

10^a Jornada APOIAR

**LABORATÓRIO DE SAÚDE MENTAL
E PSICOLOGIA CLÍNICA SOCIAL
20 ANOS: O PERCURSO E O FUTURO.**

ISBN 978-85-86736-521-3

**LEILA SALOMÃO DE LA PLATA CURY TARDIVO e
TÂNIA MARIA JOSÉ AIELLO VAISBERG (Organizadoras)**

23 DE NOVEMBRO DE 2012

apoio



LEILA SALOMÃO DE LA PLATA CURY TARDIVO

TÂNIA MARIA JOSÉ AIELLO VAISBERG

**ANAIS DA X JORNADA APOIAR: LABORATÓRIO DE
SAÚDE MENTAL E PSICOLOGIA CLÍNICA SOCIAL**

20 ANOS: O PERCURSO E O FUTURO

SÃO PAULO

INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

2012

REALIZAÇÃO

PRÓ REITORIA DE CULTURA E EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA DA USP

PRÓ REITORIA DE PÓS GRADUAÇÃO DA USP

INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA USP

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA

LABORATÓRIO DE SAÚDE MENTAL E PSICOLOGIA CLÍNICA SOCIAL

Apoio:

FAPESP

VETOR EDITORA PSICOPEDAGÓGICA

Catlogação na publicação

Biblioteca Dante Moreira Leite

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Jornada APOIAR (10.: 2012: São Paulo)

Anais da X JORNADA APOIAR: LABORATÓRIO DE SAÚDE MENTAL E PSICOLOGIA CLÍNICA SOCIAL 20 ANOS: O PERCURSO E O FUTURO, realizada em 23 de novembro de 2012 em São Paulo, SP, Brasil / organizado por Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo. Tania maria José Aiello Vaisberg São Paulo : IP/USP, 2012.

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-85-86736-51-3

1. Psicologia clínica 2. Saúde mental 3. Violência 4. Clínica I. Título.

ISBN 978-85-86736-51-3



RC467

... a vida de um indivíduo saudável é caracterizada por medos, sentimentos conflitivos, dúvidas.. tanto quanto por características positivas.

O principal é que o homem ou a mulher sintam que estão vivendo sua própria vida, assumindo responsabilidade pela ação ou pela inatividade, e sejam capazes de assumir a censura pelas falhas e os aplausos pelo sucesso.....

(Donald Woods Winnicott)

APRESENTAÇÃO DA X JORNADA APOIAR

LABORATÓRIO DE SAÚDE MENTAL E PSICOLOGIA CLÍNICA SOCIAL 20 ANOS:

O PERCURSO E O FUTURO

Essa é a décima edição da Jornada Apoiar, a ocorrer no dia 23 de novembro de 2012, na Universidade de São Paulo, na Cidade Universitária, São Paulo. Segue, como anteriormente, como iniciativa e realização da equipe do LABORATÓRIO DE SAÚDE MENTAL E PSICOLOGIA CLÍNICA SOCIAL (PSC DO IPUSP), ocorrendo sem ônus para os participantes. A exemplo do ocorrido nos anos anteriores – o evento é anual – contará com um número expressivo de pesquisadores e participantes, que se amplia por meio da transmissão ao vivo, on line, pelo sistema IPTV, utilizada desde 2008. Neste campo, os trabalhos adquirem um significado. Neste ano, as trocas e intercâmbios científicos e clínicos ganham um contorno festivo porque comemoramos os 20 anos de funcionamento do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social.

Assim, buscando concretizar institucionalmente uma interlocução de saberes, até então relativamente comportamentalizados, em 1992, a Professora Tania Aiello Vaisberg, docente do Departamento de Psicologia Clínica do IPUSP, criou o LABORATORIO DE SAUDE MENTAL E PSICOLOGIA CLINICA SOCIAL, assentando os fundamentos teórico-metodológicos que norteariam as pesquisas desenvolvidas nos anos seguintes. Tais fundamentos articulavam uma aproximação entre a psicanálise e a psicologia social, pelo viés de uma psicologia concreta, tal como preconizada por importantes autores, tais como Bleger e Politzer. No seu devido tempo, este Laboratório se inscreveu como Grupo de Pesquisa USP/CNPq, denominado “Psicopatologia, Psicanálise e Sociedade” sob a liderança da referida professora.

O Laboratório constitui-se como espaço propiciador da integração entre ensino, pesquisa e prática clínica, oferecendo estágio supervisionado a alunos de graduação e proporcionando campo de investigação clínica para trabalho acadêmico de pós-graduandos e para articulações teóricas de docentes e pesquisadores. Em seu âmbito foi criado, em 1997, funcionando até os dias atuais, um serviço de atendimento à população, denominado

“SER E FAZER: OFICINAS PSICOTERAPEUTICAS DE CRIAÇÃO”. Aí se realizam e se realizaram intercâmbios com grupos de pesquisa, tal como o Grupo de Estudos de Representações Sociais da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, coordenado pela Professora Titular Antonia Regina Furegato, e com laboratórios de universidades estrangeiras, tais como o Laboratoire de Changement Social, da Université Paris 7, coordenado pelo Professor Vincent de Gaulejac e pela Professora Jacqueline Barus-Michel e com o Laboratoire des Atteints Somatiques et identitaires da Université de Paris X, coordenado por André Sirota. Além disso, não devem ser esquecida a colaboração com outros serviços institucionais, tais como o Projeto TECER do IPUSP, financiado como temático pela FAPESP, sob coordenação da Professora Livre Docente Jussara Falek Brauer.

O LABORATORIO realizou, durante seus dez primeiro anos de existência, eventos acadêmicos abertos ao público em geral, focalizando os temas “proposições de cuidado psicológico a pacientes psiquiátricos desospitalizados” e “investigação em psicanálise”. Desde então, mantém também publicação que congrega artigos de estudiosos vinculados aos cursos de graduação e pós-graduação do Departamento de Psicologia, de pesquisadores de instituições internacionais com as quais mantém convênio, textos remetidos de forma espontânea por representantes do pensamento psicanalítico contemporâneo, além de trabalhos oriundos dos eventos científicos sob sua organização: os Cadernos Ser e Fazer.

Em 2003, a aposentadoria da Professora Livre Docente Tânia Maria José Aiello Vaisberg implicou na passagem da coordenação do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social para a responsabilidade da Professora Livre Docente Leila Salomão de la Plata Cury Tardivo. As novas diretrizes permitiram a manutenção da continuidade dos trabalhos de pesquisa e atendimento no âmbito da “SER E FAZER: OFICINAS PSICOTERAPEUTICAS DE CRIAÇÃO”, a partir deste momento limitada a alunos de pós-graduação. A docente aposentada passou a ocupar função de consultora, ministrando disciplinas conjuntamente com a nova coordenadora.

Simultaneamente, o LABORATORIO DE SAUDE MENTAL E PSICOLOGIA CLINICA SOCIAL veio a conhecer, sob a orientação da Professora Tardivo, uma destacada

ampliação, a partir da criação de um novo serviço, o APOIAR que, entre muitas realizações, mantém as edições da Jornadas Apoiar anuais, que já se tornaram uma referência em sua área de conhecimento.

Dessa forma, o APOIAR se constituiu como um amplo projeto inserido no mesmo Laboratório que é composto de diversos projetos. Foi criado em 2002 e consolidado em 2003. Destaca-se, no cenário da pesquisa brasileira, como Grupo de Pesquisa USP/CNPq intitulado *Manifestações do Sofrimento Humano: Avaliação, Compreensão e Formas de Intervenção*. A cada ano, a equipe que o compõe apresenta uma Jornada temática, para as quais convidamos palestrantes provenientes de universidades, de instituições e organizações diversas, do Brasil e de outros países, sob forma presencial e, mais recentemente, on line. Além das palestras e comunicações, trazidas pelos convidados, também apresentamos, sob forma de painéis, projetos e propostas desenvolvidas pelos membros do LABORATORIO, todos desenvolvidos sob a orientação e supervisão de docentes do IPUSP. Abrimos também espaço para a divulgação de trabalhos desenvolvidos por pesquisadores e estudantes de outros Laboratórios do IPUSP, sempre em co-autoria com seus orientadores. Contamos, ainda, com trabalhos e projetos de estudantes e pesquisadores de outras universidades e instituições. Estes trabalhos são selecionados por uma Comissão Científica, composta por professores universitários qualificados, que examinam a íntegra dos trabalhos, que é publicada nos Anais do evento.

O APOIAR, inserido no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social, vem desenvolvendo sua função de forma coerente com a vocação da universidade pública, visando a produção de conhecimentos, a formação, e a prestação de serviços à comunidade. Esta décima edição manifesta muito vivamente esse tríplice vocação. Nesse ano, além da de profissionais e estudantes da USP e de outras faculdades brasileiras, seremos brindados pela presença de parceiros de países da América Latina, Portugal e Espanha.

A abertura da X JORNADA APOIAR contará com a presença do Digno Diretor do IPUSP, Professor Titular Gerson Tomanari, e da Vice Presidente da Comissão de Cultura e Extensão do IPUSP, Professora Titular Yvette Piha Lemann. A primeira mesa versará sobre uma breve apresentação da história e das conquistas do LABORATORIO, com as falas de

Tania Vaisberg, que por muitos anos foi a coordenadora do LABORATORIO e continua na função de coordenadora da “SER E FAZER: OFICINAS PSICOTERAPEUTICAS DE CRIAÇÃO”, de Jussara Fallek Brauer e Gilberto Safra, docentes e pesquisadores do Instituto que acompanharam esse percurso, bem como pela professora Leila Tardivo, à frente do APOIAR desde sua implantação.

Em seguida, contaremos com a participação de parceiros internacionais. A Dra. Rosa Inês Colombo, parceira de projetos e investigações, que já exerce a função de professor convidado da USP, trará resultados de suas pesquisas na área da violência domestica. Continuaremos com as apresentações de parceiros internacionais, com os quais vimos desenvolvendo intercâmbios e convênios : Professor Rui Paixão (Universidade de Coimbra), Professor Jesus García Martinez (Universidade de Sevilha) e Professora Maria Lameiras (Universidade da Galícia)

Trabalhos avaliados previamente pela Comissão Científica serão apresentados sob a forma de painéis, os quais ficarão expostos durante o evento na sala Ligia Assumpção Amaral na Biblioteca do IPUSP. Reservaremos uma hora do programa à visita e ao diálogo com os autores, que estarão junto de seus trabalhos. Uma Comissão Avaliadora, formada por docentes internos e externos, deverá apreciar e e premiar os três melhores painéis, tendo em vista incentivar estudantes de graduação e pós graduação na importante atividade de divulgar seus trabalhos

Esse ano exporemos, além desses painéis, na forma de pôsteres , resumos das dissertações e teses que foram defendidas e aprovadas no âmbito do LABORATORIO DE SAUDE MENTAL E PSICOLOGIA CLINICA SOCIAL nesses 20 anos. Seus autores serão convidados a estar presentes.

Encerraremos a X JORNADA APOIAR com homenagens aos parceiros que vem nos apoiando e contribuindo em nossas realizações: EACH, na pessoa da colaboradora e membro do APOIAR, Dra Dora Mariela Salcedo Barrientos; Liga Solidária, com de Marli de Oliveira e Mario Martini; ABRELA, nas pessoas de Acary de Souza , Helga da Siva, e os membros do APOIAR, Antonio Geraldo de Abreu Filho e Ana Luiza Steiner; Coordenadoria do Idoso da Prefeitura de São Paulo, com Helio de Oliveira; Equipamentos de Saúde Mental

e abrigos de Jandira,; Sub-Secretaria de Saúde Mental de Osasco, com Daniel Schor; o Hospital São João de Deus, com o Jose Waldemar Turna; o Instituto Zero a seis, com João Augusto Figueiro e Vera Mellis; o Instituto São Paulo Contra a Violencia, na pessoa de Jose Roberto Bellintani; a Editora Vetor, e seu Presidente, Glauco Bardella; além de diversos pesquisadores e parceiros de universidades brasileiras.

Como nas Jornadas anteriores, o conteúdo das palestras, das mesas redondas e dos painéis será reunido em uma publicação, com ISBN, que deverá expressar os trabalhos e idéias dos distintos autores. Todas as produções serão publicadas na íntegra, valendo destacar que deste modo os efeitos da Jornada podem perdurar produtivamente ao longo doo tempo, por meio de uma material que pode ser consultado e aproveitado pelos interessados.

A X Jornada APOIAR é proposta dessa forma, com um caráter comemorativo mas também como evento científico, que se firma a partir de embasamentos teóricos e metodológicos sólidos, de investigação científica, de intervenção e prevenção no campo da Psicologia Clínica Social, visando especialmente pessoas e grupos vulneráveis, que vivem situações de sofrimento.

Profa. Associada Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

Coordenadora do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social – APOIAR

Presidente da Comissão Científica da X JORNADA APOIAR

Profa Livre Docente Tania Maria Jose Aiello Vaisberg

Fudadora e Consultora do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social–
SER E FAZER

PROGRAMA – 23 DE NOVEMBRO DE 2012

8.00 h – Distribuição de material

8.30 h– Abertura: Gerson Tomanari (Diretor) , Yvette Piha Lemann – IPUSP

9.00 h – 1ª MESA: O LABORATÓRIO DE SAÚDE MENTAL E PSICOLOGIA CLÍNICA SOCIAL: 20 ANOS DE TRABALHO

Tania AIELLO-VAISBERG, Leila Cury Tardivo, Gilberto Safra e Jussara Falek Brauer
IPUSP

10.00 h 2ª MESA INVESTIGAÇÕES NA TEMÁTICA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Conferencia: *Adultos Acusados de cometer Abuso Sexual Infantil* Profa. Dra. Rosa Inês Colombo (Universidade de Buenos Aires)

Conferencia: *Construcción de la Violencia Social: Técnicas Cualitativas para entender el Mundo de las Victimas* Prof. Dr Jesus Garcia Martinez (Universidade de Sevilha)

Coordenação: Prof. Dr. Antonio Augusto Pinto Junior – Universidade Federal Fluminense

11h30 POSTERES (sala Ligia Assumpção Amaral na Biblioteca do IPUSP)

12.30 h – 13.30 h – Intervalo para almoço

13.30 h – APRESENTAÇÃO TRECHO DA PEÇA EQUUS

14.30h 3ª MESA VIOLÊNCIA SOFRIDA E PRATICADA

Conferência: *Representações da Violência entre Íntimos em Estudantes Universitários* Dr. Rui Paixão (Universidade de Coimbra)

Conferência: *Sexualidade, sexismo e violência de gênero* Dr Jose Maria Failde Garrido e Dra. Yolanda Castro (Universidade de Vigo)

Coordenação: Leila Cury Tardivo

15h30 – coffee break

16h00 – 4ª MESA :O APOIAR E AS PARCERIAS HOMENAGENS

Dora Mariela Salcedo Barrientos – EACH USP

Maria Luiza d’Orei Espírito santo ; Mario Martini;Marli de Oliveira (Liga Solidária)

João Figueiró, Vera Mellis – Centro de Referência da Primeira Infância (Instituto zero a seis)

Acary de Souza , Antonio Geraldo de Abreu Filho e Ana Luiz Steiner ABRELA

Jose Waldemar Turna – Hospital São João de Deus

Jose Roberto Bellintani – Instituto São Paulo Contra a Violência

Dalka Ferrari – CNRVV – Sedes Sapientiae

Daniel Schor – Secretaria da Saúde Mental de Osasco

Valeria Araujo da Silva Equipamentos de Saúde Mental de Jandira

Helio de Oliveira – Coordenadoria do Idoso da Prefeitura de São Paulo

Juiz Samuel Karasin e Yara Ishara. -Tribunal de Justiça de São Paulo

Jose Glauco Bardella – Editora Vetor PsicoPedagógica

Professores de Universidades:

Marilia Martins Vizzotto – Universidade Metodista de São Paulo

Jose Humberto da Silva Filho – Universidade Federal do Amazonas,

Rosangela Ribeiro – Universidade Federal do Mato Grosso,

Gianna Mohanna (São Luiz – Maranhão)

Glauca Maria Ferreira de Menezes – Universidade Federal do Ceará

Elenise Machado – Faculdade Christus (Fortaleza – Ceará)

Maria Dilene Rodrigues Faculdade Christus (Fortaleza Ceará)

Vera Alice Pereira Da Silva Rio Branco (Acre)

Coordenação: Tania Aiello Vaisberg

17h15 – PREMIAÇÃO DOS PÔSTERES

Representante dos orientandos de Leila Cury Tardivo

Representantes dos orientandos de Tania Aiello Vaisberg

Melhores painéis apresentados

Coordenação: Dra. Dora Salcedo Barrientos

18h15 – Encerramento e coquetel

COMISSÃO CIENTÍFICA:

Presidente: Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

Coordenadora: Dora Mariela Salcedo Barrientos (EACH USP – Brasil)

Tânia Maria Jose Aiello Vaisberg – PUC DE CAMPINAS e IPUSP

Irani Tomiatto de Oliveira – Universidade Anhembi Morumbi

Aicil Franco - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - Curso de Psicologia

Jose Tolentino Rosa - IPUSP

Laura Carmilo Granado - Universidade São Judas

Francisco Baptista Assumpção Junior - IPUSP

Lucilena Vagostello – Universidade São Judas

Antonio Augusto Pinto Junior - Universidade Federal

Marilia Martins Vizzotto – UMESP

Fluminense

Manoel Antonio dos Santos – FFCLRP – USP

Avelino Luiz Rodrigues – Instituto de Psicologia da USP

Rosa Affonso – Universidade Mackenzie/ UNFMU

Claudia Aranha Gil - Universidade São Judas

Rosa Inés Colombo – Universidade de Buenos Aires

Gláucia Ferreira de Menezes – Universidade Federal do Ceará

Rui Paixão – Universidade de Coimbra

Tania Granato - PUC DE CAMPINAS

Comissão Organizadora:

Aline Tafner

Roberta Elias Manna

Alex Alexandre Fialho

Raquel B M Younes

Luiz Tadeu Gabriel Filho

Rodrigo Jorge Salles

Fabiana Follador e Ambrosio

Viviane Manfre

Christiani Tironi

Yara Malki

Lucia Valle

Comissão de Apoio: Membros do APOIAR e estudantes de graduação IPUSP

Márcia Aparecida Isaco de Souza

Marcelo Soares Cruz

Maria Aparecida Colacique

Paula Miura

Sumário de Conteúdos

1ª MESA - O LABORATÓRIO DE SAÚDE MENTAL E PSICOLOGIA CLÍNICA SOCIAL: 20 ANOS DE TRABALHO	26
Em comemoração do vigésimo ano de existência do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social	27
Jussara Falek.....	27
Ser e Fazer 20 anos: uma revisão bibliográfica	34
Aline Vilarinho Montezi	34
Tomíris Forner Barcelos.....	34
Walkíria Cordenonssi Cia	34
Tânia Maria José Aiello-Vaisberg	34
Os Dez anos do APOIAR – do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica - Um pouco da História, realizações e sonhos.....	56
Márcia Aparecida Isaco de Souza.....	56
Maria Aparecida Mazzante Colacique.....	56
Leila Salomão de Plata Cury Tardivo.....	56
2ª MESA - INVESTIGAÇÕES NA TEMÁTICA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	84
Adultos Acusados de Cometer Abuso Sexual Infantil.....	85
Rosa Inés Colombo.....	85
Sergio Breuer.....	85
Construcción de la violencia social: técnicas cualitativas para entender el mundo de las victimas .	96
PROGRAMA CULTURAL	108
Peça equus.....	108
Questão Inesgotável	114
Renato Tardivo	114
3ª MESA - VIOLÊNCIA SOFRIDA E PRATICADA.....	117

Representações da Violência entre Parceiros Íntimos numa amostra	
de Estudantes Universitários	118
Rui Paixão	118
Isabel Alberto.....	118
Paula Neves	118
Comportamientos sexuales y adictivos de jóvenes en conflictos social.....	132
Prof. Dr. José María Faílde Garrido.....	132
LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y EL SEXISMO EN ESPAÑA.....	153
Dra. Yolanda Rodríguez Castro	153
PÔSTERES	168
TESES E DISSERTAÇÕES ORIENTADAS POR TÂNIA MARIA JOSE AIELLO VAISBERG - SER E FAZER ...	169
TESES E DISSERTAÇÕES ORIENTADAS POR LEILA SALOMAO L P CURY TARDIVO - APOIAR	203
ARTIGOS - SER E FAZER	237
Vidas congeladas: um estudo psicanalítico sobre violência e puberdade.....	238
Andrea de Arruda Botelho-Borges.....	238
“Vítimas da Sociedade Contemporânea”: imaginário de trabalhadores de saúde mental sobre o	
paciente psiquiátrico	254
Cristiane Helena Dias Simões	254
Fabio Riemenschneider.....	254
Tania Maria José Aiello-Vaisberg.....	254
“Jean Charles” e o Preconceito contra Imigrantes: Considerações Psicanalíticas Preliminares	266
Elisa Corbett.....	266
Rafael Aiello Fernandes.....	266
Priscilla Figueiredo	266
Tânia Maria José Aiello Vaisberg.....	266
Os fundamentos do estilo clínico “Ser e Fazer”	272
Fabiana Follador Ambrosio	272
Rafael Aiello-Fernandes.....	272

Tania Maria José Aiello-Vaisberg	272
Drama e Experiência no Pensamento de Politzer: Considerações Preliminares	280
Fabio Riemenschneider.....	280
Cristiane Helena Dias Simões	280
Maria Júlia Chinalia	280
Tania Maria José AielloVaisberg.....	280
O Imaginário Coletivo de Estudantes Franceses de Psicologia Acerca do Doente Mental	292
Miriam Tachibana.....	292
Thamy Ayouch.....	292
Daniel Beaune.....	292
Tânia Aiello Vaisberg.....	292
O Método Psicanalítico como Abordagem Qualitativa: Considerações Preliminares.....	306
Rafael Aiello-Fernandes	306
Fabiana Follador Ambrósio	306
Tânia Maria José Aiello Vaisberg.....	306
Estilo Clínico Ser e Fazer e Entrevistas Terapêuticas para Abordagem de	
Pessoalidades Coletivas.....	315
TRABALHOS - APOIAR	324
Classificação de uma amostra dos relatórios Apoiar-USP segundo a EDAO	325
Yara Malki	325
Marcia A. Isaco de Souza	325
Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo.....	325
Percepções de Alunos de Psicologia sobre um Estágio em Equipamentos de Saúde Mental	337
Rodrigo Jorge Salles	337
Christiani Tirone	337
Luiz Tadeu Gabriel Filho.....	337
Raquel Younes.....	337
Livia Rego	337
Claudia Aranha Gil	337

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo.....	337
Intervenção com oficinas psicoterapêuticas em mães adolescentes em	
instituição de acolhimento	353
Gislaine Martins Ricardo Passarini	353
Maria Aparecida Mazzante Colacique	353
Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo.....	353
A Teia do Psiquismo: discussão de um caso de menino com fobia de aranhas	367
Karina Simões Parente	367
Maria Aparecida Mazzante Colacique	367
Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo.....	367
Reflexões sobre a Psicanálise dos Laços Sociais em Adolescente Abrigado	377
Isolda Maria de Oliveira Assumpção	377
Maria Aparecida Mazante Colcaique	377
Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo.....	377
A mentira como esperança de preservação dos vínculos familiares.....	387
Karina Simões Parente	387
Silvia Teresa Collakis.....	387
Maria Aparecida Mazzante Colacique	387
Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo.....	387
Percepção da Comunicação Não-Verbal na Relação Psicoterapêutica no Atendimento de Crianças	
.....	399
Isabel G. Lopes Schvartzaid	399
Rosemeire Aparecida da Silva	399
Maria Aparecida M. Colacique	399
Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo.....	399
A percepção terapêutica sobre o vínculo afetivo dentro de abrigo para crianças	
e adolescentes	410
Aline Moreira da Silva Tafner	410
Maria Aparecida Mazzante Colacique	410

Leila Salomão De Plata Cury Tardivo	410
O olhar do lado de lá Perspectivas, ressonâncias e consequências na vida de crianças e adolescentes abrigados.	423
Ricardo Rentes	423
Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo.....	423
Inventário <i>Pessoas Em Minha Vida</i> (PIML): o Apego em Crianças Vítimas de Abuso Sexual	442
Viviane Manfre	442
Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo.....	442
A importância do <i>holding</i> na vivência de uma adolescente abrigada e o vínculo terapêutico	446
Rosa Pinheiro de Castro	446
Maria Aparecida Mazzante Colacique	446
Leila Salomão La Plata Cury Tardivo.....	446
Intervenção e Avaliação da violência na escola: trabalhando com adolescentes, seus familiares e os educadores.	459
Maria Solange Siqueira.....	459
Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo.....	459
O Uso das Consultas Terapêuticas na Atenção ao Idoso com Transtorno Depressivo na Comunidade: Apresentação do Projeto e Resultados Iniciais	470
Rodrigo Jorge Salles	470
Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo	470
Uma Nova Experiência de Tutoria: Do Domicílio Ao Ambulatório	489
Maria Suzana Carlsson Ribeiro	489
Antonio Geraldo de Abreu Filho	489
Ana Luiza Steiner	489
Tatiana Mesquita e Silva	489
Helga Cristina Silva	489
Acary Souza Bulle Oliveira.....	489
Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo	489
A Escuta Psicanalítica no Ambulatório de Neuromuscular a Pacientes com ELA, Cuidadores e	

Familiares.....	499
Isana Marília Ribeiro	499
Antonio Geraldo de Abreu Filho.....	499
Ana Luiza Steiner	499
Tatiana Mesquita e Silva	499
Helga Cristina Silva	499
Acary Souza Bulle Oliveira.....	499
Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo	499
Expectativas de Alunas no Projeto Tutor com Pacientes com ELA: Relato de Experiência	507
Carolina de Carvalho Barra.....	507
Helena Vitorino de Souza,	507
Thuany Caroline Biazzola.....	507
Antonio Geraldo de Abreu Filho.....	507
Ana Luiza Steiner	507
Tatiana Mesquita e Silva	507
Helga Cristina Silva	507
Acary Souza Bulle Oliveira.....	507
Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo	507
Sobre o encerramento de uma tutoria: momento de despedida	519
Monique Sayuri Xavier Shiroma.....	519
Antonio Geraldo de Abreu Filho.....	519
Ana Luiza de Figueiredo Steiner	519
Helga Cristina Almeida da Silva.....	519
Acary Souza Bulle Oliveira.....	519
Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo.....	519
TRABALHOS - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO.....	527
A Tendência Antissocial e o Feminino	528
Luci Mara Garcez Marin	528
Maria Abigail de Souza	528

O Procedimento de Desenhos-Estórias e Mandalas.....	547
Irene Gaeta Arcuri	547
Walter Trinca.....	547
Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo.....	547
Janaina Coniaric.....	563
Kayoko Yamamoto	563
Andréa Fernandes Lucchi.....	574
Mariah Nóbrega Beltrami.....	574
Adriana Simões Marino	574
 Intervenção Terapêutica no Centro de Convivência da Criança e do Adolescente: contribuição winnicottiana.....	 589
Paula Orchiucci Miura	589
Dora Mariela Salcedo Barrientos	589
 Ações terapêuticas em Winnicott no âmbito da violência intrafamiliar: um estudo de caso	602
Paula Orchiucci Miura,.....	602
Dora Mariela Salcedo Barrientos	602
 Diagnóstico de adolescentes grávidas vítimas de violência doméstica: contribuições e desafios ..	616
Dora Salcedo Barrientos	616
Paula Orchiucci Miura.....	616
Marina Gemma.....	616
Bruna Almeida Silva	616
Leila Salomão de La Plata CuryTardivo	616
Rosa Inés Colombo	616
 TRABALHOS de INSTITUIÇÕES CONVIDADAS	630
 Limites da Ética e do Desejo: a propósito dos Autores de Violência Sexual.....	631
Lia de Mattos Mariotto	631
Tereza Elizete Gonçalves	631
 Saber e poder : Reflexões de extensionistas sobre violências institucionais e implementação de políticas publicas de juventude	 644

Giullia Suelen Ferreira Barbosa.....	644
Regis Santos	644
Sandra de Freitas Pedrosa Nascimento.....	644
Suellen Ludmilla Zanco	644
Tereza Elizete Gonçalves	644
Psicoterapia em Idosos: Aplicabilidade e Resultados.....	652
Camilla Barcellos Pereira	652
Dinorah F. Gióia-Martins ¹	652
A Adoção homoafetiva na perspectiva de profissionais de Psicologia.....	660
Ana Paula Barbosa.....	660
Macilene de O A Lima	660
Thayne Kochanski	660
Claudia Aranha Gil	660
Lucilena Vagostello	660
Produção Científica sobre estresse em atividade competitiva e regular na	
base de dados – 2001-2012	673
Aline El Chawiche	673
Carolina de Carvalho Barra.....	673
Natasha Bracioli Matos.....	673
Thuany Caroline Biazola.....	673
Marcelo de Almeida Buriti	673
Projeção de criança compatível geneticamente para salvar um irmão: uma discussão psicanalítica a	
partir do filme “Uma prova de amor”	685
Izabela Aparecida Ugolini Lima;.....	685
Samuel Gonsalves Pereira ¹ ,.....	685
Suelen Cunha De Andrade ¹	685
Laura Carmilo Granado	685
O amor em Freud, Winnicott e na contemporaneidade.....	699
Shaiana Lick Gonçalves,	699

Laura Carmilo Granado	699
O Imaginário de Estudantes de Psicologia sobre o papel do psicólogo frente à homoparentalidade	711
Thiago Jurado	711
Tania Mara Marques Granato	711
Sobre a contextualização e apresentação das intervenções Psicológicas na Coordenadoria do Idoso: Descrevendo o Projeto de Acompanhamento Psicológico em parceria com o APOIAR	723
Camila Barreira Reis	723
Hélio de Oliveira	723
Ana Carolina Pereira Da Silva.....	735
Rosa Maria Lopes Affonso.....	735
Dislexia e aspectos afetivos emocionais: um estudo de caso	749
Ana Beatriz Galbiatti de Lima	749
Ana Paula Leal de Souza.....	749
Jessica Tasselli.....	749
Juliana Nascimento Rosa	749
Rosa M. Lopes Affonso	749
Avaliação da Psicoterapia Breve de adulto: contribuição da técnica projetiva TAT	763
Anne Prado Faria	763
Rosa Maria Lopes Affonso.....	763
Terceira Idade, Ressignificando a Vida: Testes Para Idosos Saudáveis	778
Andréa Wedman Meinhardt.....	778
Rosa Maria Lopes Affonso.....	778
Condições Psíquicas para a Irrupção da Toxidade na Adolescência e para a Fixação nos Nomes-do-Pior.....	794
Cláudia Henschel de Lima	794
Ações de Prevenção contra Violência Doméstica, Abuso e Exploração Sexual de Crianças e	

Adolescentes.....	805
Eduardo Pan.....	805
Luciana Sanches	805
Marli de Oliveira.....	805
Família e Negligência	812
Viviane Souza da Silva.....	812
Eu preciso ser visto: adolescência e busca de reconhecimento	825
Fernanda Nogueira Campos.....	825
José Alberto Roza Júnior	825
Análise de produção científica: a prática esportiva como ferramenta para reabilitação social, na base de dados CAPES (2000 – 2011).....	838
Melaine de Freitas Cavalcanti.....	838
Thais Silva Sobrinho	838
Thássia Cristina Cunha Ventura	838
Aline Iris Gil Parra Maginani	838
Marcelo de Almeida Buriti	838
Túnel Do Tempo – Jogo Mediador Lúdico de Entrevista e Intervenção para Adolescentes e Pré-Adolescentes.....	852
Maria Salete Arenales-Loli	852
Jorge Luís Ferreira Abrão	852
Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo.....	852
A violência no espelho da espetacularização midiática.....	867
Drielle de Santana Fonseca.....	867
Carlos Alberto Ferreira Danon.....	867
A Intervenção Retificadora para Mulheres Vítimas de Violência Doméstica	876
Prof. Dr. Roberto Evangelista	876
Amanda Domingues.....	876
Ana Cláudia Scatigno	876
Bruna Michels.....	876

Cecília Leach Pimentel.....	876
Maitê Hammoud.....	876
Mariana Romano.....	876

1ª MESA

O LABORATÓRIO DE SAÚDE MENTAL E PSICOLOGIA CLÍNICA SOCIAL: 20 ANOS DE TRABALHO

Em comemoração do vigésimo ano de existência do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social

Jussara Falek

Instituto de Psicologia da USP

École Lacanienne de Psychanalyse

Para Iniciar agradeço o convite para festejarmos juntas o vigésimo aniversário do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social, do qual sou hoje, eu também, um membro.

Vou fazer-o recordando junto com vocês os momentos de seu nascimento, sua história, porém sem a pretensão de fazer a história deste laboratório, mas apenas de lembrar momentos que partilhei como membro do departamento de psicologia clínica, tentando extrair daí algumas significações.

O Laboratório foi fundado em 1992 inicialmente voltado para pesquisas sobre "psicanálise de representações sociais sobre a loucura", mas a primeira recordação que tenho data de 1997 ocasião em que foi proposta a criação neste laboratório de um novo dispositivo que se propunha naquele então a um trabalho de reciclagem de papel. Eu era membro do conselho do departamento, e votei pela sua aprovação. Lembro-me que votei a favor de forma convicta e apreciando a atualidade da proposta que a um só tempo se alinhava a um novo modo de fazer com a loucura que era proposto pela reforma psiquiátrica no Brasil, e, a metáfora cai bem aqui, com os dejetos que produzimos, "reciclando", papéis, no caso.

Começava-se, na época, a pensar em reciclagem, e metaforicamente pareceu-me, soou-me interessante a ideia de reciclar o papel do louco em nossa sociedade. Coisas de

lacaniana, que eu evidentemente guardei para mim, mas que não estavam assim tão fora de sentido, pois penso que desde o começo de sua carreira Tânia esteve envolvida com essa tal reciclagem, do lugar do louco. Um trabalho de formiga que vamos fazendo desde o início de nossas carreiras, com paciência.

Os primeiros anos de nossa carreira docente na Universidade de São Paulo foram os anos da ditadura militar. No meu caso, eu fui contratada muito jovem, recém formada, com o simples argumento de que havia um departamento que estava se iniciando, e que havia necessidade de professores. Creio que este foi o mesmo que aconteceu com Tania. Começamos assim nossa carreira no Departamento de Psicologia Clínica, que estava sendo constituído naquele momento.

Este departamento é responsável por deixar uma verdadeira e importante marca na cultura brasileira e paulistana pois viu-se surgir a partir das salas de aula do nosso IP muita inovação no campo da psicanálise. Inicialmente a própria psicanálise, introduzida por Durval Marcondes no Brasil, que foi quem iniciou a nossa clínica a partir de um curso de especialização montado em estrutura semelhante àquela que ele também imprimia à Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, a partir da experiência de estágio supervisionado. O aluno inexperiente ainda, tendo contato com a novíssima teoria a partir da clínica, uma forma de transmissão que, pude constatar isso recentemente, concerne à nossa universidade brasileira de forma um tanto original.

Na época em que fomos contratadas a psicanálise era predominantemente kleiniana em nosso meio, mas no ano de 1977, a partir dos bancos da pós-graduação, começou-se a ouvir falar de algo novo: Jacques Lacan. O professor que trouxe, entusiasticamente, a boa nova foi Luís Carlos Nogueira, um intelectual que apesar de ter sido muito discreto, foi capaz de incendiar nosso meio acadêmico e dar início a um movimento que se espalharia mais tarde fazendo uma transmissão digna desse nome.

Guiada pela leitura cuidadosa que se desenvolvia nos grupos do Centro de Estudos Freudianos, instituição criada por um grupo de psicanalistas brasileiros dentre os quais estava Luís Carlos, ia-se tomando contato com as ideias desse autor complexo.

Também ouvia-se, das salas de aula deste mesmo departamento de psicologia

clínica, falar de Winnicott, em uma leitura original, que se distanciava um tanto das ideias de desenvolvimento tão impregnadas do pensamento de Melanie Klein. O leitor original era neste caso Gilberto Safra, em cuja interlocução Tania se inspirou para seguir desenvolvendo seu trabalho de “reciclagem” neste laboratório, divulgando ela também a sua leitura original deste mesmo autor, e com isso inovando, repercutindo em nosso meio as inovações introduzidas mundo afora no campo da psicanálise.

Mas é preciso recordar ainda a circunstância de contratação de Tania.

Diferentemente de mim, que era contratada para uma disciplina de testes projetivos, uma pequena subversão no campo da velha psicotecnia, no caso de Tânia a subversão era mais significativa.

Como digo eram os anos negros da ditadura militar, e dos bancos da universidade tentava-se, nós, alunos de graduação tentávamos opor resistência a todas as formas de autoritarismo que víamos pela frente, e com isso havia cursos que “criavam problema” para a chefia do departamento.

Conseguimos que disciplinas como neurologia e estatística fossem transformadas em disciplinas optativas, e ante o encarceramento manicomial a que assistíamos semanalmente no Hospital Psiquiátrico da Vila Mariana e a náusea que nos provocava o espetáculo público da administração de eletrochoques nas pacientes deste hospital, conseguimos a proeza de afastar o trio de psiquiatras que se responsabilizavam pela disciplina de Psicopatologia. E quem viria substituí-los? Nada menos que uma psicóloga recém formada, como foi no meu caso. Tânia era colocada bem no olho do furacão, para acalmar os ânimos da galera enfurecida com o autoritarismo de uma psiquiatria que começava a ficar velha.

Talvez Dra. Odete Lourenção van Kolck, chefe longeva do Departamento de Psicologia Clínica, não esperasse que aquelas duas novatas fizessem grande coisa, mas o fato é que fizemos sim. Fizemos todos nós que fomos alunos do IP naquela ocasião. Ao lembrar agora as modificações curriculares que conseguimos provocar naquela época parece-me até que depois disso modificou-se muito pouca coisa, substancialmente, em nosso currículo. Participei de todas as comissões de mudança de currículo que tiveram lugar

no IPUSP ao longo de minha carreira docente.

Assim, coube a Tânia sustentar essa disciplina de psicopatologia creio que por 30 anos, criar esse laboratório e exercer uma prática humana junto à loucura. Uma prática que hoje é conhecida e reconhecida internacionalmente.

Admiro sua habilidade pessoal em manter-se forte nesta posição tão vulnerável, sustenta-la pacificamente, sendo que a posição não era exatamente pacífica. E admiro também sua habilidade em fazer uma descendência, em deixar sua marca neste Instituto de Psicologia, na forma deste laboratório que comemora hoje 20 anos.

São então 20 anos de Laboratório, 10 sob a coordenação de Tânia e 10 sob a coordenação de Leila. Leila imprimiu diretrizes próprias ao laboratório, que incluíram a criação do serviço Apoiar que, neste momento, realiza sua 10a. Jornada.

Leila, é uma professora universitária que se destaca pelas pesquisas clínicas que orienta mas também por sua generosidade, pessoal e acadêmica. Ela tem como lema facilitar, articular, promover intercâmbios, debates e reflexões.

Assim, há que se reconhecer que se os primeiros dez anos serviram para uma consolidação do Laboratório, os dez anos seguintes foram usados para coloca-lo em contato com instancias do mundo acadêmico internacional e também com diferentes instituições clínicas e sociais, voltadas ao cuidado em relação ao sofrimento humano. Tudo isso feito em uma época diferente daquela em que fomos contratadas, eu e Tânia. Uma época eu diria mais competitiva e em muitos casos mais mesquinha em que justamente esse atributo de generosidade se constitui numa grande qualidade de nossa colega.

Falando ainda das inovações introduzidas por Tânia, gostaria de destacar que a Ser e Fazer é um serviço que foi criado há 15 anos, quando o Laboratório tinha já 5 anos de vida. Foi criada aí uma forma nova de atendimento psicoterapêutico, as oficinas psicoterapêuticas

de criação, que consistem no que tem sido chamado de "arteterapia winnicottiana". Elas consistem em uma forma interessante de trabalho, que pode ser coadjuvante à psicoterapia individual ou também a única forma de atendimento, dependendo do caso. Segue linhas estabelecidas pelo pensamento de Winnicott, fazendo uso de "materialidades mediadoras" que favorecem a comunicação emocional entre os participantes. É um trabalho interessante porque faz uso do método psicanalítico, em sentido amplo, mas não considera que o fator curativo seja a enunciação de sentenças interpretativas e sim a vivência de uma experiência significativa. Foi desta forma que Tânia inovou essa clínica da loucura, onde essa preocupação com rotular desaparece, sem fazer disso grande alarde.

De minha parte, agrego a esse laboratório a contribuição de meu trabalho clínico, que se irmana ao trabalho de Tânia e de Leila em algumas direções.

Em 1987, tendo concluído um mestrado e com o doutorado em fase de conclusão, dois trabalhos que tangenciavam pelo lado do diagnóstico o tema de minha escolha, a psicose, dou início à experiência clínica propriamente dita. Introduzo na clínica psicológica do IPUSP a prática do atendimento de crianças que apresentam distúrbios bastante graves, crianças que seriam normalmente encaminhadas a outras instituições, já que nossa clínica não oferecia então atendimento psicanalítico para essa população.

Tratou-se para mim de investigar a possibilidade de um tal tipo de atendimento, isto é, saber se é possível atender a uma criança que apresenta distúrbios graves dentro de um enfoque psicanalítico de vertente lacaniana.

No ano 2000 concluí essa pesquisa e uma tese de livre-docência, tendo desenvolvido um estilo de trabalho que possibilita essa clínica, um primeiro passo importante, mas que permite apenas a abertura de um campo muito amplo, que deixa ainda muito a ser explorado.

Entre 1987 e 2007 coordenei e supervisionei o atendimento de 106 casos. A maioria desses casos pôde abandonar o sintoma do autismo e seguir sua vida. No ano de 2002 ainda havia, no entanto, 5 pacientes que eu acompanhava já fazia muito tempo, crianças

que não tinham encontrado uma solução para o seu problema apenas com o atendimento clínico, não tinham encontrado uma forma de viver com seu sintoma que fosse menos limitadora.

Foi para buscar um caminho para seguir o atendimento desses 5 pacientes que criei o Projeto TECER.

Em 1996 o Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo tinha como chefe o saudoso Professor Luís Carlos Nogueira. Na época ele tentou aproveitar sua gestão como chefe do departamento para remodelar a nossa clínica adequando-a ao referencial psicanalítico. Luís Carlos me chamou um dia em sua sala de diretor. Eu já estava bastante embrenhada nos caminhos da psicose na infância, e ele, que conhecia bem meu trabalho, pois fora meu orientador no mestrado e no doutorado, solicitou-me um projeto para um serviço destinado a esses pacientes de que eu me ocupava, feito segundo um referencial psicanalítico.

Saí dessa reunião muito entusiasmada. Mal sabíamos naquele momento o que significava esse pedido, nem ele provavelmente, e nem eu.

De todo o modo, o pedido feito por esse mestre saudoso deu-me a oportunidade de quebrar minha cabeça por mais de dez anos e com isso crescer em minha investigação. Em 2002 eu apresentava à FAPESP, ao CNPq e à Comissão de Cultura e Extensão do Instituto de Psicologia da USP o meu projeto de serviço, aquele que Luís Carlos havia solicitado. Foram necessários seis anos e um bom motivo para construir esse projeto, que era um projeto que previa uma equipe de pesquisadores coordenadores, e Tânia era um deles, e duas equipes de profissionais que iriam desenvolver os atendimentos clínicos e de permanência em oficinas. E como costuma acontecer sempre quando apresento meus projetos de pesquisa, recebi pareceres surpreendentes. O parecerista do CNPq entendeu que não se tratava ali de uma pesquisa, a Comissão de Cultura e Extensão do IPUSP que não se tratava de extensão, e quando eu já considerava a possibilidade de desistir da idéia, posto que Luís Carlos Nogueira já não era mais o chefe do departamento de Psicologia Clínica, obtive um parecer favorável da FAPESP, e pude realizar mais esse pedaço de caminho.

O Projeto TECER não se converteu no serviço pretendido por Luís Carlos, mas minha pesquisa foi fecunda em sinalizar caminhos e hipóteses que sigo desenvolvendo como pesquisa atualmente. E é com elas na bagagem que me junto a esse laboratório, tardiamente diga-se de passagem, e constatando ao escrever essas linhas que somos ainda muito jovens em nossas idéias, e que nos cabe ainda sustenta-las em nosso meio com nosso fazer despretensioso.

Meus parabéns sinceros a Tânia e a Leila.

Ser e Fazer 20 anos: uma revisão bibliográfica

*Aline Vilarinho Montez*³

*Tomiris Forner Barcelos*⁴

*Walkíria Cordenonssi Cia*⁵

*Tânia Maria José Aiello-Vaisberg*⁶

RESUMO: O presente trabalho tem como objetivo apresentar uma revisão bibliográfica de teses e dissertações realizadas no contexto da “Ser e Fazer”: Oficinas Psicoterapêuticas de Criação, do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do IPUSP, que corresponde à produção do Grupo de Pesquisa USP/Cnpq “Psicopatologia, Psicanálise e Sociedade”. Estrutura-se em duas partes, a primeira dedicada a uma contextualização histórica e a segunda à análise sistemática das produções. O quadro geral oferece uma visão inicial que introduz o leitor interessado no conhecimento das propostas desenvolvidas.

Palavras-Chave: Estilo Clínico Ser e Fazer; Método Psicanalítico; Psicologia Concreta.

³Doutoranda em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo, Mestre em Psicologia e pesquisadora do grupo USP/CNPq “Psicopatologia, Psicanálise e Sociedade”. Email: alinemontezi@hotmail.com

⁴Mestranda em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo, bolsista CAPES, pesquisadora do grupo USP/ CNPq “Psicopatologia, Psicanálise e Sociedade”. Email: tomirisfb@hotmail.com

⁵ Mestranda em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e bolsista Capes. pesquisadora do grupo USP/ CNPq “Psicopatologia, Psicanálise e Sociedade” Email: walkiriacia@usp.br

⁶ Professora Livre Docente pelo Instituto de Psicologia da USP; Orientadora dos Programas de Pós-Graduação em Psicologia do IPUSP e da PUCCAMP; Coordenadora da ‘Ser e Fazer’: Oficinas Psicoterapêuticas de Criação e do NEW Núcleo de Estudos Winnicottianos de São Paulo, Líder do Grupo USP/CNPq “Psicopatologia, Psicanálise e Sociedade”.
Email: aiello.vaisberg@gmail.com

De acordo com Herrmann (1979), o método psicanalítico é logicamente anterior ao seu uso terapêutico e à produção de teorias psicanalíticas específicas. Podemos considerar que o mesmo método se encontra na raiz de todas as teorizações psicanalíticas, segundo modelos pulsionais ou relacionais (Greenberg e Mitchel,1994). Este entendimento fundamenta, evidentemente, a utilização da psicanálise, enquanto método, na pesquisa universitária, seja no estudo de eficácia clínica de atendimentos psicoterapêuticos e psicoprofiláticos, seja na investigação de fenômenos sociais e culturais. Sendo assim, pode ser considerado com uma abordagem possível do campo das pesquisas qualitativas (Parker,2005).

A psicanálise tem estado muito presente na universidade brasileira, especialmente em departamentos e programas de pós-graduação dedicados à psicologia clínica. Esta presença se faz de muitos modos. Parece, contudo, fazer sentido distinguir três formas básicas de trabalhos que se apresentam como psicanalíticos, que aqui designaremos como teóricos, inspirados pela clínica e configurados a partir da estrita utilização do método psicanalítico (Herrmann,2004).

São freqüentes estudos teóricos que, rigorosamente falando, versam sobre psicanálise, tomando textos de autores reconhecidos como objeto de estudo. Na verdade, estes estudos usam métodos hermenêuticos, nem sempre claramente descritos. Exceção interessante, a nosso ver, é o doutorado de Campos (2009), que traz primorosa apresentação metodológica.

Outros estudos versam sobre fenômenos que emergem na clínica psicanalítica ou no campo social. Contudo, delineiam-se como pesquisas positivistas, usando instrumentos tais como testes e escalas. Pautam-se pela noção de que as teorias e o método psicanalítico podem sugerir bons temas de pesquisa, que devem ser investigadas de modo objetivo, segundo as linhas que definem os métodos quantitativos. As teorias psicanalíticas são muito usadas, neste contexto investigativo, mas o método psicanalítico está, de fato, ausente.

Finalmente, devemos lembrar os trabalhos que se estruturam por meio do uso rigoroso do método psicanalítico, o que exige desapego em relação a teorias existentes, sejam quem forem seus autores. Este modo de trabalhar recupera o poder heurístico do

método, buscando fidelidade metodológica, mas repudiando filiações escolásticas. Esta posição foi defendida, ao longo de sua produtiva carreira, por Fabio Herrmann, que soube sustentar um posicionamento coerente com o esperado de um pesquisador da área das ciências humanas. Consideramos sua visão fundamental porque subverte um tipo de relação muito freqüente, no campo psicanalítico, que se caracteriza como adesão submissa às formulações daqueles considerados grandes pensadores, numa reprodução da relação que a grande maioria mantém com o fundador da psicanálise. Desnecessário dizer que este tipo de atitude, marcada por evidente ranço religioso, é incompatível com uma visão científica de produção de conhecimento.

Novos horizontes se abriram diante de nós, enquanto pesquisadoras, na medida em que entramos em contato com as proposições metodológicas de Herrmann (1979). Sob sua influencia passamos a pensar no método psicanalítico como solução para dois tipos de pesquisa, pelas quais estivemos desde sempre interessadas: investigações sobre fenômenos sociais, especialmente ligados ao preconceito, e investigações sobre eficácia clínica de práticas psicoterapêuticas e psicoprofiláticas. A partir dessa contribuição pudemos abandonar um modo de investigar, que marcou nossas primeiras pesquisas e orientações, nas quais usávamos métodos positivistas para dialogar com a psicanálise, especialmente em sua vertente kleiniana, que predominava nos meios paulistas nas décadas de setenta e oitenta.

É verdade que os métodos positivistas sempre nos geraram insatisfação, pois a partir de um antigo diálogo com a obra de Bleger (1958; 1963), buscávamos formas de pesquisa e clínica compatíveis com as exigências de uma psicologia concreta (Poltzer, 1928). Nesta linha de pensamento, seria necessário conceber pesquisas psicanalíticas que não privilegiassem as formas obsoletas de consultório privado e adesão submissa a teorias metapsicológicas, cujo caráter consideramos francamente abstrato. Baseado no conceito de dramática de Poltzer (1928), Bleger sustentou que todas as ciências humanas compartilhavam o mesmo objeto concreto de estudo: as manifestações ou condutas humanas. A seu ver, o termo deveria ser aplicado não apenas à atividade de indivíduos, mas também de coletivos humanos, segundo diferentes modos de expressão, que denominou simbólico, corporal e de atuação no mundo externo.

Foi a articulação entre as exigências de uma psicologia concreta com o posicionamento metodológico de Herrmann (1979) o que permitiu a mudança do nosso modo de pesquisar, abandonando adesão teórica à doutrinas psicanalíticas pelo uso científico do método psicanalítico. Paralelamente, o encontro com idéias clínicas de D.W.Winnicott (1971), autor que teorizava de modo bastante concreto e próximo do acontecer clínico, revelou-se decisivo, permitindo a elaboração de uma proposta clínica original, voltada ao atendimento de demandas contemporâneas, tal com ocorrem num país marcado pela pobreza de um largo contingente populacional, num quadro de marcadas desigualdades. Desta articulação nasceram duas propostas investigativas, que mantemos vivas até o momento: investigação de fenômenos sociais e culturais e investigação sobre a potencialidade clínica de enquadres diferenciados.

Iniciamos as pesquisas sobre fenômenos sociais e culturais enquanto gestamos a proposta de um enquadre diferenciado de trabalho, que se configuraria, posteriormente, como um estilo clínico peculiar, o estilo clínico “Ser e Fazer”. Começamos realizando pesquisas sobre psicodinâmica de representações sociais – e não, propriamente, sobre representações sociais. Na verdade, entendemos as representações sociais blegerianamente, como condutas na área mental e no âmbito sociodinâmico, na medida em que corresponderiam a manifestações simbólicas de subjetividades grupais. Deste modo, adotamos uma visão psicanalítica que não restringia o conceito de subjetividade ao domínio da personalidade individual.

Quando iniciamos estas pesquisas, decidimos abandonar escalas e questionários, que até então utilizamos, em favor de procedimentos chamados projetivos. Esta foi uma importante modificação pois, mesmo quando entendíamos as respostas a questionários como conteúdos manifestos, passíveis de serem psicanaliticamente interpretados, estas formas de coleta de material guardavam uma tendência restritiva e simplista. Em contrapartida, os procedimentos projetivos, pensados como recursos dialógicos, facilmente descortinavam possibilidades investigativas mais amplas, principalmente no diálogo com Trinca (1976).

Com o passar dos anos, o conceito de representação social foi substituído pelo de imaginários coletivos. Esta mudança representou um inegável ganho de precisão conceitual,

que permitiu a superação de certos mal-entendidos. A verdade é que mesmo cuidando para manter certa distancia em relação aos teóricos das representações sociais, optando por realizar uma psicanálise de representações sociais, não ficamos imunes às repercussões geradas pelos novos rumos tomados por aqueles pesquisadores, que se tornaram progressivamente menos “sociais” e mais “comportamentais”. Urgia, portanto, providenciar um claro afastamento. O termo “imaginário” apresentava óbvias vantagens, a primeira das quais consiste no fato de vir sendo usado sob diferentes acepções, por sociólogos, antropólogos, psicólogos junguianos e psicanalistas lacanianos. Esta diversidade deixou-nos à vontade para propor nosso próprio entendimento, à luz dos conceitos de Bleger (1963) e de Herrmann (1979), construindo uma base que tem gerado vários mestrados, doutorados e artigos.⁷

Finalmente, o que vinha sendo concebido, como proposta clínica diferenciada, veio finalmente à luz por meio da criação de um serviço clínico, as Oficinas Psicoterapêuticas de Criação Ser e Fazer, em 1997, no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Neste contexto, vem sendo desenvolvido, desde então, o estilo “Ser e Fazer”, sob a forma de enquadres psicanalíticos diferenciados, que se definem pela apresentação de materialidades mediadoras, com potencial auto-expressivo, pela adoção do *holding* como intervenção fundamental e pela preferência por atendimentos grupais.

A apresentação das materialidades se inspira no “Jogo do Rabisco” de Winnicott (1968), que é um mediador da comunicação emocional entre terapeuta e paciente. A idéia é oferecer ao paciente algo que, num ambiente acolhedor, possa favorecer a emergência de comunicações emocionais significativas. Isto é realizado por meio de uma intervenção terapêutica, de tipo nãointerpretativo, conhecida como *holding*. Por meio do *holding* que, aliás, depende da compreensão emocional dos campos afetivos e relacionais habitados pelos pacientes, torna-se possível a ocorrência de experiências mutativas que, por si mesmas, permitem a ruptura de campos restritivos do viver, que, nos sofrimentos radicais, chegam a ter caráter agônico (Arós e Aiello Vaisberg, 2009).

⁷ O leitor pode obter boa visão desta produção acessando a pagina da biblioteca do site www.puc-campinas.edu.br.

Desde sua criação, até os dias de hoje, o espaço institucional “Ser e Fazer” tem permitido o desenvolvimento de muitas pesquisas, mediante à proposição de enquadres diferenciados para atendimento de pessoas que enfrentam variadas problemáticas humanas. A atenção inicial, restrita ao sofrimento psicótico e à criação de ambientes terapêuticos inclusivos, ampliou-se para abranger pacientes orgânicos, vítimas de doenças graves, bem como gestantes, idosos, adolescentes em situação de escolha profissional, além de pessoas basicamente saudáveis, do ponto de vista emocional, lidando com dificuldades variadas de relacionamento interpessoal. Os primeiros trabalhos, sempre qualitativos, limitavam-se a descrever os enquadres, a apresentar seus fundamentos teóricos e a demonstrar sua eficácia mediante a apresentação de casos selecionados. Posteriormente, a partir de um aprofundamento de estudos sobre o método psicanalítico, chegamos a configurar uma forma psicanalítica de verificação de potencialidade mutativa, essencialmente interpretativa, a partir da criação/encontro de campos afetivo-emocionais, ou inconscientes relativos, de caráter estritamente relacional. Este tipo de procedimento se completa por meio da observação psicanalítica da sucessão ao longo da sessão e do tratamento, tendo em vista detectar se as transições se fazem no sentido de maior amadurecimento e superação de dissociações.

O percurso, até aqui esboçado, indicando que mudanças metodológicas significativas permitiram a configuração de estratégias de pesquisa fundamentadas, justifica o objetivo de apresentar e analisar a produção bibliográfica de teses e dissertações elaborada pelos pesquisadores da “Ser e Fazer”: Diante de tantas mudanças na maneira de fazer pesquisas psicanalíticas, e do desenvolvimento de novos, baseados no uso do método psicanalítico, temos como objetivo, nesse trabalho, analisar a produção bibliográfica do Laboratório de Pesquisa Ser e Fazer.

Metodologia

Esta revisão foi organizada a partir de um levantamento dos resumos dos trabalhos de mestrado e doutorado orientados por Tânia Maria José Aiello-Vaisberg, pesquisadora líder do Grupo USP/CNPq “Psicopatologia, Psicanálise e Sociedade”, na “Ser e Fazer”: Oficinas Psicoterapêuticas de Criação. Foi coberto um período que tem início em 1990, com

a finalização da primeira orientação, e se estende até os dias atuais. A busca foi realizada no *sítio* de pesquisa da biblioteca da Universidade de São Paulo, no qual é possível encontrar todas as produções.

Realizamos uma leitura dos resumos das produções, atentando aos seus principais componentes, que são: título, objetivo, metodologia, resultados e discussão. Temos em mente que estes termos são considerados, por muitos, como essencialmente positivistas. Entretanto, compreendemos que expressam a lógica subjacente a toda pesquisa, positivista ou não, quantitativa ou qualitativa. Trata-se, sempre, de responder às seguintes questões: o que está sendo estudado? por que está sendo estudado? como está sendo estudado? o que foi encontrado? O que se pensa que aquilo que foi encontrado significa? Vale, portanto, notar, que mesmo quando produzimos conhecimentos em ciências humanas, que não lidam com fatos independentes do pesquisador e sim com significados, este tipo de organização continua sendo útil na organização do pensamento.

Para tornar a leitura mais didática, organizamos todos os trabalhos em tabelas, contendo os seguintes itens: título, nível, ano, autor, objetivos, metodologia, resultados e discussão.

Teses e Dissertações

Foram encontrados, ao todo, um total de 31 trabalhos acadêmicos orientados por Tânia Maria José Aiello-Vaisberg no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Desse total, 17 são mestrados e 14 são doutorados.

O conjunto dessas produções pode ser classificado em quatro grandes categorias: estudos sobre representações sociais, imaginários coletivos e expectativas; sobre eficácia clínica de enquadres diferenciados, sobre experiências emocionais e de tipo teórico-clínico.

As pesquisas sobre psicanálise de representações sociais e imaginários coletivos correspondem à abordagem de fenômenos sociais amplos, diretamente vinculados a problemáticas tais como o preconceito e a exclusão de pacientes psiquiátrico e obesos, ou

ainda a temas polêmicos como a morte ou a implantação de atendimento psicológico em unidade prisional ou a visão de médicos, de diferentes orientações teóricas sobre o psíquico.

A maior parte das orientações diz respeito à investigação sobre eficácia clínica de dispositivos para atendimento psicológico em instituições. Norteiam-se a partir do reconhecimento da necessidade de estender os benefícios oriundos dos desenvolvimentos da psicanálise a camadas da população que vivem em situações desfavorecidas ou mesmo precárias do ponto de vista social e econômico. Este subconjunto está diretamente ligado às atividades da “Ser e Fazer”: Oficinas Psicoterapêuticas de Criação.

Dois grupos menores, mas certamente expressivos, são compostos por dois tipos de pesquisas: trabalhos empíricos que abordam experiências emocionais e trabalhos teórico-clínicos. Aquelas que se voltam para a experiência emocional de indivíduos, em diferentes situações de vida, abrangem bebês criados por seus próprios pais, Idosos que mantêm vida razoavelmente saudável, pacientes soropositivos para HIV, que se surpreenderam com a possibilidade de ampliação da sobrevida, a partir da descoberta de novos medicamentos e prostitutas. Consideramos como estudos teórico-clínicos quatro contribuições que se fundamentam na clínica para propor novas formas de entendimento de fenômenos ou revisão de teorias estabelecidas.

Entre o total de trabalhos orientados, encontramos nove estudos sobre “representação social, imaginários coletivos e expectativas” ((Silveira, 1990; Evangelista, 1993; Machado, 1995; Borges, 1995; Andreis,1995; Martins, 1998, Prujansky,1999; Minhoto, 2001 e Ferreira, 2004); treze trabalhos sobre “eficácia clínica de enquadres diferenciados” ((Prochet, 1993; Borges, 1998; Granato, 2000; Sato, 2001; Camps, 2003; Baptista, 2003; Mencarelli, 2003; Agostinho, 2003; Granato, 2004, Vitali, 2004; Ambrósio, 2005; Sato, 2007;e Camps, 2009; cinco pesquisas sobre experiências emocionais, em diferentes situações de vida (Reiche, 1994;Brigagão, 1998; Trench, 1999; Gavião, 2002; Giorgi, 2003) e, finalmente, quatro investigações que podem ser classificadas como teórico-clínicas (Silva, 2000; De Paula,2000; Medeiros, 2009 e Mencarelli, 2010).Estas informações podem ser visualizadas na tabela 1:

Tabela 1: Resultados da Revisão Bibliográfica da produção científica da Ser e Fazer

Tipo de Estudo	Números
Representações Social, imaginários coletivos, expectativas	9
Eficácia Clínica Enquadres Diferenciados	13
Experiências Emocionais	5
Estudos Teórico-Clínicos	4

Apresentamos, na tabela 2, a seguir, informações básicas sobre o conjunto das teses e dissertações.

Tabela 2: Caracterização das teses e dissertações

TÍTULO	NÍVEL	ANO	AUTOR	OBJETIVOS	METODOLOGIA	RESULTADOS E DISCUSSÃO
“Atendimento psicológico em hospital-escola: análise da expectativa de um grupo de pacientes de clínica ginecológica”	Doutorado	1990	Rosa Maria Carvalho da Silveira	Estudar relação entre expectativas e adesão ao tratamento psicológico	Entrevistas Categorias empíricas Estatística Psicanálise	Demonstra que expectativas não atendidas geram abandono do tratamento
“Jogo do rabisco um espaço compartilhado: reflexões sobre a contribuição de Winnicott ao diagnóstico psicológico”	Mestrado	1993	Neyza Maria Sarmiento Prochet	Demonstrar eficácia clínica de enquadre diferenciado	Estudo de caso Psicanálise	Demonstra eficácia clínica do enquadre relatando caso de sucesso
“Representações da assistência psicológica e do psicólogo no imaginário das sentenciadas da penitenciária feminina”	Mestrado	1993	Roberto Evangelista	Identificar RS de presidiárias sobre atendimento psicológico	Entrevistas Categorias	Demonstra que presidiárias consideram que o atendimento se destina a ricos, artistas, loucos pssoas com problemas familiares

“Fantasias e angustias na relação com a música: ressonâncias de experiências precoces com a voz materna”	Mestrado	1994	Monica Reiche	Estuda a influência da audição de diferentes tipos de música sobre desenhos de crianças.	Estudo de desenhos infantis coletados em entrevista grupal Psicanálise M.Klein	Demonstra que diferentes estilos musicais suscitam diferentes fantasias
“Universo em desencanto: conceitos, imagens e fantasias de pacientes psiquiátricos sobre loucura e /ou doença mental”	Doutorado	1995	Maria Christina Lousada Machado	Identifica imaginário de psiquiatrizados sobre doença mental	Entrevistas Psicanálise	Demonstra que os pacientes elaboram teorias em psicopatologia
“ Sofrimentos da vida: a loucura no cotidiano de mulheres”	Mestrado	1995	Thames Waléria Borges	Identificação de RS neuróticas sobre seu sofrimento	Entrevistas PDE-Tema Análise de Conteúdo Psicanálise	Demonstra que as RS articulam concepções orgânicas, psicológicas e religiosas
“Morte e prática médica: ensaio reflexivo sobre o discurso de cardiologistas”	Mestrado	1995	Monica Andreis	Identificação de RS de cardiologistas sobre a morte	Entrevistas Análise de Conteúdo. Psicanálise	Demonstra sofrimento emocional dos médicos
“Obesidade: estudo das representações sociais de endocrinologistas em hospital público”	Doutorado	1998	Dinorah Fernandes Gioia Martins	Identificar RS de endocrinologistas sobre obesidade	Entrevistas Psicanálise	Demonstra preconceito contra obesos

“O procedimento de desenhosestórias como modalidade de intervenção nas consultas terapêuticas infantis”	Doutorado	1998	Thames Waléria Borges	Demonstrar eficácia clínica de enquadre diferenciado	Estudo de caso Consulta terapêutica PDE e PDE-Tema Psicanálise	Demonstra utilidade clínica do enquadre relatando casos de sucesso
“Prostitutas no Jardim da Luz: dor e prazer na batalha pela sobrevivência”	Doutorado	1998	Jacqueline Isaac Machado Brigagão	Investigar experiência emocional de prostitutas	Entrevistas Obs.Part. Psicanálise	Descreve experiência peculiares na convergência da singularidade individual e das condições concretas de vida
“Soropositividade, relatos: do não lugar ao lugar da alteridade”	Doutorado	1999	Belkis Vinhas Trench	Focalizar a experiência emocional do soropositivo para HIV	Estudos de caso	Descreve como a experiência dos pacientes é afetada pela mudança da AIDS desde condição fatal para doença crônica
“Médicos com diferentes esquemas conceituais-referenciais diante da dimensão psíquica um estudo comparativo”	Mestrado	1999	Igor Sergins Prujansky	Estudar representação da esfera psíquica em médicos que praticam alopátia e acupuntura	Entrevista Roll-play	Demonstra que os dois tipos de orientação diferem na visão da dimensão psíquica

“Asilamento de pessoas com deficiência: institucionalização da incapacidade social”	Doutorado	2000	Ana Rita de Paula	Estuda o asilo para deficientes como dispositivo, RS de profissionais e a experiência emocional de pacientes	Estudo de rotinas de cuidado Entrevistas História de vida Psicanálise	Demonstra como o asilo se constitui como projeção social da incapacidade, negando a limitação das formas sociais de tratar a deficiência socialmente.
“Encontros terapêuticos com gestantes à luz da preocupação materna primária”	Mestrado	2000	Tania Maria Marques Granato	Demonstrar eficácia clínica de enquadre diferenciado	Entrevistas Cartas Visitas Estudos de caso Narrativas Psicanálise	Sustenta a eficácia clínica da proposta relatando casos de sucesso
“Ser e fazer em grupo: proposta de uma leitura winnicottiana com fundamentação teórica do uso de “técnicas” grupais”	Doutorado	2000	Gilberto Ferreira da Silva	Demonstrar que o conceito de brincar de D.W.W. explica a eficácia de técnicas grupais	Revisão de textos de D.W.W. e descrição de técnicas grupais Psicanálise	Conclui que este tipo de abordagem pode ser sustentado
“Práticas psicanalíticas em instituição: oficina de arranjos florais”	Mestrado	2001	Haroldo Tuyoshi Sato	Demonstrar eficácia clínica de enquadre diferenciado	Narrativa de sessões Estudos de caso Psicanálise	Sustenta que o enquadre é eficaz relatando casos de sucesso

“Meninos de rua e meninos de casa representação social de adolescentes: um estudo sobre alteridade”	Mestrado	2001	Marisa Minhoto	Identificar RS de escolares sobre meninos de rua.	PDE-Tema Psicanálise	Demonstra que escolares temem se tornar excluídos
“A passagem do tempo e suas ressonâncias íntimas”	Doutorado	2002	Ana Clara Duarte Gavião	Estudar experiência emocional do idoso sem queixas	Entrevistas Rorschach Sujeito coletivo Psicanálise	Demonstra que o idoso mantém capacidade criativa e vontade de viver, apesar das perdas. Idosas relevam-se mais ansiosas, e idosos mais introspectivos e retraídos
“A hora do beijo teatro espontâneo com adolescentes numa perspectiva winnicottiana”	Mestrado	2003	Christiane Isabelle Couve de Murville Camps	Demonstrar a eficácia clínica do enquadre	Teatro da espontaneidade Estudos de caso Narrativas Psicanálise	Sustenta que o enquadre é clinicamente eficaz relatando casos de sucesso

“Consulta psicoprofilática ao residente de medicina: proposta de um enquadre diferenciado à luz da perspectiva winnicottiana”	Mestrado	2003	Adriana Micelli Baptista	Demonstrar eficácia clínica de enquadre diferenciado	Entrevistas Estudos de caso PDE-Tema Psicanálise	Sustenta que o enquadre é eficaz relatando casos de sucesso
“Em defesa de uma clínica psicanalítica não-convencional: oficinas de velas ornamentais com pacientes soropositivos”	Mestrado	2003	Vera Lucia Mencarelli	Demonstrar eficácia clínica de um enquadre diferenciado	Sessões Estudos de caso Narrativas Psicanálise	Sustenta que o enquadre o enquadre é eficaz relatando casos de sucesso
“O porco-espinho, o menino do furacão e outras histórias: quadros de uma exposição psicanalítica.”	Mestrado	2003	Marcelo Lákaki Agostinho	Demonstrar eficácia clínica de entrevistas familiares	Sessões, Estudos de caso Narrativas Psicanálise	Sustenta que o enquadre o enquadre é eficaz relatando casos de sucesso
“Um lugar a partir do qual olhar: viagem através da dependência”	Mestrado	2003	Sabrina Giorgi	Investiga a experiência emocional de bebês	Obs. psicanal. de bebês no ambiente familiar Psicanálise	Demonstra que as experiências dos bebês observados podem ser satisfatoriamente compreendidas à luz das teorias de D.W.W.

“Tecendo a clínica winnicottiana da maternidade em narrativas psicanalíticas”	Doutorado	2004	Tania Maria Marques Granado	Demonstrar eficácia clínica de um enquadre diferenciado	Sessões Estudos de caso Narrativas Psicanálise	Sustenta que o enquadre o enquadre é eficaz relatando casos de sucesso
“Encontrando a mulher: a psicanálise do self na abordagem de um singular plural”	Mestrado	2004	Jacirem a Cléia Ferreira	Identificar e compreender o imaginário de mulheres sobre a experiência amorosa feminina	Entrevista Narrativas Psicanálise	Revela um imaginário configurado segundo vínculos regredidos de dependência emocional, no qual a fantasia de sofrimento encobre dificuldades de realização pessoal
“Flor-rabisco: narrativa psicanalítica sobre uma experiência surpreendente”	Mestrado	2004	Lígia Masagão Vitali	Demonstrar eficácia clínica de um enquadre diferenciado	Sessões Estudo de caso Narrativa Psicanálise	Sustenta que o enquadre o enquadre é eficaz relatando caso de sucesso
“Ser e Fazer arte de papel: uma oficina inclusiva”	Mestrado	2005	Fabiana Follador Ambrósio	Demonstrar eficácia clínica de um enquadre diferenciado	Sessões Estudo de caso Narrativas Psicanálise	Sustenta que o enquadre o enquadre é eficaz relatando caso de sucesso

“Enquadres clínicos diferenciados na reforma psiquiátrica”	Doutorado	2007	Haroldo Tuyoshi Sato	Sustentar a eficácia clínica de enquadre diferenciado no contexto da Reforma Psiquiátrica	Sessões Estudos de caso Narrativas Análise de textos Psicanálise Psicologia profunda	Demonstra a falta de dispositivos clínicos e sustenta que a proposta Ser e Fazer é eficaz relatando casos de sucesso
“Ser e fazer na escolha profissional: at endimento diferenciado na clínica winnicottiana”	Doutorado	2009	Christiane Isabelle Couve de Murville Camps	Investigar a eficácia clínica de enquadre diferenciado	Sessões Estudos de caso Narrativas Psicanálise	Demonstra eficácia clínica pela interpretação de campos e apreciação de trânsito rumo maior integração
“Girando o cata-vento: sofrimento e cuidado na psicanálise do ser e fazer”	Doutorado	2009	Clarissa Medeiros	Sustentar que o holding proposto por D.W.W. exige fundamento psicopatológico relacional	Estudo teórico-clínico	Demonstra a existência de coerência e harmonia entre a clínica do holding e psicopatologia relacional.
“Compaixão na contratransferência: cuidado emocional a jovens HIV+(s)”	Doutorado	2010	Vera Lucia Mencarelli	Sustentar que a compaixão define o campo da contratransferência no atendimento a pacientes orgânicos graves	Sessões Estudos de caso Narrativas Psicanálise	Demonstra a vigência deste campo a partir do exame de campos de contratransferência que sustentam a tese

Discussão dos Resultados

Esta revisão deixa evidente que percorremos um trajetória investigativa complexa mas também coerente na fidelidade a certas posições, epistemológicas e éticas. Num primeiro momento ainda realizamos estudos que mesclavam a adoção de referencial teórico psicanalítico com procedimentos positivistas, como questionários. Isso se deve, provavelmente, tanto à nossa formação como à nossa dificuldade de perceber a anterioridade lógica do método psicanalítico em relação às teorias estabelecidas, fato para o qual fomos alertadas a partir da leitura de Herrmann (1979).

Com o passar do tempo, notamos uma mudança significativa, na medida em que começamos a orientar um número cada vez maior de pesquisas qualitativas. Estas passaram a se polarizar, mais nitidamente, em termos de dois delineamentos: pesquisas de imaginários coletivos e pesquisas sobre potencialidade mutativa de enquadres diferenciados. Estas duas vertentes guardam em comum uma observação estrita da psicanálise enquanto método e um descolamento de adesões escolásticas. As obras de Bleger (1963) e Herrmann (1979) são utilizadas como diretrizes metodológicas, enquanto Winnicott (1971) comparece na qualidade de inspirador na criação de enquadres e de interlocutor, na discussão de problemáticas clínicas e sociais variadas.

No que tange aos treze estudos que focalizam potencialidade mutativa de enquadres diferenciados, chamamos a atenção para o fato de terem sofrido uma importante inflexão, que se torna marcante em Camps (2009). Esta modificação não gerou todos os seus frutos em orientações na Universidade de São Paulo, mas tem aparecido de forma bastante enérgica nos mestrados e doutorados que se desenvolvem na PUC-Campinas, bem como em diversos artigos. Trabalho que merece destaque, no uso desta metodologia, é a tese de doutorado de Claudia Aranha Gil (2010). Trata-se de trabalho de grande valor, cuja proposta metodológica passou pelo crivo competente da orientadora, Professora Leila Cury Tardivo. Havemos, portanto, que reconhecer que a grande parte dos trabalhos relativos à eficácia

clínica, escritos sob o entusiasmo da invenção dos enquadres “Ser e Fazer” ostentam, como virtude inegável, o fato de colocarem as idéias em prática, de apresentarem narrativas vivas e de sustentarem, a partir da exposição de casos em que o alcance de benefício parece evidente, que experiência mutativas tinham sido efetivamente alcançadas. O argumento central, desses estudos, eram as próprias narrativas, que ora traziam histórias de alívio, ora de superação de dissociações, ora de atenuação de sintomas, ora de resolução de conflitos,. Deste modo, não compartilham do uso de critérios comuns que permitam apreciar conjuntamente aquilo que demonstram quando individualmente considerados.

Entretanto, com o passar do tempo, temos sido capazes de aprofundar nossa compreensão do uso do método psicanalítico, em pesquisa qualitativa, o que nos levou à distinção, no plano metodológico, de procedimentos investigativos de produção, registro e interpretação de campos de sentido afetivo-emocional. Tal mudança permitiu a adoção de uma sistemática de apreciação da potencialidade mutativa em termos de trânsito por campos, ou inconscientes relativos, desde estados menos integrados, para outros, mais integrados, num movimento de superação de dissociações. Parece-nos muito vantajosa porque não apenas organiza o trabalho grupal, aspecto não desprezível quando lembrando que toda produção de conhecimento é empreitada coletiva, como facilita o diálogo com outras abordagens qualitativas que investigam as problemática de que nos ocupamos, desde outras perspectivas teóricas. A psicanálise, na universidade, está comprometida com valores acadêmicos que devem compartilhar com as ciências humanas, para as quais a transparência e o intercâmbio são fundamentais. Não existe razão plausível para cultivar igrejas com linguagens herméticas, quando queremos, com muita prudência, obter financiamentos para nossas pesquisas nas mesmas fontes institucionais que os demais cientistas.

Fica patente dessa forma, a nosso ver, que temos motivos para comemorar o aniversário de 20 anos que o Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social, no âmbito do qual estas realizações foram possíveis, completa neste ano de 2012.

Referências

AGOSTINHO, M.L. *O Porco-Espinho, o Menino do Furacão e outras Histórias: Quadros de uma Exposição Psicanalítica*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia,

Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

AMBROSIO, F.F. *Ser e Fazer Arte de Papel: uma oficina inclusiva*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

ANDREIS, M. *Morte e prática médica: ensaio reflexivo sobre o discurso de cardiologistas*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

ARÓS, A.C.S.P.de C. ; AIELLO-VAISBERG, T.M.J. Clube da luta: sofrimentos radicais e sociedade contemporânea. *Psicologia: Teoria e Prática*, 11 (2), 03-17, 2009.

BAPTISTA, A.M. Consulta psicoprofilática ao residente de medicina: proposta de um enquadre diferenciado à luz da perspectiva winnicottiana. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

BLEGER, J. (1958) *Psicoanalysis y materialismo dialético*. Buenos Aires, Nueva Vision, 1988.

BLEGER, J. (1963) *Psicologia de la conducta*. Buenos Aires, Paidós, 1977

BORGES, T. V. (1995). *Sufrimentos da vida: a loucura no cotidiano de mulheres*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

BORGES, T. V. *O procedimento de desenhosestórias como modalidade de intervenção nas consultas terapêuticas infantis*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

BRIGAGÃO, J.I.M. *Prostitutas no Jardim da Luz: dor e prazer na batalha pela sobrevivência*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

CAMPOS, E.B.V. *Representação e afeto no segundo modelo tópico e pulsional freudiano*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

CAMPS, C.I.C.M. *A Hora do Beijo: Teatro Espontâneo com Adolescentes numa Perspectiva Winnicottiana*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

CAMPS, C. *Ser e Fazer na Escolha Profissional: atendimento diferenciado na clínica winnicottiana*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

EVANGELISTA, R. Representações da assistência psicológica e do psicólogo no imaginário das sentenciadas da penitenciária feminina. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

FERREIRA, J.C. *Encontrando a Mulher: a Psicanálise do Self na Abordagem de um Singular Plural*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo,

São Paulo, 2004.

- GAVIÃO, A.C.D. *A passagem do tempo e suas ressonâncias íntimas*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.
- GIL, C.A. *Recordação e Transicionalidade: Oficina de Cartas, Fotos e Lembranças como Intervenção Grupal para Idosos*. São Paulo, Universidade de São Paulo, Tese de Doutorado, 2010.
- GIORGI, S. *Um lugar a partir do qual olhar: viagem através da dependência*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
- GRANATO, T. M. M. *Encontros Terapêuticos: a Preocupação Materna Primária à Luz do Pensamento de Winnicott*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
- GRANATO, T. M. M. *Tecendo a Clínica Winnicottiana da Maternidade em Narrativas Psicanalíticas*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.
- GREENBERG, J.; MITCHELL, S. (1994) *Relações objetais na Teoria Psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- HERRMANN, F (1979). *O Método da Psicanálise*. São Paulo, EPU, 1979.
- HERRMANN, F Pesquisando como Método Psicanalítico. In F. Herrmann e T. Lowendron (orgs) *Pesquisando com o Método Psicanalítico*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2004.
- MACHADO, M. C. L. *Universo em desencanto: conceito, imagens e fantasias de pacientes psiquiátricos sobre a loucura e/ou doença mental*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.
- MARTINS, D.F.G. *Obesidade: estudo das representações sociais de endocrinologistas em hospital público*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.
- MEDEIROS, C. *Girando o cata-vento: sofrimento e cuidado na psicanálise do ser e fazer*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.
- MENCARELLI, V.L. *Em defesa de uma Clínica Psicanalítica Não Convencional: Oficinas de Velas Ornamentais com Pacientes Soropositivos*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
- MENCARELLI, V.L. *Compaixão na Contratransferência: Cuidado Emocional a Jovens HIV+(s)*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- MINHOTO, M. *Meninos de rua e meninos de casa representação social de adolescentes: um estudo sobre alteridade*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

- PARKER, I. *Qualitative psychology: Introducing radical research*. London, Open University Press, 2005.
- PAULA, A.R. *Asilamento de pessoas com deficiência: institucionalização da incapacidade social*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
- POLITZER, G (1928). *Critique des fondements de la psychologie*. Paris, PUF, 2003.
- PROCHET, N.M.S. *Jogo do rabisco um espaço compartilhado: reflexões sobre a contribuição de Winnicott ao diagnóstico psicológico*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.
- PRUJANSKY, I.S. *Médicos com diferentes esquemas conceituais-referenciais diante da dimensão psíquica um estudo comparativo*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.
- REICHE, M. *Fantasia e angústias na relação com a música: ressonâncias de experiências precoces com a voz materna*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.
- SATO, H. *Práticas psicanalíticas em instituição: oficina de arranjos florais*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.
- SATO, H. *Enquadres clínicos diferenciados na reforma psiquiátrica*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
- SILVA, G.F. "Ser e fazer" em grupo: proposta de uma leitura winnicottiana com fundamentação teórica do uso de "técnicas" grupais. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
- SILVEIRA, R.M.C. *Atendimento psicológico em hospital-escola: análise da expectativa de um grupo de pacientes de clínica ginecológica*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1990.
- TRENCH, B.V. *Soropositividade, relatos: do não lugar ao lugar da alteridade*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.
- TRINCA, W. *Investigação Clínica da Personalidade*. Belo Horizonte, Interlivros, 1976.
- VITALI, L.M. *Flor-rabisco: narrativa psicanalítica sobre uma experiência surpreendente*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.
- WINNICOTT, D.W. *O brincar e a realidade*. (J.O.A. Abreu & V. Nobre, Trad.). Rio de Janeiro: Imago, 1971.

Os Dez anos do APOIAR – do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica - Um pouco da História, realizações e sonhos

Márcia Aparecida Isaco de Souza⁸

Maria Aparecida Mazzante Colacique⁹

Leila Salomão de Plata Cury Tardivo¹⁰

“Talvez o principal trabalho que se faz seja da natureza da integração, tornada possível pelo apoio no relacionamento humano, mas profissional-uma forma de sustentação” (holding) (Winnicott, 1960).

RESUMO

Este trabalho versa sobre o histórico do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social, do Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo ao longo de sua existência, com as suas diversas fases, especificidades e parcerias, bem como trabalhos publicados, eventos nacionais e internacionais, cursos breves, professores convidados. Resumimos as principais propostas, e projetos, destacamos as nove jornadas que antecederam a esta, trazemos as dissertações e teses defendidas nesse período, comunidade que procura este Laboratório de Saúde Mental para alívio de seus sofrimentos, e as propostas desenvolvidas nas próprias instituições .

⁸Membro do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social (APOIAR); Psicóloga da Clínica Durval Marcondes, especialista em Psicoterapia Psicanalítica pelo CEPSP; especialista em Psicoterapia Breve pelo IPPEP; pesquisadora do projeto Apoiar e do grupo CNPq – Dor crônica

⁹ Membro do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social (APOIAR); Psicóloga da Clínica Durval Marcondes; pesquisadora do projeto Apoiar do Grupo de Crianças e Adolescentes Vitimizadas e do grupo CNPq – Dor crônica .

¹⁰ Coordenadora do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social (APOIAR); Professora Associada do Departamento de Psicologia Clínica do IPUSP; Presidente da Comissão de Cultura e Extensão do IPUSP

Palavras chaves: Laboratório; Saúde Mental; Psicologia Clínica; Histórico.

OS PROJETOS E AS PROPOSTAS

Em 1992 a Professora Tania Aiello Vaisberg, docente do Departamento de Psicologia Clínica do IPUSP, criou o LABORATORIO DE SAUDE MENTAL E PSICOLOGIA CLINICA SOCIAL, como está xposto no texto que abre esses Caderno de Anais . E em 1997 teve início as Oficinas Psicoterapêuticas de Criação, sob coordenação da Profa. Dra. Tânia Aiello Vaisberg. Foram criadas exatamente como espaço para desenvolvimento de pesquisas com ética e epistemologicamente bem fundamentadas, oferecendo esses dois serviços à comunidade:

a “*Ser e Fazer*” Oficinas Psicoterapêuticas de Criação

a “*Ser e Criar*” – Atendimento Psicológico à Mãe e à Gestante.

Segundo Vaisberg (2002), o Primeiro Seminário Temático da Ser e Fazer e da TECER – Laboratório de Estudos e Pesquisas Psicanalíticas da Psicose na Infância, coordenado pela Profa. Livre Docente Jussara Falek Brauer, do PSC – Departamento de Psicologia Clínica do IPUSP, este seminário pôde acontecer pela união dos esforços e que testemunha o valor que se dá ao intercâmbio salutar de ideias, que se torna singularmente profícuo quando referenciais psicanalíticos diversos combinam-se com interesses clínicos muito próximos e com visões éticas fundamentalmente as mesmas.

Em 2002, resolvemos criar um amplo Projeto e um Serviço, no início tímido, junto de nosso orientandos na época, e outros colaboradores numa reunião na sala de casa . Na época eramos poucs e tivemos o apoio da Profa Tania Vaisberg, coordenadora do Laboratório na época e das Oficinas Ser e Fazer. Com o tempo, o APOIAR foi se desenvolvendo e crescendo e as Oficinas Ser e Fazer continuaram e continuam numa convivência sadia e harmoniosa. Sempre presente nas Jornadas APOIAR .

Ressaltamos que nesse Primeiro Seminário também se fizeram presentes com exposições instigantes: Gilberto Safra, Henriette Penha Moratto e Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo. Nessa ocasião partilhávamos a Coordenação do Laboratório, o qual vimso coordenando desde 2003, e a Profa Tania Vaisberg se mantem na condição de colaboradoa

aposentada e os Serviços Ser e Fazer continuam a ser desenvolvido no IPUSP.

Podemos evidenciar dentro desse Seminário Temático um artigo “Sofrimento, Desenraizamento e Exclusão: Relato de Uma Experiência com Indígenas Aculturados do Amazonas” onde Tardivo (2002), conta uma experiência de trabalho em São Gabriel da Cachoeira, norte do Brasil. Projeto-APOIAM.

Em 2003, Vaisberg relata que vivíamos um período marcado por intensa vitalidade, à medida que as oficinas psicoterapêuticas de criação, seguiam atendendo pacientes do IPUSP, enquanto o estilo clínico *Ser e Fazer* foram sendo adotados por colegas que trabalham em equipamentos de Saúde Pública, em Instituições e Consultórios Particulares. Esta movimentação é uma resposta feliz aos nossos esforços na manutenção de constantes intercâmbios entre uma universidade pública que não se furta a sua função social, e aqueles profissionais que em seu dia a dia empenham-se pela melhoria das condições de saúde mental da população. Tal resposta reverbera, por outro lado, como incentivo a nossa dedicação à pesquisa sobre enquadres clínicos diferenciados que sejam inovadores e rigorosos nos pontos de vista metodológico, epistemológico e ético.

Salientando Bleger (1975), quando se aponta que o fenômeno humano é o alvo da atenção de todas as ciências humanas, nela incluída a Psicanálise, o sofrimento não é só objeto a ser estudado, mas, sobretudo como problemática que pede ação clínica, e é evidentemente a motivação de trabalho deste Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social em todas as suas linhas de pesquisa e atendimento.

Versando sobre este tema, destacamos o trabalho de Tardivo; Gil e colaboradoras (2003) sobre “Oficina Psicoterapêutica de Cartas, Fotografias e Lembranças: Uma Experiência Dramática”. O artigo considera a realização de uma experiência clínica inovadora, que propicia uma reflexão fecunda sobre sua potencialidade terapêutica a partir de uma interlocução dialética com o pensamento de Winnicott. Este estudo levou à conceituação do “objeto dramático” que devidamente contextualizado na trajetória vital do indivíduo e do grupo, permite um entrelaçamento de gesto e narrativa de modo a se obter uma presentificação de self no encontro terapêutico com elevado potencial transformador.

Tardivo (2003) refere a um projeto ao qual se dedicou inicialmente, sobre especialmente para algumas parcelas de nossa população que têm sido alvo de menor

atenção em pesquisas, visando contribuir para a construção de novas possibilidades de atendimento psicológico a crianças e adolescentes surdos e seus familiares – Serviço APOIAS, em parceria com a Faculdade de Fonoaudiologia e de Medicina da USP. Este atendimento objetivava identificar e compreender as dificuldades emocionais das crianças e adolescentes surdos, assim como um caráter interdisciplinar e de orientação à equipe de fonoaudiólogos. Trabalhos decorrentes dessa parceria estão expostos no livro de Tardivo e Gil (2008) e foram apresentados na primeira Jornada APOIAR que vem sendo realizadas a cada ano desde 2003.

Abreu; Steiner; Tardivo e colaboradores (2003), desenvolveram um trabalho conjunto entre a Associação Brasileira de Esclerose Lateral Amiotrófica – ABRELA e o Projeto APOIAR. Esta parceria veio de encontro aos objetivos que norteiam o referido Laboratório, que são de acolhimento e sustentação, o *holding* de Winnicott, em situações em que os indivíduos se encontram em estado de sofrimento psíquico. Essa parceria continua até hoje, e frutos da mesma estão inseridos em forma de artigos nesses anais (e em todas as Jornadas sempre estiveram presentes) Nesta perspectiva, é possível desenvolver uma compreensão social em relação à doença, à medida que se fazem necessárias formas de intervenção, que não são somente as intervenções de saúde propriamente dita, mas intervenções que possam abranger a extensão do sofrimento psíquico como forma de integrar esta população em contexto maior. Temos também como referencial que as atividades de pesquisa e intervenção estão sempre integradas, pois tem como finalidade atender à grande demanda de atenção psicológica gerada pelo sofrimento humano causado pelas condições da vida contemporânea.

Souza; Tardivo (2003) retrata em outro trabalho “A Porta de Entrada do APOIAR: Estudo Quantitativo de Pacientes na Busca de atendimentos Psicológicos”, desenvolvido no Laboratório, que a população que procura o serviço através do telefone de contato, para atendimento na USP. Posteriormente são agendadas entrevistas iniciais para se conhecer o cliente, e posteriores encaminhamentos. Dados quantitativos como sexo, idade, queixa principal, quem indicou formas de encaminhamento, serão mostrados neste trabalho, como um estudo de prevalências dessas condições. Desenvolvemos essa forma de entrevista inicial até muito recentemente, quando focalizamos os atendimentos a partir especificamente das parcerias que temos. Ainda assim mantemos a postura de receber

quem nos procura, em busca de ajuda.

No APOIAR desenvolveram-se projetos (na USP e nas instituições parceiras): Entrevistas Iniciais, Consultas Terapêuticas, Psicoterapia Breve, Psicoterapia Individual a Crianças, Adolescentes, Adultos, Famílias, Casais, Crianças Abrigadas, Mulheres Vítimas de Violência Doméstica, Idosos, casos de Depressão, crianças ou adultos Indígenas em atendimentos individuais ou grupais, crianças Vitimizadas, portadores de ELA Esclerose Lateral Amiotrófica assim como aos seus familiares e cuidadores, adultos com altas recentes de Hospitais Psiquiátricos assim como seus familiares em atendimentos individuais ou grupais, adultos com Questões Psicossomáticas, Avaliações Psicológicas, aplicações do Teste Rorschach, atendimentos aos internados em Hospitais Psiquiátricos. Algumas dessas propostas foram cedendo lugar a outras e vimos encaminharmos para tratamento em outros Laboratórios ,por exemplo Familiares e Casais

No PROJeto de Entrevistas Iniciais, foram introduzidos os instrumentos: Inventário de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde – Forma Breve; WHOQOL – BREF; e o Inventário Beck de Depressão; e o Questionário Desiderativo, como forma de conhecer a clientela que nos procurava. Os encaminhamentos, após as Entrevistas Iniciais eram direcionados para algumas destas vertentes, ou para outros serviços no IPUSP, ou ainda para outros recursos da comunidade, sempre atentando à questão do sofrimento humano.

Valle (2003-2004) estudou e atendeu casos de Hiperidrose que, dentre as várias manifestações , envolve vários fatores na sua etiologia, passa a ser do interesse de pesquisadores, docentes, psicólogos e demais estudiosos da área de saúde. Dessa forma, seu tratamento deve envolver um trabalho multiprofissional, visando aspectos médicos, psicológicos e sociais.

A Professora Leila Tardivo, desde 2003 responsável pela disciplina de graduação de Psicopatologia, (a partir de 2005 com Francico Assumpção Junior) desenvolveu e até j/hoje o faz uma proposta que estende o aprendizado a partir de estágios dos alunos em Hospitais Psiquiátricos – Saúde Mental, como o João de Deus e Nossa Senhora de Fátima, onde os pacientes eram assistidos pelos estagiários e estes supervisionados pelos coordenadores da disciplina de Psicopatologia. Essa proposta foi criada com em parceria com Gil e deu

rigem a diversas publicações, e continua até hoje, tendo um artigo referente ao mesmo nesses anais

Assumpção (2005), docente que partilha a disciplina de Psicopatologia com Leila Tardivo, passou a fazer parte do Serviço APOIAR com o PDD-Projeto dos Distúrbios do Desenvolvimento, acolhendo desde a criança com déficit no aprendizado ou em transtorno de conduta. Em 2009, O PDD passou a se constituir em Laboratório a parte, com o qual mantemos uma pródiga parceria.

A Profa Leila Tardivo desde 2005 veio se aproximando na área da avaliação e enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes, tendo diversos projetos aprovados com a participação de alunos e orientandos, e com a coautoria de Antonio Augusto Pinto Junior. Tardivo (2007) apresentou dados do mesmo. Esse tema violência doméstica contra crianças e adolescentes tem sido nos últimos anos, alvo de interesse e preocupação dos pesquisadores do desenvolvimento infantil, principalmente no que se refere às consequências e sequelas psicológicas. As pesquisas mais recentes na área mostram que a violência doméstica pode ser considerada um verdadeiro problema de Saúde Pública, tendo em vista o elevado número de casos que chegam às Unidades Básicas de Saúde, Ambulatórios, Serviços de Urgência e Emergência. Sua abordagem apresenta inúmeras dificuldades em função de ser um problema que se manifesta de maneira sigilosa e por estar envolvida por dispositivos de velamentos ideológicos, que revelam e ocultam ao mesmo tempo. Assim, o enfrentamento eficaz do problema exige compreensão ampla e profunda da temática e de sistematização nos passos para identificar a ocorrência da vitimização. Dissertações e Teses trataram do tema, como veremos adiante.

Em decorrência disto foi realizada a padronização do teste “Inventário de Frases no Diagnóstico de Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Doméstica” – IFVD, por Tardivo e Pinto, publicado em 2010. Este instrumento foi proposto pelas autoras argentinas Agosta, Barilari e Colombo (2001). O trabalho foi realizado em 1010 crianças do Estado de São Paulo, para o que foi indispensável a participação de membros do APOIAR, das instituições de diferentes cidades, e o apoio da FAPESP e a publicação da Ed. Vetor,

Atualmente está em fase de conclusão, um amplo projeto de Validação do Desenho da

Pessoa na Chuva e do mesmo Inventário em 1254 crianças de todo o Brasil, para o que contamos com o apoio de colegas de Universidades e instituições dessas cinco regiões brasileiras, do CNPq e da Editora Vetor.

Bergel; Tardivo; Souza; Steiner (2008) desenvolveram uma pesquisa “Estudo Psicodinâmico de Paciente com Dor: Estudo de Caso”, de atendimento psicológico com pacientes com dor crônica, advindos do Hospital das Clínicas, e que foram submetidos à colocação pioneira de Bomba de Morfina, com pouca manifestação de melhora do sintoma da dor crônica. Inicialmente eram feitas Entrevistas Iniciais para se conhecer todo o percurso de vida do paciente até a colocação da bomba de morfina, pesquisando-se a dinâmica psíquica dos pacientes. Em seguida eram aplicados os testes TAT-Teste de Apercepção Temática e o Rorschach, onde os pacientes respondiam verbalmente às questões de ambos os instrumentos e as respostas eram anotadas. Estes pacientes eram todos acompanhados clinicamente pela Equipe da Liga da Dor do Hospital das Clínicas de São Paulo. Estes pacientes eram encaminhados para o Laboratório de Saúde Mental, Serviço APOIAR para realizarem uma Avaliação Psicológica e posterior Psicoterapia Individual se necessário

Esse Projeto de estudo, compreensão e tratamento de pacientes com dor crônica, hoje sob a coordenação do Professor Jose Tolentino Rosa vem reunindo um grupo de profissionais e se constituiu em grupo de pesquisa do CNPq, atualmente, produzindo conhecimento e começando a receber pacientes para tratamento.

Karacristo; Tardivo (2008) escrevem sobre o projeto “Atendimento Familiar/Casal em Modelo Dinâmico-Sistêmico: Pesquisas e Intervenções” desenvolvidas no Laboratório com atendimentos em Co-Terapia a família. Naquele momento tínhamos um grupo que se dedava a essa proposta, tratamento em psicoterapia breve. Atualmente, mantemos contato com as famílias dos pacientes, quando necessário, Porém os atendimentos em Psicoetrapia famialr são encaminhados para Labroatórios que se dedicam à temática.

Schwarz (2008) trabalhou, juntamente com outros terapeutas, no atendimento de pacientes de meia idade e idosos, em Psicoterapia Breve, Esse grupo desenvolveu Psicoterapia Grupal Breve desenvolvida que favoreceu o crescimento psicológico de cada participante idoso e do grupo, a estruturação do *self* relacional e do *self* grupal, a ampliação da consciência e ativou o desenvolvimento do processo de individuação. Claudia Gil

atendeu idosos com a proposta de Oficinas Terapêuticas, e atualmente temos Rodrigo Jorge Salles fazendo um trabalho de Consultas Terapêuticas e atendimentos aos idosos no Centro de Referência de Idosos da Prefeitura de São Paulo, e essa proposta tende a se desenvolver mais

Tardivo; Gil organizadores (2008) lançaram o Livro APOIAR – Novas Propostas em Psicologia Clínica – Ed. Sarvier, que reuniu 58 capítulos divididos em 5 grandes partes: “O Laboratório de Saúde Mental: Bases Teóricas”; “Enquadres Diferenciados no Contexto Clínico: Bases Teóricas e Práticas”; “Práticas Psicoterápicas na Instituição Psiquiátrica”; “Atendimentos Diferenciados em Clínica Social” e “A Clínica da Violência: Estudos e Propostas de Atenção Clínica”. Nesses capítulos, existem além dos membros do Apoiar, outros professores e pesquisadores experientes e profissionais convidados, parceiros de dentro e de fora do âmbito da Universidade de São Paulo, com distintas formações e linhas teóricas. Toda essa produção decorreu do que vinha sendo desenvolvido no APOIAR e os parceiros.

Estamos recebendo encaminhamento de pacientes mães com depressão, advindas de um amplo projeto temático, do Instituto de Psicologia da USP (IP) em conjunto com a Divisão de Pediatria do Hospital Universitário (HU) da USP (Ota; Zullini, 2010). O projeto está tendo continuidade no Serviço APOIAR, em conjunto com a coordenadora Tardivo e demais colaboradoras, fazendo um acompanhamento dessas mães durante os dois anos posteriores ao parto.

Rosa; Tardivo (2012) estão desenvolvendo a pesquisa sobre “Diagnóstico de pacientes com transtornos somatoformes: avaliação do Eixo V (Psicossocial) do DSM-IV pela Escala AGF, avaliação da eficácia adaptativa pela EDAO-R, de Ryad Simon”, e indicação de psicoterapia psicanalítica para os pacientes, avaliando a mudança psíquica pelo sistema das fantasias inconscientes. O enfoque inclui a escola inglesa de relações objetais e a escola de psicossomática de Paris, centrando-se nos ensinamentos de Joyce McDougall, orientada de D.W. Winnicott e representante da escola francesa de psicanálise. Inclui a escola argentina de psicossomática, representada por Luis Chiozza, principalmente a ênfase na reconstrução da história psicanalítica para o sujeito. Na interface com as respostas imunes, se discutem as interfaces com a psicologia através do conceito de

estresse a alexitimia e os processos regularórios. Os resultados da psicoterapia psicanalítica são apresentados na perspectiva do diagnóstico psicodinâmico e da evolução clínica das fantasias inconscientes, além de enfatizar a importância das relações objetivas na transferência. A ênfase da mudança psíquica está em abandonar a dor e substituí-la pelo sofrimento sustentável.

