.4 Durante a vida adulta, continuamos precisando de *holding*?

Winnicott realça, em vários momentos do desenvolvimento de sua teoria, a permanência da necessidade de *holding* no decorrer da vida adulta.

Quando examinamos esse fenômeno evolutivo que se inicia com o cuidado materno e prolonga-se até o interesse da família pelos filhos adolescentes, não podemos deixar de notar a necessidade humana de ter um círculo cada vez mais largo proporcionando cuidado ao indivíduo, bem como a necessidade que o indivíduo tem de inserir-se num contexto que possa, de tempo em tempo, aceitar uma contribuição sua nascida de um impulso de criatividade ou generosidade. Todos esses círculos, por largos e vastos que sejam, identificam-se ao colo, aos braços e aos cuidados da mãe. (Winnicott, 1997, p. 130-131)

A dinâmica instituída pelo *holding* ou o conjunto de cuidados oferecidos à criança pelo ambiente provedor, além de contribuir para a estruturação de um *self* coeso, confiante e criativo, fica “registrada” como experiência a ser resgatada, ou revivida, em momentos de crise ou vulnerabilidade. A necessidade original de o bebê encontrar um grupo, um ambiente protetor, acolhedor e cuidador capaz de contribuir para sua integração e personalização, reapresenta-se quando o *self* se vê aluído face às intempéries que o momento propicia.

Na verdade, segundo Winnicott, o agrupamento básico mãe-bebê-pai vai sendo gradativamente ampliado através de círculos cada vez mais largos, a partir dos familiares próximos, dos vizinhos, da escola, etc. E sempre, a cada momento, há um movimento de “retorno” ao ambiente familiar, como que na busca de um “reabastecimento”. Eu diria que se o *holding* de algum modo nos estruturou, o retorno a ele nos reabastece. A ideia que pretendo destacar é a de que, mesmo adultos, continuamos precisando de *holding*. Evidentemente não se trata do *holding* em si, mas da sua dinâmica, dos seus “ingredientes”. Todo adulto carrega dentro de si a experiência primordial de ter sido sustentado, manejado e “apresentado ao

mundo” na sua trajetória da dependência de cuidados oferecidos pelo ambiente à sua independência e possibilidade de lidar, de modo autônomo, com o ambiente à sua volta. Mas permanece com a possibilidade de transitar de um estado de “independência” para o de “dependência”, conforme as circunstâncias que enfrente. Como diz Winnicott (1997, p. 132): “No decorrer do desenvolvimento o indivíduo transita da dependência para a independência; e o indivíduo sadio conserva a capacidade de transitar livremente de um estado a outro.”

Destaco que o trânsito do indivíduo da dependência para a independência, ou no sentido inverso, é, para Winnicott, um movimento sadio. Ou seja, é natural que, dadas determinadas circunstâncias, o indivíduo transite de um estado a outro. Faça uma analogia com a “quase doença” que “incide” sobre a mãe no decorrer da gestação e primeiros meses de vida do bebê. É esse estado que a predispõe a cuidar bem dele e é natural que assim seja. Após os primeiros meses do bebê, tudo vai retornando ao “normal”. Penso ser natural que o indivíduo transite para o estado de dependência, como uma “quase doença”, face a determinadas circunstâncias que o fragilizem, pois só assim ele se predisporá a receber os cuidados que necessita naquele momento. Ultrapassada a “crise”, tudo retornará ao “normal” e o estado de independência se fará novamente.

Dito em outros termos, todos nós continuamos a precisar de *holding* caso alguma ameaça, vulnerabilidade ou fraqueza nos atinja. É clara a afirmação de Winnicott de que situações de vulnerabilidade ou crise vividas pelo adulto reativam a necessidade desse adulto experimentar um determinado tipo de relacionamento interpessoal ou grupal que envolva os mesmos “ingredientes” que constituem o *holding*. Poderíamos dizer que a vulnerabilidade leva o indivíduo a uma regressão psicológica, tornando-o “um bebê”. E, assim sendo, a “linguagem” percebida por esse indivíduo há de ser aquela dos primórdios. Se vivermos situações de crise, estressantes ou que,

de algum modo, nos tornem psicologicamente frágeis e vulneráveis, reativa-se em nós, e regressivamente, o desejo de reviver a mesma experiência de acolhimento e proteção do início do desenvolvimento. Ou seja, aguça-se a necessidade de sermos amados, compreendidos e cuidados. Em última análise, de encontrarmos um ambiente facilitador, capaz de nos oferecer a necessária proteção e apoio que nos propicie retomar a linha da continuidade de ser, ameaçada pelo acontecimento e, assim preservando nossa individualidade, nossa identidade, nosso eu. É a constante dialética da busca do outro para assegurar o “si-mesmo”, da dependência de alguém para atingir a própria independência.

Fica plena de sentido a afirmação de Winnicott de que caminhamos “rumo à independência”, na medida em que o desejo de ser único, singular, pessoal, se faz no interjogo da relação com o outro, do qual dependemos. O alcance da independência dá-se na vivência de experiências de troca, de compartilhamento, de reciprocidade, em que o outro atua como facilitador (e não inibidor, invasor ou determinador) da nossa singularidade. E ao reconhecer a importância do outro, preocupamo-nos com ele, selando definitivamente a “estratégia” de compartilhamento. Na verdade, jamais o ser humano encontra a “absoluta independência”, ou um estado de desenvolvimento que lhe propicie prescindir do apoio e da proteção de outros. Como diz Coutinho (1997), “o ambiente facilitador e a mãe suficientemente boa acompanham o ser humano (em seu interior, em volta de si mesmo e entre ele e o outro) durante toda a vida.”

Também Davis e Waalbridge (1982) se referem a essa necessidade do adulto:

Embora a fase de suporte na teoria de Winnicott seja equivalente à fase de estar fundido ou de dependência absoluta, o apoio egóico continua sendo uma

necessidade da criança em crescimento, do adolescente e, por vezes, mesmo do adulto, sempre que há uma pressão que ameaça confusão e desintegração.

Há momentos, pois, em que o indivíduo se mostra mais vulnerável, mais ameaçado em sua integridade física ou psicológica. Seu *self* se torna menos coeso, menos estruturado, menos confiante. Psicologicamente o indivíduo regride a uma fase de dependência. Busca um *self*-objeto capaz de lhe restituir a integridade, o “eu” que ele construía nos seus primórdios através da relação de *holding*. E o faz dinamicamente buscando o mesmo ambiente emocional. Buscando relações interpessoais ou grupais que contenham, na sua essência, aqueles “ingredientes” adequados à “boa” estruturação (ou reestruturação) do *self*.

3.5 Profissionais de saúde e holding

A ação terapêutica de profissionais de saúde, que se propõem a serem cuidadores, merece destaque de Winnicott ao se referir a assistentes sociais, psicanalistas e à experiência dos “ambientes residenciais”. Na maior parte do tempo, ao se dirigir aos psicanalistas, demonstra que, antes de mais nada, cabe a eles oferecer *holding* aos seus pacientes.

É preciso lembrar que os estágios iniciais jamais serão verdadeiramente abandonados, de modo que ao estudarmos um indivíduo de qualquer idade, poderemos encontrar todos os tipos de necessidades ambientais, das mais primitivas às mais tardias. Ao cuidar de crianças, ou ao realizar uma psicoterapia, é necessário estarmos sempre atentos à idade emocional do

momento, de modo a podermos fornecer o ambiente emocional adequado. (Winnicott, 1990, p. 179)

Ele faz nítida distinção entre o processo “elaborativo” da fase edipiana, e o processo “vivencial” da fase que a antecipa.

Em nossa atividade terapêutica, reiteradamente nos envolvemos com pacientes; atravessamos uma fase em que ficamos vulneráveis (como a mãe) por causa do nosso envolvimento; identificamo-nos com a criança, que por algum tempo permanece dependente de nós a um grau extremo. (1997, p. 28)

Winnicott dirige-se também a assistentes sociais e sustenta sua intervenção nos moldes de um *holding* oferecido às pessoas atendidas por esses profissionais. Diz que o ambiente social, na medida em que proporciona um ambiente facilitador (ou provisão ambiental adequada), pode contribuir mais que o psicanalista para o paciente que se mostre num estado regressivo. E textualmente declara:

Eu penso em cada assistente social como sendo um terapeuta [...]. Sua função mais importante é a terapia do tipo que é sempre conduzida pelos pais na correção de falhas relativas da provisão ambiental. (Winnicott, 1982, p. 204)

Davis e Wallbridge (1982) assim se manifestam com relação à visão de Winnicott do trabalho das assistentes sociais:

Winnicott considerava o conceito de suporte particularmente útil na descrição do trabalho de casos do serviço social. Em uma palestra na Associação de Assistentes Sociais, em 1963, ele disse: “Sua função

pode logicamente ser revista em termos de cuidados com bebês, ou seja, em termos de ambiente facilitador, da facilitação dos processos de maturação. A integração é vitalmente importante neste sentido, e seu trabalho neutraliza bastante as forças desintegradoras nos indivíduos e nas famílias, e em grupos sociais localizados... O serviço social tem sempre como objetivo não um direcionamento da vida ou do desenvolvimento do indivíduo, mas a capacitação das tendências em ação no indivíduo, levando a uma evolução natural baseada no crescimento.

É clássica a proposta de Winnicott de lidar com a questão da delinquência e é interessante assinalar como ele admite a hipótese de que a experiência de *holding* (no caso de um bom *holding*) possa ser vivenciada pela primeira vez, já na vida adulta (ou adolescente) e conseguir ser internalizada pelo indivíduo. Winnicott descreve um ambiente residencial para meninos problemáticos e diz que não seria possível um tratamento individual. Uma das razões para a existência desses estabelecimentos é que os meninos não trazem um “ambiente interno suficiente”. E admite que tal ambiente possa ser “construído” a partir do trabalho dos profissionais envolvidos.

A assistência residencial não é apenas algo que se torna necessário por não existirem pessoas em número suficiente e adequadamente treinadas para tantos indivíduos. A terapia de assistência residencial originou-se por existirem crianças a quem falta uma das, ou ambas, as características essenciais à terapia individual. Uma delas é que o único ambiente que pode lidar com elas adequadamente como indivíduos é o estabelecimento residencial, e a outra é que elas trazem consigo uma baixa quantidade de

que Will Hoffer chamou de ambiente interno, ou seja, uma experiência de provisão ambiental suficientemente boa que tenha sido incorporada e ajustada num sistema de crença nas coisas. (Winnicott, 1999b, p. 253)

Entendo que o “ambiente residencial” reproduza o grupo familiar e favoreça a “experiência de provisão ambiental suficientemente boa”. Entendo, também, que a *equipe de saúde, por sua natureza, assemelha-se em muito ao grupo familiar*, na medida em que tem como proposta cuidar de alguém – o paciente – desejando, em última análise, restituir-lhe a saúde, ou seja, a linha de continuidade do ser. O paciente, vulnerabilizado pela doença, comporta-se psicologicamente como um bebê e anseia encontrar um ambiente cuidador capaz de lhe propiciar o resgate de sua integridade.

Além disso, o profissional de saúde, tanto quanto a mãe na sua tarefa de cuidar, identifica-se com seus pacientes e se vulnerabiliza também, necessitando, pois, de um ambiente de sustentação ou proteção ao seu redor. Se estiver inserido numa equipe e a mesma viver um relacionamento semelhante ao do *holding*, haverá sempre quem assuma momentaneamente o papel de “pai”, dando suporte à “mãe cuidadora”. Eu diria que, em alguns momentos, o próprio profissional assumirá o papel de “bebê”, cabendo aos demais e à equipe como um todo, oferecer-lhe um “ambiente cuidador”.

Vale ressaltar que o “ambiente familiar”, vivenciado por uma equipe de profissionais de saúde, só se faz possível, se cada um dos profissionais tiver, dentro de si, o desejo de cuidar. Só nessas condições a ação profissional se constitui num “ato de cuidar” e predispõe os seus membros a estabelecer relações em muito semelhantes às que ocorrem no grupo familiar original.

Suporte social: um ato de cuidar

4.1 Definição do conceito de *suporte social*

O termo suporte social, oriundo da psicologia social e da saúde comunitária, refere-se a relações interpessoais, grupais ou comunitárias que emprestam ao indivíduo um sentimento de proteção e apoio capaz de propiciar bem-estar psicológico e redução do estresse. A análise detalhada da estrutura e dinâmica do suporte permite identificá-lo como um ato de cuidar. E, nesse sentido, os profissionais de saúde são apontados como “fonte” de suporte social para seus pacientes, seja através de ação direta (atendimentos individuais), como através da formação de grupos: de diabéticos, hipertensos, etc. (grupos de suporte).

Mas, afinal, como se processa esse “ato de cuidar”? Os modos de se estruturarem e funcionarem os suportes sociais vêm sendo exaustivamente pesquisados, impulsionados pelos resultados registrados no enfrentamento de doenças e situações de crise vivenciadas por pessoas às quais se propicia um relacionamento suportivo. Descrições são oferecidas e classificações as mais diversas são propostas. Não obstante, como dizem Swann e Brown (1990), após duas décadas de estudo sobre suporte social, fica claro seu efeito benéfico sobre a saúde, mas ainda não estão claros os mecanismos pelos quais ele

funciona. E afirmam textualmente: “sem compreender como o suporte social funciona, os profissionais não podem explorar seu efeito benéfico na programação dos tratamentos que efetuam” (p. 150). Arrisco-me a dizer que tal compreensão não deverá vir da leitura “fenomenológica” do que ocorre nos relacionamentos suportivos, mas, antes, na psicodinâmica desses relacionamentos.

O suporte social parece, na verdade, embasar-se em um fato ao mesmo tempo social e psicológico. Castro, Campero e Hernandez (1997) enfatizam a necessidade de estudos qualitativos como observação participante e análise de discurso como necessários para abordar o suporte social enquanto fenômeno micro que repercute no macro social. Para Caplan (1976), os sistemas de suporte implicam padrões duradouros de vínculos que contribuem para a manutenção da integridade física e psicológica do indivíduo. Dito de outra forma, o suporte social, embora inserido em redes mais amplas como famílias, grupos ou comunidades, é vivido no âmbito de relações interpessoais próximas, geradoras de vínculos capazes de afetar a integridade do indivíduo.

De fato, ao vasculhar o emaranhado de tentativas de compreensão, identificam-se, todavia, alguns pontos consensuais – como a existência de um “provedor”, que disponibiliza apoio e ajuda a um “receptor”, e o “resultado” desse apoio, que se verifica na moderação dos efeitos do estresse sobre o “receptor” e na promoção de bem-estar psicológico. Do mesmo modo, na relação mãe-bebê, verifica-se a existência de um “cuidador” ou “provedor” – a mãe, e um “receptor” – o bebê, entre os quais se estabelece um vínculo, uma troca que resulta, quando adequada, no estado de “bem-estar” desse bebê.

Os estudos sobre suporte social destacam a importância de o suporte disponibilizado ser percebido como tal pelo receptor. Ou seja, não basta disponibilizar o suporte, mas é fundamental que ele seja captado como tal pelo receptor. Segundo

Sarason, Sarason e Shearin, citados por Cauce (1990, p. 66) “a literatura sobre suporte social concorda que o único aspecto relacionado à saúde é o suporte percebido”. Cabe questionar o que seria necessário para que o provedor do suporte ofereça exatamente aquilo que o receptor espera receber!?

Penso que talvez seja a forma empática desse provedor se relacionar. Winnicott enfatiza a importância do estado de sensibilidade da mãe em relação ao bebê (preocupação materna primária) que lhe permite, através de identificação, captar as necessidades desse bebê e, assim, atendê-las adequadamente.

É interessante destacar como Sarason, Pierce e Sarason (1990, p. 98) tentam compreender a questão do suporte percebido: “Podemos especular que o suporte percebido é uma expectativa baseada no passado do receptor quanto a comportamentos socialmente suportivos”. Os autores citam vários trabalhos que relacionam os suportes sociais às experiências precoces de vida do indivíduo, como Epstein e Main e, especificamente, aqueles que apontam a experiência do vínculo (*attachment*) como fonte de suporte social percebido: Hazan e Shaver (1987); Reis e Shaver (1987); Sarason, B *et al.* (1987); Sarason, I *et al.* (1987); Bowlby (1969, 1973, 1980, 1988).

Sarason, Pierce e Sarason destacam os trabalhos de Bowlby que, segundo eles, propiciaram a base para pensar no suporte social como variável de personalidade que tem sua origem nas relações primárias. A experiência do vínculo, segundo Bowlby, é a fonte de estruturas cognitivas e modelos de funcionamento relacionados ao *self* e às relações com pares. Se a criança confiar na relação mãe-bebê, se sentirá encorajada a se afastar dela (buscando novidades) e a se reaproximar (buscando proteção-dependência) em caso de ameaça. Se a criança teve vínculo seguro, será um adulto com mais disposição a explorar o mundo, adquirindo habilidades comportamentais de enfrentamento e uma visão mais positiva acerca dos outros. Para Bowlby, os modelos de vínculo vivenciados pela criança

com seus pais vão sendo internalizados como modelo de mundo. Os autores comentam:

Se podemos equiparar o conceito de vínculo na criança com suporte social percebido no adulto, esta visão da função e efeitos do vínculo seguro terá importantes implicações para o conceito de suporte social percebido. Isto sugere que pessoas com alto suporte social percebido tenderão a acreditar que encontrarão pessoas disponíveis a apoiá-las. (Sarason, Pierce e Sarason, 1990, p. 101)

E chamam a isso de “senso de aceitação”, que está relacionado com as experiências primárias de vínculo e reflete a extensão pela qual o indivíduo acredita ser amado, valorizado e aceito pelos outros significativos. O senso de aceitação, descrito por estes autores, influencia a percepção do suporte disponível e facilita o enfrentamento das situações de crise ou vulnerabilidade. Os autores concluem, propondo que o chamado suporte social percebido seja redefinido como variável de personalidade chamada senso de aceitação.

Na verdade, o “senso de aceitação” parece ser oriundo das experiências precoces do indivíduo e diz respeito à qualidade do seu vínculo primordial, vivido na relação mãe-bebê – qualidade que, como vimos, dependeu da forma empática de a mãe cuidar do seu bebê. Verifica-se, pois, que a ênfase do que ocorre num suporte social, a despeito de algumas vezes ser oferecido não através de relações interpessoais e sim através de relações grupais ou comunitárias, recai na qualidade dos relacionamentos vivenciados no interior daquela “rede”, como uma extensão do relacionamento primário vivido na “rede original” constituída por mãe-bebê-pai (ambiente).

Estudiosos do suporte social, como Perrin e Dermott (1997), Di Matteo e Hays (1983), Gottlieb (1983) e Cobb (1976),

dão ênfase às relações íntimas, afetuosas e próximas como aquelas capazes de gerar a percepção, no receptor, dos cuidados oferecidos pelo “provedor” (seja ele uma pessoa ou um grupo). Weiss, citado por Gottlieb, denomina a existência de relações interpessoais íntimas e suportivas de: “relações provedoras de vínculos”. Segundo Winnicott, é a relação provedora de vínculos original, caracterizada pelo *holding*, enquanto conjunto de cuidados oferecidos pela mãe-ambiente ao seu bebê, que constitui a base para a estruturação da personalidade do indivíduo e sua capacidade de enfrentar as “intempéries” provindas do mundo à sua volta.

Quem melhor descreve a dinâmica do suporte social, enquanto relacionamento próximo e acolhedor, é Cobb (1976) ao destacar seus três componentes essenciais: emocional (sentimento de ser amado, cuidado e protegido), valorativo (sentimento de ser reconhecido e aceito) e comunicacional (sentimento de ser compreendido e de compartilhar informações). Se considerarmos os “ingredientes” do *holding* descritos por Winnicott, identificamos como fundamentais para o seu “bom resultado” os cuidados amorosos e a forma empática de a mãe se relacionar com seu bebê. Observa-se, pois, uma enorme similitude entre os fatores essenciais do suporte social descritos por Cobb e aqueles do *holding* descritos por Winnicott.

Segundo Cobb (1976, p. 301), o “suporte social começa no útero, é melhor percebido no amamentar materno, e comunicado de várias formas, mas, especialmente, pelo modo como o bebê é cuidado (suportado)”. E mais adiante: “No progredir da vida o suporte é derivado de outros membros da família, dos amigos, companheiros de trabalho, de comunidade ou, em algumas circunstâncias, de um profissional de saúde.” Também para Winnicott, tanto quanto para Cobb, o *holding* é uma determinada forma de relacionamento mãe-bebê em que prevalecem as trocas afetivas, os cuidados mútuos e a comunicação empática.

4.2 Relação provedor-receptor: uma experiência compartilhada

O conceito de reciprocidade ou compartilhamento está presente em vários estudiosos do suporte social. Coyne, Ellard e Smith (1990) consideram que a principal fonte de suporte social são as relações íntimas ou fechadas e que as mesmas envolvem reciprocidade, ou seja, comprometimento e preocupação mútua. Há sempre uma interdependência entre receptor e provedor do suporte. Por isso, o suporte será tão mais efetivo quanto mais ele puder considerar as necessidades do provedor e do receptor ao mesmo tempo. Os autores consideram a “interdependência disposicional”, ou seja, a disposição de cada um em apoiar o outro. Isto pode justificar a absorção da sobrecarga gerada pela necessidade de cuidar, que é compensada pela expectativa das consequências que esta relação de ajuda trará para o amor, respeito e comprometimento mútuo do par ao ampliar a “interdependência disposicional”. É como se fosse um depósito a longo prazo para garantir retiradas futuras?!

Para Antonucci e Jackson (1990) o conceito de vínculo (*attachment*), oriundo de etologistas (Bowlby, 1969) e psicólogos do desenvolvimento (Ainsworth, Blehar, Waters e Wall, 1979), é importante para os fundamentos teóricos do suporte social e se refere ao relacionamento da criança com sua mãe e com os outros significativos.

Antonucci e Jackson definem suporte social como transações interpessoais que incluem: afeto (ligação; amor; admiração; respeito), afirmação (concordância com atos ou pontos de vista) e ajuda (assistência ou fornecimento de coisas, informações, dinheiro, tempo). Tais transações demandam relações mais próximas ou íntimas e que envolvam reciprocidade. Ou seja, que entre provedor e receptor exista o sentimento de que ambos sentem-se responsáveis por atender às necessidades do

outro. Relações mais superficiais envolvem apenas a necessidade de troca em caso de alguma “ajuda” procurando-se respeitar o tempo (devolver de imediato) e a natureza (devolver com “ajuda” idêntica). Quando a reciprocidade é desigual, habitualmente sente-se melhor quem recebe; todavia se o receptor não tem condições de devolver, ele pode se sentir mal por estar recebendo mais do que dando. Prover demais pode ser visto como sobrecarga. Receber demais pode ser visto como débito. Os autores desenvolvem o conceito de “banco de suporte” pelo qual, durante o desenvolvimento, as pessoas registram a “quantidade” de suporte dado e recebido na relação com outras pessoas. Na verdade, esse registro se inicia na relação primária mãe-bebê e predispõe à ajuda mútua, na medida em que permite, num dado momento, dar mais do que receber.

A visão de Winnicott a respeito da reciprocidade é mais profunda. Embora se possa admitir um “banco de suporte” na medida em que o apoio oferecido “hoje” carrega a expectativa de um apoio recebido “amanhã”, para Winnicott a reciprocidade está mais ligada à identificação e à empatia. Ou seja, dada a imaturidade e fragilidade do bebê e à impossibilidade de comunicar explicitamente, verbalmente, suas necessidades, a mãe precisa adquirir uma sensibilidade aguçada para perceber e atender o bebê. É primordial que entre eles se estabeleça um tipo especial de comunicação – a comunicação silenciosa – favorecida pela identificação da mãe com seu bebê. Para o exercício dessa comunicação, move a mãe uma preocupação com o bebê, o fato de amá-lo – preocupação materna primária, como diz Winnicott, que a torna sensível às necessidades do seu bebê.

