

# Para além do consultório: as consultas terapêuticas de Winnicott no contexto escolar

Alexandre Patricio de Almeida<sup>1</sup>

## Resumo

Pretende-se, neste artigo, promover um diálogo entre a prática psicanalítica winnicottiana conhecida como “consultas terapêuticas” e o contexto escolar atual, de modo abrangente. Para tanto, toma-se como referência alguns textos importantes de Winnicott que abordam essa modalidade de psicoterapia. Além disso, salienta-se a importância histórica, dinâmica e epistemológica desse estilo clínico, com a intenção de pensá-lo para além dos limites demarcados pelos muros dos consultórios particulares, considerando especialmente um cenário de vulnerabilidade social e carência de recursos.

**Palavras-chave:** Psicanálise; Educação; Consultas terapêuticas; Winnicott.

## Beyond the consulting room: Winnicott's therapeutic consultations in the school context

### Abstract

The aim of this article is to promote a comprehensive dialogue between Winnicott's psychoanalytic practice known as “therapeutic consultations” and the current school context. For that, some important texts by Winnicott that approach this modality of psychotherapy are taken as reference. In addition, the historical, dynamic and epistemological importance of this clinical style is highlighted, with the intention of thinking about it beyond the limits demarcated by the walls of private practices, especially considering a scenario of social vulnerability and lack of resources.

**Keywords:** Psychoanalysis; Education; Therapeutic consultations; Winnicott.

## 1. Sobre a origem das consultas terapêuticas

A técnica para esse trabalho dificilmente pode ser chamada de técnica. *Não há casos iguais* e há um intercâmbio muito mais livre entre terapeuta e o paciente do que num tratamento psicanalítico puro. Isso não diminui a importância das longas análises em que o trabalho é calculado nos acontecimentos diários, dentro de um material clínico de elementos inconscientes na transferência, elementos em processo de se tornarem conscientes devido à continuidade do trabalho. (Winnicott, 1971a/1984, p. 9, grifos meus)

A transição do plano da clínica psicanalítica para o da cultura em larga escala é sempre um risco. Afinal, qual seria a tese que embasa essa metodologia? Nesse sentido, o uso da psicanálise nas instituições escolares e sua inclusão no processo de formação dos

---

<sup>1</sup> Prof. Dr. Alexandre Patricio de Almeida é psicanalista, escritor, membro da International Winnicott Association (IWA), mestre e doutor em Psicologia Clínica pela PUC-SP e criador do podcast "Psicanálise de boteco".

professores têm se defrontado com resistências, tanto por parte dos psicanalistas, que temem um “desvirtuamento” de um *setting* seguro e conhecido, como por parte dos educadores, que temem a aplicação de uma prática predominantemente *clínica* dentro de um espaço no qual, por consenso, se deveria apenas educar, no sentido de *ensinar*. Temos, pois, um desacordo em comum.

Contudo, é importante ressaltar que este artigo não pretende *misturar* esses dois campos sem considerar as suas respectivas limitações e singularidades. Na verdade, proponho o desenvolvimento de um *olhar* psicanalítico para *tentar* compreender alguns casos que, por um determinado motivo, chamam a nossa atenção; construindo, a partir desse diálogo, *estratégias de intervenção* para os educadores e, ao mesmo tempo, propiciando novas maneiras de pensar a relação do indivíduo com a cultura.

Para tanto, precisamos reduzir o abismo que há entre a clínica psicanalítica propriamente dita e a psicanálise aplicada em outros espaços, que escapam dos cenários corriqueiros do nosso campo – como o consultório particular, por exemplo. Pensando nisso, escolhi apresentar aos leitores, as inovações winnicottianas propostas através de sua técnica chamada “consultas terapêuticas” – que não é lá uma *técnica*, como bem nos alertou Winnicott (1971a/1984), no trecho que usei como epígrafe.

Trata-se de uma nova forma de praticar a psicanálise, tendo em vista a *urgência* dos casos e a disponibilidade dos pacientes para o tratamento. No entanto, vale lembrar que essa “modalidade” não substitui a análise clássica padrão – geralmente realizada com sessões de 50 minutos, duas a três vezes por semana, em um local previamente combinado.<sup>2</sup>

Inspirado pelo demasiado número de famílias angustiadas que o procuravam para o atendimento dos seus filhos, Winnicott, aos poucos, configurou um *método* – embora eu prefira o termo *estilo* – que o possibilitasse a atender essa grande demanda, sem se desvincular da ética psicanalítica. Sendo assim, as “consultas terapêuticas” nascem numa espécie de *transição* entre a pediatria – especialidade médica de Winnicott – e a psicanálise. Ao longo de sua atividade como pediatra, ele lidou com uma série de crianças que adoeciam precoce e severamente, apesar de diagnosticadas pelos médicos como *fisicamente saudáveis*.

As influências dos estudos freudianos levaram o psicanalista inglês a constatar que a psique está ligada ao soma e, portanto, seria inadmissível empreender uma visão

---

<sup>2</sup> Muito embora a pandemia de covid-19 tenha nos mostrado a eficácia das análises *on-line*.