AS JORNADAS APOIAR: UMA PROPOSTA DE ENCONTRO E DESENVOLVIMENTO

Em 2003, praticamente um ano depois da criação do APOIAR, tivemos uma ideia de realizar uma Jornada Temática, e desde então são realizadas os encontros anuais, as conhecidas Jornadas APOIAR, sempre no final do ano. Em todos os anos reunimos as produções em anais, exceto em 2004. Foram as seguintes, com os respectivos temas:

A I Jornada APOIAR, realizada em 2003, *FUNDAMENTOS E PROPOSTAS*, tinha como finalidade apresentar para a comunidade em geral e para o Instituto de Psicologia da USP nossas propostas, atendimentos diferenciados no IPUSP e as parcerias que estavam, assim, em seu início. (Tardivo e Gil, 2003).

Em 2004 a segunda Jornada versou exclusivamente sobre *PROJETOS LIGADOS À SAÚDE MENTAL*, tendo sido somente realizada no âmbito do IPUSP, com a presença do Prof. Dr. Roberto Tikanori, e a Profa. Titular Marinês Assumpção Fernandes. Nessa, estávamos muito voltados para os estágios e o trabalho ligado aos equipamentos de saúde mental. O Dr. Tikanori, na ocasião Sub Secretário de Saúde Mental da Cidade de São Paulo. Esse importante lutador pela Reforma Psiquiátrica em nosso meio que retornou em 2007 para a V Jornada.

A III Jornada, ocorreu em 2005, com o TEMA *ATENDIMENTOS CLÍNICOS DIFERENCIADOS E INCLUSÃO: O PAPEL DA PSICOLOGIA CLÍNICA SOCIAL* teve a presença do Sub secretário de Saúde mental, da cidade, o Prof. Dr. Khalil Dualib. Em Jornada aberta apresentamos trabalhos e projetos desenvolvidos no APOIAR, com resultados já conseguidos. (Tardivo e Gil, 2005).

A IV Jornada, em 2006, teve como tema: *INFÂNCIA, SOFRIMENTO EMOCIONAL E*

A *CLÍNICA CONTEMPORÂNEA*. Discutimos temas ligados à Criança e ao Adolescente de nosso meio, em situação de sofrimento. Contamos com a participação efetiva do Professor Associado Dr. Francisco Assumpção Jr., que veio enriquecer enormemente o Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social, com o Projeto Distúrbios do Desenvolvimento. (Tardivo, 2006) E contou com a participação de professores de outras instituições brasileiras, como Maria Amelia Vampre Xavier e o Prof Lippi. Destacamos a presença do Professor Emérito Dr Mauricio Knobel, grande nome da Psicopatologia e da Psicanálise, que com suas aulas e livros formou gerações de psicólogos e outros profissionais, tendo sido essa a última apresentação do mestre que nos deixou pouco depois. Nessa Jornada reunimos os textos das apresentações todas, incluindo os pôsteres em Livro de Anais. (Tardivo, 2007)

Em 2008 a VI Jornada tratou do tema: *SAÚDE MENTAL E VIOLÊNCIA: CONTRIBUIÇÕES NO CAMPO DA PSICOLOGIA CLÍNICA SOCIAL*. Discutimos esse tema a partir de projetos desenvolvidos no Laboratório e nas parcerias que lidam diretamente com a área. As parcerias foram se ampliando na direção de outras universidades, e recebemos docentes destas e também de fora de nosso país. Contamos com a participação da Dra Rosa Inês Colombo da Universidade de Buenos Aires (UBA), que retornou outras vezes, inclusive nesse ano, e com quem vimos trabalhando de forma conjunta. E com o Dr. Thamy Ayouch, Professor da Universidade Lille 3, França, que retornou outras vezes, tendo desenvolvido durante o ano de 2012 projetos e disciplinas, com bolsa CAPES. O Professor, colaborador ativo do Laboratório, deverá retornar em 2013, tendo sua bolsa renovada. Todos os trabalhos, pesquisas e projetos, da época, incluindo temas diversos ligados à saúde mental, foram apresentados e publicados em Anais. Na VI Jornada tivemos mais de 400 inscritos, os quais lotaram as dependências do anfiteatro do Instituto de Psicologia da USP, e numa outra sala, onde os presentes participaram da Jornada em vídeo e o evento inaugurou a transmissão de eventos on line no IPUSP. Houve a apresentação de crianças atendidas pelo Projeto Amanhá Ser de Diadema. (TARDIVO, 2008)

A VII jornada APOIAR, em 2009 teve o tema: *SAÚDE MENTAL E ENQUADRES GRUPAIS: A PESQUISA E A CLÍNICA*. Trata-se de área extremamente relevante nos dias de hoje e que nos estimula a estudar, pesquisar e a desenvolver enquadres diferenciados

que se apresentem eficazes em face da intensa demanda que a clínica impõe. A partir da VII Jornada vimos recebendo muitos profissionais e estudantes, além dos da USP, de outras faculdades de nosso Estado, que sempre vem às Jornadas em busca de formação e de desenvolvimento acadêmico e profissional. Contamos com a participação do Prof. Dr. André Sirota, Professor Emérito da Université de Paris X Nanterre, integrante do *Laboratoire des Atteints Somatiques et Identitaires LASI*. Trata-se de reconhecido pesquisador da área da Psicanálise de Grupos, que se tem destacado pelo estudo das Figuras da Perversão Social e pelo uso do dispositivo em instituições educacionais. Tivemos ainda a participação do Prof. Dr. David Zimmerman, importante psicanalista de nosso meio, que virá do Rio Grande do Sul. Desde então todos os trabalhos que constam passaram a ser avaliados e aprovados, por Comissão Científica. Em 2009 o evento foi realizado no anfiteatro da FAU, (Faculdade de Arquitetura e Urbanismo), por acomodar um maior número de pessoas. (TARDIVO, 2009)

A VIII Jornada, em 2010, teve como tema: *PROMOÇÃO DE VIDA E VULNERABILIDADE SOCIAL NA AMÉRICA LATINA: REFLEXÕES E PROPOSTAS*, e contou com a presença da Dra Rosa Inês Colombo, docente e pesquisadora da Faculdade de Psicologia da Universidade de Buenos Aires. Tivemos também a participação da Dra Ana Vergara, docente da Universidade Diego Portales de Santiago do Chile. Ainda contamos com a participação de profissionais ligados a instituições e organizações que apresentam e desenvolvem propostas em nosso país, com resultados importantes, justamente junto a populações em situação de vulnerabilidade social. Houve a apresentação de jovens da FUNDHAS (Fundação Hélio Augusto de Souza de São José dos Campos) que tem como principal objetivo e com respaldo no ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente) atender crianças e adolescentes de 7 a 18 anos em situação de vulnerabilidade social e econômica e da AMA Adolescentes Multiplicadores de Atitudes. Mantivemos a apresentação de pôsteres dos trabalhos avaliados previamente pela Comissão Científica e que, desde então vem sendo expostos durante o evento na sala Ligia Assumpção Amaral na Biblioteca do IPUSP, como nos anos posteriores. (TARDIVO, 2010)

Em 2011 foi realizada a IX Jornada Apoiar, cujo tema foi “*VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E TRABALHO EM REDE COMPARTILHANDO EXPERIÊNCIAS: BRASIL, ARGENTINA*”

CHILE E PORTUGAL , a partir da parceria entre o APOIAR e o Instituto Zero a seis, Presidido pela Dra. Vera Melis e Dr João Augusto Figueiro, questão consoco, hoje, a Rede Latinoamericana de Obstetricia RELACAHUPAN e o Curso de Obstetrícia da EACH-USP, tendo como colaboradora e parceira a Dra Dora Mariela Salcedo Barrientos, grande parceira e colaboradora. Contamos com as participações das professoras conferencistas da Universidade do Chile(Dra Carolina Navarro) e da Universidade de Buenos Aires, Argentina (Dra Rosa Inés Colombo).

Por motivos técnicos não conseguimos realizar a vídeo conferência, prevista, com Coimbra, mas essas apresentações foram feitas, e disponibilizadas com o Dr. João Redondo e com o Prof. Dr. Rui Paixão -Professor da Universidade de Coimbra., que nos honra com sua presença nessa décima jornada. Contamos com as apresentações de docentes e pesquisadores de diferentes Universidades brasileiras e membros ativos das redes do Butantã (Zona Oeste) e da Zona Leste da cidade de São Paulo entre outros importantes atores nacionais, estaduais e municipais atuantes na área da prevenção da violência. Mantivemos sempre a participação de estudantes de graduação e pós graduação do IPUSP com seus orientadores e de outras instituições. O conteúdo dessas produções , na forma de resumos e trabalhos completos, estão reunidos na seção referente a PÔSTERES. Continuou sendo transmitido on line pelo iptv (iptv@usp.br). Contamos ainda com a presença do Dr. Jose Gregori Secretário Especial de Direitos Humanos da Prefeitura de São Paulo; ex-ministro da Justiça. E outras autoridades. Todos envolvidos no enfrentamento da violência em nossos meio. (TARDIVO, 2011)

E chegamos à décima edição, que tem assim um caráter de trabalho e, de confraternização, comemoração e de propostas para o futuro, como abordaremos adiante.

Em todas as Jornadas vimos recebendo o apoio do Instituto de Psicologia, funcionários e nessa também. Também recebemos o apoio da Pro Reitoria de Cultura e Extensão Universitária e muitas vezes da Pro Reitoria de Pós Graduação,, que viabiliza a vinda dos convidados. Além desses apoios, vimos recebendo o apoio da Editora Vetor, que nos manda materiais , como apsats, blocos, canetas, e nesse ano ainda nos fornece um coffee break .Ainda contamos com o apoio de instituições parceiras que nos fornecem livros, flores, e nesse ano a Coordenadria dos Idosos da Prefeitura de São Paulo, também

se fez presentenos apoiando. E naturalmente todos os mebro do Laboratório trablahm nas mais diversas funções, com o maior entusiasmo ,e com toda essa união as Jornadas vem se constituindo nesse espaço de encotro e crescimento para todos.

DISSERTAÇÕES E TESES

A seguir apresentamos uma tabela¹¹ com os principais dados das Dissertações e Teses de Doutorado desenvolvidas sob nossa orientação

TÍTULO	NÍVEL	ANO	AUTOR	OBJETIVOS	METODOLOGIA	RESULTADOS E DISCUSSÃO
O uso do procedimento de desenhos-estórias no estudo dos psicodinamismos de pacientes esquizofrênicos: uma análise segundo a interpretação freudiana dos sonhos	MESTRADO	2001	Erika Leonardo de Souza	Explicitar e descrever mecanismos psíquicos de um grupo de pacientes com esquizofrenia paranóide por meio do Procedimento de Desenhos-Estórias (D-E), analisados de forma análoga à interpretação freudiana dos sonhos, 2) promover a extensão do uso do D-E a pacientes esquizofrênicos	Estudos de caso 10 homens, com esquizofrenia paranóide instrumentos: 1) O INV-C (teste de importante); D-E,	Os pacientes expressaram por meio do D-E suas experiências, sua dor, fatos de sua vida e seus desejos. Presença de manifestação de conteúdos inconscientes; realização de desejos; angústia; elaboração secundária; condensação, dispersão, deslocamento e simbolismos

¹¹ Essa tabela foi feita com o apoio dos alunos de Pós Graduação: Rodrigo Jorge Salles e da graduação: Livia Rego; membros do APOIAR

<p>O estudo da dinâmica psíquica de crianças pertencentes a famílias de baixa-renda por meio do procedimento de desenhos-estórias</p>	<p>MESTRADO</p>	<p>2002</p>	<p>Karina Kiill</p>	<p>Estudo das características de funcionamento emocional de crianças pertencentes a famílias de baixa renda; ampliar a utilização do D-E para o atendimento a esta população e desenvolver uma relação entre a teoria de Winnicott e o instrumento utilizado.</p>	<p>Estudo de Caso de 10 crianças, com faixa etária entre 07 e 09 anos de idade pertencentes a famílias com renda inferior a dez salários mínimos Procedimento de Desenhos-Estórias (D-E)Instrumento:</p>	<p>As unidades de produção revelaram a presença elevada de atitudes de insegurança, traços de hostilidade (com atitudes de oposição). Presença de sentimentos ambivalentes em relação às figuras parentais, bem como prevalência de ansiedades paranóides e de mecanismos de defesa primitivos. Por meio do D-E aplicado, as crianças são capazes de expressar seus conflitos básicos e as dificuldades encontradas nos diferentes contextos em que vivem.</p>
<p>Filhos autistas e seus pais : um estudo compreensivo</p>	<p>MESTRADO</p>	<p>2002</p>	<p>Maria Izilda Soares Martão</p>	<p>Investigação das possíveis implicações entre a dinâmica do casal e a relação com o filho autista e as dificuldades que os pais apresentam para estabelecer parceria com o terapeuta, colaborando assim com o processo terapêutico e com o desenvolvimento do filho.</p>	<p>Realização de Diagnósticos Compreensivos e aplicação de instrumentos em cinco casais de pais de filhos autistas. Instrumentos: entrevista semidirigida, Procedimento de Desenhos de Família com Estórias</p>	<p>Os pais estudados apresentaram intenso sofrimento por manifestarem importantes dificuldades emocionais, necessitando serem cuidados, tanto quanto seus filhos autistas.</p>

<p>Retrato de vivências emocionais de crianças recém-abrigadas : observações psicanalíticas por meio do Procedimento de Desenhos-Estórias</p>	<p>MESTRADO</p>	<p>2003</p>	<p>Wadad Ali Hamad Leoncio</p>	<p>Retratar vivências emocionais de crianças recém-abrigadas encaminhadas pelo Conselho Tutelar da Criança e pela Justiça a um abrigo.</p>	<p>Estudo de caso; entrevista semi-estruturada e aplicação de instrumento em 13 sujeitos abrigados de 5 a 12 anos de idade, de ambos os sexos e de nível sócio econômico baixo. Instrumento: Desenhos-Estória (D-E).</p>	<p>A privação de um bom ambiente está intimamente relacionada à situação de miséria e de multirências em que vivem as famílias das crianças. O abrigo intensificou os problemas emocionais das crianças por mobilizar sofrimento intenso relacionado às frustrações de seus desejos de estarem com a sua família, além da angústia por estarem em um lugar estranho e culpa, por encararem o abrigo como castigo.</p>
<p>A observação lúdica e o psicodiagnóstico compreensivo : aplicações do referencial de análise do procedimento de desenhos-estórias</p>	<p>MESTRADO</p>	<p>2003</p>	<p>Dagmar Menichetti</p>	<p>Contribuir para ampliar a compreensão e o uso da Observação Lúdica, sugerindo um referencial de análise acessível e estudado em pesquisas.</p>	<p>Estudos clínicos de quatro crianças, de 05 a 07 anos. Instrumentos: entrevistas com os pais, Observação Lúdica, Desenhos-Estórias (D-E)</p>	<p>Interpretações demonstraram a utilidade do instrumento de avaliação, permitindo a comparação das sessões e possibilitando uma análise mais sistematizada, recurso importante para pesquisas e prática clínica.</p>

Adolescentes infratores : um estudo compreensivo	MESTRADO	2003	Danuza Sgobbi Saes	Compreensão sobre o psiquismo do adolescente em conflito com a lei através da utilização de um modelo compreensivo de psicodiagnóstico.	Entrevistas com oito adolescentes, entre 14 e 16 anos, em medida de Liberdade Assistida por roubo. Instrumentos: Questionário Desiderativo e Desenhos- Estórias	Percebeu-se a importância do material recolhido na compreensão da infração dentro da constituição histórica de cada sujeito, bem como, no estabelecimento de medidas adequadas na condução de cada caso e na compreensão do fenômeno da delinquência juvenil.
Crianças vítimas de abuso sexual : um estudo compreensivo e considerações sobre efeitos psicológicos	DOUTORADO	2004	Eliane Scherb	Mensurar os danos psicológicos do abuso sexual em crianças	Estudo de cinco casos de crianças entre 04 e 12 anos que sofreram abuso sexual. Instrumentos: Método de Rorschach, Teste das Fábulas de Düss, desenhos e entrevistas.	As reações observadas relacionam-se, em termos descritivos, com o distúrbio de stress pós-traumático e, em termos psicanalíticos, com a fixação da libido ao instinto de morte. Identificou-se a existência de fatores familiares predisponentes à ocorrência de abuso sexual (famílias disfuncionais e negligência materna).

O psicodiagnóstico interventivo com pacientes deprimidos : alcances e possibilidades a partir do emprego de instrumentos projetivos como facilitadores do contato	DOUTORADO	2004	Maria Salete Lopes Legname de Paulo	Investigar, a partir das técnicas projetivas, os aspectos psicodinâmicos e as possibilidades de intervenção nos quadros de depressão em adultos.	Psicodiagnóstico Interventivo de quatro pacientes diagnosticados com depressão. Instrumentos: Entrevista Clínica, BDI, técnicas projetivas, Questionário Desiderativo e Teste de Relações Objetivas de Phillipson.	O Psicodiagnóstico Interventivo pode permitir o atendimento de um maior número de pacientes, em menor tempo.
O vazio existencial na prática clínica da logoterapia	DOUTORADO	2004	Roseana Barone Marx	Apresentar e discutir o Vazio Existencial na prática clínica da Logoterapia e a Análise Existencial.	Pesquisa clínica por meio de estudo de caso ilustrando a prática clínica em Logoterapia.	A partir da conceituação de sua teoria psicológica, Viktor Frankl fala de uma dimensão antropológica essencial e terapêutica, o poder de decisão.
Envelhecimento e depressão: da perspectiva psicodiagnóstica ao encontro terapêutico	MESTRADO	2005	Cláudia Aranha Gil	Compreender o idoso com sintomas de depressão e apresentar as reflexões sobre a forma como se deu o Encontro Terapêutico com eles.	Atendimentos clínicos de dois idosos com sintomas depressivos. Instrumentos: técnicas projetivas, Questionário Desiderativo e Teste de Apercepção Temática para Idosos (SAT).	Intervenções realizadas enquanto sustentação do processo terapêutico. Vislumbrou-se a realidade própria do ser humano: potencialidades, crescimento, afetos e dor.
Práticas terapêuticas entre indígenas do Alto Rio Negro : reflexões teóricas	MESTRADO	2005	Wagner Francisco Vidille	Validar os rituais de cura pesquisados como elementos culturais significativos	Análise de três situações clínicas conduzida por pajés das etnias estudadas.	Ressaltou-se a importância da manutenção destas tradições como elementos estruturantes da identidade individual e étnica.

O planejamento da psicoterapia breve infantil a partir do referencial do desenvolvimento	DOUTORADO	2006	Iraní Tomiatto de Oliveira	Contribuir para o desenvolvimento da psicoterapia breve infantil (PBI), esboçando um panorama dos conhecimentos da área e propondo diretrizes para o planejamento terapêutico.	Apresentação de seis casos clínicos de crianças entre 03 e 08 anos, submetidas a psicodiagnóstico breve.	A teoria do desenvolvimento de Erikson se mostrou compatível com o referencial teórico da PBI psicodinâmica, em especial devido a seu caráter epigenético, relacional e contextualizado.
O emprego da Técnica do Desenho da Pessoa na Chuva : uma contribuição ao estudo psicológico de crianças vítimas de violência doméstica	DOUTORADO	2007	Lucilena Vagostello	Apresentar a técnica projetiva do teste da Pessoa na Chuva.	Aplicação do instrumento em 82 crianças entre 06 e 10 anos, de ambos os sexos, provenientes da periferia, sendo que 40 delas são vítimas comprovadas de violência doméstica.	A análise dos dados indicou que três características foram capazes de discriminar o grupo de crianças vitimizadas do grupo de controle: ausência de detalhes, ausência de guarda-chuva e chuva setorizada.
Profissionais de saúde na relação com os pacientes portadores de esclerose lateral amiotrófica : aspectos psicológicos e de qualidade de vida	MESTRADO	2008	Ana Luiza de Figueiredo Steiner	Investigação e compreensão de aspectos afetivos, emocionais e de qualidade de vida dos profissionais da área de saúde, enfocando sua relação com cuidadores e pacientes portadores de Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA).	Método clínico de pesquisa com onze profissionais. Instrumentos: Entrevista Psicológica Semi Estruturada, Método de Rorschach e Questionário de Vida de McGill.	Os resultados obtidos apontam para a maturidade do grupo de profissionais, a sensibilidade à dor e ao sofrimento dos pacientes, com respostas que denotam afetividade, frustração diante da falta de cura e sucesso no tratamento. Demonstram qualidade de vida preservada, sugerindo satisfação com a escolha, apesar das dificuldades.

Gestantes diabéticas : compreensão clínica e consultas terapêuticas	DOUTORADO	2008	Lúcia de Mello Senra do Valle	Realizar um estudo compreensivo clínico das vivências emocionais da gestante de alto risco com o diagnóstico de Diabetes Gestacional (DG).	Consultas terapêuticas realizadas antes do nascimento do recém-nascido, com acompanhamento durante o puerpério. Instrumentos: Teste das Relações Objetivas de Phillipson (TRO).	A Compreensão Clínica e as Consultas Terapêuticas são formas de atendimento às gestantes diabéticas que contribuem para a evolução benigna do quadro de DG.
Encontro com pais de filhos com traços autistas : compreendendo a experiência emocional	DOUTORADO	2009	Maria Izilda Soares Martão	Conhecer aspectos do psiquismo dos pais de filhos com traços autistas.	Estudo de caso com 10 casais de pais cujos filhos apresentam traços autistas. Instrumentos: entrevistas clínicas, Desenhos-Estórias (D-E) e Observação Familiar.	Os resultados revelaram dificuldades emocionais anteriores ao casamento e ao nascimento dos filhos. Denotaram-se também desejos de mudança e esperança. Mostrou-se a necessidade dos pais em receber tratamento psicológico que possa atender às peculiaridades de cada um.

Consultas terapêuticas de crianças abrigadas e seus pais : uma investigação dos vínculos familiares	DOUTORADO	2009	Wadad Ali Hamad Leoncio	Refletir sobre a situação de abrigamento e o rompimento da convivência familiar; desenvolvimento de recursos que contribuam para o desenvolvimento emocional de todos os membros da família, preservando-se os vínculos familiares.	Estudo de caso de quatro famílias. Instrumentos: Consultas terapêuticas individuais e familiares.	Foi observado que tanto as crianças como os pais já apresentavam conflitos antes do abrigamento. A partir de uma abordagem compreensiva, próxima, humana, acolhedora e continente, sendo transmitida caso a caso, é possível promover verdadeiras mudanças.
Recordação e transicionalidade : a oficina de cartas, fotografias e lembranças como intervenção psicoterapêutica grupal com idosos	DOUTORADO	2010	Cláudia Aranha Gil	Apresentar a Oficina de Cartas, Fotografias e Lembranças como proposta de método psicoterapêutico dirigido a idosos, em um enquadre grupal, e verificar seu alcance e seus benefícios para esse grupo.	Participação em grupo de seis idosos de ambos os sexos, com idades entre 65 e 79 anos. Instrumentos: Para diagnóstico- Entrevistas, WHOQOL-BREF (Inventário de Qualidade de Vida Forma breve), o BDI e o SAT.	Houve significativa melhora dos sintomas depressivos e, de modo geral, da qualidade de vida dos participantes que concluíram a participação no grupo. O enquadre utilizado favoreceu maior integração e possibilidade de recordação saudável.

<p>Saúde mental e sofrimento psíquico de indígenas Guarani-Mbyá de São Paulo: um relato de experiência</p>	<p>DOUTORADO</p>	<p>2011</p>	<p>Tania Elena do Bonfim</p>	<p>Descrever experiência de atenção psicológica em aldeia indígena e formas de intervenção psicológica utilizadas, suas vicissitudes e a importância do setting e do campo das relações emocionais estabelecidas</p>	<p>Duas oficinas (uma com crianças e outra com adultos) e casos de atenção psicoterapêutica individual.</p>	<p>Presença de ambigüidade, entendida como uma dificuldade na constituição da identidade pessoal. Houve dificuldades na manutenção do setting, porém a partir da compreensão do campo das relações emocionais foi possível a elucidação de conflitos. A utilização das técnicas e do arcabouço teórico psicanalítico foram eficazes.</p>
<p>Psicoterapia psicanalítica da fobia : o uso de imagens em um estudo de caso</p>	<p>DOUTORADO</p>	<p>2011</p>	<p>Laura Carmilo Granado</p>	<p>Descrever o atendimento de uma paciente utilizando imagens relacionadas à sua fobia no contexto clínico.</p>	<p>Estudo aprofundado de um caso de psicoterapia de paciente de 37 anos com queixa de aracnofobia. Instrumentos: Desenhos-Estórias (D-E).</p>	<p>O presente estudo de caso evidenciou a potencialidade do uso de imagens em favorecer a simbolização e as elaborações na psicoterapia psicanalítica da fobia.</p>

Psicodiagnóstico compreensivo de crianças com distúrbios de conduta : aspectos psicodinâmicos	MESTRADO	2011	Ana Angelica Roncolato	Compreender os aspectos emocionais de crianças com distúrbio de conduta.	Avaliação de seis crianças entre seis e doze anos, sendo três com Transtorno de Conduta. Instrumentos: Teste de Apercepção Infantil com Figuras de Animais CAT-A e o Teste das Fábulas de Düss.	Os resultados encontrados mostraram no grupo clínico presença de conteúdo agressivo, hostil, de impulsividade. Tais crianças não contam com figuras significativas capazes de conter suas angústias. Evidencia-se a necessidade de medidas preventivas e intervenções em saúde mental na família e na escola.
Reflexões sobre a relação entre a personalidade borderline e as adicções	MESTRADO	2012	Marcelo Soares da Cruz	Refletir sobre a relação entre as denominadas personalidades borderline e as adicções, a partir de uma investigação fundamentada em uma leitura psicanalítica. Enriquecer os instrumentos teórico-clínicos de que se dispõe.	Estudo dos conceitos expostos a partir da leitura hermenêutica através da utilização de material clínico.	Formulou-se a proposta de compreensão da organização borderline de personalidade como uma modalidade de adicção, cujo objeto é uma pessoa, mesmo que coisificada.

Observa-se que maioria dos trabalhos se baseia em método qualitativo, com estudos de caso. Há alguns com um numero maior de casos, onde se usa contribuições de meotodos quantitativos, e a Tese de Doutorado de Lucilena Vagostello foi feita com base em método quantitativo. Todos os trabalhos são feitos com sujeitos com manifestações de sofrimento e predominam propostas de psicodiagnóstcos Compreensivos e interventivos. Também vale a pena destacar que são usados instrumentos psicológicos, projetivos e não,

na maior parte das pesquisas, mantendo também uma linha de investigação que vimos desenvolvendo há muitos anos.

NOSSO NUMEROS PSICÓLOGOS E ATENDIMENTOS

A média dos psicólogos que trabalham nesses atendimentos é de 80 a 100 por ano, entre psicólogos clínicos, escolares e judiciais, alunos de graduação, orientandos de pós-graduação, médicos, advogados, assistentes sociais, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, desenvolvendo os projetos, sendo que alguns fazem parte de dois ou mais projetos paralelamente. Para cada Projeto de Pesquisa/Atendimento há no mínimo um psicólogo-responsável pela coordenação do mesmo.

A média de atendimentos durante esses dez anos de trabalho está por volta de aproximadamente 500 pessoas anuais, sendo que o trabalho psicoterapêutico é realizado uma vez ou duas por semana, portanto, tem-se uma frequência média de 40 atendimentos anuais, contemplando por volta de 20.000 atendimentos em toda a sua trajetória até a presente data.

O Serviço APOIAR recebe pacientes de diversas instituições como: Faculdade de Odontologia da USP, Associação Marly Cury, próprios terapeutas do Serviço, Clínica Psicológica Prof. Durval Marcondes da USP, pacientes atendidos na graduação da Psicologia da USP e demais Faculdades, SAP (Serviço de Atendimento Psicológico) da USP, pelos próprios pacientes que se utilizam do Serviço, Hospitais Psiquiátricos, Associação Crianças Especiais de Jandira; todas as Unidades do Abrigo Solidário; Casa da Criança em Jandira; Obra Social Maria Madalena de Osasco; Albergue Boraceia – Barra Funda, Associação Helen Drexel, Poder Judiciário.

Outros encaminhamentos são advindos de consultórios de diversas especialidades que recorrem ao Serviço, como uma forma de poderem ser atendidos mais rapidamente, além das palestras proferidas pela Coordenadora do Laboratório em diversas Universidades de São Paulo, em Hospitais, como o das Clínicas; Abrigo Pastoral Latino Americano no Brasil, e também de entrevistas oferecidas aos jornalistas de diversas revistas científicas ou

não, que a procuram, como de alguns programas de TV.

A Coordenadora realiza também palestras por todo o Brasil, além de Eventos Internacionais; e Vídeo – conferencias.

As queixas trazidas pelos pacientes são em sua grande maioria de: tentativas de suicídio, depressão, hiperidrose, abuso sexual, transtorno bipolar, dificuldade escolar, crises pós-separação, crises pós-luto, compulsão por álcool ou por alimentação, adolescentes em liberdade assistida, crianças abrigadas, abuso sexual, etc. A partir de 2012, visamos mais atendimento de pacientes dentro de Projetos, em função de uma melhor organização, e de forma a atender os princípios que norteiam um Laboratório. No entanto, sempre atendemos a quem nos procura, estando abertos e sensíveis às manifestações do sofrimento humano.

O Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social – Serviço APOIAR, conta com uma organização também em termos de documentação tanto para os terapeutas voluntários que ingressam como pesquisadores (Termo de Inscrição como Voluntário – não caracterizando vínculo empregatício), quanto para os pacientes, como Termo de Consentimento Livre e Esclarecido como participantes de pesquisas e trabalhos científicos, Declaração de Comparecimento ao Tratamento quando se faz necessário apresentá-lo, no trabalho, bem como na escola, ou para profissionais outros que solicitem os mesmos como juizes, advogados, psicólogos, fonoaudiólogos e psiquiatras, e demais outros documentos que oficializam o serviço.

Todos os membros do APOIAR são inscritos como pesquisadores do órgão de fomento CNPQ-Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, após a confecção do Curriculum Lattes.

A partir das pesquisas realizadas neste Laboratório, trabalhos científicos são levados para serem apresentados em diversos Congressos de Saúde Mental, nacionais e internacionais. Alguns países da América do Sul já contaram com o recebimento desses trabalhos, como Montevideo, Chile, Peru e Buenos Aires, e da Europa como Barcelona e Portugal.

Diversos cursos foram e continuam sendo realizados através deste Laboratório como aprimoramento para os diversos atendimentos existentes. Entre eles: “Psicopatologia”

(Profa. Leila Tardivo), “Aplicação dos Testes BDI, WHOCOL e DESIDERATIVO” (Profa. Dra. Leila Tardivo e Claudia Aranha Gil), “Psicoterapia Breve Infantil e de Adulto” (Profa. Dra. Irani Tomiatto e Profa. Dra. Kayoko Yamamoto), “Teoria do Apego” (Profa. Dra. Catalina Pérez López Málaga-Espanha), “Violência e Saúde Mental: Famílias e Crianças em Risco” (Profa. Rosa Colombo – Argentina) cursos estes ministrados no próprio Instituto de Psicologia com membros do próprio Laboratório.

Destacamos o curso ministrado em 2010 e depois por um grupo de membros do APOIAR e mais alguns convidados o “TFP-Psicoterapia Focada na Transferência”, técnica esta desenvolvida pelo Prof. Dr. Otto F.Kernberg – University Hospital of Columbia and Cornell – White Plains, Estados Unidos, onde uns grupos de 15 membros do Laboratório estiveram presentes para o aprendizado da técnica, e que a partir de pesquisas já iniciadas por vários países, o Brasil, sob a coordenação da Profa. Leila S. L. P. C. Tardivo é a responsável. A partir dessa mesma técnica, um trabalho com adolescentes também está sendo desenvolvido no Laboratório, o qual recebe supervisões por skype da Profa. Dra. Pamela Foelsch, coordenadora responsável na University Hospital of Columbia and Cornell – White Plains, Estados Unidos, professora esta que administrou o curso: “Introdução ao Tratamento da Identidade do Adolescente: Uma modificação da Psicoterapia com Foco na Transferência no Tratamento da Patologia da Personalidade” que foi ministrado on line em agosto de 2010 e agora aprofundado recentemente em 22 a 24.10.2012.

CONSIDERAÇÕES FINAIS – O FUTURO

As perspectivas futuras nos levam a uma ampliação dos serviços, sempre vinculados aos Projetos e abertos a estudantes e profissionais que almejam se desenvolver nessa proposta institucional, e em função de novas parcerias que estão sendo negociadas com novos abrigos e outras entidades em nossa cidade.

A união com a equipe da Ser e Fazer com seus membros e na pessoa da Coordenadora, colaboradora aposentada Profa Tania Vaisberg também preannuncia muito desenvolvimento. Recentemente tivemos o oferecimento de outra Professora também aposentada, que tanto já contribuiu na formação de alunos no IPUSP e vem se juntar a nós no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social, a Professora Jussara Falek visando, dessa forma um diálogo e um intercâmbio que vão trazer mais propostas a todos

os que trabalham nessas propostas: ensino, pesquisa e prestação de serviços à comunidade , em Saúde Mental e Psicologia Clínica Social.

Vale um destaque às propostas de parcerias internacionais, como com a Universidade de Cornell, com a Profa Pamela Foeschl , que coordena uma pesquisa, onde representamos o Brasil, que trata do estudo e compreensão da identidade de adolescentes. Essa investigação vem sendo desenvolvida em diversos países do mundo, e vários idiomas e atesta a preocupação de todos com o futuro de nossa nação e do mundo. Também a possibilidade de desenvolvimento de uma pesquisa com Dr Otto Kernberg , sob a orientação do Prof Dr John Clarkin, nossa presença na Associação Internacional de psicoterapia com Foco na Transferência (estivemos nos dois encontros internacionais dessa Associação , em 2011 em Nova Iorque, nesse ano em Amsterdã na Holanda, preparamos essas possibilidades.

Com extrema satisfação, vale destacar as parcerias e projetos que devemos realizar (e alguns já estamos realizando) com nossos parceiros da Argentina – na pessoa da querida Dra Rosa Ines Colombo, que já é da Casa. E nossos parceiros de Portugal e Espanha, que nos honram com a presença. Assim o Prof Dr Rui Paixão, que veio a São Paulo com propostas de pesquisa e um convênio a ser assinado; da nossa pátria mãe, Portugal da linda Coimbra , que Roberto Carlos soube trazer em versos , regravando uma música antiga: “Coimbra... capital do amor em Portugal...”

A presença dos queridos professores da Espanha, país tão importante na minha história pessoal e que hoje posso trazer para o Brasil, e para o IPUSP, com propostas de trabalho conjuntos tão promissores. Os colegas da linda Galícia, (quem não se lembra da canção “Um canto a Galicia”, cantada lindamente por Iglesias) , da Universidade de Vigo, do campus de Ourense. Eles, Jose Maria Failde e Yolanda Rodriguez Castro , junto com Maria Lameiras, me receberam com amizade e desenvolvem trabalhos importantes com os quais podemos e devemos pensar em parcerias.

O Prof. Dr. Jesus Garcia Martinez, Diretor da Faculdade de Psicologia da Universidade de Sevilha, também me recebeu nessa linda cidade de Andaluzia. Quantas sevillanas vi dançar e histórias e músicas de lá pude ouvir em minha infância, e , com que prazer hoje posso recebê-lo , e, que também apresenta uma proposta de intercâmbio e

convênio, para nossos alunos dos diferentes níveis, e aqui veio para estreitar esses laços e desenvolver esses projetos.

O futuro é dos jovens, e nesse sentido sinto-me jovem com eles. O APOIAR tem muitos jovens, estudantes de pós graduação de graduação, e nosso trabalho e dedicação deve continuar, desejando que possam estar comigo e com nossa equipe,

A partir do histórico descrito, pode-se perceber a existência de um período de vinte anos do Laboratório, dez do APOIAR, de pessoas interessadas principalmente no acolhimento do sofrimento humano em suas diversas manifestações.

Sonho sonhado junto, vira realidade, e o APOIAR é um sonho meu e de todo esse grupo, essa equipe e virou essa realidade.

Devemos continuar na estrada, sonhando junto.....

REFERÊNCIAS

AIELLO-VAISBERG, T.M. J; AMBROSIO, F. F. (organizadoras) – Revistas Ser e Fazer – “Trajetos do Sofrimento: Desenraizamento e Exclusão” – Instituto de Psicologia 2002 – p. 04-06

_____ “Cadernos Ser e Fazer: Apresentação e Materialidade” – Instituto de Psicologia 2003 – p. 66-76

_____ “Trajetos do Sofrimento: Rupturas e (re) Criações de Sentido” – Instituto de Psicologia 2003 – p.60-61-63-67

TARDIVO, L.S.P.C. e GIL, C. A. –(org.) *Anais da I Jornada APOIAR ; Fundamentos Propostas de Atendimento*– Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 29 de novembro de 2003 .

TARDIVO, L. S. L. P. C. ; GIL, C. A. (Org.)*Anais da III Jornada Apoiar atendimentos Clínicos Diferenciados e Inclusão: o Papel da Psicologia Clínica Social.* São Paulo: Instituto de Psicologia da USP, 2005.

TARDIVO, L. S. L. P. C.. (Org.). *Caderno de Anais da IV Jornada APOIAR Infância, sofrimento emocional e a clínica contemporânea.* Instituto de Psicologia da USP São Paulo, 2006.

TARDIVO, L. S. L. P. C.: (Org) *Anais da V Jornada APOIAR Saúde Mental nos Ciclos da Vida,* 2007, São Paulo, Instituto de Psicologia da USP São Paulo: 2007.

TARDIVO, L.S.L.P.C. (Org.) *Caderno de anais da VI jornada APOIAR: Saúde mental e violência: contribuições no campo da psicologia clínica social,* Instituto de Psicologia da

USP, São Paulo, 2008

TARDIVO, L.S.P.C;GIL, C.A. (organizadores) – “APOIAR – Novas Propostas em Psicologia Clínica, São Paulo, Ed. Sarvier , 2008

TARDIVO, L.S.L.P.C. (Org.) Caderno de anais da VII jornada APOIAR: Saúde Mental e Enquadres Grupais: a Pesquisa e a Clínica Instituto de Psicologia da USP, São Paulo, 2009

TARDIVO, L.S.L.P.C. (Org.) Caderno de anais da VIII jornada Apoioar *Promoção de Vida e Vulnerabilidade Social na América Latina: Reflexões e Propostas* Instituto de Psicologia da USP, São Paulo, 2010

TARDIVO, L. S. L. P. C.; PINTO JUNIOR, A. A. Inventário de frases no diagnóstico de violência doméstica contra crianças e adolescentes. 1ª ed. São Paulo: Vetor, 2010.

TARDIVO, L.S.L.P.C. (Org.) Caderno de anais da IX jornada APOIAR: Violência Doméstica e o Trabalho em Rede Compartilhando Experiências: Brasil, Argentina Chile eE Portugal , Instituto de Psicologia da USP, São Paulo, 2011.

2ª MESA

INVESTIGAÇÕES NA TEMÁTICA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Adultos Acusados de Cometer Abuso Sexual Infantil

Rosa Inés Colombo.

Sergio Breuer

El siguiente trabajo tiene por objeto hacer un recorrido por los diferentes sujetos que fueron evaluados dentro del ámbito de la justicia en función de una denuncia por abuso sexual sobre alguno de sus hijos. Se incluirán en este estudio tanto las evaluaciones realizadas por los peritos como así también lo arrojado en entrevistas con los terapeutas familiares. De acuerdo a los diferentes resultados y en correlación con el hecho denunciado y la historia familiar, se realizarán distintas aproximaciones a las posibilidades que tienen estas familias a la revinculación parental. Qué casos y desde qué perspectivas se podrían pensar como más beneficiosas en ese aspecto. La metodología será de tipo mixta, descriptiva en lo referente a los adultos sospechados y del caso único en lo referente a la dinámica familiar.

Descripción del grupo evaluado según lo recabado en las entrevistas.

Análisis de los indicadores hallados en los instrumentos de evaluación.

Posibles diagnósticos.

Relaciones teóricas

Análisis del grupo familiar y del sujeto víctima.

INTRODUCCIÓN

El trabajo diario con personas que han cometido algún tipo de delito o han sido

denunciadas y están detenidas por dicha acusación nos interpela en cuanto a los móviles que los llevaron a este tipo de situación o a pensar en determinadas estructuras psíquicas o tipos de personalidad que condicionan o determinan este tipo de comportamiento. Cómo debe conducirse un perito psicólogo en estos casos, cómo es realizar una entrevista con personas que han de alguna manera violado la libertad del otro mediante el robo, las lesiones y hasta quitándole la vida a un semejante.

Y la pregunta se extiende un poco más o se hace más difícil de precisar cuando se trata de una persona que ha cometido un delito de índole sexual.

La extensa bibliografía sobre el tema nos plantea que no existe un patrón de conducta o un tipo de personalidad propio de la persona adulta que abusa sexualmente de un niño y esto se confirma desde nuestra experiencia ya que no observamos desde lo formal ninguna diferencia con personas que han cometido otros delitos.

Si tuviéramos que describir a estos sujetos denunciados como agresores sexuales diríamos que al momento de las entrevistas se muestran como personas que muestran una actitud más bien sumisa, retraída, obediente, y que al mismo tiempo son dispuestos y tratan de agradar al entrevistador. En líneas generales no se observaron alteraciones en las funciones psíquicas, ni tampoco indicadores que dieran cuenta de actividad delirante ni síntomas compatibles con un cuadro psicótico.

Descripción del grupo evaluado según lo recabado en las entrevistas.

El presente trabajo se basa en una muestra de 12 adultos varones judicializados imputados del delito de abuso sexual de menores. Las edades varían:

menor de edad: 1

entre 20 y 30 años: 7

entre 30 y 40 años: 1

mayores de 40 años: 4

Solo 3 poseen antecedentes penales por otros delitos.

En cuanto al grado de instrucción más de la mitad no finalizaron el ciclo primario y sólo dos tienen nivel terciario. Es notable que cuando durante la entrevista se les pide que relaten su paso por la escolaridad, aparece la decisión de dejar la escuela sin ningún cuestionamiento por parte de los adultos. Mayormente provienen de familias numerosas y el 20% considera que ha sido víctima de violencia familiar. Poco más del 50% tienen pareja estable y tienen hijos.

El 70% manifiesta tener conductas adictivas desde temprana edad, consumiendo Alcohol, marihuana y cocaína (en ese orden decreciente). En ningún caso se efectuaron tratamientos y sólo el 20% considera que sería beneficioso encarar uno.

En cuanto a las relaciones sociales, en general, se observan dificultades a la hora de relacionarse. El 45% admite esto y el 70% manifiesta que tienen pocas amistades.

En cuanto a la actividad laboral, el 45% comenzaron a trabajar con menos de 15 años y el 64% cuentan con un oficio.

Análisis de los indicadores hallados en los instrumentos de evaluación.

Dichos instrumentos revelan que en general, en cuanto a las capacidades cognitivas (memoria, atención, concentración, capacidad de juicio e ideación) se encuentran dentro de los parámetros esperables, evidenciándose la prueba de realidad conservada. No se han detectado signos de alteración en sus funciones psíquicas básicas y superiores, con una adecuada orientación temporo-espacial. Como pudimos ver en el punto anterior, no es óptima la estimulación que han recibido dichas capacidades ya que la mayoría de los sujetos no han finalizado el ciclo primario. Es así que se observa una inteligencia más de tipo reproductiva que creadora y con una franca orientación hacia lo práctico.

También es notable cierta rigidez cognitiva, que tiene que ver con pocas estrategias para afrontar y resolver problemas. En este sentido, las funciones cognitivas se ven empobrecidas siendo inadecuado el uso de los mecanismos de defensa, todo lo cual reduce las posibilidades adaptativas.

El nivel intelectual es medio y se encuentra íntimamente relacionado con la

instrucción recibida y el medio sociocultural en el cual se han desarrollado.

A nivel emocional, hay una cuestión que se repite y que tiene que ver con una afectividad de tipo egocéntrica, es decir centrada en sus propias necesidades. Por ende se observan dificultades en las relaciones interpersonales, en cuanto a la expresión de sus emociones. Tienden a manejarse bien en relaciones de tipo superficiales, no así en aquellas relaciones que requieren un mayor compromiso y madurez. Las relaciones empáticas, que tienen que ver con la capacidad de un sujeto de identificarse mental y afectivamente con otro, se ven afectadas.

Se observa asimismo inmadurez emocional, en algunos casos también inhibición y dependencia. Se dificulta la regulación de los impulsos y la capacidad de poder anticiparse a las consecuencias de sus actos, no logrando implementar recursos simbólicos para tramitar sus mociones pulsionales. En este sentido las tendencias moderadoras internas se ven devaluadas, lo que está asociado a una impulsividad de tipo infantil: baja tolerancia a la frustración, con premura en la expresión y necesidades de satisfacción de sus impulsos.-

Posibles diagnósticos.

Si bien hemos podido enumerar en el punto anterior las características del perpetrador sexual es posible observar cómo algunos trastornos presentan rasgos o comportamientos comunes a los expuestos. Podríamos decir que encontramos características comunes en los perfiles estudiados, pero que no determinan necesariamente “el perfil de un abusador sexual”. En el caso del Trastorno Narcista y del Trastorno límite de la personalidad, vemos que en concordancia con los casos estudiados también aparece cierta distorsión en las relaciones interpersonales, falta de empatía y al igual que los sujetos acusados de perpetrar ataques sexuales están presentes características egocéntricas.

En el caso del Trastorno Obsesivo Compulsivo en el cual se destaca el control y una conducta ambivalente que oscila entre la rigidez y respuestas impulsivas poco elaboradas podemos asimilarlo con los sujetos evaluados que presentaban un control excesivo de sus impulsos los que luego ante situaciones invasivas o de inestabilidad llegan al desborde

emocional.

El Trastorno Histriónico también está presente en estos casos cuando observamos características tales como el exhibicionismo y una actitud seductora, que en el caso de perpetradores se asocia al Trastorno Antisocial en el cual observamos manipulación y agresividad.

Desde estos planteos vemos la dificultad de hablar de diagnósticos asociados al agresor sexual, cada caso particular puede presentar rasgos o características que también aparecen en otros trastornos que no son privativos de esta población.

Relaciones teóricas

Realizaremos un breve recorrido sobre lo planteado por distintos autores sobre el perfil del sujeto acusado de abuso sexual infantil.

Si bien muchos estudios plantean que no existe un perfil asociado estrictamente a los agresores sexuales o violentos en relación a la pareja y los hijos en una investigación realizada en España, Castro (2002) plantea que *“En relación al perfil psicológico, se pueden encontrar una serie de características comunes que aparecen en un porcentaje importante dentro de los delincuentes sexuales. Por una parte, suelen ser sujetos que presentan comportamiento sexual poco adaptado como por ejemplo excitación o preferencia por estímulos sexuales desviados. Muestran un cierto deterioro de la capacidad para la actividad sexual recíproca y afectiva libremente consentida y pueden también experimentar algunas disfunciones sexuales como la impotencia. Asimismo, pueden poseer pensamientos y actitudes sexistas hacia las mujeres y niños como objetos de pertenencia del hombre. Cuentan con poco autocontrol de sus impulsos y con distorsiones cognitivas que facilitarán los actos delictivos sexuales. Justifican sus acciones haciendo uso de numerosos mecanismos de defensa, bien negándolas, minimizándolas o culpando a los demás. La inmadurez emocional suele ser común y se refleja en la falta de empatía hacia las demás personas. Asimismo, es posible que muestren problemas en el comportamiento social. No*

suelen disponer de estrategias ni de habilidades sociales adecuadas para la resolución de sus problemas por lo que tienden a reaccionar con respuestas de enfrentamiento desadaptadas: problemas laborales, dificultades en las relaciones, baja tolerancia a situaciones de frustración, entre otras (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Echeburúa et al., 1997; Garrido, 2003, Hunter, 1999, Marshall, 2001; Redondo, 2004; Sánchez, 2000; Soria y Hernández, 1994)”

El mismo estudio expone según el análisis de los datos hallados que *“No es frecuente que los agresores sexuales presenten trastornos mentales, aunque pueden existir algunos casos clínicos. En un estudio de Bueno y Sánchez (1995; citado por Garrido, Stangeland y Redondo, 2001, p. 549), se observó un retraso mental en el 10% de los casos, trastornos esquizofrénicos en un 4% y otros trastornos en el 22% de los evaluados. En un 64% de los casos no se documentó ningún trastorno psicológico. Cáceres (2001), Echeburúa et al. (1997) y Soria y Hernández (1994) coinciden en afirmar que la mayoría de los agresores sexuales no presentan trastornos psicopatológicos pero defienden la relación entre delitos sexuales con determinados trastornos de personalidad (trastorno antisocial, trastorno esquizoide y trastorno límite), parafilias, alteraciones cognitivas (demencias y deficiencias mentales) y alcoholismo. Por otra parte, en el estudio llevado a cabo por Ortiz, Sánchez y Cardenal (2002), se halló que los delincuentes sexuales de menores se muestran como el grupo de sujetos con menos alteraciones estables de personalidad y con rasgos de personalidad dependiente, fóbicos y compulsivos. En cambio, los agresores sexuales de adultos aparecen con rasgos de personalidad antisocial, compulsivos, dependientes y con trastornos de personalidad límite o borderline.”*

Otros estudios realizados también en España señalan que *“En lo referente al perfil de los delincuentes sexuales de menores, según el presente estudio, cabe describirlo como un varón de mayor edad que el agresor sexual de adultos cuya edad de comisión del primer delito sexual se sitúa en entorno a los 27 años. Por lo general, suelen estar también soltero o divorciado pero, a diferencia de los agresores sexuales de adultos, poseen mayor formación académica-profesional y estabilidad laboral. Esto coincide con los estudios realizados por Gil (1997) y Pulido et al. (1988). No es frecuente que tengan antecedentes delictivos. Suele actuar en solitario y hacen más uso del engaño que de la intimidación. La*

víctima es por lo general una persona conocida, niña o niño menor de 12 años. Los abusadores de menores manifiestan más síntomas de ansiedad fóbica, con un nivel de gravedad significativo, lo que podría ser explicado por la adopción del estilo ansiosoambivalente de Bartholomew (1993) y Bartholomew y Horowitz (1991).¹²

Desde otra mirada y en relación al tratamiento de ofensores sexuales Isables Boschi en Argentina plantea que:

“En las últimas décadas de este siglo, los terapeutas e investigadores en el área de la parafilia observaron que muchos de sus consultantes parafilicos podían presentar una base depresiva. Otros informaron que una intensa ansiedad precedía las conductas de estos pacientes, clasificadas por los profesionales como compulsivas porque se manifestaban sin el control voluntario de los sujetos.

Los terapeutas advirtieron que las personas que procedían así se adherían a un objeto, sexual, con fijeza obsesiva, exclusiva y específica. Otros investigadores compararon la ansiedad que precedía la conducta compulsiva con el aura de la epilepsia temporal. Aún no existe suficiente experimentación que corrobore esa correlación.

Los pacientes informan que la conducta que los expertos denominan obsesivo – compulsiva les proporcionan un breve alivio al aumento de su ansiedad, pero que ésta reaparece cíclicamente. Su vida sexual se desarrolla entre uno y otro pico de ansiedad, por lo que la gratificación es relativa y tensional. Dicen los medicadores que la descarga sexual actúa como un ansiolítico de corta vida. (Eli Coleman).

Todas estas experiencias clínicas determinaron que los redactores del DSM IV, además de ubicar a la parafilia entre los trastornos sexuales, pasen a considerarla como una conducta propia de "trastornos del control de los impulsos", según el DSM –IV y que acuñen un nuevo concepto, el de "conducta sexual compulsiva".

¹² María-Esther Castro et al. Sintomatología asociada a agresores sexuales en prisión.

Decimos que la conducta sexual compulsiva es parafilica cuando las obsesiones o ideas fijas en su contenido sexual que motivan al sujeto a la excitación y el orgasmo, son tácita o explícitamente rechazados por un contexto social determinado. Esta sería la dinámica del proceso parafilico.

Si el deseo sexual de una persona moviliza una ansiedad que le provoca malestar, actúa compulsivamente para aliviarse.

La sociedad reprueba su conducta por razones de hábitos morales, valores o costumbres. Eso le genera nuevas tensiones que necesitará descargar compulsivamente. Surge así un circuito de mantenimiento, productor de nuevas ansiedades y nuevas conductas sexuales compulsivas, que se perpetuarán si no intervenimos terapéuticamente con o sin medicación, según la necesidad del caso.”¹³

Estas dos posturas nos dejan un escenario abierto y conflictivo. Desde la Psicología se debe pensar en la posibilidad de cambio y de adaptación pero también sabemos acerca de estructuras y rasgos dominantes así como de condicionamientos que obturan y dificultan los vínculos y los roles.

Los ofensores sexuales deben ser mirados en su individualidad, es necesario saber de su historia y de su constitución subjetiva, de su contexto y redes de apoyo, de sus vínculos más primarios y de los que haya podido lograr a lo largo de su vida. Cualquier diagnóstico presuntivo o apresurado nos atará las manos como evaluadores o terapeutas y no nos permitirá ver la totalidad del caso y las variables que en él intervienen. Debemos tender a recuperar la salud, las vinculaciones y el desarrollo individual y velar al mismo tiempo por las personas que con ellos se relacionan. Una tarea nada fácil y de mucho compromiso ético.

Análisis del grupo familiar y del sujeto víctima.

¹³ Isabel Boschi. Perspectivas sistémicas. “Obsesión, compulsión, ansiedad y parafilias”.

La consulta psicológica se ha convertido en los últimos años en el escenario donde acuden los denunciantes de abuso sexual infantil. La transición entre el cierre de los Tribunales de menores en la provincia de Buenos Aires y la apertura de Servicios zonales y locales dedicados a la asistencia al niño y a su familia provocaron un vacío que dejó de alguna manera indefensos a los familiares de niños víctima de abuso sexual.

En líneas generales es la madre quien acude a consulta con la sospecha de que su hijo haya sido víctima de algún contacto sexual inadecuado por parte de su padre biológico. El pedido es por lo general de un diagnóstico que aclare la situación y le permita, si no lo ha hecho aún, realizar una denuncia en la justicia.

El recorrido profesional nos ha mostrado que es iatrogénico someter a un niño a repetidas evaluaciones además de considerar la importancia de la pericia oficial como medio de prueba por lo tanto cuando se plantea el tratamiento psicológico el mismo está más destinado a acompañar y a sostener en esta espera hasta ser evaluado.

Al mismo tiempo el espacio terapéutico sirve como vehiculizador de sentimientos, expresiones, malestares, vividos intensamente por el niño víctima. A lo largo de los encuentros los niños van mostrando sentimientos encontrados de amor odio hacia los otros, expresiones de agresión contenida, enojo y tristeza, propios de niños pequeños que han debido soportar situaciones traumáticas sin poder dar cuenta de ello.

Al igual que muchos teóricos sobre el tema (Volnovich, 2002, Ganduglia, 2002)* sostengo la necesidad de no vinculación con el supuesto ofensor o, la familia del mismo, hasta tanto no se haya realizado la pericia oficial y se establezcan las reglamentaciones suficientes para la protección de la niña.

*" la problemática de la revinculación (...) obstaculiza una adecuada evaluación de los factores de riesgo, imprescindible para decidir una reunificación familiar o la reconstrucción de un vínculo paterno filial y retroactivamente genera desviaciones en el momento inicial de la intervención ya que influye también en las decisiones de *interrupción transitorias de vínculos, cuando esta decisión es imprescindible* para una correcta evaluación del maltrato

sospechado y para evitar una revictimización emocional del niño”¹⁴

En el caso de niños maltratados o abusados sexualmente que fueron obligados a seguir manteniendo un vínculo con los supuestos ofensores se produjeron retractaciones en las víctimas sostenidas desde el miedo, el sentimiento de desprotección y la sensación de profunda culpa que le genera a un niño, que no comprende bien la situación vivida, enfrentarse con alguno de sus progenitores o personas más cercana.

Ahora bien esto no resulta fácil, la persona denunciada reclama ver a su hijo, se siente amenazado no sólo por el denunciante y la justicia, si no además por el psicólogo tratante. Es así que comienzan las disputas y las amenazas entre las partes donde el niño es nuevamente victimizado.

Las madres que logran apoyo familiar y social, pueden llevar a cabo un sostén más firme y duradero hacia sus hijos. Lentamente van comprendiendo la situación en las que ellas también estaban involucradas y si no las atrapa la culpa y pueden hacer una buena elaboración de lo sucedido se convierten en buenas guardadoras de sus hijos.

Otras en cambio se sumergen en su propia desdicha y no pueden ver que vuelven a abandonar a sus hijos, estos son los niños que no progresan en la terapia y que muchas veces se retractan ya que a pesar del sufrimiento padecido prefieren contar con una figura pseudo protectora que por momentos era constituida por el perpetrador.

El niño comienza a ir i volver en su relato, se dice y se desdice, utiliza frases como, “yo lo dejé”, “tengo la culpa”, siempre fue bueno conmigo, me daba cosas”, “prefiero eso antes de no tener papá”, “si no lo veo es como si se hubiese muerto”y otras muchas frases en las cuales el niño se ubica como único responsable de lo sucedido y necesita que el padre vuelva y lo perdone.

¹⁴ Ganduglia, *Abuso sexual en la infancia*. pag 128

Son otros muchos los casos en los cuales las mismas madres ante la impotencia de llevar a cabo la tarea de criar y educar a sus hijos permiten que el perpetrador vuelva y retiran las denuncias realizadas.

O la lucha toma otro matiz en la figura del abuso sexual se descargan todas las frustraciones, los rencores, las desaveniencias y los sufrimientos que tuvo la pareja y se realiza una batalla librada dentro y fuera de la justicia lo cual coloca al niño en un lugar de extrema vulnerabilidad.

Las familias donde se ha producido un abuso sexual infantil son familias disfuncionales en las cuales había un posible agresor sexual pero también había una anomalía en la función materna (Colombo, 2009), en la función de cuidado hacia la crianza lo cual dejaba a los más pequeños en un espacio de vulnerabilidad, caldo propicio para el ejercicio de la conducta sexual inadecuada.

BIBLIOGRAFÍA

- Anales de psicología (2009), vol. 25, no 1. María Esther Castro, Antonio López Castedo y Encarnación Sueiro. Sintomatología asociada a agresores sexuales en prisión. Universidad de Vigo. España
- Boschi, I. (1998) Perspectivas Sistémicas. "Obsesión, compulsión, ansiedad y parafilias".
- Colombo, R. (2009). Función materna y maltrato infantil. Anais VI Jornadas Apoiar. "Saude Mental y Violencia". Sao Paulo.
- Colombo, R. Breuer, S. (2010) Menores y adultos en conflicto con la ley. Cauquén editora. Buenos Aires.
- Volnovich, J. (2002) (Compilador) *Abuso sexual en la infancia*. Buenos Aires, Lumen.

Construcción de la violencia social: técnicas cualitativas para entender el mundo de las víctimas

*Jesus Garcia Martinez*¹⁵

Resumen

Se presentarán trabajos relacionados con la evaluación de la construcción del significado de la violencia en víctimas. Se analizarán tres estrategias diferentes: 1) Uso de la técnica de rejilla para valorar el mundo de significado de las víctimas. La rejilla permite usar tanto indicadores estructurales generales (polaridad, intensidad) como cualitativos (contenido de los constructos). Igualmente se detallará el papel de los dilemas y las transiciones emocionales en la elaboración del sentido de la violencia; 2) Uso de las historias de vida y la elaboración de la trama narrativa. Las historias de vida permiten encontrar tanto indicadores estructurales (episodios, puntos de inflexión), como temáticos (contenidos) y discursivos (forma de presentar la historia) que sirven para entender el significado otorgado a la situación de victimización; 3) estudio de micronarrativas, se trata de una estrategia de creación de microrelatos relacionados con la propia experiencia que a través de técnicas de análisis de contenido permiten entender el modo en que víctimas y agresores representan las situaciones violentas. A lo largo del taller se expondrán ejemplos concretos de cada una de estas técnicas.

Palabras clave: Violencia; Víctimas; Técnica de Rejilla; Historias de Vida; Análisis de Contenido; Teoría Fundamentada

Abstract

In this workshop will be presented some lines of research related with the construction of meaning in victims. Three different strategies will be discussed: 1) the grid technique permits us to use both general structural indicators (as polarity or power) as qualitative (content of the constructs). It will be exposed too, the paper of dilemmas and emotional

¹⁵ Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad de Sevilla (España). Contacto: jgm@us.es

transitions in the elaboration of the meaning of violence; 2) the use of life histories and the elaboration of narrative plots. The life history permits to find structural index (episodes, point of turn), thematic index (contents) and discursive index (the way of history construction) that are useful to understand the meaning of victimization; study of micro-narratives, it is a technique that consist in the creation of mini-tales related with the own experience and throughout content analysis means get to catch the way that victims and offenders use to represent violence situation. In the workshop specific examples of each technique will be exposed.

Key-words: Violence; Victims; Grid Technique; Life History; Content Analysis; Grounded Theory

1. Las violencias sociales

La Organización Mundial de la Salud (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi y Lozano, 2002), distingue tres tipos de violencia, la autoinfligida, la interpersonal y la colectiva. En la actualidad, la forma de violencia con más prevalencia es la interpersonal (también conocida como violencia social). Se trata de un conjunto de manifestaciones (violencia de género o contra la pareja, acoso escolar, acoso laboral, violencia contra los mayores, abuso infantil, violencia filoparental, etc.) en las que un individuo (el agresor o victimario) agrede y controla a otro (la víctima) de una forma reiterada. Se trata de violencia invisibilizadas con baja mortalidad, pero que tienen una alta prevalencia. Su problematicidad radica mucho más en la incidencia insidiosa que tienen en la vida de las víctimas y en los efectos que tienen en su salud física o psicológica que en la mortalidad (Heise y Garcia-Moreno, 2002; Roberts, Lawrence, Williams y Raphael, 1998). En términos generales, la distribución por grandes áreas geográficas está asociada al grado de desarrollo económico (Krug et al. 2002), aunque lo cierto es que sus índices de prevalencia son altos en todas las áreas geopolíticas si se la compara con la cualquier tipo de enfermedad orgánica aguda o crónica. Por ejemplo, la violencia de género tiene unos índices de prevalencia que afectan entre el 3% (Australia, Canadá y Estados Unidos) y el 52% de las mujeres (Palestina) (Krug et al., 2002). En cuanto al acoso escolar los diversos estudios arrojan medias entre el 3 y el 10% de la población en

casos de abusos graves (Garaigordobil y Oñederra, 2008). Las mayores tasas se localizan en países del área latinoamericana. Atendiendo a estas cifras, se puede considerar que las violencias sociales son de un grave problema de salud pública (Koss, Koss y Woodruff, 1001; Ortega, 1998).

Las violencias sociales están definidas por el uso de mecanismos *habituales* de agresión con la intención de *controlar al otro* y que suponen el ejercicio de alguna clase de *poder*, lo que implica que hay un *desequilibrio entre las partes* (una es más poderosa que la otra). Es decir, la violencia supone una relación de desigualdad donde el agresor intenta (y a veces logra) controlar a la víctima a través del uso de la agresión. En los casos de violencia se considera que el ejercicio del poder es ilegítimo, el agresor no está sancionado socialmente para ejercer esa clase de control (García-Martínez, 2008).

El análisis de las violencias sociales ha logrado identificar cuatro grandes mecanismos de legitimación de la violencia (Peyrú y Corsi, 2003): la invisibilización o tendencia a considerar el fenómeno inexistente socialmente, la naturalización o aceptación de la irremediabilidad del fenómeno, la insensibilización o provocación progresiva de una falta de reacción ante el fenómeno por acomodación o habituación y el encubrimiento u ocultación voluntaria para preservar el prestigio social.

2. Las metodologías cualitativas como forma de trabajo en la valoración de las víctimas.

Dado que los procesos de victimización afectan fundamentalmente a la perspectiva de la víctima sobre sí misma, es necesario estudiar como ésta comprende, elabora y construye su situación. Los mecanismos de victimización pasan por ciclos de violencia que progresivamente van aislando a la víctima de su contexto y haciendo que asuman la perspectiva del maltratador. Se trata, en el fondo, de un proceso similar al de la sectarización, con una iatrogenia basada en la incapacidad de estar fuera del círculo o de la visión del mundo del victimizador (Jarne, Arch y Aliaga, 2009). Además de sintomatología de gama ansioso-depresiva y en ocasiones postraumática (Maia, 2006), los procesos que más caracterizan a las víctimas son la pérdida de autoestima, la sensación de amenaza y la autoinculpación (Matud, Padilla y Gutiérrez, 2005). A medida que el proceso avanza, la capacidad de autogestión vital disminuye y se transforma en una situación de control total

por parte del otro. En ese momento es cuando el proceso de violencia llega a su culmen. En definitiva, se trata de un mecanismo que lleva a la pérdida de autoeficacia o de agentividad, a una falta de apoderamiento (García-Martínez, 2008). Con todo, cada víctima vivencia su situación de un modo diferencial y, puesto, que el proceso afecta a su identidad, a su capacidad de entender el mundo y la vida, es necesario un análisis particularizado del modo en que las víctimas entienden a su mundo, al agresor y su propia victimización. Las técnicas de investigación grupal, nomotéticas, normalmente de carácter psicométrico, no pueden captar estos matices de particularidad. Por otro lado, una de las primeras herramientas de apoderamiento es, precisamente, captar las peculiaridades de la persona y de su forma de dar sentido al mundo (Matud, Padilla y Gutiérrez, 2005; Walker, 2001). Por eso, las técnicas cualitativas de investigación deben desempeñar un papel fundamental en la evaluación y el desarrollo del proceso terapéutico de las víctimas.

Las técnicas cualitativas buscan la comprensión del fenómeno que intentan explicar y adoptan una perspectiva holista para ello, considerando como un conjunto interrelacionado la totalidad de variables o de significados implicada. Sus conclusiones se basan fundamentalmente en la inducción aunque sí tienen carácter explicativo. Les interesa reducir la incertidumbre de la explicación teniendo en cuenta la perspectiva de los sujetos acerca de su situación (Taylor y Bodgman, 2000; Pérez, 1994). Adoptan una perspectiva ingenua y relativista, lo que las hacen especialmente adecuadas para el trabajo con herramientas de intervención de carácter constructivista.

Existen multitud de técnicas cualitativas de investigación (Denzin y Lincoln, 2011), aunque las más habituales son el análisis de contenido, la teoría fundamentada y las entrevistas en profundidad. Todas ellas son técnicas de búsqueda de significados, de análisis temático.

El análisis de contenido opera sobre textos de cualquier naturaleza (escritos, grabados) procedentes de cualquier procedimiento de obtención. Después se procede a una lectura sistemática, válida y validante que combina la observación y producción de datos con la interpretación y análisis de los mismos (Andreu, sin fecha). Los niveles de análisis pueden ser muy variados, pero la mayor parte de la investigación se orienta a la búsqueda de implicaciones semánticas. En general requiere de un procedimiento teórico que defina las categorías previamente, de un listado de ejemplos y de criterios de inclusión y exclusión dentro de las mismas y de un listado de ejemplos. Es la técnica más matematizable ya que

permite hacer uso de análisis de frecuencia y de intensidad de las distintas categorías (Gottschalck, 1995). Como técnica cualitativa, es la más básica, puesto que tanto la teoría fundamentada como la entrevista en profundidad, aunque utilizan procedimientos de obtención más exhaustivos, terminan con alguna forma de análisis de contenido. El análisis de contenido sirve fundamentalmente para categorizar, es decir, para obtener un análisis temático y teórico de la perspectiva de un conjunto de sujetos sobre un fenómeno. De todas las técnicas cualitativas es la que está más próxima a un modelo objetivista de investigación.

La entrevista en profundidad (Pérez, 1994) es una técnica mediante la cual el entrevistador sugiere al entrevistado unos temas sobre los que es estimulado para que exprese su perspectiva de una forma libre, conversacional y poco formal, sin tener en cuenta la corrección del material. Se busca obtener información en niveles psicológicos lo suficientemente profundos, lo que permite hacer explícita información que habitualmente queda en el nivel implícito. La entrevista va prosperando dejándose llevar por la información que aparece, pero dirigida por el objeto de investigación definido por el investigador. Este no sugiere nada al entrevistado, pero puede puntualizar para que se de información adicional sobre temas ya enunciados o para que se preste atención a lagunas o fenómenos no mencionados. En definitiva, la tarea del investigador es la de evocar información, sometiendo a un suave escrutinio al informante. A su conclusión debe ser sometida a algún tipo de análisis de contenido.

Las Historias de vida son una clase específica de objetivo para una entrevista en profundidad. Buscan obtener un formato completo de los hechos que secuencian la vida de las personas con el fin de obtener un perfil de las mismas a lo largo del tiempo (Pérez, 1994). Para desarrollar la historia es posible usar materiales complementarias que sirvan para dar una mejor definición a la historias, del tipo de informes, fotos, grabaciones u otra clase de estímulos del recuerdo. Las historias de vida se centran en captar la perspectiva subjetiva del informante que es considerado como un actor social en el seno de una cultura específica. Se buscan sus interacciones con otros personajes significativos en su vida, se estudian sus cursos de acción en su mundo relacional y se elabora su perspectiva cognitivo-afectiva.

Uno de los protocolos más usados en psicología para construir historias de vida es el de McAdams (1993, 1995) que se basa en la metáfora de la novela o narración. Pide al informante que genere una serie de capítulos o divisiones de su vida y que describa los

significados y temas fundamentales que han definido cada uno de ellos. Además se interesa por momentos estructurales que han redefinido la dirección vital del sujeto a los que llama puntos de inflexión (cambios de rumbo), entre esos episodios estructurales están el punto suelo y techo de la experiencia vital. McAdams da una importancia fundamental tanto al análisis motivacional (que hace en términos de análisis de contenido usando las categorías de filiación y capacidad) y a la aportación que otras historias de carácter relacional o cultural hacen a la historia personal del informante.

La Teoría Fundamentada (Glasser y Strauss, 1967) es un método científico de investigación de datos cualitativos. Contempla tres fases (Henwood y Pidgeon, 2003): a) trabajo inicial de abrir la codificación, es decir, realizar una codificación abierta (comenzando por la transcripción de los datos, su primera interpretación a través de categorías y memos – anotaciones durante la codificación-, etc.); b) uso de la comparación constante de las categorías iniciales para escudriñar, clasificar y desarrollar temas conceptuales y descriptivos más altamente ordenados; c) integración teórica. La obtención de datos se hace mediante entrevistas en profundidad sobre sujetos cuya perspectiva se considera relevante para el fenómeno a estudiar (muestreo teórico). El proceso de comparación continua de la información proporcionada por los sujetos iniciales (ronda) permite encontrar similitudes, diferencias y relaciones entre las categorías temáticas. De esas primeras entrevistas surgen hipótesis o ideas a contrastar (memos) que dirigen el muestreo teórico para la siguiente ronda. El proceso concluye cuando no se pueden incorporar datos nuevos procedentes del análisis de los datos y de las relaciones entre categorías. La gran ventaja de este procedimiento es que permite encontrar explicaciones teóricas a datos novedosos y de difícil interpretación su gran dificultad es que requiere un procedimiento demasiado exhaustivo y que, en ocasiones, no es aplicable a todo tipo de datos (micronarrativas, textos en depósito, etc.) lo que supone que mucha veces debe ser adaptado para la clase de datos o informantes disponibles. Su uso fundamental es generar teoría social, marcos explicativos de fenómenos que describan la perspectiva y la conducta de los participantes, en lugar de la perspectiva del experto.

La técnica de rejilla (Kelly, 1955; Feixas y Cornejo, 1996; Fransella, Bell y Bannister, 2003) se sitúa a mitad de camino entre las técnicas cualitativas y las cuantitativas. Se trata de una entrevista muy peculiar que se genera mediante la comparación de fenómenos relevantes de la vida del informante (personas con las que se relaciona, síntomas,

posiciones del yo, como el yo actual y el yo ideal), a los que se designa como elementos, y que se comparan entre sí para captar significados relevantes de su modo de entender el mundo (constructos). Los constructos son bipolares, de manera que definen una dimensión de la realidad que el sujeto concibe como contrapuesta. Una vez obtenidos los constructos se puntúan para todos los elementos según una escala Likert y esa matiza de datos se analiza tanto cualitativa (análisis de contenido de la naturaleza de los constructos) como cuantitativamente mediante procedimientos multivariados como el análisis de correspondencias, Feixas y Cornejo, 1996). El análisis estadístico permite usar una serie de variables estructurales (complejidad o diversidad del sistema, polaridad o extremosidad de las respuestas, potencia o sutilidad relacional de los constructos) que pueden ser comparados a través de informantes. En la actualidad se está incorporando al análisis de rejilla la variable dilema (Feixas y Saúl, 2004), entendida como una contradicción interna del sistema en términos de dos constructos que son incompatibles entre sí, uno de ellos es egosintónico (tanto la visión actual del sujeto como la visión ideal puntúan de manera similar para ese constructo), pero simultáneamente hay otro constructo que egodistónico (el sujeto sitúa el yo real en un polo y el ideal en el contrario), pero ambas constructos están fuertemente correlacionados de modo positivo, lo que implica que un cambio hacia la dirección deseada en el constructo egodistónico iría acompañado de un cambio en la dirección indeseada en el constructo egosintónico, de ahí el dilema que suele bloquear la vida del individuo. La rejilla se suele utilizar como procedimiento para plantear hipótesis clínicas personalizadas que guían los procedimientos de intervención.

3. El uso de las técnicas cualitativas en la construcción de significado de las víctimas: algunos ejemplos.

Orellana-Ramírez (2008) y Orellana-Ramírez y Garcia-Martínez (2010) llevaron a cabo una adaptación de la teoría fundamentada consistente en usar el procedimiento de análisis comparativo constante pero aplicándolo no a los resultados de una entrevista en profundidad, sino a una serie de micronarrativas relacionadas con la actuación que, según ellos, solían tener los agresores, las víctimas o los observadores pro y antisociales en casos de acoso escolar. Los estudiantes procedían de una serie de institutos de acción social

preferente. Dichas micronarrativas podían referirse tanto a la conducta de otros como a la suya propia. El muestreo teórico se realizo considerando los niveles (altos, bajos o intermedios de conducta antisocial según la prueba AD de Seisdedos), eligiendo de una muestra de 189 escolares a los 89 que presentaban valores más típicos de cada uno de los cruces de nivel de antisocialidad con rol ante el acoso y diferenciando a varones de mujeres. Esto produjo un total de 24 tipologías de micronarrativas a informar (2 –géneroX 3 –niveles de antisocialidad x 4 –tipo de rol-). Una vez que se produjo la saturación de los datos –es decir, cuando no surgían categorías nuevas del análisis se encontraron el siguiente árbol de categorías: 1) cuando los sujetos hablaban de víctimas se centraban en estrategias de afrontamiento, 2) si hablaban de agresores se centraban en la legitimidad o ilegitimidad de la agresión y si hablaban como observadores analizaban su actuación personal ante la agresión. Los varones presentaban un perfil de antisocialidad mayor que el de las mujeres y los sujetos agresores tendían siempre a justificar su agresión como legítima. Este tipo de estudios permite entender la clase de respuestas psicológicas que dan los estudiantes que observan o viven procesos de violencia de género y entender que toda intervención posterior debe tomar como punto de partida la perspectiva de cada conjunto de participantes para ser efectiva.

Las historias de vida se usaron como elemento para diferenciar el tipo de intervención terapéutica más adecuada para diferentes subtipos de mujeres víctimas de violencia de género (García-Martínez, 2006). A una muestra de 24 mujeres procedentes de un entorno rural se le administró al principio del tratamiento la escala de síntomas de Derogatis (2002) y se generó una historia de vida siguiendo el procedimiento de McAdams (1995). Se controló también el grado de sintomatología postraumática atendiendo a la frecuencia informada de reexperimentación de la situación de maltrato. A partir de ello se definieron tres tipologías de mujeres: a) aquellas con alto nivel de resiliencia (con síntomas subclínicos), las que manifestaban sintomatología clínica ansioso-depresiva y las que mostraban signos de estrés postraumático. Analizando las historias de vida de cada uno de estos tres subtipos se encontró que el grupo subclínico mostraba en sus historias de vida contenidos relacionados con la autoestima y el compromiso con sus metas y con los demás, el grupo ansioso-depresivo no mostraba marcadores de autoestimas y sus metas aunque estaban definidas tenían menos claridad en los procedimientos de llevarlas a cabo; por último, el grupo postraumático, mostraba una mayor indefinición de metas personales u un alto sentido de

inadecuación personal.

Desde el punto de vista estructural, el grupo subclínico ubicaba el punto techo de sus historias de vida antes del contacto con el agresor o en el momento posterior a la separación y el suelo durante la convivencia con éste. El grupo clínico indicaba que el punto techo se encontraba al inicio de la convivencia con el agresor y el suelo durante las etapas posteriores de la convivencia o durante la ruptura. El grupo postraumático mostraba los puntos techos durante las etapas de convivencia y el suelo en los momentos posteriores a la ruptura. Este estudio indica que la historia de vida puede ser útil para derivar a las mujeres a distintos formatos de terapia, ya que las necesidades de cada modelo de historias son diferentes.

Los estudios con técnica de rejilla han sido usados tanto para entender el modelo relacional de las parejas involucradas en violencia de género, como la relación entre la psicopatología y los indicadores constructivo, entre otros propósitos. En este sentido Antequera et al. (2011) usaron rejillas para entrevistar tanto a víctimas como a sus agresores en un contexto de evaluación forense (n=13 parejas). Dicotomizando en términos de alto-bajo las valoraciones de los principales indicadores estructurales de la rejilla, polaridad, intensidad, complejidad medida en términos de constructos fundamentalmente independientes, complejidad en términos de varianza explicada por el primer eje, así como en la presencia de dilemas (véase Feixas y Cornejo, 1996, para una interpretación de estos indicadores), los resultados indicaban que cada pareja construía el mundo en términos fundamentalmente similares, entre el 69 y el 90 de las parejas pertenecían a la misma tipología (alta o baja), lo que indicaba que su construcción estructural del mundo era similar. No obstante, los contenidos de los constructos diferencian, ya que las mujeres interpretaban la situación de conflicto en término de empatía y responsabilidad, mientras que los varones utilizaban constructos relacionados con la productividad, la agresividad y la capacidad resolutive, mostrando ambos grupos marcadores de género.

Desde el punto de vista de la relación entre sintomatología y estructura de la construcción, en un estudio con 24 mujeres atendidas por violencia de género (García-Martínez, Orellana-Ramírez y Guerrero-Gómez, 2012), las que presentaban mayor sintomatología global según la escala de Derogatis, eran más simples cognitivamente (menor valor en la variable constructos funcionalmente independientes, $U= 20,000$ $Z= -2,666$ $P=.008$). Asimismo, las mujeres que presentaban dilemas, obtenían mayores valores

en síntomas de referencia interpersonal ($U= 25,000$ $Z= -2,340$ $P=0,19$) y eran también mas simples cognitivamente ($U=387,000$ $Z= -1,999$ $P=0,46$). Estos resultados indican que la presencia de dilemas incrementa la problematicidad en casos de maltrato.

Referencias

- Andreu, J (sin fecha). *Técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada*. Artículo disponible en <http://public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200103.pdf>. Centro de Estudios Andaluces. Descarga 30-X-2012.
- Antequera, R.; Garcia-Martínez, J.; Tóvar, C. et al. (2011). Cognitive Complexity and personal identity in women that report gender violence. Paper presented at *19th International Congress on Personal Constructs Psychology*. Boston, USA, 19-22 July.
- Denzin, N. K. y Lincoln, Y. S. (2011). *The sage handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, Ca: Sage.
- Derogatis, L. R. (2002). *Cuestionario de 90 Síntomas* (Symptoms Check List 90, versión española de González de Rivera). Madrid: TEA.
- Feixas, G. y Cornejo, J. M. (1996). Manual de la Técnica de Rejilla mediante el Programa RECORD v. 2.0. Barcelona: Paidós.
- Feixas, G. y Saúl, L. A. (2004). The Multi-Center Dilemma Project: An Investigation on the Role of Cognitive Conflicts in Health. *The Spanish Journal of Psychology*, 7(1), 69-78.
- Fransella, F; Bell, R y Bannister, D. (2003). *A manual for repertory grid technique*. Nueva York: Wiley & sons.
- Garaigordobil, M y Oñederra, J. A. (2008). Estudios epidemiológicos sobre la incidencia del acoso escolar e implicaciones educativas, *Informació Psicològica*, 94, 14-35, 2008.
- Garcia-Martínez, J. (2006). Violencia contra la mujer y estrés postraumático. En P. J. Costa et al. (Eds.). *Stresse Pós-Traumático: Modelos, Abordagens & Práticas*, 81-90. Leiria: Diferença.
- Garcia-Martínez, J. (2008). La conciencia del otro: agresores y víctimas desde una perspectiva constructivista. *Apuntes de Psicología*, 26, 361-378.
- Garcia-Martínez, J.; Orellana-Ramírez, M. C. y Guerrero-Gómez, R. (2012). Relaciones entre la estructura cognitiva y la intensidad de la sintomatología en dos subgrupos de mujeres maltratadas. Un esbozo de tipologías de las víctimas de la violencia contra la pareja. *Acción Psicológica*, 9, (1), 27-60.
- Glasser, B. y Strauss, A. (1967). *The discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Nueva York: Aldine.
- Gottschalk, L. A. (1995). *Content analysis of verbal behavior*. Londres: Taylor & Francis.
- Henwood, K. y Pidgeon, N. (2003). Grounded Theory in Psychological Research. En Camic,

- P. M.; Rhodes, J. E. & Yardley, L. *Qualitative Research in Psychology. Expanding Perspectives in Methodology.*, 131-155. Washington: APA.
- Hese, L. y García-Moreno, C. (2002). Violence by intimate partners. En Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi y Rafael Lozano (Eds.), *World Report on Violence and Health*, pp. 97-131. Ginebra (Suiza): Organización Mundial de la Salud.
- Jarne, A; Arch, M y Aliaga, A. (2009). Sectas y psicopatología. *Revista de Psicoterapia*, 78/79, 61-71.
- Kelly, G. A. (1955/1991). *The psychology of personal constructs*. Nueva York: Norton/Routledge.
- Koss, M. P; Koss, P. G. y Woodruff, J. (1991) Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization, *Archives of Internal Medicine*, 151, 342-347.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B. y Lozano, R (eds) (2002). *World report on violence and health*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Maia, A. C. (2006). Trauma, PTSD e Saúde. En P.J. Costa, C.M.L. Pires, J. Veloso y C.T.L. Pires (Eds.), *Stresse Pós-traumático: Modelos, Abordagens e Práticas* (págs. 21-33). Leiria, Portugal: Diferença.
- Matud, M.P., Padilla, V. y Gutiérrez, M.N. (2005). *Mujeres maltratadas por su pareja. Guía de tratamiento psicológico*. Madrid: Minerva.
- McAdams, D. P. (1995). *The life history interview*. Chicago, Ill: Northwestern University. Documento no publicado disponible en <http://www.sesp.northwestern.edu/docs/Interviewrevised95.pdf>
- McAdms, D. P. (1993). *Stories we live by. Personal myths and the making of the self*. Nueva York: Guildford.
- Orellana-Ramírez, M. C. (2008). Yo sólo me defiando, no soy culpable. Un esbozo de teoría fundamentada sobre el significado del acoso escolar para sus protagonistas. Trabajo para la obtención del DEA. Programa de doctorado en Psicología Clínica y de la Salud. Sevilla: Universidad de Sevilla (trabajo no publicado).
- Orellana-Ramírez, M. C. y Garcia-Martínez, J. (2010). Teoría fundamentada sobre los significados de los roles del acoso escolar para sus protagonistas. En J. J. Gázquez y M. C. Pérez (Eds.). *Investigación en convivencia escolar. Variables relacionadas*, 183-190. Granada: GEU.
- Ortega, R. (1988). Agresividad, indisciplina y violencia entre iguales. En Rosario Ortega et al., *La Convivencia Escolar: Qué es y cómo abordarla*. Programa Educativo de Prevención de Maltrato entre compañeros y compañeras, pp. 25-3. Sevilla: Consejería de Educación y Ciencia, Junta de Andalucía.
- Pérez, G. (1994). *Investigación cualitativa: retos e interrogantes*. Madrid: La Muralla.

- Peyrú, G. M y Corsi, J. (2003). Las violencias sociales, en J. Corsi y . M. Peyrú (Coords.). *Violencias sociales*, 15-80. Barcelona: Ariel.
- Roberts, G. L.; Lawrence, J. M.; Williams, G. M. y Rapahel, B. (1998). The impact of domestic violence on women's mental health. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 22, 796-801.
- Seisdedos, N. (1988). *Cuestionario AD*. Madrid: Tea.
- Taylor, S. R y Bogdan, R (2000). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós.
- Walker, L. (2001). *Abused women and survivor therapy*. Washington, DC. American Psychological Association.

PROGRAMA CULTURAL

Peça equus

EQUUS

Montagem da Conteúdo Teatral marca o início das comemorações de dez anos do espaço



[Equus1](#), [Equus2](#), [Equus3](#), [Equus4](#), [Equus5](#), [Equus6](#)

Créditos das fotos: Chris Ceneviva

Estreou dia 13 de abril* no Teatro Folha o espetáculo **Equus**. Com Leonardo Miggiolin e Elias Andreato como protagonistas, a montagem da Conteúdo Teatral tem Alexandre Reinecke na direção. O texto, vencedor do prêmio Tony, é um clássico dos palcos em nível mundial e traz uma trama de mistérios, sedução e questionamentos que nem sempre têm respostas.

A história de **Equus** se desenrola em torno de um enigma: por que um menino aparentemente saudável cegaria cinco cavalos? Baseado em fatos reais, o texto prende a atenção do público, seja pelo mistério, pela sensualidade, ou porque revela que nem tudo na vida tem resposta.

A trama fala do psiquiatra Martin Dysart que investiga os motivos que levaram o jovem Alan Strang, filho único de um pai comunista e uma mãe religiosa, a cometer um crime. Nesta viagem, o psiquiatra acaba enfrentando seus próprios temores. Por meio da luta psicológica entre Alan e o Dr. Dysart os espectadores são levados a questionar conceitos de normalidade e paixão.

O ESPETÁCULO

O texto é um clássico do teatro mundial, vencedor do prêmio Tony. Foi encenado pela primeira vez em 1973, adaptado para o cinema em 1977 e indicado ao Oscar em três categorias – melhor ator, melhor ator coadjuvante e melhor roteiro adaptado.

O texto foi baseado em um relato de um amigo do autor Peter Shaffer. Ele lhe contou sobre o caso terrível, que abalara a sociedade local, durante uma viagem dos dois pelo

interior da Inglaterra. Contado em menos de um minuto, a história, verídica, não revelava lugar, tempo ou personagens. Um mês depois, seu amigo morreu e nada mais pôde ser perguntado. “Tudo que eu tinha era o seu relato de um acontecimento medonho, e o sentimento que isso despertou em mim. O que eu sabia, efetivamente, era que queria interpretá-lo de alguma maneira inteiramente pessoal”, informa o autor em nota sobre a peça.

Das muitas montagens que o texto já teve pelo mundo, três delas são brasileiras e merecem destaque. A primeira, de 1976, dirigida por Celso Nunes, tinha Paulo Autran no papel do psiquiatra e Ewerton de Castro como o jovem perturbado. Outra aconteceu em 1997, com Caco Ciocler interpretando Alan e, finalmente, em 2004, a montagem foi protagonizada por Otávio Augusto e Pedro Garcia Netto e dirigida por Luiz Furlanetto.

A recente montagem de maior projeção foi a inglesa de 2007, devido à polêmica gerada em torno do ator que interpretou Alan, Daniel Radcliffe – o protagonista da saga Harry Potter. O ator, aclamado por adolescentes de todo o mundo por conta do bruxinho, não só enfrentou o desafio de interpretação, exigido pelo personagem do texto de Shaffer, como também as críticas – inclusive de seus pais – por atuar em uma peça que exigia algumas cenas de nudez completa.

NUDEZ

Diante dos temas abordados em *Equus*, a nudez é um detalhe ínfimo, mas que gera certa polêmica. Leonardo Miggiarin, que faz o jovem Alan nesta montagem ficou apreensivo no começo. “Logo que recebi o convite fiquei desconfortável com a ideia. Mas no decorrer do trabalho, que a nudez foi contextualizada, trabalhada dentro de um propósito muito maior, fiquei mais tranquilo”, conta. O ator começou a carreira cedo e mesmo sendo muito jovem, tem uma bagagem considerável – mais de 50 peças, 15 novelas, minisséries e seriados, além de quatro filmes -, o que ajudou muito na construção do personagem que chama de “desafiador”.

“Alan é apaixonado, intenso, tem um grau de desequilíbrio tênue, cuidado para não deixá-lo estereotipado ou caricato, mas ao mesmo tempo, ele beira a esquizofrenia. Ele me exige muita concentração mais do que o comum -, é preciso muita energia. É um espetáculo extremamente físico, que exige que eu esteja embarcado e, ao mesmo tempo, alerta a todo o momento, representando e dando verdade às cenas”, conta com entusiasmo.

Bruna Thedy, que vive Jill, a namorada de Alan, afirma que é maravilhoso trabalhar em uma montagem que conta com equipe de tamanha qualidade. “É um texto bárbaro, de uma profundidade única e trabalhar nele com esta equipe é muito bacana”, fala. Ela também encara cenas de nudez e leva com naturalidade. “São artísticas, muito leves e sugeridas, afinal o foco da peça é na sensualidade”, argumenta.

“Os personagens são muito ricos em detalhes, é prazeroso percorrer esse universo como ator”, explica Elias Andreato, que faz o psiquiatra. O ator afirma que este personagem é uma mistura de tudo maturidade, disponibilidade, vivência, de vida e da profissão. Com 35 anos de carreira, Andreato viu a montagem dos anos 70 e acompanhou a repercussão. “Na época, psicanálise era pouco difundida, ao contrário de hoje. Estamos num momento de mais psicanálise e mais drogas, um conceito que se espalhou por todas as classes sociais”, contextualiza para diferenciar o impacto da primeira montagem da peça para esta nova versão.

Ele explica que se sente realizado ao interpretar este personagem tão emblemático. “O bonito nele são essas verdades definitivas que não necessariamente funcionam para todo mundo. Ao tratar do garoto faz com que ele se repense”, explica. Para Andreato, é gratificante poder oferecer conhecimento ao expectador. “O papel do artista é mostrar, propor discussões e o teatro é muito determinante neste aspecto. Muitas vezes, vamos assistir a uma peça que simplesmente muda toda uma vida e permite o despertar para uma nova consciência”, reflete.

Andreato estuda e observa a mente humana, o que lhe dá a segurança de interpretar alguém que rebate o senso comum. “Para o médico, a paixão do garoto – a intensidade do sentimento – não é anormal. E toda esta descoberta, discutir a loucura e a normalidade através da paixão é muito mais bonito”, pontua.

VISÃO DO DIRETOR

Alexandre Reinecke vê a peça como um divisor de águas na sua carreira. “A peça inteira é um desafio. É muito física, exige bastante de todos os atores”, afirma. Antes do convite, nunca imaginou dirigir uma montagem deste texto, mas diz que ficou honrado e muito feliz com o convite. “Até agora, na maioria das vezes, montei dramas contemporâneos como ***Oração para um Pé de Chinelo, Os Sete Gatinhos, Álbum de Família, Seria Cômico se não Fosse Trágico***. É muito bacana poder fazer um drama psicológico”, comemora o diretor.

Reconhecido por uma série de peças cômicas que dirigiu, Reinecke fala que comédias, em geral, ganham mais repercussão. Entretanto, para ele, não há diferenças na forma de trabalhar esta peça em relação a seus maiores sucessos. “Toda peça boa expõe coisas que às vezes o público não quer ver. A questão é como abordar esses temas. Dirigir é dirigir, não tem segredo em relação ao gênero ou a intensidade do texto”, esclarece. E frisa que os espectadores terão entretenimento de altíssima qualidade em ***Equus***.

É o que enfatiza Léo Steinbruch, produtor do espetáculo e diretor comercial da Conteúdo Teatral, que explica que a montagem é um presente aos apreciadores de arte. “É um dos melhores textos de teatro já escritos, permite o exercício do teatro puro, do trabalho de ator. E para nós, que vivemos de teatro, isso é uma dádiva”, comemora. Léo já havia atuado em uma montagem deste texto, ocasião em que conheceu a obra. Agora, volta aos palcos, interpretando o dono do estábulo. “O ator pode emocionar a plateia sem efeitos pirotécnicos, apenas com os recursos do corpo. É um espetáculo para quem gosta de teatro”, conclui.

FICHA TÉCNICA

Dramaturgia: Peter Shaffer

Adaptação e Direção: Alexandre Reinecke

Elenco: Elias Andreato, Leonardo Miggiorin, Patrícia Gasppar, Jorge Emil, Mara Carvalho, Léo Steinbruch, Gustavo Malheiros, Bruna Thedy e Fernanda Cunha.

Cenários: André Cortez

Cenotécnico: Fernando Bretas (Onozone)

Figurinos: Renata Young

Iluminação: Paulo Cesar de Medeiros

Direção musical: Tunica

Preparação Corporal: Carol Mariottini

Fotografia: Chris Ceneviva

Coordenação de Produção: Isabel Gomez

Assistente de Produção: Manuela Figueiredo

Questão Inesgotável

*Renato Tardivo*¹⁶

Um médico angustiado. Martin Dysart (Elias Andreato) acumula uma série de questões e, ao que parece, não dá conta delas sozinho. Corajoso, sabe que o melhor dos remédios é compartilhá-las. É assim que passa a limpo a enigmática história que viveu com o paciente Allan Strang (Leonardo Miggiolin), jovem que cometeu um crime sinistro. Cegou 5 cavalos.

Refiro-me à peça *Equus*, de Peter Shaffer, adaptada e dirigida em montagem em cartaz em São Paulo por Alexandre Reinecke e que, além de Andreato e Miggiolin, conta também com Patricia Gaspar, Jorge Emil, Mara Carvalho, Leo Steinbruch, Gustavo Malheiros, Bruna Thedy e Fernanda Cunha.

O texto foi adaptado para o cinema nos anos 1970, com roteiro do próprio Shaffer e direção de Sidney Lumet. No Brasil, o espetáculo fez sucesso com Paulo Autran (psiquiatra) e Ewerton de Castro (Allan). Em 2007, a peça voltou a ser comentada, devido à polêmica em torno da cena de nudez pelo ator Daniel Radcliffe (Harry Potter), que fazia Allan.

Peter Shaffer, o autor, ao tomar conhecimento dessa história (verídica, portanto), ficou tão impactado que a transformou em ficção. Temos, de saída, uma primeira chave interpretativa: a analogia entre o impacto que Allan provoca no médico (personagens) e o impacto experimentado por Shaffer. Com efeito, em ambas as camadas – realidade e ficção – parte-se de um enigma (o ato de cegar os cavalos) que se desmembra em inúmeras

¹⁶Psicanalista e escritor. Mestre e doutorando em Psicologia Social da Arte (IP-USP), autor de *Porvir que vem antes de tudo – literatura e cinema em Lavoura arcaica* (Ateliê/Fapesp) e dos volumes de contos *Do avesso* (Com-arte) e *Silente* (7letras).

questões para as quais, finalmente, não se encontram respostas; ou, pelo menos, não uma única resposta.

O que interessa é encaminhar as questões, isto é, ficam em evidência as (im)possibilidades de continente para os mais diversos e por vezes absurdos conteúdos. O texto disparado pelas reflexões do médico e, a partir disso, as atitudes vividas por Allan interpelam o espectador o todo o tempo. É muito interessante, na montagem atual, o aspecto de prisão da clínica psiquiátrica – corredor gradeado, espécie de clausura habitada pelo paciente, mas também pelo médico.

A clausura de Allan é arcaica. Sufocado pelo fanatismo religioso da mãe e pelo comunismo fanático (outra religião) do pai, seu desenvolvimento vai encontrando entraves importantes, de modo que a relação com seu próprio corpo e a sexualidade adquira uma magnitude que ele não consegue dar conta. A partir dos encontros de Allan com o médico, sustentados pela promotora (Mara Carvalho), os resíduos de mistérios são costurados e vão tecendo a sua história – que precisa ser testemunhada para existir, ter lugar. Aqui, cabe mencionar mais um acerto da montagem – os atores/personagens, mesmo quando ausentes da ação, permanecem no palco: olham/testemunham a história.

Mas e os cavalos? Bem, Allan elege este animal como depositário do seu desejo e da ambiguidade, em estado limite, que ele encarna: fascínio e temor se condensam nessa figura, ao mesmo tempo traumatizada e traumática. Essa ambiguidade é vivida no âmbito do seu próprio corpo – outro aspecto muito bem explorado pela peça, uma vez que os cavalos são representados pelos próprios atores. O corpo (perceptivo) não é mero instrumento, ferramenta, senão a linguagem mesma, diria o fenomenólogo francês Maurice Merleau-Ponty; linguagem misteriosa, poética, trágica.

As explosões de Allan, ao mesmo tempo virulentas e líricas (quem disse que o transe também não liberta?), têm lugar justamente para além das grades da clínica – que são rearranjadas no palco pelos próprios atores. O trauma precisa ser reeditado e é nessa medida que também o médico, representante do saber e da lucidez, toma contato com a própria loucura. Só assim, quem sabe, Allan pudesse ser reconhecido enquanto um sujeito cindido. Podemos pensar essa cisão, aliás, colada à própria encenação: há o Allan que revive os eventos com o psiquiatra no passado recuperado e há o Allan pós-surto, digamos

assim, na ação do presente. Trata-se, contudo, de duas facetas de um mesmo e complexo corpo. E tal ambiguidade coloca em sobressalto a oposição entre saúde e doença, razão e lucidez, liberdade e prisão.

Há quem resolva a questão da seguinte forma: Allan é fruto de uma sociedade que alimenta valores hipócritas e, se ele sofre, é por conta da imposição desses valores. Contudo, esta talvez seja uma forma tão ideológica de lidar com o problema quanto as ideologias que ela busca combater, isto é, esse relativismo é tão perigoso quanto patologizar o diferente. Explico. O convívio com as diferenças implica invariavelmente conflito. A esse propósito, vale a mencionar Theodor Adorno, para quem a realidade é, em si mesma, ideologia. Ora, o reconhecimento de que valores hipócritas atuam na história de Allan implica que ele seja visto em sua complexidade. Mas Allan só pode ser visto em sua complexidade se houver convívio – e portanto confronto, embate – com as diferenças sociais e culturais. Ficássemos cada um de nós fechados no círculo do próprio gozo, não haveria reconhecimento do outro, abertura à alteridade e tampouco seríamos reconhecidos.

Talvez seja esta a verdadeira “cura” que a peça dá a pensar: o discurso angustiado do médico, na aparência atestado do seu fracasso, é emblema do que há de mais bonito (e mais trágico) na existência humana – em um mesmo movimento, ir em direção ao outro e deixar-se atravessar por ele (mas nunca dar conta completamente dessa questão).

3ª MESA

VIOLÊNCIA SOFRIDA E PRATICADA

Representações da Violência entre Parceiros Íntimos numa amostra de Estudantes Universitários

Rui Paixão¹⁷,

Isabel Alberto¹⁸

Paula Neves¹⁹

1. Introdução

As representações em torno da violência assumem um papel fundamental na conduta das pessoas, refletindo-se nas suas diferentes atitudes, opiniões e comportamentos. São parte fundamental da realidade social e podem ser definidas como narrativas próprias às diferentes subculturas, suscetíveis de serem conhecidas e, dessa forma, transformadas. Esta é a realidade dos significados ou da linguagem que, seguindo Barthes (1978), podemos considerar o social na sua plenitude.