Aqui podemos falar de reciprocidade, de mutualidade na experiência, pois nitidamente a ação de um repercute na ação do outro. O bebê emite suas “mensagens” e a mãe, identificada com ele, capta-as adequadamente e as atende. O bebê dá sua contribuição na medida em que incorpora os cuidados

da mãe e “mostra” os resultados na forma determinada e “tranquila” de se desenvolver. A mãe sente-se fortalecida quando percebe o desenvolvimento do bebê. Num certo sentido, talvez possamos dizer que se sente cuidada. Tudo se passa, então, num espaço de trocas, de experiências compartilhadas que antecedem o discurso, a conversa, a verbalização.

A total disponibilidade da mãe propicia ao bebê internalizar os cuidados que ela oferece como se fossem por ele produzidos. Assim, vai adquirindo confiança em lidar com o mundo, que imaginava sob seu controle, mas que paulatinamente descobre exterior a ele e eivado de obstáculos a serem superados.

Para que o bebê adquirisse confiança em cuidar de si mesmo, necessário se fez que ele vivenciasse uma experiência de tal forma compartilhada no início, que, embora aparentemente desigual no sentido de quem cuida de quem, permitiu ao bebê percebê-la como fruto da sua própria iniciativa. Por mais que a mãe tenha – e teve – momentos de pensar nela mesma, certamente o bebê só adquiriu confiança em si mesmo, se esses momentos de interesse pessoal da mãe não foram prevalentes.

Quero dizer que a dinâmica do grupo original, para ser suportiva, implica em reciprocidade, em experiência compartilhada, em que prevaleça a comunicação direta, transparente, a preocupação com o outro e os cuidados mútuos. Dessa dinâmica emerge um *self* coeso, flexível e integrado. Surge alguém suficientemente autônomo, criativo e capaz de estabelecer relações construtivas com o mundo. Em ambas as situações, seja a primordial, do *holding*, seja aquela que ocorre na vida adulta, do suporte social, observa-se uma relação compartilhada entre um “cuidador” e um “objeto a ser cuidado”.

4.3 Suporte social: moderador do estresse, reestruturador do *self*

Crises ou situações de vida que ameacem a integridade física e psicológica do indivíduo causam estresse. O estresse é um estado de tensão do organismo que se instala frente a qualquer agente que ameace seu equilíbrio ou integridade. Dito em outros termos, o estresse expressa a reação do indivíduo em situações de crise ou conflito que o deixem vulnerável. E, embora expresse uma forma de defesa ou de enfrentamento, quando prolongado ou intenso ele acaba propiciando o desequilíbrio, ou seja, a eclosão de doenças. Selye (1965), que cunhou o termo *stress*, publicou livro com o título: *Stress, a tensão da vida*, exatamente para mostrar que o estado de estresse é uma tentativa do organismo de se adaptar (enfrentar) as situações de mudança ou crise. Caso a intensidade dos agentes estressantes seja grande ou prolongada, aí sim, o organismo adocece. Os estudos sobre suporte social vieram demonstrar seu efeito moderador sobre as consequências do estresse. Os efeitos do suporte social fazem-se não no combate direto aos agentes estressantes, mas no amortecimento da sua ação como percebida pelo indivíduo e na forma de enfrentá-los. Cassel, citado por Sarason, Sarason e Pierce (1990), destaca a importância de reforçar os suportes sociais do indivíduo mais do que diminuir sua exposição aos fatores estressantes.

Melhor dizendo, os suportes sociais alteram a forma de o indivíduo perceber e enfrentar os agentes estressantes. É lícito deduzir que o suporte social amplia o sentimento de autoconfiança e aumenta a capacidade discriminativa ou objetiva de perceber – enfrentar a realidade, ao constituir um “ambiente protetor” ao redor de quem o recebe.

Se nos reportarmos, agora, ao que acontece com o bebê, na visão de Winnicott, dada a sua fragilidade e imaturidade,

o bebê não é capaz de prover seu próprio cuidado e, por isso, precisa de um ambiente acolhedor e protetor à sua volta. Precisa de suporte para se adaptar (enfrentar) as situações de mudança ou crise próprias ou ocorridas no seu desenvolvimento. Precisa de alguém que lhe “apresente” o mundo e ajude a enfrentá-lo. Quando tal atendimento se faz de modo adequado, a criança internaliza um sentimento de confiança na possibilidade de, ele mesmo, enfrentar a realidade. A confiança em si mesmo originou-se do pronto atendimento de suas necessidades, que dependeu da sensibilidade da mãe em percebê-las. De um bom *holding*, emergiu um *self* bem estruturado, coeso e confiante. Do mesmo modo, quando adulto, em face de situações de crise ou ameaça, a autoconfiança abala-se e o indivíduo volta a necessitar do mesmo ambiente acolhedor e protetor que lhe permita, agora, reestruturar ou reforçar seu *self*, retomando a confiança necessária ao enfrentamento da crise. De um bom suporte emerge um *self* reestruturado.

4.4 Suporte social: reedição de uma experiência básica

O *holding* é, portanto, uma etapa básica para a constituição da personalidade e, segundo a teoria psicanalítica, todas as etapas do desenvolvimento permanecem em nós de alguma maneira. Falar de *holding* na vida adulta pressupõe então falar de “funções” que se atualizam. Como o conceito de transferência que nos remete à possibilidade de atualizar sentimentos e atitudes que, embora originadas na infância, são vividas como atuais e referidas a pessoas com quem nos defrontamos naquele momento. É um processo inconsciente. A experiência de termos sido cuidados enquanto bebês permanece registrada

no nosso inconsciente. E tende a ser atualizada em momentos de vulnerabilidade, como nos diz Winnicott.

Ora, o suporte social descreve um relacionamento cuidador-cuidado, cujo resultado consiste em oferecer ao receptor a capacidade de enfrentar o estresse ambiental. O momento de vulnerabilidade revive a experiência (e a necessidade) de encontrar alguém capaz de oferecer cuidado e proteção. O provedor deverá estar sensível e apto a disponibilizar recursos tais que permitam ao receptor sentir-se acolhido. Precisa estar imbuído de uma “preocupação suportiva primária” em relação a quem se propõe dar suporte. Ou seja, precisa haver uma relação empática, à semelhança da comunicação silenciosa, no dizer de Winnicott, entre provedor e receptor. A necessidade de cuidar-ser-cuidado há que ser expressada e captada de forma direta, sem subterfúgio, para ser atendida. E é exatamente isto que nos diz Cobb (1976) ao afirmar que, no suporte social, prevalecem as trocas afetivas, os cuidados mútuos e a comunicação franca e precisa entre as pessoas, que propiciam ao indivíduo acreditar ser cuidado e amado; estimado e valorizado e pertencente a uma rede de comunicação e mútua obrigação.

A dinâmica do suporte social parece, à luz da teoria de Winnicott, ser uma revivência do *holding*. Um relacionamento próximo que envolve afeto, cuidado e comunicação compartilhados. Um relacionamento que gera, no receptor, um sentimento de proteção, apoio e confiança no enfrentamento de situações estressantes vivenciadas. Assim como o *holding* contribui para a estruturação do *self*, o suporte social contribui para sua reestruturação ou reforço em momentos de crise ou vulnerabilidade.

O suporte social apresenta-se em momentos em que o indivíduo, na vida adulta, mostra-se fragilizado, em crise, ameaçado na sua integridade. Ele busca alguém que o acolha, que o apoie. Busca alguém que “cuide” dele. Assim como no *holding*, para que o suporte social funcione, torna-se necessário

um adequado relacionamento cuidador-cuidado ou, em termos winnicottianos, um provedor “suficientemente bom”, capaz de captar e atender às necessidades do receptor, oferecendo-lhe carinho, cuidado, acolhimento, reconhecimento, compreensão e informação. O suporte social é uma função atenuada e sintética do que em época remota foi função primordial e progressiva. Defendemos, pois, a ideia de que o suporte social funciona como atualização ou revivência do *holding*, em situações em que o indivíduo sinta-se vulnerável ou ameaçado em sua integridade física ou psicológica. Nessas circunstâncias o receptor (bebê) necessitará de um provedor (mãe) “suficientemente bom” capaz de captar e atender às suas necessidades oferecendo-lhe amor, cuidado e reconhecimento.

O suporte social, ou melhor, sua dinâmica, tanto pode ser oferecido por uma pessoa (um familiar; um profissional de saúde) como por uma “rede” (grupo familiar; grupo de portadores de uma mesma doença; equipe de saúde; grupo religioso; associação de moradores; etc.)

Winnicott enfatiza a necessidade que continua a ter o indivíduo, mesmo no decorrer de sua vida adulta, de receber *holding* sobretudo nos momentos de crise ou vulnerabilidade que enfrente. Segundo Winnicott, o vínculo básico mãe-bebê-pai vai sendo ampliado inicialmente no âmbito da família e, logo, da escola, da vizinhança, etc., carregando, todavia, dentro de si o “modelo” e a vivência do vínculo ou agrupamento básico. O primeiro e fundamental suporte social é o *holding*. Para Winnicott o ambiente exerce papel fundamental no desenvolvimento da criança. Ambiente inicialmente representado pela mãe e seus cuidados e, a seguir, por um espaço potencial onde se desenvolvem o brincar e todas as atividades criativo-culturais.

A visão de Winnicott é sempre a de um indivíduo em sociedade, em interação com os outros. Um ser grupal, enfim. O bebê necessita de outra pessoa para se constituir psicologicamente como pessoa. Dessa relação “fusional” é que surge o

ser diferenciado, através da experiência de mutualidade (ou comunicação compartilhada).

Seguindo as ideias de Winnicott, a criança, ao estruturar seu *self*, internaliza o resultado do que o ambiente lhe propiciou, no qual estão presentes, de modo prenante, a pessoa que cuidou daquele bebê (a mãe) e as outras pessoas que fizeram parte do seu ambiente (sintetizadas aqui pela pessoa do pai). Como dizem Smith, Murphy e Coats (1999), a pessoa vê-se representada como membro de um grupo e vê o grupo como fonte de asseguramento. Tal representação, na visão de Winnicott, variará na sua qualidade dependendo do tipo de ambiente propiciado à criança, sobretudo constituído pelo conjunto de cuidados disponibilizados pela mãe, ou seja, pelo *holding* oferecido.

A mesma dinâmica parece ocorrer no decurso da vida, cada vez que o indivíduo vê-se fragilizado ou ameaçado na sua integridade física ou psicológica. E o grupo passa a ser o ambiente assegurador, o espaço privilegiado para o exercício dos vínculos humanos, capaz de disponibilizar afeto, cuidado, afirmação, comunicação e compartilhamento aos seus membros na dependência da qualidade do relacionamento vivenciado. Passa a ser um espaço de criatividade, um espaço transicional, uma área intermediária de experiências, propiciado por tal relacionamento acolhedor.

Mello Filho (1995) comenta que o grupo é, por natureza, um lugar de aceitação, de reconhecimento. O fato de ser aceito como membro de um grupo empresta ao indivíduo um sentimento de reconhecimento e valorização. A identificação entre os pares traz a sensação de acolhimento, compreensão e apoio. Como diz Mello Filho (1986) “no grupo, parafraseando Winnicott, vemos e somos vistos, logo existimos”. E no grupo ocorrem identificações cruzadas que constituem uma das bases do crescimento da criança no seio de sua família e onde se revivem as “funções pai-mãe-bebê”, vivenciadas no início do desenvolvimento.

A teoria de Winnicott propõe-se a superar a dicotomia entre indivíduo e grupo, na medida em que concebe o indivíduo como “ser grupal”. Dito de outra forma, é inconcebível tornar-se humano sem a presença de outros seres humanos. O Homem, quando nasce, é frágil e imaturo e depende de alguém, humano, para sobreviver. Isto se deve ao fato de nascermos com o sistema nervoso ainda não desenvolvido, que não nos permite, nos primeiros anos de vida, suprir as próprias necessidades. Por outro lado, é exatamente a imaturidade do sistema nervoso que nos propicia, na interação com o ambiente, desenvolver formas flexíveis e variadas de lidar com ele. Além disso, a capacidade tipicamente humana de usar representações simbólicas e de se comunicar logicamente só é aprendida na relação com outros seres humanos, que nos “nomeiam” o mundo. Este fato, que é fundamental no desenvolvimento humano, continua presente no decorrer da vida e o Homem busca, no grupo, a afirmação da sua identidade e continuidade do seu ser. Desde o início forma-se um grupo: bebê; mãe; pai. O bebê, por sua imaturidade precisa de alguém que o cuide e “apresente” ao mundo. A mãe, para melhor captar e atender às necessidades do bebê, identifica-se com ele, assim, torna-se frágil, vulnerável, precisando de um ambiente, humano, que a conforte, sustente, proteja e que é representado pela figura do pai.

Embora o desenvolvimento propicie ao bebê o surgimento de um *self* que o personifica, sua própria consistência dependerá da inevitável relação que tiver vivenciado com o “ambiente formador”, ou seja com a mãe cuidadora e o pai protetor. Cada um é individual, único, pessoal, mas parece conter os outros de forma indissociável. No decorrer da vida, mesmo já adultos, continuamos necessitando buscar no grupo os elementos fundamentais para manter e reforçar nossa individualidade. Buscamos, no grupo, um suporte. Buscamos aceitação, cuidado e proteção.

A experiência de uma equipe de “cuidadores”

O conceito de suporte social foi utilizado para estruturar o programa de atendimento a hipertensos. Nossa equipe pretendia, como estratégia principal, oferecer suporte a esses pacientes, sobretudo reunindo-os em grupos – os chamados “grupos de suporte”. Havia, pois, desde o início, uma disposição, na equipe, de cuidar dos pacientes, através do suporte oferecido. Descrevo, adiante, a estruturação do programa para, em seguida, me deter na dinâmica dessa “equipe de cuidadores”.

5.1 Programa de Atendimento a Hipertensos: descrição da experiência

O programa foi implantado em maio de 1987 no Posto de Assistência Médica–PAM de Teresópolis. Tinha como objetivo geral estimular os hipertensos a aderirem ao tratamento e, através dessa aderência, controlar melhor os níveis tensionais, reduzir a incidência de complicações e a utilização de remédios. Seus objetivos específicos consistiam em personalizar o tratamento a cada paciente, motivá-lo a tratar-se e conscientizá-lo

acerca da doença, suas causas, sua inserção no contexto de vida e os modos de lidar com ela.

Iniciei por convidar, para integrar a equipe, a atendente que trabalhava comigo naquele PAM. Convidei, em seguida, a administradora do posto, a farmacêutica e cinco médicos clínicos que lá trabalhavam. Coloquei a ideia do programa e a necessidade de encontrar pessoas que se interessassem em nele participar. Realizei então algumas reuniões de organização com esse grupo e decidimos implantar o programa a partir de maio de 1987. Ao grupo inicial foram se juntando outros profissionais e, em dezembro de 1987, a equipe dispunha de sete médicos, três psicólogos, uma enfermeira graduada, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem, um nutricionista, uma assistente social, uma farmacêutica e a administradora do posto.

Conseguimos uma pequena sala onde dispúnhamos de arquivo com o prontuário dos pacientes, aparelho para medir a pressão e local para estoque dos remédios que eram distribuídos. Os pacientes eram encaminhados pelo médico que os assistia e que fazia parte da equipe (só recebíamos pacientes de médicos da equipe). O pessoal da enfermagem os recebia em nossa sala, fazia o registro de inscrição em livro próprio e abria um prontuário, ao mesmo tempo em que realizava uma anamnese dirigida (modelo pré-estabelecido). A pressão arterial era aferida e registrada e o paciente informado mais detalhadamente sobre o programa, sendo então encaminhado para as reuniões de grupo.

A cada vinda do paciente ao Programa, a pressão arterial era verificada e havia consulta individual com o médico. A seguir os pacientes eram reunidos em grupos, com duração de uma hora, coordenados pelo psicólogo e com a presença do médico e do enfermeiro. Eventualmente participavam dessas reuniões nutricionista e assistente social. A partir de 1991, incluímos, no sistema de atendimento, pacientes diabéticos,

com a entrada na equipe de um endocrinologista. A equipe reunia-se uma vez por mês durante cerca de uma hora, sendo discutidos aspectos administrativos do programa e os casos dos pacientes.

Aos médicos competia encaminhar os pacientes, bem como assisti-los tecnicamente. Solicitava-se que os médicos participassem das reuniões de grupo e, para isso, reuníamos em cada grupo os pacientes de um mesmo médico. Solicitava-se também que agendassem seus pacientes, de modo que eles tivessem acesso garantido (e personalizado) à consulta, evitando que entrassem em filas ou esperassem muito tempo pelo atendimento.

Ao pessoal de enfermagem competia fazer a recepção dos pacientes ao programa, realizar a anamnese inicial, fazer o controle das marcações para as reuniões de grupo, aferir a pressão arterial dos pacientes antes de cada reunião de grupo. Cabia ainda entrar em contato com aqueles que estivessem faltando às consultas e/ou reuniões, anotando o motivo da falta e estimulando-os a comparecerem. O pessoal da enfermagem ficava também à disposição dos pacientes diariamente pela manhã para controle da pressão arterial sempre que os mesmos solicitassem ou para eventuais orientações.

O nutricionista comparecia às reuniões de grupo (sobretudo quando o tema era dieta) e ficava à disposição dos pacientes (ou dos seus familiares) que necessitassem de orientação sobre a dieta.

A assistente social assistia às reuniões de grupo e ficava à disposição dos pacientes para encaminhamentos de natureza social.

A farmacêutica fazia a requisição e o controle dos remédios a serem distribuídos aos pacientes. Tal distribuição era efetuada pelo pessoal da enfermagem somente nos dias de reunião de grupo, mediante receita do médico, em quantidade suficiente para 30 dias (que era o prazo entre as reuniões).

A administradora do posto era quem autorizava e providenciava as medidas de natureza administrativa necessárias ao bom andamento do programa.

Os grupos eram formados com 10 pacientes. Tínhamos, naquele momento – dezembro de 1987 – nove grupos funcionando. O programa fora iniciado com quatro grupos – 40 pacientes. As reuniões eram mensais com duração de uma hora. A coordenação das reuniões ficava habitualmente a cargo de um dos psicólogos ou, eventualmente, de um dos médicos. Se um paciente era excluído (o que só ocorria depois de várias tentativas sem êxito para que ele retornasse), outra pessoa era admitida, mantendo-se, portanto, o limite de 10 pessoas por grupo. A cada reunião nós propúnhamos um tema (dieta, uso de remédios, atividade física, tensão emocional, etc.) solicitando aos pacientes que falassem sobre ele, estimulando a discussão. Nossa intervenção fazia-se no sentido de retificar ou esclarecer o que estivesse sendo debatido. Estimulávamos a expressão de sentimentos e buscávamos, junto com os pacientes, identificar os fatores que estivessem interferindo na doença ou no seu controle. Todos os integrantes da equipe eram estimulados a participar das reuniões, ocorrendo suas presenças de acordo com as possibilidades de cada um e com a natureza do tema a ser ventilado.

Não havia tempo estabelecido para a permanência de cada paciente no programa, sendo-lhes proposto que frequentassem regularmente as reuniões com o intuito de garantirem a continuidade de seu tratamento. À primeira reunião do grupo nós chamávamos de reunião de apresentação, na qual expúnhamos a estrutura e os objetivos do programa, enfatizávamos a importância da presença de cada um e fazíamos uma discussão sobre o que vem a ser “pressão alta”. Esclarecíamos também, nessa reunião de apresentação, que os pacientes deviam, antes do início da cada reunião, aferir a pressão arterial para saber em que nível se encontrava, de modo que pudessem

discutir no grupo as oscilações registradas. Esclarecíamos ainda que a distribuição dos remédios só seria feita nos dias de reunião, para estimulá-los a não faltarem, e que o programa não tinha interesse em efetuar apenas a distribuição de remédios, mas propiciar a eles um adequado controle de sua hipertensão.

Relatório elaborado em dezembro de 1987 descrevia o perfil dos pacientes atendidos a partir da anamnese de inscrição. A adesão às reuniões foi de 75,1%. A curva de pressão arterial estabelecida com aqueles que tiveram pelo menos três registros foi estável em 26%, ascendente em 9% e descendente em 64%. Na discussão sobre os possíveis mecanismos responsáveis pela eficácia do programa, o relatório diz textualmente:

Os mecanismos básicos que parecem estar presentes como responsáveis pela eficácia do programa são a elevação da autoestima do paciente e do seu nível de conscientização acerca da hipertensão. Sentir-se melhor consigo mesmo, sentir-se mais apoiado e ter consciência mais ampla do que consigo acontece, empresta ao indivíduo força para buscar outras alternativas de enfrentamento e adaptação à vida do que aquela “propiciada” pela doença.

É difícil proporcionarmos tudo isso ao paciente no âmbito do atendimento convencional. Sobretudo em se tratando de pacientes de instituições, dadas as características desses pacientes e da própria instituição. Mas é também através da instituição que podemos mobilizar recursos capazes de oferecer a possibilidade de um programa integrado. Principalmente se encontrarmos, como tem sido o nosso caso, uma equipe interessada e disposta a assumir tal programa. A motivação da equipe é o primeiro agente terapêutico do programa. Além disso, a equipe precisa funcionar de modo integrado, o que é dado pelas

reuniões mensais onde são trocadas informações e decisões a respeito do programa.

Outro agente importante é o grupo de pacientes que funciona como suporte social na medida em que estão reunidos em torno de um problema comum (que é a Hipertensão Arterial – HA) e sustentados por uma equipe que os apoia. O grupo estimula a reflexão e amplia o nível de informação. Permite que cada um fale de si e, através do debate, visualize de modo mais abrangente seu modo de proceder, bem como novas possibilidades de agir. O número limitado de pacientes em cada grupo e a manutenção dos mesmos pacientes favorece a integração entre eles e um sentido maior de personalização. A presença dos vários profissionais da equipe nas reuniões dá aos pacientes um senso maior de unidade, de proteção e de valorização. A presença do médico então é de alto valor nesse sentido.

O atendimento agendado pelo médico, a existência de uma sala própria do programa, o contato em caso de faltas, a possibilidade de controlarem a qualquer momento a sua PA [pressão arterial], a realização de uma anamnese detalhada e particularizada, a garantia de continuidade do tratamento, o conhecimento de seus atuais níveis de PA e a possibilidade de discutir no grupo, todos esses são fatores que aumentam no paciente o sentimento de estar sendo cuidado, valorizado e estimulado de modo particular e pessoal.

A presença de médico, psicólogo, nutricionista e assistente social no programa permite que os diversos componentes da doença sejam examinados de modo mais consistente e profundo, ao mesmo tempo que propicia sua interligação, visto que abordado conjuntamente.

Em maio de 1988 o programa comemorou seu primeiro aniversário de existência com uma reunião de confraternização entre equipe e pacientes à qual compareceram, além da equipe, 47 pacientes. Na ocasião fizeram uso da palavra várias pessoas, sensibilizando-nos o pronunciamento da paciente número 1 do programa, que a ele se referiu de maneira muito positiva. Dentre outros aspectos, valorizou o empenho, carinho e entrosamento equipe-pacientes e a continuidade do programa.

A frequência às reuniões de equipe era irregular, com pouca presença por parte de alguns médicos (geralmente devido a questões de horário). Quanto às reuniões de grupo com os pacientes, os médicos compareciam com maior regularidade, e cinco deles atendiam seus pacientes, individualmente, após as reuniões. A equipe, naquela altura, era composta pelo coordenador, oito médicos, três psicólogas, duas enfermeiras e um nutricionista. Todos dedicavam horário parcial ao programa (em média uma a duas vezes por semana, pela manhã, à exceção de uma das enfermeiras que ficava todos os dias pela manhã).