*cindida* do indivíduo.<sup>3</sup> Durante um discurso realizado para a “Seção Médica da Sociedade Britânica de Psicologia”, no dia 28 de janeiro de 1948, ele nos alerta:

As pesquisas iniciadas mais ou menos em conjunto com o trabalho pioneiro de Freud estabeleceram o fato de que, na análise das psiconeuroses, a infância do paciente revela-se o refúgio dos conflitos intoleráveis que levaram à repressão, à instauração de defesas e à interrupção de sintomas. Naturalmente, portanto, a pesquisa passou a orientar-se para a *vida emocional das crianças*. Minha tese, então, é que o pesquisador em qualquer uma das duas especialidades teria muito a ganhar num encontro com o pesquisador da outra [pediatria e psiquiatria]. (Winnicott, 1948/2021a, p. 300, grifos e colchetes meus)

No início dessa mesma conferência, valendo-se do seu sarcasmo britânico, o autor admite: “Sou um pediatra que migrou para a psiquiatria e um psiquiatra que nunca abandonou a pediatria” (Winnicott, 1948/2021a, p. 30). Parafraseando a expressão winnicottiana, eu diria: “Sou um pedagogo que migrou para a psicanálise e um psicanalista que nunca abandonou a educação”.

A passagem de Winnicott revela o quanto a sua compreensão de “humano” se orienta por uma perspectiva muito mais *integrada* do que dividida. Para o nosso autor, “pode-se dizer que os acontecimentos relativos ao corpo, enquanto dado biológico, recebem coloridos semânticos (via elaboração imaginativa) que levam o corpo a uma realidade não redutível à sua existência biológica” (Fulgencio, 2020, p. 203).

Tal maneira de pensar o tornou bastante crítico com os médicos de seu tempo que, por sua vez, tratavam as patologias infantis como algo puramente *fisiológico*, desprezando a importância do ambiente primário e do psiquismo. “Se alguns pediatras concentraram-se na vertente física e negligenciaram a psique, nada há que eu possa fazer” (p. 394); afirma, com certa indignação, no texto “Psicoses e cuidados maternos” (Winnicott, 1952/2021b).

A meu ver, esses pontos assinalados podem auxiliar o nosso entendimento sobre a origem e a dinâmica das *consultas terapêuticas*. Posteriormente, no artigo “Objetivos

---

<sup>3</sup> Em Winnicott “há uma distinção importante entre a psique, o soma e a mente. Ele faz uma modificação do quadro clássico que pensa os vínculos entre corpo e alma, recolocando a questão das relações entre a psique e o soma. A mente é uma maneira específica de funcionamento da unidade psique-soma. [...] Para Winnicott, a oposição entre corpo e mente é imprecisa, pois coloca como diversos referentes factuais que não são distintos nem opostos. Segundo ele, há, de um lado, o soma, e, de outro lado, a psique, sendo que a ‘palavra psique’, aqui, significa elaboração imaginativa dos elementos e funções somáticas, ou seja, da vitalidade física’ (Winnicott, 1965, p. 25). O soma pode, portanto, ser considerado como o corpo que vai receber ou ainda não recebeu sentidos (dados pela elaboração imaginativa), isto é, o corpo que foi colorido semanticamente. [...] Essa integração entre *psique com o soma constitui uma fase precoce do desenvolvimento infantil*. Precoce, mas que segue por toda a vida” (Fulgencio, 2020, p. 203, grifos do autor).

do tratamento psicanalítico” (1962), Winnicott declara: “Faço análise porque é isso que o paciente precisa ter feito e concluído. Se o paciente não necessita de análise então faço *alguma outra coisa*” (Winnicott, 1962b/2022, p. 212) – é exatamente por essa direção que ele caminha enquanto realiza tais consultas.

É possível considerar que as consultas terapêuticas ocorrem nos moldes do que hoje denominamos, nos estágios de algumas faculdades de psicologia, de “plantão psicológico”<sup>4</sup>, devido ao seu curto tempo de duração (variam de uma a seis sessões, no máximo) e à alta rotatividade de pacientes, que não possuem condições (financeiras e estruturais) para sustentar a periodicidade de um processo analítico.

Quando realizadas com crianças, é comum a utilização do “jogo do rabisco” (*squiggle game*) como forma de estabelecer uma comunicação mais *profunda* com elas. “O jogo dos rabiscos é simplesmente um meio de se conseguir entrar em contato com a criança. O que acontece no jogo e em toda a entrevista depende da utilização feita da *experiência da criança*, incluindo o material que se apresenta” (Winnicott, 1971a/1984, p. 11, grifos meus).

Winnicott, em seu livro *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*, salienta que, para utilizar a ‘experiência mútua’, o psicoterapeuta – que pode ser um médico ou qualquer profissional que lide com o cuidado humano, desde que possua uma formação sólida e comprometida – precisa ter uma base da *teoria do desenvolvimento maturacional*, compreendendo o relacionamento da criança com o seu ambiente. Digamos que a experiência mútua – ou comunicação significativa – procede da *confiança* sentida pelo paciente em relação à figura do analista. Por isso a simplicidade do jogo do rabisco é tão importante.