No mesmo sentido, toda a investigação focada nas representações sociais, crenças, expectativas ou, numa palavra, nas significações sociais, assume por si só e desde logo uma ação interventiva; toda a investigação se torna assim investigação-ação porque ao observar é a própria realidade observada que se transforma nesse ato (Pimentel, 2012), produzindo múltiplos efeitos, embora nem sempre totalmente antecipáveis.

Em síntese, de um ponto de vista sociocultural, o problema da violência entre parceiros íntimos está desde logo na sua descrição: no modo como são definidos, legitimados, compreendidos e mantidos por diferentes grupos e subgrupos culturais e explicitá-los é agir sobre eles, obrigando a novas definições.

2. Objetivos do estudo:

¹⁷ Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

¹⁸ Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

¹⁹ Escola Superior de Educação do Politécnico da Coimbra

O presente estudo integra-se num projeto mais amplo envolvendo diferentes Universidades, embora se reportem aqui apenas alguns resultados preliminares recolhidos na Universidade de Coimbra (UC).

O projeto visa dois objetivos: (1) identificar as representações dos estudantes relativas às "causas", à "manutenção", à "resolução" e às justificações da violência entre parceiros íntimos; (2) explorar o efeito explicativo que variáveis relacionadas com a experiência de vida do sujeito (violência na família de origem e nas relações íntimas atuais, consumo de tóxicos por parte dos pais e do sujeito, formação académica) podem ter nessas representações. Transversalmente, este trabalho procura ainda conhecer e caracterizar estatisticamente alguns aspetos da vida destes estudantes (consumos de tabaco, álcool, drogas, tipologia e modalidades de resolução dos conflitos nas relações íntimas, etc.).

A focalização do trabalho na população Universitária assenta na *presunção* do papel fundamental que estas populações desempenharão no futuro na sociedade, não apenas por via da sua importância estatística mas também sociocultural, como futuros decisores (juristas, advogados, médicos, administradores, diretores, políticos, jornalistas, graduados da polícia, ou outros) e modeladores de ideologias, opiniões, crenças e expectativas relativas a estes e outros fenómenos da realidade social.

3. Amostra

A amostra em estudo (N=582) é não probabilística de conveniência e foi recolhida ao longo de 2012 num Universo de, aproximadamente, 20 000 alunos distribuídos pelas diferentes Faculdades da UC (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização da amostra (N= 582)

	Amostra Global N=582	Psicologia n=216		Ciências S./H. n= 183		Ciências n= 137	
		Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Idade		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1º Ano	19.39 (3.12)	15 (6.9%)	85 (39.4%)	-	-	-	-
4º/5º Ano	23.16 (1.85)	8 (3.7%)	87 (40.3%)	-	-	-	-
Total	21.2 (3.67)	29 (13.4%)	187 (86.6%)	57 (31.1%)	126 (68.9%)	82 (59.9%)	55 (40.1%)

Os estudantes foram agregados em três grupos: o grupo dos alunos do Mestrado Integrado de Psicologia (MIP); o grupo de "outras Ciências Sociais e Humanas" (ciências

S./H.) (estudantes de direito, economia, serviço social, ciências da educação e cursos ministrados na Faculdade de Letras); e o grupo de "Ciências e Tecnologia" (Ciências) (estudantes de medicina, farmácia, física, química e diferentes engenharias).

Nos estudos estatísticos reportados neste texto os estudantes do MIP são agrupados em função dos anos letivos em que se encontram (1º ano vs 4º e 5º). Este agrupamento visa avaliar a importância da formação nas respostas dos sujeitos. A junção do 4º e 5º ano acontece por questões estatísticas. Os restantes grupos serão tratados considerando apenas os totais.

4. Instrumentos

Os dados aqui apresentados foram recolhidos com base no seguinte conjunto de instrumentos: (1) Questionário sociodemográfico de caracterização do sujeito respondente e da sua família nuclear; (2) Questionário sobre vivências de violência na infância e adolescência e comportamentos de dependência (álcool e drogas) dos pais/cuidadores; (3) Versão portuguesa do *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT; Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001); (4) Questionário sobre Violência Conjugal: Causas, Manutenção e Resolução (QVC-CMR; Alarcão & Alberto, 2007); (5) Escala de Crenças sobre a Violência Conjugal (ECVC-Histórias; Alarcão & Alberto, 2007).

O questionário sobre vivências de violência na infância e adolescência e comportamentos de dependência (álcool e drogas) dos pais/cuidadores foi construído especificamente para este projeto. Inclui nove itens que devem ser respondidos numa de três alternativas: "nunca", "sim, mas raramente", "sim, com grande frequência", cotáveis respetivamente em "0", "1" e "2". O objetivo deste questionário é o de avaliar as percepções dos estudantes relativamente a estas vivências e comportamentos.

O AUDIT é um questionário de 10 itens (tipo Likert) promovido pela Organização Mundial de Saúde para a avaliação dos consumos de álcool. É consistente com os critérios da CID-10 para a definição de dependência e consumo abusivo de álcool. A cotação das respostas permite distribuir os resultados por 4 grupos de risco: Risco baixo abstinência ou baixo consumo (pontuações de 0 a 7); Risco médio consumo de risco (pontuações de 8 a 15); Alto risco uso nocivo (pontuações entre 16 e 19); Provável dependência (pontuações superiores a 20).

O QVC-CMR (Alarcão & Alberto, 2007) inclui três subescalas de 14 itens cada,

relativas às *Causas, Manutenção e Resolução* da violência conjugal, apresentadas como resposta a uma questão colocada no início de cada subescala. A subescala *Causas*, por exemplo, começa com a questão: "A violência conjugal é devida a:" seguindo-se um conjunto de 14 afirmações (exemplo: 1) Consumos de álcool ou drogas por parte do agressor) que o sujeito deve classificar em função da sua concordância (ou não). Estas afirmações podem ser agrupadas considerando três tipos de atribuições: ao agressor; à vítima; ao contexto.

A ECVC-Histórias (Alarcão & Alberto, 2007) é uma escala sobre crenças associadas à violência conjugal, organizada em torno de três histórias a que se associam 10 itens por história. Estes itens devem ser respondidos numa escala de 4 níveis (do discordo completamente ao concordo completamente). As escalas são unifatoriais pelo que as respostas são tratadas cumulativamente (podendo ir de 10 pontos, média mínima de 1, a 40 pontos, média máxima de 4). Os valores mais baixos estão associados a uma menor legitimação, justificação ou compreensão da violência.

A História 1 descreve uma situação de violência num casal da classe média de aproximadamente 30 anos (ele engenheiro, ela enfermeira), e onde o homem assume o estatuto de agressor. É descrito como alguém com um comportamento socialmente adequado fora de casa mas de grande agressividade dirigida à esposa no "segredo do lar". A História 2 descreve um casal de nível socioeconómico baixo (ela camponesa, ele carpinteiro) ambos de 60 anos. Nesta história a Mulher é a agressora. É caracterizada como alguém irascível, devido ao muito trabalho e "falta de paciência". A História 3 descreve um operário da construção civil (pedreiro), uma mulher doméstica de 30 anos grávida de 3 meses. Nesta história o homem assume o estatuto de agressor da mulher quando alcoolizado.

As qualidades psicométricas destes questionários (QVC-CMR e ECVC-Histórias) foram estudadas em múltiplas amostras: advogados, magistrados, auditores de justiça e estudantes de direito (Correia, 2008); profissionais integrados na Comissão para a Proteção de Crianças e Jovens (Camelo, 2009); estudantes de psicologia (Paiva, 2010) e população geral (Aguilar, 2010). Nos vários estudos revelaram boas qualidades psicométricas.

5. Apresentação e discussão dos resultados

Na tabela 2 apresentamos os itens mais valorizados pelos sujeitos ao "QVC-CMR

Causas²⁰.

Tabela 2. QVC-CMR Causas: itens mais assinalados

Causas	Psicologia		Ciências S./H. Ciências	
	1º ano	4º/5º Ano	M (DP)	M (DP)
	M (DP)	M (DP)		
1. Consumos de álcool ou drogas por parte do agressor	2.99 (0.06)	2.37 (0.26)	2.74 (0.91)	2.71 (0.37)
2. Doença mental do agressor	2.95 (0.07)	2.62 (0.27)	2.68 (0.80)	2.65 (0.45)
4. Baixa autoestima do agressor	2.76 (0.09)	2.75 (0.31)	2.67 (0.86)	2.00 (0.45)
7. Fragilidade emocional da vítima	2.55 (0.10)	2.87 (0.29)	2.50 (0.92)	2.65 (0.40)
10. Relações extraconjugais do agressor/da vítima	2.89 (0.07)	2.38 (0.31)	2.71 (0.93)	2.25 (0.37)
11. Antecedentes de violência na família de origem do agressor e/ou da vítima	2.81 (0.08)	3.44 (0.38)	2.79 (1.03)	2.65 (0.25)
12. Aceitação social da violência	2.54 (0.09)	2.75 (0.44)	2.53 (0.95)	2.20 (0.37)
14. Dificuldades económicas do casal/família	2.82 (0.07)	2.25 (0.25)	2.64 (0.87)	2.45 (0.42)

As *causas da violência* mais valorizadas pela globalidade da amostra são os "consumos de álcool ou drogas por parte do agressor" e os "Antecedentes de violência na família de origem do agressor e/ou vítima" sendo que a 1º justificação é a que reúne maior consenso (exceto nos alunos do 4º e 5º ano do MIP). Esta atribuição das causas da violência maioritariamente a consumo de álcool e droga tinha já sido observada em advogados, magistrados, auditores de justiça, estudantes de direito (Correia, 2008), outros grupos profissionais (Camelo, 2009) e população geral (Aguilar, 2010). O alcoolismo como justificação constitui, assim, uma crença transversal a todas as populações exceto alunos do 4º/5º ano do MIP. Estes alunos, efetivamente, evidenciam um padrão relativamente diferenciado na atribuição das causas da violência: enquanto no 1º ano valorizam basicamente as características do agressor e as dificuldades económicas da família (variáveis centradas no agressor e no contexto), no 4º e 5º ano justificam o fenómeno integrando a vítima no processo (fragilidade emocional da vítima) e alargando as variáveis

²⁰ Os itens menos valorizados (não identificados na tabela) incluem: Baixo grau de instrução do agressor; (5) Doença mental da vítima; (6) Comportamento provocador da vítima; (8) Interferência de outros familiares; (9) Problemas/dificuldades criadas pelos filhos e (13) Isolamento social do casal/família.

de contexto à importância dos antecedentes de violência e à aceitação social destes comportamentos. Esta mudança das crenças relativas às causas da violência entre estudantes do início e do fim do curso (MIP), evidencia o *deslizamento* de uma posição essencialmente centrada no agressor, para uma posição onde a vítima e as diferentes variáveis contextuais ganham importância relativa, o que pode ser explicado pela formação académica. De facto, resultados idênticos já tinham sido observados noutro estudo com alunos do MIP, com os alunos do 1º ano a apontar como principais causas as “relações extraconjugais”, o “consumo de álcool ou drogas” e as “dificuldades económicas”, e os finalistas a sublinhar a “baixa autoestima do agressor”, a “doença mental do agressor” e os “antecedentes de violência” (Paiva, 2010). A semelhança entre estes dados, recolhidos em 2010 e 2012, evidencia um padrão estável de respostas nestes alunos o que potencia a formação como elemento de redefinição das crenças.

Os dados relativos à *manutenção da violência* recolhidos com o "QVC-CMR Manutenção" são apresentados na tabela 3.

Tabela 3. QVC-CMR *Manutenção*: itens mais assinalados

Manutenção	Psicologia		Ciências S./H.Ciências	
	1º ano M (DP)	4º/5º Ano M (DP)	M (DP)	M (DP)
1. Ausência de denúncia da violência conjugal	3.64 (0.06)	3.75 (0.16)	3.57 (0.77)	3.57 (0.53)
2. Falta de confiança na justiça	3.35 (0.07)	2.88 (0.35)	3.38 (0.07)	2.75 (0.71)
5. Isolamento social	3.00 (0.07)	3.50 (0.50)	2.81 (0.84)	2.50 (0.76)
7. Ambivalência da vítima face ao agressor	3.01 (0.07)	3.13 (0.39)	2.89 (0.08)	2.63 (0.92)
8. Medo de retaliações por parte da vítima	3.13 (0.09)	3.25 (0.19)	3.15 (0.07)	3.25 (0.46)
11. Promessas de mudança por parte do agressor	3.33 (0.69)	3.50 (0.50)	3.28 (0.07)	3.13 (0.64)

Em todos os grupos considerados, a "ausência de denúncia" é apontada como o elemento de manutenção mais relevante, seguido das "promessas de mudança por parte do agressor"²¹. No grupo dos alunos de psicologia não se evidenciam grandes variações nas

²¹Os itens menos assinalados (não identificados na tabela) incluem: (3) Valorização da União familiar; (4) Existência de filhos; (6) Falta de conhecimento da vítima sobre como pedir ajuda; (9) Desconhecimento da

respostas entre os alunos do 1º e 4º/5º ano, embora os finalistas assinalem também o "isolamento social" como uma das causas da manutenção. Esta relativa homogeneidade de respostas entre alunos de Psicologia já tinha sido observada por Paiva (2010), com os alunos do 5º ano a sublinharem também a "ausência de denúncia", as "promessas de mudança por parte do agressor" e a "ambivalência da vítima face ao agressor". Os alunos do 1º ano desse estudo apresentavam exatamente as mesmas razões de manutenção do fenómeno aqui observadas. No estudo com advogados, magistrados, auditores de justiça e estudantes de direito a "ausência de denúncia por parte da vítima ou de terceiros" e as "promessas de mudança por parte do agressor" são dois dos aspetos também mais referidos (Correia, 2008).

Em síntese, estes resultados evidenciam uma grande aproximação das representações sociais sobre os fatores de manutenção da violência conjugal com domínio claro da questão da denúncia e das promessas de mudanças por parte do agressor. É, ainda, de salientar que a questão da denúncia pode refletir a definição jurídica atual do fenómeno (como crime público) e a ênfase que a comunicação social tem colocado neste aspeto.

Os dados relativos às crenças sobre a *resolução da violência* recolhidos com o "QVC-CMR Resolução" são apresentados na tabela 4.

vítima dos seus direitos; (10) Ameaça de suicídio por parte do agressor; (12) Ternura do agressor fora dos momentos de violência; (13) Aceitação social da violência; (14) Interferência de outros familiares.

Tabela 4. QVC-CMR *Resolução*: itens mais significativos

Resolução	Psicologia		Ciências S./H. Ciências	
	1º ano	4º/5º Ano	M (DP)	M (DP)
	M (DP)	M (DP)		
1. Afastar o agressor	3.51 (0.6)	3.62 (0.18)	3.44 (0.63)	3.50 (0.53)
2. Condenar mais agressores	3.43 (0.07)	3.50 (0.27)	3.43 (0.75)	3.25 (0.71)
3. Estimular a denúncia das situações de violência	3.70 (0.05)	3.75 (0.16)	3.67 (0.61)	3.63 (0.52)
5. Proteger a vítima e os filhos, se os houver	3.64 (0.06)	3.50 (0.19)	3.72 (0.54)	3.63 (0.52)
7. Tratar o agressor	3.22(0.08)	3.37 (0.26)	3.34 (0.76)	3.13 (0.35)
8. Tratar o casal	2.77 (0.10)	3.37 (0.26)	2.71 (0.97)	2.37 (0.92)
9. Informar mais a população geral sobre ...	3.35 (0.07)	3.25 (0.16)	3.54 (0.73)	2.63 (0.52)
14. Educação para a prevenção da violência ...	3.42 (0.07)	3.75 (0.16)	3.49 (0.76)	3.25 (0.46)

A leitura destes resultados²² indicia uma concordância generalizada em torno da denúncia das situações e do afastamento do agressor como elementos mais valorizados na resolução dos fenómenos de violência. Paralelamente há uma fraca valorização da ideia de tratar agressores e vítimas como forma de resolver o problema. Sobre esta questão não se evidenciam grandes diferenças entre os estudantes de psicologia e os estudantes de outros cursos. No entanto, os finalistas do MIP distinguem-se dos outros grupos de estudantes quando valorizam claramente a necessidade de educar para prevenir a violência, sublinhando os aspetos preventivos. Este aspeto já tinha sido observado no estudo de Paiva (2010).

A opção "estimular a denúncia" como forma de resolução do problema é a mais valorizada neste estudo e nos estudos anteriores (Correia, 2008; Paiva, 2010). Na pesquisa de Correia (2008), curiosamente são os magistrados e advogados (e não os estudantes ou profissionais ligados à saúde mental) quem identifica o tratamento do agressor como a terceira alternativa à resolução do problema, logo atrás da denúncia e do afastamento do agressor.

²² Os itens menos assinalados (não identificados na tabela) são: (2) Condenar mais agressores; (4) Estimular a separação/ divórcio do casal; (6) Mudar o comportamento da vítima; (10) Melhorar as condições socioeconómicas; (11) Aumentar os direitos da mulher; (12) Aumentar os tempos de lazer das famílias; (13) Intervenção de outros familiares, amigos e vizinhos.

As crenças relativas à justificação da violência conjugal foram estudadas com base na escala ECVC-Histórias (Alarcão & Alberto, 2007) (Tabela 5).

Tabela 5. Narrativas sobre violência conjugal: ECVC Histórias

	Psicologia						Ciências S./H.		Ciências	
	1º Ano		4º/5º Ano		Total		M	DP	M	DP
	M	DP	M	DP	M	DP				
História 1 (10 itens)	1.35	0.04	1.21	0.03	1.32	0.35	1.38	0.43	1.54	0.47
História 2 (10 itens)	1.56	0.04	1.46	0.07	1.52	0.44	1.62	0.50	1.75	0.55
História 3 (10 itens)	1.41	0.03	1.21	0.05	1.34	0.37	1.46	0.45	1.57	0.54
Total (30 itens)	1.44	0.04	1.29	0.05	1.39	0.35	1.49	0.41	1.62	0.47

A ECVC-Histórias mede a justificação, legitimação ou compreensão que os sujeitos fazem de cada uma das histórias de violência aí apresentadas, com os valores mais altos a indicarem uma maior legitimação do fenómeno. Dos dados reportados na Tabela 5 destacam-se, em primeiro lugar, os valores mais baixos (assinalados a negrito) obtidos pelos alunos do 4º e 5º ano do MIP a que se seguem os alunos da mesma formação do 1º ano. Um outro dado a realçar é o facto das médias mais altas se observarem na história 2 (camponesa idosa agressora) evidenciando que todos os grupos em estudo justificam mais facilmente este tipo de agressão, comparativamente com o que se verifica nas outras histórias. Os alunos de Ciências S./H. e de Ciências apresentam sistematicamente uma maior justificação da violência conjugal nas três histórias comparativamente com os alunos do MIP, mantendo também o padrão de maior justificação da violência observada na história 2. Estes valores são significativamente diferentes (*One-Way Anova*): História 1 com $F(2, 574)=12.89$, $p<.001$; História 2 com $F(2, 572)= 8.75$, $p<.001$; História 3 com $F(2, 570)= 11.46$, $p<.001$; e totais com $F(2, 574)= 13.31$, $p<.001$. Esta diferenciação das respostas por grupos formativos também já tinha sido verificada noutros estudos (Correia, 2008).

No que se refere aos resultados entre os alunos do MIP (1º ano vs 4º/5º ano) apenas na História 2 (camponesa idosa agressora) as diferenças não são significativas com $t(131)=1.21$, $p=.22$. A História 1 (engenheiro agressor), a História 3 (agressor alcoolizado de mulher grávida) e total do ECVC-Histórias apresentam diferenças significativas num nível de

confiança de 95%.

Analisando estes resultados em função das histórias confirma-se a tendência observada noutros estudos para a maior legitimação da violência perpetrada pelas mulheres (História 2) (Aguilar, 2010; Correia, 2008; Paiva, 2010; Straus et al., 1997). No estudo de Aguilar (2010) já se tinha verificado que a “História 1” (engenheiro agressor) é a menos legitimada pelos diferentes grupos. Estes dados potenciam a manutenção da crença da violência conjugal como um fenómeno de classes socioeconómicas desfavorecidas (Alexander, 1993), onde o alcoolismo serve para sustentar a justificação. Mais complicado, no entanto, parece ser o facto destas crenças se associarem a índices de legitimação que não valorizam tanto a gravidade da agressão, como acontece nesta história 3 onde o indivíduo alcoolizado é descrito como agressor de uma mulher grávida. Neste caso, os valores observados evidenciam crenças de maior "aceitação" destas agressões comparativamente com o que se observa na história 1 (casal da classe média). O que aqui se evidencia são crenças que subtilmente (ou nem tanto) pressupõem uma maior banalização do ato em função do estatuto socioeconómico dos atores e/ou o consumo de álcool como argumento de desculpabilização do agressor, eventualmente próximo daquilo que as feministas Canadianas chamavam de "desconto por via da bebedeira" (Graham et al., 1998; Room, 1996).

Como usualmente as mulheres aparecem como menos legitimadoras da violência conjugal (Machado et al., 2003), compararam-se os valores obtidos pela totalidade da amostra em função do género. Verificou-se uma diferença significativa ($p < .001$) (teste t) com os homens a legitimarem sistematicamente mais a violência conjugal. Contudo, comparando apenas os alunos do curso de psicologia em função desta variável as diferenças não são significativas na História 1 com $t(215)=1.25$, $p=.213$, na História 2 com $t(215)=1.54$, $p=.125$, na História 3 $t(215)=1.66$, $p=.098$ e no Total com $t(215)=1.74$, $p=.084$.

Considerando os consumos de álcool dos sujeitos em estudo procurou-se saber se estes se associam à legitimação da violência medida pela ECVC Histórias (Tabela 6).

Tabela 6. Variação do ECVC-Histórias em função das categorias definidas pelo AUDIT

Histórias	Categorias AUDIT			
	Categoria I	Categoria II	Categoria III	Categoria IV
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>
História 1 F (3, 571)= 8.487, p<.001	1.37 (0.019)	1.44 (0.038)	1.48 (0.147)	2.01 (0.248)
História 2 F (3, 569)= 5.233, p<.01	1.57 (0.024)	1,69 (0.042)	1.72 (0.149)	2.09 (0.285)
História 3 F (3,568) = 13.069, p<.001	1.39 (0.020)	1.52 (0.042)	1.52 (0.128))	2.23 (0.270)
História Total F (3, 571)= 10.320, p<.001	1.45 (0.019)	1.55 (0.037)	1.57 (0.120)	2.11 (0.236)

O mais saliente destes valores é exatamente o crescimento linear e estatisticamente significativo das médias em função das categorias de consumo de álcool medidas pelo AUDIT, particularmente na história 3 (agressor de mulher grávida, alcoolizado). Este efeito linear do consumo de álcool na justificação dos comportamentos de violência levou a explorar o possível efeito preditivo do consumo nestas justificações. O modelo regressivo linear é significativo para todas as histórias justificando 6% da variância da história 3 e de 3% (aproximadamente) das histórias 1 e 2.

O estudo da relação entre crenças sobre causas, manutenção e resolução dos comportamentos de violência conjugal (QVC-CMR) e o consumo de álcool (AUDIT) foi realizada com base num modelo de regressão também linear com o consumo de álcool a funcionar como preditor das respostas aos itens destas três subescalas. No entanto, apenas a relação entre consumo de álcool e "causas" da violência conjugal se verificou ser significativa. Neste caso, o consumo de álcool prediz 18.5% (p<.001) da variância dos resultados relativos às crenças sobre causas da violência conjugal.

Na amostra global verifica-se que 114 sujeitos (20%) descrevem a sua família de origem como marcada por relações violentas entre os progenitores, nomeadamente: abusos físicos (n=15; 2.6%), violência verbal (n= 66; 11.3%), violência económica, como a recusa em pagar despesas (n=26; 4.5%), agressão sexual (n=11; 1.9%), e maus tratos de outro tipo (n=10; 1.7%). Os castigos físicos dos progenitores para com os participantes (quando crianças) são reportados como recorrentes por 21 estudantes (3.6%); o recurso a estes castigos por parte dos professores foi relatado como recorrente por 10 estudantes (1.7%). A violência verbal recorrente, com insultos e/ou humilhações por parte dos pais, é descrita por 20 estudantes (3.4%) e a mesma violência por parte dos professores por 7 estudantes (1.2%).

As experiências de violência entre familiares próximos do sujeito foram estudadas considerando o seu eventual efeito preditor sobre as crenças relativas à violência conjugal (QVC-CMR). O modelo explica 11.7% da variância dos resultados das crenças sobre *causas da violência*. Os itens que contribuem de forma significativa para este resultado são: Baixo grau de instrução do agressor; Fragilidade emocional da vítima; Antecedentes de violência na família de origem do agressor e/ou da vítima.

Estas experiências de violência entre pais e cuidadores, contudo, parecem não ter influência significativa na *justificação da violência* (histórias 1, 2 e 3) e nas crenças sobre *manutenção e resolução* destes comportamentos.

Conclusões:

Nos estudos sobre as causas, manutenção e resolução da violência conjugal (QVC-CMR) verifica-se uma grande estabilidade dos resultados observados nos diferentes estudos com este instrumento (Correia, 2008; Paiva 2010), particularmente entre os alunos do MIP, o que deixa antever uma possível influência da formação académica nas respostas.

O estudo das crenças relativas à justificação da violência conjugal (ECVC-Histórias) evidencia também um efeito da formação, com os alunos do MIP (particularmente dos últimos anos) a apresentarem valores significativamente mais baixos de legitimação da violência. Verifica-se uma maior legitimação da violência perpetrada pelas mulheres (História 2) já observada noutros estudos (Aguilar, 2010; Correia, 2008; Paiva, 2010). Os dados evidenciam a crença da violência conjugal como um fenómeno das classes socioeconómicas desfavorecidas e o alcoolismo como um estado justificativo do

comportamento violento. Estes resultados parecem não ser afetados por enviesamento da variável género no grupo constituído por estudantes de psicologia.

O consumo de álcool aparece significativamente relacionado com a justificação da violência conjugal medida pela ECVC-Histórias. O mais patente destes valores é a função linear, estatisticamente significativa, das médias em função das categorias de consumo de álcool (AUDIT), particularmente na história 3 (agressor alcoolizado). O consumo de álcool na justificação dos comportamentos de violência é ainda evidenciado pelo efeito preditor desta variável nas justificações da ECVC-Histórias, particularmente da história 3 (agressor alcoólico). Do mesmo modo, verifica-se que o consumo de álcool funciona como preditor das respostas à subescala sobre causas da violência (QVC-CMR Causas), justificando 18.5% da variância destes resultados.

Finalmente, 20% da amostra refere um ambiente de violência entre os cuidadores primários na sua infância. Estas experiências de violência entre familiares próximos do sujeito explicam 11.7% da variância dos resultados das crenças sobre causas da violência, mas parecem não ter influência significativa na justificação da violência (Histórias 1, 2 e 3) e nas crenças sobre “manutenção” e resolução” destes comportamentos.

Bibliografia:

- Aguilar, R. (2010). Representações sociais em torno da violência conjugal: Estudo de validação do Questionário de Violência Conjugal – Histórias (QRVC-HIS) e do Questionário de Violência Conjugal – Causas, Manutenção e Resolução (QVC-CMR) com uma amostra da população geral. Dissertação de M.I.P. apresentada à FPCE-UC. Coimbra: FPCE-UC
- Alexander, R. (1993). Wife battering: An australian perspective. *Journal of Family Violence*, 8 (3), 229 – 245.
- Babor, T., Higgins-Biddle, J., Saunders, J., & Monteiro, M. (2001). The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care. World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence. Geneva: World Health Organization
- Barthes, R. (1978). *Image-Music-Text*. New York: Farrar, Straus and Giroux, Publishers, Inc.
- Camelo, A. (2009). Representações sobre a violência conjugal. Estudo exploratório com uma amostra de profissionais da CPCJ. Dissertação de M.I.P. apresentada à FPCE-UC. Coimbra: FPCE-UC
- Correia, A. (2008). Crenças em torno da violência conjugal: estudo exploratório junto de advogados, magistrados, auditores de justiça e estudantes de direito. Dissertação de

M.I.P. apresentada à FPCE-UC. Coimbra: FPCE-UC

- Graham, K., Leonard, K.E, Robin, R., Wild, T.C., Pihl, R.O., Bois, C., & Single, E. (1998). Current directions in research on understanding and preventing intoxicated aggression. *Addiction*, 93 (5), 659-676
- Machado, C., Matos, M., & Moreira, A. (2003). Violência nas relações amorosas: Comportamentos e atitudes na população universitária. *Psychologica*, 33, 69-83.
- Paiva, L. (2010). Violência conjugal: representações sociais e atribuições numa amostra de Estudantes de Psicologia do Mestrado Integrado. Dissertação de M.I.P. apresentada à FPCE-UC. Coimbra: FPCE-UC
- Pimentel, I. (2012). Violência entre Parceiros Íntimos (significados, manutenção e transformação, na perspectiva de vítimas, agressores e profissionais. Dissertação de Doutorado apresentada à FPCE-UC. Coimbra: FPCE-UC
- Room, R. (1996). Drinking, violence, gender and causal attribution: a Canadian case study in science, law and policy. *Contemporary Drug Problems*, 23, 649-686.
- Straus, M., Kaufman-Kantor, G., & Moore, D. (1997). Change in cultural norms approving marital violence: From 1968 to 1994. In G. Kaufman-Kantor & J. Jasinski (Eds.). *Out of the darkness: Contemporary perspectives on family violence* (pp. 3-16). Thousand Oaks, CA: Sage.

Comportamientos sexuales y adictivos de jóvenes en conflictos social

Prof. Dr. José María Failde Garrido

Facultad de Ciencias de la Educación

Universidad de Vigo (España)

Coautores: Dapía Conde, M., Alonso Álvarez, A. y Pazos Millan, E.

Objetivo: estudiar la identidad desde una perspectiva que cuestione el rígido modelo de dos sexos/dos géneros/heterosexualidad de nuestra cultura occidental, y el análisis de la construcción cultural que desemboca en este hecho. Una forma de construir la identidad que *fuera* la presencia de una realidad binaria de mujeres y hombres como categorías excluyentes y jerárquicamente valoradas, apuntaladas por la presencia de estereotipos y roles de género legitimados para cada categoría. Estereotipos y roles que derivan en actitudes sexistas, que se expresan hoy en día a través de nuevas trampas más sutiles y encubiertas para la consecución de la igualdad legítima, y que invisibilizan otras formas de construir la identidad más allá del binomio dos sexos/dos géneros. Y para ello destacaremos la importancia de trabajar desde la educación más temprana con verdaderos programas coeducativos que promuevan el desarrollo psicoafectivo y sexual flexible, mutable, igualitario y simétrico.

Contenidos: La construcción de la identidad sexo-género: una realidad construida; La sexualidad heterosexual como imposición del sistema binario dos sexos/dos géneros: otras identidades/orientaciones legítimas; Los estereotipos descriptivos/prescriptivos: instrumentalidad versus expresividad; Del sexismo hostil al sexismo benevolente en las sociedades occidentales del siglo XXI: las trampas más invisibles; La construcción de nuevas identidades: la coeducación afectiva y sexual más allá del modelo hegemónico.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es el período de la vida comprendido entre los 10 y 19 años (OMS, 1977), es una etapa de transición entre la pubertad y la adultez, lo que implica cambios emocionales, psicológicos y sociales, que van a tener su influencia en la esfera comportamental (Gutiérrez, 2003).

La sexualidad se encuentra presente durante todo el desarrollo evolutivo del ser humano, no obstante en la adolescencia los comportamientos sexuales comienzan a establecerse (Bayley, 2003). La persona joven desarrolla su madurez sexual y establece su identidad como individuo, pensando por su cuenta y teniendo ideas propias (Alsaker y Flamer, 1999). En esta etapa, los temas relacionados con la sexualidad tales como el enamoramiento, las relaciones sexuales, la contracepción, el embarazo y las infecciones de transmisión sexual, juegan un papel relevante. Asimismo, se inicia mayoritariamente la actividad sexual coital (East, Jackson, O'Brien, & Peters, 2007), estando la conducta sexual sujeta a multitud de influencias que pueden favorecer una disminución del control de la situación y una mayor desprotección frente a los embarazos no deseados, el VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual (Buhi, & Goodson, 2007). En este sentido, cuando se compara con otros grupos etarios, las infecciones de transmisión sexual (ITS) afectan de manera desproporcionada a los adolescentes (DiClemente, Crittenden, Rose, *et al.*, 2008), con tasas de prevalencia que alcanzan en algunos subgrupos proporciones de epidemia (Miller, Ford, Morris, *et al.*, 2004; Weinstock, Berman, & Cates, 2004).

En las últimas décadas se han incrementado considerablemente los estudios sobre la conducta sexual de los adolescentes comunitarios (Arnal y Llarío, 2006; Faílde, Lameiras y Bimbela, 2008; Navarro-Pertusa, Reig-Ferrer, Barberá, y Ferrer-Cascales, 2006; Teva, Bermúdez, y Buela-Casal, 2009), constatándose importantes cambios en la conducta sexual de los adolescentes a través del tiempo (Wells & Twenge, 2005). Algunas de las conclusiones de estas y otras investigaciones apuntan hacia un inicio de las relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas, unido a un uso no sistemático de métodos anticonceptivos y preventivos, en particular del preservativo masculino (East, Jackson, O'Brien, & Peters, 2007; González, 2009; Petersen, y Hyde, 2010; Sam, Ortiz de la Peña, y Lira, 2011; López del Burgo, Irala y Hanley, 2006).

Por otra parte, la adolescencia es un período etario en la que se inician las salidas sin

compañía de los adultos y en la que el grupo de iguales ejerce un papel fundamental en la construcción de la identidad. En este contexto los y las adolescentes tienen fácil acceso a sustancias como el alcohol, el tabaco, el cannabis... Es en esta etapa cuando se inician, en un porcentaje importante, los consumos de diferentes sustancias adictivas.

Al igual que en años anteriores, el informe de la última encuesta estatal publicada sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas en España (ESTUDES), las drogas más consumidas por los estudiantes de enseñanza secundaria de 14 a 18 años han sido el alcohol, el tabaco y el cannabis (DGPNSD; 2011), en una línea similar apuntan los datos de la encuesta EDADES para este grupo etario (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2011). Un 75,1% refiere haber tomado bebidas alcohólicas alguna vez en su vida, un 39,8% tabaco y un 33% cannabis, reflejándose un descenso en el consumo de estas sustancias (DGPNSD; 2011). Si bien el consumo de otras sustancias presenta menor prevalencia, no debe distraernos de las investigaciones que relacionan el consumo de alcohol y tabaco como la puerta de acceso para iniciarse en el consumo de otras drogas ilegales, en lo que se conoce como *Teoría de la escalada* (Kandel y Davies, 1992).

Entre las razones por las que los y las jóvenes se inician en el consumo de sustancias se apuntan la vinculación grupal y el efecto de contagio de los iguales, la búsqueda de sensaciones y la curiosidad, la búsqueda de evasión y la experimentación de euforia y la desinhibición o las ilusiones de fortaleza y vigor físico (Moral Jimenez, Rodríguez Díaz y Sirvent Ruiz, 2005).

Los consumos de drogas en la etapa adolescente constituyen, en las últimas décadas, un foco de interés creciente en las investigaciones. Algunas de las conclusiones de estos estudios apuntan hacia un inicio cada vez más temprano del consumo, cambios en los modos de consumir, así como una tendencia a la igualación de los patrones de consumo entre chicos y chicas (DGPNSD; 2011; Mendoza, López Pérez y Sagrera, 2007).

Por otra parte, es muy poco lo que conocemos de los jóvenes en situación de conflicto social en relación a los comportamientos sexuales y adictivos, siendo estas poblaciones bastante desconocidas desde el punto de vista de la salud (García Ruiz y Suárez Álvarez, 2008), pese a constituir uno de los colectivos catalogados de especial vulnerabilidad por el Grupo de Promoción de la Salud (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008), en el que concurren una serie de factores

tales como haber abandonado la escuela sin terminar sus estudios, no haberse integrado en el mercado laboral, no haber desarrollado su vida en circunstancias socioeconómicas adecuadas y, en general, un perfil problemático, acumulando así, riesgos y déficits de salud (Kelly, Morgan-Kidd, Campion, & Wood, 2003). Según la legislación española, tal como contempla la Ley 5/2000 de *Responsabilidad Penal del Menor*, se entiende por jóvenes en situación de conflicto social (también denominados infractores, en dificultad social, en conflicto con la ley) aquellos/as entre 14 y 18 años (por debajo de 14 no hay responsabilidad penal) que han infringido la ley penal y han sido puestos a disposición de los sistemas de justicia de menores.

En relación a la conducta sexual de los jóvenes en situación de conflicto social, entre los escasos estudios publicados en nuestro medio podemos citar los dos siguientes. Uno realizado en centros de menores de protección y reforma de Asturias, País Vasco y Castilla-León. Según este estudio el 63.30% de estos jóvenes, mantuvo relaciones sexuales con penetración a una edad media de 16,10 años, de los cuales un 32.20% afirmó no haber usado el preservativo en su última relación sexual coital (García Ruíz, Fernández del Valle, Franco *et al.*, 2001). Otro estudio realizado en la Comunidad de Madrid sobre los comportamientos de los jóvenes con problemas de conducta en centros de menores de protección, reveló, que el 49.20% de los adolescentes evaluados habían tenido su primera relación sexual antes de los 14 años, un 33.10% nunca había usado ningún método de prevención y un 20% refirió carecer de información sobre métodos anticonceptivos, y de cómo prevenir enfermedades de transmisión sexual (Díaz-Aguado, Martínez y Martín, 2002). Asimismo, son prácticamente inexistentes las investigaciones publicadas sobre el consumo de drogas en jóvenes españoles infractores de la ley, lo que contrasta, con el perfil de mayor vulnerabilidad hacia el uso y abuso de drogas de este colectivo, tal como se señala en la *Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016* (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009). Entre los estudios a los que hemos tenido acceso podemos citar una investigación realizada en centros de menores de la Comunidad de Madrid sobre los comportamientos de estos jóvenes (Díaz-Aguado, Martínez, Martín, 2002) reveló que los consumos más frecuentes de sustancias ilegales en este colectivo son los inhalables, los alucinógenos y la heroína; presentando, por tanto, un patrón de consumo diferente al resto de la población adolescente, en el que la droga ilegal más consumida es el cannabis. Además también refirió que el inicio del consumo de drogas en este colectivo es más precoz que el resto de la población. Por otra parte, en el año 2002, la

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas subvencionó el estudio *Menores infractores con consumo de drogas en los centros de reforma* (Esteban, Diaz, Gañan, *et al.*, 2003), llevado a cabo en 26 centros de España, destacando entre sus indicadores la temprana edad de inicio de consumo de drogas por parte de estos jóvenes y la alta prevalencia de consumo de hachís y estimulantes. Dos años más tarde, la misma Delegación subvencionó otro estudio titulado “*Análisis de la situación de los centros de protección y reforma en el ámbito de la prevención*” realizado en 23 centros de cuatro comunidades autónomas (Gamonal, Insua, y Moreno, 2009), cuyos resultados revelan que en este colectivo los consumos de drogas son muy superiores a la población general de la misma edad, siendo mayor en centros de reforma que de protección y con un consumo claramente diferenciado entre mujeres y hombres.

Por otra parte, quisieramos expresar que el concepto “jóvenes en situación de conflicto social”, no puede ser literalmente aplicable al ámbito internacional, lo que dificulta el análisis comparativo. No obstante, entre los estudios publicados fuera de España, podemos citar el estudio Scopus (2002), desarrollado en Chile, el cual corrobora que las tasas de consumo de drogas fueron considerablemente más altas entre los menores infractores en comparación con los adolescentes escolarizados. También la investigación realizada por Sáenz, Bejano y Fonseca (2006) con 91 jóvenes infractores en Costa Rica, concluye que el consumo de sustancias tanto legales como ilegales es muy alto y significativamente mayor que el reportado por la población en general, así como el inicio del consumo de sustancias a edades muy tempranas. En una misma línea, un estudio realizado en Rio de Janeiro, reporta niveles muy elevados de consumo entre la población de adolescentes infractores de la ley (Andrade, Silva y Assumpção, 2004). Más recientemente en un estudio realizado por el Gobierno Nacional de Colombia sobre el consumo de sustancias en adolescentes en conflicto social (ICBF y DNE, 2010) concluye que el consumo en adolescentes infractores es muy superior al que se observa en la población en general. Finalmente, Sanabria y Uribe (2009) señalan que los jóvenes infractores de la ley estarían también en alto riesgo para otros problemas, como dificultades académicas, consumo de sustancias psicoactivas y comportamientos sexuales de riesgo.

En este contexto, el objetivo de esta investigación consistió en analizar los comportamientos sexuales y adictivos de los jóvenes en situación de conflicto social de Galicia (España).

MÉTODO

Participantes

La muestra de este estudio la constituyen 573 adolescentes chicos y chicas de 14 a 19 años residentes en Galicia (España), distribuidos en dos grupos. Uno grupo formado por 399 adolescentes comunitarios, que suponen el 69,63% de la muestra, de los que el 68.8% eran chicos y el 33.2% chicas, con una edad media de 15,83 ($Sx=,84$) y un rango de 14 a 19 años. Otro grupo formado por 174 adolescentes en situación de conflicto social, que representan el 30,37% de los participantes siendo el 78.70% chicos y el 21.30% chicas, con una media de edad de 16,79 ($Sx=1,32$) y un rango de 14 a los 20 años.

Instrumentos

A todos los sujetos se les administró un cuestionario adaptado de Bimbela (2000), que evaluaba comportamientos sexuales, un cuestionario diseñado *ad hoc* a partir de la encuesta del Plan Gallego sobre Drogas y de las utilizadas por el Plan Nacional sobre Drogas (encuesta EDADES y ESTUDES), que recogía información relativa a comportamientos adictivos y aspectos sociodemográficos de los participantes. En relación a los comportamientos sexuales se plantearon un total de 17 cuestiones que recogían datos acerca de si habían mantenido relaciones sexuales con penetración, la edad de la primera relación sexual, el método anticonceptivo/profiláctico utilizado la primera vez, el número de parejas sexuales en los últimos 6 meses, el tipo de prácticas sexuales y su frecuencia, la frecuencia de uso del preservativo asociado a cada práctica, la frecuencia de haber experimentado malestar emocional como consecuencia de no haber tomado las precauciones adecuadas tras un encuentro sexual con la pareja habitual u ocasional, y sobre las habilidades para negociar el uso del preservativo con sus parejas.

En relación a las conductas adictivas se diseñó un cuestionario *ad hoc* a partir de la encuesta del Plan Gallego sobre Drogas y del Plan Nacional sobre Drogas, que incluía cuestiones referidas al uso, frecuencia en el último mes y edades de inicio del consumo de sustancias.

Por lo que se refiere a los aspectos sociodemográficos se incluían cuestiones referidas a la edad, género, estudio de los padres, residencia y características de los centros.

Diseño

Se trata de un estudio descriptivo de poblaciones mediante encuestas con muestras probabilísticas de tipo transversal, según la clasificación propuesta por Montero y León (2007).

Procedimiento

Para la selección de la muestra en primer lugar se solicitó autorización a la Consellería de Familia, quien nos proporcionó un listado de todos los centros de menores de Galicia. A continuación, previo contacto con los centros se tuvo acceso a la población total de jóvenes en situación de conflicto social, los cuales, tras ser informados de los propósitos del estudio participaron de forma anónima y voluntaria. La tasa de rechazo se situó en el 1% de la población. A partir de una población de 174 adolescentes, se seleccionó a todos los que estaban cursando 4º de la ESO, resultando una muestra final de 92 participantes.

Por otra parte, se seleccionó una muestra de jóvenes comunitarios estudiantes de 4º de la ESO, con las mismas edades y proporción en base al género que la muestra de jóvenes en conflicto social. Para ello, a través de un muestreo aleatorio, multietápico, estratificado por provincia, tipo de centro, género y edad, se seleccionó una muestra de 399 participantes, que dieron su consentimiento para participar en el estudio de forma anónima y voluntaria.

Análisis de datos

Para el análisis de datos se recurrió a la utilización de técnicas de estadística descriptiva univariada y multivariada. Recurriendo a estadísticos de tendencia central y de dispersión (medias y desviaciones típicas), análisis de frecuencias y porcentajes, contrastes analíticos mediante análisis de varianza (ANOVA) y chi cuadrado, y análisis de regresión logística binaria. Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS 19.0 para Windows.

RESULTADOS

Comportamientos sexuales

Los datos mostrados en la tabla 1 evidencian diferencias estadísticamente significativas en función del carácter del centro en relación a la *edad de la primera relación sexual con penetración* ($F=9.06$, $p<.003$) y, con respecto al *número de parejas sexuales* en los últimos 6 meses ($F=5.16$,

$p < .025$); los chicos y chicas de los centros residenciales se iniciaron a una edad media más temprana ($\bar{X}=13.41$ años; $S_x=1.52$) en sus relaciones sexuales y, tuvieron más *parejas sexuales en los últimos 6 meses* que los chicos y chicas de centros diurnos ($\bar{X}=3.13$ parejas; $S_x=2.81$).

INSERTAR TABLA 1

El porcentaje de chicos y chicas que se mantienen *sexualmente activos* es mayor en los centros de carácter diurno (90.11%) que en los centros de carácter residencial (85.54%), pero sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas.

Por el contrario, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los comportamientos sexuales de los chicos y chicas en función del carácter del centro en relación a las siguientes variables: *Frecuencia de coitos en los últimos 6 meses* ($X^2=10.50$, $p < .003$), siendo los chicos y chicas de los centros diurnos quienes refieren haber mantenido relaciones sexuales con penetración más frecuentemente; *Frecuencia del uso del condón en los últimos 6 meses* ($X^2=10.57$, $p < .005$), haciendo mayor uso sistemático de este método anticonceptivo/preventivo los chicos y chicas de los centros diurnos durante sus prácticas sexuales con penetración; *Tipo de pareja en los últimos 6 meses con prácticas sexuales con penetración* ($X^2=6.30$, $p < .043$), eligiendo mayor porcentaje de chicos y chicas de los centros diurnos a su pareja habitual; *Relación sexual con penetración vaginal en los últimos 6 meses* ($X^2=4.22$, $p < .040$), habiendo secundado mayor porcentaje de chicos y chicas de los centros diurnos esta práctica sexual en el mencionado período de tiempo y, por último en la *frecuencia del uso del condón durante el coito vaginal en los últimos 6 meses* ($X^2=12.05$, $p < .002$), habiendo menor uso sistemático de este método anticonceptivo/preventivo durante esta práctica sexual en los centros residenciales (ver tabla 1).

Comportamientos adictivos

En relación a los comportamientos adictivos (ver tabla 2), se detectaron diferencias estadísticamente significativas en función del carácter del centro en cuanto al consumo de las siguientes sustancias adictivas: heroína ($F=5.48$, $p < .019$), cocaína ($F=8.88$, $p < .003$),

drogas sintéticas ($F=8.87$, $p<.003$) y otras drogas, como por ejemplo, tranquilizantes, hipnóticos, sustancias inhalables, etc. ($F=4.80$, $p<.028$); con mayor representación porcentual en todas ellas entre los chicos y chicas de los centros de carácter residencial.

INSERTAR TABLA 2

Se identificaron asimismo diferencias estadísticamente significativas entre centros con respecto a la edad de inicio en el consumo de tabaco ($F=11.48$, $p<.001$), alcohol ($F=4.69$, $p<.032$), hachís ($F=3.68$, $p<.058$) y marihuana ($F=5.33$, $p<.023$), siendo mas precoces en utilizar estas sustancias los chicos y chicas que se hallan en los centros de carácter residencial. Además, cabe destacar que las chicas y chicos de los centros diurnos retrasan la edad de inicio en el consumo heroína, cocaína, drogas sintéticas y otras drogas hasta los 15.45 años en los centros diurnos frente a los 15.07 años en los centros residenciales, aunque sin constatarse diferencias estadísticamente significativas (ver tabla 3).

Los análisis estadísticos también evidenciaron diferencias significativas en cuanto a la media de meses de consumo de tabaco ($F=6.01$, $p<.015$) y heroína ($F=9.19$, $p<.016$), siendo está primera sustancia más consumida por los chicos y chicas que se hallan cumpliendo medida judicial en centros residenciales, al contrario que la segunda, que se consumió durante más tiempo en los centros diurnos.

INSERTAR TABLA 3

Finalmente, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función del centro en relación al número de sustancias consumidas mediante los policonsumo ($X^2=10.12$, $p<.038$), habiendo mayor peso porcentual de chicos y chicas de los centros diurnos que consumieron 1, 2 y 3 sustancias tóxicas.

DISCUSIÓN

Comportamientos sexuales

Los chicos y chicas de centros diurnos mostraron mayor nivel de actividad sexual que sus homólogos de centros residenciales (92.68% diurno y 81.69% residencial). Aún así, el porcentaje es significativamente alto en ambos grupos si lo comparamos con otros estudios con muestras de similares características como el de García et al. (2001) en centros de menores de protección y reforma que reportaban porcentajes de activos próximos al 63%, o en muestras comunitarias de jóvenes de 14 a 24 años, en los que se reportan porcentajes de activos sexuales del 66.28% (Faílde, Lameiras y Bimbela, 2008) y, del 66.00% (Equipo Daphne, 2009).

Por otro lado, los datos revelaron diferencias estadísticamente significativas en función del tipo de centro (Residencial versus Diurno) en relación a la edad de la primera relación sexual: habiendo un 46.41% de la población residencial se inicio antes de los 14 años frente a un 53.59% de la población diurna que lo hizo a los 14 años. Lo que sumado a la desescolarización prematura, a sus problemas sociofamiliares, a su situación socioeconómica, al consumo de sustancias tóxicas, y a sus mediocres conocimientos sobre el VIH/SIDA entre otros aspectos, no sólo, sitúa a estos jóvenes en una situación de vulnerabilidad ante la infección y otras ITS, sino que favorece la formación de un grupo sexualmente activo a una edad muy temprana, lo que sin duda aumenta la frecuencia de incidir en conducta de alto riesgo (Díaz-Aguado, Martínez y Martín, 2002; García et al., 2001).

Cuando profundizamos en el estudio de la variable edad de inicio de la primera relación sexual del tipo de centro, observamos que la población diurna tiene mayor nivel formativo que la población residencial. Este hecho podría explicar que las chicas y los usuarios de los centros diurnos retrasaran el inicio de la primera relación sexual. En este sentido, autores como Belza et al., (2006) y Meztler, (2007) consideran el nivel educativo como un factor social determinante que actúa como un protector de la salud, puesto que cuando los jóvenes se desescolarizan prematuramente pierden la ocasión de acceder a programas de educación afectivo-sexual impartidos fuera o dentro de las aulas durante su

etapa adolescente.

En referencia al uso del preservativo en función del centro, observamos que los centros de día hacen mayor uso del condón masculino, sobre todo, en las prácticas vaginales (46.05%) y anales (50.00%) encontrándose diferencias estadísticamente significativas en relación a la primera práctica, aunque con unas frecuencias muy bajas. Los datos ponen en evidencia la existencia de prácticas de riesgo durante las relaciones sexuales y, unos porcentajes elevados de desprotección en las relaciones coito-anales y buco-genitales, principalmente, por parte de los usuarios/as de los centros residenciales. Además, el que sólo se utilice el preservativo de forma generalizada en las prácticas coito-vaginales revela que el uso de este método se limita a evitar los embarazos no deseados. Aspectos que han sido reportados en diferentes estudios con adolescentes y jóvenes por Brown, Wald, Hughes, *et al.* (2006), Nikula, Koponen, Haavio-Mannila, y Hemminki (2007), Faílde *et al.* (2008) o Lameiras, Failde, Bimbela y Alfaro (2008). El bajo uso sistemático del preservativo en este tipo de población puede ser un dato predictivo de embarazos no deseados, de nuevos contagios de VIH/SIDA y del aumento de enfermedades de ITS (Bimbela, 2002; Roustan *et al.*, 2004).

Comportamientos adictivos

Por otra parte, en relación a los comportamientos adictivos, el consumo de sustancias tóxicas es un indicador a tener en cuenta en esta población, con porcentajes de consumo superiores a los de los adolescentes comunitarios (Plan Nacional sobre Drogas). Así, el 87.93% de los participantes refirió haberlas consumido, de los cuales un 79.30% fue policonsumidor, y de éstos un 73.41% consumieron 3 ó más sustancias.

La población residencial fue más consumidora, encontrándose diferencias estadísticamente significativas en relación al consumo de heroína cocaína y drogas sintéticas y otras sustancias tóxicas. En función de la edad, la población residencial se inicia más prematuramente en el consumo de tabaco, alcohol, hachís y marihuana, sustancias para las cuales se encontraron diferencias significativas. En cuanto al tiempo de consumo, la población residencial consumió durante mayor número de meses alcohol, hachís y marihuana, que la población diurna, que consumió durante más meses tabaco heroína, cocaína, drogas sintéticas (éxtasis) y otros tóxicos, hallándose diferencias significativas en

relación al tabaco y la heroína (únicamente consumida por chicos). La prevalencia de consumo varía en función del centro, pero el patrón de sustancias consumidas es el mismo, es decir, la población consume más tabaco y cannabis por la semana, y más alcohol, cocaína y drogas sintéticas los fines de semana, haciendo uso de la heroína y otros tóxicos esporádicamente. En otras palabras, podemos decir que el cannabis, la cocaína y las drogas sintéticas son las sustancias tóxicas ilegales más consumidas al igual que sucede con muestras comunitarias (Lomba, Apóstolo y Méndes, 2009; Ministerio de Sanidad y Política Social 2011).

El patrón epidemiológico de consumo de sustancias en poblaciones de adolescentes y jóvenes es diferente al observado en otros grupos etarios. El consumo se incrementa los fines de semana y en vísperas de festivos, por lo que los jóvenes, parecen hacer uso de estas sustancias con un marcado carácter lúdico-recreativo. Entre las sustancias que experimentaron mayores tasas de consumo los fines de semana están el alcohol y la cocaína (Ministerio de Sanidad y Política Social 2011), sustancias que los participantes de este estudio también han reportado consumir más frecuentemente en esos días de la semana.

Que un 76.40% de nuestra población haya abandonado los estudios a los 15.28 años y la edad de inicio de consumo de sustancias como el alcohol y cannabis fuese a los 13 años aproximadamente, evidencia que estos adolescentes que consumen drogas a edades muy tempranas tengan más problemas de indisciplina, de rendimiento o de fracaso escolar (Casas, 1998). Además, autores como Graña y Muñoz, (2000) revelaron en sus estudios que el consumo de drogas prematuro está directamente relacionado con las actividades predelictivas. En esta línea, otros autores como Barnes y Welte, (1986) o Kandel, Jonson, Bird, et al., (1999) refirieron que a más abuso de drogas, más probabilidades hay de que persista la conducta antisocial.

También el consumo de alcohol tiene una repercusión negativa en la conducta de los adolescentes a nivel psicológico, psicopatológico, escolar y social. En este sentido estudios realizados en nuestro país y en el extranjero (Casas, 1998; Graña y Muñoz, 2000; Pettersen y Skrondal, 1999), señalaron que los adolescentes que consumen alcohol y otras drogas presentan una mayor prevalencia de diagnósticos relacionados con el trastorno negativista,

desafiante, trastornos disociales y otros problemas psicopatológicos como la depresión o la hiperactividad. Además, otra investigación realizada por The Henry J. The Kaiser Family Foundation (2002) asegura que el abuso de sustancias puede estar relacionado con mayores tasas de embarazos no deseados (el 80% de los jóvenes entre 15-24 años encuestado bebió y uso drogas antes de tener sexo), ya que son más propensos a involucrarse en la conducta sexual. También esta misma investigación evidenció que el consumo de alcohol disminuye el uso del condón y aumenta la actividad sexual casual en el que los anticonceptivos de cualquier tipo son menos susceptibles de ser utilizados.

En conclusión, los resultados obtenidos nos permiten confirmar que nos encontramos ante una población muy activa sexualmente, con una edad de inicio temprana y un uso sistemático del preservativo bajo. Asimismo, se observa un elevado consumo de sustancias adictivas muy superior al de otros colectivos de similares edades, convirtiéndolos en sujetos vulnerables ante las ITS y los embarazos no deseados, así como, otro tipo de conductas derivadas de consumo de sustancias.

Ante estos hallazgos se hace necesaria la puesta en marcha de programas de educación para la salud adaptado a estos contextos, que incluyan aspectos relacionados con la sexualidad y el consumo de sustancias. También se debería tener en cuenta en el diseño de intervenciones preventivas futuras, las diferencias encontradas en función del carácter del centro, pues sus comportamientos sexuales y adictivos, así como, el perfil del menor infractor, son distintos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, R.C., Silva, V.A. y Assumpção Jr F.B. (2004). Preliminary data on the prevalence of psychiatric disorders in Brazilian male and female juvenile delinquents. *Braz J Med Biol Res* 37(8), 1155-1160.
- Arnal, R.B. y Llario, M.D.G. (2006). Sexuality in children 9-14 years old. *Psicothema*, 18, 25-30.
- Alsaker, F.D. y Flammer, A. (1999). *The adolescent experience: European and American adolescents in the 1990s*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Barnes G. y Welte, J. (1986). Patterns and predictors of alcohol use among 7-

- 12th grade students in New York State. *Journal of studies on alcohol* 47(1), 53-62.
- Bayley, O. (2003). Improvement of sexual and reproductive health requires focusing on adolescents. *The Lancet*, 362, 830-831.
- Belza, M.J., Koerting, A., Suárez, M., Álvarez, R., López, M., Melero, I. y Royo, A. (2006). Jóvenes, relaciones sexuales y riesgo de infección por VIH/sida en España 2003. Madrid: FIPSE.
- Bimbela JL. (2000). Juventud y sida: análisis de conocimientos, actitudes y prácticas [tesis doctoral]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Brown, E.L., Wald, A., Hughes, J.P., Morrow, R.A., Krantz, E., Mayer, K., Buchbinder, S., Koblin, B. & Celum, C. (2006). High risk of human immunodeficiency virus in men who have sex with men with herpes simplex virus type 2 in the explore study. *American Journal Epidemiology*, (164), 733-741.
- Casas, J. (1998). Actitudes, habilidades sociales y autocontrol en la prevención del consumo abusivo de alcohol y tabaco. Tesis doctoral no publicada. Madrid: Facultad de Psicología.
- Díaz-Aguado, M.J.; Martínez Arias, R., y Martín Seoane, G. (2002). Jóvenes con problemas de conducta en centros de menores. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe de la encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES) 2010. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social – DGPNSD; 2011.
- East, L., Jackson, D., O'Brien, L., y Peters, K. (2007). Use of the male condom by heterosexual adolescents and young people: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 59, 103-110.
- Esteban B, Diaz A, Gañan A, et al. (2003). Menores infractores con consumo de drogas en los centros de reforma. Madrid: SIAD.
- Faílde, J.M., Lameiras, M., y Bimbela, J.L. (2008). Prácticas sexuales de chicos y chicas españoles de 14-24 años de edad. *Gaceta Sanitaria*, 22 (6), 511-518.
- Gamonal A, Insua P, Moreno G. (2009). Proyecto de prevención y abordaje del consumo de drogas en centros de Protección y de Reeducción de Galicia. Fase 1: Análisis de situación y evaluación de necesidades. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia.
- García Ruiz M., Fernández del Valle J., Franco Vidal A., de Dios del valle, R., y Suárez Álvarez O. (2001). Conocimientos, actitudes y comportamientos relacionados con la transmisión sexual del VIH en jóvenes residentes en Centros de menores de protección y Reforma de Asturias, País Vasco y Castilla León. Estudio FIPSE 15214/01. Oviedo: Consejo de la Juventud, Universidad de Oviedo y FIPSE.
- García Ruiz M., y Suárez Alvarez O. (2008). Programa de Educación Sexual y Prevención de VIH en Acogimiento Residencial. Experiencias en Asturias y País Vasco. Oviedo:

Consejo de la Juventud de Asturias.

González, J.C. (2009). Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre la Sexualidad en una Población Adolescente Escolar. *Rev. Salud Pública*, 11 (1), 14-26.

Graña, J.L. y Muñoz-Rivas, M.J. (2000). Factores psicológicos de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología Conductual*, 8(2), 249-269.

Gutiérrez, M.A. (2003). Derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes: Una cuestión de ciudadanía. En S. Checa (Ed.). *Género, sexualidad y derechos reproductivos en los adolescentes* (pp. 77-101). Buenos Aires: Paídos.

Kandel DB, Davies M. (1992). Progression to regular marijuana involvement: Phenomenology and risk factors for near-daily use. En: Glantz M, Pickens R, Editores. *Vulnerability to drug abuse* (pp. 211-53). Washington, DC: American Psychological Association.

Kandel, D., Jonson, J., Bird, H., Weissman, M. Goodman, S., Lahey, B., Regier, D. & Schwab-Stone, M. (1999). Psychiatric comorbidity among adolescents with substance use disorders: findings from the MECA Study. *Journal of the American Academy Adolescent Psychiatry*, 38(6), 693-699.

Kelly, P.J., Morgan-Kidd, J., Champion, J.D., y Wood, R. (2003). Sexuality knowledge, attitudes, and practices of young women in the juvenile justice system. *Pediatr Nurs*. 29 (4), 271-5.

Lameiras Fernández, M., Faílde Garrido, J.M., Bimbela Pedrola, J.L., y Alfaro Oliver, N. (2008). Uso del preservativo masculino en las relaciones con coito vaginal de jóvenes españoles entre catorce y veinticuatro años. *Revista Diversitas Perspectivas en Psicología*, 4, (2), 401-415.

Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores (BOE de 13 de enero de 2000).

Lomba, L, Apóstolo, J., Mendes, F. (2009). Consumo de drogas, alcohol y conductas sexuales en los ambientes recreativos nocturnos de Portugal. *Adicciones*, 21(4), 309-326.

-López del Burgo, C., Irala, J., y Hanley, M. (2006). *Propóntelo, propónselo. Evitar el SIDA*. Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias, S.A.

Merchan-Hamann, E., Ekstrand, M.L., Hudes, E.S., Hearst, N. (2002). Prevalence of HIV-related risk behaviors among adolescents at public schools in Brasilia. *AIDS and Behavior*, 6, 283-93.

Mendoza, R, López Pérez, P., Sagrera, M.R. (2007). Diferencias de género en la evolución del tabaquismo adolescente en España (1986-2002). *Adicciones*, 19, 273-88.

Metzler, M. (2007). Social determinants of health: what, how, why and now. *Preventing*

Chronic Disease 4(4), 1-4.

- Miller, W.C., Ford, C.A., Morris, M., Handcock, M.S., Schmitz, J.L., Hobbs, M.M., Cohen, M.S., Harris, K.M., Udry, J.R. (2004). Prevalence of chlamydial and gonococcal infections among young adults in the United States. *JAMA*, 291, 2229-36.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). Ganar salud con la juventud. Nuevas Recomendaciones sobre Salud Sexual y Reproductiva, consumo de Alcohol y Salud Mental, del grupo de Trabajo de Promoción de la Salud a la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo e Instituto de la Juventud.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2009). Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2011). Informe de la encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES) 2009/2010. Madrid: Autor.
- Montero, I. y León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2007; 7: 847862.
- Moral Jiménez MV, Rodríguez Díaz FJ, Sirvent Ruiz C. (2005). Motivadores de consumo de alcohol en adolescentes: análisis de diferencias inter-género y propuesta de un continuum etiológico. *Adicciones*, 17, 105-20.
- Navarro-Pertusa, E., Reig-Ferrer, A., Barberá, E., y Ferrer-Cascales, R. (2006). Grupo de iguales e iniciación sexual adolescente: diferencias de género. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 79-96.
- Nikula, M., Koponen, P., Haavio-Mannila, E. & Hemminki, E. (2007). Sexual health among young adults in Finland: assessing risk and protective behaviour through a general health survey. *Scandinavian Journal of Public Health*, (35), 298-305.
- Organización Mundial de la Salud (1977). Necesidades de salud de los adolescentes. Serie Informes Técnicos, N° 609. Ginebra: OMS.
- Petersen, J.L., y Hyde, J.S. (2010). A meta-analytic review of research on gender differences in sexuality, 1993-2007. *Psychological Bulletin*, 136 (1), 21-38.
- Pettersen, W. & Skrandal, A. (1999). Ecstasy and new patterns of drug use: a normal population study. *Addiction*, 94(11), 1695-1796.
- Plan Nacional sobre Drogas (2011). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 2009-2011. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Roustan, J. Abela, J.A., Cachón, L., Comas, D., López, A. y Navarrete, L. (2005). Informe de la Juventud en España 2004. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Sam, S. Ortiz de la Peña, A. y Lira, J. (2011). Virus del papiloma humano y adolescencia. *Ginecol Obstet Mex*, 79 (4), 214-224.

- Sanabria, A.M. y Uribe Rodríguez, A.F. (2009). Conductas antisociales y delictivas en adolescentes infractores y no infractores. *Pensamiento Psicológico*, 6 ,(13), 203-218.
- Sáenz, M., Bejarano, J., Fonseca, S. (2006). En condiciones de vulnerabilidad: Consumo de drogas en adolescentes privados de la libertad y transgresión de la ley enal. *Revista de de Ciencias Penales de Costa Rica*, 18, 79-88.
- Scopus (2002). Estudio acerca de la magnitud del consumo y factores asociados al uso de drogas en la población. Sename: Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE).
- Teva, I., Bermúdez, M.P. y Buela-Casal, G. (2009). Características de la conducta sexual en adolescentes españoles. *Spanish Journal of Psychology*, 12 (2), 471-484.
- The Henry J. Kaiser Family Foundation (2002). Substance use and risky sexual behavior: Attitudes and practices among adolescents and young adults. Recuperado el 11 de noviembre de 2012, de <http://www.kff.org>.
- Wells, B. E., y Twenge, J. M. (2005). Changes in young people's sexual behavior and attitudes, 1943-1999: A cross-temporal meta-analysis. *Review of General Psychology*, 9, 249-261.
- Weinstock, H., Berman, S., y Cates, W. (2004). Sexually transmitted diseases in American youth: incidence and prevalence estimates. *Perspect Sex Reprod Health*, 36, 6-10.

Tabla 1. Comportamientos sexuales en función del carácter del centro.

VARIABLES		RESIDENCIAL		DIURNO		Valor	Porcentaj e
		(n=83)		(n=91)		χ^2	Sig.
		n	%	n	%		
Activos sexuales	Si	71	85.54	82	90.11	0.85	.356
	No	12	14.46	9	9.89		
Anticonceptivo/ preventivo utilizado	Condón masculino	45	63.38	62	75.61	6.41	.268
	Píldora	4	5.63	4	4.88		
	D.I.U.	0	0.00	0	0.00		
	Diafragma	1	1.41	1	1.22		
	Ninguno	19	26.76	15	18.29		
	Otros	2	2.82	0	0.00		
	Nunca	12	16.90	4	4.88		
Frecuencia coitos últimos 6 meses	Sólo alguna vez	14	19.72	16	19.51	10.50	.033
	Una vez al mes	13	18.31	12	14.63		
	Una vez a la semana	13	18.31	11	13.41		
	Varias veces a la semana	19	26.76	39	47.57		
Frecuencia condón últimos 6 meses	Nunca	23	32.39	9	10.98	10.57	.005
	Alguna vez	27	38.03	38	46.34		
	Siempre	21	29.58	35	42.68		
Nº Parejas a lo largo de la vida	1	4	5.64	12	14.63	9.13	.058
	2-3	16	22.53	19	23.17		
	4-7	16	22.53	21	25.61		
	8-10	4	5.64	10	12.20		
	Más de 10	31	43.66	20	24.39		
Tipo de pareja en los últimos 6 meses con prácticas sexuales con penetración	Pareja habitual	28	39.44	48	58.54	6.30	.043
	Pareja ocasional	29	40.84	26	31.71		
	Sin relaciones	14	19.72	8	9.75		
Prácticas sexuales con penetración vaginal últimos 6 meses	Si	58	81.69	76	92.68	4.22	.040
	No	13	18.30	6	7.32		
Frecuencia uso del condón en coito vaginal últimos 6	Nunca	20	34.48	8	10.53	12.05	.002
	Alguna vez	22	37.93	33	43.42		

meses Siempre 16 27.59 35 46.05

Tabla 1. Comportamientos sexuales en función del carácter del centro (continuación).

VARIABLES		RESIDENCIAL		DIURNO		Valor	Porcentaje
		(n=83)		(n=91)		X ²	Sig.
		n	%	n	%		
Prácticas sexuales con penetración anal últimos 6 meses	Si	18	25.35	20	24.39	0.24	.621
	No	53	74.65	62	75.61		
Frecuencia uso del condón en coito anal últimos 6 meses	Nunca	9	50.00	5	25.00	6.69	.082
	Alguna vez	6	33.30	5	25.00		
	Siempre	3	16.70	10	50.00		
Prácticas sexuales buco-genitales últimos 6 meses	Si	39	54.93	46	56.10	0.00	.995
	No	32	45.07	38	43.90		
Frecuencia uso condón/toallita de látex en coito oral últimos 6 meses	Nunca	26	66.67	22	47.80	4.35	.226
	Alguna vez	10	25.64	17	37.00		
	Siempre	3	7.69	7	15.20		
Agobio, culpa o arrepentimiento últimos 6 meses por no tomar precauciones con la pareja habitual	Nunca	42	59.15	49	59.75	5.05	.281
	Sólo alguna vez	12	16.90	22	26.83		
	Varias veces	9	12.68	5	6.10		
	Siempre	2	2.82	3	3.66		
Agobio, culpa o arrepentimiento últimos 6 meses por no tomar precauciones con pareja ocasional	Sin pareja	6	8.45	3	3.66	7.65	.105
	Nunca	44	61.97	53	64.63		
	Sólo alguna vez	8	11.27	17	20.73		
	Varias veces	11	15.49	4	4.88		
	Siempre	2	2.82	4	4.88		
Capacidad para utilizar/negociar uso del preservativo con una pareja	Sin pareja	6	8.45	4	4.88	4.98	.083
	Alta	28	39.44	43	52.44		
	Media	25	35.21	29	35.36		
	Baja	18	25.35	10	12.20		

Tabla 2. Consumo de sustancias adictivas de los adolescentes en conflicto social en función del carácter del centro.

VARIABLES		RESIDENCIAL (n=83)		DIURNO (n=91)		Valor	Porcentaje
		n	%	n	%	X ²	Sig.
Tabaco	Si	67	80.72	71	78.02	0.19	.660
	No	16	19.28	20	21.98		
Alcohol	Si	64	77.11	77	84.61	1.59	.207
	No	19	22.89	14	15.39		
Hachís	Si	52	62.65	57	62.64	0.00	.999
	No	31	37.35	34	37.36		
Marihuana	Si	55	66.27	55	60.44	0.39	.529
	No	28	33.73	36	39.56		
Heroína	Si	9	10.80	2	2.20	5.48	.019
	No	74	89.20	89	97.80		
Cocaína	Si	39	46.99	25	27.47	8.88	.003
	No	44	53.01	66	72.53		
Sintéticas	Si	24	28.91	11	12.09	8.87	.003
	No	59	71.08	80	87.91		
Otras sustancias	Si	10	12.05	3	3.29	4.80	.028
	No	73	87.95	88	96.71		

Tabla 3. Edades de inicio en el consumo de sustancias adictivas de los adolescentes en situación de conflicto social en función del carácter del centro.

VARIABLE	RESIDENCIAL (n=83)			DIURNO (n=91)			Valor	Porcentaje
	n	\bar{x}	(S _x)	n	\bar{x}	(S _x)	F	Sig.
Tabaco	67	11.76	2.03	71	12.90	1.92	11.48	.001
Alcohol	64	13.19	1.64	77	13.82	1.78	4.69	.032
Hachís	52	13.21	1.88	57	13.86	1.64	3.68	.058
Marihuana	55	13.22	1.78	55	13.96	1.60	5.33	.023
Heroína	9	15.44	1.24	2	16.50	.070	1.29	.285
Cocaína	39	14.97	1.24	25	15.12	1.09	0.22	.634
Sintéticas	24	15.00	1.10	11	15.18	0.87	.23	.634
Otras sustancias	10	14.90	1.37	3	15.00	1.00	.01	.910

LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y EL SEXISMO EN ESPAÑA

Dra. Yolanda Rodríguez Castro

Facultad de Ciencias de la Educación,

Universidad de Vigo (España)

En pleno siglo XXI la violencia de género continúa siendo uno de los fenómenos más crueles y devastadores no sólo en los países en vías de desarrollo, sino también en las sociedades occidentales. La violencia ejercida contra las mujeres representa un problema de tal magnitud que traspasa todas las fronteras para convertirse en una auténtica pandemia de gravísimas consecuencias en la salud y el bienestar de las mujeres y de las sociedades en su conjunto.

En nuestro análisis partimos de un concepto amplio de violencia de género entendido como la manifestación de la discriminación, y de la situación de desigualdad y de poder de los hombres sobre las mujeres en sus diversas formas (física o psicológica, incluyendo las agresiones a la libertad sexual, amenazas, coacciones o privación arbitraria de la libertad). A continuación analizaremos la situación de la violencia de género en España a nivel legislativo y a nivel de estadísticas, las raíces de la violencia de género así como las actitudes sexistas imperantes en nuestra sociedad.

La situación de la violencia de género en España

En España con la aprobación de la Constitución de 1978 se ampara por primera vez, la igualdad, de forma que en su artículo 15 *ratifica el derecho de todos los ciudadanos y ciudadanas a la vida y a la integridad física y moral sin que en ningún caso se pueda someter a torturas ni a penas o tratos inhumanos o degradantes*. Aunque no será hasta el femicidio de Ana Orantes en 1997 por parte de su ex-marido, cuando se generó una gran alarma social debido a su difusión mediática, que propició la visibilización de este gravísimo problema en nuestro país, con el inicio de los registros oficiales de maltrato y asesinato de

mujeres en España por sus parejas, aunque hasta el año 2002 no se incluyen en las estadísticas también los asesinatos cometidos por ex-parejas y parejas con los que no se convive.

Como respuesta institucional a esta alarmante realidad que estaba provocando la muerte cada año de más mujeres, en diciembre de 2004 se aprueba la primera Ley Orgánica 1/2004 de *Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género en España* (BOE 313, 29 de diciembre de 2004) lo que supone un relevante y significativo espaldarazo jurídico para la erradicación de esta problemática. Dicha ley establece como objetivo *actuar contra la violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas* (p. 42.168). Dentro de la Ley 1/2004 se contemplan tres medidas principales de actuación que son: de sensibilización, de protección y de recuperación.

Las *medidas de sensibilización* se dirigen hacia dos focos de intervención: el ámbito educativo y el ámbito de la publicidad y la imagen. En relación al sistema educativo, la ley establece que ha de tener como un objetivo importante la formación en el respeto a la igualdad entre hombres y mujeres en todos los niveles de la enseñanza. También plantea la formación específica en las enseñanzas universitarias y técnicas sobre todo de aquellas profesiones que vayan a intervenir con las mujeres víctimas de violencia, en el ámbito educativo, sanitario, psicológico, social y jurídico. En relación a las medidas sobre publicidad y medios de comunicación se considerará ilícita la asociación del cuerpo femenino con un producto concreto u objeto. De forma que las asociaciones e instituciones que trabajan a favor de la igualdad podrán solicitar la retirada de un anuncio si lo consideran oportuno.

En cuanto a las *medidas de protección y recuperación*, hacen referencia al apoyo que se les va a dar a las mujeres víctimas por medio del reconocimiento de los derechos como el de información, la asistencia jurídica y gratuita, así como, otras de protección social y apoyo económico.

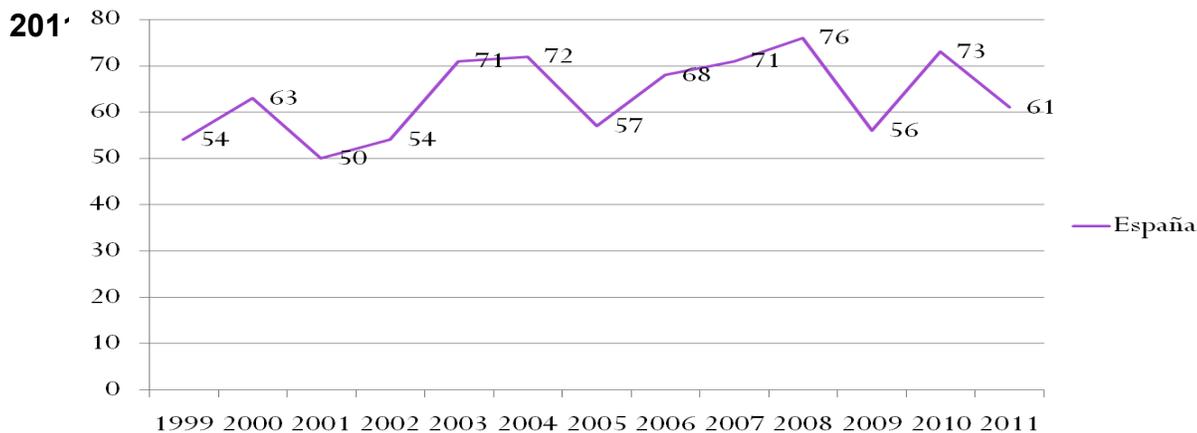
La Delegación del Gobierno para la Violencia de Género recientemente ha presentado los datos de un nueva Macroencuesta para poder efectuar un nuevo acercamiento a la dimensión de este grave problema social. En la Macroencuesta de

Violencia de Género de 2011 se entrevistaron a cerca de ocho mil mujeres mayores de 18 años y residentes en España. El porcentaje de mujeres que señaló en la Macroencuesta de 2011 haber sufrido violencia de género alguna vez en la vida ha sido del 10,9% del total de entrevistadas, lo que equivale a más de 2.150.000 mujeres. De ellas, estarían en la actualidad en situación de maltrato casi 600.000 mujeres (el 3,0% del total de entrevistadas) y habrían salido de esa situación más de un 1.560.000 (el 7,9% del total de encuestadas).

Si comparamos estos datos con los de las Macroencuestas anteriores, los datos reflejan un aumento muy importante de la proporción de mujeres que declaraban en 2011 haber sufrido malos tratos alguna vez en la vida (10,9%) frente a los años 2006 (6,3%), 2002 (6,2%) y a 1999 (5,1%).

No obstante, es el número de muertes por violencia de género en nuestro país, lo que nos muestra la cara más dramática de este fenómeno. Si tomamos como referencia las estadísticas publicadas por *Secretaría de Estado de Igualdad. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad*, un total de 825 mujeres han muerto por violencia de género a manos de sus parejas o ex-parejas desde el año 1999 (ver figura 1).

Figura 1. Evolución de las víctimas de violencia de género en España (1999-



Fuente: *Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, 2012 (Secretaría de Estado de Igualdad. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad).*

Tal y como se observa en la figura 1 de la evolución de las mujeres asesinadas por parte de sus parejas o ex –parejas, podemos definir su evolución con la metáfora de “sombras y luces”. Ya que a partir de la aprobación de la ley integral contra la violencia de género (2004) en nuestro país se detecta un descenso considerable en el número de muertes en el año 2005 (57 mujeres muertas) que vuelve a repuntar en los años sucesivos (2006-2008), para volver a descender de forma positiva en el año 2009 (56 mujeres muertas) y ascender de forma brusca en el siguiente año (73 mujeres muertas).

En este último año, en el 2011, 61 mujeres fueron víctimas de la violencia de género. De las cuales el 27.9% tenían entre 31-40 años y el 23% entre 21-30 años. El 63.9% estaba conviviendo con su pareja frente al 36.1% que estaban separadas o en fase de separación. En cuanto a la nacionalidad, el 65.6% eran españolas frente al 34.4% que eran extranjeras (principalmente de América Latina, Europa del Este y Norte de África). En relación al número de denuncias, de las 61 mujeres asesinadas sólo 15 (24.6%) había denunciado a su pareja agresora. Obteniendo órdenes de protección 10 mujeres que las habían solicitado.

Las raíces de la violencia de género: el sistema patriarcal y los estereotipos de género

Está claro que la violencia de género ejercida contra las mujeres por sus parejas o por sus ex parejas representa un fenómeno de tal complejidad como para explicarlo sea necesario recurrir a modelos multicausales (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998; Heise, 1998). Todos estos modelos -bajo el paraguas multicausal acuerdan, como destacan Bosch y Ferrer (2002), que la violencia ejercida contra las mujeres dentro de las relaciones de pareja es un fenómeno complejo que solo podrá ser explicado a partir de la intervención de un conjunto de factores diversos, incluyendo factores individuales, sociales y del contexto concreto de la relación de pareja. Desde el modelo ecológico multicausal de Heise (1998) se defiende que no existe ningún factor que por sí incluso sea el causante del maltrato sino que varios factores se combinan y aumentan la probabilidad de que un hombre determinado en un ambiente determinado ejerza la violencia contra una mujer determinada. Dentro de estos factores se encuentran aquellos que actúan en el marco sociocultural, factores sociales, del medio económico y social dentro de los que se incluyen las normas que otorgan a los hombres el control sobre el comportamiento de las mujeres, la aceptación de la violencia

como forma de resolver los conflictos, la noción de masculinidad ligada la autoridad, el honor o la agresión y los roles rígidos basados en la diferenciación sexual. La clave estaría en comprender cómo se lleva a cabo la naturalización de la violencia cara las mujeres desde la propia comunidad que la “legítima” a través de la interiorización tanto en ellos como en ellas de los estereotipos de género, en función de los cuales las mujeres son discriminadas y relegadas a un papel secundario bajo a autoridad masculina.

Así a través de los estereotipos de género “descriptivos” se determinan como “deben ser” los hombres y las mujeres (características intelectuales, de personalidad y estéticas) y a través de los estereotipos de género “prescriptivo” se establecen las conductas o roles que “deben llevar a cabo” cada uno (conductas). A continuación ahondaremos en cada uno de ellos.

Estereotipos de género descriptivos

En función de los estereotipos “descriptivos” se especifican *los aspectos intelectuales* y *los rasgos de personalidad*, así como la *apariencia física* de hombres y mujeres. En relación a los aspectos intelectuales a los hombres les “corresponde” la ciencia, la razón y la lógica, y se les describe a través de los rasgos de la independencia, la asertividad y la dominancia; y a las mujeres se les atribuye la estética, la sensibilidad y la intuición, y se las describe desde la dependencia, la sensibilidad y el afecto (Lameiras, Rodríguez, Calado, Foltz & Carrera, 2006a). En lo relativo a la apariencia física a los hombres se les describe como atléticos, dinámicos, fuertes y vigorosos; y a las mujeres se las describe como delgadas, estáticas, débiles y frágiles (Calado, 2008).

Los aspectos intelectuales y los rasgos de personalidad en función del sexo biológico, contribuyen a configurar identidades femeninas y masculinas, de modo que frente al “yo” autónomo e independiente del hombre apoyado en las bases de la lógica y la razón, a la mujer se la identifica con un “yo en relación” que se centra en la sensibilidad y la intuición. La mujer socializada bajo el imperativo categórico “serás madre y te preocuparás por la vida y las relaciones” (Levinton, 1999) desarrolla lo que Gilligan define como “ética del cuidado” (1985).

Esta dicotomía que describe a los hombres desde la *instrumentalidad*-autonomía y a las mujeres desde la *expresividad*-dependencia, se ha materializado en los conceptos opuestos de masculino-*agentic* frente a femenino-*communal* (Eagly, 1995). De esta forma los estereotipos descriptivos relativos a las características intelectuales y de personalidad pueden sintetizarse en los rasgos instrumentalidad/expresividad, y están fuertemente interconexionados con los estereotipos corporales.

En definitiva, los estereotipos de género descriptivos “imponen” las características de personalidad que deben asumir hombres y mujeres como representantes de un determinado sexo. Los rasgos instrumentales y expresivos, inicialmente equiparados a los constructos más amplios de masculinidad y feminidad, se han ido convirtiendo en meras etiquetas descriptivas que pueden extrapolarse a ambos sexos. Lo que viene a demostrar una vez más que hombres y mujeres no constituyen dos grupos heterogéneos enfrentados, sino que son individuos únicos que asumen unos u otros rasgos independientemente de su sexo. En este sentido, en las últimas décadas las mujeres han sido más proclives a adquirir rasgos instrumentales, a la vez que mantienen sus rasgos expresivos, reflejo de su incorporación al ámbito laboral y compromiso con el ámbito privado-doméstico; mientras que los hombres se muestran deprivados de un nivel equivalente de rasgos expresivos de forma congruente a la no asunción de su cuota de responsabilidad en el ámbito privado (Lameiras et al, 2006b).

En cuanto, a los estereotipos de género descriptivos sobre el “cuerpo de hombres y mujeres” son centrales no sólo en la formación de la imagen corporal, sino sobre todo en su repercusión sobre la expresión y vivencia de la sexualidad. Que se traduce y manifiesta a través del lenguaje corporal, capacitando al sujeto para el mundo relacional y afectivo, para dar y recibir afecto y placer; y por tanto, condicionando estrechamente su satisfacción con esta importante dimensión.

Los estereotipos corporales femeninos refuerzan el “cuerpo objeto” de una mujer frágil y pasiva, casi normativamente descontenta con el mismo. Frente a los estereotipos corporales masculinos, que ponen de manifiesto un “cuerpo sujeto” que se expresa en la acción y dominación de otro (Calado, 2008).

Este estereotipo de “belleza femenina” impone un patrón *contra natura*, puesto que de

forma natural el cuerpo de las mujeres tiene forma de ánfora y no de tubo, dando lugar a un descontento normativo con el propio cuerpo; lo que no sucede en el caso del hombre, pues en éste el ideal de belleza masculina es más acorde a su propia constitución (Lameiras, Carrera y Rodríguez, 2004).

Además, junto al imperante estereotipo de delgadez y fragilidad femenina, se impone, complementariamente, un estereotipo de pasividad y objetivación del cuerpo de la mujer. Mientras que los ideales de apariencia para los chicos son de cuerpo atlético que se mueve y actúa, para las chicas, éstos se centran en la delgadez, la belleza y la juventud (Cohane y Pope, 2001). En este sentido, Martínez Benlloch (2001) pone de relieve que los contenidos de género (masculinidad/ feminidad) se reflejan en la forma en que se expresa el reconocimiento y la autovaloración en la adolescencia. De forma que los chicos centran su reconocimiento y autovaloración en variables de autocontrol, poder personal, competencia y funcionamiento corporal (visión dinámica del cuerpo), mientras que las chicas lo vinculan a la preocupación por el peso, el atractivo sexual, y el extrañamiento corporal (visión del cuerpo como objeto).

Estereotipos Prescriptivos

Tal y como se ha destacado, junto a los estereotipos de género descriptivos, relativos tanto a los rasgos intelectuales de personalidad como al cuerpo, que imponen las características que deben poseer hombres y mujeres, hay que destacar otro tipo de estereotipos que tienen su origen en los anteriores: los estereotipos prescriptivos. Los estereotipos “prescriptivos” condicionan el tipo de actividades y distribución de las ocupaciones para cada sexo (Pastor, 2000). De modo que los roles o papeles asignados para cada sexo se proyectan desde los estereotipos descriptivos, lo que implica reconocer que la existencia de roles o papeles diferenciados para cada sexo es la consecuencia “natural” de asumir la existencia de características (aspectos intelectuales, rasgos de personalidad y apariencia física) diferentes. De esta forma, se considera que los hombres poseen los rasgos “necesarios” para ostentar el poder y gobernar las instituciones socio-económicas y políticas, justificando así el poder estructural masculino, y relegando a la mujer al ámbito familiar y doméstico. Provocado la división del espacio público y privado como ámbitos separados para ambos sexos, apoderándose el hombre del espacio público o

político (productivo) y relegándose a la mujer al espacio privado o doméstico (reproductivo). No obstante, al igual que sucedía con los rasgos instrumentales y expresivos, los cambios sociales de las últimas décadas han motivado que las mujeres, una vez desarrollados mayores niveles de rasgos instrumentales, se hayan incorporado al mundo público, “reteniendo” sus obligaciones en el privado. Lo que no ha sucedido a la inversa en sus compañeros, de modo que su escasa atención prestada al mundo privado, está condicionando su adquisición de rasgos expresivos.

Esta situación ha dado lugar al “conflicto trabajo-familia”, una de las principales consecuencias de la desigualdad de género más polémicas en la sociedad actual (Lameiras, Rodríguez, Carrera y Calado, 2006b). De forma que, con la masiva incorporación de las mujeres al mercado laboral en las últimas décadas del siglo XX, el ámbito público deja de ser dominio exclusivo de los hombres. Surgiendo así para esta “nueva” mujer y su compañero “nuevos” conflictos a la hora de compatibilizar las demandas que se producen en ambos espacios.

Espacio Público

Una conquista reciente por parte de las mujeres es su incorporación a los estudios universitarios superiores. En los últimos 30 años decisivos en la masiva incorporación de la mujer a los estudios universitarios, ya en la actualidad hay mayor número de mujeres matriculadas en la universidad que hombres (en el curso académico 2009-2010, un total de 764.054 mujeres y de 648.418 hombres estaban matriculadas en primer y segundo ciclo y grado; y 44.800 mujeres frente a 38.900 hombres matriculados en postgrado) (INE, 2011). Pero esta presencia no es homogénea, ya que éstas se distribuyen asimétricamente en las diferentes áreas de conocimiento. Muestra de ello, es que Ciencias Experimentales y de la Salud fue el área con una mayor participación femenina, el 53.8% frente al 46.2% de hombres. Por su parte, Ingeniería y Tecnología fue el área con una mayor participación masculina (73.4% de tesis aprobadas frente al 26.6% de las mujeres) (INE, 2011). Además las mujeres obtienen hoy en día las mejores tasas de rendimiento académico, acaparando el 52.5% de los premios nacionales fin de carrera otorgados en el curso 2002-2003 (Lameiras, Carrera, Núñez y Rodríguez, 2006a). Según los últimos datos del Instituto de la Mujer (2011), esta tendencia se sigue manteniendo ya que en el curso académico 2009-2010, las

mujeres siguen acaparando el 40.1% de los premios nacionales de fin de carrera.

Estos datos sobre la masiva presencia de la mujer en los niveles educativos más altos y con buenos resultados académicos, se debería corresponder con la *situación laboral* de las mujeres. Pero en contra de lo esperado, encontramos que las mujeres inactivas representan el 60.54% en el año 2010. De estas mujeres inactivas el 95.65% alega razones familiares (cuidado de hijos/as o cuidado de familiares mayores). Además acumulan la mayor tasa de paro (en el 2010 el 20.79 % frente al 19.9% de los hombres) (INE, 2011). En relación a estas cifras relativas al desempleo es importante matizar que a pesar, que solo 39.46% de las mujeres son activas laboralmente, éstas siguen ostentando los registros más altos de desempleo.

Si nos centramos en los puestos de poder ámbito laboral, las mujeres en el Senado durante el periodo 2008-2012 en momento de constituirse la Cámara representa el 28.24%, en el Congreso el 37.14% y en el Parlamento Europeo el 36% (INE, 2011).

Por lo tanto, los mecanismos que dificultan el acceso de las mujeres a las posiciones más elevadas de la carrera profesional, deberán buscarse en aquellos indicadores de discriminación sexual subyacente en nuestra sociedad que operan a través de los estereotipos de género (Barberá, 1998).

Espacio Privado

La resistencia a la igualdad real entre géneros se constata también en el *ámbito privado*, ya que la entrada de la mujer en el espacio público no se ha correspondido con el tránsito del hombre al espacio doméstico. El Instituto de la Mujer realizó en el año 2006 un estudio comparativo de los usos de tiempo dedicados al desarrollo de las tareas domésticas, y demuestran que las mujeres siguen dedicando a las tareas domésticas más del doble de tiempo del que dedican los hombres; de manera que las mujeres invierten en la ejecución de las tareas domésticas 4 horas y 45 minutos y los hombres 2 horas y 8 minutos.

Nos encontramos, por tanto, ante una nueva realidad caracterizada por la existencia de un espacio público compartido, pero que sin embargo todavía no es igualitario; y de un

espacio privado en el que no se ha producido el trasvase masculino, con el consecuente aumento de responsabilidades, tareas y, en general, sobrecargas que la mujer ha de afrontar en su día a día. Es decir, se produce una fuerte resistencia de los hombres a asumir sus responsabilidades en el ámbito familiar-privado, que deriva consecuentemente en las dificultades que encuentran las mujeres a la hora de compatibilizar sus responsabilidades familiares y laborales, persistiendo así la discriminación de una forma mucho más sutil e implícita, con una falsa sensación de igualdad. De modo que las relaciones entre hombres y mujeres siguen condicionadas por las asimetrías que imponen los estereotipos de género que hunden sus raíces en el paradigma patriarcal, un legado del que no logramos desprendernos.

Consecuencias del discurso de género: del sexismo tradicional al sexismo moderno

La internalización de los estereotipos de género como “normales” aceptando que “así ha sido siempre” nos lleva a lo que Bourdieu (2000) denomina “violencia simbólica”, en realidad una apreciación “errónea” de la realidad en función de la cual hombres y mujeres “reconocen” la dominación masculina como el orden de la vida social. Siendo la ideología del **patriarcado** la encargada de perpetuar este “orden” de la vida social, que aparece como “naturalizado” (Ferrer y Bosch, 2006).

Fruto de una sociedad patriarcal, el mundo se configura en dos esferas diferenciadas: la masculina y la femenina; en dos submundos no sólo diferentes, sino subordinados, desiguales. La “esfera masculina”, jerárquicamente superior, que constituye lo referencial, la norma; y la “esfera femenina”, jerárquicamente subordinada, que constituye “lo desviado”, lo otro.

Sin embargo, las creencias y actitudes hacia los sexos no han pervivido y evolucionado de forma simétrica en todas las culturas hasta la actualidad. Por lo que es necesario reconocer que este proceso se ha desarrollado siguiendo una evolución a dos “velocidades”: una parte del mundo en la que perviven las formas más hostiles y discriminatorias de sexismo hacia las mujeres, frente a otra parte en la que el sexismo ha evolucionado hacia formas más encubiertas y sutiles, como claro reflejo de que los

posicionamientos tan radicales en contra de las mujeres son insostenibles hoy en día en aquellas sociedades que han avanzado hacia posicionamientos más igualitarios, aunque no por ello menos negativa para los objetivos de igualdad.

A continuación expondremos brevemente ésta evolución de un sexismo explícito a otro más encubierto y sutil, que han facilitado que en la mente de muchos y muchas se crea que hemos llegado a la igualdad.

a) *Sexismo tradicional versus sexismo moderno*

Para identificar la visión más tradicional del sexismo hay que remontarse a las aportaciones de Allport (1954), quien lo define como un prejuicio hacia las mujeres, entendiendo éste como una actitud de hostilidad y aversión. Y se conoce hoy en día como sexismo explícito (*overt sexism*) (Benokraitis y Feagin, 1995), porque es fácilmente detectable, visible y observable; o viejo sexismo (Old-Fashioned sexism) (Swin, Aikin, Hall y Hunter, 1995), ya que este tipo de sexismo se apega al mantenimiento de roles tradicionales para hombres y mujeres

Pero si entendemos el sexismo exclusivamente como una actitud negativa hacia las mujeres es difícil mantener su existencia en las sociedades más desarrolladas (Expósito, Montes y Palacios, 2000). Sin embargo, la discriminación persiste aunque esta adquiere ahora matices más sutiles y encubiertos (*covert sexism*). La formación de esta nueva cara del sexismo ha discurrido de forma paralela a la evolución de las actitudes racistas etiquetadas como racismo simbólico (Sears, 1988), racismo aversivo (Gaertner y Dovidio, 1986), o racismo moderno (Pettigrew, 1989). Entre las aportaciones más destacables en relación al nuevo sexismo se encuentra la de Swin et al. (1995) quienes lo definen como sexismo moderno (*modern sexism*).

Paralelamente a esta conceptualización, Tougas et al. (1995) introducen el concepto de *Neosexismo* definido como la manifestación de un conflicto entre los valores igualitarios junto a sentimientos negativos residuales hacia las mujeres. Este sexismo aunque está en contra de la discriminación abierta contra las mujeres, considera que éstas ya han alcanzado la igualdad y que no necesitan ninguna medida política de discriminación positiva,

impidiendo con ello la igualdad real. Así, la nueva cara del sexismo se articula desde una perspectiva más sutil y encubierta, y en este sentido de una forma más perniciosa para los objetivos de la igualdad (Lameiras, 2004).

Así, en la conceptualización del sexismo moderno recogida de los planteamientos hechos por Swin et al. (1995) y del Neosexismo de Tougas et al. (1995) se prima la dimensión social y con ello la consideración de los sexos como grupos homogéneos en conflicto. Sin embargo a diferencia de las categorizaciones hechas en función de la raza, etnia o cultura, entre los que se puede asumir una clara independencia entre los miembros de los distintos colectivos, las relaciones entre sexos se encuentran necesariamente connotadas también por relaciones de dependencia. Por tanto para maximizar la comprensión del sexismo moderno ha de reconocerse esta singularidad relacional entre los sexos que ha propiciado el desarrollo de la más reciente y novedosa teoría sobre el sexismo moderno: el sexismo ambivalente.

b) La dimensión relacional del sexismo moderno: el sexismo ambivalente

La teoría del *sexismo ambivalente* de Glick y Fiske (1996) es la primera que reconoce la necesidad de ubicar en la comprensión del nuevo sexismo la dimensión relacional. Sexismo que se operativiza con la presencia de dos elementos con cargas afectivas antagónicas: positivas y negativas (Glick y Fiske, 1996; 2001). Dando lugar a dos tipos de sexismo vinculados: sexismo hostil y sexismo benevolente. El “sexismo hostil”, que comparte con el sexismo tradicional su tono afectivo negativo, es una ideología que caracteriza a las mujeres como un grupo subordinado, atribuyéndoles características por las que son criticadas y legitimando el control social que ejercen los hombres. Por su parte, el “sexismo benevolente”, utiliza un tono afectivo positivo con aquellas mujeres que asumen los roles tradicionales, basándose en una ideología tradicional que idealiza a las mujeres como esposas, madres y objetos románticos (Glick et al, 1997). Y es sexista, también, en cuanto que presupone la inferioridad de las mujeres, suscitando conductas prosociales de ayuda o protección, aspecto que se refleja de igual forma en la ética de las religiones cristianas, de tan larga tradición en los países más occidentales (Glick y Fiske 1996, 2001). En definitiva, las actitudes sexistas hostiles y benevolentes, ofrecen una visión estereotipada de la mujer tanto en su tono más hostil, evaluada negativamente como “inferior”, como en su tono más

benevolente, evaluada positivamente como “diferente”, pero supeditada a determinadas “funciones”. Actuando ambas dimensiones como un sistema articulado de recompensas y castigos con la finalidad de que las mujeres “sepan” cual es su posición en la sociedad (Rudman y Glick, 2001).

Reflexión final

El género no es un producto natural, ya que son las culturas las que “nutren” de contenido tanto a los “cuerpos como a los “géneros” y condenan a la mujer a un papel pasivo, dependiente, subordinado e injusto. Esta realidad desigual y asimétrica se ha ido maquillando en las últimas décadas en la que se desdibujan sus formas más discriminativas y sexistas, que ya no son “políticamente correctas”, hacia formas más sutiles y encubiertas con las que seguir perpetuando la jerarquía entre los sexos/géneros, lo que no ha conllevado un verdadero “cambio estructural” de forma que las relaciones entre hombres y mujeres siguen estando condicionadas por las asimetrías que imponen los estereotipos de género que hunden sus raíces en el paradigma patriarcal, un legado del que no logramos desprendernos, y que posibilita la cara más sexista de la desigualdad: la violencia.

De esta forma, la violencia de género apoyada en el sistema patriarcal, se muestra como un sistema de dominación que se resiste a desaparecer. Para erradicarlo, hay que atacar a sus cimientos que son los valores sexistas y misóginos, que se transmiten a través de la socialización de los y las jóvenes. Por ello, es importante educar a chicos y a chicas desde la coeducación, basada en actitudes tolerantes e igualitarias, fomentando el equilibrio entre hombres y mujeres en los ámbitos de poder y toma de decisiones y eliminando los estereotipos de género así como, las actitudes sexistas.