Em relatório datado de março de 1990, destacava-se a redução do número de atendimentos de urgência e de internações motivadas pela hipertensão. A aderência ao programa fora da ordem de 77%. Mencionou-se estudo desenvolvido no ano anterior – 1989 – comparando-se as curvas de pressão dos pacientes atendidos pelo PAM, mas fora do programa, com os do programa, obtendo-se:

Curva de pressão			
	<i>Descendente</i>	<i>Ascendente</i>	<i>Estável</i>
Programa	63,2%	31,11%	5,6%
Fora do programa	42,8%	46,9%	10,2%

Mas o ano foi também de dificuldades no andamento do programa. Ocorreu a saída de um médico, a transferência de três médicos e do nutricionista para outras unidades, o afastamento de uma psicóloga por licença-maternidade e de outra, que era voluntária, por ter assumido outras tarefas. Saiu também uma das enfermeiras, permanecendo a equipe então com o coordenador, uma enfermeira e quatro médicos. Tudo isso aconteceu em função da unificação dos serviços de saúde federal, estadual e municipal, com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS.

Em julho de 1990 foi aprovado projeto de descentralização do programa, que funcionaria em mais duas unidades do SUS, contando, em cada uma dessas unidades, com um médico, uma enfermeira e um psicólogo para 50 pacientes atendidos. Em outubro de 1990 o programa funcionava com 10 grupos e tinha 151 pacientes inscritos. A reunião da equipe continuava sendo mensal, mas, nessa época, não estava acontecendo por falta de tempo dos profissionais. As reuniões mensais de supervisão minha com a enfermeira e com as duas psicólogas deixaram de acontecer com a saída das psicólogas. A distribuição dos remédios havia sido reduzida drasticamente. Logo em seguida o programa foi desativado, devido à troca do secretário de saúde que passava a assumir o controle do SUS, com a alegação de que precisaria reestruturá-lo.

Somente a partir de março de 1992 o programa foi reiniciado, mas em outros termos. Ele passou a funcionar, novamente centralizado, no Centro de Saúde Mental, com o coordenador, uma enfermeira e uma psicóloga. Os médicos encaminhavam os pacientes, mas não participavam das reuniões de grupo, que eram coordenadas pelos psicólogos.

Os pacientes eram recebidos pela enfermeira, que fazia a anamnese de admissão e, por ocasião das reuniões de grupo, aferia-lhes a pressão arterial. Seis médicos encaminhavam os pacientes, sendo que quatro deles haviam participado da

etapa inicial do programa. Os medicamentos já não eram disponibilizados.

Relatório elaborado em agosto de 1992 destacava como fator positivo o afluxo grande de pacientes que haviam participado do programa antes da sua interrupção, sempre com a referência dos benefícios que o atendimento lhes proporcionara. Foi solicitada, nessa ocasião, a cessão de três salas para enfermagem, consultas médicas e reuniões de grupos, e a liberação de um médico que ficaria, pela manhã, à disposição do programa. Esse relatório mencionava também a dificuldade de contato com os médicos que encaminhavam os pacientes, mas não participavam das reuniões de grupo e da equipe. Havia, na ocasião, 100 pacientes inscritos.

O relatório de dezembro de 1992, todavia, registrou um avanço na organização da equipe e na disponibilização de espaços físicos para o programa. Assim é que as três salas solicitadas foram concedidas. Um médico cardiologista foi cedido ao programa. Recebemos a adesão de uma assistente social. Três médicos foram liberados uma vez por mês para participarem das reuniões de grupo dos seus pacientes e atendê-los, nesse dia, no próprio programa. O setor de enfermagem passou a contar com mais uma enfermeira. Um professor de educação física passou a participar voluntariamente. O nutricionista que já participara do programa foi reintegrado e mais uma psicóloga foi cedida, todos destinando, pelo menos, um dia por semana ao programa. Nesse mesmo ano foram criados dois grupos de psicoterapia para os pacientes vinculados ao programa. A aderência registrada foi de 65,5%. Ainda nesse relatório foi fixada a meta de ampliar o número de pacientes inscritos no decorrer do ano seguinte para 150.

O relatório de dezembro de 1993 destaca os bons resultados do programa, substanciados nas curvas de pressão e na aderência às reuniões de 83.8%. O número de pacientes inscritos foi ampliado para 182. A presença dos médicos nas reuniões

de grupo e nas reuniões de equipe foi considerada importante para o êxito do programa. O relacionamento da equipe exercido de modo interdisciplinar foi também enfatizado. Mais uma psicóloga uniu-se ao programa.

O relatório descreve as caminhadas, realizadas quinzenalmente com a coordenação do professor de educação física, deslocando pacientes e equipe em ônibus cedido por uma empresa da cidade para lugares planos e agradáveis. A pressão era aferida ao início e final das caminhadas. A média de participação era de 50 pacientes. Nesse ano foi realizada uma série de sete programas de rádio dando orientações sobre a hipertensão arterial. Foi também criada a associação de hipertensos, por iniciativa dos pacientes e apoio da equipe, sobretudo da assistente social. O programa foi estendido a diabéticos com a participação de um endocrinologista. A equipe participou do Congresso Brasileiro de Hipertensão com seis trabalhos apresentados sob a forma de temas livres. Participou, também, em parceria com a Fundação Educacional Serra dos Órgãos (FESO), da organização do Encontro sobre Hipertensão e Diabetes que reuniu 19 municípios do Estado do Rio de Janeiro. O relatório desse ano (1993) é encerrado da seguinte forma:

Por fim, gostaríamos de destacar a importância do funcionamento da equipe, que tem se mostrado motivada e coesa. Os diversos profissionais têm trabalhado efetivamente de modo interdisciplinar desempenhando cada qual sua tarefa específica com ampla liberdade para interpenetrar no trabalho do outro. As reuniões de equipe que se fazem às terças e sextas-feiras das 10 às 12 horas com a presença de todos, tem sido o espaço privilegiado para promover tal integração. Estamos convencidos que nossa equipe constituiu-se, por ela, num importante fator terapêutico do programa.

Ressalte-se que nosso objetivo transcende o mero controle da PA (que, não obstante, continua sendo um dos objetivos principais) mas visa à própria autoestima dos pacientes fazendo-os sentirem-se mais valorizados como pessoas e, nesse sentido, mais dispostos a se cuidarem. A conscientização dos fatores que interferem na doença torna-os mais sujeitos de si mesmos e, em consequência, mais aptos a se tratarem.

Os resultados têm vindo com a sensação de maior bem-estar psicossocial que os pacientes demonstram, com a elevada adesão ao programa e com a sensível redução das intercorrências (atendimentos de urgência ou internações hospitalares).

O relatório de dezembro de 1994 descreve em linhas gerais a mesma dinâmica de funcionamento do ano anterior. As caminhadas mantiveram-se com uma frequência de 20 a 50 pacientes. Nova série de seis programas de rádio foi realizada. Instituiu-se um sistema de avaliação para os pacientes que permaneciam com a PA elevada, através de consultas individuais com o médico, psicólogo e nutricionista. Após as consultas o caso era discutido pela equipe para decisão das medidas a serem tomadas. O grupo participou de um Congresso de Medicina Psicossomática e do Encontro de Programas de Atendimento a Hipertensos e Diabéticos. Estávamos com 218 pacientes inscritos. A equipe permaneceu a mesma com: coordenador, 3 psicólogas, 5 médicos (sendo um endocrinologista), duas enfermeiras, um nutricionista, uma assistente social e um professor de educação física.

O ano de 1995 apresentou a continuação das atividades desenvolvidas pela equipe. O programa tinha 229 hipertensos e 36 diabéticos inscritos. As caminhadas continuaram com uma frequência de 13 a 44 pacientes. A assistente social passou a

fazer parte das avaliações individuais dos pacientes cuja PA permanecia elevada. Foi organizado curso para “monitores” oferecido para pacientes que nos ajudariam no apoio aos demais e dele participaram sete pacientes. A equipe participou do Congresso Brasileiro de Hipertensão e do 3º Encontro de Programas de Atendimento a Hipertensos e Diabéticos. Desenvolvemos também um vídeo demonstrativo do programa na esperança de captar recursos que auxiliassem o aprimoramento técnico do mesmo.

Em maio de 1996 eu me aposentei do SUS, mas o programa continuou até 2003 quando afinal foi descentralizado para as outras unidades do sistema ambulatorial de saúde do município. Em março do mesmo ano, 1996, eu implantei na Unidade Beira Linha da FESO o projeto Rede de Atenção à Saúde do Hipertenso – RASH, que tinha como objetivo inserir alunos do curso de medicina no programa de atendimento a hipertensos que funcionava naquela unidade. A partir de 1998 e durante todo o ano de 1999 eu coordenei aquele programa. Em janeiro de 2000 a Unidade Beira Linha passou a fazer parte do Programa de Saúde da Família – PSF, passando a coordenação dos grupos de hipertensos para as equipes básicas do PSF. Em março de 2000 eu me retirei da unidade para me dedicar ao doutorado.

Enfatize-se que todos os relatórios anuais descreviam o perfil dos pacientes, número de inscritos e desligados, índice de aderência ao programa e às reuniões, além da análise das curvas de pressão registradas. Durante todos os anos em que o programa funcionou, desde maio de 1988, foi realizada reunião de confraternização da equipe com os pacientes para comemorarem o aniversário do programa. Nos últimos anos, o grupo deslocava-se para um local aprazível, havia atividades como projeção de filmes, palestras e um lanche em que todos levavam algo para comer ou beber. Havia sempre um bolo e cantavam-se parabéns.

5.2 A dinâmica da equipe

Os estudiosos do suporte social enfatizam a importância de o receptor perceber o suporte que lhe é disponibilizado. Como minha preocupação é refletir sobre o cuidado oferecido aos profissionais cuidadores, entendi que seria indispensável entrevistar os membros da equipe do programa de atendimento a hipertensos, com o objetivo de registrar e analisar a forma como percebiam, como sentiam a dinâmica dessa equipe. Afinal, são eles o objeto do meu trabalho. Expus-lhes o que pretendia e pedi que falassem sobre aquela experiência. As entrevistas foram gravadas. Eventualmente eu intervinha, procurando esclarecer alguns pontos ou suscitando que abordassem alguns tópicos como as reuniões de equipe, as caminhadas, a forma como chegaram ao programa. Ao todo, nove profissionais responderam às entrevistas: três psicólogos; a que chamarei P1, P2 e P3; dois médicos – M1 e M2; um nutricionista – N, um enfermeiro – E; um assistente social – AS e um professor de educação física – PE. As considerações que se seguem, ilustradas com trechos dos depoimentos colhidos, são a síntese do que deparei nessas entrevistas.

5.2.1 A proposta de trabalho

É impossível visualizar a dinâmica da equipe fora do contexto da proposta de trabalho. Terminado o Mestrado, e propondo-me a criar um programa de atendimento a hipertensos em Teresópolis, eu já tinha uma proposta de trabalho formulada de maneira clara e bem delimitada na minha cabeça. Eu sabia, penso que posso dizer assim, o que fazer, porque fazer e como fazer. E foi essa proposta de trabalho que me serviu como ponto de referência inicial para convidar os demais membros da equipe. Eu sabia que deveria trabalhar com

peessoas que tivessem a mesma motivação, o mesmo desejo, que comungassem comigo da mesma ideia. Seria uma espécie de casamento, de união para gerar filhos: os pacientes do programa. Por isso afirmo ser impossível discutir a dinâmica da equipe sem discutir a proposta de trabalho. Destaco que ela continuou servindo, posteriormente, como ponto de apoio na solução de conflitos e dificuldades surgidas no decorrer do trabalho. O fato de ela ser sempre discutida na equipe quanto às suas estratégias pareceu reforçar o espírito de coesão e integração, ao mesmo tempo que propiciava a busca de soluções que garantissem o alcance do objetivo comum estabelecido.

P1: – Outra coisa que eu acho importante também, a hipertensão, ela tinha bem definidos os métodos, eu acho que isso é importante, quer dizer, a gente tinha um plano de ação. [...] Lá nós tínhamos assim: um modelo de um trabalho que a gente ia aprimorando, mas a gente tinha uma estrutura, eu acho que isso também era fundamental para a equipe. [...] Eu acho assim, *tem que ter uma proposta de trabalho..., e tem que ter um miolo que a gente volte sempre àquela primeira proposta*, como você falou. Estamos nos afastando disso?

AS: – Era um relacionamento muito... a equipe estava interligada, era um relacionamento em que todos tinham a mesma filosofia, o mesmo pensamento, com um objetivo comum. [...] Bem claro e fortalecido, que era o programa de hipertensão. Então todas as nossas discussões, todos os nossos pensamentos estavam ligados exatamente ao programa que seria desenvolvido com o tempo. [...] Também os casos eram discutidos na equipe e, sempre pensando no objetivo comum, a discussão ia clareando, clareando

até que nós chegávamos a um consenso a respeito daquele estudo.

Talvez três aspectos sejam fundamentais na proposta de trabalho que formulei para estruturar o programa de atendimento a hipertensos com base no conceito de grupos de suporte:

- 1º) criar um espaço de acolhimento, suporte e apoio aos hipertensos visando ajudá-los no enfrentamento da doença, atendendo-os de maneira integral, pessoal (ou personalizada) ao considerar os aspectos orgânicos da doença, mas, também, os hábitos alimentares, atividade física, trabalho, estresse, etc.;
- 2º) trabalhar com uma equipe multiprofissional capaz de atender aos vários aspectos da doença de forma integrada; e
- 3º) formar uma equipe disposta não só a “prescrever”, mas a “cuidar” dos pacientes.

Este terceiro aspecto me remeteu à observação que fiz quando do estudo de campo: programas que funcionavam melhor eram aqueles que contavam com equipes motivadas. Na verdade, é fundamental para a constituição de uma equipe que pretenda ser “cuidadora” o desejo de se envolver emocionalmente com o “objeto a ser cuidado”. Cuidar é, antes de mais nada, um ato amoroso, de interesse, de preocupação, de vínculo com o outro. Por isso procurei auscultar em cada profissional que convidava, esse “desejo de cuidar”.

De fato, nas instituições de saúde que visitei, era nítida a diferença de eficiência e eficácia dos programas implementados por profissionais motivados. Estava convencido de que só teríamos êxito se encontrasse profissionais efetivamente interessados e com tempo disponível para a tarefa. Por isso, procurei convidar quem trabalhasse no mesmo turno meu e que se interessasse pela proposta.

5.2.2 A motivação: o desejo de cuidar

Deveríamos oferecer acolhimento e apoio aos problemas e dificuldades que os pacientes tivessem para aderir ao tratamento. Deveríamos considerar os problemas de várias ordens: físicos, psicológicos e sociais e abordá-los conjuntamente, em equipe. Não seríamos apenas “prescrevedores”, mas “cuidadores” também. A preocupação em convidar pessoas motivadas foi marcante, como testemunham alguns desses profissionais:

P1 – Você sempre dizia assim: “Eu não quero pessoas que estejam nessa equipe que não se identifiquem com o trabalho, eu prefiro ficar sozinho”. Isso era uma fala que sempre me chamou muito a atenção. [...] E quando a gente começou a crescer... sempre tem aquele medo; quem são as pessoas que vão entrar? Porque tinha uma questão que essas pessoas tinham que entrar com o mesmo desejo de contribuir e de estar trabalhando junto. [...] Eu acho que *para uma equipe, ela ser suportiva*, eu acho que a primeira coisa... a tarefa que a gente está desempenhando, *ela tem que ser uma tarefa que motive a todos*.

P3: – Para mim, o trabalho com a equipe foi marcante porque marcou a minha proposta de atuação profissional. Lembro de você quando eu fui conversar a primeira vez, que você disse assim: você queria pessoas participando, mas que fosse pelo desejo de participar, porque você cansa de falar que nenhum vínculo se forma por decreto, coisas que eu passei a repetir. Então é o desejo, o mais importante aqui é: “Você quer trabalhar? Você tem o desejo de trabalhar? Esse assunto te agrada?” [...] Então é aquela

coisa assim: “*vamos fazer por desejo, por alguma coisa que dê mais sentido ao nosso trabalho e que nos faça uma equipe efetivamente*, nos una nesse sentido”. Dali a gente começa a se conhecer. O primeiro momento é esse. “Quer participar?” Mas, participar de alguma forma, porque você se afeta com o serviço, no sentido de ser afetado, é alguma coisa que eu acho que vale a pena fazer. Não é porque eu estou mandando. Se for assim, não vai funcionar.

Destaco que a motivação buscada era o desejo de cuidar, que marcava um diferencial com o objetivo de sermos “precrevedores”.

P3: – E aí tinha uma coisa que nos unia, que era o poder de se dar bem com os nossos pacientes. Alguma coisa que eu acho que era objetivo comum: nosso paciente estava ali, tem muita demanda e a gente tinha, acho que cada um de nós ali, se a gente for pensar, a gente tinha essa ideia que *a gente queria cuidar bem do nosso paciente*, na medida do nosso possível. [...] Acho que a gente em si, talvez pela própria forma como nós nos reunimos, que foi assim: vai pelo desejo, então nós tínhamos uma forma carinhosa com as pessoas, principalmente com os nossos pacientes, que eu acho que isso foi potencializado no momento que você ali, na função de coordenador, espelhava isso para a gente e isso nós tínhamos dentro da gente e isso era espelhado e ia sendo duplicado.

E mais adiante:

P3: – Eu estou me lembrando de um caso, era do grupo de diabéticos, não sei se você lembra... mas

era um casal, eles eram namorados. Eles, quando foram casar, tiveram toda uma orientação, pediram orientação, porque iam casar e o homem era diabético e ela tinha a ideia de que engravidar... o medo de que o filho fosse diabético, aquela história toda. E o tempo todo a gente foi acompanhando eles. Então, *de alguma forma, esses pacientes nos uniam como se nós fôssemos, entre aspás, pais*, porque pai e mãe brigam: “Olha você está fazendo isso com o meu filho; não quero que você faça isso com o meu filho”. Aquilo, não sei se espelhava, mas trazia de volta para a gente o compromisso de cuidar deles e na hora que isso voltava a gente tinha que ver o que que a gente estava fazendo como equipe: a gente estava fazendo certo? A gente estava orientando?

Em síntese, a equipe de profissionais do programa de atendimento a hipertensos reuniu-se a partir de um desejo comum: cuidar bem dos pacientes e em torno de uma proposta de trabalho claramente definida e francamente compartilhada. Tínhamos consciência de que o exercício de cuidar demandava um espaço de encontro entre nós, cuidadores, e os nossos pacientes. Demandava, também, que tivéssemos, nós, um espaço próprio onde nos “organizaríamos” e buscaríamos força para, afinal, realizar a proposta de trabalho comum, que desejávamos.

5.2.3 Os espaços de encontro

Cuidar de alguém pressupõe contato, proximidade, encontro. Não há como cuidar se não houver como encontrar. O momento privilegiado de cuidar dos pacientes eram as reuniões de grupo. Criamos outros espaços como a disponibilidade da enfermeira para atendê-los diariamente, as caminhadas, as

festas de aniversário. Sempre com a preocupação de acolhê-los, de cuidar deles, de interagir com eles.

Mas era também importante que a equipe se reunisse. Que houvesse, entre nós, um espaço de encontro, frequente, regular. As reuniões de equipe eram o nosso espaço privilegiado de encontro. Nós precisávamos, de algum modo, nos estruturar para melhor cuidar dos pacientes. Devíamos assumir a consciência de que éramos “cuidadores”, e, assim, oferecer aos pacientes uma forma de nos comportar, de agir entre nós que fosse condizente com esse cuidado. Num certo sentido, precisávamos exercitar entre nós o cuidado que ofereceríamos aos nossos pacientes. Quando iniciamos o programa as reuniões de equipe eram mensais. Nem sempre todos compareciam. Na continuidade, todavia, fomos sentindo a necessidade de que o espaço de encontro se ampliasse. Decidimos fazê-las semanalmente (houve época em que eram duas vezes por semana). Praticamente todos compareciam e ali discutíamos a forma de lidar com os pacientes, discutíamos a própria estrutura do programa e procurávamos estimular o clima de suporte, ou seja, que nós nos aproximássemos afetivamente uns dos outros, que nos comunicássemos da maneira mais clara possível, que trocássemos nossas experiências, nossas ideias e nossas angústias.

Creio que o espaço das reuniões da equipe “sintetizou” a dinâmica do que ocorria nas diversas atividades do programa e pareceu funcionar como o “ambiente familiar” que nos unia e sustentava. Dada a relevância desses momentos, transcrevo vários depoimentos dos profissionais acerca daquelas reuniões, dando ênfase a alguns aspectos da sua dinâmica:

O diálogo era franco:

P3: – Era uma reunião de equipe em que todo mundo falava mesmo. [...] Isso era outra coisa, acho que todos nós aprendemos a ouvir um ao outro, por mais que fosse para reclamar ou para estar assim ou estar

assado e era o momento da reunião, quando a gente se reunia para ver como é que a gente ia fazer o trabalho. Aí, tem essa possibilidade de até ver o que deu errado para fazer de novo, decidir o que não está dando certo para ver como é que a gente faz.

Era um espaço de criatividade em relação ao trabalho:

P1: – Outra coisa também que eu acho que a equipe, para ser suportiva... são as reuniões. Tem que ter, e a gente tinha sempre. Teve uma época que a gente viu que tinha que ter mais de uma, duas por semana, isso é fundamental. Esse encontro, nem que seja pra conversar, quebrar o pau, falar o que acha, [...] isso é fundamental, porque na hora que os profissionais se encontram, as vezes não tinha nada pra falar, aí a gente conversava, trazia alguma ideia nova, “então vamos fazer isso... vamos organizar melhor os fichários, vamos para um congresso...” eu acho que isso é fundamental e a gente sempre teve esse cuidado.

Refletia-se sobre os pacientes e sobre o próprio relacionamento da equipe:

P2: – As reuniões eram muito produtivas. A discussão de caso... Você poder levar a cada sessão as dificuldades que cada um teve em lidar com aquele grupo... Fazer um acompanhamento do paciente – e ele era conhecido de uma forma muito carinhosa, nominalmente. Quer dizer, a gente tinha esse conhecimento do paciente. Então, as reuniões eram reuniões de apoio, de suporte. Eram reuniões até que traziam um conhecimento. A gente discutia, às vezes,

alguma coisa em termo do desconhecimento mesmo da função de cada um. Mas também se discutia a questão do próprio paciente e da própria evolução do grupo. “Por que aquele grupo um dia foi pior e outro foi melhor? Por que aquele paciente piorou? O que aconteceu com ele?” E a equipe toda se ajudava no sentido de dar uma melhorada naquele paciente.

Eugenio – E nessas reuniões, por exemplo... discutia-se o próprio relacionamento do grupo?

P2: – Sem dúvida. Era discutido isso sempre. Acho que sempre que havia uma dificuldade, havia uma tentativa de se resolver ali. Tanto é que aconteceu com a minha entrada, que o grupo discutiu e resolveu se eu ia entrar ou não. Mesmo eu sendo coordenadora da Saúde Mental, eu não tive esse poder, se a gente for pensar assim, de dizer: “eu quero” e pronto. Não. Eu passei pelo crivo do grupo. E eles discutiram. Eu me lembro que alguém disse: Eu acho que não vai ser bom, porque ela tem uma relação de poder. Como é que vai ser? Se aqui nós não temos essa relação de poder, né? E eu precisei, quase que vender o meu peixe. “Me aceitem porque eu quero tentar”. Então, eu acho que todo problema, qualquer dificuldade que o grupo apresentava, que um membro do grupo... a coisa era discutida e tentando sempre resolver ali. Não tenha dúvida.

As reuniões funcionavam como suporte para a equipe. Era um espaço de troca, de ajuda mútua:

PE: – Eu não tenho muita vivência de outros grupos. Para mim de repente foi o único grupo que a

gente trabalhou assim mesmo em conjunto. Eu achei muito agradável porque ali acho que todo mundo respeitava um ao outro, acho que ninguém queria sobressair mais do que o outro, muito pelo contrário, todo mundo acatando, não era discussão, era muito mais troca, então acho que ela tinha um relacionamento muito franco, sincero e para mim é *light*, tranquilo. Então eu me senti muito bem, porque ali a gente não estava duelando, a gente estava se ajudando e ajudando os outros, então eu acho que nesse ponto, tranquilo. Essas reuniões para mim, eu vinha relaxado por elas.