Ouso dizer, portanto, que essa mesma simplicidade, atrelada ao estado de *confiabilidade* oferecido pela instituição escolar e ao *estudo* da teoria do desenvolvimento maturacional pela equipe pedagógica, oferece grandes chances de intervenção nas mais

---

<sup>4</sup> “O Plantão Psicológico tem por objetivo ser um atendimento breve, que atenda a pessoa no momento em que está necessitando. Esta é a característica inovadora do serviço, pois, como salienta Mahfoud (2004), o Plantão Psicológico pretende enfrentar o desafio de atender um número maior de pessoas, ampliando, dessa forma, os recursos disponíveis em Saúde Mental, já que estes são insuficientes, especialmente no contexto da saúde pública. Além disso, deve-se levar em consideração a pouca informação da população quanto às especialidades e à diversidade de cada área da saúde. Esses fatores, em conjunto, geram um afunilamento da demanda, fazendo com que sejam atendidos como prioridade apenas os casos mais graves. O atendimento no Plantão é baseado no aconselhamento psicológico centrado na pessoa. O desafio do plantonista é o de ouvir, acolher, acompanhar o cliente. Amparado pela crença na tendência ao desenvolvimento dos potenciais inerentes à existência humana, o trabalho do plantonista é o de estimular esta tendência, ajudar o cliente a encontrar caminhos para seu sofrimento, dentro da sua própria experiência” (Gomes, 2008, p. 51).

diversas situações de aprendizagem e de convívio social. “A escola é frequentada por um grande número de crianças. [...] É muito comum que apareçam questões na escola que não surgem em casa, pois é lá que elas têm a possibilidade de *experimentar*” (Sanches, 2005, p. 160). Desse modo, é mais fácil para essas instituições observar comportamentos e conflitos que os pais, tão diretamente *ligados* aos filhos ou, por outro lado, tão *ausentes*, não têm condições de enxergar.

Isso posto, considero fundamental, apresentar aos nossos leitores algumas especificidades das *consultas terapêuticas*.

## **2. A teoria do desenvolvimento emocional e o uso das consultas terapêuticas: breves apontamentos**

“Se me cabe estar com a razão, então o tipo de trabalho que descrevo neste livro tem a importância que *a psicanálise não possui ao atingir a necessidade e pressão sociais nas clínicas*” (Winnicott, 1971a/1984, p. 10, grifos meus). Essas são as palavras escolhidas por Winnicott para iniciar a obra “Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil”. O autor prefere dizer que não existe um *método* de trabalho adaptado para essas consultas – fator que evidencia a singularidade do seu pensamento, privilegiando o valor da *espontaneidade*.

Diante disso, podemos nos indagar: o que significa o termo “consultas terapêuticas”? Para respondermos essa questão, devemos nos lembrar que antes de ser psicanalista, Winnicott já era pediatra e atendia a milhares de famílias que vinham ao seu encontro no *Paddington Green Children’s Hospital*, em Londres.

Mesmo após a sua entrada no universo psicanalítico, na Sociedade Britânica de Psicanálise, Winnicott nunca deixou de exercer o ofício de pediatra, embora após a Segunda Guerra, ele prosseguiu com as suas atividades dentro de uma abordagem mais psicológica. Ele considerou que a *união* das duas áreas poderia ser muito útil, bem como ele próprio comunica no prefácio do livro *Da pediatria à psicanálise*: “Tais atividades proporcionaram-me a possibilidade de aplicar de modo amplo o que eu vinha na mesma época aprendendo por meio da prática psicanalítica propriamente dita” (Winnicott, 1957/2021c, p. 7).

A adaptação ativa, empática e humanamente sensível do profissional durante as consultas, fornece ao paciente a *confiabilidade* que ele precisa ter para poder recordar e

experimentalizar situações do passado, e sentir, em relação a elas, uma oportunidade de reedição. Maria Ivone Accioly Lins salienta que:

Técnica breve, as consultas terapêuticas não favorecem o desenvolvimento da neurose de transferência, mas sim a instauração de um clima de *cooperação* em que os enganos do analista, frequentemente corrigidos pelo paciente, não são, para este, motivo de ódio. O apoio do analista se expressa por seu comportamento e por uma técnica de interpretação *criativa*, construída a dois na relação terapêutica. (Lins, 2015, p. 49, grifos meus)

Ao longo de toda a obra winnicottiana, fica evidente que os cuidados ambientais são necessários para que a linha do amadurecimento prossiga em continuidade. A *teoria do desenvolvimento maturacional* é uma proposta bastante diferenciada na psicanálise, mas, de modo algum, ela desconsidera as contribuições de Sigmund Freud. A mesma coisa pode ser dita em relação à técnica freudiana: Winnicott atribui outros sentidos para a interpretação do inconsciente:

A interpretação não é, em si mesma, terapêutica, mas *facilita aquilo que é terapêutico*, isto é, o retorno à memória da criança de experiências assustadoras. Com o *holding* do ego oferecido pelo terapeuta, a criança se torna capaz, pela primeira vez, de assimilar essas experiências-chave a sua personalidade global. (Winnicott, 1971a/1984, pp. 226-227, grifos meus)

É bastante comum que a clínica psicanalítica seja associada *apenas* à prática da interpretação do conteúdo reprimido, que conduz às origens do sintoma e dos desejos inconscientes. Porém, como pensar em *desejo* no caso de um indivíduo que sequer possui um ego formado? Que não conquistou uma integração *espaçotemporal*? Que não responde como uma *unidade psicossomática*, e tampouco constituiu uma sexualidade verdadeira (de dentro para fora)?