Referencias

- Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice*. Reading MA: Addison-Wesley.
- Barberá, E. (1998). *Psicología del género*. Barcelona: Psicología.
- Benokraitis, N. V. y Feagin, J.R. (1995). *Modern sexism* (2nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bosch, E. y Ferrer, V. (2002). *La voz de las invisibles. Las víctimas de un amor que mata*.

Madrid: Cátedra.

Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Madrid: Anagrama.

Calado, M. (2008). *Influencia de los medios de comunicación en la imagen corporal y desordenes alimentarios en estudiantes de secundaria*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Vigo.

Cohane, G. H. y Pope, H. G. (2001). Body image in boys: A review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 373-379.

Delegación del Gobierno, *Violencia de Género (2012). Macroencuesta de Violencia de Género 2011*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Igualdad y Servicios Sociales. Disponible en:

http://www.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1329745747_macroencuesta2011_principales_resultados-1.pdf

Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1998). Hombres maltratadores. Aspectos teóricos. En E. Echeburúa y P. Corral (Eds.), *Manual de violencia familiar* (pp. 73-90). Madrid: Siglo XXI.

Expósito, F.; Montes, B., y Palacios, M. (2000). Características distintivas de la discriminación hacia las mujeres en el ámbito laboral. En D. Caballero, M. T. Méndez, y J. Pastor (Eds.), *La mirada psicosociológica. Grupos, procesos, y lenguajes*, (pp. 703-710). Madrid: Biblioteca Nueva.

Gaertner, S. L., y Dovidio, J. F. (1986). The aversive form of racism. En J. F. Dovidio y S. L. Gaertner (Eds.), *Prejudice, discrimination and racism* (pp. 35-59). San Diego: Academia Press

Glick, P. y Fiske, S.T. (1996) The Ambivalent Sexism Inventory: Differentiating hostile and benevolent sexism, *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 491-512.

Glick, P., & Fiske, S. (2001). An Ambivalent Alliance. Hostile and Benevolent Sexism as Complementary Justification for Gender Inequality. *American Psychologist*, 56, 2, 109-118.

Glick, P., Diebold, J., Bailey-Werner, B., y Zhu, L. (1997). The two faces of Adam: Ambivalent sexism and polarized attitudes toward women. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23, 1323-2334.

Heise, L.L. (1998). Violence against women: an integrated ecological framework. *Violence Against Women*, 4, 262-290.

I.N.E. (2011). *Informe de igualdad entre Hombres y Mujeres*. Disponible en: <http://www.ine.es/igualdad/igualdad.htm>

Instituto de la Mujer (2006). *La mujer en cifras*. Ministerio de Igualdad: Madrid.

Instituto de la Mujer (2011). *Mujeres en cifras 25 años*. Disponible en: <http://www.inmujer.es/ss/Satellite?c=Page&cid=1264005600670&pagename=InstitutoMu>

[jer%2FPPage%2FIMUJ_Generico](#)

- Lameiras M., Carrera, M.V., Nuñez, A., & Rodríguez, Y. (2006b). Evolución de la excelencia universitaria demostrada por las mujeres españolas el período 1985-2003. *Cuadernos de Género e Tecnología*, 29-42.
- Lameiras, M., Carrera, M. V., y Rodríguez, Y. (2004). Estereotipos de género en estudiantes de la ESO. *Padres y Maestros*, 286, 22-25.
- Lameiras, M., Rodríguez, Y., Calado, M., Foltz, M., y Carrera, M. V. (2006a). Expressive-Instrumental traits and sexist attitudes among Spanish university professors. *Social Indicators Research*, 5, 1-17.
- Levinton, N. (1999). El superyo femenino. *Apertures Psicoanalíticas*, 1, 1-17.
- Eagly, A.H. (1987). *Sex differences in social behavior: A social role interpretation*. Hillsdale, New York: Erlbaum.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (B.O.E. nº 313, de 29 de diciembre de 2004).
- Martínez Benlloch I. (coord.) (2001). *Género, desarrollo social y trastornos de la imagen corporal*. Madrid: Instituto de la Mujer (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales).
- Pastor, R. (2000). Aspectos psicosociales de la asimetría genérica: rupturas, cambios y posibilidades. En J. Fernández (Eds.) *Intervención en los ámbitos de la sexología y de la generología* (pp.217-246). Madrid: Pirámide.
- Pettigrew, T. F. (1989). The nature of modern racism in the United States. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 2, 291-303.
- Rudman, L. A., y Glick, P. (2001). Prescriptive gender stereotypes and Backlash toward agentic women. *Journal of Social Issues*, 54 (4), 743-762.
- Sears, D.O. (1988). Symbolic racism. En P.A. Katz y D.A. Taylor (Eds.), *Eliminating Racism: Profiles in Controversy* (pp. 53-84). Nueva York: Plenum Press.
- Swim, J. K., Aikin, W.S., Hall, W. S., & Hunter, B. A. (1995). Sexism, and Racism: Old-fashioned and Modern Prejudices. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 2, 199-214.
- Tougas, F., Brown, R. Beaton, A.M. & Joly, S. (1995). Neosexism. Plus ça change, plus c'est pariel. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 842-849.

PÔSTERES

TESES E DISSERTAÇÕES

ORIENTADAS POR

TÂNIA MARIA JOSE AIELLO VAISBERG

SER E FAZER

MESTRADO

Jogo do rabisco um espaço compartilhado: reflexões sobre a contribuição de Winnicott ao diagnóstico psicológico

Autor: Neyza Maria Sarmiento Prochet

Orientadora: Tânia Maria José AielloTofolo

Data da Defesa: 1993

Resumo: Apresenta o jogo do rabisco, criado por Winnicott, como um recurso facilitador de contacto com a criança e como este favorece a emergência de comunicações significativas, logo na primeira entrevista. Mostra ser o jogo do rabisco, um instrumento sensível para expressar graficamente os conflitos que bloqueiam o desenvolvimento satisfatório da criança, apresentando 3 estudos de caso onde utiliza esta técnica. Coloca que o jogo do rabisco propicia a instituição do espaço potencial, que permite uma vivência emocional conjunta, privilegiando não a produção do paciente, mas a relação interpessoal. Reflete sobre o papel do terapeuta, compreendendo que o jogo do rabisco permite uma experiência compartilhada, onde não se instaura a divisão sujeito versus objeto, examinador versus examinando. Assim, o terapeuta assume o papel de intérprete e mediador na tarefa de nomear o que não pode ser nomeado, originalmente, fornecendo um suporte para a integração dos aspectos egóicos dissociados do paciente. O jogo do rabisco reflete este processo e abre caminho para uma compreensão mais plena da riqueza da relação terapêutica, tanto na prática clínica privada, quanto no atendimento institucional.

MESTRADO

Representações da assistência psicológica e do psicólogo no imaginário das sentenciadas da penitenciária feminina

Autor: Roberto Evangelista

Orientadora: Tânia Maria José AielloTofolo

Data da Defesa: 1993

Resumo: Procura apreender o significado, analisar as representações da assistência psicológica e do psicólogo de 2 grupos de sentenciadas da penitenciária feminina da capital de São Paulo. Os ss são aproximadamente 35 mulheres, divididas entre as que já procuraram a assistência psicológica da penitenciária (grupo i) e aquelas que nunca procuraram (grupo ii). Realiza e registra cursivamente entrevistas individuais, utilizando um questionário para coletar material sobre as informações, atitudes, e imagens dos ss a respeito do psicólogo e da psicologia. Organiza os dados dentro de unidades de significados sintetizadas em categorias. Os resultados, discutidos através da teoria kleiniana, não revelam diferenças entre as representações dos 2 grupos. Apontam a mulher como cliente preferencial do psicólogo, citam muito problemas familiares e emocionais; acreditam que o atendimento psicológico destina-se as pessoas ricas, artistas e loucos. As expectativas apresentam valoração positiva. Revelam, também, indiferença quanto ao sexo e idade do psicólogo, acreditando que este deve ser atencioso, calmo, amigo, confiável e respeitoso; identificam o psicólogo ao conselheiro, professor, médico, cientista e investigador. Discute o trabalho psicológico nas penitenciárias, que deve ir além das perícias e do diagnóstico, privilegiando a relação dos ss a favor da desmobilização das relações hierarquizadas.

MESTRADO

Fantasias e angustias na relação com a música: ressonâncias de experiências precoces com a voz materna

Autor: Mônica Reiche

Orientadora: Tânia Maria José AIELLO-VAISBERG

Data da Defesa: 27/04/94

Resumo: Estuda como entender a musica mais detidamente, partindo de uma fundamentação teórica que busca revisar as principais ideias, dos pontos de vista histórico, filosófico, musico, psicológico e psicanalítico, a partir de reflexões sobre material gráfico produzido por 9 crianças (5 meninos e 4 meninas), de 8 a 10 anos, que frequentam uma mesma escola de primeiro grau, de classe média alta, cursando segunda e terceira series, onde estas representam o que 2 trechos musicais distintos as fazem imaginar. Analisa o material sob um ponto de vista psicanalítico kleiniano, evidenciando que a relação das crianças com a música, é baseada em experiências bastante precoces. Diferentes estilos musicais parecem propiciar ressonâncias de relação muito primitivas com o objeto materno em suas versões mãe boa e mãe má. Levanta pontos que contribuam para o entendimento mais preciso das nuances destas relações e sugere a possibilidade da utilização de estímulos musicais na prática clínica.

MESTRADO

Sofrimentos da vida: a loucura no cotidiano de mulheres

Autor: Thames Waléria Borges

Orientadora: Tânia Maria José AIELLO-VAISBERG

Data da Defesa: 03/02/95

Resumo: Estuda as representações sociais que pacientes diagnosticadas como neuróticas, usuárias de benzodiazepínicos, podem elaborar. Os ss são 5 pacientes do sexo feminino que se submetem a tratamento psiquiátrico em ambulatório público de saúde mental da cidade de São Paulo. Os ss são submetidos a entrevistas individuais e ao procedimento do desenho-estória-adaptado. Avalia os dados através da técnica de análise de enunciação, que permite o delineamento de linhas fundamentais a partir das quais é construído o saber leigo. Observa que a representação social organiza-se sobre um alicerce constituído por 4 dimensões significativas: o que é problema, porque existe o problema, quais as consequências do problema e como tratar o problema. Num segundo momento, analisa todo o material das entrevistas e detecta 4 aspectos: definição do problema como um todo e tratamento obtido e desejado: tipos e consequências. Os resultados mostram que as representações sociais sobre o problema mental são definidas através da articulação de concepções orgânicas, psicológicas e religiosas.

MESTRADO

Morte e prática médica: ensaio reflexivo sobre o discurso de cardiologistas

Autor: Mônica Andreis

Orientadora: Tânia Maria José AIELLO-VAISBERG

Data da Defesa: 26/04/95

Resumo: Analisa a vivência de situações de morte por médicos em seu cotidiano profissional. As representações de morte emergentes, através de seu discurso constituindo-se em estudo, que possibilita a realização de reflexões acerca da maneira como se insere e se lida com a morte, atualmente, na prática médica. Considera-se uma temática de grande valia e abrangência, uma vez que esta associada a significativos elementos socioculturais, ideológicos e psicológicos. Realiza entrevistas não diretivas com pré-estruturação mínima junto a médicos cardiologistas da irmandade santa casa de misericórdia de São Paulo, sendo a análise do material do tipo qualitativa e baseada em conceitos de referencial teórico-psicanalítico e análise de enunciação. Destaca e desenvolve núcleos temáticos apreendidos no discurso dos entrevistados e constata intensa mobilização diante do tema. Caracteriza-se como fator ansiogênico e conflitante no exercício profissional, o que indica a necessidade de adoção de medidas profiláticas e terapêuticas junto a formação e prática médicas.

MESTRADO

Médicos com diferentes esquemas conceituais-referenciais diante da dimensão psíquica um estudo comparativo

Autor: Igor Sergins Prujansky

Orientadora: Tânia Maria José AIELLO-VAISBERG

Data da Defesa: 18/06/1999

Resumo: O autor estudou, comparativamente, o médico que segue o paradigma biomédico, e médico que adota um paradigma paralelo, com raízes na Medicina Tradicional Chinesa (acupunturista), quanto a atitude frente a dimensão psíquica em função dos respectivos esquemas referenciais-conceituais. Foi empregada técnica psicodramática (roll play) para reproduzir a situação de consulta médica, sempre com a mesma história clínica, com os mesmos sintomas físicos e psíquicos. As consultas médicas foram analisadas quanto à lógica subjacente ao comportamento do profissional, com ênfase no aspecto cognitivo. A conclusão foi que ambos os médicos não chegam a integrar a dimensão psíquica, como vista pela ciência psicológica, em seus esquemas referenciais-conceituais. E que esse fenômeno se dá por fatores diversos e de diferentes maneiras em cada caso. No primeiro, o modelo atuante (que não corresponde totalmente ao modelo biomédico existente na literatura), impele o médico a rechaçar a dimensão psíquica enquanto fenômeno cuja motivação não logra apreender racionalmente e enquadrar de modo satisfatório em seu proceder. No segundo caso, o médico fica em liberdade diante da dimensão psíquica; ela permanece englobada dentro de seu conceito básico de equilíbrio Yang/Yin e seu esquema referencial lhe faculta lidar com a mesma indiretamente, mediante as relações de equivalência existentes em sua doutrina médica, o que satisfaz as necessidades de seus procedimentos terapêuticos característicos. Não existe rechaço, antes uma omissão. O posicionamento deste médico fica então por conta de fatores individuais.

MESTRADO

Encontros terapêuticos com gestantes à luz da preocupação materna primária

Autor: Tânia Maria Marques Granato

Orientadora: Tânia Maria José AIELLO-VAISBERG

Data da Defesa: 06/11/00

Acesso online: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-10112005-162658/pt-br.php>

Resumo: Considerando que a construção do conhecimento em psicologia clínica exige, desde o início, a integração de uma postura investigativa com a possibilidade de se fazer presente no encontro com o outro, fiz uso do conceito winnicottiano de preocupação materna primária, como farol que orienta o psicólogo em sua aproximação das vivências emocionais da mulher, durante a gestação e o pós-parto. No fazer do pesquisador presentificou-se o fazer terapêutico, a partir dos dados surgiram as hipóteses e as diversas modalidades de trabalho: entrevistas, cartas, telefonemas e visitas. O campo da maternidade mostrou-se fertilíssimo exigindo, porém, algumas ferramentas básicas para que fosse fecundado, tais como: flexibilidade no atendimento às demandas, acolhimento de toda sorte de angústias, humildade diante da própria ignorância, preocupação autêntica pela paciente e respeito por sua forma de ser.

MESTRADO

Práticas psicanalíticas em instituição: oficina de arranjos florais

Autor: Haroldo Tuyoshi Sato

Orientadora: Tânia Maria José AIELLO-VAISBERG

Data da Defesa: 20/08/01

Resumo: O presente trabalho visa a relatar a experiência clínica que venho desenvolvendo institucionalmente, há mais de cinco anos, inicialmente no atendimento a pacientes considerados como psicóticos e neuróticos graves e, posteriormente, a pessoas que receberam outros diagnósticos psicopatológicos por meio do uso de arranjos florais com flores vivas. Proponho-me, ainda, a articular esta narrativa ao pensamento de Nise da Silveira, Donald Woods Winnicott e Mokiiti Okada, o que demandou o resgate de outros antepassados intelectuais Jung, Laing e Basaglia. A meu ver, tais autores desenvolveram obras singulares e alicerçadas em suas próprias experiências, sendo possível, contudo, estabelecer entre elas certa sintonia, a qual tem me possibilitado refletir sobre minha clínica. Meu intuito é assim, demonstrar que essa prática institucional é potencialmente mutativa, através de um procedimento dialógico-reflexivo contínuo entre minha experiência clínica pessoal e as contribuições dos autores citados.

MESTRADO

Meninos de rua e meninos de casa representação social de adolescentes: um estudo sobre alteridade

Autor: Marisa Minhoto

Orientadora: Tânia Maria José AIELLO-VAISBERG

Data da Defesa: 24/09/01

Resumo: O presente trabalho consiste num estudo psicanalítico de representações sociais de estudantes do ensino público do município de São Paulo sobre meninos de rua, possibilitado, no sentido metodológico, pela articulação da teoria dos campos com o uso de um procedimento apresentativo expressivo, o Procedimento de DesenhosEstórias com Tema. Em aplicação coletiva, o desenho de um moleque de rua foi proposto aos sujeitos, revelando um quadro bastante interessante no que tange às representações pesquisadas. O menor de rua é visto como uma pessoa desamparada, mal cuidada ou abandonada, carente de cuidados parentais, sociais e excluído da oportunidade de levar "uma vida comum". Diferentes grupos de "meninos de rua" são representados. O primeiro deles é constituído por aqueles que, apesar do abandono, seguem sendo "bons meninos", vítimas que buscam sobreviver. O segundo grupo é o dos rebeldes, inconformados e agressivos, que partem em busca de melhores condições de vida, apelando inclusive para a violência. O uso do método psicanalítico da teoria dos campos revelou, portanto, a presença dos seguintes campos ou inconscientes relativos: o campo das políticas públicas inadequadas que gera solidão e degradação com difícil luta pela sobrevivência, o campo do abandono e maus tratos que gera violência e desumanização, e o campo dos adolescentes vítimas de relações familiares conflituosas e que optam por sobreviver nas ruas, apesar das grandes dificuldades que encontram. Tais campos sugerem, claramente, o temor dos adolescentes de vir a ocupar o lugar do personagem, tornando-se um menino de rua socialmente excluído, o que pode ser considerado como expressão final e concreta de um já presente sentimento de "abandono social" que vivencia, atualmente, o sujeito coletivo estudado: jovem estudante do ensino público paulista, apesar de aparentemente possuírem uma situação familiar mais estável.

MESTRADO

A hora do beijo teatro espontâneo com adolescentes numa perspectiva winnicottiana

Autor: Christiane Isabelle Couve de Murville Camps

Orientadora: Tânia Maria José AIELLO-VAISBERG

Data da Defesa: 05/05/03

Resumo: O presente trabalho, que se insere num conjunto de pesquisas voltadas à busca e fundamentação teórica de enquadres clínicos diferenciados, capazes de responder a necessidades emocionais e existenciais geradas pela vida contemporânea, apresenta a narrativa de uma experiência clínica não convencional, bem como reflexões que esta suscita, numa interlocução muito próxima com o pensamento de Winnicott. A estrutura do texto busca manter-se fiel, enquanto narrativa e reflexão, ao modo concreto como foi realizado o trabalho, na medida em que consistiu numa sucessão de encontros: com os adolescentes, com a memória do acontecido que foi registrado por escrito pela psicanalista após cada encontro, com os textos finalizados de cada peça, com demais psicanalistas do "Ser e Fazer": Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social e com a obra winnicottiana. Inspirando-se no jogo de rabiscos, o enquadre diferenciado pesquisado caracteriza-se pelo emprego do teatro da espontaneidade como procedimento "apresentativo-expressivo" de maneira a estabelecer um campo lúdico capaz de sustentar o acontecer adolescente. Tendo à disposição uma mala contendo objetos variados adequados à confecção de fantasias, é oferecida aos jovens a oportunidade de um brincar que consiste na possibilidade de produção coletiva de dramatizações. No intuito de oferecer ao leitor uma noção do tipo de experiência clínica estudada, são apresentados relatos de nove peças que abordam os temas do casamento e da morte. Pode-se constatar que esses encontros favorecem o estabelecimento de um diálogo lúdico entre os jovens, oferecendo-lhes a oportunidade de expressar alguns dos dramas que os preocupam no momento e de experimentar novas formas de ser e de agir perante as questões levantadas. Uma vez que não se tratou de produzir conhecimento sobre psicologia da adolescência, mas de estudar a fecundidade clínica de um enquadre diferenciado, não há pretensão de trazer conclusões sobre a adolescência ainda que o teatro da espontaneidade tenha permitido vislumbrar os dramas enfrentados pelos jovens. É legítima a conclusão de que se trata de enquadre de trabalho adequado e poderoso, porque, por meio do brincar, permite expressão, surpresa e

articulação simbólica de aspectos de self.

MESTRADO

Consulta psicoprofilática ao residente de medicina: proposta de um enquadre diferenciado à luz da perspectiva winnicottiana

Autor: Adriana Micelli Baptista

Orientadora: Tânia Maria José AIELLO-VAISBERG

Data da Defesa: 19/05/03

Resumo: Este trabalho é composto de duas partes distintas, mas profundamente interligadas, voltadas, ambas, para a abordagem psicanalítica dos motivos subjacentes à solicitação da interconsulta médico-psicológica. A primeira parte consiste na abordagem da prática corrente do pedido de interconsulta desde uma perspectiva psicanalítica capaz de revelar a existência, no âmbito do imaginário coletivo, de um campo psicológico inconsciente constituído pela impossibilidade de manutenção de uma postura onipotente. Na segunda parte é apresentada a proposta de um enquadre diferenciado de atendimento ao jovem profissional médico, de caráter psicoprofilático, interventivo e pontual. Algumas experiências são narradas, proporcionando condições para uma reflexão acerca de sua potencialidade transformadora do imaginário do sujeito coletivo. Vale ressaltar que, apesar do trabalho ter focalizado especificamente o residente médico, é passível de ser utilizado, com poucas adaptações, no atendimento a todos os profissionais de saúde, quando já se encontram em exercício profissional ou durante a fase de formação.

MESTRADO

Em defesa de uma clínica psicanalítica não-convencional: oficinas de velas ornamentais com pacientes soropositivos

Autor: Vera Lúcia Mencarelli

Orientadora: Tânia Maria José AIELLO-VAISBERG

Data da Defesa: 23/05/03

Resumo: Este trabalho apresenta, através de narrativa, uma experiência psicanalítica em enquadramento clínico diferenciado com pacientes soropositivos para o HIV. A inserção da autora como psicóloga/psicanalista em um programa DST/aids levou à necessidade de buscar um enquadre clínico que contemplasse com maior pertinência o sofrimento existencial daquelas pessoas. Os portadores do HIV estão potencialmente sujeitos a vivências de estados agônicos em função do diagnóstico, do convívio e da severidade do tratamento de sua condição de soropositividade. O estudo relata vivências compartilhadas com os pacientes antes e após a criação da experiência clínica não-convencional inspirada pela psicanálise winnicottiana. Utilizando a confecção de velas ornamentais como materialidade mediadora, isto é, como forma de contato com os pacientes, a autora toma o brincar como paradigma para a instalação do campo clínico e o jogo do rabisco como modelo. Assim, visa-se demonstrar um empreendimento fielmente ancorado na utilização do método psicanalítico que, aqui compreendido como ruptura de campo de agonias impensáveis, é exercitado a partir do pressuposto de que toda conduta humana guarda um sentido. O estudo sugere que a conduta de enfrentamento ao sofrimento existencial adotada por cada um é sempre a melhor possível e responde, em última instância, à busca da sobrevivência humana.

MESTRADO

O porco-espinho, o menino do furacão e outras histórias: quadros de uma exposição psicanalítica.

Autor: Marcelo Lákaki Agostinho

Orientadora: Tânia Maria José AIELLO-VAISBERG

Data da Defesa: 22/09/03

Acesso online: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-05112003-232442/pt-br.php>

Resumo: Este trabalho de Dissertação de Mestrado objetivou investigar as entrevistas iniciais realizadas com as famílias que buscavam atendimento para um dos filhos, no período de julho de 1997 a junho de 2001, na Clínica Psicológica Dr. Durval Marcondes, do Departamento de Psicologia Clínica do IPUSP e em consultório particular. Fundamenta-se na leitura da obra de D. W. Winnicott, que traz importantes contribuições para a psicanálise contemporânea. Realiza uma crítica aos modelos de triagens existentes nas Clínicas-Escola e em outras instituições, destacando o caráter de exclusão dessa prática. Discute, também, aspectos da dinâmica e função da família do ponto de vista de D.W. Winnicott. A metodologia que embasou o trabalho utiliza-se do método psicanalítico para fundamentar a pesquisa de práticas clínicas diferenciadas e inovadoras. Recorre, ainda, às idéias de Walter Benjamin sobre o valor da narrativa como forma de partilhar experiências inter-humanas. Há o relato de cinco casos que ilustram a prática de consultas psicoterapêuticas com famílias. Na discussão dos casos não se pretende esgotar as compreensões destes, mas apontar possíveis sentidos. Discute-se, também; o modelo de intervenções usadas nesse trabalho, que se baseiam na idéia de o analista ser capaz de sustentar sua prática clínica (dar holding). Destaca-se, enfim, o valor deste trabalho para os pacientes e para as instituições públicas.

MESTRADO

Um lugar a partir do qual olhar: viagem através da dependência

Autor: Sabrina Giorgi

Orientadora: Tânia Maria José AIELLO-VAISBERG

Data da Defesa: 24/11/03

Resumo: O bebê humano começa a existir vivendo numa situação de dependência absoluta. Para realizar a natural tendência rumo ao desenvolvimento, outros seres humanos se fazem necessários. Tendo isso em consideração, este trabalho procura uma aproximação com as vivências emocionais de um bebê, nas fases de dependência absoluta e relativa, e de sua família, numa interlocução teórica com o psicanalista inglês D. W. Winnicott. Visitando um bebê em sua casa, acompanho seu percurso rumo ao desenvolvimento emocional, na presença do mundo humano no qual ele nasceu. Ao longo do trabalho, os conceitos de integração, personalização e realização, entre outros, se mostraram relevantes para a compreensão do vir a ser de um novo indivíduo.

MESTRADO

Ser e Fazer arte de papel: uma oficina inclusiva

Autor: Fabiana Follador e Ambrósio

Orientadora: Tânia Maria José AIELLO-VAISBERG

Data da Defesa: 13/05/05

Resumo: Esta dissertação tem como objetivo apresentar uma modalidade específica de intervenção psicanalítica e articulá-la teoricamente à luz das contribuições de D.W. Winnicott. Tal modalidade tem lugar no enquadre clínico diferenciado que tem sido designado como Oficina Arte de Papel da "Ser e Fazer", serviço do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. A narrativa de encontros clínicos, nos quais comparece um paciente mais detidamente focalizado, visa demonstrar a especificidade desta clínica, que faz uso de uma particular materialidade mediadora, a polpa de papel artesanal, a qual permite a confecção de folhas, quadros e outros "desenhos" de papel. Entende-se que a materialidade, como rabisco singular, presentifica a personalidade do analista, enquanto o espaço da oficina acontece como um mundo intermediário "papeleiro", potencialmente capaz de albergar experiências de novo acontecer, em campo vincular. Como um todo, a dissertação aponta para a potencialidade clínica deste tipo de intervenção, devendo ser ressaltada a especialidade da polpa de papel, na medida em que se revela, por meio de características sensoriais de amorfia e maleabilidade, como capaz de favorecer de experiências completas, que incluem aproximação, envolvimento e destinação do material.

MESTRADO

Encontrando a mulher: a psicanálise do self na abordagem de um singular plural.

Autor: Jacirema Cléia Ferreira

Orientadora: Tânia Maria José AIELLO-VAISBERG

Data da Defesa: 31/05/04

Acesso online: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-13062006-152940/pt-br.php>

Resumo: O presente trabalho tem como objetivo a pesquisa psicanalítica do imaginário da mulher contemporânea sobre a experiência amorosa feminina. Estabelece, metodologicamente, um enquadre investigativo diferenciado a partir de um uso paradigmático do Jogo do Rabisco de D. W. Winnicott, que permite a concepção de um conjunto de pranchas figurativas de situações cotidianas. O diálogo entre a pesquisadora e a personalidade coletiva Mulher realiza-se pela abordagem de duas entrevistadas. As narrativas emergentes, onde se entrelaçam histórias inventadas e lembranças pessoais, favoreceram a criação/encontro de um campo psicológico não consciente. Neste campo se evidencia que, em certas modalidades de vínculo, formas regredidas de dependência emocional são mascaradas por manifestações amorosas e eróticas. Em termos do imaginário coletivo da atualidade, esta perspectiva torna possível entender que a exaltação do sofrimento amoroso da mulher acoberta o não reconhecimento de dificuldades existenciais vinculadas a aspectos de self não plenamente realizados.

MESTRADO

Flor-rabisco: narrativa psicanalítica sobre uma experiência surpreendente

Autor: Lígia Masagão Vitali

Orientadora: Tânia Maria José AIELLO-VAISBERG

Data da Defesa: 03/12/04

Resumo: A partir de uma interlocução com o pensamento winnicottiano, esta dissertação apresenta a narrativa de uma experiência clínica inovadora a oficina psicoterapêutica de arranjos florais e uma reflexão sobre como os pacientes puderam criar/encontrar novas formas de ser diante da vivência de uma doença neurológica grave a esclerose lateral amiotrófica que deve ser considerada como condição existencial emblemática do enfrentamento de uma situação extrema. Insere-se num projeto temático maior que estuda a potencialidade mutativa de enquadres clínicos diferenciados, objetivando compreender os processos emocionais e vinculares pelos quais as oficinas psicoterapêuticas "Ser e Fazer" podem favorecer experiências mutativas em condições de vida marcadas por intensos sofrimentos. O material clínico é discutido à luz do conceito descritivo de interrupção dramática do devir humano, que se inspira na noção winnicottiana de interrupção do "going on being", conquanto não seja a esta equivalente. O conceito foi introduzido tendo em vista esclarecer fenômeno clínico de grande importância, a exclusão antecipada em função da morte anunciada, que contribui para o uso de defesas dissociativas, mesmo quando existe história anterior de maturidade emocional satisfatória. Como um todo, a pesquisa e a intervenção clínica indicam que a presença integral do analista, fenômeno a ser compreendido num registro existencial e não meramente na equiflutuância psíquica, é a condição fundante e possibilitadora da instauração do ambiente favorável ao desenvolvimento emocional destes pacientes.

DOUTORADO

Atendimento psicológico em hospital-escola: análise da expectativa de um grupo de pacientes de clínica ginecológica

Autora: Rosa Maria Carvalho da Silveira

Orientador: Tânia Maria José Aiello Tofolo

Data da defesa: 1990

Resumo: Analisa a expectativa de pacientes em relação ao atendimento psicológico oferecido por dois hospitais-escola da cidade de São Paulo. Os sujeitos são 65 mulheres com disfunção sexual e 8 terapeutas. As pacientes são distribuídas em 3 grupos: g1 (mulheres iniciantes no atendimento psicológico); g2 (mulheres que abandonaram o tratamento); g3 (mulheres em atendimento psicológico). Os dados são coletados através de entrevistas abertas com roteiro e submetidos a um tratamento estatístico. Os resultados foram analisados através de um referencial psicanalítico, a partir do estabelecimento de categorias empíricas extraídas das respostas dos sujeitos. Os resultados comprovam que as pacientes que não realizam suas expectativas, abandonam o tratamento e que o fator desempenho do terapeuta é determinante na realização desta expectativa, influenciando na continuidade ou abandono do atendimento. Outros fatores são problemas orgânicos, relacionamento conjugal completo, atividades incompatíveis com o horário terapêutico, frustração e alívio de ansiedade.

DOUTORADO

Universo em desencanto: conceitos, imagens e fantasias de pacientes psiquiátricos sobre loucura e /ou doença mental

Autor: Maria Christina Lousada Machado

Orientador: Tânia Maria José AIELLO-VAISBERG

Data da Defesa: 10/08/1995

Resumo: Apresenta a narrativa de pacientes psiquiátricos sobre sua história pessoal, com suas experiências com o atendimento psiquiátrico, verificando até que ponto o discurso competente sobre a loucura, instituído e legitimado pela ideologia dominante, é absorvido por estes SS e em que medida sua fala tem possibilidades de se constituir como um antidiscurso. Entrevista 4 pacientes especiais, gravando suas narrativas com anuência prévia dos SS e depois transcritas. A análise clínica do material explicita aspectos latentes contidos na fala dos SS, buscando inicialmente o sentido do drama vivido por cada um. Destaca seus conceitos, imagens e fantasias a respeito da loucura e/ou doença-mental, avaliando que tais representações são fruto da relação dialética que se estabelece entre a singularidade do drama pessoal e a generalidade do contexto social do qual emergem. Capta sistemas de pensamento organizados em verdadeiras teorias psicopatológicas, as quais se articulam ao redor de concepções da loucura, provenientes de posicionamentos alinhados com o discurso competente, que considera a loucura um processo natural de adoecimento interno, ou dele divergentes e que a atribuem a agentes psicossociais ou místicos. A expressão universo em desencanto, usada por uma paciente, traduz e condensa o drama daqueles que passam pela experiência da loucura e são submetidos ao tratamento psiquiátrico.

DOUTORADO

Obesidade: estudo das representações sociais de endocrinologistas em hospital público

Autora: Dinorah Fernandes Gioia Martins

Orientadora: Tânia Maria José AIELLO-VAISBERG

Data da Defesa: 06/08/1998

Resumo: O presente trabalho teve como objetivo estudar a psicodinâmica das Representações Sociais (RS) de endocrinologistas de hospital público sobre obesidade, identificando-as e buscando detectar seu inconsciente relativo, ou seja, a lógica emocional segundo a qual se estruturam. Foram realizadas 10 (dez) entrevistas com médicos endocrinologistas de rede pública, (05 do sexo feminino e 05 do sexo masculino) com idade variável de 28 a 44 anos de idade. O tempo de especialização variou de dois a dezoito anos. As entrevistas foram semi-estruturadas, no sentido de haver uma pré-estrutura mínima, permitindo ao entrevistado espontaneidade e fluência de expressão. Usaram-se técnicas encobertas, com perguntas gerais e abrangentes. Desejou-se que o tema obesidade surgisse espontaneamente. O tratamento dos dados foi de acordo com o referencial psicodinâmico, numa abordagem qualitativa. Conclui-se que o médico é o intérprete das ideologias socialmente circulantes a respeito da obesidade. Suas condutas são pautadas pelas características de personalidade, pelas informações científicas, e pela influência midiática.

DOUTORADO

O procedimento de desenhos-estórias como modalidade de intervenção nas consultas terapêuticas infantis

Autor: Thames Waléria Borges

Orientadora: Tânia Maria José AIELLO-VAISBERG

Data da Defesa: 09/12/1998

Resumo: O objetivo deste trabalho é apresentar uma nova modalidade de atendimento psicoterápico entre crianças e seus familiares. Esta técnica consiste na utilização do procedimento de desenhos-estórias com tema e sem tema nas consultas terapêuticas infantis, o qual é uma adaptação do procedimento de desenhos-estórias desenvolvido por Trinca (1976). A base teórica foi de Winnicott, principalmente os conceitos de espaço potencial. Foi utilizada a sua noção de espaço potencial como um espaço e um tempo que permitem abordar, não somente a realidade interna individual e grupal, mas também a realidade externa, por intermédio da criatividade. Ao longo deste trabalho, foram retomados os conceitos de consultas terapêuticas, objetos e fenômenos transicionais e do jogo do Rabisco, que norteiam esta técnica. Foi feita uma reflexão a respeito do papel do profissional, tanto enquanto analista quanto como pesquisador. Esta técnica facilita a aliança terapêutica, pela expressão subjetiva, verbal e emocional, entre a criança e seus pais. Ela se mostrou útil, tanto na investigação e elaboração de um diagnóstico, quanto na facilitação da comunicação e elaboração psíquica. Este trabalho é fruto da reflexão de doze anos de prática clínica. São apresentados quatro casos clínicos que a demonstram.

DOUTORADO

Prostitutas no Jardim da Luz: dor e prazer na batalha pela sobrevivência

Autor: Jacqueline Isaac Machado Brigagão

Orientadora: Tânia Maria José AIELLO-VAISBERG

Data da Defesa: 14/12/1998

Resumo: Este é um estudo acerca do modo de viver das prostitutas que exercem o baixo meretrício no Jardim da Luz em São Paulo, para isto, buscou-se articular as instâncias individuais, grupais e coletivas. Os dados analisados são resultado de uma pesquisa de campo, cujos instrumentos de coleta de dados foram a observação participante e entrevistas. A abordagem metodológica utilizada fundamentou-se nos princípios da etnopsicanálise, possibilitando assim, a análise da intersubjetividade presente na relação pesquisador/sujeitos, a leitura dos universos subjetivos das prostitutas, bem como do cotidiano de uma zona de meretrício, com seus códigos relacionais e a sua organização espacial. Esta pesquisa foi realizada na área da psicologia clínica, pois este é o campo privilegiado do estudo da subjetividade e das relações intersubjetivas. A psicologia clínica, enquanto área do saber, não se restringe apenas ao estudo de patologias individuais, mas visa compreender o seu objeto, o sujeito nas suas múltiplas possibilidades de ser ao longo do tempo. O método clínico implica uma historiografia e cartografia, permitindo percorrer mares nunca d'antes navegados.

DOUTORADO

Soropositividade, relatos: do não lugar ao lugar da alteridade

Autora: Belkis Vinhas Trench

Orientadora: Tânia Maria José Aiello-Vasiberg

Data da Defesa: 26/05/1999

Resumo: A tese Soropositividade, relatos: do não lugar ao lugar da alteridade põe em atos a experiência de convivência de um pesquisador com a soropositividade e a sobrepõe a outras circunstâncias da existência. Desta forma, o que é posto em relevo é tanto um modo de se postar no mundo diante do conhecimento quanto à construção deste processo. A relação eu-outro, portanto, é a sua referência primeira, mas o que nomeia não é a sua teoria ou pressupostos e sim experiências, ensaios, gestos que abrem possibilidades de refletir sobre o seu exercício no âmbito do discurso científico.

DOUTORADO

Asilamento de pessoas com deficiência: institucionalização da incapacidade social

Autora: Ana Rita de Paula

Orientadora: Tânia Maria José Aiello-Vaisberg

Data da Defesa: 19/05/00

Resumo: A atenção às pessoas portadoras de deficiência, na nossa realidade, está baseada em um modelo assistencial caritativo-custodial, no qual predominam serviços filantrópicos e de iniciativa privada, conveniados com o poder público. Esta situação originou-se da constituição das políticas públicas de saúde e de reabilitação em nosso país, que privilegiaram o repasse de recursos à comunidade, mantendo a assistência sob a égide do humanitarismo religioso. As instituições asilares em suas diferentes formas, ou seja, hospital de retaguarda, lares para excepcionais, hospitais psiquiátricos e asilos, constituem-se em espaços marginais às instituições de caráter científico, como, por exemplo, os hospitais de primeira linha e as entidades de reabilitação. Estas instituições asilares carecem de uma proposta terapêutica e desempenham exclusivamente um papel de oferta de abrigo e cuidados básicos à clientela. E, ainda assim, esses "cuidados" são oferecidos de forma bastante precária, agravando os quadros das pessoas ali internadas e rompendo de vez os laços familiares e sociais existentes. Assistimos hoje a tímidas iniciativas de reformas destas instituições, que, contudo, carecem de uma reflexão mais profunda a respeito do asilamento como a institucionalização da incapacidade social. A partir da caracterização de uma instituição hospitalar típica, ou seja, de sua clientela, agentes e rotina, bem como análise, com referencial psicanalítico, de entrevistas realizadas com um sujeito institucionalizado para coleta de histórias de vida, pretendeu-se compreender o impacto do asilamento no processo de constituição da subjetividade dos sujeitos internados e os mecanismos de sustentação da prática social do asilamento de pessoas com deficiência. A relação hospital-asilo emerge como suporte invisível da instituição moderna da reabilitação acolhendo os excluídos por esta e preservando dessa forma, a imagem da eficiência científica. O hospital-asilo surge como discurso oculto constituindo-se em projeção social da incapacidade. Por fim, no limite a limitação do social, é negada socialmente.

DOUTORADO

"Ser e fazer" em grupo: proposta de uma leitura winnicottiana com fundamentação teórica do uso de "técnicas" grupais

Autor: Gilberto Ferreira da Silva

Orientadora: Tânia Maria José AielloVasiberg

Data da Defesa: 18/08/00

Resumo: Este trabalho tem por objetivo conceituar à luz das idéias de Winnicott, os procedimentos grupais, tendo como base a minha experiência com grupos. Especificamente, pretendo focalizar nesta tese o manejo daquele que lida com grupos, seja ele um terapeuta ou qualquer outro profissional e, em seguida, assinalo as contribuições principais de Winnicott no que se refere aos fenômenos transicionais e o espaço potencial, oriundos de uma relação mãe-bebê. Por fim, apresento alguns procedimentos utilizados durante as minhas experiências com esses grupos, discutindo-os dentro do referencial proposto por mim neste trabalho. Com isso, concluo esta tese, reafirmando o pressuposto de que os estudos da relação mãe-bebê, realizados por Winnicott, de alguma forma, podem ser aplicados na intervenção em grupos. Desta forma, procuro fazer uma tese simples e agradável, que proporcione tanto aos profissionais da área, como a todos aqueles que compartilham deste interesse, uma compreensão sobre a forma de atuar em grupos.

DOUTORADO

A passagem do tempo e suas ressonâncias íntimas

Autor: Ana Clara Duarte Gavião

Orientadora: Tânia Maria José AIELLO-VAISBERG

Data da Defesa: 14/05/02

Resumo: Considerando a subjetividade implícita na apreensão da passagem do tempo, o presente estudo delineou-se a partir do interesse por algum esclarecimento sobre as experiências emocionais na etapa final da vida, quando o sujeito se depara mais diretamente com a própria limitação temporal. Sob uma perspectiva psicanalítica e através do método de Rorschach, foram entrevistados 180 idosos brasileiros, com funcionamento cognitivo preservado e sem doenças incapacitantes. Às manifestações subjetivas dos sujeitos foram abordadas enquanto expressões das vivências de um "sujeito coletivo idoso", sendo que as manchas de tinta do Rorschach foram utilizadas como intermediação da relação transferencial estabelecida entre o sujeito coletivo e a pesquisadora. Contrariamente às representações preconceituosas e patologizantes da velhice, as configurações subjetivas que se destacaram revelam a flexibilidade do funcionamento lógico-emocional do idoso aqui estudado, o que favorece a elaboração da finitude de seus vínculos com a vida. A mulher idosa manifesta maiores níveis de ansiedade que o homem, porém as tendências masculinas indicam um retraimento introspectivo mais acentuado. Mas, tanto para homens como para mulheres, as vivências depressivas emergem num processo saudável de desenvolvimento emocional, possibilitando uma apreensão realística e aprimorada das relações internas e externas e preservando a criatividade e satisfação pela vida, apesar do difícil reconhecimento das próprias limitações temporais. As estereotípias e os processos depressivos patológicos não se apresentam enquanto especificidades do envelhecimento, devendo ser atribuídos à evolução de fragilidades estruturais da personalidade, associadas a fatores socioculturais. Os referenciais atualizados das variáveis do Rorschach para a faixa etária acima de 60 anos.

DOUTORADO

Tecendo a clínica winnicottiana da maternidade em narrativas psicanalíticas

Autor: Tânia Maria Marque Granato

Orientadora: Tânia Maria José AIELLO-VAISBERG

Data da Defesa: 07/05/04

Acesso online: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-13062006-152940/pt-br.php>

Resumo: O presente trabalho tem como objetivo um detalhamento do acontecer clínico que tem lugar quando se realizam encontros terapêuticos com gestantes, numa interlocução pessoal com o pensamento de D. W. Winnicott. Adota um caminho intermediário para a pesquisa clínica, que visa libertar o pesquisador das amarras do intelectualismo estéril tanto quanto do cientificismo raso, aproximando o fazer científico da prática clínica, aqui retomada como matriz da produção de conhecimento no campo da psicologia clínica. O encontro psicanalítico é proposto como aproximação metodológica para o presente estudo, retirando da leitura winnicottiana da psicanálise os pressupostos teóricos que orientam este trabalho, onde o holding se mostrou seu procedimento básico. Do acompanhamento psicológico de gestantes e mães, são selecionados cinco casos clínicos que colocam o leitor em contato com a singularidade da cada mulher em seu percurso pela experiência da maternidade, do mesmo modo que o remetem a algumas generalizações sobre a condição humana. Cinco narrativas psicanalíticas são tecidas a partir dos diálogos que o pesquisador-psicanalista estabelece com seus pacientes, com sua própria história, com seus autores preferidos e com seus pares, transformando a matéria-prima do viver em histórias que, ao serem compartilhadas, tornam-se, elas mesmas, elos da cadeia infinita de gestos que marcam o acontecer humano.

DOUTORADO

Enquadres clínicos diferenciados na reforma psiquiátrica

Autor: Haroldo Tuyoshi Sato

Orientadora: Tânia Maria José AIELLO-VAISBERG

Data da Defesa: 03/08/07

Resumo: O presente trabalho apresenta uma análise crítica, mas comprometida, da desconstrução manicomial e da reforma psiquiátrica brasileira, à luz das contribuições teóricas de Nise da Silveira e D.W.Winnicott . Constata que neste movimento convivem a busca de transformações radicais, em dimensões sociais, e uma relativa pobreza na criação de novos dispositivos de caráter eminentemente clínico, o que permite apontar uma importante limitação, vale dizer, que o reconhecimento da importância da dimensão social não se faz acompanhar da suficiente consideração da subjetividade em termos sensíveis e emocionais. Configura-se, assim, situação problemática, que pode ser superada pela via da proposição de enquadres clínicos diferenciados, desde que estes sejam potencialmente capazes de permitir uma articulação produtiva entre dimensões subjetivas sociais e afetivo-emocionais.

DOUTORADO

Ser e fazer na escolha profissional: atendimento diferenciado na clínica winnicottiana

Autor: Christiane Isabelle Couve de Murville Camps

Orientadora: Tânia Maria José AIELLO-VAISBERG

Data da Defesa: 25/05/09

Acesso online: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-28052009-194703/pt-br.php>

Resumo: Este estudo tem como objetivo investigar psicanaliticamente a potencialidade mutativa de oficinas de teatro espontâneo no atendimento a adolescentes em fase de escolha profissional, que concebemos, winnicottianamente, como gesto espontâneo quando pode se dar de modo emocionalmente amadurecido e integrado. O trabalho foi realizado com sete estudantes de escola particular, durante duas semanas, em cinco sessões grupais de até três horas de duração. O acontecer clínico seguiu a configuração das oficinas "Ser e Fazer", que se caracterizam pelo uso de materialidades mediadoras, pela adoção do holding como intervenção essencial e pela prática de contínuo diálogo com o pensamento winnicottiano. Foram então elaboradas narrativas psicanalíticas, consideradas à luz do método psicanalítico, no sentido da busca de evidências de transformações dos campos psicológicos-vivenciais. A partir das análises, foi possível constatar a ocorrência de transformações significativas na experiência emocional relativa à escolha profissional, que podem ser atribuídas ao fato de os jovens terem podido utilizar transicionalmente um ambiente fundamentalmente sustentador.

DOUTORADO

Girando o cata-vento: sofrimento e cuidado na psicanálise do ser e fazer

Autora: Clarissa Medeiros

Orientadora: Tânia Maria José AIELLO-VAISBERG

Data da Defesa: 16/07/09

Resumo: O presente trabalho tem como objetivo investigar os fundamentos psicopatológicos exigidos pela psicanálise winnicottiana, concebida como cuidado à continuidade de ser, quando se busca coerência ética e epistemológica entre o olhar psicopatológico, a intervenção terapêutica e a antropologia implícita. Justifica-se por abordar a questão nuclear relativa à articulação existente entre teoria e clínica, no contexto da percepção de importantes estudiosos acerca da incompatibilidade entre o ser e o fazer clínico, que se desenvolve a partir do holding e do manejo do setting, e a adoção de modelos pulsionais, que pensam o psíquico segundo configurações fisicalistas. Metodologicamente, realizamos um estudo teórico-reflexivo a partir de três produções discursivas. A primeira consiste na apresentação dos contornos que caracterizam a clínica winnicottiana como cuidado à continuidade do ser, focalizando objetivos do tratamento, modalidades interventivas e sua inter relação. Esta apresentação, que assume uma discursividade teórico-conceitual, é retomada, ao longo do texto, por meio de narrativas de experiências clínicas, que favorecem o estabelecimento de um contato próximo e concreto com o solo clínico e experiencial a partir do qual este estudo se forjou. As duas outras produções discursivas consistem na introdução dos modelos teóricos estruturalpulsional e estruturalrelacional, que são estudados de modo a detectarmos as linhas de força a partir das quais se organizam. O quadro assim configurado permite concluir que uma teorização psicopatológica relacional é não apenas possível, como indispensável, pois só deste modo se podem evitar reducionismos organicistas e fisicalistas.

DOUTORADO

Compaixão na contratransferência: cuidado emocional a jovens HIV+(s)

Autora: Vera Lúcia Mencarelli

Orientadora: Tânia Maria José AIELLO-VAISBERG

Data da Defesa: 26/04/10

Acesso online: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-02082010-114642/pt-br.php>

Resumo: O presente estudo consiste na investigação psicanalítica das configurações assumidas pelo campo contratransferencial que se estabelece no atendimento psicológico, psicanaliticamente orientado, de pacientes soropositivos para o HIV. Quatro adolescentes, soropositivos em decorrência de transmissão vertical, foram psicanaliticamente assistidos por meio de diferentes enquadres clínicos, que incluíram sessões de psicoterapia individual, oficinas psicoterapêuticas e atividades extramuros, segundo a demanda. Esse complexo acontecer clínico deu origem à elaboração de quatro narrativas transferenciais, que foram psicanaliticamente revisitadas, na busca de criação/encontro de campos contratransferenciais. O quadro geral permite afirmar que, para além de ressonâncias contratransferenciais associadas a peculiaridades relativas ao adolescer e às vicissitudes das histórias individuais, é possível detectar a vigência de um campo contratransferencial nitidamente caracterizado pela compaixão. Tal configuração suscita reflexões teórico-clínicas que apontam que tanto as questões ontológicas relativas à precariedade, limitação e finitude, como as decorrentes das condições concretas de vida, tais como o adoecimento, a experiência da dor, o severo tratamento, a orfandade e a exclusão social, devem ser profundamente levadas em conta no cuidado a esses pacientes.

TESES E DISSERTAÇÕES

ORIENTADAS POR

LEILA SALOMAO L P CURY TARDIVO

APOIAR

MESTRADO

O uso do procedimento de desenhos-estórias no estudo dos psicodinamismos de pacientes esquizofrênicos : uma análise segundo a interpretação freudiana dos sonhos

Autora: Erika Leonardo de Souza

Orientadora: Leila Salomao de La Plata Cury Tardivo

Data de defesa: 24/10/2001

Resumo: O presente estudo tem como objetivos: 1) explicitar e descrever mecanismos psíquicos de um grupo de pacientes com esquizofrenia paranóide por meio do Procedimento de Desenhos-Estórias (D-E), analisados de forma análoga à interpretação freudiana dos sonhos, 2) promover a extensão do uso do D-E e um determinado tipo de análise (análise de conteúdo segundo categorias que podem ser encontradas nos sonhos) a pacientes esquizofrênicos. Parte-se do pressuposto de que a produção projetiva pode ser analisada como um sonho, visto a importância destes como uma forma direta de expressão de mecanismos psíquicos inconscientes. Esta forma de análise do D-E em pacientes esquizofrênicos configura o aspecto inédito deste trabalho. Participam deste estudos 10 homens, com idades entre 21 e 42 anos, com diagnóstico de esquizofrenia paranóide há pelo menos seis meses, atendidos no Ambulatório de Clínica Psiquiátrica (ACPQ do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto USP. São utilizados os seguintes instrumentos: 1) O INV-C (teste de inteligência não verbal), com o intuito de eliminar da amostra pacientes com deterioro intelectual importante; 2) O D-E, aplicado conforme proposta de Trinca (1987), e analisados qualitativamente de acordo com a proposta de Migliavacca (1987), que concebe uma análise semelhante à interpretação dos sonhos sob enfoque psicanalítico, levando em conta os seguintes aspectos: 1) manifestação de conteúdos inconscientes, 2) realização de desejos; 3) angústia; 4) deslocamento; 5)

dramatização; 6) elaboração secundária; 7) condensação; 8) representação pelo contrário; 9) dispersão; 10) personificação; 11) simbolismo. Essa análise qualitativa é apresentada por meio de sínteses teorizadas de cada caso. Os pacientes em sua maioria expressaram por meio do D-E suas experiências, sua dor, fatos de sua vida e seus desejos. Apenas um deles não falou diretamente de si.) . Foi observado também que muitos deles têm consciência de sua enfermidade e a experienciou com clareza em sua produção gráfica e verbal. Foi notado em todas as análises a presença de mecanismos sugeridos por Migliavacca, em especial: manifestação de conteúdos inconscientes; realização de desejos; angústia; elaboração secundária; condensação, dispersão, deslocamento e simbolismos. Pode-se dizer que nos D-E desse grupo de pacientes esquizofrênicos são encontrados mecanismos psíquicos semelhantes aos dos sonhos, acrescentando uma nova forma de interpretação do D-E em estados psicopatológicos, bem como a possibilidade de um aprofundamento no conhecimento psicodinâmicos desses pacientes por meio de tal procedimento.

MESTRADO

O estudo da dinâmica psíquica de crianças pertencentes a famílias de baixa-renda por meio do procedimento de desenhos-estórias

Autora: Karina Kiill

Orientadora: Leila Salomao de La Plata Cury Tardivo

Data de defesa: 20/11/2002

Resumo: Este trabalho teve como objetivo o estudo das características de funcionamento emocional de crianças pertencentes a famílias de baixa renda; bem como ampliar a utilização do D-E para o atendimento a esta população e desenvolver uma relação entre a teoria de Winnicott e o instrumento utilizado. Para que tais objetivos fossem alcançados foi empregado o Procedimento de Desenhos-Estórias (D-E), proposto por Trinca (1976). Participaram desta pesquisa 10 crianças, com faixa etária entre sete e nove anos de idade; pertencentes a famílias de baixa-renda, assim consideradas quando tinham uma renda mensal de, no máximo, três salários mínimos. Foi utilizado o método de estudo de caso clínico. Os dados obtidos foram emparelhados e confrontados com os resultados obtidos no trabalho desenvolvido por Tardivo (1985), que obteve a padronização do D-E com crianças de nível sócio-econômico médio. Foi realizada a análise de Conteúdo dos D-E. Adotamos como referencial os grupos e traços obtidos nos estudos de Tardivo (1985). Os dados dos participantes deste trabalho foram analisados e as conclusões e resultados foram discutidos à luz da Teoria desenvolvida por D. W. Winnicott. Foi possível observar vários dados relacionados ao desenvolvimento destes sujeitos, a partir destes procedimentos. No que se refere à análise dos aspectos gráficos, os desenhos apresentam-se bastante regredidos, o que confirma a existência de mecanismos primitivos para lidar com a realidade. As unidades de produção revelaram a presença elevada de atitudes de insegurança, traços de hostilidade (com atitudes de oposição). Observamos a presença de sentimentos ambivalentes em relação às figuras parentais, a maior parte dos sujeitos expressa hostilidade ou omissão e falta de continência por parte dos pais. Prevaecem sentimentos derivados do conflito e grande necessidade de suprir faltas básicas de

proteção, de ser cuidado e grande incidência de necessidades orais. Há também a prevalência de ansiedades paranóides e de mecanismos de defesa primitivos (como cisão, regressão e fixação a estágios primitivos e projeção). As conclusões deste trabalho mostraram que, por meio do D-E aplicado, as crianças são capazes de expressar seus conflitos básicos e as dificuldades encontradas nos diferentes contextos em que vivem. Da mesma forma, concluímos que esta técnica de avaliação psicológica é eficaz para uma primeira etapa, de planejamento de programas de intervenção direcionados às necessidades desta população.

MESTRADO

Filhos autistas e seus pais : um estudo compreensivo

Autora: Maria Izilda Soares Martão

Orientadora: Leila Salomao de La Plata Cury Tardivo

Data de defesa: 16/12/2002

Resumo: Este trabalho consistiu na investigação das possíveis implicações entre a dinâmica do casal e a relação com o filho autista e as dificuldades que os pais apresentam para estabelecer parceria com o terapeuta, colaborando assim com o processo terapêutico e com o desenvolvimento do filho. Realizamos Diagnósticos Compreensivos (Trinca, 1983), visando a um conhecimento dos aspectos psicodinâmicos dos casais e da relação destes com o filho autista. A base teórica que fundamenta o estudo é a psicanálise e as teorias psicodinâmicas juntamente com nossa experiência clínica. Utilizamos dois instrumentos: entrevista semidirigida e o procedimento de Desenhos de Família com Estórias (Trinca, 1978). A pesquisa foi realizada nas dependências de uma Instituição Pública, especializada no atendimento de crianças autistas, situada na grande São Paulo. Contamos ainda para a realização deste, com a participação voluntária, de cinco casais de pais de filhos autistas, os quais prestaram enorme contribuição ao nosso estudo. Os resultados obtidos após levantamentos dos dados foram: os pais vivenciaram conflitos emocionais, instabilidades ambientais, humilhações afetivas em suas famílias de origem. Os conflitos emocionais originaram relações de objetos deficitárias, frágeis e conturbadas. As dificuldades emocionais vivenciadas serviram como percalços ao desenvolvimento emocional destes pais e impediram qualquer possibilidade de interação com o filho autista. Algumas reações das crianças autistas, utilizadas como forma de contato com os pais estão relacionadas ao foco do conflito da dinâmica dos pais. As dificuldades emocionais dos pais influenciam o desenvolvimento do filho autista, uma vez que aqueles encontram-se impossibilitados para um contato 'vivo' e 'humano'.) Concluímos que os pais por nós estudados apresentam intenso sofrimento por manifestarem importantes dificuldades emocionais, necessitando serem cuidados, tanto quanto seus filhos autistas.

MESTRADO

Retrato de vivências emocionais de crianças recém-abrigadas : observações psicanalíticas por meio do Procedimento de Desenhos-Estórias

Autora: Wadad Ali Hamad Leoncio

Orientadora: Leila Salomao de La Plata Cury Tardivo

Data de defesa: 13/02/2003

Resumo: Este estudo tem como objetivo retratar vivências emocionais de crianças recém-abrigadas encaminhadas pelo Conselho Tutelar da Criança e pela Justiça a um abrigo. O abrigamento é aplicado pela Justiça quando os direitos da criança, descritos no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1991), são ameaçados ou violados. Para retratarmos tais vivências emocionais, realizamos uma entrevista semi-estruturada e aplicamos individualmente o Procedimento de Desenhos-Estórias (D-E) de Trinca (1976) em 13 sujeitos abrigados de 5 a 12 anos de idade, de ambos os sexos e de nível sócio econômico baixo; empregamos o método do estudo de caso. Os dados do Procedimento de Desenhos-Estórias são apresentados em uma avaliação de conteúdo tipo análise por livre inspeção do material (Tardivo & Trinca, 1997) com fundamentação psicanalítica. A partir da análise dos dados, pudemos observar que a privação de um bom ambiente está intimamente relacionada à situação de miséria e de multicarências em que vivem as famílias das crianças. O abrigamento intensificou os problemas emocionais das crianças por mobilizar sofrimento intenso relacionado às frustrações de seus desejos de estarem com a sua família, além da angústia por estarem em um lugar estranho. A separação da criança de tudo que lhe é familiar intensificou seus sentimentos de desproteção, de desamparo, de solidão, de abandono e de rejeição. O sofrimento das crianças se acentuou, ainda mais, ao conceberem o abrigamento como um castigo por não se comportarem bem, isso mobilizou sentimentos de culpa. Observamos que devido à experiência com a situação real, as crianças se tranqüilizaram e começaram a querer comunicar suas vivências emocionais, se relacionar e se vincular. O estudo mostrou que todas as crianças apresentam problemas psicológicos.

MESTRADO

A observação lúdica e o psicodiagnóstico compreensivo : aplicações do referencial de análise do procedimento de desenhos-estórias

Autora: Dagmar Menichetti

Orientadora: Leila Salomao de La Plata Cury Tardivo

Data de defesa: 01/12/2003

Resumo: Estuda a Observação Lúdica no contexto do psicodiagnóstico compreensivo, propondo para a sua interpretação, o Referencial de Análise elaborado por Tardivo (1985). Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de orientação psicanalítica, com o objetivo de contribuir para ampliar a compreensão e o uso da Observação Lúdica, sugerindo um referencial de análise acessível e estudado em pesquisas. Desenvolve estudos clínicos de quatro crianças, de cinco a sete anos, analisando os dados obtidos nas entrevistas com os pais, na Observação Lúdica, no Procedimento de Desenhos-Estórias (D-E), e através das aplicações do Referencial de Tardivo. Apresenta os diversos sentidos do jogo e do brincar, a partir de estudos da filosofia, sociologia, psicologia da aprendizagem e do desenvolvimento. Estes estudos valorizaram o brincar como manifestação sócio-cultural, relacionado à alegria, imaginação, interação social, à estética e ao desenvolvimento em geral. Na psicanálise, enfatiza as contribuições de Freud, Anna Freud, Klein, Aberastury, Winnicott entre outros, que estudaram o brincar como expressão simbólica, ressaltando a fantasia, a comunicação não verbal, a elaboração, a superação de ansiedades, criando alternativas e utilizando o potencial criativo. Examina também os conceitos de psicodiagnóstico, valorizando o processo de tipo compreensivo (Trinca, 1984). Descreve os sentidos do termo projeção que fundamentam os testes psicológicos e a Observação Lúdica. Discute o Procedimento de Desenhos-Estórias, reconhecido através de suas pesquisas em diversos campos de atuação, destacando os estudos normativos de Tardivo. Descreve a Observação Lúdica como um contato inicial com a criança, possibilitando uma comunicação espontânea através

dos brinquedos. Enfatiza a utilização do brincar para a avaliação psicológica, ao lado de outros procedimentos para a investigação de aspectos conscientes e inconscientes da personalidade.) Discute as aplicações do Referencial de Análise de Tardivo, comparando as interpretações na Observação Lúdica e no D-E realizados em quatro crianças. Verificamos como resultados, que as crianças interagiram com a situação oferecida na Observação Lúdica, explorando e brincando com o material, vinculando-se à pesquisadora e trazendo material significativo. As interpretações realizadas através do Referencial de Análise, demonstraram a utilidade deste instrumento de avaliação, permitindo a comparação das sessões e possibilitando uma análise mais sistematizada, recurso importante para futuros estudos e pesquisas e para os psicólogos e estudantes que iniciam a prática clínica.

MESTRADO

Adolescentes infratores : um estudo compreensivo

Autora: Danuza Sgobbi Saes

Orientadora: Leila Salomao de La Plata Cury Tardivo

Data de defesa: 04/12/2003

Resumo: Acreditamos na necessária contribuição da presente pesquisa, tendo como objetivos a compreensão sobre o psiquismo do adolescente em conflito com a lei através da utilização de um modelo compreensivo de psicodiagnóstico. Iniciamos nossa reflexão com questões referentes ao psicodiagnóstico, remontando a sua construção histórica que lançou as bases para o referencial do Psicodiagnóstico Compreensivo. Fizemos um esboço de teorias Psicanalíticas relevantes utilizando autores que são referenciais nesse tipo de psicodiagnóstico, a saber: Freud, Melanie Klein e Winnicott e através destes autores buscamos uma elucidação psicanalítica sobre o comportamento delinqüente. Buscamos a compreensão sobre o fenômeno da adolescência abordando aspectos de ordem biológica, cultural, social e psicológica e relacionamos estas com a delinqüência através de pesquisas mais recentes de âmbito nacional que são contribuições importantes frente à nossa realidade. Trouxemos um histórico do atendimento ao adolescente infrator no Brasil, no sentido de nos situarmos historicamente e entender o lócus em que se dará o estudo. A pesquisa realizada envolveu oito adolescentes, com idade de 14 a 16 anos, que se encontravam em cumprimento de medida de Liberdade Assistida por Roubo, no período de janeiro a agosto do ano de 2003. A realização do psicodiagnóstico se deu através da inserção desses adolescentes em acompanhamento psicoterapêutico realizado pela autora, enquanto psicóloga pesquisadora em uma entidade não governamental conveniada à Fundação Estadual para o Bem Estar do Menor (FEBEM SP). Realizamos entrevistas com os adolescentes e, quando possível, com seus responsáveis e utilizamos as seguintes técnicas projetivas: O Questionário Desejativo e o Procedimento de Desenhos Estórias. Utilizando o material recolhido durante o processo psicodiagnóstico, percebemos a importância deste na compreensão da infração dentro da constituição) histórica de cada sujeito, bem como, no estabelecimento de medidas adequadas na condução de cada caso e na compreensão do fenômeno da delinqüência juvenil.

MESTRADO

Envelhecimento e depressão : da perspectiva psicodiagnóstica ao encontro terapêutico

Autora: Cláudia Aranha Gil

Orientadora: Leila Salomao de La Plata Cury Tardivo

Data de defesa: 28/04/2005

Resumo: Este estudo tem, por objetivo principal, compreender o idoso que busca a clínica psicológica com sintomas de depressão e apresentar as reflexões sobre a forma como se deu o Encontro Terapêutico com estas pessoas. Trata-se de um trabalho de abordagem qualitativa, embasado no método clínico, que busca estabelecer relações entre depressão, envelhecimento e psicanálise. Por meio de narrativas, são apresentados dois atendimentos clínicos de pessoas idosas com sintomas depressivos e intenso sofrimento psíquico: uma mulher com 72 anos e um homem com 70 anos, que procuraram por atendimento psicológico. As narrativas compreendem as queixas e a descrição dos sintomas de depressão apresentados pelas duas pessoas, todo o material que foi emergindo, os diálogos que se deram e a própria evolução dos atendimentos, que ocorreram no período de 10 a 12 sessões, com uma sessão semanal. Os instrumentos projetivos, Questionário Desiderativo e Teste de Apercepção Temática para Idosos (SAT), foram empregados, não só como auxiliares no psicodiagnóstico, mas fundamentalmente como facilitadores e mediadores no contato terapêutico. As narrativas apresentam também as reflexões realizadas a partir do material clínico, tendo como principais aportes os advindos da teoria psicanalítica, especialmente aqueles inspirados no pensamento winnicottiano. O trabalho reflete o percurso realizado com relação à mudança de perspectiva pela qual passou o estudo durante o período de sua realização. Assim, de uma concepção original que privilegiava a vertente psicodiagnóstica, empreendeu-se um caminho em direção a uma nova perspectiva de intervenção, com um modelo que, inspirado nas Consultas Terapêuticas propostas por Winnicott, resultou em)encontros terapêuticos como enquadres diferenciados em psicanálise os quais demonstraram ser, ao longo do processo, potencialmente mutativos. As intervenções ocorreram enquanto sustentação do processo

terapêutico, oferecido na forma de holding, configurando um acompanhamento onde foi valorizada a singularidade de cada paciente. Desta forma, na busca do idoso deprimido, a partir das narrativas, se vislumbrou de forma dramática toda a realidade que é própria do ser humano: potencialidades, crescimento, afetos e dor.

MESTRADO

Práticas terapêuticas entre indígenas do Alto Rio Negro : reflexões teóricas

Autor: Wagner Francisco Vidille

Orientadora: Leila Salomao de La Plata Cury Tardivo

Data de defesa: 09/05/2005

Resumo: Esta dissertação refere-se ao desenvolvimento de uma pesquisa em Psicologia Clínica a respeito de crenças, concepções de doença e tratamento entre populações indígenas da Amazônia brasileira, na região do Alto Rio Negro. Inicialmente, apresento um estudo a respeito destas concepções a partir de relatos e de levantamentos etnográficos feitos por historiadores e etnólogos que já investigaram estas populações. Em seguida, correlaciono conceitos provenientes da Psicologia e da Psicanálise, em especial a Teoria das Relações Objetais fazendo uso dos conceitos de Inconsciente, Cisão, Identificação Projetiva, Projeção de Partes da Personalidade, Bom e Mau Objeto -, com os derivados da Antropologia. Apresento três situações clínicas. Na primeira, descrevo uma sessão de cura (dores nas costas) conduzida por um pajé da etnia Tukâno. Na segunda, detalho o trabalho de preparação e de ação terapêutica realizado por um pajé da etnia Wanâna ao tratar do joelho de seu paciente. Ambos os pajés vivem na cidade, sede do Município de São Gabriel da Cachoeira (AM). A terceira situação refere-se à cerimônia de Hekuramou, "contatos com os espíritos", entre indígenas Ianomâmi, na aldeia de Maturacá, região selvática de fronteira entre o Brasil e a Venezuela. As três sessões foram filmadas e fotografadas sob permissão. O objetivo principal desta pesquisa em Psicologia Clínica foi validar os rituais de cura pesquisados como elementos culturais significativos e ressaltar importância da manutenção destas tradições como elementos estruturantes da identidade individual e étnica.

MESTRADO

Profissionais de saúde na relação com os pacientes portadores de esclerose lateral amiotrófica : aspectos psicológicos e de qualidade de vida

Autora: Ana Luiza de Figueiredo Steiner

Orientadora: Leila Salomao de La Plata Cury Tardivo

Data de defesa: 04/04/2008

Resumo: Esta pesquisa se desenvolveu a partir da parceria entre o Projeto APOIAR do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do Instituto de Psicologia da USP e a ABRELA (Associação Brasileira de Esclerose Lateral Amiotrófica). O estudo refere-se à investigação e compreensão de aspectos afetivos, emocionais e de qualidade de vida dos profissionais da área de saúde, enfocando sua relação com cuidadores e pacientes portadores de Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), doença degenerativa dos neurônios motores, sem prognóstico de cura, embora com a consciência mantida até a morte. Foi empregado o método clínico de pesquisa em onze profissionais, médicos, assistentes sociais, fisioterapeutas respiratórios e motor, nutricionista e terapeuta ocupacional, no setor da Neuromuscular da UNIFESP/Escola Paulista de Medicina em parceria com a ABRELA. Foram empregados como instrumentos: Entrevista Psicológica Semi Estruturada, Método de Rorschach pelo Sistema de Avaliação Aníbal Silveira (sendo alguns índices selecionados) e o Questionário de Vida de McGill. Os dados foram tratados considerando o grupo de forma geral e não de modo individualizado. Principais resultados obtidos apontam para a maturidade do grupo de profissionais, a sensibilidade da maioria à dor e ao sofrimento dos pacientes, com respostas que denotam afetividade, frustração diante da falta de cura e sucesso no tratamento. Demonstram qualidade de vida preservada, e os dados sugerem que trabalham na área que escolheram apesar das dificuldades que sentem. Sugere-se que sejam implementados programas que possam dar aos profissionais de saúde o suporte necessário para que se mantenham como o grupo estudado nessa pesquisa, em condições de dar conta do contato com pacientes com enfermidades graves e crônicas como a ELA.

MESTRADO

Psicodiagnóstico compreensivo de crianças com distúrbios de conduta : aspectos psicodinâmicos

Autora: Ana Angelica Roncolato

Orientadora: Leila Salomao de La Plata Cury Tardivo

Data de defesa: 15/04/2011

Resumo: Essa pesquisa aborda o quadro psiquiátrico mais frequente na infância. O distúrbio de conduta é caracterizado por comportamento antissocial persistente com violação de normas sociais e direitos individuais. Os comportamentos antissociais podem surgir precocemente na infância ou na adolescência, e configuram quadro psiquiátrico de difícil tratamento. Fatores individuais, familiares e sociais influenciam no desenvolvimento e na persistência do comportamento antissocial, interagindo de forma complexa e ainda pouco esclarecida. O presente trabalho tem como objetivo compreender os aspectos emocionais desta população clínica. Foram avaliadas 6 crianças na faixa etária entre seis e doze anos, sendo um grupo de 3 portadores do diagnóstico de Distúrbio de Conduta segundo os critérios da CID-10, atendidas em um serviço de psiquiatria e tendo o diagnóstico confirmado pela K-SADS. O grupo controle, pareado por sexo, idade e condição sócioeconômica, é composto de 3 crianças provenientes de escolas públicas do município de São Paulo/SP, que não apresentaram diagnóstico psiquiátrico a partir do instrumento K-SADS. Para avaliação psicológica foram aplicados o Teste de Apercepção Infantil com Figuras de Animais CAT-A e o Teste das Fábulas de Düss, considerando os seguintes aspectos: atitude básica da criança, relação com as figuras significativas, sentimentos expressos, tendências e desejos, impulsos, ansiedades e mecanismos de defesa. Os resultados encontrados mostraram no grupo clínico presença de conteúdo agressivo, hostil, de impulsividade. A incapacidade de controlar seus impulsos faz com que expressem suas angústias diretamente no ambiente de forma agressiva. Observou-se ainda que essas crianças não contam com figuras significativas capazes de conter suas angústias, não sentem que as figuras parentais são capazes de lhes dar sustentação e contorno, diferentemente das crianças do grupo controle. Evidencia-se a necessidade de medidas preventivas e

intervenções em saúde mental no âmbito familiar, na escola, além das intervenções com criança.

MESTRADO

Reflexões sobre a relação entre a personalidade borderline e as adicções

Autor: Marcelo Soares da Cruz

Orientadora: Leila Salomao de La Plata Cury Tardivo

Data de defesa: 30/03/2012

Resumo: Na clínica contemporânea, percebe-se que as compulsões, as patologias do agir e a experiência de vazio estão cada vez mais presentes, contaminadas pela pressão de ideais de consumo ou constituídas sob a égide desses ideais, na promessa de completude presente nos valores atuais da cultura. Tais manifestações tornam-se ainda mais evidentes com a erupção de formas de sofrimento marcadas pela repetição de experiências dolorosas que limitam e empobrecem a vida dessas pessoas. Nesse contexto, quadros clínicos como a personalidade borderline e as adicções ganham relevância e exigem dos profissionais do campo da saúde mental produções acadêmicas para maior compreensão e cuidado desses fenômenos psicopatológicos. Frente a isto, o objetivo desta pesquisa consistiu em refletir sobre a relação entre as denominadas personalidades borderline e as adicções, a partir de uma investigação fundamentada em uma leitura psicanalítica. Pretende-se ainda enriquecer os instrumentos teórico-clínicos de que se dispõe, de forma a favorecer uma maior compreensão diagnóstica, imprescindível no manejo desses casos. Para tanto, esses conceitos foram estudados a partir da leitura hermenêutica entendida como construção dialética de conhecimento numa relação de intersubjetividade com as condições de sofrimento que podem ser agrupadas sob as nomeações aqui referidas e ilustradas através da utilização de material clínico. A noção de relação adictiva foi utilizada como conceito articulador, pois comporta elementos centrais da dinâmica psíquica própria das adicções e da personalidade borderline. A partir desse estudo, formulou-se a proposta de compreensão da organização borderline de personalidade como uma modalidade de adicção, cujo objeto é uma pessoa, mesmo que coisificada.

MESTRADO

Pessoa em Minha Vida :
O Apego e Os Vínculos Afetivos de Crianças Vítimas De Abuso Sexual

Autor: Viviane Manfre

Orientadora: Leila Salomao de La Plata Cury Tardivo

Data de defesa: 10/08/2012

RESUMO

Introdução: O abuso sexual infantil (ASI) é um fenômeno mundial, considerado uma questão de saúde pública. Seus efeitos têm sido amplamente estudados e podem ser observados inclusive nos vínculos afetivos que a criança estabelece. **Objetivo:** realizar um estudo piloto com o inventário *Pessoas em minha vida* (PIML), que se propõe a avaliar o apego infantil, verificando o apego em crianças vítimas de abuso sexual. **Método:** O PIML foi respondido por 60 crianças de 09 a 12 anos, sendo 30 vítimas de ASI (grupo clínico). Também foi respondido o *Inventário de Frases auxiliar no diagnóstico de violência doméstica contra crianças e adolescentes* (IFVD), a fim de coletar informações acerca dos efeitos do abuso. Os dados foram analisados por meio de médias das pontuações dos dois instrumentos, sendo realizadas correlações entre eles. **Resultados e discussão:** Os resultados apontaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (clínico e comparativo). As crianças vitimizadas apresentaram menores pontuações em relação ao apego quando comparadas a seus pares, e maiores pontuações em todos os níveis de sintomas referentes aos transtornos psicológicos investigados pelo IFVD. **Considerações finais:** A partir deste estudo piloto, observou-se que este instrumento não é capaz de avaliar padrões de apego infantil, entretanto mostrou-se eficaz na avaliação dos vínculos e relações afetivas estabelecidas pelas crianças com as pessoas próximas a ela, bem como o sentido de segurança e confiança no mundo que a cerca. Foram feitas algumas considerações acerca do instrumento, no sentido de aprimorá-lo.

Palavras-chave: abuso da criança; abuso sexual; comportamento de apego.

DOUTORADO

Crianças vítimas de abuso sexual : um estudo compreensivo e considerações sobre efeitos psicológicos

Autora: Eliane Scherb

Orientadora: Leila Salomao de La Plata Cury Tardivo

Data de defesa: 23/06/2004

Resumo: A gravidade dos danos psicológicos do abuso sexual da criança é ainda dificilmente mensurável. Segundo diferentes estudos sobre o tema, incluindo os que utilizam os recursos de testes projetivos, como o Rorschach, as crianças que sofreram abuso sexual costumam desenvolver determinadas reações que se enquadram nas categorias descritivas do estresse pós-traumático, de acordo com o DSM-IV (309-81). Destes descritores, destacam-se reações dissociativas em suas diferentes formas, envolvendo memória (amnésia dissociativa), afetividade (faixa de afeto restrita, sensação subjetiva de anestesia e esquiva persistente de conteúdos perturbadores associados ao evento traumático), aprendizagem (aumento de ansiedade e redução da capacidade de concentração) e adaptação social (entorpecimento da responsividade em geral). A partir da análise de cinco casos de crianças que sofreram abuso sexual (2 meninos e 3 meninas entre 4 e 12 anos de idade), este estudo fez um levantamento de indicadores psicológicos sugestivos de trauma sexual, através de instrumentos como o Exame pelo Método de Rorschach (pela escola Aníbal da Silveira) e o Teste das Fábulas de Düss (utilizando o roteiro de avaliação proposto por Tardivo), além de desenhos e informações obtidas por entrevistas sobre a vida familiar da criança. Aspectos comuns puderam ser levantados nas crianças avaliadas, dentre eles, bloqueios afetivos não usuais para a idade, dificuldades de desenvolvimento da autonomia nas crianças maiores, presença de conteúdos agressivos e mórbidos, de distorções cognitivas e perceptuais (sincretismo de imagens, fabulações negativas, perseveração de conteúdo), alterações na percepção dos limites corporais, nível de ansiedade elevado,

modelos internos inadequados ou problemas com a introjeção de objetos negativos, referências a conteúdos sexuais não comuns para a faixa etária) De modo geral, as reações observadas relacionam-se, em termos descritivos, com o distúrbio de stress pós-traumático e, em termos psicanalíticos, com a fixação da libido ao instinto de morte. Além disso, foi possível identificar, no histórico dessas crianças, a existência de fatores familiares predisponentes à ocorrência de abuso sexual, todos associados a famílias disfuncionais e a negligência materna. Não foi observado nenhum caso de abuso sexual associado a outras formas de violência, como violência doméstica ou derivada do contexto social. O método clínico que dá base às técnicas projetivas utilizadas neste estudo mostra-se importante para auxiliar na verificação de sinais de trauma decorrentes de abuso sexual e dar subsídios ao psicólogo que trabalha em âmbito jurídico, tanto em perícias, como em encaminhamentos para tratamento clínico e preventivo.

DOUTORADO

O psicodiagnóstico interventivo com pacientes deprimidos : alcances e possibilidades a partir do emprego de instrumentos projetivos como facilitadores do contato

Autora: Maria Salete Lopes Legname de Paulo

Orientadora: Leila Salomao de La Plata Cury Tardivo

Data de defesa: 11/11/2004

Resumo: O presente trabalho é um estudo clínico qualitativo e tem por objetivo principal investigar, a partir das técnicas projetivas, os aspectos psicodinâmicos e as possibilidades de intervenção nos quadros de depressão em adultos. Para tal finalidade foram atendidos em Psicodiagnóstico Interventivo quatro pacientes, diagnosticados com depressão pelo médico psiquiatra, sendo dois do sexo masculino e dois do feminino, com idades variando entre 31 e 57 anos, em um processo com duração de três meses e base teórica psicanalítica. A avaliação constituiu-se de entrevista clínica; Inventário BECK para diagnóstico de depressão (BDI), no início e no final do atendimento; e as técnicas projetivas, Questionário Desiderativo (QD) e Teste de Relações Objetivas de Phillipson (TRO), utilizadas como principais instrumentos, facilitadores do contato terapêutico e mediadores do trabalho interventivo, além da vertente diagnóstica. Os dados obtidos demonstraram sensibilidade dos testes projetivos, QD e TRO, para detectar aspectos fundamentais na dinâmica do quadro depressivo. Os resultados revelaram que esses testes, utilizados como mediadores do processo, facilitaram a ocorrência de associações livres, a comunicação com o mundo interno do paciente, a elucidação da problemática vivida e a compreensão dos conflitos. O modelo adotado apresentou a possibilidade de alcançar objetivos terapêuticos, confirmados pela evolução clínica, relatos dos pacientes e reavaliação do BDI. As conclusões do estudo mostraram que o Psicodiagnóstico Interventivo pode permitir o atendimento de um maior número de pacientes, em menor tempo, tornando-se adequado à realidade brasileira, em especial no contexto institucional.

DOUTORADO

O vazio existencial na prática clínica da logoterapia

Autora: Roseana Barone Marx

Orientadora: Leila Salomao de La Plata Cury Tardivo

Data de defesa: 21/12/2004

Resumo: O Vazio Existencial na prática clínica da Logoterapia e Análise Existencial de Viktor Frankl é apresentado e proposto para ser discutido junto ao meio acadêmico. Como acicate de investigação, pretende privilegiar a pesquisa clínica por meio de estudo de caso ilustrando a prática clínica em Logoterapia. Passando por uma breve biografia desse autor, começa a propor a busca de sentido como motivação básica do ser humano, lembrando que a existência no fundo significa existência livre e responsável e que o homem luta espiritualmente pelo sentido concreto dessa existência pessoal. Quando isso não acontece é capaz de manifestar de forma declarada o vazio existencial através de uma neurose noogênica, desencadeada de uma doença somatopsíquica a partir da frustração existencial. Também as técnicas específicas da Logoterapia estão descritas e acrescidas de procedimentos que podem ser integrados nessa abordagem. Viktor Frankl, a partir da dimensão espiritual que integra sua ontologia tridimensional, e é destacada como a dimensão "propriamente humana" -, cristaliza uma teoria psicológica centrada em elementos fundamentais e fundantes, de conceituação filosófica, que são: pessoa, liberdade, responsabilidade e sentido. A partir disso fala de uma dimensão antropológica essencial e terapêutica que é o poder de decisão.

DOUTORADO

O planejamento da psicoterapia breve infantil a partir do referencial do desenvolvimento

Autora: Iraní Tomiatto de Oliveira

Orientadora: Leila Salomao de La Plata Cury Tardivo

Data de defesa: 15/09/2006

Resumo: A psicoterapia breve infantil (PBI), aqui entendida como uma modalidade de intervenção terapêutica com duração limitada e objetivos circunscritos, dirigida a crianças e pais, é um importante recurso para que se possa oferecer assistência psicológica a uma parcela mais ampla da população. Apesar disso, e de seu potencial preventivo, tem sido alvo de um número restrito de estudos. Este trabalho tem o objetivo de contribuir para seu desenvolvimento, oferecendo um panorama dos conhecimentos da área e propondo diretrizes que auxiliem na organização do raciocínio clínico para o planejamento terapêutico. Inicia-se por um levantamento e uma análise crítica da evolução histórica desta modalidade de intervenção, desde 1942 até os dias de hoje, e propõe o delineamento de modelos de trabalho em PBI, com o intuito de organizar as contribuições de diferentes autores. A seguir, apresenta um estudo da evolução dos critérios de indicação utilizados por esses autores. Constata que esses critérios, ao longo do tempo, foram se tornando mais flexíveis, e que foi se instalando uma tendência a que a psicoterapia seja planejada de acordo com as necessidades e possibilidades de cada paciente. No caso de crianças, propomos que essa adaptação da proposta de trabalho às características individuais leve em conta, como elemento central, o referencial do desenvolvimento. Nesta direção, este trabalho utiliza-se da teoria do desenvolvimento de Erik Erikson para, em conjunto com os conhecimentos teóricos que constituem a base da PBI psicodinâmica, elaborar parâmetros que auxiliem na organização do raciocínio clínico para a compreensão diagnóstica dos casos e para o planejamento do processo psicoterápico. Para ilustrar esta proposta de análise, são apresentados seis casos clínicos de crianças, duas com idades entre três anos e cinco anos e onze meses, duas entre seis anos e oito anos e onze meses, e) duas entre nove anos e

dez anos e onze meses. Todas foram submetidas a um psicodiagnóstico breve em condições naturais de atendimento em clínica-escola. Conclui-se que a teoria do desenvolvimento de Erikson se mostrou compatível com o referencial teórico da PBI psicodinâmica, em especial devido a seu caráter epigenético, relacional e contextualizado. Além disso, a integração desses referenciais se mostrou possível e efetiva, facilitando a identificação de conflitos centrais e de padrões de relacionamento transgeracionais, a partir dos quais esses conflitos se constituem e se manifestam. Ainda, possibilitou a organização de parâmetros para o planejamento terapêutico, em especial no que diz respeito à construção do foco e das estratégias de intervenção, e ao papel do terapeuta.

DOUTORADO

O emprego da Técnica do Desenho da Pessoa na Chuva : uma contribuição ao estudo psicológico de crianças vítimas de violência doméstica

Autora: Lucilena Vagostello

Orientadora: Leila Salomao de La Plata Cury Tardivo

Data de defesa: 28/05/2007

Resumo: Este trabalho tem como objetivo apresentar uma técnica projetiva praticamente desconhecida no Brasil, o teste da Pessoa na Chuva. Por meio de um estudo exploratório, busca-se verificar suas contribuições para a avaliação psicológica de crianças vítimas de violência doméstica. A técnica consiste em solicitar o desenho de uma pessoa na chuva e foi elaborada para verificar como o indivíduo reage a situações de tensão ambiental. No presente trabalho, tal procedimento foi aplicado em 82 participantes de ambos os sexos, com idades entre 6 e 10 anos e residentes em regiões de baixo índice de desenvolvimento humano da periferia da cidade de São Paulo. Dos participantes, 40 são crianças comprovadamente vítimas de violência doméstica (grupo experimental), segundo avaliação na Seção de Psicologia de uma Vara de Infância e Juventude de São Paulo. Os outros 42 sujeitos (grupo de controle) são crianças sem queixa de vitimização. Cada desenho foi classificado de acordo com a presença ou ausência de seis características gráficas gerais: dimensão pequena da figura humana, ausência de pés, ausência de mãos, ausência de detalhes, chuva (chuva como lágrimas, chuva setORIZADA e raios) e guarda-chuva. As freqüências de cada característica foram calculadas e comparadas nos dois grupos através do teste de Qui-quadrado. Além da pesquisadora, foi realizada análise às cegas por outros dois juízes, por meio do teste de correlação de Pearson. Com isso, verificou-se concordância entre as avaliações, dando confiabilidade à análise realizada. A análise dos dados indicou que três características foram capazes de discriminar o grupo de crianças vitimizadas do grupo de controle: ausência de detalhes, ausência de guarda-chuva e chuva setORIZADA, todas elas mais presentes nas crianças com a condição de vitimização. O Desenho da Pessoa na Chuva pode auxiliar o psicólogo em sua investigação, a qual,

contudo, deve contemplar outras técnicas de avaliação e várias fontes de informação. Como um instrumento projetivo, a Pessoa na Chuva pode ajudar a promover o estabelecimento de vínculos de confiança e favorecer a comunicação entre criança e profissional, permitindo, com isso, melhor compreensão do sofrimento inerente à experiência abusiva. Espera-se, com esse trabalho, incentivar a realização de outros estudos, quantitativos e qualitativos, com vistas à validação da técnica na população brasileira.

DOUTORADO

Gestantes diabéticas : compreensão clínica e consultas terapêuticas

Autora: Lúcia de Mello Senra do Valle

Orientadora: Leila Salomao de La Plata Cury Tardivo

Data de defesa: 12/05/2008

Resumo: Este trabalho tem como objetivo fazer um estudo compreensivo clínico das vivências emocionais da gestante de alto risco com o diagnóstico de Diabetes Gestacional (DG). Realizamos a pesquisa no Centro de Parto Humanizado e Obstetrícia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, Francisco Morato de Oliveira (IAMSPE). Fundamentamo-nos na leitura das Obras Completas de Sigmund Freud, Melanie Klein, Donald W. Winnicott, autores que trazem importantes contribuições teóricas para a psicanálise contemporânea. A avaliação foi feita, em entrevistas clínicas antes do nascimento do recém-nascido, com a aplicação do Teste das Relações Objetais de Phillipson, (TRO), técnica projetiva usada como instrumento facilitador do contato terapêutico e mediador do trabalho interventivo no contexto diagnóstico. As gestantes com Diabetes foram acompanhadas até a sala de parto e durante o puerpério, tiveram seguimento, em Consultas Terapêuticas no sentido de buscar suporte e propiciar alívio para o sofrimento de ver o seu bebê recém-nascido, internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). O resultado revelou que este teste, utilizado como mediador do diagnóstico, facilitou a comunicação com o mundo interno da paciente e fez aumentar a compreensão dos problemas vividos pelas gestantes de alto risco com DG. Chegamos à conclusão de que a Compreensão Clínica e as Consultas Terapêuticas são formas de atendimento às gestantes diabéticas que contribuem para a evolução.

DOUTORADO

Encontro com pais de filhos com traços autistas : compreendendo a experiência emocional

Autora: Maria Izilda Soares Martão

Orientadora: Leila Salomao de La Plata Cury Tardivo

Data de defesa: 23/04/2009

Resumo: Esse estudo tem por propósito conhecer aspectos do psiquismo dos pais de filhos com traços autistas, decorrente da experiência clínica da autora no tratamento de crianças e pais com essas características. Todos esses temas são discutidos na introdução do estudo, bem como são apresentadas as bases teóricas sobre as quais o trabalho foi desenvolvido. Seguindo uma metodologia clínica, foram realizados 10 estudos de caso, de ambos os pais, casados, cujos filhos apresentassem traços autistas. Os mesmos foram convidados a participar e foram submetidos aos procedimentos: entrevistas clínicas e o Procedimento de Desenhos-Estórias, em cada um dos pais em separado e uma Observação Familiar. Também foram obtidos dados a partir da consulta ao prontuário da criança ou jovem na Instituição. Os resultados obtidos, na maioria dos casos, revelaram dificuldades emocionais anteriores ao casamento e ao nascimento dos filhos, as quais retrataram: aprisionamento, intolerância à frustração, desvitalização, sentimentos de menos-valia, autoinvalidação, desligamento, evasão das emoções, agitação, depressão e outros aspectos emocionais que os conduzem à paralisação e a insatisfações em suas vidas. Esses parecem ser decorrentes de dificuldades individuais e conjugais, e às quais se somaram as desencadeadas pela condição do filho. Por outro lado foram também denotados no material de nove casos, desejos de mudança e movimentos de esperança. Como conclusão pode-se dizer da necessidade que os pais, participantes desse estudo, têm em receber tratamento psicológico que possa atender às peculiaridades de cada um. Uma compreensão mais ampla dos aspectos psíquicos dos pais pode, ainda, embasar programas preventivos e interventivos, de forma a lhes fortalecer a autoestima, a esperança e os desejos de mudança. Sugere-se também o desenvolvimento de novas pesquisas sobre o tema.

DOUTORADO

Consultas terapêuticas de crianças abrigadas e seus pais : uma investigação dos vínculos familiares

Autora: Wadad Ali Hamad Leoncio

Orientadora: Leila Salomao de La Plata Cury Tardivo

Data de defesa: 24/04/2009

Resumo: Esse é um estudo sobre consultas terapêuticas familiares destinadas a crianças abrigadas e seus pais. Como objetivos desta tese, têm-se: refletir sobre a situação de abngamento e o rompimento da convivência familiar; e favorecer o desenvolvimento de recursos que contribuam para o desenvolvimento emocional de todos os membros da família, preservando-se, ainda, os vínculos familiares na medida do possível. A hipótese do trabalho terapêutico, nesse estudo, refere-se à família que, quando ela mesma é acolhida, pode desenvolver recursos próprios para cuidar de si mesma e dos filhos. Os atendimentos foram realizados no próprio abrigo, uma organização não-governamental, localizado na região do Grande ABC, no Estado de São Paulo. Foi realizada uma análise clínica-quahtativa dos dados obtidos com enfoque psicanalítico. Para a análise foram realizados estudos de caso com a compreensão da situação problema, a qual foi auxiliada por observação documental. No trabalho são apresentados quatro (4) estudos de casos de quatro (4) famílias. A análise do conteiido do procedimento de consultas terapêuticas, na forma individual e familiar, teve por base a livre inspeção de material, que revelou como o fenômeno da ruptura dos laços familiares pode ser melhor compreendido pelos atores familiares envolvidos. Mostramos que a partir de um vértice psicanalítico, seguindo uma abordagem compreensiva, próxima, humana, acolhedora e continente, sendo transmitida caso a caso, é possível promover verdadeiras mudanças. Observamos que tanto as crianças como os pais já apresentavam conflitos antes do abrigamento. o qual pode

amenizar a situação de risco, mas pode trazer também muito sofrimento para a criança e a sua família. Identificamos muitas situações de conflito e dor, entretanto observamos que em alguns casos houve possibilidades para a reintegração da criança ao grupo familiar, e que mesmo no caso) de pais mais perturbados em suas condições emocionais, com o trabalho das consultas, pôde haver uma evolução. Algumas estratégias utilizadas de modo espontâneo mostraram ser muito úteis no trabalho de consultas psicoterapêuticas, revelando ser o acolhimento fundamental para a elaboração do ódio e da angústia presentes em situações como as descritas nesse estudo.

DOUTORADO

Recordação e transicionalidade : a oficina de cartas, fotografias e lembranças como intervenção psicoterapêutica grupal com idosos

Autora: Claudia Aranha Gil

Orientadora: Leila Salomao de La Plata Cury Tardivo

Data de defesa:25/10/2010

Resumo: O estudo tem o objetivo de apresentar a Oficina de Cartas, Fotografias e Lembranças como proposta de método psicoterapêutico dirigido a idosos, em um enquadre grupal, e verificar seu alcance e seus benefícios para esse grupo. A pesquisa foi desenvolvida com o método clínico, baseado na teoria psicanalítica e, em especial, na leitura dos conceitos winnicottianos. A proposta terapêutica, descrita no trabalho foi desenvolvida a partir dos temas de recordação e transicionalidade, cujos efeitos foram avaliados antes e depois da intervenção. Participaram do estudo seis idosos de ambos os sexos um homem e cinco mulheres com idade entre 65 e 79 anos, que frequentavam um Grupo de Terceira Idade. Para compreensão diagnóstica, foram realizadas duas entrevistas iniciais e aplicados os instrumentos WHOQOL-BREF (Inventário de Qualidade de Vida Forma breve), o BDI Inventário Beck de Depressão e o Teste de Apercepção Temática para Idosos SAT. O estudo descreve o processo psicoterapêutico desenvolvido, realizado em grupo e de forma breve, durante 16 sessões, o movimento entre os campos que se evidenciaram e as mudanças que ocorreram na vida dos participantes. A partir da análise do processo psicoterapêutico, a proposta da Oficina desenvolvida com esse grupo se mostrou eficaz. Houve significativa melhora dos sintomas depressivos e, de modo geral, da qualidade de vida dos participantes que concluíram a participação no grupo. Ao final do estudo, observou-se que o enquadre utilizado na proposta terapêutica favoreceu maior integração e possibilidade de recordação saudável, refletindo vivências que apontaram para o crescimento emocional dos participantes do grupo.

DOUTORADO

Saúde mental e sofrimento psíquico de indígenas Guarani-Mbyá de São Paulo : um relato de experiência

Autora: Tania Elena do Bonfim

Orientadora: Leila Salomao de La Plata Cury Tardivo

Data de defesa: 17/02/2011

Resumo: O presente estudo relata uma experiência psicológica em uma comunidade indígena Guarani-Mbyá. Especificamente propõe-se a descrever uma experiência de atenção psicológica na aldeia indígena Krucutu e descrever formas de intervenção psicológica utilizadas, suas vicissitudes e a importância do setting e do campo das relações emocionais estabelecidas nessa experiência psicoterapêutica. Este trabalho se deu em aldeia Guarani de Parelheiros, na região metropolitana da cidade de São Paulo num período de quatro anos, entre 2004 até início de 2009. São descritas duas intervenções grupais, denominadas oficinas, sendo uma delas realizada com adolescentes e jovens e outra com crianças; são também descritos dois casos de atenção psicoterapêutica individual: o acompanhamento de um jovem psicótico e o de uma mulher com distúrbio de comportamento. Os resultados dessa experiência revelaram, entre outros fatores, a presença de ambigüidade, entendida como uma dificuldade na constituição da identidade pessoal. Essa ambigüidade, causadora de sofrimento psíquico foi revelada no conteúdo verbal, não verbal e nas produções gráficas. Denotou intensa angústia, gerada pelo conflito entre o desejo, quase nunca consciente, de ter aquilo que é atrativo do mundo moderno capitalista e o sentimento de lealdade às origens, à preservação de hábitos, costumes, valores, ou seja, uma devoção à vida Guarani. Quanto ao manejo técnico-clínico, houve dificuldades na manutenção do setting, porém a partir da compreensão do campo das relações emocionais foi possível a elucidação de conflitos. A própria compreensão dos entraves, de vicissitudes relacionadas com os aspectos culturais e das relações emocionais (advindos do mundo externo ou interno) foi fundamental na manutenção e desenvolvimento dos grupos e dos atendimentos individuais. Foi possível observar que a utilização das técnicas e do arcabouço teórico psicanalítico puderam ser eficazes e contribuíram para compreensão e intervenção na saúde e sofrimento psíquico dessas pessoas de etnia Guarani-Mbya, respeitando-se sua cultura e seus valores.

DOUTORADO

Psicoterapia psicanalítica da fobia : o uso de imagens em um estudo de caso

Autora: Laura Carmilo Granado

Orientadora: Leila Salomao de La Plata Cury Tardivo

Data de defesa: 13/04/2011

Resumo: Este trabalho tem o objetivo de descrever o atendimento de uma paciente utilizando imagens relacionadas à sua fobia no contexto clínico. É uma proposta de um enquadre diferenciado em psicoterapia psicanalítica com o fundamento na teoria de objetos e fenômenos transicionais de Winnicott, a qual se refere a uma área para a qual contribuem tanto realidade interna, subjetiva, quanto externa, objetiva, constituindo a área do brincar. A teoria freudiana sobre a angústia é revisada desde o início, em que a fobia era considerada um sintoma o qual podia aparecer em diversas afecções psíquicas. A denominação histeria de angústia foi proposta por Freud em 1909, para descrever a entidade nosológica em que a fobia é a questão central e cujo mecanismo é semelhante ao da histeria. Este trabalho foi desenvolvido a partir do método clínico com a apresentação do estudo aprofundado de um caso. A paciente, de 37 anos, buscou atendimento para aracnofobia. No psicodiagnóstico, foi aplicado o Procedimento de Desenhos-Estórias de Walter Trinca. Para a psicoterapia, realizada em 19 atendimentos, foram compostas, junto com a paciente, duas pastas, uma com fotos que lembram aranha e outra com fotos de aranhas e de teias. O caso foi compreendido como histeria de angústia, tendo ocorrido um rápido e intenso processo psicoterapêutico. Discute-se que o imagético instaurou uma linguagem onírica nas sessões, e o onírico, assim como o brincar, é campo de simbolização. As associações a partir das imagens foram eminentemente em torno da temática da aranha, sendo tais associações comparadas ao papel que as fantasias presentes no trabalho do sonho realizado pela consciência vígil têm com relação ao conteúdo latente do sonho. Discute-se que a transicionalidade propiciada pelo imagético permitiu um trabalho de figurabilidade e, ao mesmo tempo, teria permitido a constituição de um pensar por imagens, sendo as imagens associadas a palavras ao longo do processo. A paciente conseguiu uma transformação

interna, uma recriação de si em que a pulsão sexual de morte (na concepção de Laplanche) foi transformada, a partir da função objetizante (Green), em pulsão sexual de vida, com seus processos de integração, síntese e permitindo a constituição de unidades e vínculos. Pode-se considerar que houve cura, no sentido proposto por Herrmann. Conclui-se que o presente estudo de caso evidenciou a potencialidade do uso de imagens em favorecer a simbolização e as elaborações na psicoterapia psicanalítica da fobia. Novas investigações nessa área poderão responder quanto à questão das possibilidades de generalização desta experiência.