N: – E nós tínhamos as nossas reuniões semanais, fazíamos as avaliações e que nós discutíamos os casos mais graves. E também tínhamos aquela de o pessoal da equipe lavar a alma, no sentido de que como os outros membros não psicólogos, nós absorvíamos, também, uma carga muito grande, mesmo que o programa não fosse de objetivo terapêutico, mas a gente acabava tendo alguns episódios de terapia, se pudéssemos dizer assim. E a gente acabava absorvendo essa carga de problemas do paciente.

As caminhadas representavam outro espaço de encontro que envolvia pacientes e profissionais. Espaço que parecia estimular a autoestima dos que participavam, pela atividade em si e pela possibilidade de troca que propiciava.

E: – A autoestima dessas pessoas era muito pequena, muito diminuída e nas caminhadas, a gente conversando, eu, a assistente social, a outra menina, a outra enfermeira, enfim, o grupo todo, o nutricionista era muito alegre, contava muita piada também,

para desencucar o pessoal, extroverter. E a gente notava que a autoestima deles subia, se elevava muito. Por quê? Porque eles começavam se sentir mais gente. “Não, épa, eu posso. Eu sou. Eu sou querida e alguém presta a atenção em mim”. Essa era a experiência que eu pegava. A autoestima se elevava, com isso a pessoa tinha mais vontade de se cuidar em tudo do que a gente dizia aí, da questão dos remédios, da alimentação. Era muito bom isso, a caminhada. [...] Por que estimulava, também, a equipe a conversar mais, a descobrir mais coisas da questão da parte física, também, dos pacientes. Não só a parte emocional, mas a parte física. [...] Foi uma coisa boa, porque a gente acabava, também, querendo se cuidar, também. Aí, a gente ficava olhando. É, ficava olhando. Pôxa, se eles elevaram a autoestima porque estão caminhando e a gente ouve todo dia na televisão: “faça caminhada; olha o seu coração”. Nos livros, a gente aprende isso todo dia, estudando, fazendo enfermagem. A gente está mais do que careca de saber. Mas, a gente se acomoda e não faz. “Vou amanhã...” E a gente começava a ver aqueles idosos a fazer, aquelas pessoas que tinham até dificuldades, umas mais obesas, de caminhar e a gente começava a se cobrar, também. Era muito interessante isso.

M2: – Era um fator de integração. A gente tinha pessoas que iam caminhar com a gente de todos os grupos, então já tinha o fator integração entre si, porque os grupos eram 12 pessoas que só elas que se viam e quando nós fazíamos a caminhada todos se interrelacionavam e até trocavam experiência, se conheciam e tal e eu acho que era uma coisa importante

pela integração da equipe porque nós íamos na maior parte das vezes nós íamos juntos fazer a caminhada, era mais um fator de integração da equipe. [...] Eu acho que era mais um vínculo, interpessoal entre os membros da equipe e além de tudo era um fator de motivação e de agregação para os pacientes; para os próprios hipertensos.

5.2.4 Os diversos saberes da equipe

Ao convidar profissionais de áreas diferentes eu tinha em mente a importância de cada um e, ao mesmo tempo, a dificuldade de conciliar saberes diferentes no interesse comum que era o de cuidar bem dos pacientes. Por isso procurei fazer com que todos se sentissem igualmente responsáveis e me preocupei em valorizar o que cada um tinha a dizer. Expus-lhes que pretendia organizar um programa de atendimento a hipertensos que contasse com uma equipe de profissionais diversos para fazer face à multifatorialidade da doença e onde todos teriam uma tarefa específica, de acordo com sua competência profissional. Nesse sentido, deveríamos conviver com os “saberes” diferentes de cada um e integrá-los de modo que o paciente se beneficiasse deles como um todo.

P1: – E isso também é uma coisa que eu tenho que falar para você que você também sempre foi muito democrático no saber. Eu acho que você também passava isso, que eu me lembro, eu tinha uma formação até mais em gestalt-terapia e muitas vezes o que a gente trocava da nossa visão do paciente ou trazendo algumas contribuições da maneira de ver e você também, quer dizer, era sempre um enriquecimento, nunca teve... Acho que a gente nunca teve

isso, você nunca se preocupou de qual é a linha teórica de cada um. Você se preocupava assim: “Você gosta? Você quer?” Não tinha nem muita experiência ou até eu já tinha, mas era muito assim: “qual é a tua motivação de estar aqui?” E tinha respeito... Sempre a fala do outro, você sempre escutava o outro, acho que isso a gente aprendeu, que dava o valor: “espera aí gente, o que ele está falando tem importância”.

AS: – Era exatamente a filosofia do programa. Então eu me sentia, como é que eu vou dizer, eu me sentia imprescindível no programa como os outros profissionais também se sentiam. Então se eu sáisse do programa eu acho que eu ia me sentir muito culpada, eu não ia ficar bem comigo nem com os meus colegas de trabalho, então eu acho que a inserção do profissional no programa valorizava muito, porque ele se sentia responsável, porque ele via tranquilamente que se ele sáisse, o programa ia ficar capenga, ia caminhar, claro, mas ficaria capenga porque ele tinha o papel dele definido, não é? Eu compreendo assim, eu vejo assim.

O exercício da tarefa impunha, ao mesmo tempo, a definição do papel, da competência específica de cada profissional e a interpenetração inevitável dos “saberes” sem que houvesse necessariamente uma “invasão” indébita do território de cada um.

P1: – Na nossa equipe as funções, lá na hipertensão, estavam muito bem definidas. “Eu sou o médico, eu faço isso”. Isso é fundamental numa equipe. “Eu sou o nutricionista, eu sou o professor de educação física”. Mesmo quando entrou uma outra psicóloga existia uma preocupação de definir quem coordena o grupo

de quem: “Oh, você trabalha com esse médico, eu trabalho com o outro, porque senão vai ficar complicado” [...] Na nossa equipe... cada um tinha a sua verdade e também existia um respeito muito grande pela fala do outro, mas eu acho que o fato de nós estarmos em especialidades diferentes e muito bem delimitado qual é a tarefa de cada um, além do respeito, fazia com que nós não nos invadísemos e nos apoiássemos, entendeu?

A convivência de saberes diversos, provavelmente estimulada pelo clima acolhedor que circulava na equipe, favorecia a interpenetração desses saberes sem ameaça à competência específica de cada um.

P2: – É uma coisa que... eu achava muito interessante com a equipe e que eu fui entender bem o que era equipe transdisciplinar. Quando eu consegui entender que nós sabíamos tanto da função um do outro, tanto do trabalho um do outro, que no final, eu me lembro de uma vez ter entrado na sala, principalmente nesse finzinho, que o V. muitas vezes ficava ali no meu lugar e peguei o V. falando... os pacientes estavam falando de questões emocionais. E quem estava coordenando ali era o V. E muitas vezes eu fiquei falando de nutrição. Muitas vezes. Me lembro de tanto ouvir ele falar que muitas vezes eu comecei... então, eu entendi que era isso. A equipe foi ficando tão inter que passou de ser inter. [...] Eu não vou dar uma receita do médico e nem vou dar uma receita de dieta, nunca. Mas, por um outro lado, eu sabia qual era o efeito do propranolol, qual era o efeito do... eu sabia qual era o efeito. Então, quando a paciente dizia pra gente: “Olha, tô tomando

isso e começou a me dar asma”, a gente já sabia que o remédio podia estar fazendo isso. Não esquece de falar isso pro P. Tem que falar isso. Ou, então, a gente mesmo falava: “P, a paciente relatou...”

Os depoimentos da equipe parecem enfatizar essa diversidade de saberes, a possibilidade de “leituras” diferentes do paciente e da sua realidade, associada à transparência, ou seja, à possibilidade de exposição dos vários saberes sem receio de crítica, como decisivo para o sentimento de apoio mútuo que vicejava no relacionamento da equipe.

P1: – A gente fazia uma coisa que eu duvido que alguém faça. Normalmente quando um psicólogo vai atender, ele atende sozinho ou ele escolhe alguém que tem confiança para fazer a dinâmica do grupo juntos. Você sabe o que era fazer um grupo, isso eu aprendi e foi muito bom para mim, com o médico, às vezes tinha o nutricionista, às vezes tinha você, às vezes tinha... quer dizer, você também se expõe no seu conhecimento e você aprende o que: a hora da fala do médico, a coordenação também, do grupo, essa coordenação que era assim: às vezes o P. tinha que falar, ele sabia a hora que ele ia falar, eu falava, o V. trazia alguma contribuição, está entendendo? Fazia com que a gente, também não ficasse muito preocupado de estar falando besteira, a gente estivesse todos juntos.

E mais adiante:

P1: – Porque não tinha medo, a gente podia até falar: “Pôxa, atendi assim...”, e outra coisa, né Eugênio, como o nosso atendimento era em grupo, com

outros profissionais, se eu não falasse, alguém ia falar, entendeu? Não tinha como eu me esconder. Eu acho também uma outra coisa que a gente está pensando assim, talvez *uma outra coisa de ser suportiva é a equipe ser transparente*, não sei como seria isso na prática, mas, por exemplo... a nossa prática era vista por todos. Eu não podia me isolar, quer dizer, eu acho que a única prática que eu tinha mais isolada era o atendimento na terapia, mas os pacientes eram os mesmos, então os pacientes falavam, então, quer dizer, o nosso trabalho era transparente. [...] Outra coisa também que eu acho, os pacientes eram de todos, todo mundo atendia, era paciente do V., seu, meu, de não sei quem, quer dizer, o trabalho era transparente porque mesmo quando eu fazia a psicoterapia o P. falava assim: "Hoje aconteceu isso e isso. Aquela senhora..., sei lá..., loira, aquela bem velhinha, mais velha, falou para mim que não sei o que, que gostou, ficou até mobilizada", quer dizer, ele sabia o que eu estava fazendo lá, entendeu? Eu quando fazia o grupo, estava todo mundo olhando, então tinha uma transparência, isso também não deixa você ficar com a coisa meio persecutória, por exemplo, eu atendo meu paciente individualmente e o paciente é só meu, ninguém sabe o que eu fiz com ele...

O fato de vários profissionais participarem das reuniões de grupo com os pacientes e o fato de que todos os pacientes eram atendidos por todos da equipe, expunha o trabalho de cada um, não permitindo que nos "escondêssemos". Ao mesmo tempo, a possibilidade de discutirmos conjuntamente os casos dos pacientes, de buscarmos, coletivamente, a melhor forma de "bem cuidar deles", propiciava o sentimento de suporte que a entrevistada mencionou.

5.2.5 A experiência compartilhada

Sempre que possível procurávamos ocupar os espaços do programa juntos. Nas reuniões de equipe, habitualmente estávamos todos. E nas reuniões de grupo com os pacientes, nas caminhadas, nas festas, todos eram estimulados a ir. As caminhadas, então, eram extremamente proveitosas pois que geralmente buscávamos lugares aprazíveis e de muita descontração. Provavelmente elas valiam menos pelo efeito cardiovascular físico e mais pela oportunidade de brincar que todos vivenciávamos. Enfim, a ideia é que compartilhássemos a experiência. Não era obrigatória a presença, mas sentíamos-nos comprometidos a estar. Mais do que isso, sentíamos prazer em estar juntos porque a conversa era franca, amistosa. Não havia disputa de espaço ou poder, mas, antes, desejo de trocar e de valorizar o saber e o fazer do outro, o que, em consequência, emprestava valor ao que cada um fazia.

P3: – Isso é outra coisa que me chamou a atenção, acho que na equipe, *a gente não queria ter pupilo ou que alguém ficasse dependente da gente*. A sensação que eu tinha, era que a gente podia acolher um ao outro para crescermos juntos e não para um estar com o nome e todo mundo ficar reverenciando essa pessoa, seja ela quem fosse.

P2: – Me senti muito bem logo que entrei. Era um grupo grande, coeso, muito coeso. Me senti até, no início, um pouco fora, né, de tanto que era a coesão. Cada um tinha sua função e era muito valorizado por isso. As pessoas se sentiam felizes, trabalhando com tesão mesmo, com desejo, com vontade... *Havia uma coesão tão grande que as pessoas ficavam extremamente motivadas*.

PE: – Eu acho que foi tudo bem amarrado, desde os aniversários, das festas finais, que uma vez a gente fez no sítio Assunção com todo mundo, acho que tudo leva... acho que até um modo diferente de tratar no caso a doença entre aspas. Porque ali eles... eu achei muito bom porque aproximavam muito a gente deles, *eles às vezes nem viam a gente simplesmente como profissional, viam como a parte realmente de um grupo, que era um grupo inteiro tanto de pacientes como dos profissionais*, não se dividia em dois grupos: um grupo de pacientes, um grupo de profissionais. Acaba que muitas vezes eles se entrosavam tanto que parecia um grande grupo.

A proposta, pois, de ajudar e a disposição de compartilhar pareceram emprestar à equipe o prazer de estar junta.

E: – Esse trabalho, era um trabalho muito bonito que até hoje repercute. Quando eu encontro com os pacientes na rua, pacientes até que, alguns já não fazem mais parte, eles sentem muita saudade. Porque eles se sentiam muito apoiados, muito amparados. E o tratamento surtia efeito, porque eles se sentiam incentivados a se tratar, a se cuidar e quanto a mim, eu acho que foi uma fase maravilhosa porque foi uma troca. Ao mesmo tempo que a gente ajudava esses pacientes, eu também acho que cresci muito. Acho não, tenho certeza. Cresci muito com a experiência deles. Enfim, foi uma troca muito boa e a responsabilidade que a gente tinha com aquele programa eu, pelo menos particularmente, tinha um amor muito grande, tenho uma saudade muito grande porque era um trabalho realmente gratificante e que contribuiu muito para essas pessoas hipertensas a

se conscientizarem da doença deles, que enfim é uma doença crônica, vamos dizer assim, que não tem cura, mas que pode ser controlada, né? E quanto à equipe, fluía uma coisa muito boa, de amizade, porque as pessoas trocavam ideias. a gente, pelo menos enfermeira, trocava ideia com nutricionista. Quando surgia um problema, a gente falava, se fosse o caso, com o psicólogo...

E mais adiante:

E: – Eu tenho a certeza de que as pessoas que participaram... cada um era apaixonado pela sua parte. [...] Só dá certo se as pessoas gostarem, porque se cada um se apaixonar pela sua parte: a enfermeira pela parte dela, o médico, a psicóloga, enfim, cada uma na sua área, vai acabar todo mundo sincronizando. Porque acaba nas reuniões, um quer trocar ideia, acaba vendo a do outro. Um se mete um pouquinho no trabalho do outro, mas acontece que também puxa para sua sardinha. É muito gostoso. Só mesmo participando para sentir na íntegra porque é muito bom. É um trabalho que eu tenho muita saudade.

P1: – Eu acho que o que rolou também na equipe era o nível de amizade. A equipe tinha um bom humor... tinha uma coisa de brincar muito um com o outro. Eu acho que tinha um prazer... um prazer de estar com o outro. As pessoas tinham o prazer de estar ali, não é? Quer dizer, tinham prazer de atender, tinham prazer de conversar um com o outro, tinham prazer de fazer grupo. [...] Eu acho, assim, que profissionalmente pra mim foi uma aprendizagem, sabe? Em termos de trabalho em equipe. Eu acho que eu aprendi

a trabalhar em equipe lá. Porque eu também aprendi. Aprendi a ouvir o outro, a respeitar o outro. Aprendi a trabalhar com objetivos. E tinha o prazer de estar junto, de trabalhar junto. É pro programa crescer? Então a gente faz!

5.2.6 A necessidade de cuidar-ser-cuidado

O ato de cuidar, de se envolver emocionalmente, por si só, faz-nos frágeis na medida em que nos identificamos com nossos pacientes. E cuidar de pessoas doentes é, em princípio, estressante. Particularmente ali, no programa de hipertensos, lidávamos muitas vezes com a miséria, com a pobreza, com a promiscuidade, enfim, com a falta de condições mínimas e dignas de existência, de vida e isso é muito estressante. É estressante ver uma pessoa sofrendo fisicamente, psiquicamente, socialmente e nós entrarmos em contato direto com ela. Quer dizer, o profissional de saúde, por definição, é um indivíduo estressado, porque lida com pessoas que estão estressadas, que estão vulneráveis, que estão sofrendo, e acabamos sofrendo junto com elas, a não ser que fôssemos absolutamente insensíveis e era justamente aquilo que estávamos nos propondo a não ser. Queríamos acolhê-los, preocuparmo-nos com eles e isso trazia estresse, trazia vulnerabilidade. Ou seja, nós também precisávamos ser cuidados.

M2: – Tanto a equipe de psicólogos como a equipe de enfermagem tinham uma carga muito grande, porque ao abrir o espaço para os pacientes serem “ouvidos”, para serem a audição dos problemas deles, eles tinham uma carga bastante grande em cima... Principalmente da equipe de enfermagem e da equipe de psicólogos e isso demandava um estresse e uma carga, as vezes excessiva, e daí vem o teu termo “quem

cuida do cuidador?”. Então a equipe de enfermagem os ouvia fora dos grupos, era extremamente comum os pacientes irem lá com a desculpa de verificar a pressão, e passarem para as duas enfermeiras todos os problemas que eles estavam vivendo. Então, entre uma reunião mensal e outra, eles descarregavam o problema na equipe de enfermagem, assim como descarregavam, também no próprio grupo, para a equipe de psicólogos. [...] Porque a experiência mostrou que os pacientes eram economicamente e socialmente muito problemáticos, extremamente carentes, com problemas sócio-econômicos intensos, e ao passar isso para a equipe, quase que obrigava essas pessoas – o médico nem tanto, mas principalmente o enfermeiro e o psicólogo, como eu já disse – a terem um trabalho de elaboração, de supervisão, de suporte também, senão realmente ficaria alguma coisa por fazer, quer dizer, o trabalho poderia desandar. [...] Nem sempre era possível a supervisão, então, essa supervisão entre aspas, esse espaço que podia ser botado para fora pela enfermagem e pelo psicólogo, de alguma maneira era discutido, compartilhado na nossa reunião de equipe também. Eu acho que a troca de ideias a respeito dessas dificuldades eram mais um momento em que a gente podia conversar a respeito, porque se não houvesse a reunião de equipe a enfermagem ia ficar com tudo, com toda aquela carga em cima dela sem poder repassar para ninguém [...].

É interessante salientar que a ênfase na sobrecarga dos enfermeiros e psicólogos foi dada por um dos médicos da equipe, talvez porque, num primeiro momento, mesmo imbuído do espírito de “cuidador”, o médico busca se “sustentar” nos

atos objetivos de diagnóstico e tratamento e passa a impressão de “invulnerabilidade”. Mas se a equipe funciona de modo coeso, os papéis vão sendo intercambiados e a integração passa a ser ressaltada, horizontalizando-se a noção de cuidar-ser-cuidado. É do mesmo médico o trecho seguinte:

M2: – A reunião era o espaço que nós tínhamos para discutir os casos que estavam sendo problemáticos, então, esse espaço era o momento em que, em primeiro lugar, nós podíamos conversar sobre dificuldades que alguns pacientes estavam tendo em controlar a pressão... [...] E, em segundo, eu acho que do ponto de vista da integração da equipe, a gente poder conversar sobre as coisas boas, sobre as coisas ruins, sobre as dificuldades e sempre manter o espírito de integração e de relacionamento interdisciplinar. Eu sempre valorizei muito, eu acho que era muito importante e eu acho que se a gente não tivesse tido naquela ocasião sete ou oito profissionais das mais variadas especialidades, se nós não tivéssemos tido esse espaço, eu acho que a gente, talvez, tivesse entrado em certos conflitos até mesmo para ocupar seu espaço... A reunião servia para delimitar, para equalizar e para integrar a equipe, enquanto equipe.

E mais adiante:

M2: – Eu acho que o próprio espaço, a própria reunião, a reunião da equipe enquanto reunião só nossa, eu acho que ela por si só já gerava um fator de integração. [...] Eu não vejo como a equipe possa trabalhar se não tiver um espaço para conversar sempre, eu acho que vai deixar de ser uma equipe, eu acho que por si só já é bastante claro.

Entendemos, num primeiro momento, que tínhamos algo a oferecer e os pacientes muito a receber. No decorrer da experiência fomos percebendo que, na verdade, havia uma troca: sem dúvida tínhamos o que oferecer, mas os pacientes, embora tivessem o que receber, também tinham o que oferecer. E mais: nós também tínhamos muito a receber. Oferecer ajuda põe-nos diante da necessidade de, também, receber ajuda. A tarefa não é mais unilateral. Passa a ser recíproca, compartilhada. Exige parceria. Exige troca. A proposta de trabalho vai deixando de ser verticalizada e assume caráter de transversalidade ou horizontalidade. Descobrimos que os pacientes nos ajudam. Descobrimos que os companheiros de equipe nos ajudam. Descobrimos que naquele grupo, naquela coletividade, formada de pessoas com papéis definidos, estas são capazes de intercambiá-los, de se interpenetrarem... e trocarem, sem que perca, cada um, sua própria identidade, mas até fortalecidos pelo calor do acolhimento grupal.

P1: – Eu acho que os nossos pacientes lá, alguns núcleos, não todos, conseguiram às vezes, entrar num estágio em que eles olhavam pra equipe, em que eles davam algum retorno para a equipe, por exemplo: se o médico estava nervoso, ou o que estava acontecendo na coordenação... Numa coisa muito produtiva, sobre o que eles estavam percebendo na dinâmica da gente. “A doutora hoje falou aquilo, não sei o quê”. Eu acho que naquele caso não eram todos não, a maioria ainda estava muito numa coisa de ser mais acolhida pela gente, mas tinha alguns que davam retorno do que eles tavam vendo no nosso funcionamento.

M2: – Como é que os pacientes influíam no nosso relacionamento... Eu acho que de alguma maneira, eu vejo a coisa da seguinte maneira: o primeiro fato

talvez seja o de que os pacientes que manifestavam para a equipe uma enorme satisfação, um enorme prazer, um prazer imenso em desfrutar, em fazer parte do grupo, e essa satisfação por si só era um fator de motivação e de agregação para nós – vamos dizer assim: massageava o nosso ego. E isso sempre foi um fator de motivação para que a equipe continuasse trabalhando, se aperfeiçoando, se mantendo para proporcionar a eles o melhor tratamento possível. Eu acho que isso é um fator. O outro talvez seja o oposto: tinha pacientes que, ao invés de manifestar regozijo por fazer parte e dizer que estão muito bem, e serem agradecidos da serem tratados desse modo diferencial, estavam sempre cobrando – até por características deles mesmo – e isso também era um motivo, era um fator que nos obrigava nas reuniões de equipe a estar sempre nos questionando. [...] Era estimulante... sempre se reciclar, se readaptar a essas demandas e isso fazia com que a gente também se unisse enquanto equipe, discutisse os problemas enquanto equipe e eu acho que isso facilitava a integração e a motivação de se manter unidos..

Quando o profissional diz que os pacientes “massageavam o nosso ego”, lembra a afirmação de Winnicott de que “a criança que se desenvolve bem [...] exerce um efeito integrativo sobre seu ambiente”. O mesmo profissional, ao comentar as “cobranças” de outros pacientes, revela a preocupação que tinha a equipe em cuidar bem deles e como tal preocupação unia a equipe. Saliento que, certamente, fazia-a também mais preocupada consigo mesma.