Em busca de algumas respostas, acompanhemos as considerações de Elsa Oliveira Dias:

Na teoria winnicottiana dos distúrbios psíquicos, contudo, construída à luz da ideia do amadurecimento, essas categorias [formuladas por Freud para o estudo das neuroses] não servem, por exemplo, para o estudo das psicoses, pois estas têm seu ponto de origem num período tão primitivo da vida que essas formações psíquicas ainda não se constituíram. É preciso que muitas aquisições fundamentais – no sentido literal de serem os alicerces da personalidade – sejam feitas, nos estágios iniciais, para que algo como um inconsciente reprimido, conflitos de caráter instintual e a capacidade de desejar e de tolerar frustrações possam fazer parte da realidade psíquica do indivíduo. (Dias, 2014, p. 9)

“Com o paciente regredido, a palavra ‘desejo’ é incorreta. Devemos em seu lugar falar ‘necessidade’” (Winnicott, 1954/2021d, p. 476). Com efeito, um dos objetivos do tratamento psicanalítico, para Winnicott, é o de contribuir ativamente com a *integração* desse ego fragilizado. Frente a um paciente que teve a sua *continuidade de ser* interrompida, pela repetição de graves falhas ambientais, o analista deve ser *previsível*: evitando atrasos, faltas ou desmarcando as sessões em cima da hora. No entanto, acho que vale a pena fazer uma pequena pausa, aqui, para entender a que o autor se refere com o uso do termo “paciente regredido”?

Para mim “regressão” indica simplesmente o contrário de progresso. Esse progresso em si mesmo consiste na evolução do indivíduo, psicossoma, personalidade e mente junto com (finalmente) a formação do caráter e a socialização. O progresso tem início sem dúvida numa data anterior ao nascimento. Há um impulso biológico por trás do progresso. (Winnicott, 1954/2021d, p. 466)

A confiabilidade no *setting* terapêutico cria a possibilidade de o indivíduo fazer um tipo específico de regressão, a regressão da *dependência em relação ao analista*. “Ela visa a retomada da situação ambiental traumática para que, desta vez, o paciente possa agir por si mesmo sem ser aniquilado e, ao fazê-lo *encontrar a si mesmo*” (Fulgencio, 2020, p. 158, grifos meus). No entanto, quando saber que o indivíduo se encontra nessa condição de adoecimento psíquico?

Partindo dos pressupostos presentes na teoria do amadurecimento, cada tipo de paciente corresponde a um tipo de transferência, de contato e de comunicação; assim eles apresentam distintas necessidades de cuidado ambiental. *Grosso modo*, para Winnicott, “um *diagnóstico inicial*, que considere a situação do indivíduo e de seu meio, é necessário como guia provisório para a prática psicoterápica” (Fulgencio, 2020, p. 153, grifos meus). Ele serve para conhecer o grau de maturidade que o paciente alcançou e, por conseguinte, qual deve ser o *manejo* utilizado pelo profissional que conduz o tratamento. Vejamos:

Costumo dividir os casos em três categorias distintas. *Primeiro*, há os pacientes que funcionam como pessoas inteiras, cujas dificuldades estão no âmbito dos relacionamentos interpessoais. A técnica para o tratamento desses pacientes faz parte da psicanálise desenvolvida nas mãos de Freud no início do século XX. *Segundo*, há os pacientes nos quais a personalidade está começando a se tornar algo que poderíamos, com segurança, descrever como inteiro. [...] Aqui se trata da análise do estágio da consideração [*concern*] e do que ficou conhecido como “posição depressiva”. Esses pacientes requerem uma análise de estado de ânimo.

A técnica para esse tipo de trabalho não difere daquela adequada aos pacientes da primeira categoria. No entanto, surgem aqui novos problemas de manejo, por conta do espectro mais amplo do material clínico abordado. Do ponto de vista aqui adotado, o elemento importante é a *sobrevivência do analista* na condição de fator dinâmico.

No *terceiro* grupo incluem todos aqueles pacientes cuja análise deverá lidar com os estágios iniciais do desenvolvimento emocional, até o estabelecimento da personalidade como uma entidade e antes da aquisição do *status* de unidade em relação a espaço-tempo. A estrutura pessoal não tem ainda uma base sólida. A respeito desse terceiro grupo, a ênfase recai mais frequentemente sobre o manejo, e por vezes passam-se longos períodos em que o trabalho analítico normal deve ser deixado de lado, com o manejo ocupando a totalidade do trabalho. (Winnicott, 1954/2021d, pp. 463-464, grifos do autor)

Ao se referir ao terceiro grupo, ou seja, aos indivíduos que sofreram quebras na *continuidade de ser*, nos primórdios da vida, Winnicott recomenda bem mais o exercício de um *manejo* adequado do que uma interpretação do conteúdo inconsciente, no seu sentido literal. Dias (2014) nos informa que o uso da palavra *manejo* (*management*), na obra winnicottiana, teve início em meados da década de 1950. “A ideia, contudo, já lhe era certamente familiar por ele ser médico e pediatra atuante, tendo tido que administrar o contexto global do tratamento de crianças, incluindo a orientação da família” (Dias, 2014, pp. 136-137). Penso que a *adaptação ativa* da mãe no estágio de *dependência absoluta* do bebê é a metáfora que mais se aproxima da definição de *manejo* na prática clínica.

A cada um desses pacientes, descritos na citação de Winnicott (1954/2021d), corresponderá um tipo de cuidado ou atitude terapêutica. “No caso dos neuróticos, caberá ao analista a interpretação do inconsciente reprimido. Com os depressivos, ele deverá sobreviver às ambiguidades e aos ataques do paciente. Os psicóticos deverão ser efetivamente sustentados pelo analista” (Fulgencio, 2020, p. 155). Já nos casos de *deprivação* e tendência antissocial, caberá ao ambiente facilitador reafirmar sua confiabilidade, sobrevivendo aos ataques do paciente, não desistindo dele, ainda que isso possa exigir a expressão de um ódio verdadeiro.