ARTIGOS

SER E FAZER

Vidas congeladas: um estudo psicanalítico sobre violência e puberdade

Andrea de Arruda Botelho-Borges

Pesquisadora USP/CNPq: Psicopatologia, Psicanálise e Sociedade
“Ser e Fazer”: Oficinas Psicoterapêuticas de Criação

RESUMO O objetivo deste estudo é investigar psicanaliticamente a experiência emocional vivida no início da adolescência, relativa ao enfrentamento de agressividade e violência, em formas ativas e passivas. Trata-se de tema cientificamente relevante, na medida em que existem indícios de que essa fase da vida vem sendo vivida, no mundo contemporâneo, com muito sofrimento emocional. A pesquisa se organizou, metodologicamente, como estudo de caso, por meio da abordagem psicanalítica de uma produção cultural, o longa-metragem sueco exibido no Brasil sob o título “Deixa ela entrar”. Os procedimentos investigativos de configuração, registro e interpretação do material realizaram-se a partir do cultivo da atenção flutuante e de abertura a impactos contratransferenciais. Configuraram-se como atividades de seleção da produção cinematográfica, exposição ao filme, elaboração de um registro narrativo e produção interpretativa de campos de sentido afetivo-emocionais ou inconscientes relativos. O material sustenta a produção compreensiva de dois campos de sentido afetivo-emocional, “Grite como um Porco” e “Acho que esqueci como sentir”. A consideração desses campos indica que dificuldades emocionais geraram um confinamento submisso, de caráter defensivo, do qual o adolescente não se liberta na medida em que, ao invés de se defrontar com a possibilidade de viver uma experiência mutativa de *holding*, reencontra-se por meio de um duplo, ao qual se alia atuando sua destrutividade sem nenhuma continência. Tal quadro, em interlocução com o pensamento winnicottiano, corrobora a ideia de que a experiência emocional adolescente pode ser permeada de grande sofrimento quando desenvolvimentos prévios, relativos à integração construtiva da agressividade, não ocorreram de modo satisfatório.

Palavras-chave: adolescência, violência, agressividade, psicanálise, cinema,

Winnicott

INTRODUÇÃO

O objetivo deste trabalho é investigar psicanaliticamente a experiência emocional de crianças em processo de tornar-se adolescentes, enfrentando o desafio de solucionar conflitos internos e externos que, quando não suficientemente elaborados, resultam com frequência em destrutividade e violência, sejam auto-infligidas ou direcionadas a outras pessoas. O tema se apresenta de forma contundente na clínica psicanalítica atual, apontando com ênfase a necessidade de nos debruçarmos atentamente sobre ele. Como material de pesquisa, foi utilizado um filme sueco, exibido no Brasil sob o título “Deixa ela entrar”. Dirigido pelo cineasta sueco Thomas Alfredson, esse longa-metragem se baseou no livro homônimo de John Ajvide Lindqvist, que inclusive escreveu o roteiro. Vencedor de mais de 50 prêmios em festivais ao redor do mundo, pode ser considerado uma obra que alcançou significativa notoriedade.

Estratégias Metodológicas

Esta investigação faz uso do método psicanalítico em todas as fases de sua elaboração. Organiza-se segundo procedimentos de configuração, registro e interpretação de uma produção cultural, seguindo delineamentos anteriormente utilizados por Aros e Aiello-Vaisberg (2009).

Em termos de configuração, duas foram as tarefas realizadas: a) seleção de uma produção que atendesse aos seguintes critérios: focalização da agressividade e violência entre adolescentes e penetração significativa junto ao público e b) exposição ao filme em estado de atenção flutuante e abertura a impactos contratransferenciais.

O registro desse acontecer clínico se deu por meio de uma narrativa transferencial, segundo diretriz que vem sendo utilizada pelo Grupo de Pesquisa USP/CNPq Psicopatologia, Psicanálise e Sociedade (AIELLO-VAISBERG; MACHADO, 2003; GRANATO; AIELLO-VAISBERG, 2005; GRANATO; RUSSO; AIELLO-VAISBERG, 2009; AIELLO-VAISBERG e colaboradores, 2009). Assim, o filme foi reportado de memória, ainda

em estado de cultivo de atenção flutuante e associação livre, constando nessa narrativa tanto o enredo do filme como impressões, sentimentos e lembranças, tal como vieram à tona ao longo da elaboração do texto. Num outro momento, foram revistas algumas passagens consideradas essenciais para a discussão que se desenhou ao longo da escrita. Disso resultou que alguns trechos de diálogos entre os personagens principais, anteriormente relatados de memória, foram substituídos por transcrições literais. Para adequar o texto ao espaço deste trabalho, foi necessário resumi-lo.

A interpretação do material se deu em termos de produção compreensiva de campos de sentido afetivo-emocional ou inconscientes relativos (HERRMANN, 1979; BLEGER, 1963). Posteriormente, os campos “criados/encontrados” foram revistos à luz de algumas das ideias de Winnicott sobre as raízes da agressão.

O percurso metodológico baseou-se fundamentalmente nas indicações de José Bleger (1963), que compreende a experiência emocional de pessoas ou grupos afastando-se da teorização metapsicológica abstrata e busca estudar seres humanos concretos, desde uma perspectiva que articula psicanálise e dialética. Valoriza, em seu pensamento, o fato de que todas as manifestações humanas emergem em contextos relacionais, que define como campos, distinguindo três subestruturas: campo ambiental ou geográfico, campo psicológico e campo da consciência. O primeiro consiste no que um observador externo a determinado evento pode presenciar. O segundo tem caráter vivencial, correspondendo à experiência emocional vivida durante certo lapso de tempo. O terceiro corresponde à pequena porção da experiência em relação à qual uma pessoa pode ser e estar consciente.

Os seres humanos comportam-se segundo a estrutura de seu campo psicológico, quer dizer, segundo a estrutura que para eles tem, em cada momento, o campo ambiental, e a dita conduta vem a ser, por sua vez, parte integrante da nova situação e tem efeitos sobre o desenvolvimento ulterior desta última. (BLEGER, 1963, p. 42)

Ocorre que alguns campos psicológicos e suas respectivas condutas, configurados num determinado momento da vida de uma pessoa, em relação com o ambiente, podem “estereotipar-se e perdurar”, mesmo que dentro das condições de um novo campo ambiental não façam mais sentido. Nesse caso teria ocorrido uma dissociação entre campos – é como se a pessoa estivesse revivendo uma antiga cena, correspondente a um cenário que já não

existe, talvez na esperança de um final feliz para algo que não pôde ser elaborado ou sequer vivido na experiência original. Nas palavras de Bleger (1963, p. 43):

O campo que se auto-realiza não é só o campo de consciência e sim o campo psicológico em sua totalidade, de tal maneira que o que se realiza pode não ser uma crença (campo de consciência) e sim um campo psicológico inconsciente (...) indesejável para o próprio sujeito.

Nessa linha de pensamento, podemos afirmar que a interpretação psicanalítica consiste, precisamente, na compreensão dos campos psicológicos subjacentes às condutas manifestas. Interpretar seria, portanto, “criar/encontrar” campos de sentido afetivo-emocional, cujo caráter seria inescapavelmente vincular.

Herrmann afirma ter criado sua “Teoria dos Campos” de modo independente das formulações de Bleger (1963). Contudo, como estas estavam disponíveis e circulavam na América Latina, podemos pensar que estivessem atentos num mesmo modo de pensar crítico. Na verdade, enquanto Bleger (1963) divulgava entusiasticamente o pensamento de Politzer (1928), o brasileiro, segundo Giovanetti (2002), teria sido inspirado pela crítica do filósofo francês. Assim, parece aceitável a empreitada de Aiello-Vaisberg e Machado (2008), quando decidem fundamentar suas pesquisas numa articulação entre as contribuições metodológicas de Bleger e Herrmann. O presente trabalho se inscreve nessa perspectiva.

DEIXANDO O FILME ENTRAR NO IMAGINÁRIO: A NARRATIVA TRANSFERENCIAL

Apresento, a seguir, em tipos *itálicos*, a narrativa psicanalítica que elaborei após exposição ao filme, no cultivo de atenção flutuante e associação de ideias. Desse modo, busquei lembrar-me tanto da história como das sensações, sentimentos e ideias despertados por esta experiência.

Concordo com quem afirma que esse filme se diferencia das demais produções no gênero “terror” que orbitam em torno da figura do vampiro. Embora estejam presentes diversos elementos da tradição dessa personagem, tanto o diretor como o roteirista manejam com precisão as luzes e sombras da história, criando uma atmosfera ao mesmo

tempo sutil e contundente, aterrorizante e delicada, bizarra e absolutamente cotidiana. A começar pelo próprio vampiro, Eli, que nos desconcerta por ser aparentemente uma indefesa menina de doze anos. Igualmente surpreendente é o protagonista, Oskar, também de doze anos, franzino e passivo, no entanto um verdadeiro barril de pólvora. Vítima de bullying na escola por um trio de garotos – que o agride e humilha frequentemente, chamando-o de porquinho –, jamais reagira, até que encontra eco e apoio para seus planos de vingança.

A primeira imagem do filme é a da neve caindo, com um céu negro ao fundo.

De pé em seu quarto, Oskar mira seu reflexo na janela e olha através do vidro. Depois, com uma faca na mão, ensaiando um ataque, ameaça:

– Grite! Grite como um porco!

Ainda pela janela, vê novos moradores chegarem com malas e caixas para se instalar no apartamento ao lado: aparentemente, são pai e filha, como todos pensarão. Na realidade, porém, trata-se de Eli e seu companheiro.

Observado por Lacke, um homem que urina ao ar livre, o novo vizinho logo começa a cobrir as janelas com papelão. Mais tarde, em um bosque, captura um rapaz e o pendura de ponta cabeça, cortando-lhe o pescoço para drenar o sangue em um recipiente. Mas um cão fareja a cena e atrai suas donas para lá, obrigando o homem a fugir sem o alimento que viera buscar para sua companheira. Assim, chega ao apartamento de mãos vazias, e Eli grita furiosa, dizendo que ele deveria ajudá-la. Oskar ouve através da parede.

No dia seguinte todos estão alvoroçados com a notícia do crime – na escola e no bar, onde Lacke convida o novo vizinho para rir com seus amigos, que estão bebendo e jogando conversa fora. Em casa, Oskar recorta a notícia do crime e a guarda numa pasta, onde coleciona recortes semelhantes. Sua mãe parece não perceber nada. Logo saberemos que os pais são separados.

Em sucessivos encontros no pátio gelado do prédio, Oskar e Eli tornam-se cada vez mais próximos. Ele estranha algumas coisas nela, como seu cheiro e o fato de se agasalhar pouco num inverno tão intenso. Ao perguntar por que não sente frio, ouve:

– Acho que esqueci como sentir.

Pouco depois ela ataca um homem – Jocke, que acabara de se despedir calorosamente de Lacke no pátio. Eli o atrai pedindo socorro embaixo de um pontilhão muito próximo ao prédio. Na luta para se livrar dela, agarrada a suas costas, ele sai de baixo do

pontilhão. Após sugar o sangue de Jocke, ela torce-lhe o pescoço, debruça-se sobre seu torso e chora. Um vizinho que está na sacada do prédio testemunha tudo. Vai ao bar comunicar aos outros vizinhos o que vira. Todos vão ao local em que Jocke tombara e encontram sangue sob a neve. Enquanto isso, o companheiro de Eli arrasta o corpo e o joga num buraco que há num lago congelado.

Ainda que estranhe Eli – ou talvez por isso mesmo –, Oskar se apaixona. Ensina-lhe código Morse e sugere que se comuniquem através da parede do quarto. Ao aparecer com um curativo no rosto, que esconde o talho feito por um de seus agressores na escola, Eli o aconselha a revidar e promete ajudá-lo caso algo saísse errado.

O companheiro de Eli nota que os dois estão se aproximando e pede a ela que não veja mais Oskar. Depois de fracassar numa nova tentativa de buscar sangue humano para ela, desfigura o próprio rosto com ácido, ao perceber que será preso, e é internado em estado grave. Eli ouve pelo rádio a notícia. Escalando a parede externa do hospital, chega à janela do quarto e bate no vidro. Impossibilitado de lhe dar permissão verbal para entrar, debruça-se no parapeito e oferece-lhe o pescoço. Depois que Eli se sacia, ele despenca pela janela, bate numa marquise e cai na neve com um baque surdo. Ainda dá um último suspiro. Em seguida, Eli vai bater na janela de Oskar, que dorme. Aí está, aliás, um interessante paralelo: em cenas seguidas, ela bate na janela de um e de outro. Vai ficando claro que um sucederá o outro. Sonado, Oskar faz menção de levantar-se, ela pede que não a olhe, então ele se deita novamente.

Mas você precisa dizer que eu posso entrar.

É no meio da noite que ele “deixa ela entrar”. É naquelas horas em que estão baixas as defesas, a realidade meio misturada ao sonho, às imagens do inconsciente... Meio acordado, meio dormindo... Já dentro do quarto, Eli pede que Oskar feche os olhos, despe-se e deita-se atrás dele, tocando seu corpo. Ele reclama que está gelada. Ela pergunta se isso é nojento, ele diz que não. Pede-a em namoro. Ela parece não saber o que é namoro... Será que finge? Diz que não é uma garota e inicialmente recusa a proposta, mas afinal aceita.

Em outro momento, ao vê-la transfigurada, lambendo o sangue que escorrera do corte que ele fizera na mão para propor um pacto de sangue, finalmente entende. De quatro, ela grita que corra. Aqui, num rápido relance, Eli é uma mulher madura. Outra atriz a protagoniza. Já teria passado por algo semelhante e aprendido a preservar um provável

futuro provedor? Já deve ter tido muitos namorados, talvez tenha pulado no pescoço de alguns logo nos primeiros encontros... Ou será que não esqueceu totalmente como sentir? No encontro seguinte ele pergunta se é uma vampira. Ela assente e deixa que entre no quarto, onde guarda uma fortuna em dinheiro, ouro, joias. Diante da pergunta se são coisas roubadas das pessoas que matou, ela nega, diz que foram presentes. Ele diz que quer ir para casa, precisa distribuir uns folhetos – era algo que fazia para ganhar dinheiro –, então ela lhe oferece várias cédulas. Ele recusa e diz assertivamente que quer ir para casa. Mas numa outra noite Eli vai a sua casa quando a mãe sai. À porta, cumprimentam-se e ele faz um gesto para que entre.

– Você precisa me convidar.

– O que acontece se você entrar de qualquer maneira? – pergunta ele, deslizando a mão sobre um hipotético vidro entre os dois. – Tem algo aqui? – Faz sinal de “vem cá”, estalando a língua, como que desafiando-a.

Ela entra. Depois de alguns segundos começa a estremecer e sangrar em vários pontos do corpo, inclusive na cabeça, nos olhos. Ele se assusta e corre para abraçá-la:

– Não! Você pode entrar!

Ela para de sangrar. Ele prossegue:

– Quem é você?

– Sou como você.

– Como assim?

Engrossando a voz, ela diz:

– O que está olhando? Hein? Está me olhando? Então grite como um porco! Grite!

Então retoma o tom normal:

– Essas foram as primeiras palavras que ouvi você dizer.

– Eu não mato pessoas.

– Não... Mas gostaria, se você pudesse. Para se vingar. Não é?

– É.

– Oskar, eu mato porque preciso. Ponha-se no meu lugar um pouco...

Ele fecha os olhos. Nesse momento vemos, novamente num relance muito breve, o rosto da mulher madura, consternado. Ela repete:

– Por favor, Oskar. Ponha-se no meu lugar um pouco...

É intrigante o sentido duplo dessa frase, quando pensamos no filme como um todo, pois o garoto está prestes a substituir o antigo namorado de Eli. Num texto em inglês encontrado na Wikipedia, a fala de Eli nesse momento é “seja eu por um instantinho”. Provavelmente Oskar de fato vai ficar nesse lugar dela, o de quem mata, e vai matar por ela, para ela, e para si mesmo também, pois ficará preso nesse pacto de sangue, até que sua morte os separe.

Ainda na sala de sua casa Oskar põe música numa “sonatinha” e dança. Eli aparece de toalha enrolada no corpo, banho tomado. Ele diz que pode pegar um dos vestidos de sua mãe. Pela porta entreaberta, ele espia e se choca diante da visão de uma grande cicatriz no púbis dela. Outra vez um relance tão rápido que não sabemos direito o que vimos. Revendo a cena, terminamos por entender por que Eli tinha dito que não era uma garota... É um garoto!... Castrado!!! Isso faz pensar ainda mais no quanto esse vampiro é um perfeito alter ego de Oskar. Um menino castrado...

A mãe de Oskar chega e Eli foge pela janela. Vestindo roupas de mamãe...

Paralelamente, outras cenas em que Oskar sofre bullying são mostradas. Vemos também o líder agressor ser abordado pelo irmão mais velho na rua, numa brincadeira violenta de segurar, bater e xingar, que Oskar observa. Finalmente, num passeio da escola a um lago congelado, o líder do trio de agressores ameaça obrigar Oskar a nadar, jogando-o num buraco que há no gelo, e o menino, acuado, pega uma vara no chão para se defender. Sem acreditar naquela ameaça de retaliação, o agressor redobra as provocações, até que a vara corta o ar num golpe certo, ferindo-o na orelha quase a ponto de decepá-la. Curiosamente, a vara é a mesma que o companheiro de Eli usara para empurrar para baixo do gelo o corpo de Jocke, descoberto nas imediações nesse exato momento, por duas garotinhas que tinham ido fazer xixi um pouco afastadas do grupo.

Lacke fica muito perturbado com a notícia da descoberta do corpo do amigo e tenta convencer o vizinho que testemunhara o ataque a depor. Sua companheira, Virgínia, faz um gesto para acalmá-lo e é enxotada. Muito chateada, sai caminhando sozinha. Passa perto da árvore em que Eli tinha subido, logo após lamber o sangue de Oskar no chão, e é atacada. Acaba sendo hospitalizada, mas sente que foi contaminada com “algo” e não quer mais viver. Pede a um enfermeiro que abra as janelas e entra em combustão com os raios de sol. Lacke então se decide. Vai ao apartamento de Eli para matá-lo. Mas Oskar está lá e grita quando o vê começar a remover o papelão colado à janela do banheiro onde Eli

dormia, deixando entrar um feixe de luz. Eli acorda e ataca Lacke. Com a boca ensanguentada, beija os lábios de Oskar e diz que precisa ir embora.

No dia seguinte em que Eli o incentivara a revidar, Oskar tinha passado a frequentar o ginásio de esportes para se exercitar. Há uma cena em que o vemos levantando pesos que parecem maiores do que ele pode realmente suportar, enquanto o professor lê jornal. Na mesma noite em que Eli vai embora, Oskar recebe um telefonema de um dos garotos do trio agressor, dizendo que o professor tinha perguntado se iria à piscina à noite. Ele cai na cilada e vai. Os meninos põem fogo numa caçamba de lixo e chamam o professor que instruíra Oskar na piscina, dizendo haver um incêndio. O professor sai correndo, os garotos mandam embora todos os que estão ali. O irmão do garoto que Oskar agredira desafia-o a permanecer três minutos sem respirar – se fracassasse, um de seus olhos seria arrancado a faca. “Um olho por uma orelha”, diz. Então submerge Oskar, segurando sua cabeça. Os outros começam a ficar preocupados, pois o “caldo” vai se estendendo demais. Vemos Oskar debaixo d’água, perdendo os sentidos. De repente vemos pés como que correndo sobre a superfície, a seguir uma cabeça decepada afunda. Logo afunda também o braço que segurava a cabeça de Oskar. Numa panorâmica da piscina, vemos três corpos e muito sangue – apenas um dos integrantes do trio está vivo, sentado na arquibancada, chorando.

Na cena final, aparece um trem. Oskar está sentado à frente de um baú. Bate nele com os dedos uma mensagem em código Morse.

Acabo de perceber que me esqueci de mencionar os encontros com o pai... Não por acaso, certamente. Ele mora no campo e duas vezes Oskar vai visitá-lo. Não conversam, mas brincam juntos e o pai se mostra afetuoso. No entanto, no segundo encontro, um homem – aparentemente seu companheiro – aparece na casa e fica visivelmente contrariado com a presença de Oskar. O pai para o jogo em que estavam entretidos para buscar uma bebida. Quando o garoto reclama que era a vez do pai de jogar, ele diz que agora têm visitas. Oskar vai embora no meio da noite, de carona, e a seguir aparece batendo na porta de Eli.

CAMPOS DE SENTIDO AFETIVO-EMOCIONAL NO FILME “DEIXA ELA ENTRAR”

A exposição ao filme, em estado de atenção flutuante e de abertura à emergência de ressonâncias contratransferenciais, permitiu a produção interpretativa dos seguintes campos

de sentido afetivo-emocional: “Grite como um porco!” e “Acho que esqueci como sentir”.

O campo intitulado “Grite como um porco!” se organiza ao redor da crença afetivo-emocional segundo a qual o mundo se divide em duas categorias de seres humanos: vítimas e algozes. Oskar está no lugar de vítima, totalmente subjugado, a não ser em seus devaneios de vingança. Como um porco sacrificado – por mais que grite jamais será socorrido –, sofre constante humilhação na escola. Com a diferença de que não grita, nem sequer quando o machucam; tampouco grita no sentido figurado em que dizemos “se precisar de mim, grite”, ou seja, “pode contar comigo”. Está sozinho em seu sofrimento: não pode contar com ninguém, tampouco contar a alguém o que se passa. Não há, aliás, muita conversa entre ele e os pais. Ninguém parece prestar-lhe realmente atenção, a não ser os colegas que estão sempre atentos a qualquer oportunidade para infernizá-lo. Oskar teme seus agressores e argumenta que são em maior número, quando aconselhado por Eli a revidar. Pesquisando na internet, encontrei uma associação com outro filme, “Amargo pesadelo”, no qual a mesma frase – “grite como um porco” – é dita por dois homens que violentam um terceiro, naquela que é descrita como a pior cena de estupro da história do cinema. Total subjugação. No caso da cena em questão, os dois agressores estão armados e a vítima, de fato, sozinha num lugar ermo, onde não adiantaria gritar. Essa parece ser a crença de Oskar: não adiantaria gritar.

Alguém o vê, realmente? Mesmo quando é ferido no rosto, Oskar não diz nada a sua mãe, que pergunta o que houve, mas não parece se surpreender com sua resposta mentirosa. Em Eli encontra alguém que se interessa por ele, embora possamos questionar a natureza desse interesse, talvez “interesseiro”, talvez aparentemente desinteressado. Esse encontro inaugura uma nova percepção de si mesmo como alguém que também pode ser violento, não apenas sofrer violência. Depois que Eli energicamente o aconselha a revidar, prometendo ajudá-lo se a situação se complicasse, vai procurar fortalecer-se em sessões de musculação – e mais uma vez o adulto que deveria cuidar não lhe presta atenção: o professor mal o olha, deixando que carregue mais peso do que parece ser capaz de suportar. De qualquer maneira, no momento em que começa a cultivar força para o revide, Oskar quer ir para “o outro lado”: o de algoz.

À medida que se aproxima de Eli, firma, cada vez mais, um compromisso com a destruição. Ao desistir de vez de “voltar para casa”, move-se para outro campo de sentido afetivo-emocional – “Acho que esqueci como sentir” –, já habitado por Eli desde que se

tornou vampiro. Agora já sabe tudo sobre Eli, mesmo assim quer dormir em sua casa e o salva, quando ameaçado por Lacke. A aliança perversa se estreita ainda mais quando Eli retribui esse gesto, também salvando sua vida e vingando-o por todos os maus tratos sofridos. Por fim, consolida-se de vez quando fogem juntos. O campo “Acho que esqueci como sentir” é marcado pela opção definitiva por ter como eterna companheira a “violência justificada”. Oskar provavelmente passará a matar, como seu predecessor, para alimentar Eli. No entanto, mais uma vez está subjugado, e provavelmente jamais poderá sair do domínio de tão poderosa criatura, como nos deixam entrever os autores da trama, no momento em que Eli grita furioso ao ver que o antigo namorado voltava da caça sem seu alimento. Ou quando rispidamente o expulsa do quarto onde queria entrar para comunicar-se com Oskar através da parede. Como diz o ditado: o amor é lindo, mas o tempo é um ótimo oftalmologista... Mais dia menos dia, tudo indica que Oskar terminará por ser literalmente sugado por Eli. Portanto, ao migrar para o segundo campo, de alguma forma ele retorna ao primeiro.

Um diálogo com Winnicott e as raízes da agressão

O fato de vampiros não envelhecerem sugere um congelamento do desenvolvimento emocional, que é fruto de um ataque sofrido, em algum momento da vida, por outra pessoa que também parou de crescer, por ter sido atacada por alguém que também foi atacado e assim por diante. Toda a ambientação das histórias de vampiro – e esse filme não é exceção – se dá em geral em ambientes gelados, a neve reafirmando a ideia do congelamento emocional, evidenciado pela fala de Eli, “Acho que esqueci como sentir”. Se pensarmos no que diz Winnicott (1993, p. 369) sobre o fato de a origem da agressividade coincidir com a diferenciação entre o eu e o não eu, ocorre que, nesse congelamento vampiresco, não há não eu: o outro inexistente. Ironicamente, Eli diz “ponha-se no meu lugar”, mas é algo que ele mesmo não é capaz de fazer. O sangue do outro se tornará seu sangue, sua vida se nutrirá de outras vidas.

Pensando na figura do vampiro como “a agressividade destrutiva personificada”, é interessante refletir sobre o título do filme. Em sueco, *låt den ratte komma in* significa “deixe o certo entrar”. De fato, Oskar sabe o que é certo ou errado – isso se evidencia quando entra na casa de Eli, sente que algo literalmente cheira mal, fica sabendo sobre a fortuna

que acumulara ilicitamente e diz que quer ir para casa. Mas depois novamente “deixa ela entrar”... Ou, melhor, deixa *e/le* entrar.

No desenvolvimento emocional precoce, o ser humano enfrenta o desafio de conquistar algumas capacidades básicas, que tornam possível um início de diferenciação entre o eu e o não eu (WINNICOTT, 1983).

Podemos [...] falar em capacidade de estar integrado, capacidade de habitar o próprio corpo e capacidade de estabelecer relações – o desenvolvimento de todas essas capacidades é o próprio processo de tornar-se pessoa. (BOTELHO-BORGES; AIELLO-VAISBERG, 2011, p. 258.)

Na puberdade e adolescência, questões ligadas ao desenvolvimento emocional precoce se reapresentam de forma bastante intensa, dando-se uma espécie de segunda chance de elaboração de antigos conflitos. Assim, algumas capacidades que não foram conquistadas de forma satisfatória podem ser agora retomadas. Em Oskar, algo que não pôde se constituir na mais tenra infância, para que a agressividade se direcionasse de forma construtiva, novamente fracassa – e temos boas razões para supor, pensando com Winnicott e observando diversos fenômenos clínicos, que em grande parte o que fracassa é o ambiente. Um ambiente nem sempre gelado, mas ao qual algo falta – e muitas vezes o que falta são limites.

O autor do livro inspirou-se no título de uma música inglesa “Let the right one slip in”, de Morrissey – “deixe a pessoa certa esgueirar-se para dentro”. Podemos pensar também nas “más companhias”, que muitas vezes acabam levando jovens a agir, em grupo, de forma violenta, cometendo atos que fora do grupo não cometeriam.

Aqui vale detalhar o que foi dito nas primeiras linhas deste texto sobre o desafio de solucionar conflitos internos e externos de forma construtiva. O que seriam esses conflitos?

Em primeiro lugar, é importante compreender que, no início, a agressividade instintiva nasce da motilidade, do movimento que encontra uma barreira – nos primórdios da vida, a barreira proporcionada pela parede do útero. A agressividade “é originalmente parte do apetite, ou de alguma outra forma de amor instintivo” (WINNICOTT, 1995, p. 92). O termo voracidade expressa bem, na opinião do autor, “a ideia de fusão original entre amor e agressão, embora o amor neste caso esteja confinado ao amor-boca”. Podemos pensar no

vampiro como uma imagem de um desenvolvimento emocional congelado na fase do “amor-boca” ou “amor cruel” nu e cru. Os bebês humanos, em contraparte, em algum momento começam a perceber que sua voracidade pode proporcionar gratificação, mas “põe em perigo o que ama”:

Normalmente, ele chega a uma conciliação e permite-se suficiente satisfação ao mesmo tempo em que evita ser excessivamente perigoso. Mas, em certa medida, frustra-se; assim, deve odiar alguma parte de si mesmo, a menos que possa encontrar alguém fora de si mesmo para frustrá-lo e que suporte ser odiado. (WINNICOTT, 1995, p. 93)

O que inicialmente era apenas “amor cruel”, sendo o outro ainda inexistente, transforma-se num sentimento que, quando tudo vai bem, tende a gerar preocupação (em inglês, *concern*). Esta “indica o fato de o indivíduo se importar, ou valorizar, e tanto sentir culpa como aceitar responsabilidade” (WINNICOTT, 1983). Aqui já se pode falar em conflito de sentimentos de amor e de ódio por uma mesma pessoa, mas na realidade o conflito só se torna um problema na medida em que entra em jogo o ambiente. Pois faz toda a diferença a forma como ele pode, ou não, acolher o gesto de uma criança que manifesta seus sentimentos contraditórios. Em inglês há a expressão *terrible twos*, que faz referência à explosão desses conflitos na criança ao redor dos dois anos de idade. Em geral, somente o amor é bem recebido, e os pais que reprimem ou não podem conter as manifestações de ódio de seus filhos mal sabem o quanto isso pode ter o efeito oposto ao esperado.

O que é, então, acolher o ódio e contê-lo? É silenciar ou aplaudir quando aquela pequena criatura, ainda de fraldas, que há pouco comoveu a mãe com um abraço sincero, de repente se transforma numa fera, se atira no chão, ou soca e dá pontapés, muitas vezes dizendo “A mamãe é feia!” a plenos pulmões? Ou quando um filho adolescente “ataca”?

A questão é demasiado complexa para que se pretenda esgotá-la. No entanto, algumas indicações podem ser úteis para acolher a aflição dos que se veem desafiados por ela. Não se trata de silenciar ou aplaudir – até porque a ausência de limites é tão danosa como seu excesso. A criança necessita que lhe sejam apresentados claramente os contornos das coisas, por isso é importante que seja exaustivamente esclarecida sobre o fato de haver uma diferença muito grande entre poder manifestar seus sentimentos e

machucar outras pessoas. Se a criança tem necessidade de bater, que lhe sejam oferecidas almofadas, bichos de pelúcia, coisas macias que, além de não sentirem dor, não possam machucar-lhe as mãos. São úteis também brincadeiras envolvendo partes do corpo que recebem com prazer tapas bem dosados, como as palmas das mãos, o peito ou as costas. É frequente mães, pais ou cuidadores reagirem às agressões dos pequenos com ressentimento, retaliações, ameaças de retirada do amor – “mamãe não vai mais te amar” – ou tristeza, ainda que fingida – “assim mamãe vai chorar”. Quando isso acontece repetidamente, só faz aumentar a culpa que as crianças tendem a ter sobre seus sentimentos, por assim dizer, “negativos” em relação àqueles que ama. Se isso se exacerba, a tendência é que a destrutividade se volte para ela mesma ou termine por vazar em rompantes de “mau comportamento”. Pois

[...] quando as forças cruéis ou destrutivas ameaçam dominar as forças de amor, o indivíduo tem de fazer alguma coisa para salvar-se, e uma das coisas que ele faz é pôr para fora o seu íntimo, dramatizar exteriormente o mundo interior, representar ele próprio o papel destrutivo e provocar seu controle por uma autoridade externa. (WINNICOTT, 1983, p. 93)

A situação se agrava muito quando o ambiente, além de não dar sustentação à expressividade da criança em toda a sua amplitude, contém em si mesmo uma carga exacerbada e contínua de violência, seja explícita ou velada. Ou seja, a criança pequena que sofre maus tratos ou os presencia entre seus genitores – na forma de pancadas, frequentes gritarias ou, ainda, de uma guerra surda e dissimulada – sente-se sob constante ameaça. Pior, tende a pensar, em seu funcionamento narcísico, que é ela mesma a origem de todo o mal. Muitas vezes, frases como “Estava tudo bem entre nós até o fulaninho nascer!” vêm corroborar essa fantasia.

A discussão é de fundamental importância, pois o direcionamento construtivo da agressividade “constitui a base do brincar e do trabalho” (WINNICOTT, 1995, p. 94). A impossibilidade de expressar e elaborar a agressividade, determinada por um campo ambiental específico na vida de uma pessoa em suas experiências mais precoces, pode “estereotipar-se e perdurar”. Na adolescência, antigas questões relativas ao desenvolvimento emocional precoce vêm novamente à tona e há uma espécie de segunda

chance para que possam ser vividas de forma a desenrolar-se construtivamente. Com sorte, a pessoa finalmente vivencia uma experiência que propicia uma elaboração de conflitos fundamentais – em encontros com pessoas de seu cotidiano ou numa psicanálise, por exemplo. Caso contrário, a agressividade reprimida pode vir a eclodir em explosões violentas. É muito comum ouvirmos falar de quão inesperados são alguns assassinatos em massa, protagonizados por pessoas aparentemente pacatas e normais. Muitas vezes a destrutividade assume também formas autodirigidas: inibições – como a timidez ou vergonha excessivas, medo de falar em público etc. – e autoagressões dos mais variados tipos: desleixo, tabefes no próprio rosto, automutilações, drogas e até suicídio, que pode variar muito quanto à carga de violência, de uma *overdose* a uma literal explosão dos próprios miolos.

Transgeracionalmente podem ainda se manifestar os ecos da agressividade não vivida construtivamente. O que não se elaborou numa geração pode vir à tona na próxima, ou na seguinte (GOMES; ZANETTI, 2009). E assim por diante. Como a terrível transmissão da condição de vampiro à pessoa sugada, eternamente.

Enfim, tal como o filme, o tema assusta. Por sua atualidade e urgência e pela dificuldade de se lidar com ele, em termos práticos, nos pequenos eventos do cotidiano. Pois, como diz o ditado, o diabo mora nos detalhes. Detalhes que o ofício de psicanalistas nos exige ver.

Referências Bibliográficas

- AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; MACHADO, M. C. L. A Alma, o Olho e a Mão: Estratégias Metodológicas de Pesquisa na Psicologia Clínica Social Winnicottiana. In: AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; AMBROSIO, F. F. (Org.). *Trajeto do Sofrimento e Recriações de Sentido: Cadernos Ser e Fazer*. São Paulo: IPUSP, 2003.
- AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; MACHADO, M. C. L. Pesquisa Psicanalítica de Imaginários Coletivos à Luz da Teoria dos Campos. In: MONZANI, J.; MONZANI, L. R. (Org.). *Fabio Herrmann: Uma Viagem Psicanalítica*. São Carlos: Editora Pedro e João; UFSCar, 2008.
- AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; MACHADO, M. C. L.; AYOUCHE, T.; CARON, R.; BEAUNE, D. Les Recits Transferenciels Comme Presentation du Vécu Clinique: Une Proposition Méthodologique. In: BEAUNE, D. (Org.) *Psychanalyse, Philosophie, Art: Dialogues*. Paris: L'Hartmann, 2009.
- AROS, A. C. S. P. C.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Clube da Luta: Sofrimentos Radicais e Sociedade Contemporânea. *Psicologia Teoria e Prática*, v. 11, p. 3-16, 2009.

- BLEGER, J. (1963) *Psicologia da Conduta*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.
- BOTELHO-BORGES, A. A.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Desenvolvimento de Capacidades e Gestualidade Espontânea. Ribeirão Preto, *Paidéia*, v. 21, n. 49, p. 257-262, maio-ago. 2011.
- GIOVANNETTI, A. Teoria dos Campos, uma Psicanálise sem Dentro e Fora. In: BARONE, L. (Org.). *O Psicanalista: Hoje e Amanhã*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- GRANATO, T. M. M.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Tecendo a Clínica em Narrativas Psicanalíticas. *Mudanças*, v. 12, n. 2, p. 253-271, 2005.
- GOMES, I. C.; ZANETTI, S. A. Transmissão Psíquica Transgeracional e Construção de Subjetividade: Relato de uma Psicoterapia Psicanalítica Vincular. São Paulo, *Psicologia USP*, v. 20, n. 1, p. 93-108, mar. 2009. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51772009000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 nov. 2012.
- HERRMANN, F. *O Método da Psicanálise*. São Paulo: EPU, 1979.
- POLITZER, G. (1928) *Critique des Fondements de Psychologie*. Paris: PUF, 2003.
- WINNICOTT, D. W. *Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993.
- _____. *Privação e Delinquência*. São Paulo: Martins Fontes, 1995.
- _____. *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

“Vítimas da Sociedade Contemporânea”: imaginário de trabalhadores de saúde mental sobre o paciente psiquiátrico

Cristiane Helena Dias Simões²³

Fabio Riemenschneider²⁴

Tania Maria José Aiello-Vaisberg²⁵

RESUMO

Apresentamos, neste trabalho, uma pesquisa intervenção realizada junto a trabalhadores de saúde mental, de diferentes formações de nível superior, que compõem uma equipe de uma instituição psiquiátrica. Usamos uma metodologia complexa e nesse trabalho focalizamos a entrevista coletiva que foi organizada por meio de dois mediadores dialógicos: o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema e a apresentação de slides para facilitar uma conversa grupal, visando facilitar uma comunicação emocional. O acontecer foi registrado como narrativa psicanalítica que, conjuntamente considerada com os desenhos-estórias, permitiu a produção interpretativa do campo de sentido afetivo-emocional ou inconsciente relativo, denominado “Vítimas da Sociedade Contemporânea”. Esse campo se define a partir da crença de que a sociedade produziria sofrimentos psíquicos e existenciais em função dos modos pelos quais se organiza na época atual. As condições concretas da vida social, econômica, política e cultural atuariam como causas diretas do adoecimento psíquico. Esta aposta em uma causalidade social direta do sofrimento psíquico pode ser considerada indício de um movimento de superação de

²³ Doutora em Psicologia na Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Mestre em Enfermagem pela Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Psicóloga graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

²⁴ Doutorando em Psicologia como Profissão e Ciência pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas, bolsista CAPES; Mestre em Psicologia Clínica pela PUC-SP.

²⁵ Professora Livre Docente aposentada do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Orientadora do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Coordenadora da “Ser e Fazer”: Oficinas Psicoterapêuticas de Criação do IPUSP e Presidente do NEWNúcleo de Estudos Winnicottianos de São Paulo.

posições conservadoras. Contudo, o fato de se apresentar sob forma de determinação direta e simplificada parece revelar uma tendência a desconsiderar o indivíduo, em sua complexidade, de modo a reduzi-lo a mero efeito da estrutura político-social.

Palavras-chave: Trabalhador de saúde mental; Paciente psiquiátrico; Imaginário coletivo; Saúde mental; Psicanálise.

INTRODUÇÃO

O objetivo do presente estudo é investigar psicanaliticamente o imaginário coletivo²⁶ de trabalhadores de saúde mental sobre o paciente psiquiátrico. Partimos da idéia de que as práticas de cuidado, atuadas cotidianamente, derivam tanto de conhecimentos científicos, adquiridos durante a educação superior, como de crenças e valores imaginativamente elaborados, que concebemos como condutas, de acordo com o pensamento de BLEGER (1963). Entendendo o imaginário coletivo desta forma, referimo-nos não apenas à produção de imagens psíquicas, mas também às práticas que geram produtos concretos, ou seja, objetos e procedimentos que se constituem como cultura, como ambiente humano, incluindo usos e costumes, crenças e valores socialmente compartilhados.

Deste ponto de vista, é importante destacar que os trabalhadores de saúde mental, por se encontrarem imersos em um campo profissional que implica o contato humano com o outro, acabam mobilizando uma vasta gama de recursos emocionais em seu cotidiano de trabalho. Assim, sua atuação não se limita à aplicação de conhecimentos técnicos, mas exige um intercambio constante entre seu saber racional e dimensões afetivas, mobilizando intensos conteúdos sensíveis e imaginários.

²⁶ Em nosso grupo de pesquisa, temos em vista a investigação-intervenção sobre imaginários coletivos acerca de figuras sociais que tem sido vítimas de exclusão mais ou menos declarada tais como soropositivos, deficientes físicos, homossexuais, usuários e ex-usuários de drogas, pacientes com diversas patologias orgânicas, pessoas obesas, crianças adotadas e outros. O leitor pode obter uma visão geral dessa produção acessando o currículo da Profa. Livre docente Tania Maria José AIELLO-VAISBERG, no site www.cnpq.org.

Dessa maneira, acreditamos que a dimensão afetivo-emocional mobilizada durante o dia-a-dia destes profissionais possa ser melhor explorada, motivo pelo qual nos propomos a investigar o imaginário coletivo de trabalhadores de saúde mental sobre o paciente psiquiátrico. Buscamos produzir conhecimentos compreensivos sobre o modo como estes se posicionam em termos de idéias, emoções e crenças sobre os sujeitos que atendem.

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Este estudo foi organizado em torno de uma metodologia complexa, que envolveu diferentes procedimentos investigativos, todos organizados ao redor do uso de mediadores dialógicos. Focalizamos, neste momento uma etapa que foi organizada a partir de um enquadre diferenciado de pesquisa denominado de “Entrevista Grupal para Abordagem de Pessoaalidade Coletiva” (ÁVILA, TACHIBANA & AIELLO-VAISBERG, 2008). Trata-se de um tipo de entrevista coletiva que se define pela reunião de pessoas que compartilham certas condições ou características, tendo em vista a investigação de um fenômeno de conduta em âmbito coletivo (DUCHESNE & HAEGEL, 2008; BLEGER, 1963).

Organizamos esta entrevista grupal em dois momentos. No primeiro, utilizamos o Procedimento DesenhoEstórias com Tema como recurso mediador dialógico (AIELLO-VAISBERG, 1999). No segundo momento, propusemos uma conversa grupal a partir da apresentação de uma série de imagens projetadas, previamente preparadas pela pesquisadora, em um aparelho de televisão.

O Procedimento Desenho-Estórias com Tema é um recurso dialógico desenvolvido por AIELLO-VAISBERG (1999) a partir do Procedimento de Desenhos-Estórias de TRINCA (1976). A proposta original do professor visava à realização de um psicodiagnóstico individual compreensivo, consistindo no convite a realizar cinco desenhos livres e a inventar histórias sobre os desenhos, atribuindo-lhes um título. A versão temática²⁷ consiste na demanda do desenho de uma figura ligada a um tema escolhido previamente pelo

²⁷ O Procedimento DesenhoEstória com Tema é um dos recursos mais utilizados no Grupo de Pesquisa “Atenção Psicológica Clínica em Instituições: Prevenção e Intervenção”, no qual se inscreve o presente trabalho, em virtude de seu potencial heurístico. É notável seu dom de provocar, no sentido literal de favorecer a vocalização, a fala, facilitando a expressão subjetiva. Deste modo, as pessoas realizam comunicações significativas, de modo imaginativo, relativas aos temas de pesquisa que lhes são propostos.

pesquisador, segundo seus interesses investigativos, e da posterior solicitação de escrita de uma história sobre a figura desenhada. Trabalhamos, neste momento, usando, como tema, “uma pessoa que procura um serviço de saúde mental”.

Organizamos o segundo momento desta entrevista coletiva por meio da apresentação de uma série de imagens significativas, sob forma de *slides*, que foram previamente preparadas a partir do material clínico que emergiu durante as entrevistas individuais, etapa anterior a essa entrevista coletiva, que não descreveremos aqui²⁸.

Finalizada a produção dos desenhosestórias, teve início a apresentação dos slides, assim anunciados pela pesquisadora: *“Achei melhor preparar alguns “slides” que vou mostrar para a gente ir conversando. Então, vou mostrando e falando, mas vocês podem tomar a palavra a qualquer momento. Trouxe uma espécie de rabisco e espero que vocês possam ir completando com reflexões, críticas e debates”*.

Justificamos o uso de uma instrução mais aberta por ser coerente com o uso do método psicanalítico no contexto da pesquisa empírica fora do *setting* (HERRMANN, 2001). Valorizamos, assim como SIROTA (1998; 2003), uma conversa grupal aberta, na qual se busca uma atmosfera transicional, lúdica, facilitadora de expressão subjetiva. Desse modo, essa entrevista grupal foi organizada pela apresentação de imagens significativas, derivadas de uma elaboração daquilo que a própria equipe já comunicara, no contexto de entrevistas individuais, realizadas na primeira etapa da pesquisa do doutorado (SIMÕES, 2012). Estas imagens foram escolhidas em função de seu potencial “provocativo”, no sentido de favorecerem a expressão dos participantes, seguindo, deste modo, o paradigma dos “rabiscos” winnicottianos, (WINNICOTT, 1968/1994), na medida que estes se configuram como verdadeiros convites que pedem e facilitam a comunicação emocional. Assim, podemos afirmar que apresentamos “rabiscos” sob forma de imagens a fim de que os

²⁸ É possível acompanhar o tema aqui focalizado sem conhecer o conteúdo das entrevistas individuais. Contudo, o leitor interessado, pode inteirar-se detalhadamente sobre estas, acessando, no <http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br>, a tese de doutorado “Sofredores, impostores e vítimas da sociedade: imaginário de uma equipe de saúde mental sobre o paciente psiquiátrico, defendida em 2012, de autoria de Cristiane Helena Dias Simões, orientada por Tania Maria José AIELLO-VAISBERG, na PUCCampinas.

profissionais pudessem completá-los na entrevista grupal. Como se vê, os mediadores dialógicos são procedimentos a serviço do “dar voz” aos participantes (GILLIGAN, 1993) segundo uma perspectiva epistemológica que pensa a produção de conhecimento, nas ciências humanas, como processo intersubjetivo. Os participantes não são considerados como entes passivamente examinados, mas como verdadeiros parceiros, na execução da pesquisa.

Foram utilizados dois modos de registro, confeccionados sob a estrita observância do método psicanalítico de pesquisa: os desenhos-estórias dos participantes e uma narrativa psicanalítica (AIELLO-VAISBERG et al., 2009)²⁹, que apresenta o acontecer grupal, tal como foi vivenciado pela pesquisadora encarregada da realização da entrevista. Este tipo especial de narrativa é elaborado de memória, a partir do cultivo da atenção flutuante e da associação livre, permitindo não apenas o registro de “ocorrências”, mas também, e sobretudo, de afetos, sentimentos e emoções vivenciados no campo transferencial-contratransferencial. Desse modo, são inclusas impressões, associações, idéias, fantasias e sentimentos contratransferenciais, visto que o intuito é permitir que o acontecer clínico possa ser visitado e revistado pelos pesquisadores e leitores interessados no estudo desta experiência vivida. Não se espera uma reprodução detalhada sobre os fatos que teriam ocorrido “verdadeiramente”, porque consideramos que todo conhecimento compreensivo pertinente à conduta humana, é inerentemente perspectivado (ORANGE, 1995). Toda busca de objetividade, neste campo, seria esforço em vão e descabido, uma vez que estamos empenhados na produção de conhecimentos sobre sentidos afetivo-emocionais subjacentes às condutas manifestas.

Os registros do acontecer clínico – os desenhosestórias e a narrativa transferencial – foram abordados psicanaliticamente em termos da produção interpretativa de campos de sentido afetivo-emocional, em busca do que é fundamental na *démarche* investigativa psicanalítica: compreensão emocional (ORANGE, 1995). Quando dizemos que o tratamento do material é feito mediante a busca de campos de sentido afetivo-emocional, ou inconscientes relativos, nossa intenção é declarar que nos “relacionamos” com o material

²⁹ Essa foi desenvolvida de acordo com a perspectiva da Psicanálise intersubjetiva e tem sido usada tanto em investigações como também tem sido objeto de estudo, no que se refere à sua potencialidade heurística (GRANATO & AIELLO-VAISBERG, 2004; AIELLO-VAISBERG & MACHADO, 2005).

clínico do mesmo modo que um psicanalista clínico se relaciona com o que lhe diz seu paciente, no dispositivo padrão.

Uma forma bastante didática de descrever o modo como se faz uma interpretação psicanalítica foi forjada por HERRMANN (2001), quando resumiu a tarefa usando três palavras de ordem: “deixar que surja”, “tomar em consideração” e “completar o desenho”. A primeira consiste no cultivo da abertura característica da atenção flutuante, que permitirá que algo se sobressaia, para ser “tomado em consideração”. Finalmente, sensibilizado, afetado, por aquilo que se sobressai, no campo relacional e transferencial constelado, atribuirá um sentido a manifestação individual coletiva em pauta, em termos de “criar/encontrar” campos de sentidos afetivo-emocionais ou inconscientes relativos, que seriam o substrato a partir do qual emergem as condutas. Desse modo, o método é colocado em marcha, exercendo sua função heurística.

Sob inspiração do pensamento winnicottiano, temos pensando as palavras de ordem de HERRMANN (2001) como “criação/encontro” de sentidos, buscando, deste modo, chamar a atenção para o fato de que o ato interpretativo, por meio do qual os campos são produzidos, corresponde a uma criação que encontra algo na própria realidade fenomênica. Ou seja, nesta investigação, visamos alcançar uma compreensão emocional sobre o modo como a personalidade coletiva estudada se posiciona diante do paciente psiquiátrico, por meio de uma percepção perspectivada, mas não arbitrária, dos campos de sentido afetivo-emocional subjacente às suas condutas.

PRODUÇÃO INTERPRETATIVA DO CAMPO "VÍTIMAS DA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA"

Foram entrevistados coletivamente 7 trabalhadores de saúde mental que compunham parte de uma equipe multidisciplinar de uma instituição psiquiátrica privada: 1 psiquiatra, 2 terapeutas ocupacionais, 2 educadores físicos, 1 nutricionista, 1 psicóloga. A entrevista grupal ocorreu na clínica, no período noturno, durando cerca de 2 horas.

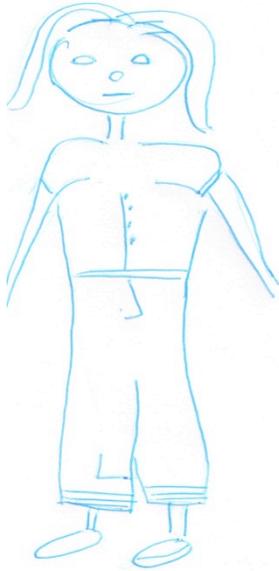
Ressaltamos que foi realizada fora do horário de trabalho, já que os coordenadores levaram em conta que assim a maioria dos trabalhadores poderia estar presentes, sem que os pacientes ficassem desassistidos. Tivemos o cuidado de buscar intervir minimamente na rotina institucional, trazendo vantagens práticas evidentes.

O material clínico produzido pelos participantes, durante a entrevista coletiva, permitiu a produção interpretativa de um campo de sentido afetivo-emocional, que denominamos de “Vítimas da Sociedade Contemporânea”. Este campo se define a partir da crença de que a sociedade produziria sofrimentos psíquicos e existenciais em função dos modos pelos quais se organiza na época atual.

Apresentamos, a seguir, 3 manifestações que emergiram a partir deste campo, sendo duas falas a partir dos slides e 1 desenhoestória:

“Cito a intolerância que hoje a sociedade se encontra, no esquema de ‘tolerância zero para as diferenças’, onde tudo é exigido de forma rápida e perfeita. Penso que isso interfere diretamente nessas novas psicopatologias que vêm surgindo nos últimos anos... o que essa incapacidade com as diferenças vem produzindo psiquicamente nos indivíduos? Acredito que é preciso levar em consideração a questão do social, do contexto onde esta ocorrendo o problema, pois isso pode interferir diretamente.”

“Eu acho que estamos em uma sociedade atual que vem produzindo uma quantidade enorme dos chamados “borderlines” ou outras nomenclaturas por aí e que estamos inseridos nisso, temos que pensar nisso, pois convivemos com muitos por aí que querem e dão um jeito de tirar vantagem em tudo e nós até sentamos numa mesa de bar com eles, mas que, como pacientes, incomodam-nos porque não sabemos tratá-los e eles não apresentam mudanças do jeito que estamos tratando...”



“Preocupação exagerada com a aparência, frustrações, inseguranças...dependência química... uma luta constante para manter relacionamentos saudáveis entre os familiares, luta para perder peso, luta para manter corpo e mente sãos”.

CONSIDERAÇÕES REFLEXIVAS

Esse posicionamento emocional dos trabalhadores de saúde mental diante de alguns pacientes psiquiátricos permite algumas reflexões. Primeiramente, na medida em que vincula a doença mental às condições concretas de vida atualmente vigentes, traz consigo ressonâncias do movimento antipsiquiátrico. Esse enfatiza sempre as relações entre os homens, não importando as características de um indivíduo isolado. As relações estabelecidas com o outro são sempre inseridas em uma perspectiva macro e não podem ser separadas do contexto social, afetivo, político e econômico. Dessa maneira, é uma posição contrária a uma Psicologia que toma o indivíduo em si mesmo e isolado do contexto onde vive (OLIVEIRA, 2011).

Nas comunicações dos trabalhadores aqui entrevistados, encontramos várias menções a características da chamada pós-modernidade, como o culto a certos padrões de

beleza física, como fortes tendências a consumismo e excessiva valorização do individualismo. A seu ver, tais aspectos da vida contemporânea contribuiriam para a perda da saúde mental.

A partir dessas considerações vemos surgir um posicionamento imaginativo segundo o qual o paciente psiquiátrico adoece em função das formas mais de organização social, econômica, política e cultural do mundo em que vive, algo que pode ser veiculado pela família, mas cuja origem ultrapassa o âmbito familiar. Configura-se, no nosso entender, como um fenômeno de maior complexidade, em função dos pressupostos sobre os quais se sustenta³⁰.

À primeira vista, a crença de que é possível enlouquecer porque se vive numa época de capitalismo tecnológico avançado, em um país periférico, marcado pela pobreza e por profundas desigualdades sociais, parece corresponder a um posicionamento politicamente esclarecido do ponto de vista sociológico. Além disso, apostar numa causalidade social do sofrimento psíquico exige o reconhecimento de que a loucura é uma possibilidade humana, da qual ninguém estaria, a princípio, isento. Estes dois aspectos parecem indicar a superação de posições conservadoras. Entretanto, um exame mais criterioso, acaba por revelar uma tendência a desconsiderar o indivíduo, que parece ser reduzido a mero efeito da estrutura político-social, segundo um viés estruturalista.

Sem pretender sequer esboçar uma crítica ao estruturalismo, como posição filosófica, o que fugiria tanto dos objetivos do presente trabalho, como de nossas competências, parece oportuno lembrar que se trata de posicionamento que, desvalorizando sujeitos individuais e coletivos, desemboca, facilmente, em atitudes pessimistas, que desacreditam em gestos e iniciativas de transformação do viver, descreem na possibilidade de “mudar de vida” (HELLER,1982). Quando entendemos que indivíduos e coletivos são meros “efeitos da estrutura”, somos reduzidos a posicionamentos impotentes, tanto na vida política, como na prática clínica. O conservador que não quer mudança e aquele que desacredita na mudança acaba se tornando, no final das contas, aliados...

³⁰ ARÓS & AIELLO-VAISBERG (2009) trata de fenômenos de despersonalização e desrealização, típicos dos quadros *borderlines* e psicóticos, muito freqüentes na sociedade contemporânea. Concluíram que essas problemáticas estão intimamente ligadas a novas formas de organização da sociedade atual, que cultivam certo tipo de individualismo que dificulta um amadurecimento emocional pessoal.

Então, quando se diz que o sofrimento emocional é gerado pelas condições sociais e culturais vigentes no atual sistema capitalista, estamos apenas no início de uma discussão, clínica e política, sobre a possibilidade de mudança. O material de que dispomos, nesta pesquisa, não permite concluirmos com precisão se estamos diante de uma personalidade coletiva esperançosa, no sentido de capaz de pensar em indivíduos e coletivos humanos como agentes dotados de certa potência, ou pessimista e impotente³¹. Entretanto, esta questão não pode deixar de ser aqui levantada na medida em que se encontra no cerne do debate nas ciências humanas (BELINSKY,2007) e tem reflexos diretos sobre aquilo que fundamentalmente nos interessa e justifica a realização desta pesquisa: o sofrimento psíquico e a busca de práticas que visem sua superação.

O quadro até aqui delineado permite que percebamos que a personalidade coletiva composta pelos trabalhadores de saúde mental entrevistados parece sentir-se desconcertados, seja porque não ainda não se conhecem formas de tratamento adequadas, equivalentes, em eficácia, ao que se pode proporcionar aos pacientes psicóticos, seja porque subsiste, um pessimismo terapêutico e político, como vestígio do estruturalismo que dominou o pensamento filosófico e político de esquerda a partir de meados do século XX.

³¹ Quando definimos as loucuras contemporâneas como sofrimento psíquico decorrente de conteúdos sociais, econômicos e políticos do inconsciente (BEAUNE & AYOUCHE,2009), estamos certamente avançando na percepção das intrincadas malhas, por meio das quais se entrelaçam o social e o psíquico. Contudo este conhecimento nos levará para diferentes caminhos segundo sejamos capazes de admitir ou não a capacidade de indivíduos e coletivos de operar mudanças significativas.

REFERÊNCIAS

- AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (1999). *Encontro com a loucura: transicionalidade e ensino de psicopatologia*. Tese de Livre Docência, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo.
- AIELLO-VAISBERG, T.M.J. & MACHADO, M.C.L. (2008). Pesquisa Psicanalítica de Imaginários Coletivos à Luz da Teoria dos Campos. In J. Monzani & L. R. Monzani (Org.). *Olhar: Fábio Herrmann Uma Viagem Psicanalítica*. (pp. 311-324). São Carlos: Pedro e João/CECH UFSCar.
- AIELLO-VAISBERG, T.M.J., MACHADO, M.C.L., AYOUCHE, T., CARON, R. & BEAUNE, D. (2009). Les récits transferenciels comme presentation du vécu clinique: une proposition méthodologique. In D. BEAUNE (Org.). *Psychanalyse, Philosophie et Art: dialogues* (pp. 39-52). Paris: L'Étarmattan.
- ARÓS, A.C.S.P.C. & AIELLO-VAISBERG, T.M.J.A. (2009). Clube da Luta: Sofrimentos Radicais e Sociedade Contemporânea. *Psicologia. Teoria e Prática*, 11, 3-16.
- ÁVILA, C.M., TACHIBANA, M. & AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (2008). Qual é o lugar do aluno com deficiência? O imaginário coletivo de professores sobre a inclusão escolar. *Paidéia*, 18, 155-164.
- BEAUNE, D. & AYOUCHE, T. (2009). *Folies Contemporaines*. Paris, L'Harmattan.
- BELINSKY, J. (2007). *Lo imaginario: um estúdio*. Buenos Aires: Nueva Vision.
- BLEGER, J. (1963). *Psicologia da Conduta*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- DUSCHELES, S. & HAEGEL, F. (2005). *L'Entretien Collectif*. Paris: Armand Collen.
- GILLIGAN, C. (1993). *In a Different Voice*. Cambridge: Harvard University Press.
- GRANATO, T.M.M. & AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (2004). Tecendo a pesquisa clínica em narrativas psicanalíticas. *Mudanças*, 12(2), 253-271.
- HELLER, A. (1982). *Para mudar a vida*. São Paulo: Brasiliense.
- HERMANN, F. (2001). *Introdução à Teoria dos Campos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- OLIVEIRA, W. V de. A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria. *História, Ciências, Saúde– Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.18, n.1, jan.-mar. 2011, p.141-154.
- ORANGE, D. (1995). *Thinking for Clinicians: Philosophical Resources for Contemporary Psychoanalysis and the Humanistic Psychotherapies*. London: Routledge.
- SIMÕES, C.H.D Sofredores, impostores e vítimas da sociedade: imaginário de uma equipe de saúde mental sobre o paciente psiquiátrico. 2012, 149 f. Tese (Doutorado em Psicologia) PUC – Campinas, 2012.

- SIROTA, A. (1998). Des espaces culturels intermédiaires. In J. Barus-Michel & F. Giust-Desprairies. *La scène sociale: crise, mutation, émergence*. Paris: Eska.
- SIROTA, A. (2003). *Figures de la Perversion Sociale*. Paris: Eres.
- TRINCA, W. (1976). Investigação clínica da personalidade: o desenho livre como estímulo de apercepção temática. São Paulo: Pedagógica e Universitária.
- WINNICOTT, D.W. (1968/1994). O Jogo do Rabisco. In C. Winnicott, R. Sheperd & M. Davis (Orgs.). *Explorações psicanalíticas* (pp.230-243). Porto Alegre: Artmed.

“Jean Charles” e o Preconceito contra Imigrantes: Considerações Psicanalíticas Preliminares

Elisa Corbett

Rafael Aiello Fernandes

Priscilla Figueiredo

Tânia Maria José Aiello Vaisberg

Resumo

O objetivo do presente estudo é investigar psicanaliticamente o imaginário coletivo sobre imigrantes. Justifica-se como proposta que integra um conjunto de pesquisas por meio das quais buscamos produzir conhecimento sobre o ambiente humano atual, contribuindo para uma melhor compreensão e transformação de condutas preconceituosas contra grupos minoritários. Organiza-se, metodologicamente, por meio de estudo de caso da produção cinematográfica “Jean Charles” (2009). O filme foi assistido em estado de atenção equiflutuante e registrado, posteriormente, sob forma de narrativa transferencial, a partir da qual forma produzidos interpretativamente dois campos de sentido afetivo-emocional ou inconscientes relativos. “ Trabalho e uma vida melhor” corresponde ao imaginário que motiva o imigrante a deixar a terra natal e “Em caso de dúvida, atire” é aquele do policial, agente encarregado da segurança pública do país de destino. Configura-se, deste modo, uma situação inter-humana conflituosa, na qual a condição de estrangeiro suscita uma forma radical de preconceito, que chega a ser atuado como homicídio. O quadro geral será discutido à luz de fenômeno bastante retratado, atualmente, na mídia brasileira: a violência

policial contra adolescentes e jovens marginalidades, residentes nas periferias das grandes cidades.

Palavras-chave: Imigração; Preconceito; Psicanálise; Imaginário Coletivo;.

A condição de imigração de brasileiros, em busca de melhores condições de vida em países do chamado primeiro mundo, configura-se como um objeto de estudo ainda pouco explorado pela psicologia brasileira. Diversas questões podem ser abordadas em relação a esta problemática, com especial enfoque para os imaginários daqueles que empreendem a viagem e a análise de possíveis relações de preconceito, exclusão e violência que enfrentam. Este último aspecto ganhou especial relevância, nos últimos anos, com o dramático caso do brasileiro Jean Charles de Menezes que, confundido com um terrorista, foi assassinado pela polícia do Reino Unido. Tal fato teve grande repercussão no país e motivou, inclusive, a produção de uma obra cinematográfica sobre o acontecido. Consideramos que a mesma pode proporcionar um material interessante para investigar, por meio de uma produção cultural, este tipo de questão.

OBJETIVO

Objetivamos, nesta pesquisa, investigar psicanaliticamente o imaginário coletivo vigente no Brasil atual sobre imigração para o exterior e preconceito.

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Alinhamo-nos ao pensamento blegeriano, que afirma que todas as manifestações humanas devem ser compreendidas como condutas, ou seja, como acontecimentos que se

manifestam simultaneamente nos pensamentos, nos sentimentos, nas crenças, nos valores, nas reações fisiológicas e nas ações humanas diante das situações vividas, bem como nos produtos gerados por estas ações (BLEGER, 1963/1984).

Realizamos, assim, um estudo de caso da produção cinematográfica “Jean Charles (2009)”, compreendendo-o como expressão de imaginário(s) coletivo(s) acerca da imigração, presentes na cultura brasileira na atualidade.

A coleta do material clínico se fez mediante a exposição dos pesquisadores, em estado de atenção equiflutuante, ao filme brasileiro, realizado no ano de 2009, no qual figuram personagens imigrantes. Finalizada a sessão cinematográfica, os pesquisadores dedicaram-se à elaboração de uma narrativa transferencial, na qual tanto se registrou sua memória acerca da história, como sentimentos e impressões vivenciados durante esta experiência (AIELLO-VAISBERG et al, 2009). A narrativa foi posteriormente considerada à luz do método psicanalítico, em termos de produção interpretativa dos campos de sentido afetivo-emocionais, ou inconscientes relativos (HERRMANN, 1979), segundo os quais se organiza. Esse processo consiste numa atribuição de sentido, pelos pesquisadores, ao fenômeno sobre o qual se debruçam, tendo em vista produzir conhecimento compreensivo, segundo o esperado no campo das pesquisas qualitativas, em geral, e no campo psicanalítico em particular. Este último, como sabemos, enfatizará a importância de determinantes não-conscientes das condutas.

INTERPRETAÇÕES

O quadro geral permitiu a produção interpretativa de dois campos de sentido afetivo-emocionais. O primeiro, denominado “Trabalho e uma vida melhor”, organiza-se ao redor da crença de que, num contexto concreto de melhores oportunidades, é possível construir um futuro melhor para si mesmo e para a própria família, traduzido na garantia das

possibilidades de subsistência, educação, tratamento médico, lazer e bens de consumo. Consiste, portanto, no substrato subjacente às expectativas do jovem imigrante, quando se lança em direção a outras terras. Como se vê, trata-se de um imaginário esperançoso, provavelmente ligado à fantasias acerca da superioridade européia, que, eventualmente, poderia ser de algum modo transmitida ao imigrante que aí convivesse durante algum tempo (Fanon, 1952).

O segundo campo, intitulado “Em caso de dúvida, atire”, organiza-se ao redor da crença de que o imigrante, que vem de uma ex-colônia européia, é, essencialmente, um terrorista em potencial. Corresponde, assim, ao substrato afetivo-emocional, ou campo psicológico, a partir do qual emergem condutas de ataque, supostamente defensivo, a jovens migrantes, oriundos de países periféricos. A figura do policial, como agente de segurança pública, personifica um imaginário coletivo certamente habitados também por cidadãos comuns.

DISCUSSÃO

Chama a atenção, no estudo psicanalítico do filme, a contradição observada entre os imaginários a partir dos quais emergem as condutas do imigrante e o do policial. O imigrante busca um lugar que lhe ofereça melhores condições para, por meio do próprio esforço, garantir uma vida melhor para si mesmo, seus familiares e amigos, integrando-se à sociedade tanto como trabalhador quanto como consumidor de bens e serviços. Já o policial, imerso no campo “Em caso de dúvida, atire”, considera o jovem como pessoa mal intencionada e possivelmente contraventora, que visa ameaçar a liberdade e o modo de vida prevalente na sociedade em questão, por meio de violentas ações terroristas.

Pensando psicanaliticamente, podemos considerar que o "engano", em virtude do qual os policiais londrinos executaram Jean Charles, na verdade, expressa um preconceito radical. Vejamos porquê. Num plano mais superficial do imaginário retratado no filme, os imigrantes poderiam ser divididos em dois grupos: os bons e trabalhadores e os maus, que seriam bandidos ou terroristas. Aos dois tipos de imigrantes corresponderiam respostas diversas, de convivência cordial com os bons ou de rejeição e medo em relação aos maus. Entretanto, quando ocorre um evento dramático, que coloca a cidade de Londres em alerta – uma tentativa de atentado terrorista, fracassada apenas porque a bomba não explodiu -, a

polícia londrina parece ser lançada num campo preconceituoso mais profundo e radical, terreno fértil para a emergência de condutas de extrema violência, tais como execuções sumárias de minorias, consideradas, de forma enganosa, bandidos ou terroristas.

Acreditamos que o preconceito contra essa população – classes/grupos menos favorecidos – retratado no filme “Jean Charles (2009)” pode iluminar outras situações humanas análogas. Aqui no Brasil, temos visto casos de violência policial, que têm sido muito noticiados na mídia, em que a situação parece se organizar, imaginariamente, de forma semelhante. Então, se a polícia londrina justifica o assassinato cometido, afirmando Jean Charles havia reagido e tentado fugir, quando abordado pelos policiais, em caso ocorrido em São Paulo, amplamente noticiado no Brasil, policiais militares alegaram ter assassinado, a tiros, dois jovens, porque estavam em uma moto, teriam resistido à ordem de parar e atirado nos policiais. Como resultado da investigação, conduzida pelo pai de um dos jovens, que identificou as testemunhas do crime, ficou provado que os jovens foram executados por terem sido confundidos com criminosos³². Em outro caso, ocorrido em uma cidade do litoral paulista, policiais cercaram e atiraram 25 vezes no carro em que estavam seis jovens, porque o motorista fugiu de uma *blitz*, alegando, posteriormente, que estavam armados³³.

Artigos científicos, como Paes e Noronha (2002) e Pinheiro (1997), apontam que a polícia concentra a repressão nos escalões inferiores da sociedade, ou seja, nos pobres e não-brancos, levantando importante reflexão acerca da forma como os jovens pertencentes a esses grupos sociais são tratados em nosso país. A violência policial, neste contexto, seria indicativa da persistência de um substrato afetivo-emocional preconceituoso, na vigência do qual a cor da pele e a pobreza seriam tomadas como “critérios de suspeição”, ou seja, imaginariamente relacionadas ao crime e à violência.

³² Descrição do caso retirada da versão web do programa jornalístico Bom Dia Brasil, capturado *online* em 05/08/2012 de <<http://g1.globo.com/bom-dia-brasil/noticia/2012/08/pai-investiga-morte-do-filho-sozinho-e-ajuda-colocar-cinco-pms-na-cadeia.html>>

³³ Descrição do caso retirada de <http://rederecord.r7.com/video/policia-dispara-25-tiros-contra-grupo-de-jovens-que-nao-parou-em-blitz-em-santos-50089095b61c79d456e75036/>

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao CNPq o apoio recebido por meio das bolsas de Doutorado da primeira autora, de Mestrado do segundo autor, de Iniciação Científica da terceira autora e de Produtividade em Pesquisa da terceira autora.

REFERÊNCIAS

- AIELLO-VAISBERG, T. M. J. et al. (2009) Les récits transferenciels comme presentation du vécu clinique: une proposition méthodologique. In D. Beaune. (Org.). Psychanalyse, Philosophie, Art: Dialogues. (pp. 39-52). Paris: L'Harmattan. v. 1. 2009.
- BLEGER, J. (1963). Psicologia da conduta. Porto Alegre, RS: Artes Médicas. 1984.
- FANON, F. Peau noire, masques blancs. Paris, Du Seuil, 1952.
- HERRMANN, F. O método da psicanálise. São Paulo: EPU. 1979.
- PAES, E. M.; NORONHA, C. V. A polícia dos pobres: violência policial em classes populares urbanas. Sociologias, ano 4, n. 7, pp. 188-221, jan./jun. 2002.
- PINHEIRO, P. S. Violência, crime e sistemas policiais em países de novas democracias. Tempo Social, vol.9, n.1, pp. 43-52, mai. 1997.

Os fundamentos do estilo clínico “Ser e Fazer”

Fabiana Follador Ambrosio

Rafael Aiello-Fernandes

Tania Maria José Aiello-Vaisberg

PUC-Campinas

Parece-nos que produzir conhecimento científico é sempre uma empresa arriscada, uma vez que toda pesquisa, no campo das ciências naturais ou humanas, representa a adoção de procedimentos metodológicos que podem revelar que nossas convicções podem ser falsas. De outro perceber que todo conhecimento é historicamente condicionado nos leva a admitir que o que tomamos hoje como verdade pode ser superado no futuro. Por este motivo, a verdade científica é, em essência, provisória e destinada à mudança.

Paradoxalmente, é justamente uma fundamentação científica aquilo que pode nos dar um certo conforto, quando atendemos nossos pacientes, para ajudá-los a ultrapassar dificuldades de vida ou a melhor suportar, de modo aceitável, condições que não podem ser modificadas. Este conforto nada tem a ver com a crença religiosa, mas, ao contrário, com a fé na capacidade humana de viver sem certezas definitivas e de refletir sobre a vida humana de modo rigoroso e metódico. Esta capacidade permite perceber certos aspectos contraditórios das trocas entre indivíduos e grupos, iluminando a complexidade da vida de modo “local”, enquanto nos provê da confiança necessária para reconhecer que aquilo que ignoramos é muito maior do que aquilo que conhecemos. Assim, é justamente a pesquisa permanente da verdade o que nos coloca diante da necessidade de viver com a insegurança das explicações contemporâneas, sem que nos tornemos demasiado ansiosos ou perplexos.

Mas de que ciência falamos aqui quando pensamos no estilo clínico “Ser e Fazer”? Qual é, precisamente, a ciência que nos fornece as melhores condições para fundamentar o trabalho clínico? Antes de responder, é preciso fazer algumas considerações, tanto

epistemológicas como ideológicas.

Do ponto de vista ideológico, sabemos, hoje, que o respeito a diferentes formas de pensar e viver é eticamente fundamental. Se a espécie humana vive, desde muito tempo, em todas as regiões planetárias, é certamente em virtude de sua maleabilidade e capacidade de adaptação a condições ambientes muito diversas. A crença colonialista na superioridade da civilização ocidental já foi desmascarada por muitos autores, que aí souberam ver uma simples estratégia de dominação. Sendo assim, quando não estamos envolvidos na luta por dominar o outro, mas simplesmente em contribuir para a resolução de problemas tais como o sofrimento emocional, será fácil aceitar que diferentes formas de fazer e de pensar a clínica, que diferentes estilos clínicos, podem ser igualmente fecundos. Nessa perspectiva, permitimo-nos declarar que nos limitaremos, neste momento, a considerar nosso modo particular de praticar uma modalidade possível de clínica psicanalítica, numa próxima interlocução com o pensamento winnicottiano.

Pensamos, além disso, que do ponto de vista epistemológico, é mais prudente aceitar que a complexidade e a natureza mutante e contraditória da realidade nos impulsionam a reconhecer a enorme importância do plano no qual se dá a vida concreta dos seres humanos, que é o ponto de partida de toda reflexão e de toda compreensão (Politzer, 1928; Bleger, 1963). A realidade demanda, por si mesma, que a produção de conhecimento seja feita desde diferentes perspectivas, desde diversos olhares. No que diz respeito à ciências humanas, é preciso lembrar que sua constituição deriva, já, de uma visão sobre a importância da multiplicidade, mesmo quando tendo sido necessário um certo percurso para perceber que correspondem a campos de pesquisa que compartilham um único e mesmo objeto de estudo: o ser humano (Bleger, 1963). Assim, falaremos apenas de um modo particular e concreto de clinicar, vale dizer, concentrar-nos-emos no estilo clínico Ser e Fazer, que se limita à consideração de problemas afetivos e relacionais de pessoas que podem receber os mais variados diagnósticos psicológicos, psiquiátricos, médicos ou sociais.

Em nossa prática cotidiana, o psicólogo psicanalista, que adota este estilo, utiliza,

certamente, sua sensibilidade, sua intuição, sua capacidade de compreensão emocional. Entretanto, tudo isso se firma sobre o conhecimento científico, que não deve, evidentemente, ser confundido com o positivismo. Este último, é forçoso reconhecer, permitiu que notáveis progressos tenham sido alcançados em muitos campos investigativos, mas não na compreensão da existência humana. Nas ciências da saúde, conhecemos atualmente progressos extraordinários que tornam possível o tratamento exitoso de doenças até bem pouco tempo incuráveis. Hoje, a questão mais importante, diante de muitas enfermidades, é falta de medicamentos e de tratamento adequado para os mais pobres, e não mais a inexistência do saber médico.

Contudo, o positivismo não contribuiu do mesmo modo para o avanço das ciências humanas de modo geral ou da psicologia em particular. Conhecimentos produzidos a partir de pesquisas quantitativas revelam-se tão acurados e rigorosos como simplificadores e reducionistas. Este quadro levou alguns a discutir se as ciências humanas mereceriam ser realmente consideradas como ciências num sentido preciso. Outros, por outro lado, vem trabalhando no sentido de desfazer a identificação entre positivismo e ciência, em favor de uma visão alargada do conhecimento científico, para o qual, no âmbito das disciplinas humanas, reflexão e sensibilidade não seriam incompatíveis.

Será, então, nas ciências humanas que poderemos encontrar os fundamentos do estilo clínico Ser e Fazer. Mais precisamente, será a partir de um saber de natureza psicológica, vale dizer, sobre um saber que prepara o profissional para lidar com o vivido, que se assentarão as bases de nossas práticas, que utilizam, na cura, apenas a comunicação inter-humana, sem recorrer a outros procedimentos ou intervenções diretas sobre o corpo, para trabalhar somente com significados e emoções, que podem se manifestar por meio de atividades artística ou artesanais. Destacamos, então, que estamos nos referindo a uma visão ampliada da psicologia, que não se confunde com a psicologia acadêmica positivista, nem com proposições metapsicológicas, principalmente aquelas aparentadas com especulações neurológicas.

A psicologia pode ser pensada como ciência positivista – e abstrata – ou como psicologia concreta da conduta (Poltzer,1929 ; Bleger, 1963). Esta última foi criada na França, por Poltzer (1929), sendo posteriormente desenvolvida, na America do Sul, pelo

argentino José Bleger (1963). Entretanto, a nosso ver, as proposições teóricas de D.W.Winnicott (1971), autor que valorizou decididamente a prática clínica, atribuindo grande importância ao ambiente, são aquelas que responderam do modo mais feliz, até o momento, às exigências colocadas pela psicologia concreta. Talvez falta a Winnicott uma visão política suficientemente desenvolvida, segundo tais exigências. Entretanto, um pensamento que coloca nas falhas ambientais a origem dos sofrimentos mais radicais, presta-se a uma ampliação coerente que pode incluir a atenção necessárias às condições concretas históricas, geopolíticas, sociais, econômicas e culturais nas quais se inserem os problemas que se apresentam na clínica.

Devemos afirmar, a bem da precisão, que a psicologia concreta, que surge historicamente, sob a pena de Politzer (1928), a partir do reconhecimento do valor da psicanálise, pode, logicamente, ser psicanalítica ou não. Na verdade, abordagens qualitativas variadas, tais como as fenomenológicas, dialéticas, etnográficas e outras podem, em princípio, gerar teorias concretas, se suas teorizações se mantiverem maximamente próximas da concretude do acontecer clínico. Para assegurar sua coerência, a psicologia concreta não pode adotar referenciais teórico-metodológicos que demandem o trabalho intelectual de abstração positivista. De nossa parte, escolhemos a abordagem psicanalítica mas compreendemos e respeitamos aqueles que optaram por outras perspectivas teóricas compatíveis com a valorização do plano concreto da vida humana pelas ciências humanas.

Assim, utilizamos, como fundamento do nosso estilo clínico e de nossas pesquisas, a psicologia como ciência e a psicanálise como abordagem teórico-metodológica. Buscando uma psicanálise concreta, encontramos, em Winnicott, um interlocutor muito importante, por várias razões, dentre as quais salientamos o fato de ter abandonado as formulações metapsicológicas clássicas em favor de uma teorização mais próxima dos acontecimentos clínicos (Fulgêncio, 2007). Seu pensamento, que segue o caminho da descrição de estados menos amadurecidos e integrados rumo outros, mais amadurecidos e mais integrados, associado com o uso do método psicanalítico, que permite alcançar certa compreensão emocional dos pacientes (Orange, 1995) e a verificar a eficácia clínica de intervenções clínicas, é o caminho que temos tomado como fundamento de nosso estilo de trabalho

clínico e investigativo.

A prioridade do método sobre a teoria

De acordo com Winnicott (1996), é interessante pensar no trabalho psicoterapêutico do mesmo modo como consideramos a música. Sabemos bem que é preciso conhecer teorias e técnicas para ser um bom instrumentista. Entretanto, produzir música verdadeira ultrapassa tais conhecimentos, constituindo-se como atividade que flui sem exigir, durante seu acontecer, controle ou reflexão sobre os atos que a compõem. Falando sobre si mesmo, diz, este autor, que a teoria do amadurecimento emocional faz parte do seu modo de ver pessoas e vínculos, não lhe requerendo reflexões ou pensamentos adicionais, algo que fundamenta seu modo de se posicionar diante da vida humana.

A nosso ver, para trabalhar psicanaliticamente, dentro ou fora do dispositivo clássico, é preciso internalizar, de modo integral e não sob forma de saberes e técnicas a serem dominados, dois elementos: o método psicanalítico (Herrmann,1979) e a teoria do amadurecimento emocional. Veremos, a seguir, que estes dois elementos não são totalmente independentes, porque a correta apropriação do método exige que a teoria do amadurecimento seja, ao mesmo tempo, colocada em suspensão temporária e mantida como pressuposto sobre a “natureza humana” (Winnicott,1988).

O método psicanalítico foi classicamente descrito como constituído pela combinação de duas práticas: a associação livre e a atenção flutuante(Laplanche e Pontalis, 1967). O estudo dos primeiros casos, relatos por Freud (1905), mostra claramente que pensou tais práticas tendo como horizonte o dispositivo clássico, no qual a comunicação verbal entre analista e paciente era a atividade central. Entretanto, se nos afastarmos do enquadre freudiano, para focalizar outros, diferenciados, tais como a análise de grupo, a análise de crianças ou a arte-terapia psicanalítica, chegaremos facilmente à conclusão de que aquilo que é nomeado como associação livre cobre algo mais amplo, que é um convite à busca de uma expressão subjetiva tão livre quanto possível, utilizando a palavra, o brincar, a gestualidade ou atividades artísticas e artesanais. Algo análogo deve ser dito em relação à atenção flutuante, na medida em que significa abertura do analista à comunicação pessoal do paciente. Esta abertura é um modo singular de estar com o outro, que mistura uma

recepção sensível da manifestação do outro com a possibilidade de manter uma distância ótima que permite que o objetivo terapêutico não se perca.

Utilizando o método deste modo, poderemos chegar à constelação de diferentes campos afetivos e relacionais, nos quais a nova experiência poderá ser vivida. A compreensão emocional de cada campo permitirá oferecer holding ao paciente, favorecendo seu desenvolvimento. A enunciação de sentenças interpretativas não será necessária e ocorrerá, quando e se ocorrer, como coroamento de uma experiência já vivida.

É interessante acrescentar que o mesmo procedimento de observação participante dos campos afetivos e relacionais é o que tornará possível a apreciação da eficácia clínica dos atendimentos realizados segundo o estilo clínico Ser e Fazer³⁴, porque a sucessão dos campos acompanha um sentido quando se vai da psicopatologia para a saúde e vice-versa. Podemos, assim, a cada momento, mesmo que seja impossível – e absolutamente desnecessário – saber o que cada palavra ou cada palavra e cada gesto significam. Entretanto, é possível perceber se o sentido a mudança se faz rumo à maior integração pessoal ou, ao contrário, na direção do aumento da dissociação. Evidentemente, os estudos sobre a eficácia de intervenções clínicas são muito importantes do ponto de vista ético, uma vez que não se deve exigir que indivíduos e grupos aceitem não estar suficientemente esclarecidos sobre a possibilidade de receber cuidados satisfatórios, quando necessários.

No que diz respeito à internalização da teoria do amadurecimento emocional, é interessante lembrar que é, antes de mais nada, crença na capacidade humana de realização, caso vigorem condições ambientais favoráveis ao desenvolvimento pessoal. Secundária e logicamente, esta teoria afirma que há um sentido que parte da imaturidade rumo à maturidade que, uma vez perturbado, origina várias formas de defesa, com fundo invariavelmente dissociado. Como se vê, utilizamos esta teoria de modo leve, como algo que pode ser facilmente transportado, e nunca como uma bagagem pesada, que poderia comprometer a manutenção da posição de abertura que o método psicanalítico requer.

³⁴ Vale, contudo, observar que atendimentos realizados segundo outros referenciais teóricos podem ser estudados usando esta mesma metodologia de apreciação de sucessão de campos vinculares de sentido afetivo-emocional.

Parece-nos interessante esclarecer que, de acordo com o pensamento winnicottiano, maturidade e integração pessoal significam, primariamente, a conquista de poder viver na alternância entre estados calmos e excitados, entre integração e não-integração, sem queda nas agonias da desintegração. Deste modo, teremos alcançado um posicionamento existencial brincante – que não se limita ao comportamento de brincar, embora derive do brincar infantil espontâneo. Cada qual brincará à sua moda, a criança como criança, o adulto como adulto. O brincar do adulto se fará, justamente, pelo trabalho, quando é vivido com prazer e sentido, e pela cultura, seja como experiência de criação autoral, seja como experiência de fruição criativa do que outras pessoas ou grupos criaram.

Assim, podemos concluir esta exposição sustentando que o ambiente terapêutico, que mais facilita a cura emocional que buscamos, é aquele que pode incluir condições que favoreçam a capacidade criadora e brincante dos pacientes, permitindo acesso a um posicionamento no qual a dramática da vida, malgrado suas dificuldades, torna-se experiência que vale a pena vivenciar.

Referências

Bleger, J. (1963) *Psicologia de la conducta*. Buenos Aires, Paidos, 2001.

Freud, S. (1915) *Cinq leçons sur la psychanalyse*. Paris, Payot, 1989.

Fulgêncio, L. Winnicott's rejection of the basic concepts of Freud's metapsychology. *International Journal of Psycho-Analysis*, 88, p.443-461, 2007.

Herrmann, F. *O método da psicanálise*. São Paulo, EPU, 1979.

Laplanche, J. et Pontalis, J-B (1967) *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris, PUF, 2007.

Orange, D.M. *Emotional understanding : studies in psychoanalytic epistemology*. New York, Guilford, 1996.

Politzer, G. (1928) *Critique des fondements de la psychologie*. Paris, PUF, 2003.

Winnicott, D.W. (1971) *Jeu et réalité*. Paris, Gallimard, 2002.

Winnicott, D.W. *Therapeutic consultations in child psychiatry*. London, Karnac, 1996.

Winnicott, D.W. *Human Nature*. London, Free Association, 1988.

Drama e Experiência no Pensamento de Politzer: Considerações

Preliminares

*Fabio Riemenschneider*³⁵

*Cristiane Helena Dias Simões*³⁶

*Maria Júlia Chinalia*³⁷

*Tania Maria José Aiello Vaisberg*³⁸

Resumo – Respondendo a necessidades do grupo de pesquisa “Atenção psicológica clínica em instituições: prevenção e intervenção”, cujo percurso metodológico veio a exigir um aprofundamento teórico-conceitual, que se encontra em curso, o presente trabalho examina e articula os conceitos de drama e experiência. Buscando detectar convergências entre a perspectiva psicanalítica intersubjetiva e a psicologia concreta de Politzer, organiza-se metodologicamente ao redor da leitura crítica e sistemática de textos selecionados. Conclui que o conceito de experiência pode ser rigorosamente utilizado, em pesquisas qualitativas psicanalíticas, para lançar luz sobre comunicações emocionais e imaginários coletivos.

Palavras chave: drama, experiência, imaginário coletivo, pesquisa psicanalítica.

³⁵ Doutorando em Psicologia como Profissão e Ciência pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas, bolsista CAPES; Mestre em Psicologia Clínica pela PUC-SP; docente da Faculdade de Educação da Universidade do Estado de Minas Gerais.

³⁶ Doutora em Psicologia na Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Mestre em Enfermagem pela Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Psicóloga graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

³⁷ Mestranda em Psicologia na Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

³⁸ Professora Livre Docente aposentada do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Orientadora do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Coordenadora da “Ser e Fazer”: Oficinas Psicoterapêuticas de Criação do IPUSP e Presidente do NEWNúcleo de Estudos Winnicottianos de São Paulo.

A psicanálise de S. Freud foi uma das mais marcantes influências do século XX e suas contribuições continuam a ser debatidas até hoje. Sua prática e sua teoria foram frutos de sua experiência com pacientes histéricas e seus enigmáticos sintomas. O sofrimento dessas pacientes foi alvo de atenção de Freud, que se recusava a desconsiderar a intensidade dramática e angustiante de seus relatos, como alguns de seus contemporâneos. O desafio era reconhecer nessas manifestações a comunicação de algo incomunicável, a resposta de Freud foi a publicação de “A interpretação dos sonhos” em 1900.

Nessa obra se encontram os alicerces da psicanálise e pressupostos que chamaram a atenção de Georges Politzer na elaboração da “Crítica dos fundamentos da Psicologia – A psicologia e a psicanálise (1928)”, em que ele diferencia a *Psicologia Clássica* da *Psicologia Concreta*.

Politzer critica os rumos tomados pela psicologia, denominada por ele de *clássica*, na busca por aceitação enquanto ciência. Para ele os esforços empreendidos nesse sentido afastaram cada vez mais a psicologia dos atos e as experiências humanas, e as únicas ‘contribuições’ dessa psicologia clássica giram ao redor de suas próprias necessidades.

Isso leva a uma psicologia baseada em generalizações, abstrações, processos e mecanismos psicológicos que se apega a conceitos e referenciais de outras ciências.

Em contraposição a essa psicologia, Politzer propõe que a psicologia se preocupe com fatos concretos, baseada nos seguintes pressupostos (GABBI JR., 1998):

1. O fato psicológico não é elementar, o conteúdo dramático não pode ser dissolvido em conteúdos elementares, os fatos psicológicos são os seguimentos da vida do indivíduo particular;
2. O fato psicológico é construído e supõe um ato interpretativo, portanto é mediado;
3. Não é possível se falar em vida interior, os atos e os papéis desenvolvidos no cotidiano são suficientes para entender a dimensão dramática do sujeito;
4. O objeto de atenção é o ato do sujeito e não processos internos;
5. O ato psicológico tem uma diversidade de sentidos e significados.

Politzer identifica e valoriza justamente tais aspectos na abordagem psicanalítica, que segundo ele, permite trilhar um caminho rumo à *psicologia concreta*. Ele destaca a atenção que Freud dedica as narrativas dos indivíduos sobre seus sonhos, medos, angústias e alegrias.

Ao invés de considerar os sonhos como um subproduto do psiquismo, fadiga de células cerebrais ou mau funcionamento do aparato biológico (que tornariam o drama impessoal e na terceira pessoa), Freud parte de um pressuposto diferente: os sonhos têm um sentido e são passíveis de interpretação.

Considerando os sonhos como satisfação de desejos do sonhador, Freud “não quer separar o sonho do sujeito que o sonha; ele não quer concebê-lo como um estado em terceira pessoa, não quer situá-lo num vazio sem sujeito. É ligando-o ao sujeito de quem o sonho é que ele quer dar-lhe seu caráter de fato psicológico”. (POLITZER, 1994, 3º ed, pag. 60)

Politzer entende por ato “a única noção inseparável do *eu* em sua totalidade, único entre todas as noções, só se concebe como a *intervenção atual* do *eu*. Por isso, a psicologia concreta só pode reconhecer como fato psicológico real, o ato” (POLITZER, 1994, 3º ed, pags. 77-78). Tal afirmação indica que o drama ocorre nos atos de nosso dia-a-dia, e nos leva a refletir sobre a experiência cotidiana e suas relações com o conceito de drama para Politzer.

Houaiss (2009) define *experiência* como o “ato ou efeito de experimentar (-se)”. Segundo o dicionário o ato de experimentar(-se) pode se dar a partir de 1) um método científico; 2) através do conhecimento obtido por meio dos sentidos; 3) de forma abrangente adquirida de maneira espontânea e/ou prática; 4) através de conhecimento específico, ou de perícia, que, adquirida por meio de aprendizado sistemático; ou 5) por tentativas, ensaio e erro. Percebem-se duas formas principais de definir a experiência, uma baseada em métodos cognitivos e outra nos sentidos e na espontaneidade.

Etimologicamente vem da palavra latina *experientia* que significa prova, ensaio, tentativa e tem como elemento de composição *perig-*. Esse antepositivo define aquele que é perito, expert, que tem experiência adquirida através de experimentos, realizados a partir de

provas ou ensaios podem levar a riscos e perigos (cuja etimologia é a mesma), que só um perito pode minimizar.

Amatuzzi, M. (2007) pesquisa a palavra ‘experiência’ em vários idiomas (português, alemão, italiano, espanhol, francês e inglês) identificando utilizações em comum e diferenças de sentido entre elas. Duas formas de compreender a experiência se destacam: uma baseada no acúmulo cognitivo e outra no aspecto emocional. A primeira enfatiza aspectos objetivos e experimentais da experiência enquanto a outra a vivência emocional, subjetiva ou vivida.

O autor, de fundamentação fenomenológica, propõe que se acrescente um adjetivo a palavra experiência, para ressaltar a “realidade intencional mais profunda (anterior às formulações e elaborações conceituais)”. Para ele deveríamos falar então em “experiência imediata, experiência vivida, experiência vivencial ou mesmo experiência emocional”, que é vivida no presente.

Donna Orange (1995) traça um percurso epistemológico interessante sobre o conceito de experiência na psicanálise. Para ela duas concepções principais (o Realismo Científico e o Idealismo Contemporâneo) resultam em três posicionamentos diferentes sobre a experiência (os já citados anteriormente mais as Concepções Mistas).

Para a autora, o Realismo Científico tem como premissa básica que a verdade é exterior ao sujeito, a realidade externa é ponto de referência para as teorias de verdade. Segundo ela para o realista científico o que importa é aquilo que está fora, fora do sujeito, da realidade psíquica e é irredutivelmente *Dado (given)*. Já o Idealismo Contemporâneo defende que somos nós que criamos a experiência, logo a realidade e a experiência são mentais, ou de acordo com Orange *Construídas (made)*. Os que têm Concepções Mistas transitam entre esses dois modelos, incluindo a própria Orange.

Para ela, toda experiência é constituída pelo que é *Dado* e pelo que é *Construído*. O *Dado* se refere ao estado bruto, parcialmente não processado, e também pode incluir uma organização de experiências passadas. Por esse motivo, para a autora, o *Dado* é uma das condições epistemológica, lógica e psicológica que possibilitam a experiência.

A outra condição necessária para se possibilitar a experiência se relaciona ao

Construído, à organização subjetiva e relacional da experiência, em outras palavras, experienciar é organizar o *Dado*. Tal organização, porém não é apenas racional e consciente, já que fantasias, sonhos e narrativas são atividades organizadoras.

Para Orange (1995) um evento só se torna experiência se for processado emocionalmente no contexto histórico e intersubjetivo, isso faz da experiência um processo e não um produto final, em que o *Dado* e o *Construído* não são apenas polos da experiência, mas elementos que a constituem.

Ao considerar a experiência como uma constante interação ou diálogo entre o *Dado* e o *Construído*, que emerge dentro e entre subjetividades envolvidas em qualquer campo intersubjetivo, Orange compreende a experiência como experiência emocional e defende que esta consiste em interpretar ou organizar o *Dado* numa busca de sentido.

D.W. Winnicott (1975), em “A localização da experiência cultural” e em “O lugar em que vivemos”, trata da experiência de forma interessante. Para ele “desde o início o bebê tem experiências maximamente intensas no espaço potencial existente entre o *objeto subjetivo* e o *objeto objetivamente percebido*, entre as extensões do eu e o não-eu.” (pag.139)

A experiência para Winnicott(1975) se dá entre a realidade psíquica pessoal (ou interna) e o mundo real em que o indivíduo vive. Nesse espaço (chamado por Winnicott de Espaço Potencial) entre as duas áreas (realidade interna e externa) se potencializam as experiências do sujeito. Esta é considerada a terceira área e se refere à ‘experiência cultural’.

É esclarecedor o fato de Winnicott (1975) observar que no termo ‘experiência cultural’: “A ênfase, na verdade, recai na experiência.” (pag. 137-138), e diz respeito às experiências mais primitivas do bebê, quando suas capacidades vão se tornando ontogenicamente possíveis devido às adaptações sensíveis da mãe às suas necessidades. Se os cuidados maternos forem suficientes, se estabelece a construção da confiança pelo bebê, que lhe permitirão partir rumo à autonomia e à independência. A confiabilidade que o bebê adquire a partir daí lhe permite estabelecer com maior clareza os limites entre o eu e o não-eu, e diferenciar a realidade interna e realidade externa.

Em “Objetos transicionais e fenômenos transicionais” afirma que “a tarefa de aceitação da realidade nunca é completada, que nenhum ser humano está livre da tensão de relacionar a realidade interna e externa” e conclui que “o alívio dessa tensão é proporcionado por uma área intermediária de experiência que não é contestada” (Winnicott,1975,pag. 28-29).

Em “O lugar em que vivemos”, Winnicott(1975) afirma querer examinar o lugar em “que permanecemos a *maior parte do tempo* enquanto *experimentamos* (grifos nossos) a vida” (pag.145). Sua conclusão é que vivemos, em saúde, na terceira área, na zona intermediária entre a realidade interna e externa, e nela experienciamos nossa vida.

A experiência é compreendida como a organização de sentido para a relação entre o ambiente e o sujeito, ou seja, a realidade externa ou objetivamente percebida adquire significados específicos para o indivíduo, de acordo com suas vivências primitivas e subjetivas. Estas se dão na terceira área e potencializam mais experiências. Isso faz da experiência algo de natureza absolutamente pessoal e nos permite retornar ao conceito de drama de Georges Politzer(1929).

Politzer compreende que o drama só tem sentido ao se levar em conta o indivíduo em seu contexto e nos acontecimentos e circunstâncias pelos quais passa no decorrer de sua vida, trata-se de uma valorização do sujeito em primeira pessoa. É o Eu que define o contexto dramático das experiências de cada um de nós, apenas o Eu é capaz de construir um sentido para as próprias experiências.

O drama é o sentido relacionado a primeira pessoa, o que distingue radicalmente o fato psicológico de todos os fatos da natureza. Enfim, *a originalidade do fato psicológico é dada pela própria existência de um plano propriamente humano e da vida dramática do indivíduo que nele se desenrola.* (POLITZER, 1929, pag. 187)

Politzer destaca que o drama não é interior nem exterior, mas requer um lugar para desenrolar-se. Tal lugar não é “simplesmente o lugar de minha vida fisiológica e da minha vida biológica, é também o lugar de minha vida dramática.” (POLITZER, 1929,1994, pag. 187)

Para ele o espaço é o arcabouço do drama, e nele se organizam os sentidos de

determinada vivência para o indivíduo (na primeira pessoa). Para Politzer não há sentido em se definir o drama como interior ou exterior, mas ele ressalta que do ponto de vista lógico, o drama é ‘exterior’, pois é a partir dele que temos acesso ao conteúdo dramático do indivíduo. Tal acesso dá objetividade ao drama e o torna objeto de estudo da psicologia concreta.

O drama é um dos pilares da psicologia concreta, para Politzer: “O ato do indivíduo concreto é a *vida*, mas a vida singular do indivíduo singular, isto é, *a vida no sentido dramático do termo*”. (POLITZER, 1929, pag. 67) Tal *sentido dramático* é dado, portanto, a partir de situações e experiências do sujeito que são conceitualmente difíceis de definir, porém vividas com extrema naturalidade em nosso cotidiano e usuais no decorrer da prática clínica. Politzer enfatiza que a singularidade da experiência e o indivíduo em primeira pessoa são os fundamentos da psicologia concreta, para ele:

Essa singularidade também precisa ser definida de modo concreto e não do ponto de vista formal. O indivíduo é singular porque sua vida é singular e essa vida, por sua vez, só é singular pelo seu conteúdo: sua singularidade não é, pois, *qualitativa*, é *dramática*. A exigência da homogeneidade e da primeira pessoa será respeitada se as noções da psicologia permanecerem no plano desse “drama”: os fatos psicológicos deverão ser os segmentos da vida do indivíduo particular. (POLITZER, 1929, pag. 67)

Para Politzer o drama é original e não se caracteriza por elementos tomados separadamente da vida do homem, isso não descreve o drama. Para ele: “o drama implica o *homem* tomado em sua totalidade e considerado como o centro de certo número de acontecimentos que, por relacionar-se a primeira pessoa, têm sentido”. (POLITZER, 1929, pag. 187)

A forma pelo qual o drama é conhecido pelo outro é mediada pela narrativa. Para que o psicólogo possa interpretar o drama do indivíduo ele tem necessariamente de recorrer a mediações, ou organizações de sentido relacionadas à sua própria vida dramática. Tal mediação se dá através da narrativa e sua interpretação. O fato psicológico é, nesse

sentido, uma construção, já que tem vários sentidos e interpretações e são eles que permitem ao psicólogo entrar em contato com o conteúdo dramático envolvido na relação entre dois indivíduos.