Começamos a sentir o espaço das reuniões como espaço de acolhimento, o espaço do programa como espaço de acolhimento. Começamos a sentir que a nossa equipe (e às vezes até

os pacientes, como eu já disse) funcionava de forma acolhedora para nós também. Então, se estávamos angustiados com um paciente que não estava dando certo, com um problema enfim que estava havendo, corríamos para a equipe. Às vezes até por questões pessoais, mas sobretudo questões profissionais, corríamos para a equipe porque sabíamos que encontraríamos na equipe esse apoio, esse acolhimento. Porque estávamos todos preocupados em cuidar dos nossos pacientes, não havia nenhum óbice a que, também, cuidássemos de nós. Começamos a sentir essa confiança, essa proximidade entre nós à medida que os problemas iam sendo acolhidos por nós mesmos.

P1: – Eu acho que tinha uma coisa... primeiro, tinha uma coisa de alguém da equipe, nem sempre era você, assinalar isso: “Olha só, aconteceu alguma coisa?” De alguma maneira alguém tocava aquele ponto, ninguém camuflava, fingia que nada estava acontecendo. Às vezes acontecia, quando ninguém falava, que você trazia o ponto ou alguém da equipe sempre tocava nesse ponto e aí o ponto aparecia, aí eu acho que tinha sido também um olhar de todo mundo da equipe, isso aí que você está falando, acho que acontecia. Todo mundo também estava preocupado que a equipe tivesse suportiva bem, então, as vezes a I. chegava e falava assim: “Está acontecendo alguma coisa com o P., que eu não sei o que... acho que ele não está bem. Quer dizer, vamos levar isso para a reunião”. Eu acho que todo mundo também ficava atento se tinha tido alguma coisa... Me lembro uma vez que o V. estava meio calado, acho que estava com alguns problemas e ele estava muito estranho e aí a gente chegou e eu até que eu falei: “V., todo mundo aqui tá preocupado... o que está acontecendo com

“você?” E ele estava até um pouco agressivo, ele estava incomodado, foi até o momento que ele veio falar comigo que estava se sentindo inferior porque todo mundo tinha estudado, ele se sentia incapaz e aí foi quando ele resolveu fazer o mestrado, foi um momento que ele teve uma crise pessoal e ele estava achando – e até ele falou isso na equipe – que ele era meio burro.

E mais adiante:

P1: – No momento que algum paciente tinha uma crise, ia pro hospital. Aí a equipe tentava se apoiar. Me lembro que uma vez, a I. ficou achando que ela era culpada, porque não deu uma assistência à paciente. E eu lembro que ela conversou isso comigo e a equipe se apoiava, no sentido, assim, a gente sabia que esses pacientes são pacientes graves. [...] E aí a gente, novamente, voltava pro objetivo e voltava pelo o que a gente tava podendo fazer. A gente tá fazendo o que é possível.

O envolvimento afetivo com os pacientes e a disposição de cuidar deles tornou-nos sensíveis e, de algum modo, sobrecarregados com a tarefa. Nossos pacientes mostravam sua fragilidade, sua vulnerabilidade e esperavam de nós um suporte. Mas nós também precisávamos de suporte. Precisávamos ser cuidadosos.

E esse cuidado foi surgindo no âmbito da própria equipe que, apesar de sobrecarregada, sentia prazer de estar e trabalhar junta. A equipe fluía de tal forma que propiciava o sentimento de acolhimento que necessitávamos. Fomos descobrindo que éramos cuidadores uns dos outros.

Quem cuida do cuidador?

Nossa equipe parecia funcionar como cuidadora de si mesma, na medida em que cada profissional, quando fragilizado, encontrava nos próprios companheiros o suporte e apoio necessários. Por que isso acontecia? Qual seria a dinâmica da equipe, à luz da teoria de Winnicott? Confrontando o relato dos profissionais com as ideias de Winnicott, faço algumas considerações que me parecem substanciar o argumento de que uma equipe de saúde, ao funcionar como cuidadora dos seus pacientes, tanto quanto os pais funcionam como cuidadores dos seus filhos, forma uma unidade capaz de cuidar de si mesma.

6.1 A proposta de trabalho definida e compartilhada

Quando implantei o programa, eu já tinha uma proposta de trabalho definida. Sabia o que fazer, como fazer e porque fazer. Havia um desejo, uma ideia, que, para dar certo, precisava ser compartilhada. Precisava ser “fecundada”. Ao procurar colegas que estivessem também motivados a cuidar, procurei com eles partilhar a mesma ideia. Um dos colegas justificou a

aceitação do convite para participar da equipe, dizendo: “todo mundo estava lá porque queria trabalhar com isso, porque queria, também, trabalhar com você”. Vejo aqui semelhança com a proposta de um homem e uma mulher de terem um filho. A ideia do filho estava clara e definida nas suas mentes, tanto quanto o desejo de cuidar desse filho. Ressalto, pois, a presença do desejo e do objetivo comuns. Como disse um dos profissionais da equipe: “nosso objetivo era cuidar bem dos pacientes”. Outro expressou dessa forma:

[...] nós tínhamos em nós, uma forma carinhosa com as pessoas, principalmente com os nossos pacientes, que eu acho que isso foi potencializado no momento que você ali, na função de coordenador, espelhava isso para a gente e isso nós tínhamos dentro da gente e isso era espelhado e ia sendo duplicado.

Mas, afinal, o que “tínhamos dentro da gente”? Penso que era exatamente o desejo de cuidar. E a percepção intuitiva de que cuidar demanda parceria. Winnicott afirmava que um bebê sozinho não existe. Ele precisa de alguém – a mãe – que cuide dele. Eu diria que a mãe precisa de alguém para gerar aquele bebê. E precisa de alguém para ajudá-la a cuidar dele. Eu tinha uma ideia, mas precisava de alguém que a gerasse junto comigo e que me ajudasse a desenvolvê-la. Estou convencido de que se pretendesse reunir um grupo de “prescrevedores”, provavelmente não me preocuparia tanto com questões subjetivas como a motivação para cuidar.

Em uma entrevista com um dos profissionais que participaram da equipe, este iniciou dizendo que o trabalho com a nossa equipe fora marcante desde o momento em que eu o convidei, procurando saber do seu desejo de participar. Eu diria que o desejo é uma coisa que marca. O desejo institui o vínculo. Assim, parece-me fundamental que uma equipe organize-se

em torno do desejo, como é fundamental que mãe e bebê encontrem-se pelo desejo. O desejo de cuidar-ser-cuidado. Comentando a motivação de trabalhar pelo desejo, o profissional disse ser “afetado por alguma coisa que vale a pena”. E, mais adiante: “vamos fazer alguma coisa que dê mais sentido ao nosso trabalho e nos una efetivamente”. O desejo tem a força de afetar, de atingir o indivíduo de modo significativo. Tem a força de unir e dar sentido.

6.2 O desejo comum de cuidar

Quando Winnicott afirma que um bebê isolado não existe, ele uma necessidade – de ser cuidado – com a necessidade de encontrar alguém que se disponha a cuidar. Talvez defronte dois desejos: o desejo de ser, que carrega o bebê no seu interior e o desejo de cuidar que parece “tomar” a mãe daquele bebê ao engravidar. Quando Winnicott enfatiza a importância da mãe como a pessoa “talhada” para ser a cuidadora do bebê é porque identifica nela alguns atributos específicos. Talvez o principal seja a sua predisposição para cuidar. O desejo que a move no sentido de cuidar daquele bebê. Tanto quanto, me parece, a necessidade de ser cuidado, é precedida do desejo de ser, de existir, de sobreviver. Desde logo coloca-se a “dialética”: dependendo do outro, para ser eu mesmo. Porque desejo ser, desejo o outro. Preciso do outro, porque desejo ser. A mola mestra das transformações que ocorrerão por diante é o desejo de cuidar-ser-cuidado, que tem no centro o ser, a vida, aquela vida, daquela pessoa.

Objetivo comum, a ser compartilhado por seres aparentemente tão diversos, como o bebê, que nem sequer tem consciência de si mesmo e, muito menos, recursos para prover as próprias necessidades; e, do outro lado, uma pessoa adulta,

que poderia simplesmente prescindir do bebê para lidar com o ambiente que a envolve. Uma mulher adulta, que já carrega em sua mente a imagem completa, “acabada”, do seu bebê e que poderia estar plenamente apta a cuidar dele, pois já foi um bebê, já presenciou alguém cuidando de bebês e, no entanto, não está, pois, aquele bebê é singular e, por mais que o imagine dessa ou daquela forma, isto não será suficiente para lidar com ele, ali, na sua absoluta dependência.

O desejo virá em auxílio da mãe atônita, fazendo-a identificar-se com o bebê, sentir-se como ele e assim, e só assim, poder “dialogar” com ele. Captar suas necessidades e atendê-las amorosamente, cuidadosamente. A identificação “igualou” mãe e bebê e propiciou a possibilidade do “diálogo”. Instalou uma forma de comunicação, silenciosa e direta, que prescinde de palavras e lança mão de linguagem simples, autêntica, sem subterfúgios, ao mesmo tempo, “cifrada” se não for compartilhada, se não for vivenciada. A linguagem direta não é para ser falada. É para ser sentida. A mãe, sem se tornar um bebê, sente-se como se fosse um bebê. O desejo de cuidar fez com que ela “ficasse” assim.

Mas há que haver também no pai o mesmo desejo. Embora com “funções” aparentemente diferentes, se o pai não comungar do mesmo desejo com a mãe, como poderá se dispor a “protegê-la” e substituí-la, quando necessário? O pai, de um certo modo, estará afetado, haverá nele uma “preocupação paterna primária”.

Por isso, diz Winnicott, a figura do pai, embora quase não apareça diretamente na relação com o bebê, representa importante “retaguarda” para a mãe cuidadora. Penso hoje que, ao imaginar o programa de atendimento a hipertensos, sentia-me “mãe” daqueles pacientes, comecei a “preocupar-me” com eles e sentia-me frágil. Precisava de um “pai” para me apoiar. Acabei encontrando, nos outros companheiros da equipe, não um, mas vários “pais”.

Ocorre que os outros profissionais, por sua vez, sentiam-se também “mães” dos pacientes que nos propúnhamos atender e, cedo, começamos a intercambiar papéis na medida em que eu, como coordenador, em alguns momentos colocava-me na figura de pai. Acredito que colaborou para isso, também, o fato de discutirmos em conjunto as estratégias de trabalho. Como “cuidar do bebê” era uma tarefa compartilhada, os outros profissionais sentiam-se cuidadores diretos, corresponsáveis pela tarefa: “todas as nossas discussões, todos os nossos pensamentos estavam ligados exatamente ao programa que seria desenvolvido com o tempo”. Textualmente um dos profissionais declarou: “nós nos sentíamos pais diante dos nossos pacientes; isso trazia um compromisso pra gente de como estávamos cuidado deles que fazia a gente estudar, dividir o caso; lembra que nós discutíamos sobre os pacientes?”

O desejo de cuidar marca a diferença num profissional ou numa equipe de saúde e os distingue do desejo de “prescrever”. *Nossa equipe tinha o desejo de cuidar e, por isso, teve, em si, despertada a “preocupação terapêutica primária” para usar a expressão de Suzana M. L. Gomes (2000). Foi essa preocupação que logo nos fez identificados com nossos pacientes, captando suas necessidades e procurando meios de atendê-las. A proposta de trabalho era cuidar dos hipertensos. Havia pois um desejo comum, compartilhado de cuidar.*

6.3 Os diversos papéis da equipe

Nossa equipe, composta por profissionais de áreas diferentes, manteve sempre a característica de *interpenetração dos papéis*, na medida em que *todos* se sentiam responsáveis por *todos* os pacientes. Embora a função de cada um fosse definida, as ações faziam-se sempre de modo interativo e compartilhado.

A discussão da estratégia de trabalho e dos casos dos pacientes feita em conjunto, pela equipe, facilitava a interação, bem como as atividades que eram desenvolvidas na presença de vários profissionais, como as reuniões de grupo e as caminhadas.

Observo que a proposta de os grupos de pacientes serem coordenados pelo psicólogo, mas com a presença do médico, instituiu uma dupla (marido-mulher?) que favorecia, na maioria das vezes, o relacionamento com os pacientes e com a própria equipe. A dupla sentia-se corresponsável, discutindo habitualmente entre eles a melhor forma de lidar com os pacientes. Mas havia situações que eram levadas à discussão da equipe e, aí, parecia ser a dupla a “mulher” ou “mãe” e a equipe, o “marido” ou “pai”. Isto porque os outros profissionais, mesmo não participando dos grupos, sentiam-se também responsáveis pelos pacientes. O desejo de cuidar era comum e compartilhado. Talvez, por isso, os papéis ou funções eram intercambiáveis.

Se considerarmos, nesse momento, algo semelhante à relação mãe-bebê, diríamos que as nossas funções de “mãe” e “pai” intercambiavam-se. De fato, ocorria frequentemente que um profissional estivesse mais diretamente envolvido no cuidado de um paciente (função mãe) e precisando da presença “por perto” de algum outro profissional, também sensibilizado para atender àquele paciente, funcionando como “círculo de sustentação” para a “díade”. E era o que acontecia na medida em que todos nos sentíamos responsáveis pelos pacientes e, nas reuniões de equipe, supervisões ou conversas informais, esse apoio e essa “proteção” eram trocados entre os profissionais, uns funcionando como “mães” e outros como “pais”.

Posso, portanto, dizer que, ao desenvolver nosso trabalho em equipe, sabíamos o que queríamos. Tínhamos um projeto bem delineado. Sabíamos que a concepção e concretização do projeto demandava uma ação conjunta e solidária e que, não obstante cada um ter um “papéis” definido, suas funções

havam de se intercambiar. A garantia do espaço das reuniões de equipe foi fundamental, na minha visão, para o êxito do programa. Mas fundamental mesmo foi a vivência, a experiência compartilhada entre nós e com os pacientes nos vários espaços abertos. A preocupação, o carinho que tínhamos com os pacientes, tínhamos também entre nós. A possibilidade de nos expressarmos livremente, francamente e a garantia do valor de cada um, que oferecíamos aos pacientes, era também compartilhada e vivenciada entre nós.

A experiência compartilhada parece-me ter sido a principal característica da nossa equipe de trabalho. Não só os papéis profissionais, mas aqueles relacionados à dinâmica das relações interpessoais ou grupais, eram frequentemente intercambiados. Entendo que a “mutualidade na experiência”, descrita por Winnicott ao se referir à comunicação silenciosa mãe-bebê, é a síntese de tudo o que ocorre no *holding* e que foi, por nosso grupo de profissionais e pacientes, vivenciada também. Nitidamente o que se passava naquele “grupão” transcendia a mera informação ou prescrição de remédios e dietas, mas alcançava um nível de relacionamento mais primitivo, mais básico, propiciado, é certo, pelo “estado de ânimo” em que nos encontrávamos todos, profissionais e pacientes, fragilizados e vulneráveis, e pela decisiva disposição de cuidar que carregávamos. Embora a proposta inicial fosse a de profissionais cuidando de pacientes, o encontro estabelecido, o *holding* vivenciado, criou um “nivelamento”, uma horizontalidade entre todos.

Não havia mais médico, enfermeiro, hipertenso, nutricionista, paciente. Havia pessoas que se respeitavam, que se ouviam, que se preocupavam umas com as outras e que se apoiavam, que se cuidavam mutuamente, na medida em que “reduzíamos as distâncias” e buscávamos captar sentimentos e carências, muitas vezes identificando-nos uns com os outros. A começar pelas relações afetuosas que se originavam da motivação para o trabalho e da forma como ele fora proposto.

Em todos os cenários de encontro, os cuidados eram oferecidos através de orientações, de prescrições, de aconselhamentos, mas, sobretudo, da maneira como nos comunicávamos com eles, sempre de forma amistosa, afetuosa, acolhedora e estimuladora.

Lembro-me perfeitamente de um episódio ocorrido quando eu coordenava um grupo de hipertensos juntamente com o médico e, este começou a falar do mecanismo de ação dos diuréticos, usando linguagem técnica, absolutamente incognoscível para os pacientes. Fiquei inquieto, com ímpeto de intervir e solicitar que usasse expressões mais simples, mais compreensíveis. Todavia, ao observar os pacientes, vi neles uma atitude de interesse, de atenção que me desestimulou a intervir. Numa reunião posterior, uma paciente do grupo fez menção ao interesse demonstrado pelo médico buscando lhes dar explicações sobre os remédios. Entendi, então, que a compreensão intelectual não tinha nenhum valor e sim a forma afetiva como aquela comunicação fora dada e recebida.

Tudo isso ocorria num clima de liberdade de expressão. Estimulávamos que todos comunicassem livremente suas ideias, seus conflitos e suas angústias. Havia muito respeito pelo ser e saber de cada um e sempre referenciados pelo objetivo comum e claro da nossa proposta de trabalho: cuidar bem dos pacientes. Captávamos desejos e apreensões, horizontalizando as relações na medida em que, identificados com nossos pacientes, sentíamos “na carne” sua fragilidade. *Penso ter sido aqui, a partir do estresse que vivíamos* no desempenho da tarefa profissional, e identificados com o sofrimento dos pacientes, submetidos às limitações e sobrecargas inerentes ao nosso trabalho, *que fomos sentindo a necessidade de sermos também cuidados, apoiados, suportados.*

E penso que foi pelo fato de estarmos sensibilizados para a tarefa de cuidadores que pudemos, automaticamente, oferecer o mesmo cuidado, uns para os outros. O espaço que criamos

para os pacientes era preenchido e utilizado por nós, cuidando e sendo cuidados. Interessante é frisar que os nossos pacientes, em alguns momentos, também foram nossos “cuidadores”. Formou-se, na verdade, um “grupão”. Ou uma grande família, quem sabe?!

Ocorre-me que compartilhar a tarefa profissional reedita o compartilhar de tarefas primordiais. Ao observarmos o que ocorre no holding evidenciamos um partilhamento de tarefas. Mãe e pai partilham a tarefa comum de cuidar do bebê e dão-se apoio mútuo. Até o bebê, embora aparentemente passivo, estará sinalizando, a partir do próprio desenvolvimento, a linha de continuidade do ser e, desse modo, “partilhando” dos cuidados que os pais lhe oferecem.

6.4 A indissociabilidade: cuidar-ser-cuidado

Penso haver, no bebê, durante todo o transcurso do seu desenvolvimento, uma tensão entre cuidar e ser cuidado. Ou melhor, entre depender e não depender. Há um “desejo” implícito de ser um indivíduo singular, pessoal e autossuficiente, expressado no “potencial herdado de ser”, que traça uma linha de continuidade a ser perseguida e preservada. Tanto que, como diz Winnicott, o bebê reage ativamente, e às vezes intensamente, às “invasões ambientais” que ameaçam tal continuidade. Portanto o impulso básico é de SER. Por outro lado, o pronto entendimento e atendimento das necessidades do bebê tranquiliza-o e, aqui, faz-se clara a quase absoluta dependência de alguém que cuide dele.

Como vimos, a possibilidade psicológica do bebê tornar-se um adulto independente, autoconfiante, com capacidade de iniciativa e de convívio social amistoso, dependerá exatamente da natureza e da qualidade dos cuidados disponibilizados.

O objetivo, portanto, é tornar-se independente, mas a “melhor estratégia” é experimentar uma “boa” fase de dependência.

Por isso podemos afirmar que o desejo de cuidar-ser-cuidado é indissociável. O desejo de cuidar de si mesmo (ser autônomo) passa pela necessidade de ser cuidado (depende). Ao mesmo tempo, tal necessidade precisa encontrar alguém que deseje ser cuidador.

Quero, no momento, enfatizar que a dinâmica do *holding*, considerada no seu conjunto, contempla uma experiência compartilhada e uma certa interpenetração de papéis, invisível à primeira vista. E talvez seja esse compartilhamento que lhe garanta a necessária flexibilidade para que a linha de continuidade de ser do indivíduo caminhe na direção da absoluta dependência do bebê para a suficiente autonomia do adulto.

Caminhamos da dependência “rumo à independência”. Jamais à independência absoluta. Ser autônomo significa confiar nos próprios recursos de enfrentamento, mas significa também estar aberto, sensível e receptivo ao apoio, suporte, troca ou parceria com os outros. Significa a possibilidade de intercambiar papéis, sendo ora cuidador ora cuidado. Na dinâmica de “ir e vir”, fica claro que, desde cedo, a mãe (cuidadora) precisou de alguém que cuidasse dela. Ou seja, precisou ser cuidada. Se por um lado, Winnicott afirma a “indissociabilidade” da dupla mãe-bebê, por outro, cerca-a com um ambiente protetor significado pela figura do pai.

E assim, embora na visão do bebê, de algum modo, só ele exista, na medida em que percebe os cuidados da mãe como extensão de si mesmo, na verdade está ocorrendo um agrupamento básico (ou uma rede básica) de sustentação a esse bebê, que inclui a mãe e o pai. Poderíamos dizer que o pai cuida da mãe, que cuida do bebê. E acrescentar que, às vezes, o pai cuida diretamente do bebê. Como, certamente, a mãe cuida do pai. Aliás, Winnicott vai mais adiante e diz que os filhos, de algum

modo, contribuem para o equilíbrio dos pais, ou seja, de algum modo, “cuidam” dos pais. Insisto que, para Winnicott, esse compartilhamento ou troca de papéis é fundamental para a saúde mental, seja do bebê, seja do adulto. Cuidar-ser-cuidado é básico, portanto. Dito de outra forma, o desejo de cuidar-ser-cuidado, instaura um determinado espaço entre o bebê, a ser cuidado, e a mãe, que diretamente cuida dele. Mãe e bebê, por sua vez, dependem de um outro “cuidador” – o pai, que os envolve num “círculo” de sustentação/suporte e proteção, no interior do qual se fazem as trocas afetivas, de comunicação e de cuidados.

Constitui-se, assim, uma “unidade cuidadora básica”, ou uma “equipe cuidadora básica”. Unidade/equipe que envolve três “funções”: a “função-mãe”, exercida por quem cuida de alguém; a “função-bebê”, exercida por aquele que é cuidado e a “função-pai”, exercida por quem oferece um ambiente de sustentação e proteção à volta da dupla “mãe-bebê”.

6.5 Os círculos de sustentação

Podemos então dizer que uma análise mais detida do *holding* nos aponta dois “círculos” de cuidado, suporte ou sustentação ao bebê. O primeiro, mais evidente, é aquele disponibilizado pela mãe no trato direto com o bebê. O segundo, de retaguarda, mas também importante, é o do pai, que dá proteção à diáde e “libera” a mãe para se dedicar integralmente à função cuidadora.

Importa-me destacar que, na unidade ou equipe cuidadora básica há, na verdade, dois cuidadores que, de algum modo, cuidam-se um ao outro. Estamos falando de um relacionamento normal e satisfatório entre mãe-bebê-pai. E estamos falando de funções intercambiáveis. Porque, como vimos, embora sejam funções diferenciadas, a mutualidade ou o compartilhamento

da experiência vivida estabelece uma certa “horizontalidade” e aponta para a possibilidade do intercâmbio ou troca de “papéis”. O fato é evidente entre pai e mãe, na medida em que esta se vê, de um certo modo, cuidada pelo companheiro. Mas pode ser observado quando o pai cuida do bebê ou a mãe cuida do pai. Até o bebê, através das reações e do próprio desenvolvimento, contribui para que os pais sintam-se, de algum modo, recompensados, reasssegurados, apoiados.

O intercâmbio das funções mãe-bebê-pai faz-se, todavia, mais nítido no caminhar para a vida adulta. Para Winnicott, a “unidade cuidadora básica” permanece registrada no inconsciente do indivíduo e vai sendo estendida no decorrer da vida através de grupos como a família ampliada (avós; tios; primos; irmãos), os vizinhos, a escola, etc. Mas sempre permanecem, no interior desses grupos, dinamicamente, as três funções básicas, que se “atualizam” quando ocorrem situações de vulnerabilidade ou fragilidade para algum dos seus membros.