Sobre a *regressão*, acredito que seja útil recorrermos a mais uma citação winnicottiana, a fim de facilitar o entendimento do leitor:

Quando falamos de regressão em psicanálise, supomos a existência de uma organização do ego e uma ameaça de caos. [...] É como se houvesse uma expectativa de que surgissem condições favoráveis que possibilitassem a regressão e oferecessem uma nova oportunidade para o avanço do desenvolvimento, que havia sido inicialmente impossibilitado ou dificultado devido a uma falha ambiental. [...] *A teoria aqui proposta é a da regressão como*

*parte de um processo de cura, na verdade como um fenômeno normal que pode ser produtivamente estudado em pessoas saudáveis. (Winnicott, 1954/2021d, p. 467, grifos meus)*

A regressão não deve acontecer, portanto, através de uma *imposição* ou de uma *sugestão* do próprio analista, ao considerar que um determinado paciente, em *estado grave*, deve regredir. Caso isso ocorra, a continuidade de ser *não* será favorecida pelo meio. Pelo contrário, o indivíduo continuará recebendo intrusões de fora para dentro, e a regressão não poderá ser *experienciada* como legítima. É o paciente quem regride de forma espontânea, dadas as condições de confiabilidade, mantidas pelo manejo e pela manutenção de um *setting* previsível. Compartilho, nas linhas abaixo, um relato na intenção de evidenciar esse fenômeno que, embora tenha um embasamento clínico, também pode ser observado em outros contextos, como na instituição escolar.

*Maria, de 4 anos, foi matriculada em nossa escola para cursar a primeira fase da educação infantil. Nos primeiros dias de aula, revelou-se uma menina muito doce e tímida. Além disso, criou um vínculo com a professora e andava para todos os cantos com ela. Maria demonstrava um capricho fora do comum em relação às suas atividades: coloria os desenhos de um jeito extremamente criativo, além de expressar um amplo interesse pelos temas ensinados. No entanto, em meados do mês de junho, o seu comportamento começou a mudar significativamente, chamando a atenção de toda a equipe pedagógica: ela chorava muito na hora da entrada, querendo permanecer em casa; dormia debruçada sobre a mesa durante as aulas; era desobediente com a professora; e, passou a agredir os coleguinhas sem quaisquer razões aparentes. Decidimos, assim, chamar a mãe de Maria para conversar. No dia da reunião, a jovem mulher nos avisou que tinha recém-divorciado do pai da menina e, por conta da discussão entre eles, o rapaz havia arrumado as próprias coisas e saído de casa. Desde então, a mãe passou a fazer alguns “bicos”, com o objetivo de aumentar a renda familiar e, por isso, ficava mais tempo longe da filha. Percebemos – com base em nossos estudos de Winnicott – que Maria havia regredido e estava testando a sobrevivência do ambiente que ela tanto parecia amar. Após essa conversa com a mãe da menina, reforçamos a nossa paciência e os laços de confiabilidade, evitando punir a criança que já estava bastante fragilizada. Esses gestos foram essenciais e permitiram que Maria regredisse um pouco mais: ela passou a exprimir fortes ímpetos de raiva e sofria de muita ansiedade. Porém, ao perceber que a professora e a escola estavam ali, ‘inteiras’, oferecendo uma rotina de cuidados, ela pôde sair do estado regredido e, gradualmente, foi retomando,*

*'de maneira espontânea', a sua continuidade de ser que, provavelmente, tinha sido rompida pelo abandono inesperado do pai. Vale dizer, por fim, que conversamos novamente com a mãe de Maria que, ao saber da situação, se comprometeu a ficar mais próxima da filha.*

Esse trabalho de comunicação envolvendo a criança, a família e a escola é um campo fecundo para a aplicação das ideias de Winnicott que, de modo direto ou indireto, atravessa a dinâmica das consultas terapêuticas. No entanto, conforme a descrição do caso, é imprescindível que os educadores tenham acesso à teoria do desenvolvimento maturacional. Esse recurso altera efetivamente as nossas formas de compreender os conflitos e, por conseguinte, conduzi-los.

Via de regra, as consultas terapêuticas representam uma nova possibilidade de reescrever a história de um caso clínico por meio de um *breve contato* com o paciente; isto é: obter e conduzir os elementos vitais que possam ajudá-lo na resolução de um sofrimento específico ou de uma dificuldade, naquele tempo que temos disponível para a nossa atuação. Não se trata, pois, de uma análise padrão.

Buscando, novamente, esclarecer a dinâmica desse trabalho, Winnicott descreve:

Os princípios aqui enumerados são os mesmos que caracterizam um tratamento psicanalítico. A diferença entre a psicanálise e a psiquiatria infantil [o autor está se referindo às consultas terapêuticas] é principalmente que, na primeira, tenta-se ter a oportunidade de fazer tanto quanto possível [...], enquanto na última pergunto-me: qual é o mínimo que se precisa fazer? O que se perde fazendo-se tão pouco quanto possível é balanceado por um lucro imenso, uma vez que na psiquiatria infantil tem-se acesso a um vasto número de casos [...] para os quais a psicanálise não constitui uma proposta prática. (Winnicott, 1965/1994, p. 261)