Nos autores estudados nesse artigo, percebem-se algumas características comuns ao se discutir a experiência. A primeira delas é de natureza epistemológica e envolve o estabelecimento de uma teoria de verdade e de realidade, e a outra de natureza tópica, que busca pela localização da experiência. Ambas estão intimamente relacionadas e merecem nossa atenção para se compreender a experiência.

A questão da verdade é uma das maiores contribuições de Freud, que no desenvolvimento da psicanálise passou de uma posição realista para outra hermenêutica. Sua crença inicial na *Teoria da Sedução*, de que seus pacientes haviam sofrido algum tipo de violência sexual de figuras parentais, lhe trouxe problemas e indagações sobre a veracidade dos relatos de seus pacientes. Somente após deslocar a ênfase da realidade concreta para a de uma realidade psíquica, baseada em fantasias inconscientes é que a psicanálise se estabeleceu como teoria sólida. Riemenschneider (2004)

Tal posição de Freud leva a um questionamento epistemológico em relação teoria da verdade (termo utilizado por Orange (1995)) enquanto critério para se abordar a realidade do sofrimento psíquico. A partir de “A interpretação dos sonhos”, Freud (1900) não se importa se o relato trazido pelo sujeito ocorreu verdadeiramente ou não. Os eventos adquirem significado para o sujeito a partir de seu sentido dramático, não importa se tiveram realidade concreta ou não. Esse sentido dramático é a experiência.

A proposta de Amatuzzi (2007) de adjetivar a experiência (experiência vivida, experiência dramática) para compreendê-la é interessante, pois valoriza o aspecto atual e concreto da experiência, aproximando-se da perspectiva dramática de Politzer.

Orange (1995) oferece contribuições importantes sobre a experiência na psicanálise ao identificar a necessidade de se transitar entre o *Dado* e o *Construído*, reconhecendo que o apego a visões realistas ou idealistas não são capazes de oferecer uma compreensão da experiência. Porém carece de maior clareza ao se referir como se dá tal trânsito.

Winnicott (1975) torna-se fundamental nesse momento, pois trabalha exatamente no

espaço entre concepções realistas e idealistas, reconhecendo sua importância, mas propondo uma terceira área (a da experiência cultural) na qual a experiência efetivamente se dá.

Na terceira área atua o espaço potencial, que media a realidade interna e externa, potencializando uma experiência criativa e brincante do sujeito em relação ao seu ambiente.

Ao reconhecer aspectos de natureza subjetiva no ambiente, não é possível mais falar sobre a experiência apenas do ponto de vista de teorias de verdade, baseadas em noções epistemológicas realistas ou idealistas. Estamos de acordo com Bleger (1963) e consideramos que a experiência tem natureza intersubjetiva e se expressa em três áreas descritas por ele: mente, corpo e mundo externo. Essa é a dimensão da experiência em nossas vidas, e revela a organização dramática de nossas vidas a partir do concreto, do singular e do vivido, tal como refere Politzer (1928).

Chamou nossa atenção o fato de encontrarmos nos autores lidos uma preocupação com a localização da experiência. Para Politzer (1928), não faz sentido definir o drama como interior ou exterior, pois o que determina uma vivência como drama é que é vivido pela primeira pessoa. Ele, porém reconhece que do ponto de vista lógico, o drama é exterior, e assim temos acesso aos conteúdos dramáticos do sujeito que se manifestam concretamente.

Para Winnicott (1975), a experiência se dá no espaço entre a realidade interna e externa, mas mesmo reconhecendo que essa é constituída por elementos subjetivos, compartilhamos a experiência a partir da realidade objetivamente percebida.

A busca pela localização da experiência torna-se relevante na medida em que dá conta da necessidade cognitiva humana de identificar, reconhecer, localizar e nomear os eventos de nosso cotidiano, e na dificuldade que temos em compreender a natureza intersubjetiva de nossos vínculos, crenças e valores.

Esse tem sido o enfoque de nosso grupo de pesquisa, estudar e compreender como se dá a organização de campos de sentido afetivo-emocionais que interferem em nossos atos, que chamamos de imaginário coletivo.

Um dos grandes desafios enfrentados pela psicologia, segundo Politzer (1929), é desvencilhar-se de uma tradição clássica que pressupõe abstrações, significados convencionais e representações que pouco ou nada dizem sobre o sujeito.

Sua proposta para rumo à psicologia concreta baseia-se na valorização do drama. Para ele o drama é singular e relaciona-se às experiências do sujeito na primeira pessoa. Apenas o conteúdo dramático é capaz de oferecer ao psicólogo elementos concretos, através de uma narrativa, para a compreensão do sofrimento do sujeito.

O valor da psicanálise enquanto psicologia concreta reside justamente na busca de sentido de fenômenos psicológicos baseados no próprio relato do sujeito. Porém Politzer(1929) é crítico na apreciação das formulações metapsicológicas de Freud, considerando-as um retrocesso desnecessário à psicologia clássica.

A proposta politzeriana é baseada em um retorno à simplicidade da relação entre dois sujeitos, descartada pela psicologia clássica. A busca por tal simplicidade se revela uma grande dificuldade conceitual, pois leva a contradições que exigem maior atenção por parte dos pesquisadores que se propõem a tal tarefa. A simplicidade nesse caso é de natureza fenomenológica, pois trata de situações comuns com as quais nos deparamos todo o tempo, e que não damos a elas a devida atenção. Mas como observamos, nem sempre o que é simples em sua manifestação enquanto fenômeno tem a mesma simplicidade em sua organização conceitual. Podemos, portanto, afirmar que se trata de uma proposta que encontra no conceito de experiência da psicologia intersubjetiva elementos que esclarecem e ampliam nosso entendimento sobre o drama.

Tanto o drama quanto a experiência tem um sentido baseado em vivências singulares. A busca pelo sentido de determinada experiência na vida do sujeito é uma das principais características da psicanálise desde o início da produção freudiana, até suas tendências contemporâneas.

O drama e a experiência são acessíveis através de mediações entre a singularidade do indivíduo, outros indivíduos e o ambiente, o que dá a ambos características subjetivas e intersubjetivas, que fundamentam o imaginário coletivo.

Ao ler textos de Politzer fica evidente que sua busca pelo concreto é uma tentativa de desvencilhar-se de um idealismo ingênuo e simplificador. A proposta do drama como maneira de se compreender o fenômeno humano encontra na prática freudiana elementos

que aproximam a psicanálise da psicologia concreta.

Mas tanto para Politzer quanto para Freud, faltavam conceitos que ampliassem o estudo sobre o drama e sua natureza. A obra de Winnicott oferece possibilidades interessantes para a reflexão sobre o drama, ao estudar a experiência cultural, já que responde a questões epistemológicas e filosóficas que nos permite relacionar drama e experiência.

Referências

ABBAGNANO, N. (2012) *Dicionário de Filosofia*, Martins Fontes, Rio de Janeiro

AMATUZZI, M. (2007). *Experiência: um termo chave para a Psicologia*. Memorandum, 13, 08-15. Retirado em // , da World Wide Web <http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a13/amatuzzi05.pdf>

BLEGER, J (1963) *Psicologia De la conducta*, Paidós, Buenos Aires

BLEGER, J. (1965) *Psicoanálisis y dialectica materialista*, Paidós, Buenos Aires

FREUD, S. (1900) *A interpretação dos sonhos*, Ed. Standart Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, Imago, Rio de Janeiro, 1976

GABBI JR. O. (1998) em POLITZER, G. (1998) *Crítica dos fundamentos da psicologia – A psicologia e a psicanálise*, Ed. UNIMEP, Piracicaba

HOUAISS, A. (2009) *Dicionário da Língua Portuguesa*, Objetiva, Rio de Janeiro

ORANGE, D. (1995) *Emotional Understanding – Studies in Psychoanalytic Epistemology*, The Guilford Press, New York/London

POLITZER, G. (1998) *Crítica dos fundamentos da psicologia – A psicologia e a psicanálise*, Ed. UNIMEP, Piracicaba

RIEMENSCHNEIDER, F. (2004) *Da histeria... para além dos sonhos*, Casa do Psicólogo, São Paulo

WINNICOTT, D.W. (1975) *O brincar e a realidade*, Imago, Rio de Janeiro

O Imaginário Coletivo de Estudantes Franceses de Psicologia Acerca do Doente Mental

Miriam Tachibana

Thamy Ayouch

Daniel Beaune

Tânia Aiello Vaisberg

Pontifícia Universidade Católica de Campinas

Université Charles de Gaulle Lille 3

RESUMO

A literatura especializada sobre o ensino de Psicopatologia aponta a complexidade do processo de formar o futuro profissional, uma vez que se faz necessário não apenas transmitir conteúdos teóricos, como, também, favorecer o desenvolvimento de sensibilidade clínica. Assim, com o intuito de produzir conhecimento científico, que favoreça a formação do psicólogo, realizamos uma investigação psicanalítica sobre o imaginário coletivo de estudantes de Psicologia franceses, acerca do paciente de saúde mental. Para tanto, foi realizada uma entrevista coletiva, da qual participaram 17 alunos do último ano da graduação, em contexto de sala de aula. Para facilitar a comunicação emocional, utilizamos um recurso mediador-dialógico, o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, a partir do qual os estudantes foram convidados a desenhar, individualmente, “um indivíduo considerado louco”, bem como a inventar uma história sobre a figura desenhada. Após o encontro, os pesquisadores redigiram uma narrativa transferencial, sobre o acontecer clínico que, considerada juntamente com os desenhos-estórias, permitiu a produção interpretativa de campos de sentido afetivo-emocional ou inconscientes relativos. A partir dos campos “Isolado”, “Incurável”, “Perturbador” e “Narcisista”, observamos que, no imaginário estudado,

o louco, na medida em que visto como incurável, deve ser internado, seja porque sente necessidade de afastar-se, seja porque provoca angustia nos demais. Concluímos que o imaginário dos alunos encontra-se ancorado na lógica manicomial discriminatória, demandando um ensino de Psicopatologia que favoreça a transformação desses campos, tendo em vista permitir a superação deste posicionamento conservador.

Palavras-chaves: estudante de Psicologia; psicopatologia; saúde mental; imaginário coletivo.

O estudante de Psicologia e o fenômeno da loucura

O fenômeno da loucura já foi compreendido de diversas maneiras, ao longo da história da humanidade, de acordo com a concepção antropológica predominante em cada época. Em 1657, por exemplo, como vigorava a noção de que a loucura opunha-se à razão, constituindo fonte de desordem e de desorganização moral, foi fundado o Hospital Geral, em Paris, aonde os doentes mentais deveriam ser alojados junto aos que supostamente perturbavam a ordem social, como mendigos, portadores de doenças venéreas, dentre outros (FREITAS, 2004).

Nos anos seguintes, a França permaneceu sendo palco dos principais marcos históricos, em relação à loucura. Um deles refere-se à intervenção do médico francês Philippe Pinel, que, preocupado com a indistinção feita entre criminosos e doentes mentais, começou a descrever os comportamentos dos considerados loucos, o que fez com que fosse considerado pioneiro da Psiquiatria (MILANI e VALENTE, 2008).

Foucault (1972) analisa que, apesar da Psiquiatria ter sido desenvolvida como uma tentativa de oferecer tratamento aos doentes mentais, que, até então, estavam sendo simplesmente retirados do convívio social, por meio de internações, ela acabou reforçando a separação entre loucura e normalidade. Esta questão fica visível nos manuais psiquiátricos, nos quais os transtornos emocionais são identificados em termos de desvio social:

Relisons dans le DSM IV ce qu'il est dit des troubles de la personnalité: il est dit qu'il est un mode durable des conduites et de l'expérience vécue qui dévie notablement de ce qui est

attendu dans la culture de l'individu [...] qui est stable dans le temps et qui est source d'une souffrance ou d'une altération du fonctionnement (MEERBEECK, 2003, pp.33-34).³⁹

Entendemos que a grande ruptura epistemológica com a Psiquiatria deu-se a partir do nascimento da Psicanálise, que defendia a noção básica de que toda manifestação humana é dotada de sentido, mesmo que desperte a sensação de incompreensibilidade nos demais. Dentre os diversos autores que compõem a comunidade psicanalítica, destacamos o psicanalista inglês Donald Winnicott, para quem a sanidade e a loucura equivaleriam a um paradoxo (AIELLO-VAISBERG, 2007).

É justamente porque a concepção psicopatológica psicanalítica difere tão radicalmente daquela sustentada pela Psiquiatria, que o ensino da disciplina de Psicopatologia, ministrada nos cursos de Psicologia, é tão complexo. De um lado, há aqueles que, identificados com a Psiquiatria, defendem que, na disciplina de Psicopatologia, caberia descrever objetivamente os sinais e sintomas a serem identificados por um observador neutro e isento de subjetividade, para que, a partir daí, possa encaixar o seu paciente em uma categoria nosográfica (SERPA JUNIOR, LEAL e SILVA FILHO, 2007; CECARELLI, 2005).

De outro lado, há uma vertente que defende que o ensino da Psicopatologia demanda não apenas a transmissão de conteúdos teóricos, mas, principalmente, a introdução do aluno ao sofrimento emocional dos pacientes que se encontram em quadros psicopatológicos. Trata-se de uma perspectiva, da qual nós particularmente compartilhamos, de que o ensino da Psicopatologia pressupõe o desenvolvimento da sensibilidade clínica e da capacidade ética do aluno de Psicologia, em incluir o outro, justamente para que não assuma uma postura estereotipada e intelectualizada mediante o paciente que padece emocionalmente.

Compreendemos, desse modo, que:

³⁹ “Façamos uma releitura do que o DSM IV diz sobre os transtornos de personalidade: está escrito que seria um modo durável de condutas e de experiências vividas que desviam notadamente do que é esperado da cultura do indivíduo [...], que é estável no tempo e que é fonte de sofrimento ou de uma alteração do funcionamento” (tradução dos pesquisadores).

[...] tratando-se basicamente de propiciar o contato com experiências humanas carregadas de significado emocional, os obstáculos à aprendizagem são, desta feita, de ordem emocional e, não, como em outras áreas do conhecimento, de índole cognitivo-conceitual ou oriundos de falta de informação. Desse modo, as aulas práticas de psicopatologia devem ensejar um resgate da espontaneidade do aluno [...] (AIELLO-VAISBERG e MACHADO, 1996, p.241).

Com o intuito de favorecer esse processo complexo que configura o ensino da Psicopatologia, aos alunos de Psicologia, foi realizado, anteriormente, um estudo psicanalítico voltado aos estudantes de um curso de Psicologia de uma universidade brasileira, sobre como concebiam o doente mental (AIELLO-VAISBERG, 1999a). Na presente pesquisa, objetivou-se realizar o mesmo tipo de produção científica, enfocando, entretanto, estudantes de Psicologia franceses, que se encontram inseridos no cenário aonde foram vividos os grandes marcos da história da Psiquiatria. Desse modo, nesse estudo, objetivamos investigar psicanaliticamente o imaginário coletivo de estudantes franceses de Psicologia acerca do paciente considerado louco.

Encontrando um grupo de estudantes de Psicologia

Em nosso grupo de pesquisa CNPq “Atenção psicológica clínica em instituição: prevenção e intervenção”, temos desenvolvido pesquisas ao redor de um conceito metodológico, vale dizer, o de imaginário coletivo. Embora o termo “imaginário” seja usado por diferentes autores, dentre os quais Lacan e Castoriadis, vale ressaltar que, em nossa concepção, o imaginário coletivo refere-se ao conjunto de imagens, crenças e idéias que um determinado grupo sustenta, em relação a um certo fenômeno. Trata-se, desse modo, de manifestações subjetivas produzidas por um coletivo (AIELLO-VAISBERG; AMBROSIO, 2006).

Assim, no presente estudo, voltamo-nos para a investigação do imaginário coletivo de estudantes de Psicologia franceses, acerca do paciente considerado louco, como uma forma de identificarmos as produções imaginativas que este grupo sustenta, em relação ao doente mental. Para tanto, entramos em contato com estudantes que se encontravam no

último ano do curso de Psicologia de uma universidade pública, situada no norte da França⁴⁰.

Em contexto de sala de aula, convidamos⁴¹ os 17 estudantes que ali se encontravam para participarem de uma entrevista grupal para abordagem do sujeito coletivo (ÁVILA; TACHIBANA; AIELLO-VAISBERG, 2007). Trata-se de um enquadre desenvolvido especialmente para a investigação de imaginários coletivos, inspirado nas consultas terapêuticas do psicanalista inglês Donald Winnicott.

Em suas consultas terapêuticas, Winnicott (1970) fazia uso de um recurso mediador-dialógico, o jogo do rabisco, por meio do qual ele e seu paciente faziam rabiscos aleatórios, em uma folha de papel, que poderiam constituir um desenho. A partir deste brincar, Winnicott acreditava que a criança conseguia aproximar-se, de maneira mais relaxada, de diversos temas angustiantes, tendo a sua comunicação emocional favorecida.

No presente estudo, o recurso mediador-dialógico da entrevista grupal foi o Procedimento de Desenhos-estórias com Tema (AIELLO-VAISBERG, 1999), que já foi utilizado em diversas pesquisas psicanalíticas sobre os mais variados imaginários coletivos (TACHIBANA, 2011; RIBEIRO, TACHIBANA e AIELLO-VAISBERG, 2008; ÁVILA, TACHIBANA e AIELLO-VAISBERG, 2007). Desse modo, durante a entrevista, os estudantes foram convidados a realizarem, individualmente, um desenho segundo o tema “um indivíduo considerado louco” e, em seguida, inventar uma história para o que desenharam. Após a atividade, foi criado um espaço de diálogo em que os participantes puderam falar livremente sobre a atividade proposta, suas experiências iniciais em seus estágios clínicos, dentre outros.

Após a realização da entrevista, era necessário registrar aquilo o que fora vivido, de tal maneira que o texto pudesse ser lido, diversas vezes, permitindo o desenvolvimento de reflexões clínico-teóricas. Como partimos do paradigma intersubjetivo, compreendemos que esta comunicação deveria favorecer ao máximo a expressão das impressões, das associações e dos sentimentos despertados nos pesquisadores que realizaram a entrevista.

⁴⁰ Vale destacar que, na França, nos dois últimos anos do curso de Psicologia, os alunos são separados em especialidades, de acordo com o seu interesse. Dentre as diferentes especialidades, como a organizacional, a Psicologia do excepcional, a neurociência, dentre outras, há a de Psicopatologia psicanalítica. No presente estudo, os alunos abordados faziam exclusivamente parte da especialidade de Psicopatologia psicanalítica, o que significa que a sua formação estava toda voltada para o atendimento clínico de pacientes considerados doentes mentais.

⁴¹ Os pesquisadores que conduziram a entrevista foram Miriam Tachibana e Thamy Ayouch.

Assim, optamos pela redação de narrativas transferenciais, que não apenas já foram utilizadas em diversos estudos psicanalíticos, mas que, principalmente, já foram alvo de estudos diversos, visando compreender a sua potencialidade heurística (GRANATO e AIELLO-VAISBERG, 2004; AIELLO-VAISBERG e MACHADO, 2005).

Em seguida, o material clínico, composto pelos 17 desenhos-estórias dos alunos e as narrativas dos pesquisadores, foi compartilhado com o grupo de pesquisa dentro do qual este estudo foi desenvolvido, a fim de nos beneficiarmos da multiplicidade de olhares, tão desejada no paradigma científico intersubjetivo.

Desse modo, em contexto de grupo, o material foi considerado psicanaliticamente, isto é, interpretativamente, a fim de produzirmos o que temos denominado de “campos de sentido afetivo-emocional”. Trata-se de um conceito, desenvolvido a partir dos conceitos de “campo” de Bleger (1963) e de Herrmann (2001), que se refere à noção de que toda manifestação humana emerge em um campo, responsável em reger as suas regras lógico-emocionais. Assim, os campos de sentido afetivo-emocional equivaleriam às leis que sustentam a produção dos imaginários (AIELLO-VAISBERG e MACHADO, 2005).

Os campos de sentido afetivo-emocional

A partir da leitura interpretativa dos 17 desenhos-estórias, foi possível captar quatro campos de sentido afetivo-emocional.

O primeiro campo, denominado “Isolado”, pôde ser observado em todos os desenhos-estórias. Refere-se à crença de que o louco é uma pessoa solitária, que não se relaciona com os outros, figurando como um excluído social. Pôde-se observar esse campo não apenas por meio dos desenhos, em que o indivíduo era sempre retratado sem pessoas ao seu redor, mas, também, a partir de algumas histórias, que traziam o isolamento associado à hospitalização.

A seguir, apresentamos uma produção gráfica, na qual aparece um rapaz, com um semblante nitidamente triste, atrás de grades de uma janela de uma instituição psiquiátrica:



“O isolamento de uma pessoa considerada louca.

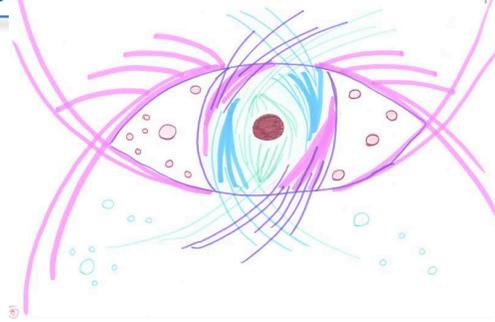
Por seu bem, nós o cercamos, para que ele possa ser cuidado”

Dentro desse campo de sentido afetivo-emocional “Isolado”, foi possível observar que as produções gráficas poderiam ser organizadas em três subcampos, sendo que em cada um deles

havia um imaginário específico sobre o que motiva o isolamento do sujeito considerado louco.

Assim, o segundo campo de sentido afetivo-emocional, intitulado “Incurável”, é regido pela regra lógico-emocional de que o doente mental é aquele que se encontra tão desvitalizado e passivo que não apresentaria progressos em sua vida. Vê-se, dessa maneira, que, no imaginário coletivo dos estudantes, o louco seria um sujeito inacessível, demandando, como única solução, o enclausuramento hospitalar.

Para ilustrar, selecionamos o desenho-estória abaixo:



“Esta pessoa é louca em sua dificuldade de gerar seus medos, seus deveres, seu amor, sua dualidade e seu viver, vivendo um eterno recomeço, que a suga e a deixa alienada em sua loucura. Ele levanta questões para as quais não há respostas ou soluções. Assim, deve ser levado a um endereço especial, um local onde poderá ficar melhor”.

O terceiro campo de sentido-afetivo emocional, denominado “Perturbador”, é definido pela crença de que ser louco é provocar a angústia no outro, despertando-lhe a sensação de enlouquecimento. Assim, no imaginário coletivo do grupo estudado, o indivíduo considerado doente mental pode despertar, no outro, a sensação de invasão, contaminando-o com o seu sofrimento emocional.

No seguinte desenho-estória, no qual aparece um olho, essa questão fica evidente:

“Se o olho é o reflexo da alma, aqui está o homem que me olha. Intrigante e transbordante, ele explode e me invade com a sua loucura. Meu olhar e o dele acabam se misturando (...).

Esse olho de causa medo, me deixando inquieta. O que me diz esse olho?

Sou eu quem ele olha ou sou eu que o olha? Quem sou eu?”

O quarto campo de sentido afetivo-emocional, nomeado “Narcisista”, é regido pela

regra lógico-emocional de que ser louco é não conseguir lidar com as exigências do mundo, assumindo uma postura retraída como estratégia de sobrevivência emocional. Assim, o indivíduo considerado doente mental seria isolado socialmente porque ele teria sido incapaz de relacionar-se com o mundo, adotando um movimento narcisista. Para ilustrar, selecionamos o seguinte desenho-estória, em que aparece uma pessoa bastante curvada, dentro de um círculo, que a mantém distante dos outros, que se encontram fora dele.

“Esta é a história de uma pessoa que não conseguiu encontrar suas satisfações no mundo. É a história de uma vida em que o ser retornou para onde se sentia seguro. Como não conseguia administrar seus sentimentos e suas frustrações, fechou-se, de modo tão incompreensível, como numa fuga”.



Dialogando com os campos de sentido afetivo-emocional

Para “dialogarmos” com os campos de sentido afetivo-emocional, cabe lembrarmos, como bem pontua Bleger (1963), qual foi o enquadre a partir do qual esses campos emergiram. Se pensarmos que os participantes eram todos estudantes do último ano do curso de Psicologia, que estavam se especializando em Psicopatologia psicanalítica e realizando atendimentos clínicos supervisionados em equipamentos de saúde mental diversos, é surpreendente o fato de que, em nenhum dos desenhos-estórias, tenha sido associado, ao louco, a figura do psicólogo. É como se, por meio das produções gráficas, os alunos tivessem nos comunicados a sua crença de que o indivíduo que se encontra, num quadro psicopatológico, não corresponderia a um paciente a ser beneficiado pela clínica psicológica.

Esse imaginário fica maximamente presente no campo “Incurável”, em que o louco é tido como um paciente emocionalmente estagnado, a quem só caberia a hospitalização. Por

um lado, podemos pensar que esse imaginário dos alunos esteja ancorado na leitura freudiana clássica de que a psicose seria inalisável (FREUD, 1923).

Por outro lado, cabe pensarmos que, talvez, os estudantes tenham associado os doentes mentais, a instituições hospitalares, devido a uma sensação pessoal de impotência. É como se o grupo estudado tivesse nos comunicado, por meio da imagem do louco institucionalizado, sua desesperança, tanto em relação à evolução do paciente tido psiquiátrico, quanto em relação a sua capacidade de sustentá-lo, favorecendo o seu desenvolvimento emocional.

Independentemente se o “fracassado”, nesta relação estabelecida entre o estudante de Psicologia e o paciente considerado doente mental, seria o primeiro ou o segundo, observamos que, no imaginário coletivo dos participantes, esse vínculo seria fadado ao fracasso. Trata-se de uma questão que fica bastante evidente no campo “Perturbador”, em que o louco é tido como alguém que desperta a sensação de enlouquecimento nos outros: é como se, ao invés dos outros serem capazes de auxiliá-lo, ocorresse o contrário, com os outros enlouquecendo junto com ele, tal como num contágio.

É interessante destacar que, durante a entrevista coletiva, de fato os alunos comentaram, espontaneamente, que se sentiam desconfortáveis quando seus pacientes doentes mentais ficavam olhando-os fixamente, fazendo com que se sentissem eles próprios os pacientes de seus pacientes. Nesse momento, um dos alunos até comentou que, para fazer frente à sensação de angústia que o acometia, ele fazia anotações, em um pequeno caderno que carregava consigo. Nessa hora, toda a sala ficou bastante interessada, perguntando-lhe mais sobre essa estratégia que ele havia criado, denotando claramente o mal-estar emocional frente ao paciente tido como louco, como se, para estar com ele, fosse necessário um “escudo”.

Em relação ao último campo, “Narcisista”, em que o louco é concebido como alguém que se afasta dos outros, num retraimento emocional, vemos que, no imaginário coletivo dos alunos, seria o doente mental o maior responsável pelo seu isolamento social. Desde esta perspectiva, não seria a sociedade quem excluiria os doentes mentais, internando-os em instituições, considerando-os não cidadãos desvitalizados e improdutivos ou figuras emocionalmente ameaçadoras, como notamos nos campos anteriores: seria o próprio doente quem estaria se retirando da sociedade, mantendo-se numa postura alienada.

Observamos assim que, no imaginário do grupo estudado, o doente mental não

seria vítima de exclusão social, sofrendo por estar às margens da sociedade. Além disso, o ambiente tampouco teria falhado com esse indivíduo, promovendo o seu quadro psicopatológico, uma vez que teria sido ele que não teria conseguido administrar seus sentimentos e frustrações, como se o problema decorresse de seus “conteúdos internos”.

Desde esta perspectiva, pode-se pensar que os estudantes apresentaram a crença de que o doente mental desejaria a internação ou não se importaria em ficar hospitalizado, já que ele próprio estaria desconectado do ambiente vivido. Trata-se de um imaginário que pode estar articulado com o discurso dos especialistas da área de saúde mental, que são a favor da hospitalização, dentre os quais destacamos Laugier e Toliou (2009): segundo eles, a internação em hospitais psiquiátricos pode fazer com que os pacientes se sintam protegidos, em relação ao mundo, como se os muros hospitalares complementassem as suas defesas frágeis.

Considerações finais

A partir deste estudo, observamos que, no imaginário coletivo dos estudantes franceses de Psicologia, o indivíduo considerado louco é concebido como um ser isolado, que muitas vezes demanda ser hospitalizado, ora porque é invasivo com os outros, ora porque encontra-se desvitalizado e inacessível aos outros, ora porque ele próprio parece ter escolhido isolar-se do mundo.

Podemos pensar que, talvez, esse imaginário esteja fortemente ancorado no imaginário predominante, nos séculos anteriores, em que, ao doente mental, caberia a internação, de modo que a cronificação de seu quadro não ocorresse em contato direto com a população em geral (BING, 2007; CARVALHO e COSTA, 2007; SILVEIRA e THEISEN-SIMANKE, 2009).

Vemos, desse modo, que, a despeito de todos os esforços atuais para diminuir a distância entre a normalidade e a loucura, a lógica manicomial parece fazer parte do imaginário coletivo dos estudantes de Psicologia. Como destacam Nunes e Torrenté:

Muitos dos esforços dirigidos à mudanças das formas de cuidado e às estratégias de inclusão social de pessoas portadoras de transtorno mental têm tido como perspectiva garantir-lhes um novo lugar na sociedade [...]. Apesar desse investimento de uma política de saúde mental, transformações

culturais não acontecem na sociedade em resposta imediata a mudanças de legislação (...) (NUNES e TORRENTÉ, 2009, p.102).

Vemos, dessa maneira, que, apesar do curso de Psicologia, em especial a disciplina de Psicopatologia psicanalítica, transmitir conhecimentos, aos alunos, acerca da continuidade que haveria entre normalidade e loucura, visando desenvolver neles a capacidade ética de incluir o doente mental, é necessário recorrer a estratégias que não sejam meramente informativas. Conforme observado na presente pesquisa e em estudo realizado anteriormente (AIELLO-VAISBERG, 1999b), vê-se a necessidade de estratégias que favoreçam que os estudantes entrem em contato com os seus imaginários (muitas vezes camuflados em discursos politicamente corretos, apreendidos em sala de aula), para que, a partir daí, possam vivenciar verdadeiras transformações de imaginários.

REFERÊNCIAS

AIELLO-VAISBERG, Tânia Maria José. **Encontro com a loucura: transicionalidade e ensino de psicopatologia**. 1999a. 342p. Tese (Livre-Docência) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

AIELLO-VAISBERG, Tânia Maria José. O uso do objeto “teoria: desconstrução e mudança de representações sociais de estudantes de Psicologia sobre o doente mental. **Interações**, São Paulo, v.4, n.7,77-97, 1999b.

AIELLO-VAISBERG, Tânia Maria José. **Paradoxo e loucura: a radicalidade do pensamento psicopatológico de D.W. Winnicott**. Trabalho apresentado no XVII Encontro Latino-Americano sobre o pensamento de D.W.Winnicott, 2007.

AIELLO-VAISBERG, Tânia Maria José; AMBROSIO, Fabiana Follador. Os imaginários como mundo transicionais. In _____ (Orgs). **Cadernos Ser e Fazer: os imaginários como mundos transicionais**. São Paulo: IPUSP, 2006.

AIELLO-VAISBERG, Tânia Maria José; MACHADO, Maria Christina Lousada. Transicionalidade e ensino de Psicopatologia: pensando “aulas práticas” com Winnicott. In CATAFESTA, Ivonise Ferandes da Motta (Org.). **O verdadeiro e o falso: a tradição**

independente na Psicanálise contemporânea (pp.239-252). São Paulo: IPUSP, 1996.

AIELLO-VAISBERG, Tânia Maria José; MACHADO, Maria Christina Lousada.

Narrativa: o gesto do sonhador brincante. Trabalho apresentado no Congresso Estados Gerais da Psicanálise, Rio de Janeiro, RJ.

ALVERGA, Alex Reinecke; DIMENSTEIN, Magda. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface**, Botucatu, v.10, n.20, 299-316, 2006.

ÁVILA, Camila Ferreira; TACHIBANA, Miriam; AIELLO-VAISBERG, Tânia Maria José. Qual é o lugar do aluno com deficiência? O imaginário coletivo de professores sobre o aluno com deficiência. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v.18, n.39, 155-164, 2008.

BING, François. Folie et guérison: elements d'histoire. **Figures de la Psychanalyse**, v.1, n.15, 131-137, 2007.

BLEGER, José. **Psicologia da conduta** (Tradução de Emília de Oliveira Diehl). Porto Alegre: Artes Médicas, 1984. 138p.

CARVALHO, Isalena Santos; COSTA, Ileno Izídio; BUCHER-MALUSCHKE, Júlia. Psicose e sociedade: intersecções necessárias para a compreensão da crise. **Revista Mal-estar e subjetividade**, Fortaleza, v.7, n.1, 163-189.

CECCARELLI, Paulo. O sofrimento psíquico na perspectiva da Psicopatologia Fundamental. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.10, n.3, 471-477, 2005.

FOUCAULT, Michel. **Histoire de la folie à l'âge classique**. Paris: Gallimard, 1972.

FREITAS, Fernando Ferreira Pinto de. A história da Psiquiatria não contada por Foucault. **Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, 75-91, 2004.

FREUD, Sigmund. Neurose e psicose. **Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, volume XIX, 1923.

GRANATO, Tania Mara Marques; AIELLO-VAISBERG, Tânia Maria José. Tecendo a pesquisa clínica em narrativas psicanalíticas. **Mudanças psicologia da saúde**, São Bernardo, v.12, n.2, p.253-271, 2004.

HERMMANN, Fabio. **Introdução à teoria dos campos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 211p.

LAUGIER, Françoise; TOLIOU, Anastasia. Penser les soin spécifiques des patients institutionnalisés au long cours. **Psychothérapie**, v.29, n.3, 175-186, 2009.

MEERBEECK, Philippe Van. Comment penser les folies actuelles? **Cahier de Psychologie Clinique**, v.3, n.21, 23-45, 2003.

MILLANI, Helena de Fátima Bernardes; VALENTE, Maria Luisa de Castro. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. **Revista Eletrônica de Saúde Mental, Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v.4, n.4, 1-19, 2008.

NUNES, Mônica; TORRENTÉ, Maurice de. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.43, n.1, 101-108, 2009.

RIBEIRO, Diana Pancini de Sá; TACHIBANA, Miriam; AIELLO-VAISBERG, Tânia Maria José. A experiência emocional do estudante de Psicologia frente à primeira entrevista clínica. **Aletheia**, Canoas, 28, 135-145, 2008.

SERPA, Octavio Domont de Serpa; LEAL, Erotildes Maria; LOUZADA, Rita de Cássia Ramos; SILVA FILHO, João Ferreira da. A inclusão da subjetividade no ensino da Psicopatologia. **Interface**, Botucatu, v.11, n.22, 207-222, 2007.

SILVEIRA, Fernando de; SIMANKE, Richard Theisen. A Psicologia em História da Loucura de Michel Foucault. **Fractal**, Niterói, v.21, n.1, 23-42, 2009.

TACHIBANA, Miriam. **Fim do mundo**: o imaginário coletivo da equipe de enfermagem acerca da gravidez interrompida. 2011. 167p. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

WINNICOTT, Donald Woods. **Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil**. (Tradução de Joseti Marques Xisto Cunha). Rio de Janeiro: Imago editora, 1970. 426p.

O Método Psicanalítico como Abordagem Qualitativa: Considerações Preliminares

Rafael Aiello-Fernandes

Fabiana Follador Ambrósio

Tânia Maria José Aiello Vaisberg

PUC-Campinas

Resumo: Este artigo parte do reconhecimento de que a dimensão metodológica da psicanálise tem primazia sobre a doutrinária e a terapêutica, conforme a teoria herrmanniana dos campos. Examina o campo da pesquisa qualitativa em psicologia, para defender a idéia de que a psicanálise deve conquistar espaço em periódicos científicos qualitativos, ao lado de outras perspectiva metodológicas, para afirmar-se como abordagem dotada de poder heurístico demonstrável.

Palavras-chaves: método psicanalítico, pesquisa psicanalítica, pesquisa qualitativa

Abordamos aqui um tema complexo de modo preliminar, visando iniciar uma discussão que, a nosso ver, é atualmente necessária. Adotaremos um recorte, na tentativa de bem focalizar a questão, que pela via da consideração da pesquisa psicanalítica que se realiza no âmbito de programas de pós-graduação *strictu sensu* da área da psicologia, em nosso país. Nossa opção se justifica por dois motivos: pela importância institucional desses programas, no cenário da produção científica nacional e por nossa própria inserção, como integrantes de um Grupo de Pesquisa PUC-Campinas/CNPq, intitulado “Atenção Psicológica

Clinica em Instituições: Prevenção e Intervenção”.

Na abertura do importante evento intitulado “Estados Gerais da Psicanálise, realizado no ano 2000, em Paris, Roudinesco mencionou, com clara deferência, a importância de que nos departamentos e programas de psicologia clínica brasileiro a psicanálise vem encontrando ambiente propício ao seu desenvolvimento (Major, 2003). A nosso ver, esta menção faz jus ao que se pode constatar examinando a produção de teses e dissertações defendidas no país, seja consultando aquelas fisicamente disponíveis nas bibliotecas, seja acessando as mais recentes nos sites das universidades ou da própria Capes. Deste modo constataremos que a produção é expressiva e aborda variadas questões relativas ao conhecimento psicanalítico e ao uso do seu método em contextos institucionais variados.

Entretanto, é oportuno lembrar que a psicologia é oficialmente considerada, no Brasil, pelo Ministério da Educação e pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação, como ciência humana. Entretanto, esta definição evidentemente não retrata o fato real de se constituir como um saber de fronteira, entre as ciências humanas e sociais e as ciências biológicas. Tal condição gera polêmicas, ora contribuindo ou dificultando o processo de produção de conhecimento.

Durante décadas predominou largamente, no campo da psicologia, um tipo de pesquisa que vem sendo designada como quantitativa, positivista ou objetivo. Trata-se de trabalhos que se aproximam do modo pesquisar característico do campo biológico. Na psicologia, tal perspectiva exige que consideremos a vida humana em termos de “*behaviour*”, daí decorrendo uma busca contínua por reduzir, simplificar e abstrair o acontecer humano, com vistas a chegar à enunciação de leis gerais. O objetivo de descoberta de leis universais vincula-se estreitamente com uma relativa desconsideração dos contextos específicos e locais em que ocorrem as manifestações humanas.

As chamadas pesquisas quantitativas visam, basicamente, chegar à percepção de ocorrência de correlações entre eventos. Trabalhamos segundo esta visão quando, por exemplo, investigamos o fenômeno de busca de internação psiquiátrica, adotando um desenho de pesquisa centrado na análise de conteúdo de questionários abertos, utilizados para a abordagem dos acompanhantes. Esta estratégia, que se apoiou num teste estatístico muito simples e conhecido, o “qui” quadrado, permitiu-nos perceber que, em tempos de escassez de vagas hospitalares, são bem sucedidos em seus intentos os familiares de sexo masculino que apresentam queixas contra mulheres taxadas como agressivas ou refratárias à execução de serviço doméstico. Estas queixas impressionavam, no sentido de convencer o plantonista a conceder a vaga pretendida, tanto psiquiatras de sexo masculino como de sexo feminino (Aiello-Vaisberg, 1986). Este exemplo parece suficiente para mostrar que a visão chamada objetiva pode permitir algumas percepções importantes e até mesmo surpreendentes – no caso citado, organizamos uma metodologia positivista que não pressupunha, de saída, diferenças de gênero entre “loucos” e “loucas”, mas que foi capaz de revelar esta situação de modo claro e confiável.

Contudo, este tipo de pesquisa talvez não seja realmente adequado considerar que este tipo de investigação como estritamente psicológica, e sim como um levantamento psicossocial provavelmente muito útil. Permanece, entretanto, bastante afastado do estudo da experiência humana vivida por indivíduos e grupos, que, a nosso ver, corresponde ao objeto que define a psicologia. De todo o modo, este tipo de estratégia investigativa predominou no campo psicológico até os anos oitenta, quando uma nova visão de pesquisa começou a emergir, no campo das ciências humanas e sociais, como alternativa possível à hegemonia positivista. Referimo-nos, aqui, ao que vem sendo conhecido como pesquisa qualitativa, expressão talvez não muito feliz, que designa investigações intersubjetivas ou compreensivas. Este tipo de pesquisa deixa de tomar o “*behaviour*” como alvo para se concentrar no estudo interpretativo, na compreensão, da ação e da experiência humana (Parker, 2006) segundo um reconhecimento de que esta compreensão exige a consideração dos contextos vinculares, sociais, econômicos, históricos e culturais.

A emergência deste novo modo de fazer pesquisa nas ciências humanas seguiu de perto mudanças importantes do campo social, relativas aos chamados movimentos sociais, por meio dos quais minorias passaram, ao final do século vinte, a reivindicar seus direitos. O caso emblemático talvez seja o movimento feminista, mas há que lembrar a luta pelos direitos das pessoas com deficiências, dos afro-descendentes, dos homossexuais e dos pacientes psiquiátricos, entre outros. Tais movimentos destacaram problemáticas humanas para cujo encaminhamento não contribuía, de modo significativo, o conhecimento produzido pelas pesquisas positivistas. É fácil perceber porque: a abstração dos contextos concretos de emergência dos comportamentos dificulta que a discussão possa ir além do que talvez deva ser denominado como psicofisiologia comportamental.

A pesquisa qualitativa vem se desenvolvendo, internacional e nacionalmente, caracterizando-se pelo fato de exigir a explicitação de pressupostos teóricos pois, diferentemente dos positivistas, congrega pesquisadores que não acreditam na possibilidade de alcance de neutralidade e objetividade, questionando a crença na possibilidade de se produzir uma representação clara e imediata do objeto pesquisado. Rigor, na perspectiva qualitativa, decorre do cultivo da explicitação dos pressupostos e nunca da defesa da possibilidade de desapego total de todo e qualquer pressuposto.

São hoje várias as abordagens metodológicas qualitativas utilizadas: etnografia, fenomenologia, pesquisa-ação, análise de conteúdo, análise de discurso, abordagem narrativa, abordagem sócio-histórica e outras. Ora, do ponto de vista lógico, caberia, evidentemente, incluir a psicanálise entre os referenciais qualitativos, se levarmos em conta o que esta disciplina vem desenvolvendo em termos de conhecimento sobre o ser humano.

Entretanto, a presença tímida da psicanálise nos periódicos internacionais de pesquisa qualitativa e nos manuais importantes, como Denzin e Lincoln (2005) e na

interessante obra de Kirk e Muller (1986), não pode deixar de causar impacto. Se percorrermos os números da revista *Recherches Qualitatives*, da Universidade do Québec, disponível na web desde 1999, ficaremos surpresos ao constatar que não chegam a cinco, em cerca de trezentos, os artigos que fazem uso do método psicanalítico.

Por outro lado, talvez muito mais grave do que a ausência pura e simples do referencial psicanalítico, no campo das pesquisas qualitativas, seja o fato de que, quando aí comparece, figura como “doutrina”, como “corpo teórico” estabelecido e fixo e não, como deveria ser, como método investigativo. Um dos textos que deixa este problema muito claro é um capítulo que um dos mais importantes autores de trabalhos sobre metodologia qualitativa, Ian Parker(2006), dedica à apresentação dessa abordagem, considerando explicitamente que pode figurar ao lado de outras metodologias tais como a etnografia, a análise de discurso, a abordagem narrativa e a pesquisa-ação. Neste texto, o autor começa recomendando muita atenção no uso da psicanálise porque esta tenderia inerentemente a fortalecer visões que culpam as vítimas de situações sociais opressoras por seus próprios infortúnios! Chega, mesmo, a afirmar que a psicanálise pode se constituir como ideologia que justifica a exploração econômica característica do sistema capitalista.

Nota-se, nas formulações que convergem com as desse autor, que não apenas derivam do temor de que a psicanálise sirva para a psicopatologizar e responsabilizar vítimas, como também de um certo entendimento da noção de inconsciente, que poderia favorecer um verdadeiro desrespeito aos participantes. Trata-se, evidentemente, de preocupação compreensível num contexto epistemológico e ideológico que tem como bandeira retirar-los da condição de objetos a serem examinados, avaliados e medidos. Em outros termos, advertem quanto ao risco da visão de motivações inconscientes poder ser usada de modo provocar uma invalidação social daquilo que as pessoas comunicam nas entrevistas de pesquisa.

Ora, se a defesa de atitudes de respeito e consideração em relação aos participantes

de pesquisas, que se realizam a partir de um modelo intersubjetivo de produção de conhecimento, são, em si mesmas louváveis, há que ponderar que vinculá-las à necessidade de rejeição da dimensão inconsciente revela desentendimento sobre a contribuição essencial da psicanálise.

Entretanto, não podemos deixar de admitir, como psicólogos psicanalistas, que o mal-entendido tem suas raízes no modo como muitos, psicanalistas e não-psicanalistas, concebem a psicanálise. De fato, quando a identificam a um conjunto estabelecido de doutrinas, adentramos facilmente num campo marcado pelo dogmatismo e pelo autoritarismo, que podem ser associados a idéias de desconsideração e invalidação da expressão do outro. Confundir a psicanálise com um conjunto imutável de teorias corresponde, a nosso ver, num verdadeiro atentado contra sua potencialidade heurística, contra sua possibilidade de produzir conhecimento significativo sobre o humano.

Graças às convincentes, rigorosas e fundamentas formulações de Herrmann (1979), não temos dúvidas acerca do acerto da afirmação segundo a qual a psicanálise consiste, essencialmente, num método de investigação sobre processos concretos e encarnados de produção de sentidos emocionais. Esta concepção, que nos parece preciosa, segue gerando frutos e sustentando propostas investigativas de fenômenos que ocorrem dentro e fora de enquadres de atendimento clínico.

A nosso ver, o melhor casamento entre a psicanálise e a universidade se dá quando a primeira é adotada como método, sem obrigar adesão antecipada a teorias específicas. Isso é fundamental, porque não existe possibilidade de chegar ao novo se estamos comprometidos com a defesa desta ou daquela teoria instituída. É preciso que seja possível colocar a teoria instituída entre parênteses, em estado de suspensão, para que o novo possa emergir – justamente o mesmo movimento que o bom clínico utiliza na relação com seu paciente. A psicanálise como método viabiliza a única articulação verdadeiramente fecunda com a pesquisa universitária, na medida em que esta última se define exatamente pelo cultivo de liberdade para rejeitar antigas idéias quando novos conhecimentos

colocarem-nas em cheque. Trata-se, vejam bem, de combater modos submissos de lidar com o já estabelecido.

Mas o que se apresenta hoje como pesquisa academica psicanalitica? Fabio Herrmann (20XX) pronunciou-se sobre os tipo de trabalho que, no contexto acadêmico, definem-se como psicanalíticos, organizando claramente este campo. O que temos acompanhado, na universidade, sao diferentes modalidades investigativas, diferentes tipos de pesquisas que se reivindicam como psicanalíticas. Uma delas consiste em estudos ditos “teóricos” sobre textos psicanalíticos; outra corresponde a pesquisas positivistas que abordam temas psicanalíticos; finalmente, o terceiro tipo é composto por trabalhos que fazem uso do método psicanalítico, dentro ou fora de dispositivos de atendimento.

O primeiro tipo de pesquisa corresponde a trabalhos com textos. Nestes o método é o da hermenêutica, seja este bem ou mal definido. Na nossa experiência, são raras, no campo da psicologia, boas descrições do método hermenêutico. Exceção interessante é o trabalho de Campos (que defendeu doutorado sobre representação e afeto no segundo modelo tópico e pulsional freudiano. O texto psicanalítico é, aí, objeto de estudo. Estas investigações são importantes, mas, como se vê, versam sobre psicanálise.

O segundo tipo de pesquisas se alinha segundo os pressupostos da perspectiva quantitativa. Aqui são comuns o uso de instrumentos como testes e escalas. Sintonizado com esta tipo de proposta , há um texto bastante didático, no qual Simon (1993) defende que a clinica psicanalítica seria um campo fértil de hipóteses que deveriam ser rigorosamente examinadas a partir de um desenho de pesquisa quantitativa.

O terceiro tipo de pesquisa se define pelo uso do método psicanalítico, dentro ou fora de *settings* de atendimento. Para dialogarmos com pesquisadores das ciências humanas, conquistando espaço em periódicos que valorizam metodologias qualitativas, deveríamos

considerar tais iniciativas como “pesquisa qualitativa com método psicanalítico”.

As bases desse terceiro tipo de pesquisa estão bem estabelecidas, tanto numa vertente propriamente clínica, como na vertente denominada clínica extensa, que corresponde à investigação da sociedade e da cultura (Herrmann,1979; cotidiano). Temos optado por realizar nossas investigações segundo esta configuração, que se presta bem aos nossos interesses, que incluem tanto a pesquisa extensa de imaginários coletivos e da experiência emocional de indivíduos e grupos vítimas de preconceitos, exclusão e humilhação social, como o estudo da potencialidade mutativa de enquadres diferenciados, por meio dos quais visamos fundamentar atendimentos psicológicos em contextos institucionais públicos, ampliando o alcance terapêutico do método psicanalítico.

No campo da psicologia, a pesquisa sobre potencialidade mutativa, ou eficácia clínica, pode ser feita de muitos modos, de modo positivista, mensurando mudanças, ou fenomenológico, por meio de entrevistas e depoimentos dos participantes. Fundamentando-nos na teoria dos campos, temos realizado, na Universidade de São Paulo, pesquisa sobre eficácia clínica de enquadres diferenciados, acompanhando sessões em termos de apreciação da sucessão de campos ou inconscientes relativos.

Nas pesquisas sobre imaginários coletivos e experiência emocional de pessoas excluídas, temos realizado entrevistas individuais e entrevistas coletivas, organizadas em termos do uso de recursos mediadores tais como o procedimento de desenhos estórias com tema, como dramatizações, narrativas interativas e outras. Estes recursos não são usados como testes para avaliação, a moda da pesquisa positivista, mas segundo as linhas do jogo winnicottiano do rabisco. Focalizamos imaginários sobre loucos, deficientes, obesos, crianças adotadas, adolescentes, idosos, negros, homens tal como concebidos por diferentes grupos. Passamos a estudar, mais recentemente, a experiência emocional das vítimas sociais. Consideramos o material clínico resultante e em termos da produção interpretativa de campos de sentido afetivo-emocional, o que permite a produção de

conhecimento compreensivo e concreto que pode contribuir para a transformacao da vida de individuos, grupos e comunidades.

Referências

Aiello-Vaisberg, T.M.J. in Tsu, T. A Internação Psiquiátrica e o Drama das Famílias. São Paulo, EDUSP/Vetor,1986.

Campos, E. B.V. Representação e Afeto no Segundo Modelo Tópico e Pulsional Freudiano. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo,2009.

Denzin, N.K. e Lincoln, Y.S. Qualitative Research. London, Sage, 2005.

Herrmann, F. O Método da Psicanálise. São Paulo, EPU, 1979.

Herrmann, F. Andaimos do Real: Psicanálise do Cotidiano. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2001.

Kirk, J. e Miller, M.L. Reliability and Validity in Qualitative Research, London, Sage, 1986.

Major, R. Etats généraux de la psychanalyse, Juillet 2000. Paris, Aubier Montagne, 2003.

Parker, I. Qualitative Research. In P. Banister et al Qualitative Methods in Psychology: A Research Guide. London, Open University Press, 2006

Simon, R. Pesquisas Combinando Técnicas Projetivas e Psicanálise. In Lino da Silva, M.E. (org) Investigações em Psicanálise. Campinas, Papirus, 1993.

Estilo Clínico Ser e Fazer e Entrevistas Terapêuticas para Abordagem de Personalidades Coletivas

Roberta Elias Manna

Marcelo Soares da Cruz

Tania Maria José Aiello Vaisberg

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

Resumo Considerando a abordagem do sofrimento contemporâneo, tal como tem lugar em países em que a maior parte da população vive em condições de precariedade social, cunhamos uma proposta clínica que deu origem a práticas atualmente conhecidas como “estilo clínico *Ser e Fazer*”. Estas vem sendo desenvolvidas num espaço institucional, denominado “*Ser e Fazer*”: Oficinas Psicoterapêuticas de Criação, que é um dos serviços do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Aí realizamos atendimentos à comunidade e desenvolvemos pesquisas sobre a potencialidade mutativa de enquadres diferenciados, passíveis de serem implantados em instituições e em equipamentos públicos. São vários os enquadres diferenciados, que se inspiram no pensamento winnicottiano e compreendem oficinas psicoterapêuticas, consultas terapêuticas, consultorias terapêuticas, acompanhamento terapêutico e atendimentos familiares, dentre outros. Tendo em vista cumprir o objetivo de apresentar esta proposta, discutiremos neste artigo um enquadre específico, a entrevista terapêutica para abordagem de personalidade coletiva, que utiliza o Procedimento de Desenhos-Estória com Tema como recurso mediador.

Palavras-chave: enquadres diferenciados, estilo clínico *Ser e Fazer*, Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, psicanálise, D.W.Winnicott

Para refletir sobre os rumos da clínica contemporânea é necessário considerar o contexto concreto de vida na atualidade. Grande parte da população brasileira, seja nos grandes centros ou em comunidades mais distantes, vive experiência de marcada exclusão e precariedade, em seus aspectos tanto econômicos e sociais quanto psicológicos e emocionais. Movidos por esta preocupação, desde 1997 temos desenvolvido na “Ser e Fazer”: Oficinas Psicoterapêuticas de Criação, do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do IPUSP, no âmbito do Grupo de Pesquisa USP/CNPq Psicopatologia, Psicanálise e Sociedade, pesquisas sobre potencialidade mutativa de enquadres diferenciados, que podem ser implantados em instituições e equipamentos públicos. Tais enquadres inspiram-se no pensamento winnicottiano, fazendo uso rigoroso da psicanálise, enquanto método (HERRMANN, 1979) e do *holding* e da apresentação de materialidades mediadoras, enquanto procedimentos clínicos fundamentais.

A abordagem do sofrimento contemporâneo exige uma clínica diferenciada em relação ao dispositivo freudiano clássico, forjado para atendimento de pacientes individuais, a partir de uma perspectiva segundo a qual o sofrimento derivaria fundamentalmente de perturbações intra-psíquicas. Estava, portanto, atrelado a uma visão que desconhecia a íntima relação existente entre a experiência subjetiva e as condições concretas de vida. Entretanto, desenvolvimentos psicanalíticos que seguiram o rumo da constituição de uma psicologia compreensiva concreta (POLITZER, 1928; BLEGER, 1963), permitiram a conquista de novas visões, segundo as quais torna-se evidente que não existem sofrimentos descontextualizados e meramente “internos”. Esta é, a nosso ver, a grande novidade, que exige novo posicionamento do clínico. Nesta linha, acreditamos que os chamados “sofrimentos contemporâneos” correspondem menos a “inovações” psicopatológicas, do que ao fato de que certos fenômenos são considerados, atualmente, a partir de um novo olhar.

Nesta linha, percebemos que sofrimentos radicais, de tipo psicótico, expressam falhas ambientais na vida do lactente que, por seu turno, vinculam-se ao fato da maternidade e da paternidade nem sempre serem exercidas em contextos sociais, familiares e comunitários, suficientemente bons. Não apenas aqueles que são psiquiatricamente diagnosticados como psicóticos são vítimas de sofrimentos desta ordem, uma vez que podemos, hoje, reconhecer que queixas de sensações de futilidade, irrealidade e falta de sentido podem ser formuladas por pessoas que mantêm certo grau de adaptação à realidade, em registros de normopatía. (ARÓS, AIELLO-VAISBERG, 2009). Outras vezes, vivências de intenso sofrimento subjetivo

se ocultam sob problemáticas relacionais marcadas pela violência, que se expressa como desconsideração por si e pelo outro. Tais experiências tem sido diagnosticadas como características daquilo que o linguajar da saúde mental publica designa como “casos graves”, que englobam personalidades *borderlines*, pacientes adictos, psicossomáticos, bulímicos, anoréxicos, depressivos e outros. Quando nos aproximamos destes casos, percebemos, facilmente, que um ingrediente importante de sua configuração são sentimentos de humilhação, que se constelam em situações sociais miseráveis e desiguais (GONÇALVES, 1998; CARRETEIRO, 2003; SIROTA, 2008).

As características da sociedade contemporânea, impregnada pela individualidade e competitividade, rápidas mudanças e busca constante por preenchimento e visibilidade, através da imagem e do consumo, exigem uma adaptação que pode ser facilmente vivida como apagamento do sujeito, daquilo que o indivíduo sente como próprio e verdadeiro. Humilham aqueles que vivem em condições sociais e geopoliticamente precárias e ameaçam humilhar a todos, conforme demonstra contundentemente tese de doutorado que investiga a experiência emocional de adolescentes de classe média em processo de escolha de curso universitário (CAMPS 2009). Poucas oportunidades para que manifestações verdadeiras e espontâneas estão disponíveis. Ora, tais sofrimentos, que podemos descrever, sucinta mas precisamente, como decorrência da impossibilidade de auto-realização, da impossibilidade de se sentir vivo, real e capaz de gestualidade transformadora de si e do mundo, não se resolve por meio do *insight*, provido por intervenções interpretativas. Na verdade, tampouco se “resolve” no plano de intervenções meramente clínicas, mesmo quando nelas pode prevalecer o atendimento de necessidades emocionais, no contexto de uma relação fundante, na qual o que é próprio ganha validade a partir do encontro do olhar do outro, do reconhecimento do gesto espontâneo. Contudo, certamente este modo de clinicar pode aliviar o sofrimento e preparar indivíduos e grupos para a busca de modos de viver mais condizentes com ideais éticos que conjuguem o respeito a si mesmo com o respeito ao outro, segundo um entendimento de que a coexistência é a dimensão fundante do existir humano autêntico (AIELLO-VAISBERG, CORRÊA E AMBROSIO, 2000).

Nesta concepção de clínica, pesquisa e intervenção não se excluem nem se dissociam, fazendo-se concomitante e complementarmente. Temos desenvolvido, no âmbito da “*Ser e Fazer*”: Oficinas Psicoterapêuticas de Criação do IPUSP, diversas formas de

intervenção clínica, que temos chamado de enquadres diferenciados. Seu conjunto configura o estilo clínico *Ser e Fazer*, um modo de exercer a clínica psicológica que aposta no *holding* como intervenção fundamental e no uso de materialidades mediadoras como facilitadores da expressão individual, em contextos em que a fala dissociada se tornou quase a regra. Oficinas psicoterapêuticas de criação, usando materialidades variadas, como o bordado e a tapeçaria, o papel artesanal, as velas ornamentais, a argila, a pintura ou os arranjos florais, compõem, ao lado do acompanhamento terapêutico, da consultoria terapêutica, da psicoterapia individual, de casal e família, dentre outros, um conjunto de enquadres praticados segundo este estilo clínico.

Apoiados em Bleger (1984), entendemos como altamente necessárias intervenções em âmbitos coletivos, segundo perspectivas psicoprofiláticas. Segundo este autor, a psicologia deveria se inserir de modo cada vez mais penetrante na realidade social, por meio do estudo e intervenção nos grupos, nas instituições e nas comunidades, não se furtando a considerar problemas sociais nacionais e internacionais de todo o tipo, uma vez que a dimensão psicológica estaria sempre presente. Essa preocupação é central no estilo clínico *Ser e Fazer*.

Entrevistas Terapêuticas para Abordagem de Pessoaalidade Coletiva

Temos realizado pesquisas, de caráter interventivo, a partir do uso do enquadre denominado Entrevistas Terapêuticas para Abordagem de Pessoaalidade Coletiva⁴², utilizando o Desenho-Estória com Tema, criado por Aiello-Vaisberg (1997, 1999) a partir do Desenho-Estória de Walter Trinca (1972, 1976), como recurso mediador. Neste enquadre, o Desenho – Estória não é utilizado como um teste projetivo e sim como procedimento apresentativo-expressivo, vale dizer, como forma que favoreceria a expressão subjetiva, segundo o cultivo dos passos constitutivos do método psicanalítico, associação livre e atenção flutuante, sem nenhuma preocupação no sentido de padronização próxima ou remotamente ligada à visão psicométrica (AIELLO-VAISBERG, CORRÊA E AMBROSIO;

⁴² Consideramos, aqui, um conjunto constituído pelos seguintes trabalhos: Minhoto, 2001; Vitalli, Aiello-Vaisberg, e Oliveira, A. S. B., 2002; Miccelli-Baptista, 2003; Ferreira, 2004; Tachibana e Aiello-Vaisberg, 2007; Barreto e Aiello-Vaisberg, 2007; Aiello-Vaisberg, 2007; Minhoto, Ambrosio e Aiello-Vaisberg, 2007; Ribeiro, Tachibana e Aiello-Vaisberg, 2008; Avila, Tachibana e Aiello-Vaisberg, 2008; Russo, Couto e Aiello-Vaisberg, 2009; Corbett, 2009.

2000). Em outros termos, fizemos usado do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema seguindo linhas definidoras do jogo winnicottiano do rabisco (WINNICOTT, 1971b).

O jogo do rabisco, ao redor do qual se articulavam as consultas terapêuticas winnicottianas, deve ser concebido como um facilitador dialógico que pode favorecer a manifestação subjetiva, para além dos conteúdos conscientes ou intelectualizações dissociadas da experiência. Seu uso objetiva tornar maximamente visível a dimensão lúdica do encontro inter-humano, permitindo que comunicação emocional profunda se estabeleça, num campo configurado segundo o respeito à radicalidade do método psicanalítico que, em última análise, postula que toda conduta humana é dotada de sentido emocional humano (BLEGER, 1963). Nas palavras de Winnicott (1971b):

O jogo de rabiscos é simplesmente um meio de se conseguir entrar em contato com a criança (...). É quase como se a criança, através dos desenhos, estivesse lado a lado comigo... (WINNICOTT, 1971b:10-11).

Entendemos que, ao propor esta atividade em suas consultas terapêuticas, Winnicott (1964; 1965 e 1971b) buscava criar um encontro maximamente relaxado e lúdico, facilitando a comunicação emocional significativa. Não propunha, portanto, a realização do rabisco como um teste projetivo, no qual conteúdos inconscientes pudessem se manifestar na folha em branco, com a ajuda do psicanalista, que se manteria numa postura de neutralidade suficiente. Ao contrário, brincava ativamente com seus pacientes, numa forma especial de diálogo, mantendo sua função de cuidador.

No Jogo do Rabisco, o terapeuta realiza um risco qualquer, convidando o paciente a completá-lo ou modificá-lo. Em seguida, o paciente faz seu rabisco, que será transformado pelo terapeuta e assim sucessivamente. O objetivo desta atividade é facilitar a comunicação emocional entre paciente e terapeuta:

Não existem instruções técnicas nítidas a serem dadas ao terapeuta, uma vez que ele deve ficar livre para adotar qualquer técnica que seja apropriada ao caso. O princípio básico é o fornecimento de um *setting* humano e, embora o terapeuta fique livre para ser ele próprio, que ele não distorça o curso dos acontecimentos por fazer

ou não fazer coisas por causa de sua própria ansiedade ou culpa, ou sua própria necessidade de alcançar sucesso. O piquenique é do paciente, e até mesmo o tempo que faz é do paciente (WINNICOTT, 1965, p. 247).

Sintonizadas com esta perspectiva winnicottiana, temos articulado nossas entrevistas terapêuticas para abordagem de personalidade coletiva ao redor da utilização do Procedimento de Desenhos – Estórias com Tema, considerando-o como um rabisco. Na prática, solicitamos aos participantes de um grupo, no contexto de uma entrevista coletiva, que façam um desenho temático e escrevam, no verso da folha, uma história sobre a figura desenhada. O tema proposto sempre expressa interesses convergentes do grupo e do pesquisador, no sentido de que são abordadas questões fundamentais para uma dada personalidade coletiva: cuidadores de idosos são convidados a fazer desenhos-estórias de um idoso, profissionais de saúde são convidados a fazer desenhos-estórias sobre pacientes, professores são convidados a inventar desenhos-estórias sobre alunos, estudantes de medicina sobre pacientes ou sobre médicos, e assim por diante. Uma vez que o tema consiste numa questão compartilhada, sugerimos que cada produção não tenha seu autor identificado, o que facilita a instauração de um clima lúdico na segunda parte do encontro. Esta tem início quando os desenhos-estórias, individualmente elaborados, são colocados em local visível para todos, que são, então, convidados a conversar livremente. Ocorrem, habitualmente, toda sorte de comentários, que geralmente acabam por se configurar sob forma de depoimentos e manifestações sobre a realização do procedimento e sobre o tema em si, para chegar a reflexões compreensivas mais abrangentes.

Como se vê, lidamos com o grupo como personalidade transindividual (GOLDMAN, 1971), considerando seus contornos “fisionômicos” para além de uma absurda somatória de traços individuais. Em outros termos, focalizamos a conduta emergente no campo transferencial, que aí se constitui, como conduta de subjetividade coletiva, que se expressa em área simbólica ou de atuação no mundo externo (BLEGER, 1963). São, por esta via, atendidos tanto os indivíduos como o coletivo que formam. Desta forma, pretendemos constelar encontros brincantes de potencial transformador, que permita a identificação de problemas humanos e a superação de dissociações, como a busca de transformações do mundo em que vivemos.

Referências

AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Investigação de Representações Sociais. In: W. Trinca (org) *Formas de Investigação Clínica em Psicologia*. São Paulo, Vetor, 1997.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J. (1999). *Encontro com a loucura: transicionalidade e ensino de psicopatologia*. Tese de Livre Docência, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J., CORRÊA, Y. B., & AMBROSIO, F. F. (2000). Encontros brincantes: o uso de procedimentos apresentativo-expressivos na pesquisa e na clínica winnicottiana. In T. M. J. Aiello-Vaisberg & F. F. Ambrosio, (Orgs.). *Cadernos ser e fazer: reflexões éticas na clínica contemporânea* (pp 55-67). São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2005.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J. *Preconceito, Exclusão e Perversão social: Pesquisa Psicanalítica sobre Potencialidade Mutativa de Práticas Psicológicas em Instituições. Grupo de Pesquisa: Atenção Psicológica em Instituições: Prevenção e Intervenção*. Projeto Temático para Orientação de Iniciações Científicas e Mestrados e Doutorados do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. 2007.

ARÓS, A. C. S. P. DE C.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J., Clube da Luta: sofrimentos radicais e sociedade contemporânea. *Psicologia: Teoria e Prática*, 11(2): 3-16, 2009.

AVILA, C. F., TACHIBANA, M. e AIELLO-VAISBERG, T.M.J. Qual é o lugar do aluno com deficiência? O imaginário de professores sobre a inclusão escolar. *Paidéia*, v.18, 155-164, 2008.

BARRETO, M.A.M. e VAISBERG, T.M.J.A. Escolha Profissional e Dramática do Viver Adolescente. *Psicologia e Sociedade*, v.19, 107-114, 2007.

BLEGER, J. (1963) *Psicologia da Conduta*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

BLEGER, J. *Psico-higiene e psicologia institucional*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1984.

CAMPS, C.I.C.M. *Ser e Fazer na Escolha Profissional: Atendimento Diferenciado na clínica winnicottiana*. São Paulo, Universidade de São Paulo, Tese de Doutorado, 2009.

CARRETEIRO, T.C. Sofrimentos Sociais em Debate. *Psicologia-USP*, v.14,3,57-72, 2003.

CORBETT, E. *Até que a morte nos separe e outros campos do imaginário coletivo de estudantes de psicologia sobre sexualidade* / Elisa Corbett. Campinas: PUC-Campinas, 2009. 73p.

FERREIRA, J.C. Encontrando a Mulher: a Psicanálise do Self na Abordagem de um Singular Plural. 2004. 213f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Universidade de São Paulo. Orientador: Tânia Maria José Aiello Vaisberg.

GONÇALVES FILHO, J.M. Humilhação Social – Um Problema Político em Psicologia. *Psicologia-USP*, v9, 2, 1998

HERRMANN, F. (1979). *Andaimes do real: o método da psicanálise*. 3.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. 328p.

GOLDMAN, L. *La création culturel dans la société moderne*. Paris, Mediations, 1971.

MICELLI-BAPTISTA, A. *Consulta Psicoprofilática ao Residente de Medicina: Proposta de um Enquadre Diferenciado à Luz da Perspectiva Winnicottiana*. São Paulo, Universidade de São Paulo, Dissertação de Mestrado, 2003.

MINHOTO, M., AMBROSIO, F.F. e AIELLO-VAISBERG, T.M.J. O Imaginário de Adolescentes sobre o Alcoolismo: Estudo Psicanalítico com o Procedimento de Desenhos- Estórias com Tema. *Encontro*, v.11, 193-205, 2007.

MINHOTO, M. Meninos de Rua e Meninos de Casa? Representação Social de Adolescentes: Um Estudo Sobre Alteridade. 2001. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Universidade de São Paulo. Orientador: Tânia Maria José Aiello Vaisberg.

POLITZER, G. (1928). *Crítica aos Fundamentos da Psicologia: a psicologia e a psicanálise*. Piracicaba: UNIMEP, 1998.

RIBEIRO, D.P.S.A., TACHIBANA, M. e AIELLO-VAISBERG, T.M.J. A Experiência Emocional do Estudante de Psicologia frente à Primeira Entrevista Clínica. *Aletheia*, v.28, 135-145, 2008.

RUSSO, R.C.T., COUTO, T.H.A.M.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. O Imaginário Coletivo de Estudantes de Educação Física sobre Pessoas com Deficiência. *Psicologia e Sociedade*, v.21, 250-255, 2009.

SIROTA, A. Humilhação Social: Uma reflexão sob o Ponto de Vista Psicanalítico. *Estudos de Psicologia*, v25, 4, 557-565, 2008.

TACHIBANA, M. e AIELLO-VAISBERG, T.M.J. Desenhos-Estórias em Encontros Terapêuticos na Clínica da Maternidade. *Mudanças*, v. 15, 23-31, 2007.

TRINCA, W. (1972). O Desenho livre como estímulo de apercepção temática. Tese de doutorado não publicada. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP.

TRINCA, W. (1976). Investigação Clínica da Personalidade: O Desenho Livre como Estímulo de Apercepção Temática. Belo Horizonte, Interlivros, 1976.

VITALLI, L. M.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; OLIVEIRA, A. S. B. Cada um sabe a dor e a delícia de ser o que é... O uso de consultas terapêuticas coletivas na abordagem do sofrimento emocional vivido pelos profissionais de saúde em ambulatórios de cuidados paliativos. *Arquivos de neuropsiquiatria. Jornal Oficial da Academia Brasileira de Neurologia*, São Paulo, 2002.

WINNICOTT, D. W. (1964) O Jogo do Rabisco. In: *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 230-243, 1994.

WINNICOTT, D. W. (1965) O valor da Consulta Terapêutica. In: *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, p.244-248, 1994.

WINNICOTT, D. W. (1971b) *Consultas Terapêuticas em Psiquiatria Infantil*. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1984.

TRABALHOS

APOIAR

Classificação de uma amostra dos relatórios Apoiar-USP segundo a EDAO

Yara Malki⁴³

Marcia A. Isaco de Souza⁴⁴

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo⁴⁵

Resumo

O presente é um estudo exploratório que coletou 203 arquivos contendo relatórios de atendimento clínico em psicoterapia breve realizados pelo Projeto Apoiar do IPUSP, dos quais 14 foram selecionados, obedecendo a critérios descritos no trabalho. A EDAO (Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada) foi aplicada no relatório no início e no final da psicoterapia. O número de sessões variou de 10 a 36. Os resultados apontam para relato de melhora em 42,8% dos casos, saída da crise mas sem mudança adaptativa em 28,6%, permanência com o mesmo diagnóstico em 28,6% e nenhuma piora. Todos (100%) dos pacientes estavam em crise no início do tratamento e ao final, 71,5% saíram da crise. Devido à subjetividade do método escolhido, sugere-se uma continuidade desta pesquisa com a aplicação da EDAO por outro avaliador e comparação dos resultados.

Descritores: Avaliação; psicoterapia breve; EDAO; projeto Apoiar USP.

⁴³ Psicóloga, Doutoranda do Departamento de Psicologia Social e do Trabalho do Instituto de Psicologia da USP (IPUSP); pesquisadora do projeto Apoiar e do grupo CNPq – Dor crônica em pacientes com queixas somatoformes

⁴⁴ Membro do Laboratório APOIAR; Psicóloga da Clínica Durval Marcondes, especialista em Psicoterapia Psicanalítica pelo CEPSI, pesquisadora do projeto Apoiar e do grupo CNPq – Dor crônica em pacientes com queixas somatoformes.

⁴⁵ Coordenadora do Laboratório APOIAR; professora associada do Departamento de Psicologia Clínica do IPUSP

Introdução

A mensuração em processos psicoterápicos é uma prática importante para avaliação, tanto da extensão da eficácia da proposta e da metodologia de tratamento, como também para mapeamento da demanda que procura por determinados serviços.

Em um outro trabalho (Malki, 2008) tivemos a oportunidade de discutir este assunto e o preconceito das ciências humanas com as técnicas quantitativas. Uma das ressalvas que os críticos às técnicas quantitativas de exame é a de que tais técnicas “quantifiquem” o sujeito, coisificando-o e desconsiderando sua subjetividade (Malki, idem).

Tais críticas, embora comuns, refletem o desconhecimento de autores sobre a natureza de tais técnicas. A respeito da quantificação da subjetividade, vale a pena recuperar uma discussão em que os teóricos da Escola de Frankfurt, Theodor Adorno e Max Horkheimer pontuam a importância do uso de técnicas qualitativas tanto quanto de quantitativas de investigação social; a primeira servindo para análise em profundidade, a segunda para analisar a extensão do fenômeno. (.....). Além disso, observam que

Na objeção habitual à investigação social empírica, isto é, de que seria excessivamente mecânica, rudimentar e carente de espírito, a responsabilidade por esse estado de coisas é transferida do objeto para a ciência que o estuda... (1973:126).

Com isso, o fato é que a tradição das ciências humanas a qual está filiada a psicanálise muitas vezes mostra-se avessa a pesquisas extensivas, quantitativas e mensurativas.

Pode-se questionar que essa possa trazer dificuldades na área da pesquisa em trabalhos com abordagens psicanalíticas. Cresce cada vez mais a ideia da necessidade de avaliar, de forma mais distanciada e extensiva, a viabilidade e a eficácia das terapias psicanalíticas em vista das diversas demandas que chegam aos profissionais.

Objetivos

No presente trabalho, propomos a avaliação da prática da psicoterapia breve desenvolvida pelo Projeto Apoiar USP entre 2006 e 2011.

Visou-se de realizar o diagnóstico adaptativo de pacientes adultos em psicoterapia individual breve atendidos no CAP (Centro de Atendimento Psicológico do Instituto de Psicologia da USP) pelo projeto Apoiar, no início do tratamento e ao final dele.

Método

O diagnóstico será feito por meio da aplicação da EDAO pela pesquisadora sobre os relatórios de caso arquivados no Apoiar. Serão excluídos os seguintes relatórios:

- Referentes a atendimento infantil e de jovens abaixo dos 18 anos;
- Referentes a atendimentos familiares;
- Referentes ao projeto de violência doméstica;
- Referentes ao projeto de idosos;
- Sobre casos inconclusos, cujos sujeitos não terminaram o processo de psicoterapia;
- Aqueles nos quais constavam apenas as entrevistas iniciais ou sem uma descrição do final do processo;
- Os muito sucintos, que não permitem à pesquisadora diagnosticar o sujeito.

Por se tratar de um instrumento com alto grau de subjetividade, para minimizar a idiosincrasia na avaliação no presente trabalho os relatórios contaram com apenas um avaliador – a própria autora.

A EDAO

A EDAO foi idealizada pelo psicanalista Ryad Simon com o objetivo de diagnosticar o grau de adaptação do indivíduo em diversas áreas da vida. Diferente do diagnóstico psicopatológico nosológico, o diagnóstico adaptativo visa ampliar a utilidade prática do diagnóstico psicológico, para fins de encaminhamento e tratamento, já que avalia como o sujeito está no mundo e não apenas sua patologia (Simon, 1989). Por vezes, argumenta o autor, encontra-se um sujeito com determinado diagnóstico psicopatológico – digamos, esquizofrenia: mas estando este sujeito num ambiente que lhe é pouco estressor, está melhor adaptado do que um outro, com o mesmo diagnóstico que resida em ambiente

altamente estressor para sua patologia.

Assim sendo, o autor define adaptação por “conjunto de respostas de um organismo vivo, em vários momentos, a situações que o modificam, permitindo manutenção de sua organização (por mínima que seja) compatível com a vida.” (Simon, 1989: p.14). Neste sentido, não existe na escala a “desadaptação” ou “não-adaptação”, pois todo organismo vivo está de algum modo adaptado – e a desadaptação traria a morte: “De tal forma que a adaptação é a condição para a sobrevivência. Enquanto há vida, inferimos que há algum modo de adaptação existindo.” (p.14).

A avaliação divide a vida em quatro setores adaptativos:

- Afetivo-relacional (Ar): campo da afetividade e das relações pessoais e afetivas; a forma como dá e recebe afeto;
- Produtividade (Pr): campo do trabalho, das produções do sujeito;
- Sociocultural (Sc): campo das atividades sociais, culturais, comunitárias;
- Orgânico (Or): campo da saúde física, do organismo físico do sujeito.

A avaliação da escala é feita da seguinte forma. Em cada setor adaptativo, pontua-se com um (+) a cada resposta positiva para as seguintes “perguntas”:

(1º) Sujeito apresenta uma solução;

(2º) Solução proporciona satisfação;

(3º) Não produz conflito interno nem externo (sociedade e cultura).

As respostas podem ser:

- Adequadas: (+++),
- Pouco adequadas (++) ,
- Pouquíssimo adequadas (+).

Como pressupõe-se que todo organismo vivo apresente uma solução adaptativa, por sofrível que seja, no primeiro item todas as pessoas pontuam. A partir daí, deve-se observar o grau de adequação da solução encontrada.

Quando a finalidade da aplicação é de pesquisa e não meramente clínica, de consultório – que é nosso caso, a autor elaborou uma tabela de pontuação a fim de facilitar a quantificação dos resultados. Nesta tabela, apenas os setores Afetivo-relacional e Produtividade são pontuados:

SETOR	adequado	pouco	pouquíssimo
Ar	3	2	1
Pr	2	1	0,5

Com a soma dos pontos em Ar e Pr chega-se à classificação diagnóstica. A EDAO possui cinco grupos de classificação:

Adaptação eficaz: 5,0 → G1

Adaptação ineficaz leve: 4,0 → G2

Adaptação ineficaz moderada: 3,5 a 3,0 → G3

Adaptação ineficaz severa: 2,5 a 2,0 → G4

Adaptação ineficaz grave: 1,5 → G5

Se o sujeito encontra-se em crise, ou seja, num esgotamento de seus recursos adaptativos, anota-se “em crise” ao lado da classificação diagnóstica.

Trata-se, portanto, de uma escala mas não de um inventário padronizado. É um instrumento que necessita da experiência clínica e da *expertise* profissional do avaliador.

O CAP e o Projeto Apoiar

Os dados coletados desta pesquisa referem-se a atendimentos realizados dentro do Projeto Apoiar.

O Projeto Apoiar, desde 2002, faz parte do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Social do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP. É coordenado pela Profa. Associada Leila Salomão de la P. C. Tardivo e todos os pesquisadores do projeto Apoiar pertencem ao grupo CNPq Manifestações do sofrimento humano: avaliação, compreensão e formas de intervenção, liderado pela coordenadora do projeto (IPUSP, s.d.). (Tardivo e Gil, 2008)

Conta com diversas parcerias com outras instituições e muitas frentes de pesquisa clínica, todas tendo em comum o atendimento psicológico e o acolhimento a pessoas em sofrimento mental no referencial clínico psicodinâmico. Os relatórios da presente pesquisa referem-se aos atendimentos realizados por uma destas frentes, que opera na modalidade de psicoterapia breve, no Centro de Atendimento Psicológico (CAP) do IPUSP. As pessoas que lá foram atendidas procuraram voluntariamente o serviço e foram encaminhadas a terapeutas pesquisadores do projeto.

Resultados

No total, foram 203 os relatórios de atendimento a pacientes do Projeto Apoiar arquivados ao qual a pesquisa teve acesso. Pelos critérios de demarcação estabelecidos nesta pesquisa, 189 relatórios foram excluídos, restando 14 para análise.

O número de sessões variou de 10 a 36, sendo a média de 16,7 sessões por paciente (N=13 porque um dos relatórios não tinha o número de sessões).

Os diagnósticos estão colocados na tabela 1 e 2 abaixo:

Tabela 1 – Identificação, número de sessões e diagnóstico adaptativo no início e no final da psicoterapia

Identificação	MC, 44a, fem.	L E, 47a, fem.	RB, fem.	RB, fem.	OMV masc.	MD, 52a, masc.	EAG, 47a, fem.,	MJOL, 46a, fem.,
N sessões	19 sessões	13 sessões	18 sessões	12 sessões após follow-up	23 sessões (aluno)	20 sessões	36 sessões (+ 1 semestre prévio) aluna	15 sessões (aluna)
Início	AR=1; PR=1; T=2 Severa em crise	AR = 1; PR = 1 T = 2 Severa Em crise	AR= 1; PR= 2, T= 3 Moderada Em crise	AR= 1; PR= 2, T= 3 Moderada Em crise	Ar = 1; Pr = 1 T=2 Severa em crise	Ar= 1; Pr = 2 em crise T= 3 Moderada	Ar=1; Pr=2 T=3 Moderada em crise	Ar=1; Pr=1; T=3 Moderada em crise
Fim	AR = 3; Pr = 2; T = 5,0	AR = 1; PR = 1 T = 2 Severa	AR=3; Pr=2 T= 5 Eficaz*	AR=1; Pr=2 T= 3 Moderada Em crise	Ar = 1; Pr = 1 sem crise	Ar= 2; Pr = 2 T= 3 Leve	Ar=1; Pr=2 T=3 Moderada em crise	Ar=1; Pr=1; T=3 Moderada

Tabela 2 – Continuação da tabela 1

Identificação	JC, 25a, fem.	MCLC, 45a, fem.,	MAFM, fem., 55 ^a	APTC, 26a, fem.,	EMCB, fem.,	IMH, 64a, fem.
N sessões	35	10 sessões	14 sessões	16 sessões	21 sessões	Sem número
Início	Ar=2; Pr=1 T=3	Ar=1; Pr=2	Ar=1; Pr=2	Ar=2; Pr=1	Pr=1	Ar=2; Pr=1
	Moderada, em crise	Moderada, em crise	Leve, em crise	Moderada, em crise	Moderada, em crise	Moderada, em crise
Fim	Ar=2; Pr=1 T=3 Moderada em crise	Ar=1; Pr=2 Moderada em crise	Ar=3; Pr=2 Adequada	Ar=1; Pr=2 Moderada	Ar=3; Pr=2 Adequada	Ar=2; Pr=2 Leve

Para melhor visualização do diagnóstico, seguem as tabelas 3 e 4:

Tabela 3 – Sumário do diagnóstico adaptativo no início e no final da psicoterapia

I Início	G4 em crise	G4 em crise	G3 em crise	G3 em crise	G4 em crise	G3 em crise	G3 em crise	G3 em crise
Fim	G1	G4	G1	G3 em crise	G4	G2	G3 em crise	G3

Tab.4 – continuação da tabela 3

Início	G3 em crise	G3 em crise	G2 em crise	G3 em crise	G3 em crise	G3 em crise
Fim	G3 em crise	G3 em crise	G1	G3	G1	G1

Para melhor visualização destes dados, organizamos o gráfico abaixo com o agrupamento dos sujeitos de acordo com o grupo adaptativo antes e após o tratamento:

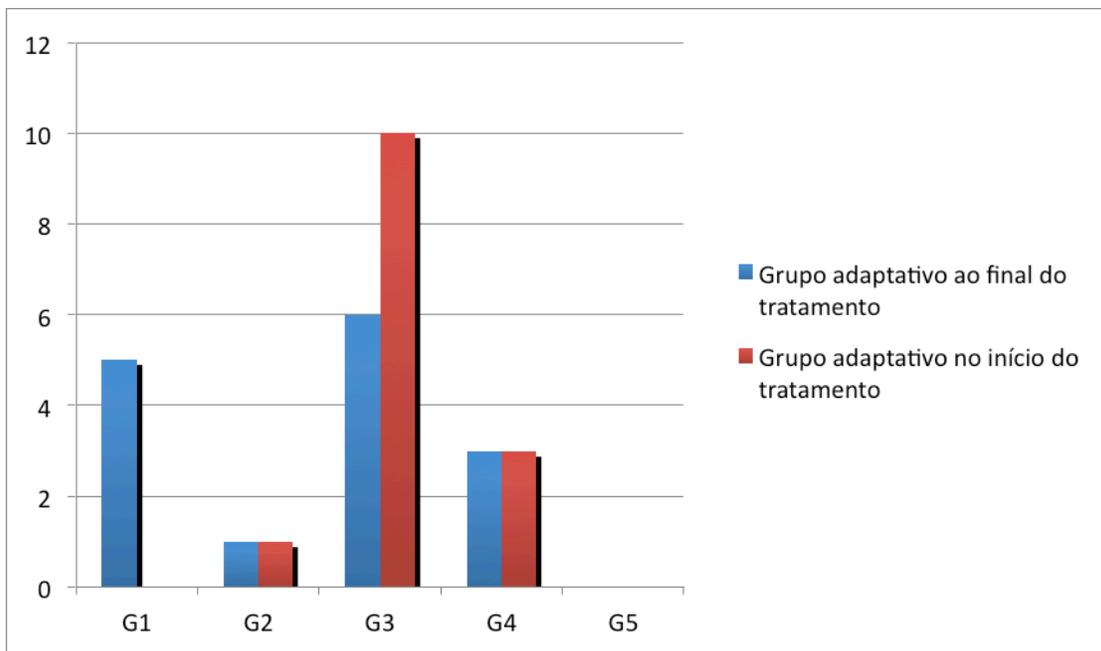


Gráfico 1: Grupo adaptativo dos sujeitos antes e depois do tratamento

Quanto à mudança de grupo adaptativo, podemos considerar:

a) A regressão para um grupo mais adaptado como uma **melhora**;

- b) A saída da crise, sem mudança de grupo como uma **melhora relativa**;
- c) A mudança para um grupo menos adaptado seria uma **piora**.

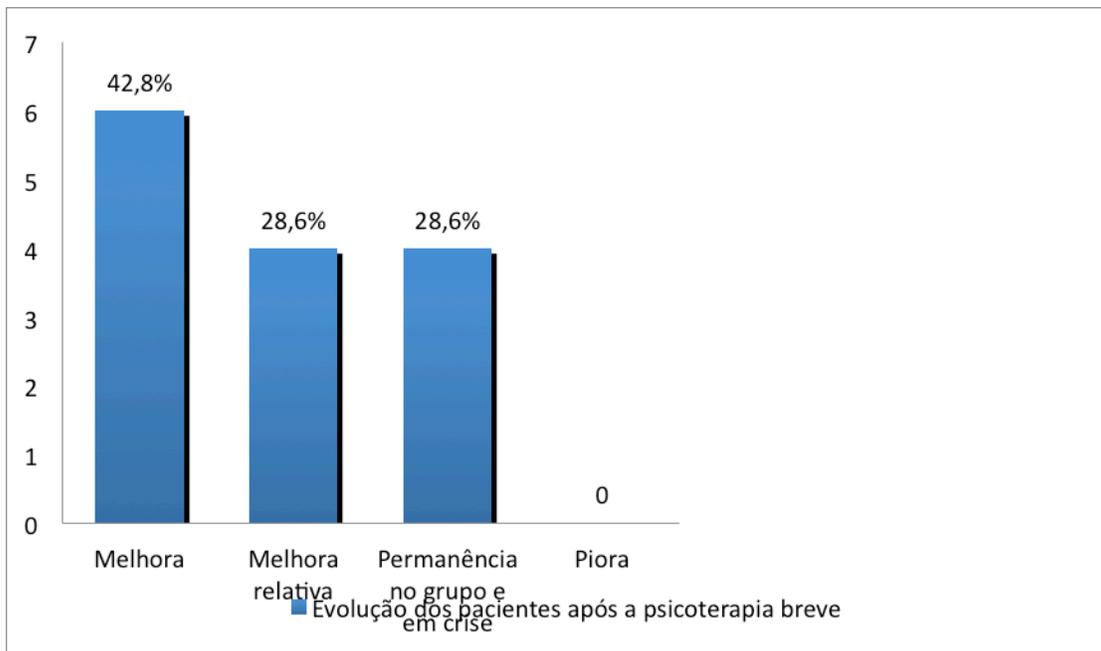


Gráfico 2: Evolução dos pacientes após a psicoterapia breve.

Percebe-se que, embora não tenha havido mudança de grupo em todos os relatórios, não houve relato de piora no grupo pesquisado.

Um aspecto que se sobressai é em relação à crise. Todos os relatórios mostram pacientes em crise adaptativa ao chegar e a grande maioria sem crise ao final, conforme gráfico abaixo:

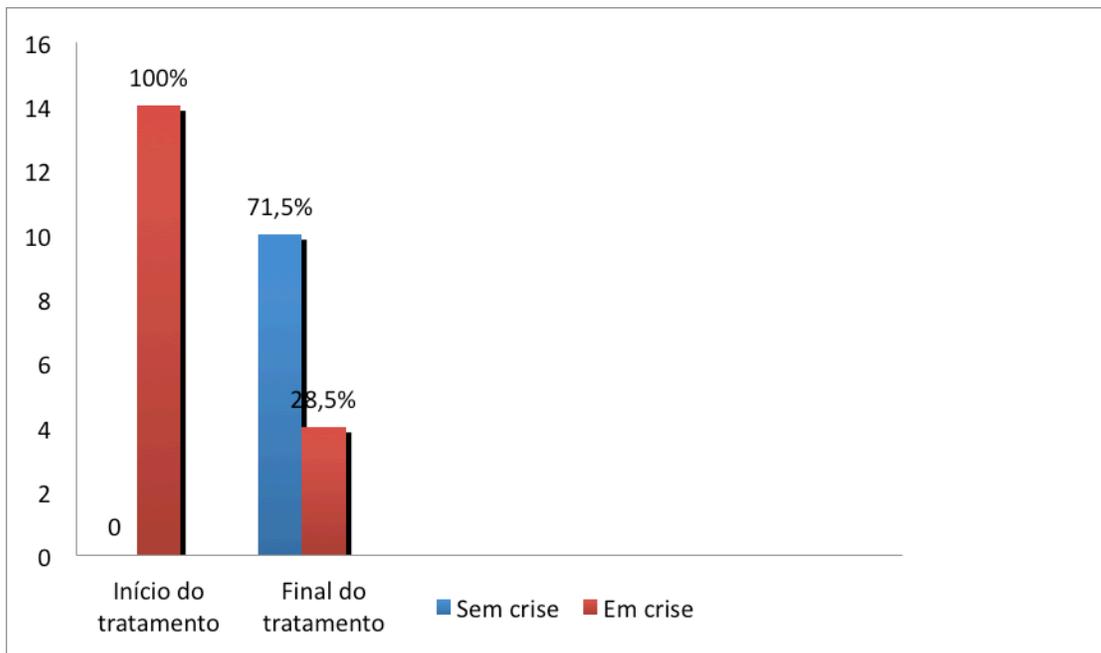


Gráfico 3: Crise adaptativa no início e no final do tratamento.

Discussão

Quando pegamos uma série de dados disponíveis e podemos classificá-los, eles ganham clareza, objetividade e podem lançar luzes acerca da eficácia ou não de nossos procedimentos, apontando orientações para nossas práticas. cremos ficar visível neste estudo a importância das avaliações quantitativas para se perceber a extensão de um determinado fenômeno – neste caso, o estado adaptativo de entrada dos pacientes no APOIAR e a eficácia da psicoterapia aplicada.

O número de relatórios avaliados, muito abaixo do total de relatórios arquivados, acaba configurando o presente como um estudo exploratório. Como tal, aponta possíveis tendências a serem investigadas como hipóteses em estudos ulteriores.

Em nossa amostra, percebeu-se que na maioria dos pacientes ocorreu algum tipo de melhora, seja no tipo de adaptação ou na saída do estado de crise. O dado mais marcante foi o do auxílio do projeto Apoiar para que os pacientes saíssem do estado de crise. Compreende-se que o ideal seria que a psicoterapia pudesse ter promovido uma mudança mais significativa, mas seria necessária uma análise qualitativa para

compreender por que certos pacientes evoluíram e outros não. Entretanto, é possível dizer que mesmo que mínima, a melhora evidencia que houve possibilidade de escuta e acolhimento em um momento difícil de vida do sujeito.

Um outro dado interessante é de que, do ponto-de-vista dos terapeutas, nenhum paciente tenha piorado ao fim da psicoterapia.

Um ponto fundamental a discutir é a respeito dos limites de avaliação que o próprio método escolhido para avaliação coloca, por sua subjetividade. Como, por questões óbvias, a pesquisadora não tinha acesso aos pacientes que já passaram pelo Projeto, optou-se por avaliar os relatórios. Primeiro, porque a avaliação pela EDAO produz índices objetivos, mas apenas a partir de análises clínicas do pesquisador, sendo fortemente dependente de sua interpretação do material clínico. E depois porque o próprio material clínico, que são os relatórios, são totalmente subjetivos e podem não representar o verdadeiro estado psíquico do paciente nem sua evolução.

Conclusão

Levando-se em consideração os limites metodológicos e o fato de se tratar de um estudo exploratório, os relatórios apontam que a psicoterapia breve desenvolvida pelo Projeto APOIAR em processos:

- Concluídos, ou seja, em que o paciente não desistiu antes de sua conclusão;
- Para adultos;
- Não participantes de nenhum outro projeto (atendimento familiar, violência, esclerose amiotrófica)
- Cujos relatórios de atendimento estavam em condições de uso para este estudo.

Tirou do estado de crise 71,5% dos pacientes, sendo que promoveu melhora na adaptação em 35,7% dos pacientes e melhora relativa (apenas saída do estado de crise) em 35,7% dos pacientes. Mantiveram-se no mesmo grupo adaptativo e em crise 28,6% e nenhum dos relatórios apontou piora.

Seria importante que este estudo fosse refeito com um novo avaliador, a fim de se comparar os resultados e aumentar sua consistência.

Referências

- ADORNO, Theodor; HORKHEIMER, Max. Sociologia e investigação social empírica. In: _____; _____ (orgs.) *Temas básicos da sociologia*. São Paulo: Cultrix, 1973.
- IPUSP (s.d.) APOIAR. Disponível em <http://www.ip.usp.br/laboratorios/lsmpls/lsmpls.htm>
Último acesso em 15/06/2012.
- MALKI, Yara *Descortinando o teste psicológico e sua relação com a educação: reflexões a partir da Teoria Crítica da Sociedade*. São Paulo: Annablume editorial, 2008.
- SIMON, Ryad *Psicologia clínica preventiva: novos fundamentos*. São Paulo: EPU, 1989.
- TARDIVO, L.SP L, C. e GIL C A – *APOIAR – Novas Propostas e Psicologia Clínica*, Sarvier . São Paulo, 2008

Percepções de Alunos de Psicologia sobre um Estágio em Equipamentos de Saúde Mental

Rodrigo Jorge Salles⁴⁶

Christiani Tirone⁴⁷

Luiz Tadeu Gabriel Filho⁴⁸

Raquel Younes⁴⁹

Livia Rego⁵⁰

Claudia Aranha Gi⁵¹

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo⁵²

RESUMO

O presente trabalho trata das vivências e percepções de alunos do curso de psicologia da Universidade de São Paulo (USP) que realizaram estágio em equipamentos de saúde mental no município de São Paulo. Este estágio é parte integrante da disciplina “Introdução a Psicopatologia”, tendo como finalidade proporcionar aos alunos a experiência de realizar consultas terapêuticas com pacientes portadores de transtorno mental. A partir das consultas, os alunos tem a oportunidade de estabelecer um diálogo com pacientes em um contexto institucional, estabelecendo-se uma postura acolhedora e uma escuta diferenciada, aplicando os conhecimentos teóricos advindos das aulas de psicopatologia ministradas por professores da USP e convidados. O estágio é realizado em duas

⁴⁶ Estudante de Pós Graduação , CPP Psicologia Clínica , nível de Mestrado, do IPUSP membro do APOIAR

⁴⁷ Estudante de Pós Graduação , CPP Psicologia Clínica , nível de Doutorado, membro do APOIAR

⁴⁸ Estudante de Graduação do IPUSP membro do APOIAR

⁴⁹ Estudante de Pós Graduação , CPP Psicologia Clínica , nível de Mestrado, do IPUSP membro do APOIAR

⁵⁰ Estudante de graduação do IPUSP membro do APOIAR

⁵¹ Doutora em Psicologia Clínica pelo IPUSP, Professora da Universidade SJT, membro do APOIAR

⁵² Coordenadora do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social , Professora associada do IPUSP

instituições de saúde mental, sendo uma um hospital psiquiátrico e outra um centro de atenção psicossocial. Como metodologia foi empregada à análise de conteúdo dos relatos pessoais elaborados pelos alunos abordando a vivência do estágio e a relação com o paciente em cada uma das sessões. Foi utilizada uma amostragem por conveniência de dez alunos que participaram deste estágio e escreveram seus relatos. Como resultado, construíram-se duas categorias de análise: percepções dos estagiários frente ao primeiro contato com a doença mental; sentimentos frente à primeira experiência de estágio clínico. Considera-se que esta vivência se configura enquanto um espaço propício para a introdução da prática do psicólogo em dispositivos de saúde mental, proporcionando uma experiência essencialmente humana de contato com pacientes portadores de transtornos mentais, que cumpre tanto a função de ensino aos alunos, quanto à função terapêutica aos pacientes.

Palavras Chave: Formação em Psicologia, Psicopatologia, Saúde Mental

INTRODUÇÃO

No âmbito da psicologia clínica, indagação e ação são práticas inseparáveis, que na prática acabam por se enriquecer reciprocamente. É a partir desta visão metodológica, que considera a produção de conhecimento necessariamente integrada à intervenção, que este trabalho se norteia. O presente estudo tem por objetivo principal apresentar as reflexões e possibilidades de compreensão da vivência de estágio supervisionado realizado por alunos de graduação em psicologia da Universidade de São Paulo (USP), que cursam a disciplina da área de Psicopatologia a partir de consultas terapêuticas com pacientes psiquiátricos.

Essa forma de estágio ocorre desde 2005, como parte de um projeto que visa à intervenção clínica por meio de consultas e oficinas psicoterapêuticas dirigidas a pacientes internados em hospitais psiquiátricos no município de São Paulo. A partir do ano de 2010 o projeto passou a ocorrer também em Centros de Atenção Psicossocial –CAPS. O projeto em questão tem uma dupla finalidade: criar um espaço de escuta e continência para os pacientes e possibilitar a participação dos alunos estagiários, com a presença de profissionais psicólogos nos atendimentos realizados, constituindo assim também uma experiência de aprendizado. Os estagiários vão a campo acompanhados de um psicólogo que realiza a função de monitor, conduzindo os atendimentos e atuando como facilitador nas relações entre estagiários e pacientes. Trata-se então uma experiência de caráter pedagógico e interventivo, integrando o ensino da psicopatologia e a pesquisa interventiva em equipamentos de saúde mental.

Cabe se destacar que para muitos destes alunos, trata-se tanto da primeira experiência clínica, como também do primeiro contato com pacientes com transtornos mentais, experiências estas que fomentam fantasias e angustias sobre o que vem a ser a loucura e como irá se dar este encontro.

Em trabalho com a análise de desenhos temáticos de alunos do curso de Psicologia desta mesma instituição, Gil e Tardivo (2007) evidenciaram as diversas fantasias e ansiedades ligadas ao conceito de normalidade e doença mental presentes nas produções. Para grande parte dos alunos, a loucura é entendida a partir da dificuldade de adaptação à realidade, o desamparo e a solidão, tendo um limite muito tênue com o ideal de normalidade. Um dos achados importantes deste estudo foi a constatação da ênfase

atribuída a uma etiologia orgânica da doença mental, equiparando a ideia de doença mental com a de uma doença do cérebro. Associam-se a esta compreensão as fantasias sobre a cura e o tratamento, e a necessidade de se nomear sinais e sintomas, enquadrando o indivíduo em categorias diagnósticas, como forma de defesa adotada para lidar com a angústia gerada pelo contato com o desconhecido da loucura.