Mas, do mesmo modo como ocorre na infância, para que as funções, “atualizadas” ante a situação de vulnerabilidade de algum adulto sejam capazes de propiciar o mesmo sentimento de cuidado e proteção àquele que é cuidado, faz-se necessário que a dinâmica do relacionamento grupal seja idêntica àquela dos primórdios. Isso quer dizer que o adulto vulnerabilizado precisa regredir psicologicamente, tornando-se um “bebê”, para receber os cuidados que demanda. E quer dizer que alguém do seu grupo (ou o próprio grupo) assuma as funções de “mãe” e “pai”. Aqui se faz necessário haver o desejo de cuidar, a motivação básica para que os cuidadores identifiquem-se com aquele a ser cuidado, disponibilizando, de forma afetiva e empática, os cuidados demandados.

Entendo, pois, que o *holding*, enquanto conjunto de cuidados oferecidos pelo ambiente ao bebê, sobretudo através da mãe, faz-se no interior de dois espaços que se complementam e garantem sua “eficácia”: o espaço cuidador propriamente dito,

que envolve o bebê, e o espaço protetor, que envolve a mãe e o bebê em interação. O que parece, à primeira vista, ser uma dupla indissociável, a meu ver, é um trio indissociável.

A função pai parece-me ser o traço de interseção do subjetivo e do social, na medida em que a mãe busca, naquela função, um suporte, uma sustentação para a absorvedora tarefa de cuidar. E cuidar, como vimos, na visão winnicottiana, é um ato constitutivo da subjetividade, ou melhor dizendo, da estrutura da personalidade ou do *self*. É através do ato de cuidar que o indivíduo estrutura sua individualidade, desenvolve seu senso de identidade, adquire o *status* do “eu sou”.

Se considerarmos que o desempenho desse cuidado dependerá em parte, ou em grande parte, do apoio, do suporte que o pai ofereça à dupla mãe-bebê, veremos aqui um dos traços de união do subjetivo com o social.

A figura do pai representa o mundo, a sociedade que existe além do conjunto mãe-bebê. Diz Winnicott que uma das funções do *holding* é a de “apresentar objetos”, ou seja, iniciar o bebê nas relações objetais, ou, dito de outro modo, socializá-lo, o que se obtém pelo “alargamento” do círculo de relacionamento do bebê, antes totalmente voltado para a mãe. Poder-se-ia argumentar que tal “apresentação” se fará para tudo e através de tudo que rodeie o bebê, mas a figura psicologicamente significativa, naquele momento, é a do pai, exatamente por oferecer suporte e proteção à díade, e por ser aquele mais diretamente envolvido com o bebê, juntamente com a mãe. O bebê, em condições normais e satisfatórias, é o “resultado” de um desejo comum, compartilhado pelo casal.

Quero destacar que o “mau” funcionamento da figura-pai, enquanto representante do ambiente social circundante do bebê, trará repercussão na sua subjetividade, à medida que instaurará um sentimento de desproteção, “empurrando” a dupla mãe-bebê para dentro do primeiro círculo ou espaço, “simbiótico”, de relacionamento. O registro internalizado do

bebê será, no mínimo, “desconfiado” em relação ao potencial apoiador do ambiente social. O segundo círculo ou espaço, que contém o trio mãe-bebê-pai é, pois, fundamental para a “boa” estruturação da personalidade do bebê e é, certamente, aquele que abre a possibilidade de um intercâmbio confiante e receptivo do indivíduo com o seu contexto social.

Nossa equipe foi “pródiga” quanto à figura-pai. Digo assim por acreditar que o fato de termos uma proposta de trabalho clara e bem compartilhada e o desejo comum de cuidar bem dos pacientes, fazia-nos, cada um, ora pais, ora mães. Além disso, a equipe como um todo também funcionava como pai ou mãe conforme as circunstâncias.

A autoestima e autoconfiança de cada profissional encontrava apoio e suporte na equipe estruturada em torno da sua proposta de trabalho. E as relações afetuosas, os cuidados mútuos e a comunicação franca, transparente, que circulavam entre nós, restabeleciam, reeditavam uma experiência em tudo semelhante ao *holding* dos primórdios. Como as funções eram intercambiáveis, na medida em que o grupo tinha o objetivo comum e compartilhado, de cuidar, a circulação de papéis fazia-se, propiciando que, se alguém exercesse num dado momento a função “mãe”, outro exerceria a função “pai”.

E não só as funções pai e mãe, mas também, em determinadas circunstâncias, a função-bebê. Quero dizer que nós, profissionais de saúde, cuidadores por excelência, vivíamos momentos de fragilidade maior face a peculiaridades pessoais, além daquelas que habitualmente nos fragilizam no exercício do trabalho e precisávamos, então, mais do que o apoio ou suporte da “função-pai”. Precisávamos efetivamente sermos cuidados como a mãe faz com seu bebê.

Winnicott diz que o pai, em determinados momentos, exerce a função de “mãe” para a mãe, se esta estiver tão fragilizada que se torne, naquele instante, um “bebê”. E só assim a mãe, uma vez “reabastecida”, poderá voltar à sua tarefa ou

função básica. Num primeiro momento o pai sustentou, protegeu. No outro, cuidou, acolheu.

No caso da nossa equipe, a fragilidade advinha do processo de identificação com os pacientes que atendíamos e da própria tarefa de cuidar de pessoas em sofrimento. Destaco a semelhança entre a “função mãe” de Winnicott e a “função profissional de saúde”, na medida em que ambos propõem-se a ser cuidadores. Talvez a diferença entre um “prescrevedor” e um “cuidador” seja exatamente o envolvimento afetivo deste com o “objeto a ser cuidado”, que desperta preocupação e leva-o a identificar-se com o objeto de cuidado. Mas destaco, também, como os profissionais, face à tarefa desgastante que têm a desempenhar e identificados com seus pacientes, acabam por se fragilizar e “assumir” a “função-bebê”. É nesse momento que os profissionais necessitam de alguém que cuide deles.

Era o que ocorria conosco. Precisávamos, em determinados momentos, de uma “mãe” cuidando de nós. E encontrávamos frequentemente num companheiro ou mesmo na equipe como um todo, esse cuidado, que nos “reabastecia” e permitia que voltássemos à “função-mãe”. Em suma, a dinâmica do *holding* compreende dois “círculos” ou espaços cuidadores, como que a nos dizer que o cuidador precisa ser cuidado, tanto quanto o bebê precisa de um cuidador. E que, em condições normais e satisfatórias, quem cuida da mãe – cuidadora – é o pai do bebê que está sendo cuidado.

A dinâmica do *holding* nos diz também que precisamos ser cuidados para “aprender” a sermos cuidadores e que, dependendo das circunstâncias, somos ora cuidadores, ora cuidados. Importante é que haja sempre, à nossa volta, um segundo espaço ou círculo de sustentação, que nos dê o apoio e o suporte necessários para podermos ser ora uma coisa, ora outra. Se a relação se fizer a dois, não haverá possibilidade de flexibilizar os papéis e a consequência será a perpetuação de uma relação simbiótica que, afinal, não contribui para a autonomia, para a

independência, para a singularidade, nem do cuidador nem do cuidado.

6.6 A equipe que cuida e é cuidada

Como diz Winnicott, vamos, no decorrer do desenvolvimento, alargando nossos círculos de relacionamento. Mas, de algum modo, precisamos sempre retornar aos primeiros, como forma de reabastecimento. Na nossa equipe eram nítidos os dois momentos: precisávamos, às vezes, de apoio, de estímulo para avançar na tarefa de cuidar dos pacientes. Às vezes precisávamos de um colo, de um abraço afetuoso e cuidador. A mãe parece mais propensa a acolher, a cuidar. O pai parece propenso a sustentar, apoiar, “empurrar”. Na verdade, dar suporte não é exclusivo do pai, nem dar colo é exclusivo da mãe. São funções intercambiáveis, mas que demandam duas pessoas, e não uma, na mesma função cuidadora. Até porque quem cuida, também precisa ser cuidado. É sempre a dialética “depende X não depende”, “conter X liberar” que perpassa todo o desenvolvimento.

Lembro, como interessante, a descrição de Margareth Mahler no livro *O nascimento psicológico da criança* (1977) acerca da fase que ela denomina “de treinamento” que ocorre por volta da segunda metade do primeiro ano e se caracteriza pelo movimento da criança de afastamento, seguido de reaproximação, da mãe. São os ensaios do bebê para andar, ao engatinhar e se por de pé. Diz M. Mahler:

A maneira como esse mundo novo é experimentado parece relacionar-se de forma sutil com a mãe, que continua sendo o centro do universo infantil, a partir do qual a criança gradualmente passa a se movimentar em círculos de diâmetro cada vez maior.

E mais adiante:

Quando a criança, através da maturação do seu aparato locomotor, começa a se aventurar para longe da mãe, é comum que ela fique tão absorta em suas próprias atividades que se esqueça da presença da mãe por longos períodos de tempo. Periodicamente, no entanto, ela retorna à mãe, parecendo necessitar, de tempo em tempo, de sua proximidade física [...] Deve-se ter em conta [...], que durante toda a subfase de treinamento, a mãe continua a ser necessária à criança como um ponto estável, uma base que preencha a necessidade de reabastecimento através do contato físico.

Desde cedo, oscilam os momentos em que nos sentimos aptos a enfrentar o mundo com nossas próprias pernas e aqueles em que precisamos do colo e do abraço maternos. Na vida adulta continuamos a precisar desse “reabastecimento” toda vez que nossa “reserva” de autoestima e autoconfiança encontram-se exauridas.

Mas isso só será possível se, de um lado, conseguirmos nos sentir “bebês” e, de outro, encontrarmos, no âmbito dos nossos relacionamentos, quem se disponha afetivamente e empaticamente a ser “pai” e “mãe”. Nessas condições, instala-se um clima de compartilhamento, de mutualidade, de troca, que trará, como resultante, a recuperação da autoestima e da autoconfiança, ou seja, a possibilidade de, psicologicamente, voltarmos a ser adultos.

Na nossa equipe, cada profissional exercia o papel de cuidador (na função mãe). Esse era o papel prenante seja à frente dos grupos, seja nos atendimentos individuais ou mesmo nas outras atividades desenvolvidas. Éramos todos cuidadores porque motivados para isso. Mas, por isso mesmo, identificados com os pacientes e estressados face à natureza

do trabalho desenvolvido, estávamos frequentemente fragilizados, vulneráveis, necessitando receber cuidados. Circunstâncias pessoais ou profissionais, mesmo face ao bom “ambiente protetor” oferecido pela equipe, “deslocavam-nos”, algumas vezes, da “função-mãe” para a de “bebês”. Estou dizendo que, em condições normais, um “ambiente protetor” faz-se necessário ao redor da díade profissional-paciente. Mas em determinadas condições, a vulnerabilidade ou fragilidade do profissional alcança tal ponto que ele, dinamicamente, passa da “função-mãe” para a “função-bebê”. O *holding* que era oferecido passa, agora, a ser demandado.

Ora, se já era importante haver, para cada profissional, um ambiente de sustentação à sua volta, fundamental se torna que ele encontre quem cuide dele, quando seu nível de fragilidade atinge um determinado limiar. Aqui, eu entendo que a dinâmica da equipe marca a diferença. No nosso caso, dado o espírito de cuidadores de que estávamos imbuídos e o clima de coesão e transparência que circulava entre nós, o apoio vinha dos próprios colegas e nos tornávamos “mães” para aquele que necessitava de cuidado. Creio que o “círculo de sustentação” que envolvia as díades formadas conforme as circunstâncias, e que funcionava como “pai” de todos nós, era a própria equipe representada pelo conjunto de profissionais e alicerçada na proposta de trabalho claramente definida e totalmente compartilhada.

Em síntese, o exercício de relações afetuosas e cuidadoras verificado entre os profissionais da nossa equipe só foi possível, a meu ver, pelo exercício compartilhado das tarefas e pela comunicação franca que existia entre nós que, por sua vez, consubstanciavam-se num desejo comum de cuidar e numa proposta de trabalho claramente definida e coletivamente compartilhada. Assim também ocorre com o *holding* que, em sendo o conjunto de cuidados oferecidos pela mãe ao bebê, resulta adequado se motivado pelo desejo da mãe de cuidar daquele bebê,

desejo esse acompanhado de um estado de sensibilidade (a preocupação materna primária) que lhe permite captar de forma pronta (e empática) as necessidades do bebê e atendê-las de forma eficiente e eficaz. O apoio dado pelos profissionais, uns aos outros, pôde acontecer na medida em que a experiência compartilhada de cuidar-ser-cuidado foi sendo vivenciada à semelhança do *holding* através do intercâmbio de papéis que propiciava a cada um colocar-se, de acordo com as circunstâncias e de modo flexível, como já disse, ora na “função pai”, ora na “função mãe”, ora na “função bebê”.

O cuidado vivenciado pela equipe traz no seu interior o reviver do encontro primitivo. O cuidado amoroso e empático da mãe, vivenciado pela dupla a partir do desejo de cuidar-ser-cuidado, empresta ao bebê o sentimento de acolhimento e de proteção que o faz sentir afinidade e desejo de permanecer-partilhar a presença da mãe. O vínculo ou parceria pai-mãe contribui para o apoio desejado e captado pelo bebê. É importante que a equipe encontre espaços de troca, de cuidados mútuos, de apoio e acolhimento para que os vínculos de parceria e afinidade se consolidem. Na verdade, reproduz-se na equipe, o próprio grupo familiar. Um comentário da psicóloga é revelador:

[...] na equipe a gente não queria que alguém ficasse dependente de nós; nós acolhíamos, prá todo mundo crescer juntos... naquela equipe todos nós crescemos e depois fomos dando os filhotes: fulano foi fazer mestrado, eu vim para cá...tanto é que o grupo continuou funcionando mesmo quando alguém saía; a gente tinha uma independência, a gente criava o nosso espaço apesar de estamos em grupo.

A fala é clara na relação com o grupo familiar: crescer e dar filhotes. Como enfatiza Mello Filho (1995), todo grupo

revive o grupo fundamental – familiar. Sua dinâmica tende a instituir papéis: pai-mãe-filhos de forma rígida ou flexível. O coordenador, pelo menos no início, tende a exercer o papel pai-mãe, mas, na continuidade, o próprio grupo, ou algum membro do grupo, assume às vezes essa função.

Recentemente, ao participar de uma reunião com supervisores de equipes de unidades básicas de saúde, a enfermeira e a médica, ao exporem dificuldades do seu trabalho, disseram ser frequente a troca e o apoio mútuo entre ambas. E uma delas, referindo-se à outra, afirmou textualmente: ela é minha “marida”! Ou seja, há um intercâmbio de funções pai-mãe, sendo, cada uma, ora marido, ora esposa.

Penso, agora, no profissional de saúde, que tem que, por dever de ofício, lidar com pessoas em sofrimento. Arrisco-me a afirmar que sem assumir a “função-mãe” o profissional não estará habilitado a cuidar do seu paciente. Será então um “prescrevedor”, mas não um “cuidador”. Por outro lado, ao se identificar com o paciente, “sofrerá” com ele, tornando-se vulnerável e necessitando de cuidado. Quem cuidará dele? Alguém há de assumir a “função-pai”. Foi essa possibilidade que visualizei no trabalho em equipe que desenvolvi junto a pacientes hipertensos. É claro que existem outras possibilidades de apoio ao profissional de saúde. Mas encontrá-la ali, no seu próprio local de trabalho, junto aos seus companheiros, foi a nossa experiência. Se considerarmos as ideias de Winnicott, a equipe de saúde reproduz a rede de sustentação básica: mãe-bebê-pai, na medida em que seus membros sejam capazes de se colocar ora como mães, ora como pais, ora como bebês.

Considerações finais

O objetivo deste livro foi evidenciar a possibilidade de as equipes de saúde organizarem-se para funcionar de modo coeso e integrado, de tal modo que possam enfrentar e superar as tensões da prática profissional, apoiando-se umas às outras.

A literatura vem relatando o estresse a que são sujeitos os profissionais de saúde e as consequências sobre sua saúde física e mental, enfatizando a necessidade de se oferecer alguma forma de suporte ou cuidado a esses profissionais. A questão, portanto, de quem cuida do cuidador está colocada.

Na verdade, os estudos referentes aos apoios sociais de um modo geral ganharam ênfase na década de 1970, cunhando-se o conceito de suporte social enquanto vínculos interpessoais, grupais ou comunitários, geradores do sentimento de proteção e apoio nas pessoas envolvidas, com repercussão na integridade física e psicológica dessas pessoas.

Multiplicaram-se, então, as propostas não só de os profissionais, enquanto cuidadores, funcionarem como suportes sociais para seus clientes, mas também de receberem suporte.

O aprofundamento relativo à estrutura e dinâmica do suporte social mostrou que apesar de variáveis externas ou sociais estarem sempre presentes, o funcionamento do suporte parece estar na dependência de fatores psicológicos como a percepção, pelo receptor, do suporte disponibilizado e a necessidade de relações próximas, íntimas e acolhedoras.

Alguns estudos chegam mesmo a propor que os suportes sociais estejam relacionados às experiências precoces de vida do indivíduo. Parece, pois, estarmos diante de um fato ao mesmo tempo social e psicológico. Se deixarmos os estudos sobre suporte social e enveredarmos na direção da teoria de Winnicott e, dentro dela, primordialmente, do conceito de *holding*, verificamos suas semelhanças. A começar pela ideia de Winnicott de que nenhum bebê sobrevive isolado do contato com outros seres humanos. A estruturação da personalidade depende basicamente do relacionamento interpessoal, próximo, acolhedor e empático, vivido inicialmente com a mãe, tendo, como “retaguarda”, o pai.

Se considerarmos que, segundo Winnicott, o *holding*, enquanto estruturador da personalidade, continua sendo necessário cada vez que o adulto se vê fragilizado, podemos afirmar que o suporte social funciona como “reestruturador” da personalidade para o “receptor” do suporte.

Esta tese propõe, pois, que a dinâmica do suporte social parece, à luz da teoria de Winnicott, ser uma revivência do *holding*. Desse modo, oferece uma alternativa teórica para a compreensão psicodinâmica de um fenômeno até então descrito e abordado no campo da saúde e da psicologia comunitária. E busca responder à questão de quem cuida do cuidador, através da reflexão do que ocorre no interior de uma equipe de saúde que se propõe ser cuidadora.

Tomando como base de observação a experiência vivida com a equipe de um programa de atendimento a hipertensos; estruturado para “cuidar” desses hipertensos, logo se evidenciou a função “cuidadora” dos profissionais, mas também a necessidade de serem cuidados. O destaque foi para o modo como se engendrou a dinâmica da equipe, tornando-se, ela mesma, suportiva para seus membros.

Esta tese quis mostrar que a equipe de saúde, desde que funcionando de uma determinada maneira, pode ser cuidadora

de si mesma. E essa maneira, em muito se assemelha ao que ocorre na dinâmica de um bom *holding*. Sobretudo porque realça a “unidade” ou “equipe cuidadora”, composta pelo trio mãe-bebê-pai. Se a mãe cuida do bebê, o pai cuida da mãe. E, às vezes, até o bebê “cuida” da mãe e do pai. As relações empáticas, movidas pelo desejo afetivo e comum de cuidar, e a experiência compartilhada que se instaura, parecem ser a sustentação dos cuidados oferecidos.

Em síntese, esta tese quis mostrar que se uma equipe de saúde funcionar como cuidadora, nos mesmos moldes da “equipe cuidadora básica”, tornar-se-á apta a cuidar de si mesma, funcionando como “mãe” e “pai” para aqueles, da equipe, momentaneamente funcionando como “bebês”.

Se observarmos, agora, o cenário atual dos serviços de saúde, surge inevitavelmente a questão de até que ponto a proposta de uma equipe ser cuidadora de si mesma, tal como se verificou naquela equipe do programa de atendimento a hipertensos, será viável em outros momentos, com outros protagonistas?!

O cenário atual aponta para serviços de saúde estruturados em torno de procedimentos tecnológicos e de atendimentos profissional-cliente prestados em tempo curto e de modo impessoal. O objetivo do serviço oferecido visa ao lucro e é premido pela competitividade. O objetivo aproxima-se mais de um negócio do que de uma prestação de serviços.

Se observarmos, então, o comportamento dos profissionais, evidencia-se a “pressão” que sofrem do modelo estabelecido, que resulta, frequentemente, no relacionamento apressado e impessoal descrito. Resulta, também, no isolamento dos profissionais, entre eles, na medida que tangidos pela pressa e pela competição.

Por isso dissemos que o profissional propõe-se, no modelo atual, a ser um “prescrevedor” e não um “cuidador”. É claro que estamos generalizando e certamente existem as

exceções. Existem equipes cuidadoras, mas a maioria são “agrupamentos” funcionando de modo fragmentado, distanciado, não constituindo efetivamente, na acepção que aqui abordamos, uma equipe.

Se não bastasse, os profissionais de saúde, e particularmente, os médicos, utilizam, inconscientemente, e frequentemente, como mecanismo de defesa, a onipotência, que lhes dificulta reconhecer as próprias fragilidades, além do constrangimento que sentem em expor sua “fraqueza” a colegas e pacientes. Torna-se, pois, muito difícil que um agrupamento destes possa ser cuidador de si mesmo, na medida em que nem cuidadores dos seus clientes são.

Não obstante todas essas dificuldades, a natureza do trabalho do profissional de saúde faz com que ele seja, potencialmente, um “cuidador”. E certamente alguns deles carregam em si o “desejo de cuidar”. Entendemos que esse desejo funcione como um “potencial para ser cuidador” e disponha o profissional para agir como um “facilitador” na estruturação e funcionamento de uma equipe coesa. O encontro de dois facilitadores será o embrião desta equipe. Tudo o mais será consequência do desejo comum, partilhado, de cuidar. Obviamente as dificuldades surgirão, mas a cooptação de outros facilitadores e a manutenção da proposta de trabalho, clara e compartilhada, criarão as condições para que uma equipe efetivamente se constitua e que essa equipe funcione como cuidadora de si mesma.

Seria possível estender a dinâmica aqui descrita para outras equipes de trabalho com outros objetivos que não os de cuidar? Que influência teriam, por exemplo, a presença de forte competição entre os membros da equipe e a presença de pessoas arreadas ao ato de cuidar-ser-cuidado? Tais questões talvez possam ser objeto de outros trabalhos.

Gostaríamos, para finalizar, de dar destaque a alguns aspectos que a tese abordou e que poderiam merecer aprofundamentos futuros.

Um deles é a experiência compartilhada, de algum modo abordada nos estudos do suporte social, sob o termo “reciprocidade”, mas sobretudo da forma como vista por Winnicott, que aponta, na relação cuidador-cuidado, muito menos para um provedor que oferece cuidado e um receptor que o recebe de forma hierarquizada, “de cima para baixo”, e muito mais para uma relação horizontalizada, de troca ou de parceria. A forma habitual de os profissionais de saúde se relacionarem com seus pacientes é a primeira. Neste modelo há alguém que pode, que sabe, e outro, que se submete. Não há espaço para o sujeito que recebe. Do ponto de vista psicodinâmico não houve identificação, empatia, comunicação direta entre provedor-receptor. Não houve relação cuidador-cuidado. Porque para cuidar há que se captar as necessidades do objeto a ser cuidado. E para que a captação ocorra, as relações precisam ser horizontalizadas. Só assim o sujeito que recebe pode emergir. Se a mãe envolve o bebê num círculo simbiótico, onipotente, o sujeito do bebê não se constitui. Talvez por isso, perceber o suporte oferecido seja tão importante para quem o recebe. Pois só é capaz de perceber, quem se faz sujeito da própria percepção.

Por outro lado, a horizontalidade introduz a ideia de um “nivelamento” entre cuidador e cuidado, abrindo a possibilidade de o cuidador também precisar ser cuidado. E, aliás, é de fato o que diz Winnicott em relação à mãe, na medida que, identificada com o bebê, torna-se fragilizada como ele. Se associarmos a isso a inevitável sobrecarga que demanda o objeto a ser cuidado daquela que o cuida, reforça-se a ideia de que o cuidador também precisa ser cuidado.