## **2.1. As diversas faces das consultas terapêuticas como uma ferramenta de cuidado**

Minha concepção do lugar especial da consulta terapêutica e da exploração da primeira entrevista (ou primeira entrevista reduplicada) surgiu gradualmente no decorrer do tempo em minhas experiências clínica e privada. Há contudo um ponto que se pode dizer que teve significação especial. Em meados dos anos vinte, quando ainda era pediatra praticante vendo muitos pacientes no hospital-escola e dando oportunidade a quantas crianças fosse possível se comunicarem comigo, desenharem figuras e me contarem sonhos, fiquei surpreso com a frequência com que *as crianças sonhavam comigo na noite anterior à consulta*. Esse sonho com o médico que elas iriam ver, obviamente refletia o preparo mental imaginativo delas mesmas em relação a médicos, dentistas e outras pessoas que se supõe sejam auxiliaadoras. Também refletiam, em graus variados, a atitude dos pais e a preparação para a visita. Contudo, lá estava eu quando, para minha surpresa, descobri *ajustando-me a uma noção preconcebida*. (Winnicott, 1971a/1984, p. 12, grifos do autor)

O fragmento acima está localizado no livro de Winnicott dedicado às consultas terapêuticas. Enquanto relia, não pude deixar de resgatar uma das minhas vivências mais corriqueiras no dia a dia do consultório. Compartilho:

– *Oi, doutor! – disse o pequeno menino entusiasmado, com seus quatro anos de idade.*

– *Olá! Como você está? – eu respondi.*

– *Estou bem. Estava ansioso para ver o senhor!*

– *Você sabe o que veio fazer aqui? – lhe indaguei.*

– *Sim. Eu não consigo aprender as coisas na escola! – retrucou o garotinho em tom de pesar.*

Em nossa prática clínica infantil, é comum recebermos pacientes que trazem relatos como este. Concordo com Winnicott (1971a/1984), quando afirma que ficava surpreso com a frequência com que as crianças *sonhavam com ele* na noite anterior à consulta. Ou seja: de alguma forma, já estamos presentes no universo psíquico desses pequenos sujeitos antes mesmo de eles chegarem a nós. Portanto, se fizermos um bom trabalho, acabamos ocupando um lugar especial em suas vidas. Sempre fico imaginando quantas coisas podem ser feitas nos primeiros encontros, sem a necessidade de recorrer às interpretações psicanalíticas. A primeira consulta deve ser um momento para a sustentação do discurso, da criação do laço e do estabelecimento da confiabilidade. Caso contrário, é grande a chance de ‘afugentarmos’ os nossos pacientes.

Inicialmente, o analista precisa, sobretudo, *ouvir* o analisando, e não realizar uma interpretação tão profunda onde ainda não há um “espaço” disponível para tanto. Devemos *sentir* o indivíduo, em todos os níveis. Tenho o costume de dizer, em minhas aulas e supervisões, que *a clínica é soberana*; é ela quem dita o manejo e as “regras do jogo”. Paralelo a isso, lembro-me de alguns atendimentos conduzidos por mim, na modalidade *on-line*, no início da pandemia de covid-19. Era comum observar, nas entrevistas iniciais, a imagem de sujeitos muito bem arrumados – às vezes, usando as suas melhores roupas. Sem contar o nervosismo diante da câmera. Aquele período em que estávamos “juntos” representava um verdadeiro “evento” para eles. Retorno a Winnicott (1962b/2022): “Sempre me adapto às expectativas do indivíduo, de início. *Seria desumano não fazê-lo*. Ainda assim, estou o tempo todo fazendo manobras para chegar a uma análise-padrão” (p. 213, grifos meus).

Em casos como esses, assumir uma postura de neutralidade – que beira a indiferença – traumatizaria ainda mais a pessoa que precisou reunir *energia e esperança* para encarar a imprevisibilidade desse primeiro encontro analítico. A ideia de *tato*, como nos propôs Sándor Ferenczi (1928), no texto “Elasticidade da técnica psicanalítica”, resume bem o que estou sugerindo: “O tato é a faculdade de ‘sentir com’ [*Einfühlung*]” (Ferenczi, 1928/2011, p. 31).

De modo análogo, a criança que chega à escola, pela primeira vez, também carrega consigo uma série de expectativas regadas por *inseguranças*. Deparar-se com um professor rígido, que prioriza apenas a aplicação de conteúdos, pode ser uma experiência decepcionante para alguém que conserva um turbilhão de emoções *nunca antes* vivenciadas. Winnicott, nessa perspectiva, tem muito a nos ensinar.

Segundo o pediatra britânico, as experiências de vida do infante tornam-se *pessoais* apenas quando são submetidas à sua criatividade primária (gesto espontâneo); justamente ali, onde a figura materna se coloca a serviço do objeto subjetivo requisitado. A mesma coisa pode ser dita acerca das nossas relações interpessoais:

O início das relações objetais é complexo. Não pode ocorrer se o meio não propiciar a apresentação de um objeto, feito de um modo que seja o bebê quem crie o objeto. O padrão é o seguinte: o bebê desenvolve a expectativa vaga que se origina em uma necessidade não-formulada. A mãe, ao se adaptar, apresenta um objeto ou um manejo corporal que satisfaz as necessidades do bebê, de modo que ele começa a se sentir confiante em ser capaz de criar objetos e o mundo real. A mãe proporciona ao bebê um *breve período em que a onipotência é um fato da experiência*. Deve-se ressaltar que, ao me referir ao início das relações objetais, não estou referindo às satisfações e frustrações do id. (Winnicott, 1962a/1983, p. 60, grifos meus)

Logo, o nosso autor restringe o uso das consultas terapêuticas não por intermédio de quadros psicopatológicos, mas em relação a dois aspectos intimamente intrincados: 1) a capacidade da criança de ter esperança em um encontro humano que venha em seu auxílio; 2) a presença de um ambiente imediato que poderá ou não se valer do progresso alcançado por meio da integração oferecida pela consulta – representado pela família ou pela escola. Explico: haverá provisão ambiental suficiente para sustentar as necessidades do sujeito após o ‘desbloqueio’ da linha de desenvolvimento decorrente das consultas? – como notamos no caso de Maria.