Somam-se a estas angustias também aquelas referentes à primeira experiência clínica no contexto de entrevistas, possibilitando aos alunos vivenciarem um *devoir* psicólogo clínico, com suas respectivas fantasias e ansiedades diante esta nova função. Em outro estudo com graduandos de Psicologia, utilizando-se também do Procedimento de Desenhos com Temas, realizado por Ribeiro, Tachibana e Aiello-Vaisberg (2008), três campos principais se fizeram presentes na análise destas produções: o paciente ideal, relacionado com fantasias depositadas pelos alunos antes mesmo de se ter um contato com este indivíduo na entrevista, fantasias estas que muitas das vezes não encontram um correlato no encontro com o paciente real; a de um terapeuta *expert* e à angústia gerada pela condição de estagiários e a crença de uma falta de experiência e domínio teórico, “enganando” os pacientes que estariam aguardando o acolhimento por parte de um terapeuta ideal com total domínio sobre a situação clínica; e por último, o medo de rejeição pelos pacientes, fomentada por posturas adotadas pelos pacientes que diferem da idealização produzida pelos estagiários em um momento anterior às entrevistas.

O estágio desenvolvido tem inspiração na Psicanálise Winnicottiana, especialmente no modelo de consultas terapêuticas proposto pelo autor. Para Winnicott (1965/1994), as consultas terapêuticas visam à construção de um *setting* especial, marcado pela afetividade e o desejo de comunicação entre terapeuta e paciente. Partem da ideia de que se for dada a oportunidade de maneira adequada e espontânea, o paciente irá expor o problema ou conflito emocional predominante em seu atual período de vida. Winnicott (1984) enfatiza que as consultas terapêuticas não se tratam de um atendimento psicanalítico *stricto sensu*, e sim da utilização integral do material emergente nas entrevistas iniciais, possuindo então o caráter de uma intervenção breve que se passa em torno de uma a três sessões.

Outras pesquisas interventivas produzidas pelo Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social da USP tem evidenciado a importância do uso de enquadres

clínicos diferenciados inspirados na psicanálise Winnicottiana propiciando um encontro inter-humano, favorecem o desenvolvimento das potencialidades de cada indivíduo (TARDIVO, 2007; GIL, 2005; GIL, 2010). As intervenções ocorrem enquanto sustentação do processo terapêutico oferecido na forma de *holding*, configurando um acompanhamento onde é valorizada a singularidade do paciente promovendo o alívio do sofrimento psíquico e possibilitando assim experiências emocionais mutativas.

Evidencia-se então a importância da experiência que integra o ensino da Psicopatologia, a pesquisa e a intervenção dentro de enquadres clínicos diferenciados, tanto quanto possibilidade de aprendizado para os estudantes como no que diz respeito aos benefícios revertidos ao próprio paciente. Sendo assim, o presente trabalho almeja compreender os sentidos e significados atribuídos por alunos de psicologia à vivência desta proposta de estágio no formato de consultas terapêuticas em equipamentos de saúde mental.

METODOLOGIA

Para a realização do presente trabalho optou-se pelo uso da abordagem clínico-qualitativa de pesquisa, que segundo Turato (2003) dedica-se a apreciação dos sentidos e significados atribuídos por indivíduos a fenômenos no campo da saúde-doença.

Durante o processo de estágio os alunos foram incentivados a escrever relatos pessoais abordando as vivências das sessões e a relação com o paciente em cada um dos encontros. Este material serviu como fonte de dados para a realização deste estudo, tendo sido seu uso aprovado pelos alunos a partir da assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido. Foi utilizada uma amostragem por conveniência de 10 alunos que participaram deste estágio e escreveram seus relatos, sendo selecionados para a análise dois relatos de sessões de cada um destes alunos.

Para o tratamento deste material, foi utilizada a proposta de análise de conteúdo criada por Bardin, que se caracteriza por ser um conjunto de técnicas de caráter qualitativo que visa à organização de material, para que assim possam emergir temas, tópicos e conceitos, respeitando-se o caráter polissêmico das interpretações e sentidos atribuídos a estes materiais (CAMPOS, 2004; CAMPOS E TURATO, 2009). A justificativa para o uso

desta metodologia de análise de dados se deve por ser a análise de conteúdo a mais adequada para os estudos de caráter clínico-qualitativos, por dar conta da compreensão dos sentidos e significados que um indivíduo ou grupo atribui a fenômenos diversos (TURATO, 2003).

Sendo assim, foi utilizada neste trabalho a análise de conteúdo a partir da leitura realizada por Turato (2003) e Campos (2004), visando à adequação deste método para a pesquisa clínico-qualitativa. As etapas deste processo são sistematizadas abaixo:

1ª etapa: Pré-Exploração de Material, realizando leituras flutuantes e descompromissadas dos relatórios, com o intuito de apreensão inicial do material e tomada de conhecimento de contexto para uma posterior organização deste nas próximas etapas do processo.

2ª etapa: Seleção das unidades de análise ou de significação, optando-se aqui pela escolha de uma unidade temática relacionada ao foco deste estudo. Neste processo será retomada a leitura ativa do material, apreendendo-se possíveis temas implícitos nos relatórios escritos pelos alunos.

3ª etapa: Procede-se com a categorização em formato de enunciados que abarcam uma variedade de temas com pontos em comum que são relevantes para o presente estudo. As categorias podem ser estabelecidas com base em critérios de repetição, tendo em vista o número de vezes que determinado tema ocorre nos relatos, ou por relevância, critério qualitativo que dá maior ênfase a importância do tema para a compreensão do estudo, independente da repetição em outros relatos. Para a construção das categorias deste estudo utilizamos de um processo envolvendo estes dois critérios.

Visando dar um caráter mais dinâmico para a discussão dos resultados, optou-se aqui pela apresentação das categorias na forma textual, utilizando-se também do processo de inferência, descrito por Campos (2004) como um elemento fundamental na análise de conteúdo, permitindo construir suposições sobre os sentidos e significados do material, embasando-os com o referencial teórico. Optou-se também pela apresentação de trechos e vinhetas dos relatórios com o intuito de ilustrar cada uma das categorias e temas presentes, facilitando a compreensão dos elementos em discussão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre as diversas categorias que poderiam ser criadas diante da riqueza do material analisado, optou-se aqui por centrar a discussão em dois tópicos principais: o contato inicial com a doença mental e a experiência da primeira vivência clínica enquanto estagiário.

O Eu e a Loucura: experiências e sentimentos frente a um primeiro contato com a doença mental

Esta primeira categoria tenta dar conta dos principais sentimentos e posicionamentos relatados pelos alunos diante o contato com os pacientes, e a evolução desta relação durante o estágio. Como assinalado anteriormente, para a grande maioria destes alunos, trata-se do primeiro contato com a doença mental, contato este que parece ter seu início bem antes da relação real com o paciente, a partir das fantasias e expectativas criadas antes das sessões. Segue abaixo algumas descrições deste processo:

“Tentei não construir muitas expectativas de como seria a consulta antes e me surpreendi bastante por ser uma pessoa calma, de bom humor e até um pouco infantil”.

“Eu achei que a gente fosse encontrar um paciente mais estereotipado, de certo modo, eu esperava alguém mais “plano”. Mas aí conhecemos o E. (...) ele chegou todo simpático. Cumprimentou todo mundo, veio sorrindo, obviamente cheio de energia”.

O início do estágio é marcado pela dúvida do que irá ser encontrado. Os alunos se relacionam com uma representação social sobre a loucura, tendo em vista que estes mesmos possuem poucas vivências que lhes garantam uma concepção própria para este fenômeno. A experiência de não saber gera um vazio que acaba por ser preenchido pelas fantasias sobre como será o paciente e o encontro. Neste momento ocorre a surpresa de se perceber que o louco é alguém diferente do imaginado, que pode estar bem humorado, calmo e até ser simpático, sem necessariamente apresentar os estereótipos que lhe são delegados usualmente pelo senso comum. Percebe-se aqui uma pré-concepção de loucura semelhante àquela encontrada no trabalho de Tardivo e Gil (2007), tomada no sentido pejorativo e equiparada a ideia de solidão, desamparo e baixa auto-estima. A surpresa

relatada por alguns dos estagiários evidencia uma cisão com a representação social corrente sobre a loucura, e a possibilidade de compreensão da singularidade presente na experiência de adoecimento mental em cada indivíduo.

Para criar seu procedimento de consultas terapêuticas, Winnicott (1984) partiu da observação de que as crianças que visitava, tinham com certa frequência, sonhos com ele na noite anterior à sua consulta. Este fato seria indicativo de uma preparação mental em relação à figura do profissional, e a possibilidade de obter ajuda, sendo que restava a este ajustar-se a esta ideia pré-concebida pela criança. Podemos pensar que processo semelhante ocorre no estagiário diante o primeiro contato com seu paciente. O paciente é idealizado numa tentativa de elaboração mental de uma experiência desconhecida e geradora de ansiedade, podendo este paciente se ajustar a tais fantasias, eclodindo em um encontro real que irá se estabelecer posteriormente.

Esta ansiedade é um elemento constante na descrição das primeiras sessões diante desta nova situação, com todas as peculiaridades que envolvem um novo encontro, seja com o paciente desconhecido, a instituição, o monitor, ou o próprio grupo de alunos.

“Como todo primeiro dia, uma certa insegurança. Como será o lugar? E o grupo? E o paciente?”

“No começo da sessão estávamos todos muito ansiosos em função do que estava por acontecer que acabamos não nos apresentando, não falando nossos nomes, nem como funcionaria o estágio.”

“Quando chegamos no lugar (hospital psiquiátrico), fiquei com a impressão de ser um lugar parecido ao que se vê em filmes, mas sem ter certeza dessa impressão estar correta”.

Diante a necessidade de integrar a experiência do contato com a loucura, um mecanismo comumente usado pelos alunos é a racionalização, apoiando-se nas explicações, técnicas e diagnósticos na tentativa de apaziguar a dúvida, dando um sentido racional ao sofrimento destes pacientes e as suas próprias incertezas.

“(...) A relação com uma figura de autoridade masculina foi algo marcado pela evocação do número três: um frade, que havia dito que algumas pessoas de fato têm a

mente das outras, tinha cursado três faculdades, e por isso C. acreditava naquilo que o frade havia dito; o pai de Carlos também tinha três faculdades, e apenas três pessoas haviam comparecido a seu velório (...)”.

A racionalização pode ser entendida aqui também como a tentativa de se aproximar de uma fantasia sobre o que é o fazer do psicólogo clínico, que teria todo o domínio sobre a situação clínica compreendendo todos os processos que ali se instauram, não tendo então de lidar com a angústia do “não saber”. Aproximam-se então da representação do terapeuta *expert*, assim como descrito no trabalho de Ribeiro, Tachibana e Aiello-Vaisberg (2008), enquanto um modelo ideal de profissional.

Entretanto, durante o processo, alguns destes alunos vislumbram uma nova percepção, de que, para além do gesto técnico, o que se espera e a possibilidade de um encontro genuíno com estas pessoas, assim como descrito pela mesma aluna da citação anterior em seu relato de um encontro posterior com o paciente:

“Isso me preocupou, pois me vi na posição de quem ia ao estágio apenas para sugar do paciente aquilo que ele tinha de útil para minha formação, no caso, a sua patologia que me servia como guia de problematização teórica. Fiquei culpado por ter me atido tanto em especulações sobre o paciente e seus processos linguísticos, e ter feito isso em detrimento de alguns poucos gestos que tornariam toda a situação mais humana, possibilitando até uma melhor ajuda a ele, enquanto pessoa em sofrimento psíquico.”

Quando a racionalização se mostra ineficaz e não se dispõe de outro recurso para se assimilar esta experiência, alguns dos estagiários se veem novamente tendo de lidar com a ansiedade do desconhecido, acrescida agora pelo sentimento de impotência, que se faz tão frequente nos relatórios analisados. Neste momento parecem se dar conta da inexistência do sonhado terapeuta *expert*.

“A sessão me deixou com o coração partido. Queria muito poder ajuda-lo de alguma forma. Queria poder continuar vindo conversar com ele todas as semanas”.

“Essa exposição à situação real do hospital psiquiátrico foi muito impactante, e ao mesmo tempo que gerou um sentimento de desconformidade também veio uma sensação

de impotência perante essa situação”.

Após a assimilação das limitações e a elaboração das respectivas angústias, para alguns dos estagiários foi possível uma resignificação de seus papéis, percebendo agora o benefício de sua presença naquele espaço, podendo também problematizar a situação e construir críticas sobre a assistência em saúde mental no contexto nacional, e o contexto político e econômico que está em seu entorno.

“(...) senti todo o grupo muito coeso e harmonioso neste dia, sem grandes questões quanto ao fim (das sessões). Isso me fez pensar que conduzimos de maneira muito positiva todo o estágio. Percebi que nossos encontros foram muito importantes para o paciente e para nós também”.

“(...) Por falar em medicação... D. o foco desse relatório, toma atualmente 8 remédios diários, mas em conversas com as enfermeiras elas nos mostraram pacientes que tomam 20 remédios só pela manhã. (...) Qual seria a verdadeira importância e finalidade da medicação? Qual a influência da indústria farmacêutica no funcionamento dos equipamentos de saúde?”.

“(...) Nessa sessão eu me coloquei a pensar muito sobre a situação da família de pessoas com problemas mentais e toxicomânicos. Você vê que aquela situação tão propagada pela mídia aconteceu com você, o desespero deve ser imenso. A pessoa deve querer ajudar o parente, levá-lo até um lugar aonde possam ajudá-lo, mas vê que na grande maioria dos casos a própria pessoa não quer ser ajudado, não consegue se deixar ser ajudado. O pior ainda: mesmo que com sorte a pessoa aceite ser tratada, o sistema de saúde não possui uma boa estrutura de tratamento ainda, o que acaba por piorar ainda mais a experiência de tratamento(...)”.

Se tomada uma leitura do ponto de vista da evolução das impressões e integração das experiências por parte dos alunos, podemos inferir que das incertezas e fantasias iniciais ocorre uma mudança gradativa para uma compreensão mais real e humana sobre a condição de adoecimento mental. A teorização e o tecnicismo cedem lugar a experiência de contato humano intersubjetivo, que dentre diversos outros pontos, possibilita uma reformulação sobre o “fazer” do psicólogo clínico. Neste momento é possível aos alunos

vislumbrar benefícios advindos deste encontro, onde é permitido aos terapeutas e pacientes se surpreenderem diante de ideias, pensamentos e fantasias que transitam neste *setting* especial.

O Eu como terapeuta: a experiência de um *devir* estagiário

Nesta categoria serão discutidas as experiências relacionadas ao contato inicial com a tarefa clínica dentro de um enquadramento diferenciado de consultas terapêuticas. Serão descritas as percepções dos estagiários em relação ao modelo de estágio, e a possibilidade de visualizar benefícios desta atividade para os pacientes e sua formação.

Na formação tradicional do psicólogo, o contato com pacientes normalmente ocorre em uma etapa bem avançada do curso, sendo que até então os alunos só tem contato com condições como a doença mental de um ponto de vista teórico. Como justificativa para este fato podemos pensar que a formação é tratada enquanto um processo de desenvolvimento não apenas teórico, mas também, como um amadurecimento emocional e a construção de uma identidade profissional. Nesta perspectiva, pressupõe-se que o aluno estaria mais bem preparado para o contato com os pacientes e atividades profissionais ao final do curso, por ter tido tempo suficiente para o desenvolvimento de certas habilidades, justificando a inserção dos estágios neste momento.

No entanto, estudos como os de Gil e Tardivo (2007) e Tardivo (2007) têm demonstrado os benefícios da inserção do estágio monitorado em uma etapa precoce do curso, e que corrobora com alguns dos achados encontrados na categoria discutida anteriormente, na qual se destacou a evolução da percepção dos estagiários sobre a doença mental, a problematização da assistência a esses indivíduos, e a resignificação sobre a prática do psicólogo clínico. A análise dos relatórios possibilitou também a apreensão dos benefícios do estágio para a formação destacado por alguns dos alunos.

“Sinto que toda esta experiência foi muito rica para um primeiro contato com um tratamento em hospital psiquiátrico de surto, e ao contrario das minhas expectativas negativas, foi tudo muito positivo para todos”.

No que tange à percepção de benefícios do estágio para os pacientes, esta ocorreu de forma gradual. Ao inicio do estágio um forte dúvida acomete os estagiários,

questionando-se sobre seus papéis neste processo. A interação com o paciente é tímida e pontual, tendo o monitor um importante papel neste período, facilitando o diálogo e incentivando a participação dos estagiários.

“Acho que mesmo se posicionando um pouco distante, às vezes, C. gostou da nossa sessão, tanto que aceitou continuar nos vendo nas outras semanas”.

Podemos nos questionar se essa distancia pontuada pelo estagiário se trata apenas de uma reação do paciente. Podemos pensar que o mesmo receio pode ser encontrado no posicionamento inicial dos estagiários diante esta nova experiência. Porém, no decorrer das sessões essa atitude mais receosa parece ser substituída por uma curiosidade, permitindo que uma nova relação se estabeleça. É neste momento que alguns dos estagiários se dão conta de que algo ocorre nestes encontros, e que algum proveito deste espaço tem sido tirado pelos pacientes.

“(...) O paciente estava mais calmo e mostrou-se muito contente com a nossa presença. Senti que para além de um estudo estávamos realmente “atuando” para “ajudá-lo”. Só de ouvi-lo já era uma grande coisa. Percebi também a paciência que é necessária para o tempo de cada um e como é impossível julgar o tempo do outro durante uma sessão. Estou gostando bastante desta experiência”.

No relato acima se pode vislumbrar a percepção de uma das estagiárias sobre a noção de tempo interno de cada indivíduo. Apesar de uma configuração enquanto grupo, cada indivíduo possui uma percepção da situação de atendimento e conseqüentemente uma maneira própria de interação. A estagiária percebe também o benefício da atividade, mas ainda é cautelosa em assinalar estes encontros enquanto uma forma de atuação e ajuda, colocando os dois verbos entre parênteses. A escuta é valorizada, mas neste momento ainda parece imperar uma compreensão de tratamento e cura, podendo se inferir aqui uma possível compreensão destes processos sob o ponto de vista biomédico, tão presente nas práticas em saúde, e que entende o tratamento partir de um ponto de vista positivista em que a cura é a ausência de sinais e sintomas.

No entanto, esta percepção vai se ampliando com base nos encontros semanais e

discussões com o monitor. A mesma estagiária do relato anterior assinala posteriormente que “(...) *estar em grupo tem ajudado muito o paciente*” colocando em evidencia novamente sua percepção de benefício da atividade, relacionando-o a função de *holding* do grupo.

Outra estagiária afirma:

“(...) Penso que, possivelmente, o nosso atendimento semanal teve algum papel nessa mudança: contando sobre si e sobre seus problemas, a paciente teria podido entrar mais em contato com o que sentia, em relação a tudo em sua vida, como se pudesse remexer nisso ao invés de deixar tudo estagnado e, de certa forma, impermeável; assim, teria acabado por “soltar” os sentimentos e vivê-los através do choro”.

A esta estagiária, o benefício da atividade parece ser tomada sob outra perspectiva, na qual o atendimento é tido como um espaço potencial para a reorganização psíquica e reposicionamento subjetivo do paciente. Conteúdos que antes não contavam com um espaço propício para sua elaboração, agora encontram um grupo que exerce a função de continência.

No entanto, as limitações do trabalho de algumas temáticas são também realçadas, compreendendo-se os limites de alguns dos encontros, assim como percebido por uma das estagiárias:

“O encontro foi muito marcado por pensarmos soluções para como viver junto com a própria doença, embora saibamos que é um tema difícil e que nem de longe foi esgotado nesses últimos 50 minutos com o paciente”.

A evolução gradual dos encontros demonstra o processo de construção de uma identidade enquanto estagiário, e a reformulação sobre a prática da entrevista clínica interventiva com pacientes com transtornos mentais. Pode-se pensar que o estágio cumpre um importante papel em propiciar reflexões sobre a prática do psicólogo clínico, desmistificando algumas das pré-concepções sobre um terapeuta *expert* (RIBEIRO, TACHIBANA e AIELLO-VAISBERG, 2008), mas possibilitando aos estagiários desenvolver um raciocínio clínico e propiciar um espaço de sustentação e acolhimento que auxilia no processo de reorganização dos pacientes diante o processo de adoecimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÕES

O presente trabalho possibilitou a compreensão de alguns dos significados atribuídos por alunos do curso de psicologia à vivência inicial de uma proposta de estágio monitorado com pacientes em equipamentos de saúde mental. Pode-se evidenciar que o estágio contribui tanto para a desmistificação das representações sociais e estereótipos empregados a loucura, como também para a resignificação da prática do psicólogo clínico no contexto de entrevistas interventivas. A análise dos dados também demonstrou que o estágio é tido pelos alunos como uma importante vivência, que contribui para sua formação profissional, visualizando também efeitos terapêuticos dos encontros com os pacientes, configurando assim a função pedagógica-interventiva que caracteriza o estágio.

Esta experiência coloca em questão a importância da oferta de estágios monitorados em equipamentos de saúde mental nas etapas iniciais do curso, por possibilitarem um processo de aprendizado mais dinâmico e contextualizado. O estágio oferece aos alunos a experiência de formular hipóteses e tentar compreender o processo de adoecimento, problematizando aspectos sobre a assistência em saúde mental no município, e estabelecendo correlações com as teorias ensinadas em sala de aula.

Destaca-se aqui a importância da figura do monitor, que para além da função de facilitador e mediador da relação entre alunos-pacientes, atua também acolhendo as angústias iniciais, e proporcionando uma reflexão sobre as temáticas que emergem nas sessões.

Pode-se concluir enfatizando a importância da pesquisa sobre novos enquadramentos clínicos na assistência em saúde mental, tanto no contexto da prática institucional, como também no ensino em psicologia, possibilitando uma assistência mais condizente com a realidade dos equipamentos de saúde mental, e proporcionando uma compreensão crítica e realista sobre a condição de adoecimento mental.

REFERÊNCIAS

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Ribeirão Preto,

v. 17, n. 2, Apr, 2009

CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R. (2009). Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perspectivas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, Apr, 2009

GIL, C. A. **Envelhecimento e depressão**: da perspectiva diagnóstica ao encontro terapêutico. 2005. 179 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005.

GIL, C. A. **Recordação e transicionalidade**: a oficina de cartas, fotografias e lembranças como intervenção psicoterapêutica grupal com idosos. 2010. 174 p. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010.

GIL, C. A.; TARDIVO, L. C. Concepção de doença mental em estudantes de graduação em psicologia: um estudo compreensivo por meio de desenhos temáticos. **Mudanças Psicologia da Saúde**, São Paulo, v. 15, n. 2, Jul/Dez, 2007.

RIBEIRO, D. P. S. A.; TACHIBANA, M.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. A experiência emocional do estudante de psicologia frente à primeira entrevista clínica. **Aletheia**, São Paulo, v. 28, n. 2, Jul/Dez, 2008.

TARDIVO, L. S. L. C. Psicodiagnóstico interventivo: uma proposta de ensino em atendimento clínico. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, São Paulo, v. 15, n. 2, Jul/Dez, 2007.

TURATO, E. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2ª. Ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

WINNICOTT, D. W. O jogo do rabisco (Squiggle Game). In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R. (Orgs.). **Explorações psicanalíticas**: D. W. Winnicott. Tradução de José Octavio de Aguiar Abreu. – Porto Alegre: Artmed, 1994. p.230-243. (Trabalho original publicado em 1968).

WINNICOTT, D. W. O valor da consulta terapêutica. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R. (Orgs.). **Explorações psicanalíticas**: D. W. Winnicott. Tradução de José Octavio de Aguiar Abreu. – Porto Alegre: Artmed, 1994. p.244-248. (Trabalho original publicado em 1965).

Intervenção com oficinas psicoterapêuticas em mães adolescentes em instituição de acolhimento

*Gislaine Martins Ricardo Passarini*⁵³

*Maria Aparecida Mazzante Colacique*⁵⁴

*Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo*⁵⁵

Resumo

Em virtude das experiências precoces de violência, abandono e institucionalização, o desenvolvimento emocional de adolescentes mães parece ser prejudicado ao ponto de intensificar conflitos internos e externos, bem como, as atuações. Nesse contexto, escolhemos como modo de intervenção as Oficinas Psicoterapêuticas, uma vez que este tipo de atendimento clínico favorece a expressão do viver para a retomada do crescimento emocional dos sujeitos em sofrimento. O objetivo do presente artigo é descrever e realizar uma análise clínico-qualitativa, sob a perspectiva psicanalítica winnicottiana, do primeiro encontro da oficina psicoterapêutica realizada junto às adolescentes, já que este se constitui como um diagnóstico da grupalidade. Como técnica diagnóstica, utilizou-se o procedimento Desenho-Estória temático. Esse instrumento técnico possibilitou a compreensão do grau de desenvolvimento afetivo de cada adolescente, bem como da formação grupal como um todo. As adolescentes parecem apresentar dificuldades no desenvolvimento emocional que pode ser verificado pelo excesso de violência verbal, principalmente, entre elas e pela raiva expressa pela instituição, representada por seus profissionais. Contudo, verificou-se também que as jovens demonstram esperança na expectativa de obter ajuda e necessidade de um espaço para que suas questões possam ser escutadas e cuidadas. A pesquisadora adotou uma postura acolhedora e continente em relação às dificuldades apresentadas por elas para

⁵³ Membro do APOIAR, estudante da Pós Graduação do Programa Psicologia Clínica no IPUSP

⁵⁴ Doutora em Psicologia Clínica pelo IPUSP, Psicóloga da Clínica Durval Marondes do IPUSP, membro do APOIAR

⁵⁵ Coordenadora do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social – Professora Associada do IPUSP

estabelecer um vínculo de confiança e de sustentação da experiência emocional vivida no grupo.

Palavras-Chaves: Adolescência, Oficinas Psicoterapêuticas, abrigo e violência doméstica.

Introdução

O estudo sobre a realidade psíquica de mães adolescentes em instituição de acolhimento tem demonstrado que, na maioria dos casos, a condição emocional das jovens é bastante afetada devido às experiências precoce de violência, abandono e institucionalização. Além disso, constata-se que os danos sofridos na construção da subjetividade ao longo de suas vidas produzem intenso sofrimento nessas jovens, aumentando os conflitos internos e externos, bem como, as chances de atuações (PASSARINI & TARDIVO, 2012). Nesse sentido, julgamos pertinente a realização de um trabalho psicoterapêutico com as adolescentes. Frente ao elevado número de adolescentes e a urgente demanda de trabalho psicoterapêutico, principalmente em função das dificuldades de relacionamento observado entre as mesmas, vimos no modelo de trabalho das Oficinas Psicoterapêuticas uma possibilidade real de intervenção dentro desse contexto.

As Oficinas Psicoterapêuticas são um modo de atendimento clínico da “Ser e Fazer”, e também adotado pelo APOIAR, ambos serviços inseridos no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, fundamentado nos pressupostos da psicanálise winnicottiana, em que o *holding* é a intervenção terapêutica principal (AIELLO-VAISBERG, 2009).

Nesse modo de abordagem, os pacientes são atendidos clinicamente em um contexto grupal, no qual a materialidade de diferentes naturezas (materiais gráficos, fotos...) são apresentadas com o intuito de facilitar a comunicação emocional. O grupo funciona como um espaço potencial, no qual cada indivíduo pode se expressar e tem uma função terapêutica, à medida que favorece a ocorrência de experiências emocionais mutativas em

um encontro inter-humano (TARDIVO, 2007b).

A materialidade, apresentada como mediadora para a comunicação das experiências emocionais, está embasada na técnica do Jogo do Rabisco de Winnicott, e funciona como uma forma de acesso ao mundo interno de maneira natural, sendo equivalente ao brincar como possibilidade de expressão, pela liberdade e possibilidade de manifestar a criatividade (TARDIVO, 2009).

Nas Oficinas psicoterapêuticas, o psicoterapeuta busca, por meio da sustentação e acolhimento (*holding*) dos conteúdos que surgem no grupo, criar um ambiente suficientemente bom que favorece a expressão do viver para a retomada do crescimento emocional dos sujeitos em sofrimento (TARDIVO, 2009).

Gil *et al* (2008) verificou que, por meio da materialidade, os pacientes presentificam e expressam com grande envolvimento experiências emocionais do passado, ao mesmo tempo que, contam com o acolhimento e sustentação (*holding*) do terapeuta e do grupo para compartilhar as emoções envolvidas nessas vivências. Dessa forma, é possível, não apenas lembrar, mas também resignificar o passado no presente e criar perspectivas futuras. Essa experiência grupal acolhe a gestualidade do Self e proporciona uma maior integração favorecendo um existir mais criativo e próximo de si mesmo, culminando em mudanças na forma de ser e estar no mundo dos indivíduos.

Aiello-Vaisberg (2009) enfatiza, a partir da psicanálise de Winnicott, que o primeiro grupo do ser humano é a dupla mãe-bebê. Nesse sentido, todo o desenvolvimento emocional está pautado no relacionamento com a alteridade. A estudiosa de nosso meio enfatiza que o grupo pode ser compreendido a partir da constatação do grau de desenvolvimento das pessoas que compõe o grupo. Dessa forma, a grupalidade pode ser composta por pessoas que:

1. Não alcançaram uma integração e individualização;
2. Desenvolveram um *falso self* que aparenta uma integração, mas que se desfaz assim que confrontado com situações críticas da vida;
3. Possuem uma integração incipiente e que se sentem perseguidos pelo mundo

externo;

4. Atingiram a integração, mas privações a conduziram a condutas anti-sociais;
5. Alcançaram uma integração pessoal permanente e, por isso, conseguem se sentirem vivos e reais.

Sobre as oficinas psicoterapêuticas Aiello-Vaisberg (2009) afirma que estas funcionam como um importante modo de intervenção. De acordo com as próprias palavras da autora:

Este tratamento concomitante de indivíduos em diferentes condições de desenvolvimento é possível quando a intervenção básica do terapeuta é a sustentação do acontecer humano, a partir do qual diferentes necessidades emocionais poderão ser atendidas (p.60).

Nesse sentido, realizamos oficinas psicoterapêuticas semanalmente em horário previamente acordado com as adolescentes mães em uma instituição de acolhimento de um bairro classe média de São Paulo. Estes encontros tiveram a duração de uma hora e meia e elegemos como materialidades mediadoras revistas, jornais e materiais gráficos como cartolina e lápis coloridos e pretos. Toda a produção do grupo fora fotografada com autorização das adolescentes.

O primeiro encontro das oficinas constitui-se também como um diagnóstico da grupalidade, na qual será realizada a intervenção. Por isso, nesse encontro inicial solicitamos ao grupo que cada componente desenhasse uma adolescente no referido abrigo em que se encontravam, e posteriormente, contasse uma história sobre o mesmo. Essa técnica diagnóstica foi proposta por Vaisberg (1997) e também utilizado e recomendado por Tardivo (2007a), como uma derivação do teste de Desenho-Estória de Trinca (1997), cujo tema do desenho se relaciona ao fenômeno que se deseja compreender e a aplicação pode ser coletiva.

O objetivo do presente artigo é descrever e analisar qualitativamente sob a perspectiva psicanalítica winnicottiana, o primeiro encontro da oficina psicoterapêutica realizada junto às adolescentes, a fim de apresentar a modalidade de atendimento clínico

grupar com adolescentes mães nesse contexto institucional. Passamos então à explanação da experiência clínica.

Experiência clínica do 1º Encontro das Oficinas Terapêuticas

O local reservado para o trabalho fora uma varanda espaçosa no andar superior ao lado dos quartos das jovens. Nesse local foram disponibilizados dois grandes colchonetes para que todos sentassem no chão e apenas uma cadeira para que uma das adolescentes que estava gestante pudesse sentar. Todas as adolescentes que estavam presentes na casa foram convidadas para participar da Oficina, todas compareceram, com a exceção de apenas uma adolescente. Nesse primeiro encontro, elas demoraram cerca de 20 minutos para compor o grupo, sendo notável certa resistência, ao mesmo tempo em que não se negaram a participar frente à colocação de não obrigatoriedade de participação.

Enquanto umas aguardavam as outras, as adolescentes conversavam entre si, e muitas vezes, criticavam-se mutuamente. Quando uma delas falou palavrão, as outras se manifestaram: “respeita a tia aí, meu!” (sic).

Após o grupo estar completo, foi esclarecido que o grupo teria a finalidade de ser um espaço, no qual poderíamos conversar sobre o que desejassem e que no primeiro encontro seria realizada uma atividade a fim de conhecê-las. Muitas adolescentes nesse momento manifestaram-se sobre o fato de não gostarem de contar sobre a própria vida na frente das demais. Diante da colocação das adolescentes, foi dito que elas poderiam conversar sobre o que desejassem, da forma que preferissem e que não necessariamente fariam sobre a própria vida. Além disso, ressaltou-se que tudo o que fosse comentado ali seria tratado com sigilo e que, portanto, nenhum profissional da instituição ficaria sabendo sobre o que fosse falado ali. Ainda assim, uma das jovens perguntou: “você não vai mostrar isso para ninguém?” (sic). Eu reafirmei que não.

Em seguida, folhas sulfites e lápis preto nº 2 foram distribuídas e solicitou-se que cada adolescente desenhasse uma adolescente com seu filho no referido abrigo. Após a proposta ter sido realizada, não houve resistência para a execução do desenho em si, apenas alguns comentários sobre o fato de não saberem desenhar. Eu respondi que esses

desenhos serviriam para conversarmos e que não era uma avaliação da capacidade artística da pessoa.

Andreia⁵⁶, com 18 anos de idade estava sendo desabrigada, ela desenhou de forma muito rápida e precisa. Seu desenho contava com uma casa, uma adolescente, sua filha e duas nuvens. Enquanto ela realizava o seu desenho observava o desenho de Júlia (15 anos) e perguntava se ela não havia frequentado a escola, julgando-a inábil para desenhar. Além disso, Andreia repetiu também por várias vezes a seguinte frase: “visão do inferno” (sic) ao olhar para Isabel (15 anos) que estava deitada no colchonete de bruços para desenhar. O comentário agressivo referia-se à questão de Isabel estar acima do peso.

Júlia (15 anos) afirmou que não sabia desenhar, mas fez uma casa, com uma adolescente em cima da mesma, sem uma perna, além de desenhar uma árvore com uvas e sua filha no chão. Ela comentou que havia perdido uma perna e que estava em cima do abrigo, vendo o movimento. Contudo, as demais adolescentes perguntavam a ela: “Quem vai se jogar aí de cima? Está querendo se matar?” (sic). Um dado relevante é que essa adolescente tinha uma estatura muito abaixo do convencional.

Josefa (17 anos) afirmou que não iria desenhar a si mesma, mas sim Isabel. Ela disse “estou desenhando você” (sic), ao se dirigir à Isabel, que é uma adolescente que está abrigada há poucos meses no abrigo. Ela dava risadas como se o desenho fosse para perturbar e criticar a outra adolescente. Isabel respondeu “essa não sou eu, é você” (sic) e fez como se não se importasse. Ao notar que o desenho fora iniciado com um rosto bastante grande, Isabel retrucou a provocação dizendo que Josefa estava desenhando a si mesma, uma vez que estava expressando uma pessoa gorda como ela. Josefa reafirmou que estava desenhando Isabel, pois ela também estava acima do peso e o filho dela com “os olhos esbugalhados” (sic). Isabel protestou e disse que Josefa não deveria se comparar a ela, pois nunca havia sido gorda e que havia engordado apenas após a gestação do filho, (que na época desse encontro estava com 8 meses). Josefa afirmou que também havia sido bastante magra, “sequinha” (sic) comparando-se a outra adolescente bastante magra que

⁵⁶ Todos os nomes são fictícios, devido ao sigilo, tendo permissão dos Responsáveis, e das adolescentes para uso do material com finalidades científicas.

não estava na casa. Essa colocação fora contra argumentada por Sandra (18 anos, gestante) que afirmou ter visto uma foto antiga dela e que constatou que ela havia sido magra, mas não muito como outra adolescente, a quem Josefa havia se comparado. O desenho de Josefa constituiu-se de uma adolescente e um filho.

Já Isabel desenhou a si mesma e ao filho e afirmou que antes da gestação era como se representou no desenho, querendo referir-se à magreza. Na maior parte do tempo esteve calada durante a execução do mesmo, apenas defendeu-se dos ataques de Josefa.

Sandra (18 anos) fez um desenho sem muitos comentários e depois fez outro e trocou com o primeiro, ela desenhou o abrigo e depois a família que em sua história esclareceu ser a família trabalhada pelo abrigo.

Roberta (15 Anos) chegou depois da atividade iniciada e desenhou a si mesma, afirmando não ter desenhado o filho, por este não ter nascido ainda. Ela estava cansada e disse que estava participando, pois a psicóloga do abrigo havia a obrigado.

Ao término dos desenhos, foi solicitado que cada adolescente contasse uma história sobre o mesmo. Elas reagiram “uma história, ah não?!?!” (sic). Como eu sabia que duas das participantes (Josefa e Júlia) não escreviam, eu me ofereci para escrever e pedi que me ditassem o conteúdo. Contudo, elas não conseguiram formular uma história. Eu estimulei que escrevessem o que essa adolescente que desenharam desejava, gostava, quem era, etc.

Histórias:

Júlia: *“Eu estava em cima do telhado olhando o movimento da rua em geral. Eu sou muito mal criada, gosto de ir no Sesc usar o computador. Gosto de conversar com algumas meninas. Gosto de brincar com Sofia (filha). Não gosto de ficar aqui dentro. Não gosto de alguns educadores, porque são chatos e ficam pegando no pé.”* (sic).

Josefa: *“Estou estressada e não quero ficar aqui. Gosto da minha filha. Meu sonho é ir embora com minha filha e meus irmãos. Ajudar meus irmãos para sair do abrigo. Em parte*

é bom, em parte não é bom” (sic) [ao se referir ao abrigo].

Isabel: *“O Gustavo (filho) faz bagunça e eu fiquei brava, mas depois eu baguncei junto com ele. Gosto de fumar um cigarro, gosto de dar doces pro Gustavo, dar tudo que ele quiser e não gosto de não poder sair daqui sozinha com meu filho” (sic).*

Roberta: *“Horrível ficar aqui nessa casa. Ir embora (desejo). Eu não gosto de várias coisas que eu não gostaria de falar” (sic).*

Sandra: *“Aqui tem uma casa, parece casa normal, mas é um abrigo. Nele mora uma menina com 15 anos ela tem um bebê de um mês. Ela está na frente da casa com o pai do filho dela. Ele é um bom rapaz, mas no momento ele está usando droga, ele precisa de ajuda, tanto como a namorada. O abrigo ajuda a menina como a ser mãe e como pode viver a vida para frente melhor, e ajuda o pai como sai das drogas com orientação e muita amizade e compreensão.” (sic).*

Essa última adolescente parece ter sido a única a conseguir contar uma história própria, as demais parecem ter construído um aglomerado de respostas às sugestões de questões colocadas pela pesquisadora. Andreia abandonou a atividade quando a história foi solicitada.



Após as histórias serem contadas por elas, foi proposta uma conversa sobre a vida no abrigo para que fossem escolhidos temas para conversarmos nos 11 encontros seguintes. Elas começaram a dizer que havia um lado bom e outro ruim de estarem abrigadas. Contudo, focaram-se em explicitar os aspectos ruins. Elas apontaram como principal ponto negativo o fato de não poderem sair com seus filhos. Assim, as jovens definiram a experiência de viver em abrigo como um “saco” (sic). Para elas as dificuldades na vivência do abrigo se devem ao fato da convivência com alguns profissionais ser muito ruim, devido à “ignorância”, “preconceitos” e “preferências” (sic) deles em relação a algumas em detrimento de outras adolescentes. Elas colocaram também o fato de quererem muitas coisas e de não conseguirem realizar, como permissões para sair, roupas, acessórios para os filhos e etc. Assim, finalizamos o encontro daquele dia, combinando que na semana seguinte temas a serem tratados em cada oficina seriam elencados por elas mesmas.

Análise do Encontro:

Nesse encontro ficaram evidentes as dificuldades que as adolescentes enfrentam na vida institucional. O desrespeito permeia as relações das adolescentes e o clima emocional que se criou, principalmente no início da atividade foi de ataque e contra-ataque, com muito pouca compreensão. Por meio dos xingamentos, críticas às condições físicas e competências intelectuais, elas demonstravam como de fato percebem a si mesmas e aos outros, por meio de uma lupa distorcida e negativa. Ao que parece cada adolescente vivencia a própria condição, como insuficiente, inadequada, defeituosa e falha.

Aventa-se como hipótese que o estado emocional das jovens observado na dinâmica grupal representa uma desesperança em relação a uma boa experiência com o meio que as circunda, o que indicaria a vivencia de falhas ambientais profundas no desenvolvimento primitivo. Refletimos se as adolescentes, não tendo alcançado uma integração e uma individuação ao longo do desenvolvimento, apresentam um modo de ser e de se relacionar que contribui para a dificuldade de convivência na instituição e no grupo em si.

Poder-se-ia entender a agressão como expressão de uma tendência anti-social, resultado de uma experiência de privação e por isso, por meio de comportamentos que perturbam o ambiente buscam encontrar o que sentem que lhes foi retirado (WINNICOTT, 1956/1999).

Em função dessas dificuldades, foi muito difícil estabelecer um clima de cooperação entre os indivíduos do grupo, o que fez com que o tempo de duração desse primeiro encontro fosse maior do que o acordado. Além disso, essa postura das adolescentes demandou a colocação de limites aos comentários que faziam em relação umas às outras.

As adolescentes demonstraram que as relações, em geral, com o abrigo e os profissionais deste, apresentam dificuldades, sendo estas marcadas, mais uma vez, pela ambivalência, ciúmes, baixa tolerância à frustração e elevada sensibilidade às críticas e por isso, sentem-se facilmente preteridas, o que parece ser sentido com grande dor narcísica.

Em relação à experiência de abrigamento, esta parece ser vista com muita ambivalência pela maioria das adolescentes. Ao mesmo tempo em que as jovens conseguem verificar pontos positivos, ressaltam ainda mais os negativos. Contudo, para

uma das adolescentes, especificamente, Sandra, a experiência de acolhimento institucional parece ser bastante negativa, sequer conseguindo expressar em palavras. Verificou-se também que apenas uma das adolescentes demonstrou reconhecer a função da medida protetiva de abrigo em sua extensão e complexidade, principalmente, ao referir, em sua história, sobre o trabalho com a família de origem e também com a do filho, sendo esta adolescente também a única a ter conseguido construir uma história para o desenho.

Já no quesito maternidade, as adolescentes demonstram muita dificuldade de exercerem em sua complexidade. As adolescentes tendem a se identificar fortemente com as necessidades não satisfeitas de seus filhos relacionadas a satisfações de necessidades primárias e de prazer. Esse aspecto é frequente em mães adolescentes, que visam por meio dessa experiência buscar o que não encontraram como filhas uma mãe suficientemente boa.

Apenas uma adolescente não concluiu a atividade proposta, tendo se retirado do grupo antes do término deste. Aventou-se como hipótese que essa adolescente se retirou do grupo, como uma reação a iminente obrigatoriedade de saída da instituição, o que pode suscitar reações a perda, como sentimentos depressivos e agressivos. Entendemos que para ela estava ainda mais difícil construir um sentido na execução da atividade, sendo que não teria possibilidade de participar de todos os encontros que estariam por vir.

Considerações finais

Por meio do Desenho-história temático (Tardivo, 2007a), o encontro inicial das oficinas psicoterapêuticas teve como objetivo conhecer as adolescentes e já intervir na realidade afetivo-emocional delas. Esse instrumento técnico possibilitou a compreensão do grau de desenvolvimento afetivo de cada adolescente, bem como da formação grupal como um todo.

Aventamos como hipótese que as adolescentes atendidas tiveram dificuldades no desenvolvimento emocional, ao verificar o excesso de violência verbal, principalmente, em relação às demais adolescentes e a raiva expressa pela instituição, representada por seus profissionais.

O modo de ser agressivo das adolescentes pode ser entendido também como

expressão de uma tendência anti-social, como descrito por Winnicott (1956/1999). Dessa forma, esses comportamentos e falas das adolescentes tiveram a função de perturbar o ambiente para justamente demandar deste o que sentiam que de bom perderam em suas vidas em uma experiência de deprivação. Apesar do aspecto perturbador, ressalta-se que este gesto continha em si a esperança em obter ajuda do ambiente, em virtude da permanência delas no grupo. Nesse sentido entendemos o modo como essas adolescentes se colocaram no grupo como uma expressão do próprio sofrimento que vivem.

Por sua vez, o ambiente, representado pela terapeuta, possibilitou uma experiência suficientemente boa, à medida que pode acolher a gestualidade espontânea delas, mesmo sendo manifestada pela agressividade. Tal acolhimento não incluiu interpretações ou críticas, mas sim, a continência e sobrevivência da terapeuta o que favoreceu a continuidade do ser de cada indivíduo e do grupo como um todo.

Dessa forma, notamos que apesar das dificuldades observadas em função de um desenvolvimento emocional insatisfatório, as adolescentes participaram da atividade proposta, dentro das suas possibilidades, demonstrando a necessidade de um espaço como o que foi oferecido para conversar sobre o seu sofrimento. Ademais, quando as adolescentes encontraram no encontro da oficina psicoterapêutica um ambiente livre de críticas e expectativas, ao mesmo tempo em que contaram com a colocação de limites de forma compreensiva em relação às dificuldades de relacionamento entre elas, puderam acatar as regras em prol da convivência grupal, o que nos mostra que o manejo adequado é sempre a melhor intervenção dentro desta realidade.

A adolescente que se retirou do grupo em meio à atividade, não sofreu impedimentos ou críticas e dessa forma, procurou-se não romper a continuidade do mesmo e favorecer um estabelecimento de uma relação de sustentação com as adolescentes que ali permaneceram.

Com isso, conclui-se que o encontro inicial diagnóstico possibilitou a expressão de pelo menos uma das formas de sofrimento dessas jovens e também das vivências delas acerca da adolescência, maternidade e institucionalização, o que favoreceu à compreensão

clínica e também justificou o trabalho realizado com elas.

Referências

- AIELLO-VAISBERG, T.M. J. O uso de enquadres grupais na clínica winnicottiana. In: TARDIVO, L.S.L.P.C. (Org.) **Caderno de Anais VII Jornada Apoiar. Saúde Mental e Enquadres Grupais: A pesquisa e a clínica.** São Paulo. IPUSP. 2009.
- _____. Desenho com Tema. In: TRINCA, W (Org.) **Formas de Investigação Clínica em Psicologia – O procedimento de Desenhos-Estórias e Desenhos de Famílias com Estórias.** São Paulo: Vetor, 1997.
- GIL, C. A. et al. Oficina Psicoterapêutica de cartas, fotografias e lembranças: desafios e esperança no contexto do hospital psiquiátrico. In: TARDIVO, L.S.P.C & GIL, C.A. (Org.). **Apoiar: novas propostas em psicologia clínica.** São Paulo: Savier, 2008. P. 347-353.
- PASSARINI, G.M.R. & TARDIVO, L.S.L.P.C. **Adolescentes mães em Instituição de Acolhimento: Psicodiagnóstico Compreensivo e Interventivo.** Resumo apresentado no Congresso Interno do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2012.
- TARDIVO, L.S.L.P.C. O Apoiar e os enquadres grupais. In: _____ (Org.) **Caderno de Anais VII Jornada Apoiar. Saúde Mental e Enquadres Grupais: A pesquisa e a clínica.** São Paulo. IPUSP. 2009.
- _____. **O adolescente e sofrimento emocional nos dias de hoje.** São Paulo: Vetor, 2007a. 171p.
- TARDIVO, L.S.L.P.C.; BONFIM, T.E. Oficinas Terapêuticas de vídeo e fotos : o olhar e o ser de indígenas Guaranis do município de São Paulo. Projeto de Pesquisa. In: **Jornada de Pesquisa em Psicanálise e Fenomenologia** (1. : 2007 : Campinas). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Campinas: Pontifícia Universidade de Campinas. 2007b. p. 388-404.
- TRINCA, W (Org.) **Formas de Investigação Clínica em Psicologia – O procedimento de**

Desenhos-Estórias e Desenhos de Famílias com Estórias. São Paulo: Vetor, 1997.

WINNICOTT, D. W. O conceito de indivíduo saudável. In: _____. **Tudo começa em casa.** São Paulo. Martins Fontes, 2005. (1967) p. 3 – 22.

_____. A tendência anti-social. In: _____. **Privação e Delinquência.** 3ª. Ed. São Paulo. Martins Fontes. 1999 (1956). P. 135-147.

A Teia do Psiquismo: discussão de um caso de menino com fobia de aranhas

Karina Simões Parente

Maria Aparecida Mazzante Colacicque

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

Resumo

Este texto tem como objetivo refletir sobre o atendimento de um caso de um menino com fobia de aranhas de um de 11 anos de idade. Ele chega ao processo de psicoterapia com queixa de agressividade, indisciplina na escola, tristeza, muito sono e dificuldade de concentração nas aulas. Os comportamentos apresentados na queixa surgem após descobrir que a referência de pai biológico que tinha não era verdadeira e a descoberta desta revelação foi realizada de forma inadequada pelo próprio pai. Assim, há poucas informações a respeito de sua família biológica. É adotado juntamente com dois irmãos biológicos por parte da mãe. Sua mãe adotiva cuida das três crianças. Nas sessões, o paciente sempre relatava seu medo de aranha. Ao verificar este medo pelas atitudes dele diante de aranhas do jardim da clínica, começou-se no significado que ele atribuía à aranha e como interpretá-lo para uma criança com 11 anos. Foi usado um recurso de contar histórias com ele, e no processo terapêutico se buscou que o paciente pudesse criar o que está passando sobre a aranha, buscando com ele os significados projetados nesta história. Nesse texto se faz uma discussão sobre fobia e se relata trechos da sessão buscando compreender o sentido que ele atribui, e como pode com a ajuda terapêutica se libertar e se sentir mais aliviado.

Introdução

“A personalidade fóbica origina-se de rupturas mais ou menos intensas que se dão no centro de sustentação interna” (Trinca, 2006). O autor associa a fobia a um estado de

fragilidade do self.

“Um beco sem saída expressa angústias psicóticas. Tal qual um túnel ou um elevador sem saída são manifestações da mente que se defronta com a sua fragilidade primitiva, da qual receia se aproximar, revivendo angústias de um bebê cuja mãe não foi capaz de lhe oferecer bastante segurança existencial. É o oco da ausência de bases de sustentação psíquica, algo vivido de modo caótico e insuportável, quase sempre associado à morte.” (Trinca, 2006).

Trinca (2006) aponta que “Com a organização da estrutura do self, os medos tendem a diminuir, dado o reconhecimento pela pessoa de sua capacidade para conter e dominar as emoções, em contato com a realidade.” (p.)

Trinca (1997) comenta em “Fobia e Pânico em Psicanálise”, que dependendo da gravidade da situação, o paciente fóbico amedronta-se por estar só, separado de outras pessoas, tomando consciência de suas relações internas e sentindo parecer insuportável, pois não confia no contato com o ser que é o núcleo fundamental de si mesmo.

Outra teoria é que, se aceitar o contato com a realidade interna, vai se confundir e se perder meio a objetos terríveis. A ligação afetiva, por exemplo, é repelida em função do domínio que o objeto de amor exerceria sobre o sujeito indefeso.

“Há, ainda a teoria de que o contato com o sofrimento é insuportável porque conduzirá ao colapso e a morte da mente. A vivência aqui é de grande instabilidade: ameaças de acidentes, destruições, mortes, fragmentação mental, dissolução do nada. Deve-se a todo custo evitar o sofrimento, porque ele significa morte. A mente não consegue fazer face à catástrofe que representa o sofrimento porque não há ordem e sim caos. Nada é confiável no universo. O ser que sofre vai morrer”. (Trinca, 2006)

Trinca (1997) fala sobre a correspondência entre os diferentes graus de ruptura com os diferentes graus de anulação da mente, em que o indivíduo se distancia, se desfoca e se perde de si mesmo.

“As funções mentais são subestimadas ou dadas como inúteis e o esvaziamento interno chega a assumir proporções alarmantes. Os medos surgem como conseqüência de alheamento e de enfraquecimento, sendo tanto mais intensos e mais persistentes quanto mais o indivíduo deixa de usar os recursos que dispõe” (Trinca, 1997).

“Amor e ódio constituem os dois principais elementos a partir dos quais se constroem as relações humanas. Mas o amor e o ódio envolvem agressividade. Por outro lado, a

agressão pode ser um sintoma do medo”. (Winnicott, 1999)

Winnicott comenta que dependendo da tensão preexistente na fantasia do indivíduo, o ódio ou a frustração pode gerar reações controláveis ou não, podendo controlar a agressão pelo medo. Tendo como objetivo “encontrar o controle e forçá-lo a funcionar” (Winnicott, 1997).

“É função dos pais e professores cuidar para que as crianças nunca se vejam diante de uma autoridade tão fraca a ponto de ficarem livres de qualquer controle ou, por medo, assumirem elas próprias a autoridade. A assunção de autoridade provocada por ansiedade significa ditadura,...” (Winnicott, 1997).

Winnicott ainda diz que a destrutividade existente em cada indivíduo pode ser facilmente acessada quando surge uma situação de raiva resultante de uma frustração ou ódio de algo reprovado, ou mesmo uma reação ao medo. Diz ainda que “o difícil para cada indivíduo é assumir plena responsabilidade pela destrutividade que é pessoal e que pertence à relação com um objeto sentido como bom; em outras palavras, relacionado com o amor”.

Justificativa

O trabalho apresenta necessidade de estudar e compreender o sofrimento da criança e o sentido de seus sintomas.

Apresenta-se como objetivo reflexões a respeito do sentido dos sintomas de uma criança e a forma usada para ajudá-lo a entrar em contato com seus sentimentos, buscando uma análise de sua fobia.

Metodologia

O trabalho foi desenvolvido a partir do relato de uma sessão do trabalho de psicoterapia realizado pelo Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica e Social – APOIAR, com uma criança de 11 anos. Utilizando-se o método clínico com base em estudo de caso. Os nomes utilizados como referencia aos pacientes são fictícios, de forma a preservar sua identidade de maneira ética.

Tardivo (2004) menciona que dentro das abordagens qualitativas de pesquisa, o estudo de caso se constitui em uma das formas mais relevantes (Lüdke, 1986). Poderia dizer que se trata de uma metodologia qualitativa de trabalho que se desenvolve numa

situação natural, é rica de dados descritivos, tem um plano aberto e flexível e focaliza a realidade de forma complexa e contextualizada.

Ilustração Clínica

Otávio

O paciente está em atendimento psicoterapêutico no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica e Social do IPUSP, há dois anos e meio (contando a data em que o artigo é apresentado).

Após ser informado de maneira inesperada a respeito de sua paternidade e em consequência ter maiores conhecimentos de sua mãe e família biológicas, Fabio⁵⁷ passou a apresentar comportamentos agressivos gerando conflitos no ambiente escolar e familiar, assim como questionar porque os irmãos estavam em acompanhamento psicoterapêutico e ele não, entendido pela família como ciúmes.

Otávio estava com um ano quando sua mãe adotiva, aqui mencionada pelo nome fictício de Amanda, passou a se responsabilizar por ele. A mãe biológica de Otávio, aqui denominada Sandra, morava na rua com ele, em frente à casa de Amanda, que tentava ajudá-la entregando dinheiro para cuidar das doenças que Fabio apresentava. Porém, percebeu que Sandra, por ser dependente química, utilizava o dinheiro para comprar drogas. Foi neste momento, que ambas decidiram que Amanda deveria cuidar de Otavio.

Sandra conheceu o Irmão de Amanda, que também é dependente químico e tiveram mais dois filhos que igualmente estão sob responsabilidade de Amanda.

Até um ano antes de iniciar terapia, Otavio tinha como informação que seu pai biológico era o mesmo de seus irmãos. O irmão de Amanda, assim como sua mãe biológica. Porém, de maneira inadequada o “pai biológico” revela que não é seu pai e que não se sabe quem seria. Passa ainda a saber que tem mais seis irmãos mais velhos que residem em abrigos.

O paciente possivelmente vivenciou com sua mãe biológica no período recém nascido, a falta de segurança existencial, de vínculo, de aconchego no momento, já que pelo pouco que se sabe, a mãe não podia priorizar o cuidado do filho e seu tratamento de suas doenças, uma vez que dependente química, suas necessidades acabavam sendo muito imperiosas (essas informações foram fornecidas pela mãe adotiva).

⁵⁷ Nome fictício – com permissão e consentimento para uso do material em trabalhos científicos

Otávio demonstra na relação com a mãe adotiva, muito medo de perde-la e parece que Amanda também denota intensa angústia de perder Otávio, oferecendo intensa proteção e dificultando que possa ter acesso as informações de sua origem de vida: mãe e pai biológicos, irmãos, etc. Ela fala claramente à psicóloga sobre o medo de perdê-lo. Considera-o como único filho, pois relata que os dois irmãos mais novos são seus sobrinhos. Diz textualmente: “ Filho, apenas o Otávio”. Desta forma, o paciente revela não sentir permissão de acessar ou entrar em contato com sua capacidade de reconhecer as próprias emoções e perceber sua condição de conter e dominá-las, ele sempre evita pensar e sentir as emoções relacionadas à sua história familiar.

Em relação à figura paterna, as dificuldades são grandes, especialmente após saber que o tio biológico que é pai de seus irmãos, não é seu pai. Falou para a psicoterapeuta que prefere não pensar sobre o assunto para “não surtar” (sic).

Nos primeiros meses, Otavio sempre falava de seu medo de aranha. O conteúdo aparecia em todas as sessões e em oposição aos comportamentos agressivos que foram apresentados como queixa, ele solicitava frequentemente que a terapeuta decidisse o que deveria ser desenvolvido em sessão.

O comportamento não agressivo e a constante verbalização do medo de aranhas despertaram atenção para o que o sentido que poderia haver nesse medo e o que ele desejava expressar.

Sessão com Otávio⁵⁸

Ele pede pelo jogo “Detetive” e ao começar a tirar as peças da caixa, ele comenta algo sobre mato e diz que não gosta muito de mato, pois tem muitos “bichinhos”. Completo: “como aranhas”. Ele confirma e pergunto o que mais o assusta na aranha. Ele diz: “não sei... os pelos, as pernas, sei lá”. Peço para me falar mais e ele se lembra de um programa de bichos que o homem pega a aranha e fica batendo no “funil” e ela não faz nada, mas o quanto ele ficou assustado.

Pergunto o que é o funil. Ele desenha uma aranha. O desenho representa bem a figura do bicho. Mostro como essa aranha parece ter tantas pernas se é isso que o assusta.

⁵⁸ Essa parte do texto será escrita em primeira pessoa, uma vez que se refere ao relato

Confirma com a cabeça. Complementa que elas andam muito rápido. Digo que parece não ter como escapar. Ele confirma.

Pergunto sobre a teia e conto que o vi no estacionamento da USP desviando de uma teia e o quanto ele parecia assustado. Ele confirma que fica assustado mesmo com o tamanho das teias e mostra uma que víamos pela janela da sala.

Conto a história de como a aranha pega sua presa. Que qualquer toque em sua teia ela já fica em alerta, sabendo de onde vem e como se movimenta com rapidez. Então enrola sua presa pela teia, que fica sem possibilidade de movimento, sob o domínio da aranha. Ele fica pensativo.

Pergunto se isso não acaba acontecendo em sua vida. Faz uma expressão de não compreender e fica em silêncio. Então digo que muitas vezes ele gostaria de se sentir com mais espaço para pensar e sentir suas vontades, preservar suas coisas. Ele ri e diz: “essa teia é uma mulher...”.

Pergunto como assim e ele diz “Essa teia está parecendo minha mãe”.

Foi realizado apenas um recorte de uma das sessões do atendimento psicoterapêutico, para exemplificar o medo, frente às situações da vida e o quanto ele está assustado por não conseguir encontrar uma saída para viver o que na realidade quer.

Neste momento, está interessado em uma menina da sua escola, a mãe adotiva não o apoia, e não parece perceber que Otavio está crescendo e o “prende nas malhas da teia de aranha”. (esse sentido é percebido e Otavio mesmo faz as associações)

Discussão

Considera-se importante a condição de escuta diferenciada aos relatos que os pacientes apresentam em sessão. Sejam relatos de filmes, livros ou mesmo medos como citado neste texto. Esta necessidade de escuta diferenciada surge por percebermos que há conteúdos inconscientes projetados nestes relatos. A percepção, a identificação e os significados projetados nestas histórias são individuais.

No caso de Otavio, o medo da aranha, pode ser encarado como uma história em que estariam projetados conteúdos do paciente de forma que o medo seria mais “facilmente” vivenciado e tolerado em referência à teia e aranha do que pensar em seu real sofrimento.

O paciente chega ao processo de psicoterapia com queixa de agressividade e dificuldade de atenção na escola. Porém, nas sessões referia-se sempre ao seu medo de

aranhas, sem apresentar a agressividade da queixa. Apresentava atitudes de anulação de si mesmo, deixando e solicitando que as decisões das atividades a serem desenvolvidas em sessão fossem decididas pela terapeuta. Quando solicitado que a decisão fosse dele, gerava muita angustia e sempre expressava que não sabia.

Diante disso, pensamos como o paciente estava assustado diante dos próprios sentimentos destrutivos, mas que de certa forma lhe traziam esperança de sobrevivência, conforme Winnicott (2000) apresenta em sua teoria. Mas não poderiam ser expressos, pensados e elaborados frente à angustia de sua mãe adotiva de perdê-lo. Assim, desenvolve uma fobia de aranhas e se refere a ela em todas as sessões como meio de expressar o que sentia no momento. Como um desenho em que projeta seus conteúdos mais inconscientes.

Seguindo o pensamento de Trinca (2006), em que a personalidade fóbrica pode originar-se de rupturas, podemos pensar que Otávio sofreu duas rupturas importantes: com a mãe biológica e a representação biológica da figura paterna.

Winnicott, em “A Família e o desenvolvimento Individual”, considera importante e saudável ao desenvolvimento da criança que a fantasia predominante da mãe em relação ao seu bebê seja uma vontade e uma capacidade de desviar o interesse do seu próprio self para o bebê”, o que denomina de “*preocupação materna primária*”. Esta dificuldade na mãe biológica pode ser percebida quando todo dinheiro que recebia de Amanda para comprar medicamentos para a criança, era utilizado para compra de substâncias químicas para si mesma.

Otávio viveu outra ruptura. Pois até aproximadamente dez anos de idade, o paciente conhecia como pai biológico o irmão de Amanda. O mesmo pai de seus irmãos. Porém, em um momento inesperado e de maneira inadequada, este homem relata que não é seu pai, mas apenas de seus irmãos. Otávio sente que não faz parte desta família, que não há ligação nenhuma dele com a família em que vive. E esta sensação se desenvolve com tanta intensidade que parece esquecer que há uma ligação por meio da mãe biológica. A partir dessa ruptura, ocorre um sentimento de ruptura bastante intenso, onde os sintomas da queixa inicial começam a surgir.

Mas ele chega ao processo de psicoterapia por meio de comportamentos agressivos e por “ciúme” dos irmãos que estão em atendimento na USP. Nas sessões evidencia seu medo de aranha e sua angustia em ficar responsável por si mesmo, quando ele precisa

decidir o que deve ser desenvolvido em sessão.

Esta atitude pode ser compreendida como amor e o ódio que constroem as relações humanas, envolvem também agressividade e que esta agressão pode ser um sintoma do medo. (Winnicott, 1999).

A mãe adotiva apresenta atitudes de extrema identificação com Otávio, denotando muito medo de perdê-lo, tomando “propriedade” dele, definindo o que ele deve pensar e sentir. Pois verbaliza “ele é meu”, referindo-se aos outros dois irmãos como sobrinhos. Assim, sem se dar conta, estabelece uma teia psíquica na relação com ele, mantendo-o como uma presa. Assim, tenta utilizar-se da agressividade como meio de se soltar desta teia que o aprisiona.

Mas a agressividade denota representar mais uma ruptura, com a referência de maior amor e devotamento que ele possui. Assim, segundo Winnicott, o ódio ou a frustração podem gerar reações controláveis ou não, tentando controlar a agressão por meio do medo.

A todo momento, o paciente se chamava de burro. Ao ser indagado porque se considerava burro, ele diz que não percebeu sua verdadeira história. Essa observação foi contida e trabalhada com ele, a partir desta sessão, diminuíram gradualmente as vezes que se chamava de burro.

Pensando sobre o que Trinca (1997) comenta em que a mente não consegue fazer face à catástrofe que representa o sofrimento porque não há ordem e sim caos, nada é confiável no universo, o ser que sofre vai morrer, Otávio parece vivenciar esta sensação no momento. Pois está difícil saber em que e em quem confiar, considerando até si mesmo. Pois além de sentir-se burro, a todo momento verbalizava seu medo de ficar louco, referenciando filmes de hospitais psiquiátricos e pacientes que matam os terapeutas.

Otávio parecia não suportar o vazio das rupturas que viveu. Com o pai biológico, assim como a confiança em sua mãe adotiva.. Pois este esvaziamento interno, comentado por Trinca (1997), parece ocorrer pela falta de confiança em si, além da dificuldade que a mãe adotiva sente em deixá-lo viver por si mesmo e assim, perdê-lo. Com todo este “caos”, Otávio parece sentir uma “morte psíquica” vivenciada pelo medo de enlouquecer.

Sua angustia relacionada a entrar em contato com suas fragilidades primitivas é sentida com tal intensidade, que quando surge algum conteúdo primitivo como agressividade, sente-se tão destrutivo que, em fantasia, levará a morte de outro ou de si mesmo por meio da loucura.

Denotava sentir que sua loucura estaria associada aos próprios recursos e sentimentos, que eram tão desconhecidos e inacessíveis que eram assustadores e entendidos como um tipo de loucura.

Porém, novamente, destruir a teia representa para ele e talvez mais intensamente para a mãe adotiva e que fica introjetado pelo paciente, o rompimento da relação. Por isso, se mantém preso à teia, mas com intensa vontade e esperança de viver fora dela. Pois verbaliza o reconhecimento de que alguns limites apresentados por ela são necessários, pois mostra que ela se preocupa e o ama. Mas desejaria que “não fosse tanto” (sic). Veo trabalhada a possibilidade de amar e ser amado sem medo e sem ter de ficar preso à mãe (com ambos)

Conclusão

O paciente vivenciou experiências diversas em seus vínculos. Experiências de rejeição, de extremo amor, com vínculos patológicos de apego, e decepções na confiança e referência destes vínculos.

Trabalhar com o medo de aranha do paciente surge ao construirmos a rotina de uma aranha, o desenvolvimento e a função de sua teia e ele ter associado à sua história de vida, pôde ajudá-lo a começar a encontrar meios mais saudáveis para se vincular e se expressar. No momento em que a história é descrita e ele associa a teia à sua mãe adotiva, foi possível perceber o início de sua condição e permissão de acessar seus sentimentos de raiva, angustia medos referentes aos seus conteúdos reais e não mais projetados na aranha. Com isso pode começar a se libertar do medo da loucura, pois poderá começar a libertar e desenvolver a capacidade de se apropriar de sua vida. Otavio vem o paciente tem apresentado mais comportamentos agressivos durante a sessão e verbaliza mais seus sentimentos.

Referências

TARDIVO, L.S.P.C. – Análise e Interpretação in Trinca, W. et. Cols. – Investigação Clínica da Personalidade: O Procedimento de Desenhos-Estórias e o Procedimento de Desenhos de Famílias com Estórias. São Paulo, Vetor, 1997.

TRINCA, W., *“Fobia e Pânico em psicanálise”* / Walter Trinca – São Paulo: Vetor, 1997

TRINCA, W. – “*A personalidade fóbica: uma aproximação psicanalítica*” /Walter Trinca – São Paulo: Vetor, 2006

WINNICOTT, D.W.: “*Privação e Delinqüência*”, 3ª ed. – São Paulo, Martins Fontes, 1999.

Reflexões sobre a Psicanálise dos Laços Sociais em Adolescente Abrigado

Isolda Maria de Oliveira Assumpção

Maria Aparecida Mazante Colcaique

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

Resumo

A sociedade tem se deparado com o aumento de famílias, que enfrentam situações de violência e definem um perfil de grupo que funciona sob o predomínio do processo primário, no qual as descargas pulsionais ocorrem por implosão ou explosão em alguns de seus membros, caracterizando relações que carecem de sentido. Neste cenário, onde a violência se faz pelo não-reprimido, nas passagens ao ato quando os representantes simbólicos das leis e da cultura são insuficientes e não encontra nenhuma equivalência simbólica, encontramos-nos frente a estruturas psicológicas em que a repressão foi falha, para conter os maus-tratos infligidos às crianças e a graves negligências de que elas são vítimas. O recorte clínico aqui apresentado sobre o atendimento de um adolescente residente em um abrigo há mais de dois anos, visou apresentar os desafios terapêuticos na compreensão da violência dentro de uma abordagem genealógica. Podemos denominar este trabalho como Psicanálise dos Vínculos Sociais, que trata de questões referentes aos continentes genealógicos grupais, sua formação e sustentação pela transmissão psíquica genealógica inter e transgeracional. Essa é uma contribuição ao trabalho feito no APOIAR que segue uma abordagem teórica, de base psicanalítica, considerando a Universidade aberta ao diálogo e as ideias que possam se complementar, visando sempre a compreensão e o cuidado a pessoas em situação de sofrimento.

INTRODUÇÃO

O referencial teórico da Psicanálise dos vínculos em casal, família, grupo, instituição e campo social apresentado por Pierre Benghozi (2010) além de propiciar uma reflexão sobre os caminhos trilhados por indivíduos e famílias na busca de saídas para rupturas da vida familiar é também um alicerce para o trabalho em Rede e um fortalecimento para seguir-nos em frente, devido à complexidade dos casos que nos chega.

Para nos orientarmos nessas questões, distinguiremos dois aspectos, de um lado a violência e a agressividade; de outro, o vínculo e a relação.

A violência é dessubjetividade e simbolicida. Ela é destruidora do sujeito, é um ataque contra o vínculo. Neste mecanismo onde ocorre a violência, a subjetividade do atacado não deixa de existir, mas torna-se uma vivência traumática na vida pessoal que por estar mascarada não encontra lugar na linguagem.

Observa-se nestes grupos familiares em que se envolvem questões de natureza psicossocial, ou seja, um padrão de inter-relação marcado pelo desconhecimento dos limites entre o eu e o outro, e pelo desrespeito ao semelhante que, simplesmente por existir, impõe a diferença, ferindo-o no narcisismo.

Maldavski (1996) diz que vivemos uma época “(...) em que somos convocados não só pela clínica do simbólico senão também pelas penúrias da promiscuidade (que abarca todas as classes sociais), da violência, da drogadicção, da AIDS, do roubo de órgãos ou de crianças, em que um corpo carece de valor anímico

No que tange à violência familiar, Maldavski (1996) afirma: “falta uma lei ou uma função paterna substituída por um depotismo que se atribui o direito de apoderar-se de partes do corpo dos filhos [...] tal ausência de uma lei permite a manutenção de uma simbiose patológica prévia, de uma confusão ou de um enlace narcisista entre os membros do grupo e que esse tipo de vínculo opera como defesa contra a admissão das perdas,

contra o complexo de castração ou contra as decepções em geral”.

É neste ponto que se pretende tecer considerações a respeito de um processo que se observa em muitos momentos da clínica, e que diz respeito ao impacto, sobre o psiquismo da criança, da transmissão de algo denegado nas gerações anteriores.

Em muitas famílias o que se evidencia é a extrema frequência dos mecanismos de repetição de sintomas de geração em geração, o que traduz a transmissão de um roteiro genealógico inter e transgeracional. O roteiro genealógico não remete a material psíquico recalcado, mas a uma incapacidade de metabolização psíquica incorporada.

O mito familiar, entendido conforme a leitura de Ferreira (1966) consiste em um conjunto de crenças compartilhadas pelos membros do grupo familiar. Com o mito, estamos ao mesmo tempo do lado inconsciente e consciente, e com a força de estruturar a identidade de pertencimento a esse grupo definindo as fronteiras de inclusão nele. Podemos falar aqui de identidade afiliativa mítica. Os rituais familiares asseguram a transmissão do mito familiar.

Observamos assim no continente grupal familiar além de um continente grupal bem delimitado com um fora dentro, um continente Rede construído pelo emaranhado dos laços. As malhas são constituídas pelo entrecruzamento entre o vínculo de filiação e afiliação. O conjunto dessas malhas constrói a malhagem.

A Malha é uma unidade de capacidade psíquica construída graças a um trabalho de malhagem, desmalhagem e remalhagem dos vínculos. O continente tem uma função de recepção e uma capacidade de transformação. O enfraquecimento da continência malha é aqui a expressão dos buracos, das rupturas, dos avatares do vínculo, em particular do vínculo de filiação.

Avatar é definido como a manifestação psíquica utilizada para o transporte identificatório do sofrimento psíquico inconsciente transgeracional.

Para ilustrar a conceituação teórica da Malhagem em um trabalho sobre o atendimento psicoterápico do laço, tornamos a rede como objeto metafórico.

Joël de Rosnaydá define Rede, como sendo “um sistema integrado de comunicação

entre elementos interconectados em múltiplas dimensões.... Cada um deles podendo ser sucessivamente um nó e um laço... “. A essas noções podemos adicionar redes multidisciplinares entre espaços sociais, espaços de cuidados, espaços que englobam relações jurídicas dentro da família e o espaço do Poder Judiciário.

O interesse em um trabalho psíquico a partir de um vínculo Rede é justificado tendo em vista o acolhimento e facilitação de trânsito entre continentes em crise. A rede é um espaço psíquico transitório que participa da construção das dinâmicas de individuação-separação, colocando em jogo ao mesmo tempo o individual e o familiar genealógico.

Para aprofundar aqui os conceitos desenvolvidos por Pierre Benghozi, (2010) de malhagem, filiação e afiliação relata-se o atendimento que é realizado a um adolescente residente, juntamente com seus irmãos, em um abrigo para crianças e adolescentes em situação de risco.

O abrigo encontra-se próximo da capital de São Paulo, é uma instituição com autonomia funcional que visa promover os direitos da criança e do jovem e, preveni-los de situações, que afetem sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral.

O continente Rede é constituído pela rede dos vínculos tecidos entre os intervenientes ou de instituições que tem a competências de assegurar apoio a uma situação partilhada entre diferentes parceiros institucionais envolvidos no atendimento.

O vínculo rede não pode tomar o lugar do vínculo de filiação e de afiliação que constituem o continente familiar que está em tensão, mas tem uma função de suporte. É a metáfora de um andaime que é necessário pelo tempo do processo, com uma existência efêmera, diferenciando-se do muro de arrimo, uma afiliação de sustentação que permite a transformação.

Referimo-nos aqui a uma transformação de continente, que pode ser explicado no aforismo formulado por Benghozi (2010) : “A vergonha está para o continente assim como a culpa está para o conteúdo.” A função continente pelo vínculo rede é uma modalidade de gestão psíquica da vergonha e particularmente da vergonha inconsciente transmitida de

geração a geração.

Como parceira da Rede, trabalha-se para a transformação e referência, para os avatares da transmissão psíquica genealógica dos vínculos em sofrimento. Funciona como um dispositivo terapêutico de projeção dos ataques do vínculo.

A Remalhagem é a função dos laços afiliativos em cerzir o continente esburacado. A psicoterapia vem ao encontro da necessidade de apoiar esse continente rasgado, como um novo espaço de história que possibilita acolher o caos

Caso Nilo e o Atendimento

Nilo, (nome fictício) é o adolescente para quem prestamos atendimento psicoterápico nesta abordagem teórica, pode ser entendido como um “porta-vergonha” herdeiro, reatualizado pelo enfraquecimento do continente psíquico grupal e familiar. Podemos dizer que ele é ao mesmo tempo um “porta-vergonha familiar” e um portador ventríloquo, de uma falha de simbolização na transmissão psíquica inter e transgeracional.

Podemos pensar neste ponto, que a história de Nilo (nome fictício do paciente) há muito deixou de ser uma “crise” onde as Malhas têm a flexibilidade de tensão. Neste caso a tensão foi tão grande que a Malha se rompeu, o conjunto se desfez e toda a família encontra-se com múltiplos problemas e sintomas de difícil acesso no plano social.

Nilo, encontra-se no início da adolescência, está com 11 anos. Ele e seus quatro irmãos estão abrigados há 3 anos.

Seu pai cumpriu por muitos anos pena em cárcere por tráfico de drogas. É um homem violento, batia na mãe na frente das crianças. A mãe, há 3 anos foi denunciada e presa também por envolvimento com tráfico de drogas.

Configurada a situação de risco e sem um familiar com recursos efetivos para dispensar o serviço de acolhimento, eles permanecerão na instituição.

Nilo segue com a queixa de bater nas crianças menores, principalmente nas meninas. Afronta as educadoras mulheres que trabalham no abrigo e professoras da escola onde estuda. Quando frustrado, conta a monitora, bate no vidro da janela, até quebrar.

Diante do fracasso das tentativas em colocar limites a Nilo, a equipe do abrigo juntamente com processo judicial da Vara da Infância e Juventude tomaram a decisão de encaminhá-lo para atendimento psicológico e, dessa forma, o caso chegou até mim.

No final do mês de junho deste ano iniciamos o trabalho psicoterápico que contarei a seguir.

Em uma sessão de psicoterapia pergunta-se:

Como passou a semana? Ele responde: Tudo bem!

Silêncio..... No que está pensando? Ele responde: Nada!

-Silêncio.....coloca o capuz do agasalho, deita o seu rosto sobre a mesa e diz: Estou tentando dormir.

Em várias sessões a situação se repete. Quase sem palavras, como uma conspiração, um pacto inconsciente com o não dito, onde não se pode falar ao mundo exterior do mundo interior.

A configuração familiar funciona como o modelo da máfia, onde a regra interna do grupo é que aquele que fala morre para o “clã”, a regra que rege as relações interiores do grupo. Este adolescente inserido no grupo familiar onde o pai controla a família, não tem autonomia para ter sua própria capacidade para pensar; sob o ataque, podemos pensar: “eu sou como o pai”.

Para Ferenczi (1932) , em seu artigo sobre “confusão de língua” entre adultos e a criança, a criança violada em seus direitos se torna um ser que obedece mecanicamente e vai se identificar com o agressor, introjetando a culpabilidade deste.

Podemos notar nesta sequência clínica, em que a confusão das fronteiras intergeracionais na família corresponde a uma indiferenciação das posições, dos lugares, com intrusão na intimidade e no espaço de cada um, uma indiferenciação dos corpos de cada imerso em um fantasma, algo que está alí sem poder se ligar a uma representação.

O termo simbolicida é utilizado para apontar a destruição do simbólico, a não representabilidade, mesmo inconsciente, que é transmitida e provoca angústias catastróficas

e de aniquilamento, com um desmoronamento confuso dos limites entre as gerações. A construção do sintoma é uma tentativa de cerzir o dilaceramento que tende a se propagar espontaneamente. Trata-se da expressão individual de um sofrimento grupal.

O essencial do trabalho em uma perspectiva de vínculo afiliativo através da figura do terapeuta é a construção, restauração e sustentação do vínculo, pois estamos frente à Desmalhagem do vínculo. Esta ruptura é o sintoma, o sofrimento, considerado a expressão da história pessoal e familiar dessa pessoa.

Pode haver uma espécie de buraco, como em uma rede de pescar ou um rasgão, com um desmalhe catastrófico dos continentes genealógicos, como ocorre numa meia de seda quando o fio se rompe , perdendo as ligações entre si.

O tratamento psicanalítico dos laços sociais não é centrado na erradicação de um sintoma, seja ele apresentado por uma criança, um adolescente, um adulto, mas sobre a acolhida de um sofrimento que se refere à economia psíquica do conjunto do grupo familiar em seu contexto.

Em uma perspectiva psicanalítica do vínculo a compreensão é sobre a dinâmica psíquica grupal da função do sintoma apresentado, isto quer dizer que além da preocupação psicodiagnóstica individual e do tipo de sintomatologia que Nilo apresenta deveria estar sendo realizado um trabalho com o grupo familiar.

Pierre Benghozi (2010) utiliza-se da metáfora de um barco que está afundando. O que fazer?

ou o barco afunda porque tem água demais: logo, é um problema de conteúdo de água, onde o continente-casco do barco está inteiro. Basta esvaziá-lo;

ou esse excesso de água corresponde a uma brecha no casco do barco e é um problema de continente.

A gestão do continente esburacado consistiria em tapar a fenda, ou seja, adotar uma estratégia de tratamento de continente.

Esta metáfora nos permite distinguir claramente que um sintoma pode corresponder a uma problemática de conteúdo ou uma problemática de continente.

Os sintomas carregados por Nilo não bastam. Os sintomas tocam muitos membros da família, sem que ninguém pareça ser suficiente para remalhar a fenda do buraco do continente.

Seu modo de expressão pode traduzir-se, no nível psíquico, no nível somático, e também, no nível de desestruturação do vínculo social.

Na problemática do vínculo pode-se pensar em termos de uma panela furada, como expressão do sofrimento pelo vazio. O continente é o corpo psíquico vazio, e como é insuportável, são incontáveis as tentativas para encher novamente. O vazio é a hemorragia narcísica, como se houvesse uma fuga de substância psíquica pelos dilaceramentos dos continentes esburacados.

Podemos entender como “tentativa de encher novamente” todas as formas de adição para preencher e mascarar o vazio, de lutar contra a depressão.

Os comportamentos de agressividade relatados pela instituição sobre Nilo expressam uma explosão do vazio. Pode-se observar no contato com Nilo que a ameaça não é tanto de um perigo exterior, e sim uma ameaça interior, uma vulnerabilidade por uma continência familiar enfraquecida.

Necessita de proteção contra um desmoronamento psíquico. Os mecanismos de defesa grupal de sobrevivência são mobilizados. Mais que viver, o desafio é a sobrevivência psíquica. Os desejos estão alienados pelas necessidades do grupo familiar.

O trabalho clínico na perspectiva dos laços sociais não é unicamente terapêutico e não diz respeito apenas às pessoas presentes. Ele é igualmente preventivo da implacável repetição pelas gerações seguintes, as gerações “não nascidas”, porque a remalhagem narrativa da trama dos vínculos de filiação e afiliação dos membros da família da qual ele procede permite gerenciar os buracos e os rasgos dos continentes genealógicos familiares.

Este trabalho sobre os continentes familiares passa pelo agenciamento, pela manutenção e pelo rigor de um enquadre terapêutico suscetível de acolher e de conter a

demanda, e de permitir, assim, uma elaboração, evitando que o acontecimento traumático se insinue no buraco negro do impensável.

O enquadre terapêutico é então o lugar de depósito da transmissão do negativo. Há a necessidade imperativa de reconhecimento de uma posição continente do terapeuta para que a reatualização de fantasmas inconscientes se discriminem da realidade. É com base neste reconhecimento que o processo terapêutico visará, assim, abrir uma alternativa de malhagem para os continentes familiares e institucionais, no lugar da produção de sintomas patológicos graças à desconstrução-construção de um neocontinente narrativo, o que constituiria um neoromance mítico.

No caso Nilo, o cuidado consiste em ir oferecendo a ele a condição de estabelecer um vínculo mais estável na terapia, de forma que ele gradativamente vá entrando em contato com os contornos da sua história de forma a restaurar a confiança de ligações com o mundo externo que parece assustador.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como foi dito inicialmente, a violência representada como um ataque contra o vínculo nos coloca frente a uma situação de ruptura da vida familiar. Nesta perspectiva, onde Nilo foi abrigado em uma instituição, por determinação do Poder Judiciário, é possível perceber através dos atendimentos clínicos o quanto esta vivência representa um verdadeiro fator de risco ao processo de desenvolvimento maturacional, implicando na perturbação da noção de identidade e outros distúrbios de personalidade e de adaptação social.

O estudo da transgeracionalidade favorece a abordagem dessas patologias, nas quais o que está em jogo é a repetição, entre gerações, de vivências traumáticas e do que foi repudiado ou desestimado pelos que o antecedem na cadeia geracional.

Este caso nos aponta para a difícil, mas necessária tarefa na re-malhagem de Nilo com sua história vivencial, marcada pela descontinuidade de vínculos e separações. Falamos então de um percurso de rompimentos sem o necessário processo elaborativo, que como observamos pela queixa atual traz uma consequência na formação de novos vínculos.

Utilizando como modelo “as cicatrizações” que formam crostas, o equivalente

psíquico revela-se como uma dolorosa fonte de desgosto e humilhação. No entanto, sabemos até que ponto na cicatrização de uma queimadura é necessário respeitar as crostas, sendo muito importante dar um tempo para que as crostas possam fazer seu próprio trabalho de reparação e cair, dando lugar a uma nova “pele”.

Referências

- BENGHOZI, P. *Malhagem, filiação e afiliação. Psicanálise dos vínculos: casal, grupo, instituição e campo social.* (E.D. Galery, trad.). São Paulo: Vetor, 2010
- FAIMBERG, H., (2010) *Gerações mal entendido e verdades históricas.* Porto Alegre: Criação Humana, 2010
- FAIMBERG, H. (2001). *Gerações: mal entendido e verdades históricas.* Porto Alegre: Criação Humana., 2001
- FÉRENCZI, S. (1932) *Confusiona de langue entre les adultes et l'enfante.* In *Psychanalyse IV*, PARIS, PAYOT., 1932
- FERREIRA, A. (1966) *Family Myths, in COHEN, I.M. (ed.): Family structure, dynamics and therapy, Psychiatric Research Report 20: 85-90.* American Psych. Association, Washington DC., 1996
- GRANJOIN, E. (2000). *A elaboração do tempo genealógico.* In: *Correa, O. B.R. (org.). Os avatars da transmissãopsíquicageracional.* São Paulo: Escuta., 2000
- MALDAVSKY, D. (1996) *linhages abúlicos.* Buenos Aires: Paidós, 1996
- ROSNAY, J. (1975) *Le Macroscopie,* Paris: Le Seuil, 1975
- TRACHTENBERG, A. R. C., KOPITKE, C. C., & MELLO, V. M. H. P. (2005) *Transgeracionalidade de escarvo a herdeiro: um destino entre gerações.* São Paulo: Casa do Psicólogo., 2005

A mentira como esperança de preservação dos vínculos familiares

Karina Simões Parente

Silvia Teresa Collakis

Maria Aparecida Mazzante Colacique

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

Resumo

Esse trabalho se baseia em estudos de caso, sendo a criança atendida no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica e Social – APOIAR, no grupo de crianças vítimas de violência. Serão discutidos esse atendimento e o da mãe da criança, que também estava em tratamento, por outro terapeuta. Abordamos a necessidade de trabalhos dessa natureza, pois, como nesse caso, as relações se encontram comprometidas, tanto na família como no meio social em que vivem. Esse caso ainda traz indagações acerca do papel do pai na estrutura familiar, cujo histórico se apresenta, como em tantos outros, desorganizado. No caso em questão, cada filho tem um pai diferente e apenas o mais novo tem contato com o pai. O caso clínico, se refere ao um menino cujo pai é falecido, tendo sido omitidas as reais causas da morte pela mãe. A criança apresenta medo de perder a mãe e suas referências, pois sente que ela não fala a verdade sobre o pai e sobre outras situações. Da mesma forma que a mãe, mentiras e contradições são a forma de funcionamento do menino. São apontadas as dificuldades da mãe, que mostrou resistência, mentiras e contradições, também por seus sentimentos de culpa e ao medo da recriminação. Tornou-se indispensável trabalhar essa situação com a mãe, em função dos prejuízos que a mesma vem trazendo no vínculo de confiança da criança em suas relações. Dessa forma, compreende-se que como uma tentativa de manter a esperança, segundo compreensão do caso baseada nas leituras de textos de Winnicott, o menino além de manter apresenta condutas agressivas. A discussão abordada no presente artigo considera a relevância de atendimentos de familiares quando se trata de cuidar de crianças submetidas a situações de violência e que apresentam condutas antissociais como mentir e agredir.

Descritores: Tendência anti-social, mentira, esperança, função materna.

1 Introdução

Pretende-se abordar neste trabalho questões que envolvem a reflexão dos atendimentos de Maurício e sua mãe Andreia⁵⁹, que frequentam desde o ano de 2011 o serviço de atendimento a crianças vítimas de violência do APOIAR. A procura por tratamento ocorreu devido às queixas de agressividade, mentiras, baixo rendimento escolar e comportamentos que colocavam em risco a integridade de Maurício. Durante o processo terapêutico, observou-se que havia um padrão de comportamento disfuncional de Andreia, que refletia no desenvolvimento emocional do filho; assim, ela foi encaminhada para atendimento individual concomitante com uma profissional distinta da de seu filho.

A dinâmica analisada leva a refletir e confirmam a importância do papel materno no desenvolvimento emocional da criança que, por apresentar conflitos, desencadeou o recurso da mentira, como esperança de preservação de seus vínculos, como aponta Winnicott (2000) no texto em que discute a tendência antissocial.

É conhecida a importância das figuras materna e paterna no desenvolvimento afetivo emocional da criança, constituindo as primeiras referências de relacionamento amoroso. O recurso da mentira estabelecido na dinâmica da relação entre mãe e filho apresentado neste trabalho teve como origem a mentira relatada pela mãe sobre a figura paterna ao filho.

Pensando sobre a origem deste mecanismo estabelecido, consideramos importante refletir sobre a maneira que a figura paterna pode ou ser inserida na vida do filho após o primeiro contato do bebê com a mãe. E o quanto, na dinâmica familiar apresentada neste caso, a mentira se desenvolveu como recurso da relação, a partir da necessidade da criança de saber a verdade a respeito de seu pai.

Função Materna A Mãe Suficientemente boa

Em “A Família e o Desenvolvimento Individual”, Winnicott (1965) comenta que há algo na mãe que a torna particularmente qualificada para proteger seu filho e que a torna capaz de contribuir positivamente com suas necessidades.

⁵⁹ Nomes fictícios, autorização dada para uso do material em trabalhos científicos

O vínculo que a criança depende para sobreviver é baseado mais do que na satisfação das necessidades básicas. É dependente principalmente da articulação dessa satisfação com o campo simbólico representado pela mãe.

Winnicott considera alguns aspectos para que uma mãe possa tornar se suficientemente boa. São três atitudes consideradas importantes: Holding, Manipulação do bebê (ou *handling*) e Apresentação de objetos.

O *Holding* está relacionado à capacidade da mãe em identificar se com o bebê. Atentando se às necessidades fisiológicas, às mudanças instantâneas do dia a dia que fazem parte do crescimento e do desenvolvimento do bebê.

A *Manipulação* contribui para a formação do sentimento do “real” por oposição ao “irreal”. Facilita a capacidade da criança sentir a experiência do funcionamento corporal, e de ser.

E a *Apresentação de Objetos* proporciona o desenvolvimento da capacidade do bebê se relacionar com objetos. “As falhas nesse cuidado bloqueiam ainda mais o desenvolvimento da capacidade da criança de sentir-se real em sua relação com o mundo dos objetos e dos fenômenos”. (Winnicott, 1971)

Assim, Winnicott (*idem*) considera que o desenvolvimento saudável só pode ocorrer em um ambiente propiciador e que entre os diversos significados do bebê na fantasia inconsciente da mãe, é possível que o traço predominante desta fantasia “seja uma vontade e uma capacidade de desviar o interesse do seu próprio self para o bebê”, o que denomina de “*preocupação materna primária*”.

“A mãe é capaz de desempenhar este papel se se sentir segura; se se sentir amada em sua relação com o pai da criança e com a própria família; e ao sentir-se aceita nos círculos cada vez mais amplos que circundam a família e constituem a sociedade”. (Winnicott, 1965)

Segundo Winnicott (1982), durante a gestação há uma mudança gradual tanto nos sentimentos quanto no corpo, sendo que a mudança de interesse se transfere do exterior para o interior: “lenta, mas seguramente, acaba por acreditar que o centro do mundo está situado em seu próprio corpo”.

A mentira segundo Winnicott

Para compreendermos melhor a demanda do caso e a dinâmica familiar, recorreremos

ao conceito de *tendência antissocial*, amplamente discutido por Winnicott.(2000) . Este autor propõe que esta classificação não é um diagnóstico, pois não se trata de uma estrutura de personalidade, como a neurose, a psicose ou a depressão. Ela pode, porém, estar associada a estas estruturas. Está relacionada a uma perda abrupta de algo bom e que não é repostado. Segundo Winnicott:

“Quando ocorre a tendência antissocial, aconteceu uma de-privação propriamente dita (não uma simples privação), ou seja, deu-se a perda de algo bom, de caráter positivo na experiência da criança até certo momento, no qual esse elemento positivo foi retirado. Essa retirada estendeu-se por um período maior que aquele durante o qual a criança seria capaz de manter viva a memória da experiência.” (D.W.W, 2000, pg. 410)

Este é o ponto de origem da tendência antissocial. O indivíduo que sofre a perda tem um eu incipiente, não totalmente integrado, mas que já consegue perceber que quem proporcionou a falha foi o ambiente, com o qual ele se ressentiu. O desenvolvimento da tendência antissocial (e, posteriormente, da delinquência) implica em um teste da capacidade de sobrevivência do ambiente e da possibilidade de confiança no mesmo. Este teste é realizado de maneira compulsiva, mesmo porque as manifestações, como roubos e arroubos de agressividade.

Não se pode falar que o indivíduo que comete um ato a partir deste modo de funcionamento sinta culpa, justamente porque, do seu ponto de vista, a dívida é do ambiente com ele e não vice-versa. Além disso, a capacidade de se responsabilizar pelas coisas e sentir-se culpado é uma aquisição muito refinada no desenvolvimento pessoal, que está ligada à integração dos impulsos amorosos e destrutivos e da percepção da mãe como uma pessoa separada de si, que recebe estes impulsos.

Winnicott (1965) traz como função materna capacitar o bebê a encontrar os objetos de modo criativo (de forma que ele acredite que está criando os objetos que lhe são apresentados). Quando isso falha, a criança perde o contato com os objetos e também a capacidade de encontrar qualquer coisa criativamente. No momento de esperança, a criança alcança um objeto e o rouba; ela o faz de forma compulsiva, à procura da capacidade de encontrar e não na busca do objeto roubado em si. Maurício demonstra querer roubar as

verdades que só a mãe parece poder apresentar.

Numa situação de desenvolvimento sadio , a criança descobre que é possível ter sentimentos agressivos e ser agressiva, pois há um ambiente que tolera e é continente a esta agressividade. Isso permite à criança explorar a sua atividade destrutiva, o que possibilita a resolução de uma tarefa bastante complexa, que é a integração dos impulsos destrutivos com os amorosos; o resultado disso é que ela reconhece que as idéias destrutivas são inerentes ao viver e ao amar e encontra modos de proteger a si mesma e às pessoas que valoriza do seu ódio. Para construir isso, a criança requer um ambiente que seja indestrutível, ou seja, que sobreviva aos seus ‘ataques’. Quando ocorre uma perda (deprivação) neste contexto (Winnicott se refere a um “rompimento do lar, especialmente se houve uma desavença entre os pais”, em (1989, pg. 74), a criança perde sua espontaneidade e impulsividade e não consegue mais experimentar a sua agressividade. Assim, a sintomatologia da tendência antissocial – enquanto esperança do retorno da segurança – é a redescoberta da própria agressividade.

A esperança, citada nas manifestações da tendência antissocial, é crucial para a compreensão da mesma. Quando a criança sofre a de-privação, o primeiro momento é de perda de confiança no ambiente e o que se segue é um humor deprimido. À medida que o ambiente começa a se tornar confiável novamente, a criança cria a esperança de que a mãe receba e suporte seus impulsos. A atuação (acting out) que se manifesta quando se instalou uma tendência antissocial, ou seja, o roubo, a mentira ou a atividade agressiva, aparecem justamente no momento em que há uma restauração da confiabilidade no ambiente e é, de fato, uma forma da criança testar a capacidade dele de tolerá-la.

Em relação ao tratamento destes casos, que para Winnicott não é Psicanálise tradicional, mas essencialmente o manejo, ele afirma:

“A esperança é o que o menino ou menina seja capaz de reexperimentar, na relação com a pessoa que está agindo como psicoterapeuta, o intenso sofrimento que precedeu a reação à de-privação. No momento em que a criança usou o suporte dado pelo terapeuta para alcançar o intenso sofrimento daquele fatídico momento ou período de tempo, segue-se uma memória da época anterior à de-privação. Dessa forma, a criança chega à capacidade perdida de encontrar objetos, ou à segurança perdida do quadro de referências. A criança recupera uma relação criativa com a realidade externa, ou com o período em que a espontaneidade era segura, mesmo que envolvendo impulsos agressivos.” (D.W.W., 1989, pg. 77)

Este autor traz a esperança aos psicoterapeutas em relação ao tratamento da tendência antissocial, quando afirma:

“Os exemplos mais sérios de desapontar a criança (falha do ego auxiliar), contudo, dão à criança uma tendência anti-social e levam ao distúrbio de caráter e à delinquência. Quando as defesas se tornaram enrijecidas e a desilusão é completa, a criança que foi afetada deste modo está destinada a ser um psicopata, especializada em violência, roubo, ou em ambos; (...) Mas, em muitos casos, se fosse dado o tratamento no estágio inicial, antes que os ganhos secundários complicassem as coisas, teria sido possível descobrir nas manifestações das tendências anti-sociais da criança um S.O.S à sociedade para reconhecer sua dívida e reestabelecer para a criança o ambiente em que a ação impulsiva fosse uma vez mais segura e aceitável como tinha sido antes do mau ajustamento ambiental.” (D.W.W., 1983, pg. 204).

Objetivos

O trabalho tem como objetivo refletir a respeito da dinâmica desenvolvida por uma família e dos conflitos decorrentes desta forma de funcionamento, que contribuíram para a manifestação de comportamentos anti-sociais em um menino de 11 anos, em especial mentiras e agressividade.

Considera-se necessária a reflexão sobre as relações familiares estruturadas em mentiras e omissões, pensando no desenvolvimento saudável da criança que recebe uma mentira, mas a questiona, mesmo que inconscientemente.

Aspectos Metodológicos

Foi utilizado o método clínico com base em estudos de caso. Os nomes utilizados como referencia aos pacientes são fictícios, de forma a preservar sua identidade de maneira ética.

Optou-se por seguir neste texto a metodologia descrita e discutida por Tardivo (2004), mencionando o pensamento de Bleger (1975), que nesse método, concebe a relação sujeito-meio como não sendo simplesmente linear, de causa e efeito entre os objetos distintos e separados. Ou seja, há uma permanente relação entre indivíduo e sociedade. Na verdade, sujeito e meio são integrantes de uma só estrutura total. O campo é assim considerado em sua totalidade. Faz sentido pensar que a conduta é, assim, uma

modificação “do campo e não uma mera exteriorização de qualidades internas do sujeito nem tampouco um simples reflexo ou resposta linear a estímulos externos”. (1975, pág. 48)

Dentro das abordagens qualitativas de pesquisa, o estudo de caso se constitui em uma das formas mais relevantes (Lüdke, 1986). Poderia dizer que se trata de uma metodologia qualitativa de trabalho que se desenvolve numa situação natural, é rica de dados descritivos, tem um plano aberto e flexível e focaliza a realidade de forma complexa e contextualizada.

Apresentação dos casos e trechos de sessões

No caso apresentado, Andréia só percebe que está grávida no quinto mês de gestação, de uma relação muito comprometida com o pai de Mauricio, envolvido com tráfico de drogas, e que já a havia abandonado. Dessa forma, possivelmente, a Andreia era muito difícil acalantar desejos advindos dessa relação tão desastrosa. O pai de Mauricio veio a falecer assassinado, tendo a deixado só e sem proporcionar à mãe a capacidade de sentir-se protegida e amada nessa relação. Da mesma forma, Andreia não pôde contar com o apoio e proteção da família mais ampla, pois se apresenta como sendo “sozinha para cuidar de três filhos” (sic).