Surge, então, a questão: quem cuida do cuidador? Segundo Winnicott, é o pai do bebê que forma, em torno da dupla, um “círculo de sustentação” que dá à mãe o necessário apoio e “tranquilidade” para se dedicar integralmente ao bebê.

Parecem, pois, existir dois círculos: um, mais cuidador e outro, mais protetor. Na verdade, ambos são cuidadores e

protetores. A ideia a destacar é que a “unidade” de uma relação cuidador-cuidado faz-se a três, na medida em que o objeto a ser cuidado, o bebê, é fruto do desejo comum do pai e da mãe. Para a mãe cuidar suficientemente do bebê, precisa de alguém que cuide dela.

Uma equipe, para se constituir numa “unidade cuidadora” precisa, pois, ter um desejo comum de cuidar de alguém. Os profissionais reunidos hão de ter um objetivo comum, compartilhado, que lhes permita “entrar num estado especial”, a partir do desejo de cuidar. Só assim poderá haver equipe na acepção aqui desenvolvida e poderão ser seus membros cuidadores uns dos outros.

O desejo de cuidar é outro aspecto que gostaríamos de enfatizar. Quando Winnicott diz que um bebê isolado não existe, ele diz que alguém precisa se voltar para esse bebê. Ou seja, tão importante quanto o desejo de ser, que impulsiona o bebê, é o desejo de cuidar, que impulsiona a mãe do bebê. Como será possível a um profissional de saúde cuidar do seu paciente se não estiver impulsionado pelo desejo de cuidar? Como existe hoje uma forte pressão para que o paciente seja visto como objeto de consumo e não como objeto de cuidado, as consequências do relacionamento profissional-paciente podem seguir numa direção oposta ao que esse paciente necessita.

De maneira semelhante, como será possível a um profissional de saúde cuidar de um colega com o qual divide um trabalho comum se não houver, em cada um, o desejo de cuidar, dos pacientes e dos próprios colegas? Como existe hoje uma forte pressão para que os profissionais disputem entre si a clientela, difícil se torna verem-se uns aos outros como objetos a serem cuidados.

O desafio é romper com um modelo de atenção à saúde que, na verdade, privilegia a doença. Um modelo que idealiza o profissional, “coisifica” o paciente e impessoaliza o relacionamento entre eles. Um modelo que, quando pensa em dar atenção

ao profissional, o faz tardiamente, quando esse profissional já adoeceu.

A teoria de Winnicott parece ser resultado da experiência de um médico, pediatra, que privilegiava a puericultura, ou seja, que se preocupava em identificar e estimular o que havia de saudável e de humano no relacionamento entre o bebê e seus pais. Teoria que acabou por evidenciar a importância do contato, do carinho, do cuidado e da comunicação empática entre seres humanos, adultos e crianças, para o seu sadio desenvolvimento.

O desafio é fazer com que o encontro dos profissionais de saúde, entre si e com seus pacientes, seja um momento significativo, investido de afeto e do desejo de cuidar-ser-cuidado. Implica no reconhecimento, por parte dos profissionais, dos seus próprios limites, e na sensível percepção das aflições e fragilidades dos seus pacientes. Implica, sobretudo, na percepção de que um ambiente acolhedor, afetivo e empático, vivenciado pela equipe de saúde no seu exercício cotidiano, contribui de maneira decisiva para o enfrentamento das tensões geradas pela prática profissional, desse modo reduzindo a possibilidade de eclosão de doenças e repercutindo diretamente na qualidade e nos resultados dos cuidados proporcionados aos pacientes.

O desafio, pois, desta tese é estimular os profissionais de saúde a romperem com as barreiras que os impedem de estabelecer vínculos interpessoais próximos, acolhedores, afetivos e empáticos, e assim resgatarem o que foi essencial na sua construção como indivíduos suficientemente autônomos, confiantes e criativos, sensíveis e preocupados com os outros e abertos ao intercâmbio e aos cuidados a serem partilhados, trocados com os que habitam o mesmo círculo de relacionamento, inclusive os próprios pares.

Referências bibliográficas

- ALONSO, C. F.; GRANADO, J. R. Prevención en Salud Mental dirigida a profesionales de Atención Primaria. In: MISOL, R. C. (Org). *Guia de Salud Mental en Atención Primaria*. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2001. p. 53-65.
- ANTONUCCI, T. C.; JACKSON, J. S. The role of reciprocity in social support. In: SARASON, B. R.; SARASON, I. G.; PIERCE, G. *Social Support: an interactional view*. New York: John Wiley&Sons, 1990. p. 173-198.
- BARRERA, M. Social support in the adjustment of pregnant adolescents: assessment issues. In: GOTTLIEB, B. *Social networks and social support*. 3.ed. California: Sage Publication, 1983. p. 69-96.
- CAMPOS, E. P. *Abordagens psicológicas da hipertensão arterial – levantamento e estudo crítico*. Rio de Janeiro, 1986. 209p. Dissertação de mestrado (Mestrado em psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.
- CAMPOS, Eugenio Paes; LEITE, Irisbela de Souza Campos. Fatores terapêuticos de um programa continuado e integrado de atendimento ao hipertenso. *Folha Médica*, 101, 1, 9-14.1990.
- CAPLAN, G.; KILLILEA, M. *Support systems and mutual help* New York: Grune&Stratton, 1976.
- CASTRO, Roberto; CAMPERO, Lourdes; HERNANDEZ, Bernard. A investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafios. *Saúde Pública*, 31, 4, 425-435. 1997.
- CAUCE, A. M. et al. Social support in young children: measurement, structure, and behavioral impact. In: SARASON, B. R.; SARASON, I. G.; PIERCE, G. *Social Support: an interactional view*. New York: John Wiley&Sons, 1990. p. 64-94.
- COBB, Sidney. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 5, 300-314. 1976.
- COUTINHO, F. O ambiente facilitador: a mãe suficientemente boa. In: *Winnicott – 100 anos de um analista criativo*. Rio de Janeiro: Nau, 1997. p. 97-104.

- COYNE, J. C.; ELLARD, J. H.; SMITH, D. A. F. Social support, interdependence and the dilemmas of helping. In: SARASON, B. R.; SARASON, I. G.; PIERCE, G. *Social Support: an interactional view*. New York: John Wiley&Sons, 1990. p. 129-149.
- DAVIS, M.; WALLBRIDGE, D. *Limite e Espaço*. Rio de Janeiro: Imago, 1982.
- DI MATTEO, M. R.; HAYS, R. Social support and serious illness. In: GOTTLIEB, B. *Social networks and social support*. 3.ed. California: Sage Publication, 1983. p. 117-148.
- ECKENRODE, J.; GORE, S. Stressful events and social supports: the significance of context. In: GOTTLIEB, B. *Social networks and social support*. 3.ed. California: Sage Publication, 1983. p.43-68.
- ESKIN, Mehmet. Reliability of the turkish version of the peceived social support from friends and family scale, scale for interpersonal behavior, and suicide probability scale. *J. of Clinical Psychology*, 49, 4, 515-522, julho. 1993.
- GOMES, S. M. L. *Mães – bebês em risco: um estudo psicanalítico das manifestações psicossomáticas precoces*. Rio de Janeiro, 2000. Dissertação de
- mestrado (Mestrado em psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.
- GOTTLIEB, B. *Social networks and social support*. 3.ed. California: Sage Publication, 1983.
- GROEN, Joannes. Social change and psychosomatic disease. In: *Society, stress and disease*. London: Oxford Univ. Press, 1971. p. 91-109.
- _____. Society interhuman communication and psychosomatic disease. In: *Society, stress and disease*. London: Oxford Univ. Press, 1975.
- GUIMARÃES, M. A. C. *A rede de sustentação: um modelo winnicotiano de intervenção na saúde coletiva*. Rio de Janeiro, 2000. 167p. Tese de doutorado (Doutorado em psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.
- HUPCEY, Judith. Clarifying the social support theory-research linkage. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 1231-1241. 1997.
- HUTCHISON, Catherine. Social support: factors to consider when designing studies that measure social support. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 6, 1520-1526. 1999.

- JALOWIEC, Anne; POWERS, Marjorie. Stress and coping in hypertensive and emergency room patients. *Nurs Res*, 30, 1, 10-15. 1981.
- KAPLAN, R. M.; TOSHIMA, M. T. The functional effects of social relationships on chronic illnesses and disability. In: SARASON, B. R.; SARASON, I. G.; PIERCE, G. *Social Support: an interactional view*. New York: John Wiley & Sons, 1990. p. 427-453.
- MAHLER, M. S.; PINE, F.; BERGMAN, A. *O nascimento psicológico da criança*. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.
- MANN, Anthony. Hypertension psychological aspects and diagnostic impact in a clinical trial *Psychol. Med. suppl*, 5, 1-35. 1984.
- MC QUEEN, David; CELENTANO, David. Social factors in the etiology of multiple outcomes : the case of blood pressure and alcohol consumption patterns. *Soc Sci Med*, 16, 4, 397-418, 1982.
- MELLO Fº, J. Contribuições da Escola de Winnicott à psicoterapia de grupo. In: OSÓRIO, L. C. *Grupoterapia Hoje*. Porto alegre: Artes Médicas, 1986. p. 64-97
- _____. *O ser e o viver*. Porto alegre: Artes Médicas, 1995.
- MELLO Fº, J.; SILVA, A. L. M. L. *Winnicott – 24 anos depois*. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.
- PERRIN, Karen; MC DERMOTT, Robert. Instruments to measure social support and related constructs in pregnant adolescents: a review. *Adolescence*, 32, 127, 533-557. 1997.
- ROSENGREN, Annika e cols. Stressful life events, social support, and mortality in men born in 1933. *BMJ*, 307, 1102-1105, october, 1993.
- SARASON, B. R.; PIERCE, G. R. ; SARASON, I. G. Social support: the sense of acceptance and the role of relationships. In: SARASON, B. R.; SARASON, I. G.; PIERCE, G.R. *Social Support: an interactional view*. New York: John Wiley&Sons, 1990. p. 97-128.
- SARASON, B. R.; SARASON, I. G.; PIERCE, G.R. Traditional views of social support and their impact on assessment. In: *Social Support: an interactional view*. New York: John Wiley&Sons, 1990. p. 9-25.
- SELYE, H. *Stress: a tensão da vida*. São Paulo. Instituição Brasileira de Difusão Cultural – IBRASA, 1965.
- SHAPIRO, David; GOLDSTEIN, Iris. Biohavioral perspectives on hypertension. *J. Consult. Clin. Psychol*, 50, 6, 841-51. 1982.

- SMITH, Eliot; MURPHY, Julie; COATS, Susan. Attachment to groups: theory and measurement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1, 94-110. 1999.
- STROGATZ, David e cols. Social support, stress, and blood pressure in black adults. *Epidemiology*, 8, 5, 482-487. 1997.
- SWANN, W. B.; BROWN, J. D. From self to health: self verification and identity disruption. In: SARASON, B. R.; SARASON, I. G.; PIERCE, G. *Social Support: an interactional view*. New York: John Wiley&Sons, 1990. p. 150-172.
- VRABEC, Nancy. Literature review of social support and caregiver burden, 1980 to 1985. *Journal of Nursing Scholarship*, 29, 4, 383-388. 1997.
- WINNICOTT, D. W. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.
- _____. *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.
- _____. *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- _____. *A família e o desenvolvimento individual*. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1997.
- _____. *Os bebês e suas mães*. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999a.
- _____. *Privação e Delinquência*. 3.ed. São Paulo: Martins Fontes; 1999b.
- _____. *Tudo começa em casa*. 3.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999c.
- WINEMILLER, David R. et al. Measurement strategies in social support: a descriptive review of the literature. *Journal of Clinical Psychology*, 49, 5, 638-648, september. 1993.
- WOLF, S. Psychosocial forces in myocardial infarction and sudden death. In: LEVI, L. *Society, stress and disease*. London: Oxford Univ.Press, 1971.

Posfácio

JÚLIO DE MELLO FILHO*

Em primeiro lugar quero dizer algumas palavras sobre a pessoa do autor para falar depois da sua obra. Seu currículo é extenso e abrangente. Eugenio lançou-se primeiro, na sua função de cuidador, na área médica, como cardiologista. Isto no Rio de Janeiro, sua terra natal, migrando depois para Teresópolis onde foi trabalhar como docente na Faculdade de Medicina da Fundação Educacional Serra dos Órgãos – FESO. Algum tempo depois, sentiu necessidade de ampliar sua formação humanística e ingressou numa faculdade de psicologia, em Petrópolis. Nesta época nos conhecemos e eu o introduzi na Associação Brasileira de Medicina Psicossomática (ABMP), entidade da qual ele viria a ser depois presidente, cuidando sempre dos seus liderados numa relação de suporte mútuo como ele muito bem sabe fazer.

Eugenio é indubitavelmente um líder cuidador e, como tal, foi diretor por duas vezes da Faculdade de Medicina, contribuindo para a solução de situações de impasse e crise por que passava a instituição àquela época. Implantou um núcleo de apoio psicopedagógico na FESO que vigora até hoje. Em Teresópolis, criou uma seção local da ABMP e uma regional

* Médico, professor e psicanalista brasileiro. Fundador da Associação Brasileira de Psicossomática.

serrana, abrangendo os municípios vizinhos de Petrópolis e Nova Friburgo, o que revela seu espírito agregador.

Os dois principais vértices de sua atividade profissional são a prática terapêutica e a carreira didática. Eugenio sempre se dedicou ao trabalho com grupos, seja como professor, seja como terapeuta. Coordenou um programa de atendimento a hipertensos pelo SUS em Teresópolis, que foi consequência da sua dissertação de mestrado: *Abordagens psicológicas da hipertensão arterial*.

O presente livro descreve a experiência vivida pela equipe de profissionais de saúde daquele programa e faz sobre ela uma leitura teórica à luz dos conceitos de Winnicott, buscando compreender sua dinâmica.

No terreno das publicações, Eugenio elaborou importantes trabalhos para alguns livros por mim coordenados: *Aspectos psicossomáticos em cardiologia* e *O paciente somático no grupo terapêutico*, publicados em *Psicossomática Hoje*. No livro *Grupo e Corpo*, Eugenio é autor de: *Grupos de suporte* e *Grupos com hipertensos*. *Mais recentemente ele escreveu o capítulo sobre Suporte Social e Família, no livro Doença e Família*. Publicou, também, um caso clínico num importante livro editado pela PUC-Rio de Janeiro: *Cem anos de um analista criativo*, de autoria de Angela Podkamieni e Marco Antonio C. Guimarães, sobre a obra de Winnicott. Finalmente cabe destacar a sua tese de mestrado: *Abordagens psicológicas da hipertensão arterial*, sem dúvida o trabalho mais completo realizado em nosso meio sobre o tema dos aspectos psicossomáticos desta enfermidade e a forma de lidar com pessoas hipertensas.

Com tantas afinidades e atividades em comum, como a psicossomática, psicologia médica, psicoterapia de grupo, apoio psicopedagógico (a UERJ dispõe de um núcleo que foi por mim organizado), e como estudiosos da obra de Winnicott, é um prazer e uma satisfação prefaciá-la a presente obra onde Eugenio expõe todo seu estilo claro, fluente, didático e agradável

de se ler. E me dá base, suporte, para também soltar minha fluência ao analisar esta obra, numa relação cuidador-receptor amorosa, sincera e prazerosa para os dois. Assim tem sido ao longo da nossa grande amizade em que nos ajudamos mutuamente, eu com minha experiência e ele com sua crítica sincera, justa, pertinente. Eugenio é essencialmente ético e por isto, também, respeitado pelos seus colegas de lide em comum.

Começa Eugenio o presente trabalho relatando sua experiência de implantação de um grupo de atendimento a hipertensos, em 1987, através de grupos multiprofissionais, verificando uma maior aderência ao tratamento e melhores resultados no controle da pressão arterial do que com pacientes acompanhados pelo sistema convencional de atendimento.

A base do seu trabalho é o tema dos grupos de suporte que ele tem desenvolvido no Brasil ao longo da última década. Para compreender o que se passa nos grupos de suporte e na relação cuidador-receptor-cuidador, Eugenio se vale dos conceitos de Winnicott sobre a relação mãe-bebê, particularmente sobre o fenômeno do *holding*.

Ele nos descreve magistralmente, poeticamente até, a relação da mãe com seu bebê desde a fase da preocupação materna primária até o advento dos objetos e fenômenos transicionais, prenúncio do processo de separação-individação no dizer de Margareth Mahler. Aliás Winnicott já dizia, antecipando as descobertas de Alessandra Piontelli, que estudou o psiquismo fetal, que a mãe se comunica intensamente com o feto e que este se agita quando ela entra em ansiedade.

Nas belas descrições das ocorrências desta relação, Eugenio nos demonstra seu “caso de amor” com Winnicott, percurso comum para todos nós estudiosos deste autor ao nos defrontarmos com a pujança de vida e esperança que emana de sua obra.

Durante muito tempo dizia-se que Winnicott negligenciou a importância da figura do pai dando a ele um papel secundário

em relação a tudo o que expressou sobre a mãe. Assim, o pai seria apenas um eventual substituto da mãe e ao mesmo tempo o “ambiente indestrutível”, como ele designou, aquele responsável por dar limites aos filhos, aquele que não pode ser destruído. O que Eugenio nos mostra, em conformidade com as visões mais modernas da obra de Winnicott, é a importância da função dinâmica do pai diante da mãe, não apenas substituindo-a, porém protegendo-a, amparando-a, dando-lhe suporte, formando uma dupla parental que cuida permanentemente do bebê, impedindo “invasões” várias, de sons, de outras pessoas, de visitas desnecessárias, etc. Deste modo, forma-se uma dupla parental de cuidadores e ao mesmo tempo, uma unidade pai-mãe-bebê, indissociável. Uma *gestalt*: cada alteração num membro do triângulo irá se refletir nos demais.

Além da revisão extensa sobre o fenômeno do *holding*, Eugenio cita as obras de Bowlby e de Mahler como dois subsídios importantes ao tema. De fato, Bowlby, com a sua teoria do vínculo (*attachment*), presente não apenas no homem, mas também nos mamíferos e nas aves superiores, descreve o mesmo fenômeno, enfatizando sobretudo os aspectos biológicos, instintivos. Assim, ele citou o que chamou de *condutas de apego* do filho em relação a mãe: chorar, mamar, pegar, sorrir, olhar.

Já Mahler, deu-nos uma visão geral do desenvolvimento – como Winnicott – no processo que chamou de *separação-individuação*. A fase de simbiose, descrita por Mahler, em que mãe e bebê se influenciam mutuamente numa autêntica relação dual, corresponde ao que Winnicott descreveu como *holding*. Porém, Mahler dá mais ênfase em sua descrição ao processo de separação-individuação, isto é, à forma como a criança se separa da mãe para se tornar um indivíduo, uma pessoa. Nestas etapas, dá plena importância ao ato de andar (“um caso de amor com o mundo”) um dos maiores estímulos ao nosso *narcisismo*. Aliás, Eugenio também dá ênfase a este processo na luta do ser humano pela constante busca da independência.

Um autor que não foi citado é Kohut, embora Eugenio o conheça bem e até se refira ao seu conceito de *self*-objeto, algumas vezes. O grande mérito de Kohut, a meu ver, é de utilizar o conceito de empatia, que Winnicott cita algumas vezes, e que significa por-se no lugar do outro, sentir com o outro, sentir como se fosse o outro. É um fenômeno que está descrito desde Hipócrates, o pai da Medicina, e que os médicos infelizmente pouco usam, mais preocupados que estão com questões de diagnóstico (mil exames) e de tratamento do que com as reais aflições dos pacientes. O conceito de *self*-objeto é outra importante contribuição de Kohut. São objetos sentidos como se fossem uma parte do *self*: pais, irmãos, amigos, mestres, terapeutas. São nossos cuidadores formais e informais, podemos dizer.

Autores fundamentais a este respeito também são Storolow e Attwood, com seu conceito de *intersubjetividade*, isto é, o que se passa na intimidade de duas pessoas que se influenciam mutuamente. Sim, duas pessoas porque o modelo utilizado é o da relação bipessoal, analítica. Eugenio é que extrapola esta situação, trazendo-a para o grupo, o multipessoal, o social, enriquecendo-a. No caso de Storolow e Attwood eles trazem uma preciosa contribuição: o conceito de *sintonia* (*attunement*), como se fosse uma frequência de rádio na qual só se ouve uma estação; afora isto são ruídos, interferência. Assim dois seres humanos precisam estar numa mesma sintonia para poderem se relacionar profundamente. Aqui também está presente o modelo da comunicação: A influencia B que o influencia por sua vez, e assim por diante. Tudo isto na sintonia de determinado canal de comunicação, que é acionado de A para B para A.

No grupo, todavia, temos n canais de comunicação funcionando mutuamente, gerando uma enorme riqueza de processos comunicativos dentro de uma mesma *gestalt* grupal, no interior da qual se processa o fenômeno terapêutico. É isto que enriquece a terapia, num grupo de pacientes hipertensos,

por exemplo, conversando a respeito de dieta, cada qual trazendo uma vivência, uma contribuição diferente ou, ao contrário, o encontro de uma mesma vivência sendo fertilizada pela contribuição pessoal de cada um.

Um dos pontos altos do presente trabalho é a afirmação de Eugenio de que o filho, além de ser cuidado, também cuida da mãe, garantindo-lhe com sua presença, com sua tranquilidade, com seu relaxamento, que está cumprindo bem o seu papel de cuidadora. Desta forma o bebê vive uma relação de tensão-cuidado-alívio, retroalimentando a mãe e estimulando a sua capacidade de empatia para futuras atuações junto a ele. Obviamente, o pai também entra neste circuito e, como a mãe, sente-se cuidado pelo bebê através da tranquilidade deste, de sua não ansiedade e relaxamento corporal. Ao mesmo tempo, o pai estimula a autoestima da mãe para que ela continue a cuidar do bebê daquela forma que está sendo bem sucedida.

Winnicott também nos fala da função especular da mãe ao olhar carinhosamente para o seu bebê, transmitindo-lhe amor, estímulo para crescer, para viver enfim. E o que o bebê vê, sente, nos olhos da mãe, através do olhar da mãe, pergunta ele? Vê a ele mesmo, acrescenta, é o papel de espelho da mãe, como ele o designou. E esta função especular vai ser a base, na família,, do que ele chamou de identificações cruzadas,, fundamentais para o crescimento emocional e funcionamento de cada família. Deste modo os elementos de cada família veem-se e mostram-se mutuamente, transmitindo mensagens e funcionando como modelos de identificação.

De modo similar Kohut nos fala de uma função especular parental quando o pai, por exemplo, diz para o filho: "Você é meu Batman, é muito forte, é um super-herói e capaz de muitas façanhas." Desse modo, insufla a onipotência da criança ajudando-a a lidar com os sentimentos de inferioridade decorrentes do seu tamanho diminuto e de várias coisas diminutas em sua vida.

Pelo relato de cada um dos participantes, tem-se uma ideia do que se passou nos encontros grupais, embora Eugenio não nos traga material dos grupos em si mesmos, nem das supervisões. Seu objetivo não foi analisar a qualidade técnica do trabalho – isto é possível pela descrição dos resultados – mas sim responder à questão de quem cuida do cuidador. Este é um dos pontos altos do trabalho, como nós veremos a seguir.

O trabalho de Eugenio surge de uma aplicação das ideias de Winnicott sobre o fenômeno do *holding*, por ele definido, na questão do cuidador e do ser cuidado. Poderia ser muito bem o termo terapia, porém me parece que Eugenio prefere a palavra cuidador por ser mais abrangente, aplicável a todas as profissões de saúde e também a outras questões como a prática religiosa, por exemplo.

Este é, portanto, um livro básico, em nosso meio, sobre o ato de cuidar, em seus aspectos psicodinâmicos. No *holding* a mãe cuida do filho e, tão somente com seu carinho e dedicação, alivia suas tensões e mal estares corporais. Através de sua empatia, coloca-se no seu lugar e “adivinha” suas necessidades.