Novamente, é o próprio Winnicott quem nos adverte:

Há uma categoria de casos em que essa espécie de entrevista psicoterapêutica deve ser evitada. Não diria que com uma criança muito doente não é possível fazer um trabalho eficaz. Mas diria que, se a criança sai da consulta terapêutica e retorna para uma situação familiar ou social anormal, então não há provisão ambiental alguma da espécie necessária e que eu julgaria admissível. Confio em um “ambiente desejável médio” *para encontrar e utilizar as mudanças que ocorrem no menino ou na menina durante a entrevista*, mudanças que indicam uma anulação da dificuldade no processo de desenvolvimento.

De fato, a principal dificuldade na avaliação dos casos para essa espécie de trabalho é a de avaliar o meio ambiente imediato da criança. Onde há um poderoso e contínuo fator externo adverso ou ausência de um consistente cuidado pessoal, é preciso evitar essa espécie de procedimento, devendo-se sentir inclinado a explorar o que pode ser feito mediante “tratamento cuidadoso” ou ainda instituir uma terapia que possa dar à criança a oportunidade para um relacionamento pessoal do tipo geralmente conhecido como *transferência*. (Winnicott, 1971a/1984, pp. 13-14, grifos meus)

Frente a isso, podemos presumir que pouco adiantaria o trabalho psicoterapêutico, realizado nas consultas, caso a criança não pudesse contar com alguma estabilidade no seu ambiente. Por isso se faz essencial a constante *interação* entre o aluno, a escola e a família. Nos cenários em que a instituição escolar consegue realizar uma intervenção desse tipo, ancorada no estudo da teoria winnicottiana, o meio familiar precisa assegurar a *continuidade de ser* do indivíduo que passou por uma vivência traumática, responsável pela ruptura do seu amadurecimento. *Grosso modo*, tal modelo de tratamento não pode se efetivar “sozinho” – assim como o processo de ensino-aprendizagem. Em síntese: o diálogo é fundamental.

Nesse sentido, a prática das consultas terapêuticas exige do profissional a criação de um *espaço potencial*, fruto da confiabilidade fornecida. Em outras palavras: um analista e – no nosso contexto específico desse artigo – um educador que é capaz de brincar, identificando-se com o seu aluno, ao mesmo tempo que preserva a sua identidade pessoal, pode aliviar a sobrecarga causada pela incidência do sofrimento psíquico. Vale lembrar, mais uma vez, que a criança que ingressa na escola costuma conservar um sentimento de incerteza e desamparo, esperando que alguém venha *ao seu encontro*. De acordo com a consideração winnicottiana, podemos supor que:

Isso serve de indicação para nosso procedimento terapêutico – propiciar a oportunidade de experiências amorfas, impulsos criativos, motores e sensoriais, que constituem a matéria prima do brincar. É com base no brincar que se constitui a totalidade da existência experiencial humana. Não se pode mais dizer que somos introvertidos ou extrovertidos. Experienciamos a vida na área dos fenômenos transicionais, em que a subjetividade e a observação objetiva se entrelaçam, e na área intermediária entre a realidade interna do indivíduo e a realidade

compartilhada do mundo, que é externo aos indivíduos. (Winnicott, 1971b/2019, p. 107)

*Esse fragmento do texto de Winnicott me despertou a memória de quando eu tinha por volta dos oito anos de idade. Na escola, eu era considerado um menino demasiadamente introvertido, evitando interagir com os outros colegas e com os professores. Por outro lado, em casa, eu passava horas a fio brincando ‘sozinho’ – na presença dos meus pais. Inventava uma centena de histórias, jogos e atividades, a ponto de me perder no tempo cronológico. “Falava mais que a boca”, conforme a expressão dos meus familiares. Porém, ao chegar no colégio, eu me ‘fechava’ como uma ostra. Preocupada com o rumo do meu desenvolvimento emocional, a professora chamou a minha mãe para conversar, explicando-lhe os detalhes dessa situação. De imediato, minha mãe mostrou-se surpresa, pois o meu comportamento era completamente o oposto em casa. A professora, entretanto, foi muito compreensiva, dizendo que essa conduta era “bem normal” em algumas crianças, principalmente, em filhos únicos. Em seguida, complementou de forma acolhedora: “não se preocupe, mamãe. No ‘tempo dele’, ele pode, ou não, se tornar mais comunicativo. Se ele brinca em casa, segundo o relato da senhora, está tudo ótimo”.*

Considero que as miudezas presentes nas relações humanas são aquelas que mais geram frutos em nossas vidas e reverberam pela nossa eternidade. Talvez, essa professora não sabia nada de Winnicott, mas o que ela fez, com toda certeza, surtiu efeitos em minha mãe, evitando que eu fosse categorizado ou *patologizado*, como o ponto da curva que escapa da normalidade. Seriam esses os resultados esperados por uma consulta terapêutica? A resposta fica a critério dos leitores.

### **3. Considerações finais: em busca de novas possibilidades**

No entanto, apesar de as consultas terapêuticas serem consideradas uma nova modalidade de prática psicológica, não podem ser definidas a partir de procedimentos técnicos estanques. A comunicação significativa, isto é, o ponto-ápice dessa modalidade de intervenção e avaliação psicológicas, gradualmente se configura ao longo do próprio processo de comunicação e contato entre analista e paciente. [...] A dupla analítica surpreende-se com a emergência de aspectos essenciais da biografia do paciente, relacionados à problemática que o paciente buscava tratar – e que sequer tinha consciência dessa abrangência que o motivava a buscar auxílio. (Lescovar, 2004, p. 45)

Esse é o famoso “aqui e agora”; ocasião que irá delinear as margens para uma possível intervenção. Que vai traçar o *percurso* de resolução da queixa manifesta para a queixa latente. O que sabemos da vida do paciente? Essa é a queixa central. O que podemos fazer para poder aliviar esse momento de angústia? Essa é a grande urgência desta modalidade de atendimento – ou de escuta.

Portanto, é a imprevisibilidade da clínica que vai ditar a teoria que devemos utilizar, e não o contrário. Não devemos impor o nosso conhecimento adquirido ao paciente. É ele que possui as ferramentas necessárias à sua melhora. O paciente não pode ser atravessado pela teoria, de forma vertical. O processo analítico deve ser uma *construção*. Como psicanalistas, precisamos pensar: “o sujeito sente isso, pois é *isso* que ele consegue expressar. Logo, qual é a intervenção mais adequada para *essa* situação? Interpretamos ou esperamos um pouco mais?”

O analisando que procura pelas consultas terapêuticas busca, principalmente, a esperança que lhe escapou. Geralmente, são indivíduos aprisionados em um nível de sofrimento incapacitante. Trata-se de pessoas que perderam a capacidade de rir da própria vida e que precisam de ajuda – seja ela qual for.

Essa é uma das grandes lições que nos deixa Winnicott. As consultas terapêuticas servem para auxiliar o paciente naquele estado de extrema vulnerabilidade: acolhendo, fazendo uma intervenção pontual ou gerando uma sustentação, como um *ego auxiliar*, caso ele não possua um *self* fortalecido para carregar o peso da vida sozinho. Através desse cuidado, o indivíduo pode, então, desatar o nó da sua linha de desenvolvimento, seguindo *rumo à independência*, em primeira pessoa.

Como educadores é preciso aprender a escutar e a observar, identificando-se empaticamente com os nossos alunos que aguardam por uma oportunidade de encontro, por um sinal de esperança. É isso que a criatividade winnicottiana desvela, oferecendo novas possibilidades para as antigas metodologias.

Por fim, gostaria de relatar o exemplo de uma paciente atendida por mim, remotamente, em apenas seis sessões, para tratar de uma queixa específica. Certa vez, em um jantar na casa de amigos, ao perguntarem se ela gostaria de tomar vinho tinto ou branco, ela, que sempre foi muito tímida e tinha o hábito de responder “tanto faz”, disse, para a sua própria surpresa: “eu prefiro o branco”.

A meu ver, esse é um dos maiores pagamentos que podemos receber: mostrar às pessoas que elas podem ser elas mesmas. Diria que a mesma competência é esperada de uma boa ação educativa, ainda que isso ocorra em poucos encontros.

## Referências

- Ferenczi, S. (1928). Elasticidade da técnica psicanalítica. In S. Ferenczi, *Obras completas* (Vol. IV, pp. 29-42). São Paulo: Martins Fontes: 2011.
- Gomes, F. M. D. (2008). Plantão psicológico: novas possibilidades em saúde mental. *Revista da SPAGESP*, 9(1), pp. 39-44. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-29702008000100007&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702008000100007&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 15 set. 2023.
- Khan, M. M. R. (1975). Introdução. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise*. São Paulo: Ubu: 2021.
- Lescovar, G. (2004). As consultas terapêuticas e a psicanálise de D. W. Winnicott. *Estudos de psicologia (Campinas)*, 21(2), pp. 43-61. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2004000200004>. Acesso em: 18 set. 2023.
- Lins, M. I. A. (2015). *Consultas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sanches, R. M. (2005). *Winnicott na clínica e na instituição*. São Paulo: Escuta.
- Winnicott, D. W. (1948). Pediatria e psiquiatria. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise*. São Paulo: Ubu, 2021.
- Winnicott, D. W. (1952). Psicoses e cuidados maternos. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise*. São Paulo: Ubu: 2021.
- Winnicott, D. W. (1954). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise*. Ubu: 2021.
- Winnicott, D. W. (1957). Prefácio. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise*. São Paulo: Ubu: 2021.
- Winnicott, D. W. (1962a). A integração do ego no desenvolvimento da criança. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed, 1983.
- Winnicott, D. W. (1965). O valor da consulta terapêutica. In D. W. Winnicott, *Explorações psicanalíticas*. São Paulo: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1971a). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago, 1984.
- Winnicott, D. W. (1971b). *O brincar e a realidade*. São Paulo: Ubu, 2019.
- Winnicott, D. W. (1962b). Os objetivos do tratamento psicanalítico. In D. W. Winnicott, *Processos de amadurecimento e ambiente facilitador*. São Paulo: Ubu, 2022.