Em sua vasta obra Winnicott mostrou a relação do *holding* com a terapia psicanalítica, sobretudo, mas foram os autores post- Winnicottianos que enfatizaram sobremaneira esta relação. E é Eugenio que basicamente, entre nós, vem estudando estes fenômenos, desde trabalhos anteriores ao atual. Assim, ele postula um ser que ali está para ser cuidado (frágil, indefeso, dependente), um cuidador, por excelência, a mãe, e o pai com funções de sustentar e proteger a dupla. Os papéis são intercambiáveis e ora a mãe também sustenta o pai, ora este se torna o cuidador do bebê, ou o bebê “cuida”, tranquiliza a mãe com sua presença relaxada, livre de sintomas, disponível.

Na tarefa terapêutica grupal, temos os pacientes a serem cuidados formando a entidade “o grupo”, os cuidadores representados pela dupla de terapeutas que se revezam na função

de mãe e de pai, conforme o tipo de apoio prestado, mais direito ou de função de sustentação daquela situação.

Desde o início do trabalho, nas entrevistas de seleção, Eugenio colocava que era preciso *um desejo de cuidar* (de hipertensos, grupalmente) para participar daquele trabalho. E diferenciava os profissionais *cuidadores* dos *prescrevedores*, aqueles meros receitadores de remédios ou de outras modalidades de prescrições: ervas, conselhos, orações, podemos acrescentar. Aliás, a bem da verdade, diga-se, que atualmente as receitas de medicina alternativa são geralmente prescritas com muito mais ênfase, crença, espírito de cuidar que aquelas da medicina alopática, daí seu sucesso, (relativo) para desespero de muitos médicos empenhados numa luta de vida ou de morte entre as duas concepções.

Outro ponto alto deste trabalho foi a leitura de depoimentos devidamente registrados e apresentados pelo autor, alguns mesmo dispensando uma análise tal a sua clareza. Aliás, nestes depoimentos pode-se registrar a admiração da equipe pela figura do coordenador e, reflexamente, percebermos sua firmeza e capacidade de liderança, tudo isto num clima de democracia e tolerância.

Para este trabalho e pesquisa partiu Eugenio com as suas suposições iniciais num clima de firmeza e determinação: “Eu sabia, penso que posso dizer assim, o que fazer, porque fazer e como fazer” Logo se desenharam as reuniões de equipe como o ponto alto do trabalho. Profissionais de origens várias precisavam daqueles encontros para discutir a tarefa terapêutica, trocar experiências, refletir sobre o que se passava entre eles e os pacientes em cada um em relação aos demais. “Nós precisávamos, de algum modo, nos estruturar para melhor cuidar dos pacientes. Devíamos assumir a consciência de que éramos cuidadores... num certo sentido procurávamos estimular o clima de suporte, ou seja, que nós nos aproximássemos afetivamente uns dos outros, que nos comunicássemos da maneira mais

clara possível, que trocássemos nossas experiências, nossas ideias e nossas angústias". Desse modo, Eugenio visava que o grupo se tornasse cada vez mais um grupo de suporte, integrado, unido e coeso.

Um ponto correlacionado com isto é a ausência, no presente trabalho, de movimentos de competição e rivalidade entre as várias categorias profissionais, achado corriqueiro entre os que trabalham com equipes de saúde, principalmente em instituições universitárias onde campeia o narcisismo e a luta pelo poder. Eu mesmo supervisionei um trabalho com a equipe profissional de um Centro de Treinamento Intensivo onde a enfermeira chefe competia abertamente com a médica responsável pela unidade, levando a retração desta das reuniões para fugir das atitudes de confronto. Vários profissionais haviam se afastado do grupo e um primeiro trabalho do coordenador das reuniões foi conseguir que eles retornassem ao grupo. Ao final de alguns meses a situação foi resolvida com a paulatina renúncia da enfermeira em disputar a coordenação geral, admitindo que a lide com a enfermagem, já em si, é uma tarefa árdua e valiosa no espaço de um CTI.

Aliás, as competições profissionais costumam ocupar um papel destacado nas relações entre profissionais de saúde, mormente no passado quando ainda não havia o enfoque da psicologia médica que, denunciando este tipo de relações, contribuiu para esvazia-las. Assim, a rivalidade dos enfermeiros com os médicos já era clássica, fruto da época em que estes tinham frequentes casos com as enfermeiras, numa autêntica política de classes, as mais altas subordinando as mais baixas. Depois, os enfermeiros tiveram uma notável ascensão e conquistaram bravamente seu espaço científico sendo hoje uma classe respeitada nos hospitais gerais, demonstrando mesmo um grande interesse pelos aspectos psicossociais da saúde, numa atitude ao mesmo tempo de busca de mais status e de um interesse legítimo ligado às raízes de sua vocação profissional. Neste

sentido, podemos mesmo dizer que ninguém é mais cuidador do que um enfermeiro. Sua função é diretamente de dar *holding* aos pacientes, cuidando corporalmente destes.

Houve uma época em que os assistentes sociais realizavam na prática o trabalho que é hoje em dia dos psicólogos, que não estavam representados nas equipes de saúde. Estas apenas cuidavam de crianças e aplicavam testes. Hoje, quando os psicólogos, graças às formações analíticas e a um intenso trabalho de corporativismo, ingressaram nos hospitais, a situação inverteu-se e os assistentes sociais retraíram-se em número e funções. Até a assistência psicológica às famílias migrou, via de regra, da assistência social para a psicologia. Todo este movimento profissional pode se refletir no relacionamento entre essas categorias dentro das equipes de trabalho.

Um movimento importante também ocorreu nas instituições de saúde entre médicos e psicólogos. Estes nos hospitais gerais, eram inicialmente em pequeno número e ocorreu que os psicanalistas resolveram investir neste tipo de trabalho, principalmente em hospitais universitários, surgindo a psicossomática e posteriormente a psicologia médica. Ao mesmo tempo, o *establishment* psicanalítico era contrário à diplomação dos psicólogos como analistas e isto propiciou um mal-estar entre as duas classes que durou muitos anos. Posteriormente esta situação foi superada, mas ficaram *reliquats*. Eu mesmo tentei constituir um grupo de trabalho na UERJ com os psicólogos que militavam no hospital geral, para somar esforços, e não consegui meu intento.

No trabalho deste grupo praticamente não aparecem situações de rivalidade, questões narcísicas e coisas assim. Penso que as frequentes reuniões de equipe (“nem que seja para conversar, quebrar o pau, falar o que se acha”) contribuíram para isto. Não é à toa que de uma por mês passaram a ser semanais. Assim, o clima de solidariedade que se instala num grupo deste tipo contribui para dissolver os ranços narcísicos,

as questões de rivalidade, as lutas de poder mas isto sempre existe: Uma das psicólogas relata que, pelo fato dela ser coordenadora de Saúde Mental, o grupo apresentou uma conduta de resistência à sua entrada. “E eu precisei quase que vender o meu peixe. Me aceitem porque eu quero tentar”

Porém o que predominou francamente nesta equipe foi a grupalidade, a alegria do encontro com cada um, a cessão do lugar. Diz o professor de educação física, aliás responsável por memoráveis caminhadas em mais uma forma de terapia grupal: “porque ali acho que todo mundo respeitava um ao outro, acho que ninguém queria sobressair mais do que o outro... a gente não estava duelando, a gente estava se ajudando aos outros...”. Acho também que o fato de Eugenio não lidar neste trabalho, com grupos já estabelecidos, com os seus cacoetes, podemos assim dizer, favoreceu estes excelentes resultados, livres de conflitos crônicos que tendem a se perpetuar. Além disso, a boa condução do trabalho impediu que conflitos deste tipo se organizassem durante o andamento do projeto.

Outro ponto importante deste trabalho foi o respeito pela pessoa de cada um, pelo seu saber, pelo seu tipo de trabalho. É o que não acontece, via de regra, com a postura do médico que, em virtude de sua típica onipotência e em razão da extensão do seu conhecimento, costuma se colocar acima de qualquer um, dificultando um real trabalho em equipe, horizontal. E aqui, como disse uma das psicólogas, a respeito de Eugenio: “E tinha respeito... sempre a fala do outro, você sempre escutava o outro, acho que isto a gente aprendeu, que dava o valor “espera aí gente, o que ele tá falando tem importância” Por tudo isto é que o professor de educação física, com a simplicidade (relativa) dos seus conhecimentos tornou-se tão importante naquela equipe.

Escreve Eugenio a esta altura: “A proposta do trabalho vai deixando de ser verticalizada e assume caráter de transversalidade ou horizontalidade. Descobrimos que os pacientes

nos ajudam. Descobrimos que os companheiros de equipe nos ajudam” E, logo depois: “Começamos a sentir que a nossa equipe (e às vezes até os pacientes) funcionavam de uma forma acolhedora para nós também. Então, se estávamos com um paciente que não estava dando certo, com um problema enfim que estava havendo, corríamos para a equipe. As vezes até questões pessoais, mas sobretudo questões profissionais”

Num parêntesis, quero enfatizar que o holding proporcionado por um grupo é tão acolhedor que, muitas vezes, levamos para lá questões que nunca contamos para ninguém, tal a situação de acolhimento e confiança despertados. É como num grupo comum de adolescentes, em que tudo se conta, tudo se ouve, num clima de sofreguidão. Mas aqui costumam ocorrer muitos *acting-outs*. E no grupo de equipe coordenado por Eugenio, onde predominavam a ponderação e a reflexão, pareciam ocorrer muito poucos *acting-outs*.

Voltando às questões profissionais, objetivo deste trabalho, há o relato de uma psicóloga de ter ajudado um colega que estava calado, esquivo, agressivo, e que revelou a ela que estava se sentindo inferior porque ali todo mundo tinha estudado e ele se sentia até meio burro. Depois, elaborou esta crise e decidiu mesmo fazer um mestrado. Vemos aqui uma crise de autoestima surgir durante a evolução do programa e ser debelada com a ajuda de suporte de um colega do grupo. Diz Eugenio, na mesma página: “Fomos descobrindo que éramos cuidadores uns dos outros”

Neste ínterim, continua Eugenio: “Nossos pacientes mostravam sua fragilidade, sua vulnerabilidade e esperavam de nós um suporte. Mas nós também precisávamos de suporte. Precisávamos ser cuidados. E este cuidado surgia no âmbito da própria equipe que, apesar de sobrecarregada, sentia prazer de estar e trabalhar junto. A equipe fluía de tal forma que propiciava o sentimento de acolhimento de que necessitávamos. Fomos descobrindo que éramos cuidadores uns dos outros”

Aqui vemos Eugenio usar um ritmo, uma ritmicidade especial, ao escrever. É o uso de um ritmo biológico ao falarmos e ao escrevermos que dá ênfase, beleza e harmonia a uma frase, a uma construção, como o ritmo que caracteriza uma poesia. É o ritmo de funcionamento de um grupo, no qual as pessoas se comunicam de maneira verbal e não verbal, num crescendo cada vez maior à medida que aumentam os canais de comunicação e se intensificam os processos de empatia entre os participantes.

Eugenio é uma *gestalt pregnant* (grávida) à medida que se aproxima o capítulo decisivo do seu livro quando se enfeixarão suas ideias: “Eu tinha uma ideia, mas precisava de alguém que a gerasse junto comigo e que me ajudasse a desenvolvê-la” E assim ele a desenvolveu, através do grupo dos pacientes, do grupo dos cuidadores e agora está desenvolvendo com o grupo de leitores desta obra. O desejo, diz Eugenio, tem a força de afetar, de atingir o indivíduo de modo significativo. “Tem a força de unir e dar sentido”

Em seguida ele nos fala novamente da situação da mãe diante do seu bebê. E escreve: “Talvez o principal seja sua predisposição para cuidar. Tanto quanto, me parece, a necessidade de ser cuidado é precedida do desejo de ser, de existir, de sobreviver. Desde logo se coloca a dialética: dependendo do outro para ser eu mesmo. Porque desejo ser, desejo o outro. Preciso do outro porque desejo ser.” Aqui Eugenio reescreve Martin Buber em seu definitivo trabalho *O Eu e o Tu*. E, novamente sobre a mãe e seu bebê, ele escreve: “Uma mulher adulta, que já carrega em sua mente a imagem completa, acabada, do seu bebê e que poderia estar plenamente apta a cuidar dele, pois já foi um bebê, já presenciou alguém cuidando de bebês e, no entanto, não está, pois aquele bebê é singular e, por mais que o imagine desta ou daquela forma, não será suficiente para lidar com ele, ali, na sua absoluta dependência.” Assim, acrescento, o bebê, por suas características, sempre representará uma

qualidade de frustração para a mãe, pois física e psicologicamente sempre será distinto daquele que ela idealizou.

Continua Eugenio a sua sinfonia, falando agora da comunicação silenciosa que Winnicott chamou de direta, de corpo para corpo, a comunicação primordial entre as pessoas (as outras formas são a comunicação através de palavras, que ele chamou de indireta, e a comunicação na área da transicionalidade, isto é, durante o jogar e o brincar). “O desejo virá em auxílio da mãe atônita, fazendo-a identificar-se com o bebê, sentindo-se como ele e, assim, e só assim, poder ‘dialogar’ com ele. Captar suas necessidades e atendê-las amorosamente, cuidadosamente. A identificação igualou mãe e bebê e propiciou a possibilidade do diálogo. Instalou uma forma de comunicação, silenciosa e direta, que prescinde de palavras e lança mão de linguagem simples, autêntica, sem subterfúgios... A linguagem direta não é para ser falada, é para ser sentida. A mãe, sem se tornar um bebê, sente-se como se fosse um bebê”

E sobre o pai: “Mas há que haver também no pai o mesmo desejo. O pai de um certo modo estará afetado, haverá nele uma *preocupação paterna primária*” (grifo meu). Aqui Eugenio me fez recordar Robert Tyson ao afirmar que para que as coisas deem certo na primeira infância é preciso que existam “pais suficientemente bons” e um “filho suficientemente bom”. Isto é, é preciso que existam pais empáticos capazes de interjetar e se identificar com o filho e que estes também deem respostas adequadas às mensagens dos pais. Se tivermos um filho agudamente doente, este deixará de dar respostas “empáticas” fazendo os pais confusos e conflitados. O mesmo se dará, de forma permanente, se o filho apresentar uma doença do sistema nervoso central que altere o seu comportamento.

Em outro trecho, afirma o nosso autor: “Poderíamos dizer que o pai cuida da mãe, que cuida do bebê e acrescentar que, às vezes, o pai cuida diretamente do bebê. Como, certamente, a mãe cuida do pai. Aliás, Winnicott vai mais adiante e

diz que os filhos, de algum modo contribuem para o equilíbrio dos pais, ou seja, de algum modo “cuidam” dos pais”. Este cuidar vai desde o caso de um bebê em choro violento que leva a mãe a lhe dar um banho morno que o faz deixar de chorar, tranquilo e aliviado (cuidado), ao caso do filho que “cuida” dos pais tirando boas notas e, por fim, concluindo um curso superior.

Referimo-nos ao funcionamento da família como um todo, gestáltico ou sistêmico, em que a alteração de uma parte irá afetar o geral, o conjunto. Desse modo, no caso da doença crônica de um dos filhos (particularmente da anorexia nervosa, diabetes ou asma brônquica) somente o enfoque psicoterápico sistêmico da família poderá reverter a doença da criança ou do adolescente, segundo as tendências da moderna psicossomática.

O pai, diz Eugenio a certa altura, de modo feliz, é a *união do subjetivo com o social*. E fala da função referida por Winnicott de apresentar objetos. Isto está dentro do que ele cognominou de “apresentar o mundo em pequenas doses”, isto é, numa dose que o filho possa absorver. Aqui se incluem os passeios com o bebê ou com os filhos mais velhos, nomeando coisas, apresentando pessoas, objetos, ensinando como é o mundo enfim. Escrevendo sobre isto em *O Ser e o Viver: uma introdução à obra de Winnicott* eu citei os versos de Paulinho da Viola: “As coisas estão no mundo; eu que preciso aprender”

Eugenio, na sua tarefa de interpretar Winnicott, mostra-se tão identificado com ele que chega, por vezes, a atribuir a Winnicott elaborações que são dele, Eugenio. Assim ele escreve: “Winnicott diz que o pai, em determinados momentos, exerce a função de mãe para a mãe, se esta estiver tão fragilizada que se torne, naquele instante, um bebê” Esta parte final é de Eugenio, porém é deste modo que crescemos, assumindo frases, conceitos, produções que são dos outros e neste processo nos confundimos com os outros, até podermos nos separar ganhando nossa individualidade. Aliás, o próprio Winnicott,

com sua verve, escreveu que o seu processo de produção intelectual passa por “roubar” coisas dos outros até que estas possam ser posse dele mesmo.

Justificando o fulcro de sua tese escreve Eugenio: “Mas destaque, também, como os profissionais, face à tarefa desgastante que tem a desempenhar e identificados com seus pacientes acabam por se fragilizar e ‘assumir’ a ‘função-bebê’. *É neste momento que os profissionais necessitam de alguém que cuide deles*” (grifo meu)

Como a tarefa é desgastante (envolve tratar de pacientes de baixa renda com uma série de problemas na área psicossocial) os profissionais destas equipes facilmente se sentiam estressados, necessitando de serem cuidados, aliviados. Então, vinha em seu auxílio um outro profissional da equipe que lhes dava um *holding* (apoio, proteção) tudo isso dentro de um círculo de sustentação representado pelo conjunto da equipe (função paterna). O primeiro apoio normalmente é dado pelo outro *partenaire* da dupla terapêutica, o “esposo” ou “esposa”. Este funcionamento “conjugal” é tão prenhe que uma profissional se referia à sua colega de dupla como “marida”, isto é, uma companheira exercendo a função de marido, de terapeuta-pai. Finalmente, o coordenador, Eugenio, atuando nas supervisões de equipe, prestava uma sustentação a mais, funcionando como o pai de todos.

Se analisarmos o modelo de grupo vivenciado pela equipe descrita por Eugenio, conseguimos identificar momentos de discussão e de reflexão, sustentando a dinâmica prevalente do suporte. O modelo reflexivo nasceu com Balint, na Inglaterra, ainda na década de 1950, quando ele se reunia com clínicos gerais para discutir aspectos psicossociais da relação médico-paciente. O elemento reflexivo estava presente principalmente em torno do potencial iatrogênico de cada médico, pois Balint pensava que não há médico que não possua o seu *quantum* de iatrogenia. Posteriormente, Luchina chamou os

grupos Balint de *grupos de reflexão da tarefa médica*. Foi Dellarossa que cunhou a expressão grupos de reflexão, trabalhando na Argentina com grupos de formação em psicoterapia analítica de grupo. Ele nos relata que este enfoque reflexivo, centrado na tarefa de ser um psicoterapeuta analítico de grupos, foi o que permitiu debelar crises, evasões, *acting-outs* e outras reações a esta complexa formação, por parte dos alunos.

Os grupos de reflexão vêm sendo cada vez mais utilizados no ensino, na formação e na terapia tendo dado uma nova perspectiva ao trabalho grupal. Sua utilização se estende às equipes de saúde, levando-as a pensar, meditar sobre a tarefa terapêutica, seus alcances e limitações, suas dificuldades, suas vicissitudes. É sempre, também, um exercício de supervisão, de análise institucional, pois se discute sobre o lugar em que é realizado o trabalho, suas adequações e resistências. Assim, o foco da equipe é basicamente a tarefa terapêutica no seio daquela determinada instituição.

Por isso, este tipo de grupo logo se transforma num espaço de catarse, de queixas contra a instituição matriz e o departamento onde está se realizando o trabalho, num movimento de decepção diante das altas expectativas sobre sua realização. Porém, é exatamente diante da possibilidade de discussão sincera desta situação que são evitados os *acting-outs* típicos desta fase, inclusive os abandonos do trabalho. Ajunte-se a isto os estresses advindos da lide com pacientes graves, muitas vezes terminais, para pessoas ainda pouco preparadas para lidar psicoterapeuticamente com essas situações.

Os espaços de supervisão constituem outra “trincheira” para atender os profissionais de saúde, exercendo uma função mais de *holding* e de acolhimento (mãe) ou de sustentação continuada, garantindo a continuidade do trabalho não obstante as dificuldades encontradas. Na supervisão há sempre lugar para se discutir a tarefa, sua importância, suas dificuldades, suas possibilidades.

Neste livro, Eugenio coteja os resultados e o *modus faciendi* do seu trabalho com o cenário atual dos serviços de saúde em que estes são administrados em tempo curto e de modo impessoal: “O objetivo aproxima-se mais de um negócio do que de uma prestação de serviços.” Um negócio em que ambas as partes saem prejudicadas pois o paciente recebe um mínimo, uma prescrição de medicamentos nem sempre úteis para seu caso e o profissional faz aquele atendimento por um “salário de fome” nunca condizente com as suas reais necessidades.

São relações, como ele diz, tangidas pela pressa e pela competição. Trabalhei num hospital da rede pública em que médicos havia que atendiam seus pacientes de pé, para gastarem um tempo mínimo com cada consulta. Geralmente eram médicos que não gostavam do seu trabalho, pois outros havia que atendiam seus pacientes sentados e davam conta do seu turno de trabalho, embora em condições precárias e sub-humanas.

Ainda sobre as dificuldades dos médicos agravadas pelo funcionamento dos serviços de saúde, Eugenio aponta para a onipotência destes que lhes dificulta reconhecer suas próprias fragilidades. “Torna-se, pois, muito difícil que um agrupamento destes possa ser cuidador de si mesmo, na medida em que nem cuidadores dos seus clientes são... são ‘agrupamentos’, funcionando de modo fragmentado, distanciado, não constituindo, na acepção que aqui abordamos, uma equipe efetivamente”

Voltando a Winnicott, Eugenio novamente sintetiza: “Parecem, pois, existir dois círculos: um mais cuidador e outro, mais protetor. Na verdade, ambos são cuidadores e protetores... Para a mãe cuidar suficientemente do bebê, precisa de alguém que cuide dela” Aqui mereceria uma palavra a importância da avó, da mãe da mãe e da sogra, da mãe do pai, nestas funções. Como ambas já foram mães e têm, portanto, uma experiência real a este respeito, são geralmente convocadas a intervir, além de tudo pela proximidade emocional com a parturiente. Este papel também pode ser desempenhado por irmãs

mais velhas, adolescentes ou mesmo adultas. Mas, como reitera Eugenio, é, primordialmente, um papel a ser desempenhado pelo pai.

Continua Eugenio, no final do seu trabalho, a sua candente crítica ao nosso sistema de saúde dizendo: “Como existe hoje uma forte pressão para que os profissionais disputem entre si a clientela, difícil verem-se uns aos outros como objetos a serem cuidados” Penso que o autor está se referindo à intensa competição que há atualmente em torno dos pacientes dos convênios de saúde pelos médicos conveniados com remunerações estagnadas em um sistema que prometia ser uma saída mas que se transformou em mais um funil de boca estreita.

O presente livro está na vanguarda da área de saúde, também, por se tratar de um trabalho com equipes multiprofissionais e, portanto, dentro das diretrizes mais atuais das práticas de saúde que privilegiam a integralidade, e dentro dela, a interdisciplinaridade, a troca de saberes e experiências, a extensão de um modelo bi pessoal para outro, trans pessoal, como já pregava nosso mestre comum Danilo Perestrello. Neste trabalho, quando ele se torna dinâmico, aprendemos e ensinamos o tempo todo aos colegas e aos pacientes, seja nas sessões grupais, seja nas reuniões de equipe. E aqui há espaço, como nos ensina Eugenio, para que o grupo, a equipe, cuide dos cuidadores, como também os pacientes, com sua melhora, com suas respostas empáticas, como o bebê faz com sua mãe.

Em suma, é este um trabalho instigante que nos leva a pensar e a refletir sobre temas fundamentais como o cuidado humano, o ato de se dar, de compartilhar tarefas e contribuir para a melhoria da relação profissional-paciente, profissional-profissional, pessoa-pessoa.