A mãe não foi capaz de dizer ao filho a verdade sobre o pai, o que não favorece o desenvolvimento do filho. Para ela mesma, essa figura parece ter elementos ambivalentes, pois foi para ela, de fato, fonte de dor e sofrimento, e ao mesmo tempo, traz para o filho uma história em que o pai se torna uma vítima, mantendo-o como uma figura idealizada.

Com respeito ao atendimento de Mauricio, nos primeiros meses de trabalho psicoterapêutico o foco foi no vínculo com a profissional, uma vez que o paciente apresentava dificuldade em se vincular com o processo, relatando que fora deixado por cinco psicólogas que haviam engravidado. A mãe explicou que o último trabalho de psicoterapia foi finalizado porque ela engravidou do irmão mais novo de Mauricio. Além do medo de ser abandonado pela psicoterapeuta, ele demonstrava o sentimento de abandono da mãe em função do nascimento de seu irmão mais novo.

O brincar de Mauricio, por outro lado, se restringia exclusivamente ao jogo de futebol e

sua disponibilidade em desenvolver outras atividades durante a sessão era pouca. Não aceitou nenhuma proposta de testes e desenhos. Pudemos perceber a dificuldade que o paciente sentia em confiar no espaço terapêutico e nas pessoas. Em sessão, sempre questionava o que era dito pela terapeuta como sendo verdadeiro ou não. Expressava de maneira simbólica a desconfiança de ser enganado ou não. Assim, no futebol sempre instigava a terapeuta a dar ou receber “olé”.

A psicoterapeuta começou a propor outros jogos, além do futebol. Um pouco incomodado, escolheu UNO e Dominó. Durante os jogos, estabelecia as próprias regras, além de improvisar novas regras durante o jogo, em situações que percebia que poderia perder. Desenvolvia estas regras com muita angustia e euforia, tentando me convencer de que a regra existia e eu é que não conhecia. Aos poucos foi lhe sendo mostrando como ele se sente quando alguém tenta construir uma história que ele não acredita, mas insistem em que aceite. E, no decorrer do trabalho, ele começou a falar que é difícil acreditar na mãe.

Recentemente, começou-se a trabalhar o quanto ele também fala verdades ou mentiras, pois ele reclamava que as pessoas não acreditavam no que ele dizia. Foi lhe mostrado como isso ocorria também nas sessões, quando ficava angustiado por perceber que perderia o jogo e então inventava regras que não existiam para ganhar. Que talvez as pessoas sentissem a mesma coisa que ele sente quando não quer ser enganado.

Maurício demonstra ainda, necessidade de uma figura paterna como referencia e apoio. Além de denotar não acreditar no motivo que a mãe lhe passou sobre como o pai faleceu. Tem se aproximado do tio paterno, que conversa com ele sobre o pai. Disse que o pai era teimoso e alto.

Andreia, a mãe, foi encaminhada para atendimento devido à percepção da equipe do APOIAR de que havia questões pessoais importantes que interferiam no desenvolvimento do menino. Notava-se principalmente que seu discurso confuso e contraditório era de difícil compreensão para o seu filho e deixava-nos inseguros quanto ao conteúdo dos fatos relatados.

Inicialmente, foi-lhe oferecido um espaço de orientação, que foi prontamente aceito. Explicou-se que ela passaria por atendimento durante algum tempo, no qual se verificaria

(por ambas as partes) a necessidade de continuidade.

Pode-se dividir o tratamento de Andreia em dois momentos distintos. Nos primeiros meses do processo, apesar de demonstrar uma atitude aparentemente colaborativa, notava-se uma postura defensiva e desconfiada quanto à terapeuta. Havia considerável dificuldade de entrar em contato com o seu próprio sofrimento ou o dos filhos, o que era manifestado por uma tendência a minimizar a gravidade das coisas (ela relatava os problemas causados por Maurício como algo já resolvido e que agora faziam parte do passado). Além disso, apresentava impossibilidade de expressar seus sentimentos de culpa ou de se responsabilizar por seus atos e escolhas.

Ao longo do processo terapêutico, porém, Andreia pode começar a perceber aquele espaço como menos ameaçador e crítico; passou a sentir que a terapeuta não julgava suas condutas em termos de certo e errado e que ela poderia encontrar alguma interlocução sobre suas dúvidas e anseios quanto à maternidade e outras questões mais íntimas, como o relacionamento com sua família de origem e o amoroso. Houve uma sessão em que ela pode inclusive manifestar a raiva que sentia do filho por este tomar-lhe tanto tempo e exigir-lhe tamanha disponibilidade. Foi visto que é normal sentir raiva e sobrecarga às vezes, pois ela tem que cuidar e manter os três filhos sozinha, praticamente sem nenhuma ajuda. A conquista de um espaço para si a fez começar a buscar isso para além das paredes do consultório, em sua vida, o que foi percebido pelo aumento do auto-cuidado.

A criação deste espaço de escuta e acolhimento tem possibilitado a Andreia recorrer a outros mecanismos que não a mentira no contato com seus filhos. Assim, recentemente, com a orientação da terapeuta de Maurício, ela conseguiu contar a real história do falecimento do pai dele, sentindo-se segura para fazê-lo sozinha.

Reflexões

O estudo desenvolvido a partir dos atendimentos individuais da criança e de sua mãe buscou trazer uma reflexão sobre o desenvolvimento de uma relação familiar patológica, baseado em uma mentira e que reflete no desenvolvimento emocional da criança. Esta mentira direcionada à figura paterna da criança desenvolve na relação mãe-filho uma

dinâmica em que não é possível estabelecer confiança e tranquilidade neste e nos demais vínculos formados por ambos em suas vidas.

A mentira que a mãe contou ao filho sobre o falecimento do pai reflete toda a sua não condição em suportar e integrar os aspectos negativos e positivos de sua própria vida, o que pode ser percebido pela inabilidade de entrar em contato e lidar com o sentimento negativo de seu filho ser originado desta relação indesejada, ainda que a esta experiência ruim tenham se somado outras positivas.

Desta forma, fica representada no filho toda a carga negativa da relação. Negando a história do pai, ela não consegue exercer a função materna de forma a permitir a entrada do pai, mesmo que imaginariamente, na vida do filho, uma vez que ela recorre a uma mentira e não possibilita um espaço de conversa sobre este pai, quando procurada pelo filho.

Assim, segundo Winnicott (1965) Andrea apresenta dificuldade em estabelecer uma ligação suficientemente boa com seu filho, não conseguindo identificar a necessidade dele em saber e conhecer a história de seu pai, que reflete em sua própria vida.

Esta falha propicia o que Winnicott (2000) nomeia de de-privação, ou seja, Maurício perde a possibilidade de representar criativamente a figura paterna, reagindo a esta mentira e ao padrão de relações estabelecido com a mãe gerando medo do abandono e rejeição, assim como a percepção de que houve uma falha para com ele, sobre a qual ele reivindica, através do mecanismo de acting-out, um ressarcimento. Nos momentos em que há esperança de um restabelecimento da espontaneidade perdida, ele recorre à agressividade e à mentira para testar a capacidade do ambiente de suportá-lo e contê-lo de forma confiável e estável, de maneira que ele possa parar de reagir defensivamente e venha a prosseguir com o curso natural de seu amadurecimento pessoal.

Como mencionado, para Winnicott (2000), esta condição de ambiente capaz de suportar a agressividade e destrutividade está atrelada à relação paterna e, ao falhar, os impulsos agressivos da criança se tornam inseguros. Na dinâmica da família apresentada, esta condição demonstra falha inicialmente, no desenvolvimento da mãe em sua relação familiar. Pois ela mesma não consegue integrar seus conteúdos bons e ruins, depositando no pai de Mauricio e estendendo a ele, esta condição negativa.

Desta forma, a dinâmica desenvolvida na relação mãe-filho demonstra o movimento da tendência antissocial, comentada por Winnicott, onde há necessidade de se apropriar de algo afetivo, que surge por meio do roubo e da mentira. O que pode ser percebido nesta dinâmica é a necessidade de se apropriar de coisas boas referentes a figura paterna de Mauricio, que ocorre por meio da mentira. A mãe parece roubar uma figura paterna, que em sua fantasia denota oferecer condição de não entrar em contato com sua escolha “errada” deste homem, que resulta em seu filho. Na esperança de manter positivamente esta relação mãe-filho, desenvolve a mentira como tentativa de criar uma relação desejada, omitindo os aspectos destrutivos de seu pai. Assim, transmite ao filho a percepção de que não pode suportar conteúdos ruins, vivenciados nesta relação. Mauricio demonstra sentir se como resultado de algo ruim que não pode ser suportado neste ambiente, desenvolvendo comportamentos agressivos e de mentiras como reação a esta falha, assim como repetição ao padrão de relacionamento.

A não condição de confiança e a necessidade de atuação defensiva foram percebidas também transferencialmente em suas relações terapêuticas. A criança apresentava a todo o momento angustia de perda do espaço terapêutico, apresentando intensa agressividade, questionando o vínculo terapêutico, assim como as verdades e mentiras nesta relação, demonstrando testar este ambiente, o quanto suportaria e conteria sua agressividade, de forma que pudesse reparar a falha do ambiente. Não se dispôs a realizar testes e outras atividades gráficas que permitissem maior acesso aos seus conteúdos, mantendo postura defensiva. O trabalho tem se dado no estabelecimento da confiabilidade no ambiente, no auxílio à construção imagética de uma figura paterna e no desenvolvimento de outros recursos mais saudáveis do que a mentira e a agressividade nas relações do paciente com o mundo em que está inserido.

A mãe apresentava reações defensivas de supostos julgamentos, que se evidenciavam por “confusões” nos relatos de histórias e conclusões de que sempre estava “tudo bem”. Não conseguia entrar em contato consigo mesma, evitando olhar para o que ela mesma julgaria como falha ou ruim. O trabalho psicoterapêutico realizado com ela tem se desenvolvido no sentido de possibilitar a aceitação da própria agressividade e a consequente integração dos conteúdos bons e maus em si mesma e nas relações de objeto.

Foi possível observar que desde o recente momento em que a criança soube por sua mãe a verdade sobre seu pai, Mauricio tem apresentado alguns comportamentos que denotam mudança em seu padrão de funcionamento. Reconhece os momentos em que utiliza recursos de mentira e agressividade, apresentando uma “desaceleração” e partindo para a busca de novos recursos para suportar e enfrentar situações que lhe geram angústia.

Andreia tem conseguido perceber a melhora de Mauricio de maneira associada à revelação da verdade sobre seu pai. Talvez seja o início da percepção de que ela tem condições de reparar por meio da verdade, situações que ela mesma considera como ruins.

Referências

- DIAS, E.O. *“A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott”*. Rio de JaneiroRJ: Imago Editora, 2003.
- TARDIVO, L.S.P.C. – *“O adolescente e sofrimento emocional nos dias de hoje: reflexões psicológicas – encontros e viagens”*. Tese (livre docência) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2004.
- TURATO, E.R. – *“Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas”*. – 2ª ed., Petrópolis, Vozes, out./2003.
- WINNICOTT, D.W. *“A criança e seu mundo”*. 6 ed. Rio de JaneiroRJ: LTC – Livros Tecnicos e Cientificos Editora S.A., 1982.
- _____. *“O ambiente e os processos de maturação”*. Porto AlegreRS: Artmed Editora S.A., 1983.
- _____. *“Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil”*. Rio de JaneiroRJ: Imago Editora, 1984.
- _____. *“Tudo começa em casa”*. 1ª. Ed. Brasileira São PauloSP: Livraria Martins Fontes Editora LTDA., 1989.
- _____. *“Natureza Humana”*. Rio de JaneiroRJ: Imago Editora, 1990.
- _____. *“Da pediatria à psicanálise – obras escolhidas”*. Rio de JaneiroRJ: Imago Editora, 2000.

Percepção da Comunicação Não-Verbal na Relação Psicoterapêutica no Atendimento de Crianças

Isabel G. Lopes Schvartzaid⁶⁰

Rosemeire Aparecida da Silva⁶¹

Maria Aparecida M. Colacique⁶²

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo⁶³

Resumo

O presente trabalho tem como objetivo estudar a percepção da comunicação não-verbal na relação psicoterapêutica no atendimento de crianças encaminhadas ao Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social – APOIAR – do Instituto de Psicologia da USP com queixas de agressividade. A comunicação está inserida em nossas vidas das formas mais variadas; através da fala, da escrita, das expressões faciais, dos gestos, olhares, entre outros. Na comunicação não-verbal as informações são transmitidas sem se fazer o uso da palavra. No *setting* terapêutico muito da comunicação que ocorre é a não-verbal. Por esta razão é que o psicoterapeuta deveria ser capaz de compreender o que o paciente está transmitindo para assim intervir eficazmente a fim de promover sua saúde psíquica. . Vários instrumentos técnicos auxiliam este profissional a desvendar angústias, sentimentos ou conflitos que embora presentes na vida dos pacientes apresentam-se muitas vezes de forma oculta. Para uma melhor compreensão, utilizou-se como principal teoria a de Winnicott, que tem como ideia fundamental a de um ambiente facilitador proporcionado por uma mãe suficientemente boa. São descritos atendimento de dois pacientes, os quais

⁶⁰ Psicóloga Participante do Projeto APOIAR, na Área de Violência

⁶¹ Psicóloga Participante do Projeto APOIAR, na Área de Violência

⁶² Douora pelo IPUSP, Psicóloga da Clínica Durval Marcondes do IP, coordenadora do `Projeto da Área de Violência do APOIAR

⁶³ Professora Associada do IPUSP, e Coordenadora do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social APOIAR

continuam em atendimento, têm demonstrado mudanças significativas de atitudes nos diversos ambientes que freqüentam o que demonstra uma maior estabilidade emocional.

Palavras Chave: comunicação não-verbal; *setting* terapêutico; Winnicott.

*Somos medo e desejo,
Somos feitos de silêncio e sons,
Tem certas coisas que eu não sei dizer...”*

Lulu Santos

Introdução

A idéia do tema deste trabalho surgiu a partir de uma conversa das terapeutas onde comentavam de suas angústias provenientes da dificuldade de seus pacientes em falarem de seus conflitos, angústias, dos acontecimentos rotineiros em suas vidas ou mesmo do silêncio no *setting*-terapêutico. Embora o profissional da Psicologia devesse ser capaz de compreender a razão da não comunicação-verbal de seus pacientes, inevitavelmente é acometido muitas vezes, nestes casos, por uma sensação de impotência proveniente das dificuldades de entrar em contato com as necessidades do paciente.

Este profissional possui ferramentas que o auxiliam tanto no psicodiagnóstico como no tratamento de seus pacientes utilizando a comunicação não-verbal. É importante ressaltar também que o psicoterapeuta deve ter o entendimento nos casos em que os pacientes são muito verbais, porém com muitas dificuldades de ter contato com seu sofrimento, mas este aspecto não será discutido aqui já que o foco deste trabalho é a não-comunicação verbal.

A ética do método psicanalítico sustenta-se no equilíbrio paradoxal entre comunicar-se e não se comunicar. O psicoterapeuta deve ser capaz de esperar a comunicação do paciente como também o seu silêncio e de sustentar a necessidade de o paciente estar só na presença de alguém. É de fundamental importância que o analista ocupe uma posição

especial: ele precisa estar presente sem ser invasivo. (COELHO; BARONE, 2007)

A comunicação está inserida em nossas vidas das formas mais variadas; através da fala, da escrita, das expressões faciais, dos gestos, olhares, entre outros. Na comunicação não-verbal as informações são transmitidas sem se fazer o uso da palavra. Estudos estimam que 7% dos pensamentos são transmitidos por palavras; 38% por sinais paralinguísticos tais como: entonação de voz, velocidade com que as palavras são pronunciadas e 55% pelos sinais do corpo, como por exemplo, uma fisionomia tensa ou um olhar triste. (SILVA, 2006)

No setting terapêutico muito da comunicação que ocorre é a não-verbal. Por esta razão é que o psicoterapeuta necessita compreender o que o paciente está transmitindo para assim intervir eficazmente a fim de promover sua saúde psíquica. Vários instrumentos técnicos auxiliam este profissional a desvendar angústias, sentimentos ou conflitos que embora presentes na vida dos pacientes apresentam-se muitas vezes de forma oculta.

Dentre as técnicas clínicas utilizadas destacamos os desenhos, jogos, e testes. Vários autores concordam que uma das formas de comunicação terapêutica onde a criança pode se expressar é a primeira hora do jogo, pois é uma oportunidade dada à criança de se libertar de seus sentimentos e problemas através dos brinquedos. (ABERASTURY, 1982;).

Uma técnica que foi muito utilizada por WINNICOTT, *O Jogo do Rabisco*, que ele denomina como um método para estabelecer contato com um paciente infantil, cuja base é o brincar, tem seu valor na medida em que o terapeuta utiliza os resultados de acordo com o seu conhecimento sobre o que a criança gostaria de comunicar. (WINNICOTT, 1994, p. 231).

TARDIVO (2007) em sua pesquisa clínica com jovens indígenas utilizou o Procedimento de Desenhos Temáticos como um instrumento mediador para o contato. Considera que este recurso favoreceu a comunicação das histórias de vida, da dor e do sofrimento desses jovens.

De acordo com Winnicott, talvez seja possível dizer que alguma forma poderosa de comunicação ocorra já desde o início da vida de cada indivíduo. O bebê não tem conhecimento da comunicação, mas sabe dos efeitos dela. A mãe suficientemente boa sabe

o que o bebê necessita e corresponde a essa necessidade. (Winnicott, 1988 p. 87)

Segundo este autor, é nos primeiros estágios de comunicação entre o bebê e a mãe é que estão se assentando as bases da futura saúde mental do bebê e assim, refere-se às comunicações silenciosas iniciais:

a) Há formas especiais de se manter a vivacidade da comunicação entre a mãe e o bebê. Há o movimento que provém da respiração da mãe, o calor de seu hálito e, sem dúvida, o seu cheiro, que é algo extremamente variável. Há também o som das batidas de seu coração, um som que o bebê conhece muito bem, antes mesmo de nascer. b) Há também as brincadeiras. A interação da mãe com seu bebê resulta em uma área que poderíamos chamar de território comum, o local onde se oculta o mistério, o espaço potencial, onde nascem a afeição e o prazer pela experiência; c) É possível pensar no rosto da mãe como protótipo do espelho. No rosto dela, o bebê vê a si próprio. Se ela estiver deprimida ou preocupada com alguma coisa, então é claro que o bebê não verá nada além de um rosto; d) A partir daqui, e a partir destas comunicações silenciosas, podemos passar para as formas pelas quais a mãe concretiza exatamente aquilo que o bebê está pronto para procurar. O que se comunica para o bebê é: “Venha para o mundo de uma forma criativa, crie o mundo, só o que você criar terá significado para você. (WINNICOTT, 1988, p. 89, 90)

Como cita este autor, desde o início da vida do bebê, já é possível uma comunicação na díade mãe-bebê. O bebê que não recebe cuidados suficientemente bons terá prejuízos e um comprometimento na sua saúde psíquica. Pode-se ter como hipótese que muitos dos pacientes que chegam até nós não tiveram um ambiente facilitador para o amadurecimento ou que o perderam em algum momento da vida.

Este trabalho refere-se a dois casos clínicos que foram encaminhados ao Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social – APOIAR – do Instituto de Psicologia da USP, onde a comunicação verbal é quase que inexistente exigindo das psicólogas, atenção às manifestações dos pacientes na situação terapêutica. A psicoterapia pode proporcionar ao paciente um ambiente facilitador, ou seja, confiável, onde ele pode comunicar seus conflitos,

angústias e o que mais julgar importante na tentativa de reparar as falhas maternas.

CASOS CLINICOS

Daniel Dados históricos e relatos de sessão

Daniel (nome fictício) é um adolescente de 16 anos. É o mais novo de três irmãos. Foi abrigado quando estava com três anos, por negligência e abandono.

A família morava em uma casa considerada como um local de risco, podendo a qualquer momento desmoronar. Os genitores colocavam os filhos na situação de pedintes. Segundo responsável do abrigo a genitora apresenta dificuldades cognitivas. É agressiva, batia de vara nos filhos. Não cuidava da casa, faltava limpeza e zelo. Genitor era alcoólatra. Devido a esta situação, o Juiz determinou o abrigamento dos três irmãos até os dezoito anos.

Daniel começou em psicoterapia há quase dois anos, estando em tratamento até o presente, uma vez por semana. A queixa apresentada foi de agressividade com colegas e com educadores quando é contrariado, chegando inclusive, a quebrar coisas quando fica muito nervoso. Brigou com colega da escola e professora, foi chamado na diretoria. Não tinha cuidado com higiene pessoal.

Durante o tratamento o paciente pouco se comunica verbalmente. Foi realizado o Psicodiagnóstico onde através de desenhos e histórias ele pode expressar seus conflitos e angústias. Os dados revelaram: baixa auto-estima (se percebia como feio, fedido e ruim) insegurança, agressividade acentuada, muita desconfiança nas relações externas o que o prejudica a formação de vínculos, optando pelo isolamento.

Para Winnicott (2000) quando a mãe entra no estado de “Preocupação Materna”, ela é capaz de saber o que o bebê necessita e proporciona nestes casos um ambiente suficientemente bom para o seu bebê. Quando esta situação não ocorre, haverá falhas no ambiente e com isso o desenvolvimento maturacional fica prejudicado e distorcido. As reações das falhas maternas podem interromper o “continuar a ser” do bebê. Pode-se

colocar como hipótese no caso em questão, que houveram falhas na relação mãe-bebê.

Em outros momentos o paciente reage com gestos brutos e ameaças à terapeuta como, por exemplo: jogar a cadeira em cima da mesma. O que mais pôde ser percebido desde o início, é a sua dificuldade de conter a frustração pelos “nãos”. Foi observado que em qualquer interferência no ambiente, há mudanças de humor, demonstrando grande vulnerabilidade.

O paciente não aceita perder nos jogos e rouba, e quando a terapeuta ganha ele fica muito nervoso e agressivo. Nestes casos, o paciente pode estar apresentando sérias dificuldades em simbolizar, sendo forçado a manifestar sua angústia através da agressividade.

De acordo com Abram (2000), se o analista entender o ato anti-social como sinal de esperança, a comunicação do paciente terá sido recebida. De posse dessa informação a terapeuta entendeu que o paciente na realidade estava pedindo ajuda para poder expressar seus verdadeiros sentimentos.

Em outra sessão o paciente o desenhou com uma arma atirando na terapeuta. Sendo o desenho uma técnica projetiva, pode-se perceber sua hostilidade e agressividade com o seu ambiente (genitores) projetada no terapeuta. Talvez sendo este o real conflito e angústia.

Segundo Winnicott, para aquele paciente que não teve um início de vida suficientemente bom, o analista é a primeira pessoa em toda sua vida a suprir certos aspectos essenciais do ambiente. O paciente sentindo-se acolhido, percebendo que o terapeuta é capaz de suportar sua agressividade e aceitá-lo, este passa a confiar e regride à situação mais primitiva onde sucedeu a falha. Ele pode então expressar toda a sua raiva, todo o medo que sente, mas que estava reprimido e impossibilitado de expressar. Agora mais livre para o seu desenvolvimento maturacional, o que antes não teria sido possível.

Para Winnicott é o ambiente externo que exerce influência sobre o modo com que o bebê irá lidar com sua agressão inata. Em um ambiente bom, a agressão passa a integrar a personalidade individual como energia proveitosa relacionada ao trabalho e ao brincar, ao passo que em um ambiente de privação a agressão pode vir a se tornar carregada de

violência e destruição. (ABRAM, 2000)

Com o decorrer do tratamento o paciente vem demonstrando maior preocupação com sua aparência e higiene pessoal. Aos poucos está sendo estabelecido o vínculo terapêutico, a agressividade está mais contida, e tem maior interesse em aprender novos jogos. Despertou o interesse em revistas em quadrinhos, solicita à psicóloga que leia as histórias para ele, o que proporciona ao paciente muita tranquilidade e atenção.

Referindo-se novamente à Winnicott (2000) e no seu conceito de “Preocupação Materna”, pode-se colocar como hipótese que o paciente neste momento da leitura estava procurando viver esta situação de ser percebido, olhado, e atendido em sua necessidade sem que nada atrapalhasse este momento. Algo que provavelmente não tinha tido a oportunidade de vivenciar. Repetiu este movimento em várias sessões. Por alguns momentos se mostrou meigo e carinhoso. Ultimamente busca o olhar da terapeuta como uma manifestação de afeto.

José Dados históricos e relatos de sessão

José (nome fictício) é uma criança de 10 anos. Reside com a mãe (tia com a guarda definitiva), desde os seis meses de idade juntamente com mais dois irmãos. Encontra-se em psicoterapia há dois anos. Foi trazido por apresentar vários comportamentos agressivos tanto com colegas como também com professores e diretores. Desse período para cá, houve alguns furtos e muitas mentiras.

Durante sua gestação, a mãe fez uso de bebida e de vários tipos de drogas. Seu pai também é usuário de drogas, já foi preso por cometer delitos e atualmente ambos se encontram em situação de rua.

José apresenta problemas de saúde desde que nasceu. Tem crises asmáticas sérias, já sofreu duas paradas cardíacas e crise hipertensiva provenientes dessas crises asmáticas. Faz uso constante de corticóide além do bronco dilatador por nebulização. Toda a família vê uma semelhança física e comportamental muito grande de José com o seu pai, que o estigmatiza como mau e que muito o prejudica emocionalmente.

Seguem alguns trechos de sessões onde a comunicação não-verbal se fez presente como facilitadora ao diálogo:

José numa sessão reuniu carros, helicópteros, caminhões, motos, etc., quis brincar de guerra, disse que era a polícia. Colocou na “guerra” um colega de escola que o havia deixado nervoso no dia, disse que ele era o caminhão preto e o explodiu. O brincar proporcionou a comunicação entre o paciente e a terapeuta. Quando questionado sobre o que havia acontecido na escola se recusou a falar.

De acordo com Oliveira (2008):

“...o brincar ao possibilitar a projeção de conteúdos ameaçadores, torna-os visíveis e passíveis, portanto de serem identificados e controlados. Não nega, portanto a agressividade, mas ao contrário contribui para sua evidência, através de um chegar perto de uma situação de tensão ou conflito, de forma simbólica. (OLIVEIRA, 2008, p. 19,20)

Em outra sessão, José, na sessão que antecedia as férias da terapeuta, fez uma colagem com lantejoulas formando o desenho de uma arma. A Psicoterapeuta pergunta o que ele havia feito. O paciente disse que era uma arma e que estava fazendo essa colagem para a terapeuta não se esquecer dele nas férias.

A psicoterapeuta, havia percebido que ele não queria se separar dela, pergunta se ele tem a preocupação que ela o esqueça durante as férias. O paciente responde que sim.

A psicoterapeuta explicou a ele que esse tempo de afastamento é conversa, e o retorno combinado e que não se esquecerá dele e que o espera dali duas semanas.

A arma embora muito colorida pode simbolizar uma forma de agressividade diante de sua angústia de ficar sem atendimento por duas semanas.

Ainda em outra sessão no Procedimento de Desenhos-Estórias, José fez um sol e enquanto o desenhava disse que o sol era estragado. A psicoterapeuta procura questionar porque o sol ser estragado. Ele não responde.

De acordo com RETONDO (2000):

...o sol na maioria das vezes simboliza a figura de maior autoridade ou de maior valência emocional (positiva ou negativa) no ambiente do sujeito.

Pode-se interpretar este sol estragado como uma representação da figura paterna, já que o paciente tem conhecimento de algumas situações negativas vividas pelo pai, como ter sido preso por roubo, ser usuário de drogas ou mesmo por ser freqüente ouvir críticas do seu pai por parte dos familiares.

Nestas experiências apresentadas, os pacientes puderam iniciar uma comunicação através dos recursos não-verbais e a partir deles expressar o que sentiam e ser assim compreendidos.

Nos dois casos aqui apresentados destacam-se similaridades no que se refere à comunicação na relação paciente-terapeuta. A manifestação da agressividade dos pacientes pôde ser observada tanto através dos desenhos como em alguns de seus comportamentos.

Para uma melhor compreensão dos comportamentos no setting-terapêutico, foi utilizada como principal teoria a de Winnicott, que tem como ideia fundamental a de um ambiente facilitador proporcionado por uma mãe suficientemente boa, dentro da sessão de psicoterapia, a qual contribuiu significativamente no trabalho. Como diz este autor, é na estabilidade do novo ambiente que se realiza a terapia.

Os pacientes ainda se encontram em atendimento. Ambos têm demonstrado mudanças significativas de atitudes nos diversos ambientes que freqüentam, o que demonstra uma maior estabilidade emocional.

Conclusão

Este estudo possibilitou às psicoterapeutas uma maior compreensão das diversas maneiras de comunicação no setting terapêutico, levando à um olhar diferenciado frente às

diversas manifestações de comunicação de seus pacientes.

Através dos desenhos, jogos e o brincar na relação terapêutica de ambos os pacientes, pôde-se trabalhar vivências repetidas de desamparo, abandono e agressividade. Durante essas experiências as profissionais foram capazes de suportar os ataques destrutivos dos pacientes, o que foi entendido por eles como um espaço acolhedor onde é possível expressar o que seus conflitos, angústias e sentimentos.

Referências Bibliográficas

ABERASTURY, A. *Psicanálise da Criança Teoria e Técnica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

ABRAM, J. *A Linguagem de Winnicott*. Rio de Janeiro, Revinter, 2000.

AXLINE, V. M. *Ludoterapia*. Belo Horizonte, MG; Editora Interlivros, 1972.

COELHO, N. E. Jr.; BARONE, K.C. *A importância da teoria de Winnicott sobre a comunicação para a construção do significado ético da psicanálise*. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v.41 n.3 São Paulo set. 2007

OLIVEIRA, V. B. (Org.) . *O Brincar e a criança do nascimento aos seis anos*. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

RETONDO, M. F. N. G. *Manual Prático de avaliação do HTP*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000

SILVA, M. J. P. *Comunicação Tem Remédio*. São Paulo: Editora Loyola, 2006.

TARDIVO, L. S. P. C. *Adolescente e Sofrimento Emocional nos Dias de Hoje*, São Paulo: Vetor, 2007

WINNICOTT, D. W. *Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro, Imago, 2000.

WINNICOTT, D. W. *O Ambiente e os processos de maturação*, Porto Alegre. Artmed, 2008.

WINNICOTT, D. W. *Os bebês e suas mães*. São Paulo, Martins Fontes, 1988.

_____. 1964: “O Jogo do Rabisco”, in WINNICOTT, D.W. *Explorações Psicanalíticas*: Trad. José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artmed, 1994

A percepção terapêutica sobre o vínculo afetivo dentro de abrigo para crianças e adolescentes

Aline Moreira da Silva Tafner

Maria Aparecida Mazzante Colacique

Leila Salomão De Plata Cury Tardivo

Resumo

A construção dos vínculos afetivos na criança ocorre desde o nascimento e se dá nas trocas entre ela e aquele que se dedica a satisfazer as inúmeras necessidades relativas à garantia de um desenvolvimento saudável. Durante este processo, algumas falhas ambientais podem ocorrer e quando se trata de algo muito grave, crianças são afastadas do ambiente familiar e encaminhadas a uma instituição. Lá, novas relações se constroem e os vínculos anteriores se reestruturam. O período de acolhimento institucional proporciona uma série de significações tanto nas crianças e adolescentes acolhidos como nos funcionários dedicados a prover o cuidado e o afeto. O presente estudo se debruçou sobre a questão dos vínculos afetivos existentes nos abrigos para crianças e adolescentes. Para tanto, foram realizadas doze sessões de oficinas expressivas de desenho e pintura com três meninas abrigadas de 10, 14 e 16 anos. Através das produções gráficas evidenciou-se a complexidade de situações como: a manutenção do vínculo familiar; a adaptação de quem é recém acolhido e a solidez do vínculo daqueles que estão abrigados juntos há anos. Conclui-se que, numa instituição de acolhimento para crianças e adolescentes, os vínculos afetivos são multifacetados, formando uma constelação complexa. Uma vez que as relações afetivas saudáveis são imprescindíveis para o desenvolvimento adequado de crianças e adolescentes, este tópico exige grande atenção por parte dos profissionais ligados a esta população. As oficinas terapêuticas mostraram-se um instrumento eficaz para a emergência destas questões e a sua elaboração.

Palavras Chaves: Crianças Institucionalizada, Vínculo Emocional, Estatuto da Criança

e do Adolescente.

Formação dos vínculos afetivos e falhas ambientais

Quando um bebê nasce, a mãe – ou um substituto é a pessoa que estará voltada aos cuidados desta criança que não consegue satisfazer suas necessidades sozinha. Forma-se, então, uma rede de cuidado, constituída pelo pai, outros familiares e conhecidos que sustentam a mãe enquanto desempenha este papel. Ela deve auxiliar o bebê em duas categorias: na satisfação das necessidades orgânicas imediatas, tais como a alimentação, calor, abrigo e proteção (BOWLBY, 2001 [1976], WINNICOTT, 2006); e outras necessidades que fazem parte do entrelaçamento mãe-filho e, que, de acordo com Winnicott (2006), só o cuidado humano pode suprir:

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 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 seus próprios recursos, quando ainda muito jovem e imaturo para assumir plena responsabilidade pela vida. (WINNICOTT, 2006, p. 75).

O cuidado com a satisfação de tais necessidades tem como função resguardar a criança de ansiedades terríveis que Winnicott (2006) traduziu em termos como: “ser feito em pedaços; cair para sempre; morrer e morrer e morrer; perder todos os vestígios de esperança de renovação de contatos” (Ibid., 2006, p. 76).

Um fato importante a considerar é que, graças a uma assistência satisfatória, estes sentimentos terríveis se transformam em experiências positivas, vindo somar-se à confiança que o bebê adquire com relação ao mundo e às pessoas. Ser feito aos pedaços, por exemplo, passará a ser uma sensação de relaxamento e repouso se o bebê estiver em boas mãos; cair para sempre se transforma em alegria de ser carregado, e no entusiasmo e prazer que decorrem do movimento; morrer e morrer e morrer passa a ser a consciência deliciosa de estar vivo, e quando, a constância vier em auxílio à dependência, a perda de esperança quanto aos relacionamentos se

transformará numa sensação de segurança, de que, mesmo quando a sós, o bebê tem alguém que se preocupa com ele” (WINNICOTT, 2006, p. 76).

A criança necessita de alguém que esteja orientado especificamente para a satisfação das suas necessidades. Sem uma pessoa que cumpra este papel, a criança não pode descobrir o seu corpo, aprender a amar e odiar (e conseqüentemente descobrir o sentimento de culpa e o desejo de reparação), observar que suas idéias agressivas não são realmente capazes de destruir (separando, então, fantasia de realidade) – assim, de forma mais concisa, é possível dizer que, esta ausência torna difícil o desenvolvimento de uma personalidade integrada (WINNICOTT, 1999).

No entanto, uma parcela dos bebês experimenta falhas ambientais que se dão em diversos níveis, que podem vir a afetar em maior ou menor grau a sua personalidade (WINNICOTT, 2006). É importante salientar que as falhas são fundamentais para o desenvolvimento sadio da criança, isto é, quando ocorrem num momento em que ela já dispõe de mecanismos que lhe permitam conviver com estas frustrações. (Ibid, 2006).

Privação do vínculo familiar

Quando uma criança ou adolescente é abrigado, ocorreu uma falha muito grave no seu cuidado. O abrigo se constitui como uma instituição temporária e substituta no cuidado e que garantiria, em teoria, condições melhores do que aquelas existentes no seio familiar para que a criança ou adolescente continue sendo protegido para alcançar seu desenvolvimento mental, intelectual e físico.

Segundo pesquisas realizadas, os principais motivos que levam ao acolhimento institucional são:

Levantamento Nacional (IPEA, 2005)			Levantamento Regional (AASPTJ-SP; NCA-PUC-SP; SAS; FUNDAÇÃO ORSA, 2003)	
Abandono	8,9%	1	Abandono e/ou negligência	2,3%
Pobreza	4,2%	2	Problemas relacionados à saúde, situação financeira precária, falta de trabalho e moradia	8,8%
Violência Doméstica	1,7%	1	Violência Doméstica	0,3%
Dependência química dos pais ou responsável	1,4%	1	Uso de drogas e álcool por parte dos pais ou responsáveis	,8%

Tabela 1: Motivos que levam ao acolhimento institucional de crianças e adolescentes.

O abrigo se organiza como uma instituição nos moldes do que teorizou Bleger (1988) e Kaës (1991, 2011). Da mesma forma como uma mãe está na base das experiências de descontinuidade que regem a díade necessidade/satisfação, a instituição assegura a satisfação de determinadas necessidades psíquicas dos indivíduos a ela vinculados. Desta forma, ela pode se oferecer como objeto ideal a ser interiorizado (KAËS, 1991).

A partir da promulgação do ECA Estatuto da Criança e do Adolescente os grandes complexos que abrigavam crianças e adolescentes passaram por um remanejamento e assim, surgiu um novo conceito de abrigo “que se caracteriza pela garantia de atendimento personalizado e de respeito à identidade dos usuários, com instalações físicas adequadas, salubridade, segurança, educação e cuidados médicos e psicológicos” (SOUZA NETO, 2001, p. 94).

O acolhimento institucional, até pouco tempo chamado de abrigamento, se trata de uma medida provisória e excepcional (BRASIL, 2005, art. 101, parágrafo único) que implica na suspensão temporária do poder familiar sobre crianças e adolescentes em situação de risco e se dá apenas por decisão do Conselho Tutelar⁶⁴ e determinação judicial⁶⁵ (SILVA & AQUINO, 2005 apud IPEA, 2005; LEONCIO, 2002; CARETA, 2011). Visa à proteção dos

⁶⁴ O Conselho Tutelar é órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente (BRASIL, 2005, art. 131).

⁶⁵ As competências da Justiça da Infância e da Juventude poderão ser consultadas no art. 148 e 149 do ECA (BRASIL, 2005).

direitos das crianças e adolescentes com o objetivo de reintegrá-los ao círculo familiar ou, na impossibilidade deste, a uma família substituta.

As decisões de se afastar crianças e adolescentes de suas famílias não são fáceis e traz uma série de consequências que os afetarão em maior ou menor grau.

Bowlby (2001[1976]) já salientou que, mesmo havendo uma figura substituta a privação do relacionamento familiar traria sérias perturbações psicológicas principalmente no primeiro ano de vida. Quando alguma falha no cuidado acontece ocasionando a separação brusca entre mãe e filho, os resultados podem ser preocupantes (SILVA, LEONCIO & TARDIVO, 2007).

De acordo com Winnicott (1999), é importante saber o que acontece psicodinamicamente com uma criança quando um bom ambiente é desfeito ou quando nunca existiu um bom ambiente. Destaca: o ódio reprimido, perda da capacidade de amar as pessoas, instalação de organizações defensivas na personalidade da criança, regressão para fases anteriores do desenvolvimento emocional que foram mais satisfatórias, estado de introversão patológica e até a cisão da personalidade (Ibid, 1999,p. 199).

Quando a criança é afastada da família, vive o que Parreira e Justo (2005) chamaram de “desfiliação”: aparta-se dela o contato com a sua origem, história e os legados de seus antepassados. A transitoriedade que desperta o acolhimento levanta a questão da fragmentação de referenciais para a definição da identidade e de vínculos afetivos duradouros. De acordo com Dell’Aglío e Hutz (2004), mesmo que as instituições sejam consideradas adequadas ao cuidado, o rompimento do vínculo afetivo com os pais, ainda que conturbados, trazem sequelas sociais e emocionais. Acrescenta ainda que estas crianças e adolescentes possam adquirir um autoconceito negativo devido ao estigma institucional.

É complexo discernir qual é o verdadeiro causador destes prejuízos: o fato culminante no acolhimento ou a própria institucionalização? Siqueira e Dell’Aglío (2006) apontaram duas questões levantadas por Grusec e Lytton (1988 apud SIQUEIRA e DELL’AGLIO, 2006) que se mostram importantes para a compreensão dos efeitos da institucionalização em crianças e adolescentes: (1) os efeitos danosos advêm da privação, no abrigo, de estimulação necessária para o desenvolvimento ou da privação do cuidado materno? E ainda, (2) esses efeitos surgem do rompimento dos vínculos de apego ou de distúrbios das relações familiares? Concluem que muitos *déficits* intelectuais, observados em instituições de abrigo,

podem ser devido a privações de algum tipo de estimulação sensorial, independente do cuidado materno.

De qualquer forma, mesmo em instituições de alta qualidade, a inteligência e autonomia de crianças deste contexto são marcadamente menores do que aquelas que foram cuidadas em suas casas. Isto sugere que a segurança emocional, derivada da existência de relações estáveis na vida da criança, pode contribuir para o funcionamento intelectual adequado. Quanto à segunda questão, muitos dos problemas de conduta de crianças abrigadas já estavam presentes antes da institucionalização. Isto aponta para os fatores de risco no ambiente familiar, onde as relações eram marcadamente instáveis, estressantes e conflituosas. Sendo assim, estas experiências precoces demonstraram operar um papel importante no desenvolvimento posterior, e, desta forma, a separação em si não constituiu o fator decisivo (GRUSEC & LYTTON, 1988 apud SIQUEIRA & DELL'AGLIO, 2006).

Este tema é de fato, penoso e difícil de ser lidado em pouco espaço de tempo, por haver a interação de diversas variáveis. Para a saúde física e psíquica destas crianças e adolescentes, Barros et al. (2007) ressaltam a importância da minimização dos riscos e da garantia do bem estar da criança ou adolescente em uma nova situação – seja no regresso à família de origem, na família substituta ou no abrigo. Para isso, os autores consideram fundamentais: o acompanhamento das famílias; a implantação de uma política de reestruturação dos abrigos; maior intercâmbio entre o abrigo, o Conselho Tutelar e o Poder Judiciário; bem como o aprimoramento de políticas públicas voltadas para a criança, o adolescente e à família como *prioridade absoluta* (grifo dos autores).

Os vínculos afetivos no abrigo

No capítulo 2 do ECA encontramos informações valiosas que, indiretamente, tratam da importância do vínculo para a organização de uma casa abrigo. Neste capítulo, na sessão 1, art.92 do ECA (p.38), estão determinados os princípios que deverão ser adotados pelas entidades que desenvolvem programas de abrigo:

- I. Preservação dos vínculos familiares
- II. Integração em família substituta, quando esgotados os recursos de manutenção na família de origem;
- III. Atendimento personalizado e em pequenos grupos;
- IV. Desenvolvimento de atividades em regime de co-educação;

- V. Não desmembramento de grupo de irmãos;
- VI. Evitar, sempre que possível, a transferência para outras entidades de crianças e adolescentes abrigados;
- VII. Participação da vida da comunidade local;
- VIII. Preparação gradativa para o desligamento;
- IX. Participação de pessoas da comunidade no processo educativo.

Destes nove tópicos, vemos que a questão da vinculação permeia todos eles. A preservação dos vínculos familiares é o primeiro princípio e desta forma, o ECA evidencia a importância de tais relações afetivas. Na medida em que o abrigo, na sua constituição, configura-se como uma instituição de passagem, o objetivo principal passa a ser a reinserção no grupo familiar de origem. Por isso a importância da manutenção destas relações.

Quando esta tarefa não consegue ser realizada satisfatoriamente, busca-se a inserção da criança e do adolescente numa família substituta. Ou seja, novos vínculos familiares são incentivados.

Na prática esse retorno à vida familiar não se dá rapidamente, por isso, é importante que, durante o acolhimento, exista um cuidado para as relações afetivas. E nesse sentido, o ECA trouxe importantes inovações no que se refere ao período em que a criança está acolhida numa casa abrigo quando comparado aos antigos complexos de assistência a criança e adolescência do passado. O combate a megaunidades que acolhiam centenas de crianças carrega implicitamente à assunção da importância de um estreitamento dos vínculos. A redução do número de crianças e adolescentes proporciona um cuidado personalizado e mais afetivo. Para o abrigado, as relações que se estabelecem entre eles próprios e os educadores são de extrema relevância. Por isso, não é aconselhável a constante transferência para outras casas abrigo. Essas crianças e adolescentes já tiveram um rompimento afetivo muito marcante quando foram afastados da família pela primeira vez, de modo que a transferência indiscriminada para outros abrigos constitui novos rompimentos afetivos.

No mesmo sentido caminha o princípio de não se separar grupos de irmãos. A manutenção de irmãos na mesma casa abrigo garante a permanência de um vínculo anterior à institucionalização que é fundamental para a preservação das referências assim como traz maior segurança emocional durante o acolhimento. Com o mesmo cuidado deve ser tratado o desligamento do abrigo, seja por retorno à família de origem, a inserção numa

família substituta ou a maioridade civil.

Diferente do que se passava antigamente, as casas que acolhem crianças e adolescentes não se encontram apartadas da vida urbana e do convívio social mais amplo. Por isso, se preconiza a vivência na comunidade e a entrada da comunidade no abrigo através, mais comumente, de trabalhos voluntários. Desta forma, possibilita-se o alargamento dos vínculos sociais e o estabelecimento de novas relações afetivas.

Objetivo

Através de oficinas expressivas, buscou-se observar como a problemática dos vínculos afetivos presentes nas relações dos integrantes de uma casa abrigo da Grande São Paulo, e ao mesmo tempo, oferecer continência para as dificuldades observadas

Método e Procedimentos

Utilizou-se o método clínico de orientação psicanalítica que se fundamenta na observação qualitativa de fenômenos independente de suas frequências. O método psicanalítico permite que nos voltemos sobre o sentido emocional das condutas, contextualizando-as social, política e culturalmente. Foi realizada uma entrevista inicial e individual com cada participante, bem como 12 oficinas expressivas de desenho e pintura com duração de uma hora e meia e frequência semanal. Participaram três jovens abrigadas, cujos nomes são fictícios: Gabriela (10 anos); Maiara (14 anos) e Josi (16 anos).

Resultados e Discussão

Gabriela, 10 anos, vivia a angústia da adaptação ao abrigo quando iniciei as oficinas expressivas. Estava na instituição havia três meses e durante as atividades ficaram claras algumas dificuldades relativas ao afastamento familiar, o problema de se inserir entre as outras crianças abrigadas e de superar o estranhamento da nova situação. Gabriela fora abrigada por uma denúncia que revelou um relacionamento amoroso/sexual com um rapaz de 23 anos com o consentimento da família. Os pais apresentaram grande dificuldade em entender a inadequação do relacionamento e causaram muitas situações constrangedoras na escola e na frente do abrigo com intuito de poder ver a menina. Devido à gravidade do motivo que levou à institucionalização de Gabriela e às investidas da família, esta ficou proibida de lhe fazer visitas.

Gabriela demonstrava não ter uma compreensão ampla dos malefícios que a levaram ao abrigo. Apesar de racionalmente saber o porquê de estar afastada da família, não mostrava ter integrado este ponto. Podemos dizer que tal funcionamento psicodinâmico constituía-se no que Winnicott (1999) teorizou sobre as organizações defensivas que se formam quando uma criança nunca teve um lar suficientemente bom, ou é afastada abruptamente dele. Há uma negação que preserva as figuras parentais de serem as causadoras de tamanho desamparo. Gabriela não era completamente desassistida pela família, fato que gerou sentimentos ambivalentes, que orbitavam entre a enorme saudades que sentia da mãe e a percepção posterior de que a família precisava de ajuda. Mostrava-se extremamente ansiosa, retraída e apresentava sintomas depressivos (ansiedade, falta de interesse pelas atividades e pessoas do abrigo e ideação suicida). Compreendendo que tais sintomas poderiam ser extremamente prejudiciais, a diretora do abrigo solicitou ao fórum a permissão para que a mãe visitasse a menina tomada às providências devidas para a sua segurança (visita vigiada, sem a comunicação da menina com o agressor). Observou-se na sequência uma tranquilização da ansiedade.

Fica evidente que, por mais inadequada que a família de Gabriela tenha sido ao permitir um relacionamento abusivo (que teve início quando a menina tinha apenas 8 anos) havia, de alguma forma, um vínculo afetivo satisfatório. O rompimento completo com a família faz com que a criança perca suas referências, o contato com sua origem e sua história (Parreira e Justo, 2005). Quando este foi completamente impedido por determinação judicial, Gabriela mostrou um comportamento extremamente desorganizado e regressivo, que se evidenciou pelos seus desenhos. A retomada do contato com a mãe possibilitou que a menina recobrasse a esperança de poder voltar para a família, que era o seu maior desejo, apesar da convivência dos pais em relação ao abuso. A falha ambiental está óbvia neste caso, mas não é menos óbvia a complexidade da situação.

Como elaborado por Dell’Aglío e Hutz (2004), o rompimento do vínculo afetivo com os pais, ainda que conturbados, trazem sequelas sociais e emocionais. A dificuldade de Gabriela em lidar com o afastamento familiar refletia na impossibilidade que apresentava em se relacionar com as outras meninas abrigadas. Logo na primeira oficina, este se torna um motivo de queixa por parte de Maiara e Josi, que alegavam fazer de tudo para estabelecer um vínculo com Gabriela, ao passo que esta preferia ficar sozinha e calada. Gabriela, por outro lado, se queixava das meninas e do abrigo que permitia que as outras

recebessem visitas e ela não.

Através de sua produção gráfica, Gabriela pode expressar o seu estranhamento em relação às pessoas que encontrou no abrigo: crianças e educadores. Fez diversos desenhos e pinturas que retratavam os educadores da casa com vários braços e pernas, além de colorir-los com cores inusitadas. Numa discussão sobre os desenhos, ela expressa verbalmente o quanto todos ali eram muito esquisitos para ela. Como conseguir se relacionar? Ela se viu às voltas com esta questão. Seu comportamento não era apático, muito pelo contrário, seu silêncio era incômodo até para ela que se agitava na cadeira quando alguém lhe dirigia a palavra e parecia não conseguir responder, o que não reflete indiferença.

Em contrapartida, Josi (16 anos) e Maiara (14 anos) tinham uma relação muito fraternal. Estavam abrigadas juntas havia quatro anos e a cumplicidade que desenvolveram era inquestionável, mas não estava livre dos conflitos. A mãe de Maiara é alcoólatra e não apresentava condições emocionais de cuidar da filha, abrigada desde os nove anos, porém tinha contato com ela: buscava-a na escola e levava ao abrigo uma vez por semana além de visitá-la quando Maiara estava na casa do irmão mais velho. Josi está abrigada desde os sete anos com um irmão mais novo. Foi abrigada por uma denúncia do próprio pai que alegou a incapacidade da mãe em cuidar dos filhos, uma vez que era prostituta. Depois disso, o pai nunca mais foi visitar os filhos. A mãe tem um relacionamento difícil com Josi que a culpa pelo acolhimento e provoca na mãe uma oscilação entre períodos em que vai visitar os filhos e outros que fica afastada.

A estadia de Josi no abrigo foi marcada pela inconstância: tentou se inserir numa família substituta duas vezes, mas não se adaptou e voltou ao abrigo. Atualmente não considera a adoção como uma opção: quer trabalhar e morar com Maiara e o irmão.

Percebemos o esforço do abrigo em cumprir o que consta no Cap. 2 do ECA (sessão 1, art.92, p.38), garantir o bem estar das meninas seja na aproximação com a família de origem ou na inserção numa família substituta. Para isso, valem-se do que Barros et al. (2007) ressaltam como medidas fundamentais: o acompanhamento das famílias, o contato estreito entre o abrigo e o Poder Judiciário e a criação de todas as condições – durante o período de institucionalização – para minimizar os danos.

Como atenuante a estes prejuízos, temos também a formação de novos vínculos afetivos no próprio abrigo que funcionam como figuras substitutas como já salientou

Bowlby (2001[1976]). É o que acontece entre Maiara e Josi.

Nas férias de verão, Maiara foi para a casa do irmão mais velho por um mês e este afastamento não foi fácil para Josi que ficou no abrigo. Através de seus desenhos, Josi demonstrou a raiva e saudades de Maiara, ao passo que, o seu retorno foi aguardado com muita ansiedade. Maiara está se encaminhando para o retorno ao lar, ao passo que Josi ficava para trás. A saudade de uma em relação à outra foi apontada numa oficina quando discutimos os pontos negativos de deixar o abrigo. Nestes casos, é importante que o abrigo tenha uma atenção especial para que este tipo de laço afetivo não se desfaça necessariamente com o desacolhimento. Josi e Maiara estavam juntas há quatro anos e foram uma para outra, referência de vínculo que não precisa se romper necessariamente. Josi vivenciou em relação ao afastamento de Maiara, sentimentos semelhantes aos que Winnicott (1999) elenca acerca do afastamento da família: no caso, o ódio reprimido e a introversão. Isso nos mostra o quanto era genuíno o afeto que ligava essas duas meninas.

A saída de Josi também emergiu ao longo das oficinas. Com a aproximação da maioridade civil, a adolescente se via muito pressionada pela direção do abrigo a ter um emprego, ser responsável, ou seja, tudo o que seria importante para gerir sua vida fora da instituição. Além disso, havia uma grande expectativa que ela cuidasse do irmão mais novo. Na penúltima oficina, Josi desenhou um coração partido num fundo preto e, ao conversarmos sobre seu desenho foi revelando uma série de sentimentos em relação ao seu desacolhimento. Além de toda a mágoa que tinha por se sentir pressionada a ter um comportamento exemplar, Josi revela seu desejo de poder estreitar vínculos com as colegas de escola. Alegava que a direção do abrigo não permitia que saísse para encontrar suas amigas. No entanto, numa devolutiva com a diretora do abrigo, soube-se que, na verdade, Josi era muito incentivada a sair da instituição para passear, encontrar amigas, ao passo que a menina se negava terminantemente.

Tanto para a direção do abrigo, como para Josi, encontrar-se com amigas fora do abrigo representava um elo com o mundo externo. Se por um lado, a direção da casa queria fortalecer a relação de Josi com o mundo fora do abrigo, a posição ambígua da menina mostra-nos sua ambivalência e conseqüente dificuldade em imaginar-se fora da instituição. Sentimento natural, já que se encontrava abrigada desde os sete anos. Talvez, com o desacolhimento obrigatório, Josi viva um segundo rompimento com figuras afetivas de referência, bem como toda a estrutura de vida que possuía. Por esse motivo, a saída do

abrigo deve ser muito bem assistida para que esses rompimentos não sejam tão abruptos e desestruturantes.

Considerações Finais

Num abrigo, a gama de questões envolvendo a vinculação afetiva é enorme. Na medida em que o compreendemos nos moldes de uma instituição que assegura a satisfação de determinadas necessidades como um cuidador faz com uma criança, assumimos que uma instituição de acolhimento supre não só necessidades orgânicas.

A duração da institucionalização é imprevisível, por isso, é necessário um olhar atento a esta população que mora e trabalha em casas abrigo. Durante o período de acolhida, o desenvolvimento físico, intelectual e emocional destas crianças e adolescentes continua e, para que se dê da melhor maneira, são necessárias relações verdadeiras. Para isto, é fundamental que a equipe de trabalhadores de uma casa abrigo tenha a dimensão desta tarefa porque não consiste simplesmente em acompanhar a rotina diária destas crianças e adolescentes. Não podemos perder de vista as incontáveis sutilezas do contato humano e do quanto são necessárias para o bom desenvolvimento. Num abrigo este contato se dá por diversos lados que merecem atenção exatamente por estarem na base do *holding* e terem consequências para a construção da personalidade das crianças e adolescentes acolhidos.

As oficinas expressivas mostram-se um método de trabalho sensível que apreende a complexidade desta teia e possibilita a elaboração de aspectos não integrados.

Referências

- AASPTJ-SP; NCA-PUC-SP; SAS; FUNDAÇÃO ORSA. Por uma política de abrigos em defesa de direitos das crianças e dos adolescentes na cidade de São Paulo, 2003. Disponível em http://www.mp.sp.gov.br/portal/page/portal/caoinfancia_juventude/rede/rede_abrigos/abrigosp.pdf. Acessado em setembro de 2012.
- BARROS, R.C. & FIAMENGHI JR, G.A. Interações afetivas de crianças abrigadas: um estudo etnográfico. *Ciência e Saúde Coletiva*.v. 12 n° 5. p. 1267-1276. 2007.
- BLEGER, J. *Simbiose e Ambiguidade*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora, 1988.
- BOWLBY, J. *Cuidados Maternos e Saúde Mental*. São Paulo: Martins Fontes, 2001 [1976].

- Brasil, ECA – Estatuto da Criança e Adolescente. Disponível em: <http://www.criancanoparlamento.org.br/sites/default/files/eca.pdf>. Acessado em julho 2011.
- CARETA, D.S. Quando o ambiente é o abrigo: cuidando das cuidadoras de crianças em acolhimento institucional. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia. São Paulo, 2011.
- DELL'AGLIO, D.D. & HUTZ, C.S. Depressão e desempenho escolar em crianças e adolescentes institucionalizados. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 17, n. 3, p. 341-350, 2004.
- IPEA, O direito à convivência familiar e comunitária: os abrigos para crianças e adolescentes no Brasil, 2005. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/bpsociais/bps_11/ENSAIO3_Enid.pdf. Acessado em 28/09/2011.
- LEONCIO, W. A. H. Retrato de vivências emocionais de crianças recém-abrigadas: observações psicanalíticas por meio do Procedimento de Desenho-Estória. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2002.
- KAËS, R. Realidade psíquica e sofrimento nas instituições. In. Kaës, et al., A instituição e as instituições. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.
- KAËS, R. A instituição como herança, mitos de fundação, transmissões, transformações. Aparecida: Ideias & Letras, 2011.
- PARREIRA, S.M.C.P.; JUSTO, J.S. A criança abrigada: considerações acerca do sentido da filiação. *Psicologia em Estudo*, v.10, n.2, p. 175 – 180, mai/ago, Maringá, 2005.
- SILVA, E.C.P.; LEONCIO, W.H.; TARDIVO, L.S.P.C. Do abrigamento ao desabrigamento: considerações sobre a vivência de um adolescente. Anais da V Jornada APOIAR: Saúde Mental nos ciclos da vida. Universidade de São Paulo. Instituto de Psicologia. São Paulo, 2007.
- SIQUEIRA, A.C. & DELL'AGLIO, D.D. O impacto da institucionalização na infância e na adolescência: uma revisão de literatura. *Psicologia & Sociedade*, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 18 (1). Jan. /Abril. Porto Alegre, 2006.
- SOUZA NETO, J. C. Crianças e adolescentes abandonados – estratégias de sobrevivência. São Paulo: Expressão e Arte Editora, 2001.
- WINNICOTT, D.W. Privação e Delinquência. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- WINNICOTT, D.W. Os bebês e suas mães. São Paulo: Martins Fontes. 2006.

O olhar do lado de lá Perspectivas, ressonâncias e consequências na vida de crianças e adolescentes abrigados.⁶⁶

Ricardo Rentes⁶⁷

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo⁶⁸

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo compreender o impacto do acolhimento institucional na vida de crianças e adolescentes em situação de medida de proteção. Utilizamos como base teórica a psicanálise de Winnicott em relação ao desenvolvimento emocional e o aporte de demais autores contemporâneos. Por se tratar de uma pesquisa onde o campo é configurado num cenário institucional, realizamos um breve passeio pelos processos de institucionalização utilizando o aporte de alguns autores clássicos. O método utilizado no presente trabalho foi uma abordagem qualitativa, sendo uma pesquisa de campo, e estudos de casos múltiplos. Dez crianças/adolescentes acolhidos em um abrigo em uma cidade da grande São Paulo foram os participantes dessa pesquisa. Foi empregado o Desenho Estória com Tema, derivado do Procedimento de Desenhos Estórias de Walter Trinca, com base nos trabalhos de Vaisberb e Tardivo. Os resultados alcançados apontam que o processo de acolhimento institucional (o abrigo) marca profundamente a subjetividade humana, em função das violências vividas antes do acolhimento, como também diante da violência institucional muitas vezes promovida. Por outro lado, os resultados mostram que o abrigo pode também favorecer uma experiência integradora e significativa do ponto de vista do desenvolvimento emocional e de concretização de projetos de vida para as crianças e os adolescentes acolhidos. Dessa forma, o abrigo pode também ofertar um desenvolvimento humano exercendo, dentro de suas limitações e particularidades, o papel de um ambiente facilitador.

⁶⁶ Esse artigo é parte da monografia entregue/ ao Curso de Especialização da Faculdade de saúde Publica da USP /, feita pelo autor sob a orientação da segunda autora

⁶⁷ Psicólogo, especialista pelo Curso de Psicopatologia da Faculdade de saúde Publica da USP, professor universitário

⁶⁸ Coordenadora da Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social, Professora Associada do IPUSP, professora do curso de Especialização de Psicopatologia da Faculdade de Saúde Publica

Palavras-chave: Abrigo, Winnicott, Criança, Adolescente, Família e Instituição.

INTRODUÇÃO

No fundo da prática científica existe um discurso que diz: nem tudo é verdadeiro; mas em todo lugar e a todo o momento existe uma verdade a ser dita e a ser vista, uma verdade talvez adormecida, mas que, no entanto está somente à espera de nosso olhar para aparecer, a espera de nossa mão para ser desvelada. A nós, cabe achar a boa perspectiva, o ângulo correto, os instrumentos necessários, pois de qualquer maneira ela está presente aqui e em qualquer lugar. (FOUCAULT, 2008, p. 113)

A partir das palavras de Foucault, torna-se relevante pesquisar esse tema em função do quadro atual brasileiro em relação à situação dos abrigos, hoje denominados e reconhecidos como SAICAS (serviço de acolhimento institucional para crianças e adolescentes).

Segundo algumas pesquisas realizadas, as mesmas apontam para realidades preocupantes, como longos períodos de permanência, separação de grupo irmãos, afastamentos inadequados da família de origem, além das situações de violências institucionais.

Ainda é carente o número de pesquisas que ofertem um protagonismo a essas crianças e adolescentes, que lhe ofertem o direito de falar, de olhar para o singular, para sua história. Podemos citar, como exceção, o bonito trabalho desenvolvido pelo grupo Fazendo história e pelo grupo APOIAR USP, sendo esse último uma referência para a construção do presente trabalho.

Ao nos depararmos com a história social das crianças e adolescentes abandonados em nosso país e no mundo, percebemos que muita coisa mudou, mas que ainda resta muito a mudar. Percebe-se que o olhar, o comportamento e o serviço de acolhimento ofertado a esse público, ainda carrega muita influência dessa história, influência essa prejudicial para esse contexto atual.

Por conta disso e por muito mais, é que se faz necessário ampliar o campo de investigação, com o intuito também de ofertar maior espaço de expressão e de voz para essas crianças e adolescentes.

Ao lembrarmos-nos do papel que a criança veio cumprindo ao longo da história (MARCÍLIO, 2006), podemos perceber que muitos não vivenciaram a dita cidadania, não detinham consigo o direito de Ser no mundo. Infelizmente, isso ainda ocorre em nossos dias, em específico dentro das chamadas Instituição de Acolhimento, os Abrigos, ao que percebemos que, muitas vezes o mutismo por parte das crianças e adolescentes é valorizado e até mesmo promovido.

Dessa forma, o presente trabalho visa ofertar o direito de voz, o olhar de quem está dentro, a manifestação do ser, ou pelo menos uma tentativa de que isso ocorra, sem falar do alto grau de desconhecimento ou distorção que a população em geral detém a respeito desse tema.

O universo do abrigo ainda é um lugar, cheio de mitos, desencontros e para muitos representa o desconhecido, o não desejado. Abrir um pouco mais essa janela, desse mundo paralelo das instituições com esse fim, é acreditar e estabelecer que aqueles que nela vivem possuem muito a nos ofertar e a nos ensinar. O convite para o desconhecido fica aqui estabelecido e a grande pergunta emerge: Será o Abrigo um lugar necessariamente ruim, violento, será essa a sua única possibilidade? É essa pergunta que tal trabalho tenta responder a partir da vivência de 10 crianças e adolescentes acolhidos em uma instituição de uma cidade da grande São Paulo.

REFERENCIAL TEÓRICO

O presente trabalho propõe um olhar acerca dos impactos do acolhimento Institucional na vida de crianças e adolescentes. Para tanto, como base teórica, utilizamos autores clássicos e alguns teóricos mais contemporâneos, que estão envolvidos direta e indiretamente com o tema.

Ao se preocupar com a singularidade humana, partindo do ponto de Ser, de existir, dentro do coletivo, Goffman (2005) aponta:

Há mutilações do “eu” nas instituições totais; uma delas é a barreira entre o mundo externo e o mundo vivido na instituição; os ritos de passagem, para serem enquadrados na cultura organizacional, podem também ser uma outra mutilação; a perda do nosso nome é uma grande mutilação do eu. (GOFFMAN 2005 p:27)

Podemos perceber que tal local nos oferta um convite um tanto insano e perverso, isto é, o convite de deixar de Ser e de deixar de continuar a Ser. A perda do nome é somente o início de toda uma violência promovida pelo ambiente de uma instituição com tais características acima citadas. Goffman (Ibid, 2005), ainda nos mostra:

Um conjunto de bens individuais tem uma relação muito grande com o eu. A pessoa geralmente espera ter certo controle da maneira de apresentar-se diante dos outros. Para isso precisa de cosméticos e roupas, instrumentos para usá-los, ou consertá-los, bem como de um local seguro para guardar esses objetos e instrumentos – em resumo, o indivíduo precisa de um “estojo de identidade” para o controle de sua aparência pessoal.(GOFFMAN 2005 p:28)

Goffman (2005) expõe, “a interpretação sociológica mais simples do indivíduo e do seu eu é que ele é, para si mesmo, aquilo que seu lugar numa organização o define que seja”. Nesse ponto podemos entender que o lugar, que o ambiente detêm o valioso poder de formar indivíduos.

Outro autor que se debruçou de maneira muito devotada e relevante em relação às consequências de um processo de institucionalização foi Michel Foucault, filósofo francês (1926 – 1984) ao que encontramos ao longo de sua obra inúmeras citações em que de forma bastante incisiva nos apresenta aspectos e fatos históricos relevantes para a compreensão de tal sistema institucional e seus desdobramentos. O autor problematiza muito bem, o intuito das grandes instituições, seus objetivos e metas, vejamos:

Toda uma problemática se desenvolve então: a de uma arquitetura que não é mais feita simplesmente para ser vista, ou para vigiar o espaço exterior, mas para permitir um controle interior, articulado e detalhado – para tornar visíveis os que nela se encontram; mas geralmente, a de uma arquitetura que seria um operador para a transformação dos indivíduos: agir sobre aquele que abriga, dar domínio sobre o seu comportamento, modifica-los. As pedras podem tornar dócil e conhecível. O velho esquema simples do encarceramento e do fechamento – do muro espesso, da porta sólida que impedem de entrar ou de sair. (FOUCAULT, 2009, p. 166).

Pode-se questionar o destino dos abrigos, como um lugar de difícil entrada do ponto de vista de preservação da identidade e ao mesmo tempo de difícil saída em relação à

políticas públicas,

Por outro lado, como contraponto, Winnicott (2005), enfatiza também que em alguns casos, a instituição se faz necessária, pois é somente ela que conseguirá, perante algumas demandas, ofertar a continência que a criança/adolescente necessita. Por mais triste que seja, os muros da instituição funcionam como o colo, que oferta, neste caso, um limite, uma possibilidade de não loucura, de não esfacelamento de si.

Em sua obra Winnicott (2005) fala também dos diversos tipos de instituições de acolhimento na época da Segunda Grande Guerra. Nesse texto ele aponta para uma diversidade de características que cada serviço possui. Winnicott enfatiza que a instituição deve ir ao encontro das necessidades da criança e do adolescente, desde um lar adotivo, passando por abrigos menores com poucas crianças, até uma instituição com um regime mais ditatorial e com um numero de acolhidos muito maior. O autor aponta que esse último modelo de instituição não é o mais adequado e que ele mesmo possui discernimento de que tal local ofertará ao seu publico alvo: *“tanto a perda da identidade quanto a perda da identificação com o ambiente total... Tais instituições ainda terão que viver por algum tempo.”* (2005, p.204 -205). De forma um tanto irônica afirma também que esse tipo de instituição é um ambiente: *“Aqui está uma boa forma de sublimação para ditadores potenciais”* (Ibid, p. 205).

Contudo, Winnicott s mostra também o valor da medida de certa rigidez aplicada perante alguns casos em que se faz necessário. Diante disso ele diz:

É importante lembrar que, se o rigor do ambiente é a base, as crianças sentir-se-ão desorientadas se em tal ambiente houver exceções e escapatórias. Se é preciso haver um ambiente rigoroso, então que seja coerente, confiável e justo, para que possa ter valor positivo. (WINNICOTT, 2005, p. 207).

Cabe-nos aqui refletirmos sobre como se dá a realidade das instituições atuais. Será que ainda reproduzem esses modelos descritos. E ainda pode se perguntar o que deve permanecer de nossa história e o que deve ser banido .

Segundo Winnicott (2000, p 163 – 167) *ambiente facilitador* seria a capacidade de transformar um não–Ser em Ser, ou seja, a partir da relação dual, mãe – bebê, se realizada de forma suficientemente boa, oferta a possibilidade ao bebê de constituir em um ser integral, vivo, único e real.

Winnicott ainda frisa ao falar da importância do ambiente para o bebê, nesse caso a mãe e o que a ela rodeia, *que “Estamos nos aproximando da tão conhecida observação de que a ansiedade mais antiga é aquela relativa a sentir-se seguro de um modo inseguro”* (2000, p. 164). Isso mostra o valor que o autor destina ao ambiente, pois segundo ele sem esse ambiente facilitador inicial, desempenhado pela mãe ou substituto desta, não poderia se chamar e existir enquanto um bebê, isto é:

“Isso que chamam de bebê não existe”. Fiquei alarmado ao me ouvir pronunciar essas palavras, e tentei justificar minha declaração dizendo que se vocês me mostrarem um bebê, mostrarão também, com certeza, alguém cuidando desse bebê, ou ao menos um carrinho ao qual estão grudados os olhos e ou ouvidos de alguém. O que vemos então é a “dupla amamentante” (Winnicott, 2000, p. 165).

A consequência de um bebê sem esse ambiente é desastrosa. Segundo Winnicott uma das consequências seria a paralisação do processo de desenvolvimento, do amadurecimento do humano, antecedendo a capacidade de integrar-se ou viver em desintegração, ou seja, *“em outras palavras, sem as técnicas que permitem cuidar do bebê de um modo suficientemente bom o novo ser humano não teria chance alguma”* (2000, p.166).

Pensando dessa forma, pode-se questionar se o abrigo se constitui num lugar, um ambiente nocivo, violento para o sujeito. Vale o questionamento se esse ambiente pode causar alguma falha relevante e traumática, ou ainda alguma impossibilidade perante o amadurecimento emocional do indivíduo como algo paralisante. Da mesma forma, nos perguntamos se este mesmo ambiente institucional pode também ser adequado e funcionar como o que Winnicott denominou por ambiente facilitador e *mãe suficientemente boa*

A *mãe suficientemente boa* não é a mãe/ambiente perfeita, pelo contrário, ela também frustra, falha e erra, mas na medida certa e no tempo adequado, quando e quanto o bebê suporta. Dias (2003) aponta:

Por adaptar-se continuamente ao processo de mutação e amadurecimento da criança, a mãe favorece a desadaptação gradual, e ela o faz falhando gradualmente na adaptação à necessidade, de modo a ajudá-la a separar-se dela e a permitir-lhe viver a dependência relativa, para que faça as passagens que levam à

independência (DIAS, 2003, p. 141).

Winnicott parte da concepção de que o psiquismo e seus conteúdos não são totalmente inatos e também adquiridos a partir do amadurecimento que é facilitado pelo ambiente, através do outro, ao que o mesmo afirma:

O bebê vive pelo fato de 'estar vivo' e de haver alguém que responde satisfatoriamente a este fato; ele amadurece por ser dotado de uma tendência inata ao amadurecimento e pelo fato de haver alguém facilitando a realização desta tendência. (Dias, 2003, p.79)

“A teoria winnicottiana do amadurecimento está fundada sobre duas concepções de base (...): a tendência inata ao amadurecimento e a existência contínua de um ambiente facilitador” (DIAS, 2003, p. 93).

Todos nascem com tendências hereditárias para a maturação, mas para que elas se concretizem é necessário que exista um ambiente facilitador satisfatório. Isso significa uma adaptação inicial sensível da parte de um ser humano. Esse ser humano é mulher, e geralmente mãe (2005, p. 192).

Para que essa díade ocorra de forma satisfatória, é necessário que a mãe ou alguém que desempenhe esse papel, apresente de forma espontânea e natural, aquilo que Winnicott denominou como: *Preocupação Materna Primária (2000)* e *Mãe dedicada comum (2002)*.

Winnicott aponta como o significado da expressão: *preocupação materna primária* como uma das condições para que a mãe seja suficientemente boa para o bebê, a condição emocional que eleva a sensibilidade da mãe ou da substituta(o) desta, perante as necessidades do bebê (DIAS, 2003, p. 134).

Segundo Winnicott, quando a mãe encontra-se no estado de Preocupação Materna Primária a mesma se tonar capaz de:

Colocar-se 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, 2006, p. 30).

Realizando um paralelo com a realidade dos abrigos, consideremos a situação da chegada de uma criança em qualquer entidade, nos perguntamos: Será que a instituição dará conta de executar tais tarefas, uma vez que, identificada a necessidade de tal ação. A equipe do abrigo preparada para isso. Conseguira o abrigo ser o que o ECA – Estatuto da Criança e Adolescente (1990) preconiza como um substituto provisório da família, e o abrigo como um ambiente o mais parecido possível com um ambiente familiar.

Winnicott (1990), ao falar de *ambiente facilitador* aponta que esse ambiente é aquele que provê confiabilidade, continuidade, ritmo, proteção e estabilidade. Isso significa que a criança, sendo espontânea, manifesta suas necessidades. Quando encontra tal ambiente, nesse caso inicial, a figura devotada da mãe, tem suas necessidade suficientemente atendidas o que leva o bebê a experienciar os o que Winnicott chamou de *estados tranquilos*. Tudo isso permite ao bebê reconhecer e prever coisas ao seu redor.

Quando o encanto ocorre e tal encontro se sucede a ilusão se cria “*A adaptação da mãe às necessidades do bebê, quando suficientemente boa, dá a este a ilusão de que existe uma realidade externa correspondente à sua própria capacidade de criar*” (WINNICOTT, 1975, p. 27). Será possível a uma criança ser criativa dentro do abrigo. Surge também o que Winnicott intitulou como a vivência da Onipotência, porém só pode criar quem encontrou e foi encontrado, ou seja, o bebê vem para o mundo pronto para cria-lo, mas só conseguirá criar se esse mundo se fizer presente a sua frente de forma viva, real e suficientemente boa, neste caso, “*a crença de que o mundo é encontrável e confiável, de que, em algum lugar, existe algo que faz sentido, ou alguém que compreende e responde à necessidade*” (DIAS, 2003, p. 168).

Porém, há situações onde o encontro tão necessário com o outro não ocorre. Safra (1999) aponta:

Não se constituir na situação de ilusão como parte dos aspectos do self, onde temos buracos no self, que ameaçam o individuo com a dispersão de si e com as ansiedades impensáveis. Nelas a pessoa não encontra a presença de outros que

auxiliem a dar sentido humano e contornos àquelas vivências. (SAFRA, 1999, p.48).

É necessária que o bebê, a criança, transforme inicialmente o mundo nela mesma, é como se ela no ato da amamentação, mamasse nela mesma. Safra nos mostra:

“Não basta para o acontecer do self do bebê, que o mundo esteja pronto com suas estéticas, com seus códigos, com seus mitos. A criança precisa pelo seu gesto, transformar este mundo em si mesmo. É preciso que o mundo, inicialmente seja ela mesma, para que ela possa apropriar-se dele e compartilhá-lo com outro”. (SAFRA, 1999, p. 139)

Quando o encanto do encontro ocorre e tal relação se sucede, a ilusão se cria “A adaptação da mãe às necessidades do bebê, quando suficientemente boa, dá a este a ilusão de que existe uma realidade externa correspondente à sua própria capacidade de criar” (WINNICOTT, 1975, p. 27). Da mesma forma pode-se questionar se o abrigo é capaz de atender as necessidades do Ser de forma suficientemente boa.

Winnicott (1975; 1982; 2005; 2006) durante sua maravilhosa obra apresenta quatro das principais funções maternas a serem desempenhadas pela mãe ou substituta desta. Eles nos apresenta: 1. o *holding*, 2. o *handling*, 3. apresentação de objetos e 4. função de espelho. Resumindo tais funções maternas, podemos citar Mamede (2006) que nos aponta:

A mãe ambiente, nesse processo de identificação com seu bebê, exercerá algumas funções que serão fundamentais para a constituição desse bebê como único e vivo. Para lembrarmos sucintamente, são quatro as principais funções maternas descritas por Winnicott:

holding: a permanência dos cuidados que a mãe oferece ao longo do tempo e do espaço;

handling (manipulação): o contato do corpo da mãe com o corpo do bebê, seu manuseio, possibilitando a ele, aos poucos, integrar seu corpo e sua psique, de forma a começar o processo de integração de seu *self*;

apresentação de objeto: a mãe apresenta o mundo ao bebê “em pequenas doses”, de forma a não trazer do mundo o que ele ainda não consegue apreender ou receber;

função especular: o bebê só se reconhece no rosto de sua mãe, porque, como no início ele e a mãe são uma coisa só, o rosto dela que lhe faz face é sentido como o seu rosto (MAMEDE, 2006 p. 58).

Diante de tamanha função desempenhada pela mãe, tão bem explicitada resumida por Mamede (2006), ficam algumas perguntas norteadoras:

Pensando no modelo de instituição de acolhimento; como se dá a continuidade do desenvolvimento emocional de crianças e adolescentes dentro desse ambiente. O abrigo pode ser um ambiente facilitador, ou seja, suficientemente bom.

O abrigo é capaz de ir ao encontro das necessidades de cada um respeitando singularidades e validando potencialidades.

Possuímos clareza de que talvez muitas dessas perguntas talvez não sejam respondidas e contempladas por completo nesse trabalho. Contudo, o intuito também de tais questionamentos é o de promover reflexão e de despertar interesses de novas pesquisas em determinado campo.

Partindo agora para um olhar mais recente e atual do cenário de acolhimento institucional, citamos um trecho em que Tardivo e Gil (2008) apontam para a relevância de tal investimento nesse seguimento da infância, ao que dizem:

Há na literatura diversos estudos acerca de crianças abrigadas. Muitos destes mencionando as vivências emocionais destas crianças e buscando uma compreensão cada vez maior de sua experiência psíquica, dos efeitos que o abrigamento provoca em seu desenvolvimento e das medidas que podem ser pensadas para tentar minimizar os efeitos negativos da situação de institucionalização que, apesar de existir como uma condição temporária para as crianças que dela necessitam, por muitas vezes acaba se tornando condição permanente... (TARDIVO E GIL, 2008 p. 472).

Esse olhar para a família é fundamental em todos os sentidos, a luta por menores desigualdades, ou seja, *“É preciso que se olhe também para a família da criança abrigada, procurando auxiliá-la, pois, dessa forma, a criança abrigada também será beneficiada”* (TARDIVO E GIL, 2008 p. 481).

Pensando ainda nessa temática, das violências em relação ao destino das crianças e familiares envolvidos nos abrigamentos, podemos citar o pensamento de Endo (2005) que afirma:

(...) está vetado a este indivíduo o campo das trocas, em que se escuta e se

é escutado e a partir do qual o sujeito é reconhecido e inscrito no seio da cidade, como uma de suas partes integrantes e inalienáveis. Porções inteiras da população foram separadas de sua condição cidadã ao serem apartadas do seu direito ao lugar. São habitantes clandestinos, ilegais, tidos como posseiros da cidade ao pleitearem o direito de morar nela. Eles não são vistos como pertencentes à cidade. (, p.75)

Uma vez vítima da ausência de olhar por parte do Estado, talvez um caminho fosse o que Tardivo e Gil apontam:

Verificamos que, em muitos casos de abrigamento, uma medida que poderia contribuir para o retorno mais rápido da criança para casa seria a assistência psicológica à família. Consideramos importante que os pais das crianças abrigadas recebessem acompanhamento psicológico para seu próprio desenvolvimento e, dessa forma, pudessem se adequar para receber de volta o filho mais rapidamente. Na prática isso dificilmente acontece... (TARDIVO E GIL, 2008 p. 481).

OBJETIVOS

O Presente trabalho teve como objetivo compreender o impacto do acolhimento institucional (abrigamento) na vida de crianças e adolescentes em situação de medida de proteção, utilizando como base o pensamento de Winnicott, juntamente com o olhar de autores contemporâneos acerca do desenvolvimento emocional, bem como um breve passeio pelo processo de institucionalização e suas consequências a partir de alguns teóricos clássicos.

MÉTODO, INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS

O método utilizado está baseado na pesquisa qualitativa, em uma revisão bibliográfica, juntamente com o Estudo de Casos Múltiplos (análise de conteúdo do material produzido pelos participantes) realizadas dentro do Campo – Instituição de Acolhimento (o Abrigo).

A escolha de tal método qualitativo e análise de conteúdo, vieram ao encontro do desejo de dar voz à subjetividade do humano, a unicidade do ser, pois a abordagem qualitativa denota uma riqueza técnica, um olhar mais singular e menos generalizado.

(TURATO, 2005 e TARDIVO, 2007).

Por ser mais de um participante da pesquisa, a escolha por optar em paralelo pelo Estudos de Casos Múltiplos, vai ao encontro da proposta, ao que ouvir um não significa ouvir todos, porém ouvir todos é possibilidade de se encontrar um. Segundo Mishima (2011), para entrar em contato com um caso é necessário conhecer outros, sendo cada caso um em sua singularidade, porém construído em coletividade.

Tardivo (2004) aponta a riqueza do trabalho de campo, nos convida para uma prática articulada, científica. Segundo a autora, a Pesquisa de Campo possui o valioso e importantíssimo encontro entre teoria e prática, ao afirmar que “teoria sem prática é estéril e prática sem fundamentação teórica pode ser superficial e até inconsequente” (TARDIVO, 2004, p.201).

Os instrumentos utilizados foram as consultas aos prontuários (PIAs)⁶⁹ da Instituição bem como as cópias dos processos do Fórum⁷⁰. O Desenho com Tema apresentado pela Dra. Leila Tardivo (2007), e introduzido por Vaisberg (1997), procedimento derivado do D-E (Trinca,1997). A escolha de tal técnica está baseada também em sua validação e reconhecimento no meio acadêmico, como apontado por Tardivo:

Essa técnica vem desenvolvendo, o que propiciou sua validação para uso na clínica, em muitas pesquisas; nos mais variados campos da psicologia; em distintos grupos de pessoas em diferentes condições (TARDIVO, 1996,1997 e 2001)

Cada encontro contemplava um participante, que executaria três desenhos e três respectivas histórias. Os temas dos desenhos propostos pela pesquisa para a aplicação

⁶⁹ PIA: Plano individual de Atendimento. É um instrumento confeccionado pela equipe técnica e coordenação do abrigo. Tal ferramenta foi implantada como exigência para as instituições de acolhimento. O seu intuito é de centralizar as principais informações acerca da criança/adolescente com fins de agilizar o processo jurídico, definição do caso e encaminhamentos pertinentes. Geralmente se tem um modelo padrão, porém cada Vara da infância e juventude adota o seu, não mudando muito entre um e outro.

⁷⁰ A instituição de acolhimento em questão possui uma cópia do processo judicial de cada criança e adolescente em seus arquivos. Tal situação ocorre em função da parceria com o judiciário e visando uma apropriação da história de vida por parte de cada acolhido, ao que esse último tem acesso a tais documentos quando este solicitar.

dessa técnica foram: *A Eu antes do abrigo, B Eu hoje no abrigo e C Eu depois, fora do abrigo.*⁷¹

ILUSTRAÇÃO CLÍNICA

Dos 10 casos estudados, para exemplificação do procedimento, um caso será aqui ilustrado:

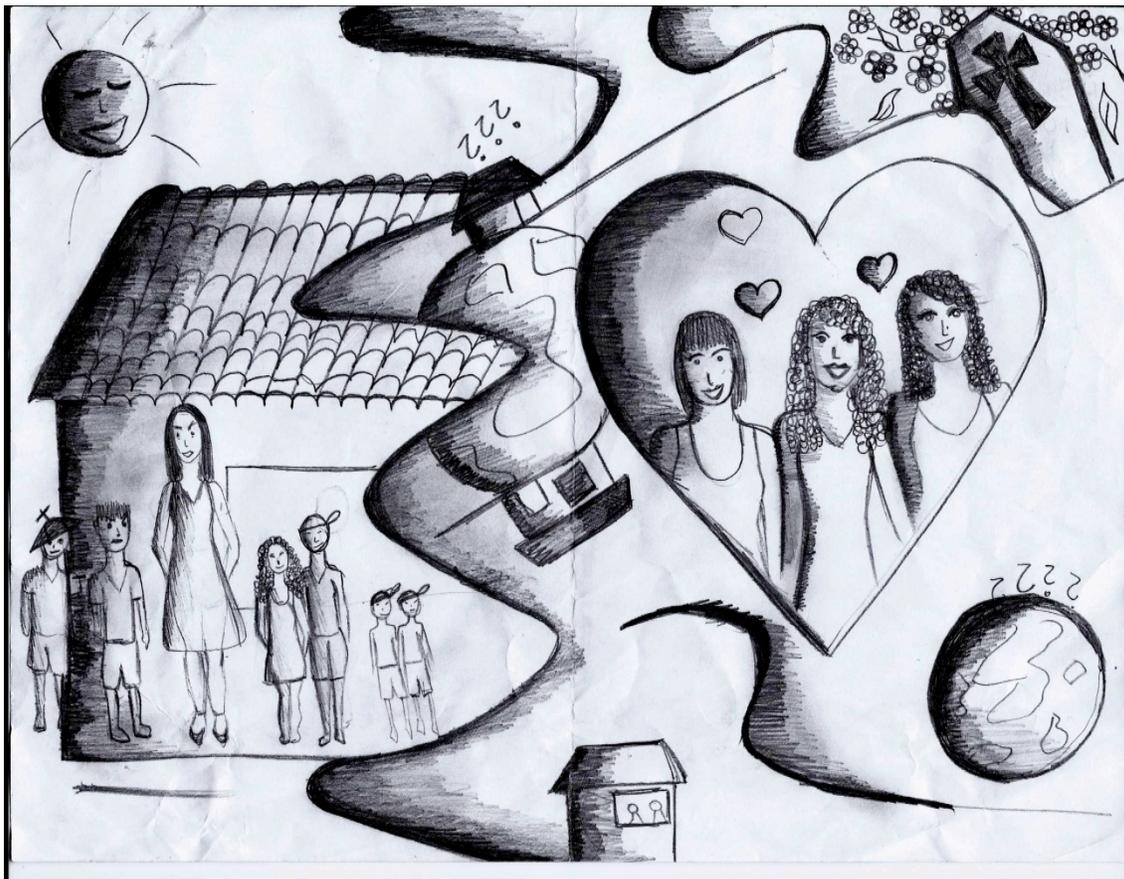
Gabriela, 17 anos, sexo feminino, acolhida em há 11 anos, frequenta regularmente a escola, trabalha fora desde 16 anos. Há algum tempo Gabriela vem apresentando uma mudança positiva de comportamento. Outrora não respeitava regras, era bastante agressiva, desafiadora, e testava todos os limites. Chegou a fazer acompanhamento no CAPSi por cerca de 2 anos. Já adolescente se recusou em continuar seu acompanhamento. Atualmente mantém uma vida sexual ativa e tranquila, diferente de momentos anteriores, onde conflitos entre namorados e suas respectivas famílias eram constantemente presentes. Em função do seu comportamento instável e pouca tolerância a frustrações, não se fixava em nenhum emprego e se envolvia sempre em conflitos dentro do ambiente profissional, assim como na escola. Dentro da Casa-Lar os conflitos também eram constantes, pois Gabriela não queria colaborar com a organização do ambiente e não aceitava as regras colocadas pelos educadores. Hoje o cenário é outro, Gabriela denota preocupação com sua saída do abrigo, os conflitos no ambiente escolar diminuíram significativamente e está empregada em um escritório de contabilidade. Respeita as regras e participa das atividades na Casa-Lar, possui uma vida social considerada por todos como saudável. Ainda mantém uma intolerância a frustrações, porém seus comportamentos reativos são menos violentos, denotando uma alteração positiva. Gabriela está destituída do poder familiar. Não recebe visitas de nenhum familiar. Atualmente a genitora possui paradeiro desconhecido e o pai já é falecido. O pai sempre foi muito ausente e segundo informações das técnicas do Fórum da VIJ, o mesmo era envolvido no tráfico de drogas e diante de uma disputa de ponto de venda de drogas, este foi assassinado. A genitora recebeu diversas ameaças dos traficantes e precisou fugir, deixando seus filhos com o cunhado, o qual não teve condições de cuidar

⁷¹ Importante ressaltar que para a realização de tal trabalho envolvendo crianças e adolescentes, foi necessária a autorização previa da coordenação da instituição, bem como execução do termo de livre esclarecido a partir do consentimento do curador especial dos participantes envolvidos

dos sobrinhos, abrindo mão desses, assim como os demais familiares, como a avó materna por exemplo. Perante o envolvimento dos genitores com drogas, tráfico e a ausência de uma família extensa que se comprometesse, as crianças na época, permaneciam em situação de risco o que gerou o acolhimento. Logo após o acolhimento a genitora realizou algumas visitas, sem manter uma frequência regular, se ausentando definitivamente. Este fator também colaborou para destituição do poder familiar.

Desenho Estória com Tema Adolescente Gabriela.

Desenho 1, 2 e 3 juntos – Eu antes, hoje e depois do Abrigo.



Análise

A adolescente Gabriela preferiu realizar um único desenho. Informou como justificativa que teria dificuldade de separar uma coisa da outra. Após realizar seu único desenho, informou que não gostaria de contar nenhuma história, emocionada, agradeceu a oportunidade de desenhar sobre si e afirmou que o desenho falaria por si só. Gabriela

domina muito bem o desenho, o qual , fala por si mesmo , repleto de sentido, trouxe a ela uma forte experiência emocional.

Nesse momento, mais uma vez, podemos pensar no que Tardivo e Vaisberg, (2007) baseadas na obra de Winnicott, afirmam em relação ao caráter terapêutico das técnicas projetivas, ao que foi percebido que através da técnica Gabriela se permite entrar em contato com sua história de vida.

Logo de inicio, percebemos mais uma vez a marca do processo de institucionalização, como apontado muito bem por Goffman (2005) e Foucault (2009) . A mistura dos tempos, a dificuldade de separação, da distinção dos períodos, do tempo e do espaço, onde começa um e termina o outro. Esses aspectos de perda da singularidade são comuns em longos períodos dentro de instituições.

O Antes é marcado por pessoas, por uma casa, por aquilo que poderíamos chamar de família. O desenho está supostamente dividido em três tempos. No primeiro quadrante, da esquerda para a direita, Gabriela desenhou sua mãe, seus irmãos e a ela mesma. Podemos perceber a expressão da figura materna, com um olhar mais marcado, projetada à frente e em tamanho maior. Uma das coisas que chama a atenção no processo de Gabriela, é que segundo os autos, a mesma sempre reclamou muito quanto à falta de uma referência feminina, que lhe servisse de espelho, de modelo. A função do outro, do ambiente, segundo Winnicott,(1975) se faria necessária, mais do que um modelo a seguir, mas sim alguém que lhe ofertasse o olhar desejante, o olhar que inclui a possibilidade de Ser e de continuar a Ser no mundo.

No segundo quadrante do desenho, encontramos o Agora, o atual do viver no abrigo. Vale a pena lembrar que Gabriela passou por outras instituições de acolhimento e que encontra-se há muito tempo acolhida, 11 anos. Nesse momento do desenho, encontramos casas em meio ao mundo, possivelmente as instituições por onde passou, varias casas... Dúvidas, incertezas permeiam esse universo, onde inúmeras interrogações ao contrário surgem. Vê-se casa de ponta cabeça, e suas dúvidas e perguntas, que parecem continuar sem resposta.

Mesmo assim, parece que durante esse longo período que acolhimento institucional algo marca essa passagem, isto é, algo permanece na vida de Gabriela e num sentido positivo também. Durante a aplicação da técnica a adolescente pergunta se poderia nessa parte do desenho, dias atuais, desenhar uma fotografia. Ao que a orientação foi dada de que

poderia desenhar o que quisesse. Nesse momento Gabriela foi ao seu quarto e trazia uma fotografia em suas mãos. Uma foto dela com duas amigas do abrigo. Nesse momento coloca a foto ao seu lado e começa a desenhar. Durante a produção do desenho enfatiza que essas duas amizades construídas eram as coisas mais importantes para ela, pois sabia que essas amigas eram sinceras e que se sentia muito amada por elas, afirmando que elas, juntamente com seus irmãos, e os funcionários do abrigo, pai e mãe social, eram sua família.

Percebemos com isso, que o que marca e permanece na vida do sujeito é a certeza de ser amada, de se sentir desejada no olhar do outro. Nesse momento podemos recorrer a Winnicott, que enfatiza muito bem tal importância de um ambiente que permita a existência do outro, que o sustente o permita em sua possibilidade de criação. Percebemos pelos dados da história e pelo afeto aqui impresso que o abrigo oferta a Gabriela a possibilidade de novas conquistas e de continuidade de seu desenvolvimento emocional.

No terceiro quadrante, situada no extremo direito do desenho, no canto superior, destinada a parte com o tema Depois do Abrigo, podemos perceber que é a parte que menos ocupa espaço em sua vida hoje. Quando olhamos o desenho, algo a princípio nos assusta e nos choca. Podemos supor inicialmente, que sair do abrigo para Gabriela seria a morte.

Vale a pena se indagar qual o sentido dessa associação com a morte, considerando que Gabriela nunca manifestou tendências mais depressivas.

Podemos inicialmente compor um paralelo com as críticas levantadas por Goffman (2005) e Foucault (2009) em relação ao processo cruel de institucionalização, a toda violência envolvida, a morte do sujeito, da singularidade. Sair do abrigo é perder tudo, não há mais sujeito, somente instituição, sendo assim, ao sair da instituição é deixar de existir. Conseguimos também nos encontrar nas palavras de Tardivo quanto à necessidade de cuidado psicológico e social diante de tal demanda, crianças e adolescentes acolhidos.

O pensamento de Endo (2005) também vai ao encontro, pois sair do abrigo pode ser visto aqui como um retorno à cidade, uma cidade que não oferta espaço, que não permite uma existência no social, segregando e excluindo como uma espécie de violência continuada, sair do abrigo é morrer na cidade. Partindo do princípio que durante o acolhimento a adolescente obteve ganhos emocionais, constituintes relevantes para a sua continuidade de Ser. Assim mesmo muito se tem que perguntar, sobre o que na vida de

Gabriela ficou para trás, e o que ela não levará consigo ao sair do abrigo. Há algo que morre e muito que vive.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebemos que a marca da história da infância abandonada durante os séculos atrás, até hoje se faz presente, que o processo de institucionalização realmente deixa impressa a violência seja ela manifesta ou latente.

Para os jovens participantes a vivência do abrigamento é marcante, por vezes violenta, e que promove uma marca em seu Ser, como sentimento de despersonalização, negação de sua própria história, idealização do passado, dentre outros. Porém não para Gabriela, que mostra poder ter no abrigo o ambiente que permitiu seu desenvolvimento.

Por outro lado, foi visto que o Abrigo nem sempre é vivido como prejudicial. Para a maioria dos participantes, 9 de 10 acolhidos manifestaram que o abrigo e seus cuidadores, em algum momento, se configuraram como ambiente facilitador (Winnicott, 1982, 1984, 1994 e 2001). Foi visto que tal ambiente pode favorecer o desenvolvimento de funções maternas e paternas, ações estruturantes do ego, possibilidades de ressignificações de histórias e oportunidades de novos encontros e arranjos emocionais, de novos projetos de vida.

Os educadores residentes, mãe e pai social, bem como os amigos, foram frequentemente citados, seja por desenhos, por histórias, vinculado a estes, carinho, proteção, segurança, confiança, amor, limite e possibilidades de novos encontros humanos.

O presente trabalho permitiu, a partir do olhar dos participantes acolhidos, uma ampliação da compreensão do abrigo. Deparamo-nos com resultados significativos, com encontros teóricos frutíferos e com histórias de vida marcantes.

Evidencia-se a relevância do trabalho em rede que é um dos grandes responsáveis pelas possíveis mudanças no cenário do atendimento da infância e juventude. A articulação dos diversos atores sociais torna-se fundamental para a boa aplicabilidade de tal medida de proteção.

Outro ponto relevante durante a aplicação do Desenho com Tema, foi que ao final do processo a maioria dos participantes pesquisados se permitia entrar em contato com sua verdadeira história no sentido de fatos e acontecimentos.

Perante tal gesto, em alguns casos, o olhar se modificava em relação a esse passado,

e um novo rumo se estabelecia. Pôde aparecer uma criança/adolescente mais protagonista de sua história, e o Desenho com Tema como uma ferramenta de empoderamento e um recurso terapêutico, como presenciamos em alguns casos, indo ao encontro do que Tardivo e Vaisberg (2007) apresentam o Desenho com Tema como ferramenta terapêutica.

Dessa forma, é possível o abrigo favorecer o desenvolvimento de funções maternas e paternas quando necessário, e agir como o ECA (1990) preconiza, ou seja, como um substituto provisório da família.

Vale ressaltar o modelo institucional adotado pelo abrigo pesquisado, o regime de Casa-Lar. A hipótese é que tal modelo de trabalho, vinculado à devoção dos profissionais e somados as disponibilidade interna dos acolhidos, promove uma relação com caráter criativo e de acolhida. O ambiente pode ser avaliado como facilitador e favorável ao desenvolvimento humano a partir de tais elementos.

Dessa forma, os impactos, perspectivas ressonâncias e consequências na vida dessas crianças e adolescentes abrigados irá depender de que tipo de abrigo e filosofia se prega, de como as relações afetivas são constituídas, quem irá compor a equipe de trabalho e quem serão os acolhidos.

São necessários mais estudos para se comprovar tais hipóteses aqui lançadas, principalmente em relação a qual modelo de instituição pode promover possibilidades de desenvolvimento em um ambiente facilitador, ou se configurar em ambiente que repete a violência e a exclusão.

REFERÊNCIAS

- DIAS, E. O. *Teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago, 2003.
- ENDO, Paulo Cesar. *A violência no coração da cidade: um estudo psicanalítico*. São Paulo, Editora Escuta, 2005.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. 26ª edição, Ed. Graal, São Paulo, 2008.
- _____. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis, Vozes, 2009.
- GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 2005.
- MAMEDE, M. C. *Cartas e retratos: Uma clinica em direção à ética*. São Paulo: Ed. Altamira, 2006.
- MARCÍLIO, M. L. *História Social da criança abandonada*. São Paulo: Ed. Hucitec, 2006.

- SAFRA, G. A face Estética do Self – Teoria e Clínica. São Paulo: Ed. Unimarco, 1999.
- TARDIVO, L. S. L. P. C. *O adolescente e sofrimento emocional nos dias de hoje*. São Paulo, Vetor, 2007.
- TARDIVO, L. S. L. P. C. *O procedimento de desenhos – estórias (D-E) e seus derivados: fundamentação teórica, aplicações em clínica e pesquisas*. in: *Atualizações em Métodos Projetivos para Avaliação Psicológica*. São Paulo, Ed. Casa do Psicólogo, 2011.
- TARDIVO, L.S.P.C. e GIL, C. A. *APOIAR – Novas propostas em psicologia clínica*. São Paulo: Ed. Sarvier, 2008.
- WINNICOTT, D. W. *Da Pediatria à Psicanálise*. RJ: Imago Ed.,2000.
- _____. *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- _____. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975
- _____. *Privação e Delinquência*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- _____. *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

Inventário *Pessoas Em Minha Vida* (PIML): o Apego em Crianças Vítimas de Abuso Sexual

Viviane Manfre

Leila Salomão de La Plata CuryTardivo

O abuso sexual infantil (ASI) é considerado um grande problema de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A literatura especializada aponta, dentre os principais sintomas apresentados pelas vítimas de ASI, o comportamento sexual inadequado, diminuição do rendimento escolar, ansiedade generalizada, sintomas de depressão e, com maior frequência, de transtorno do estresse pós-traumático (Habigzang *et al.*, 2008; Olafson, 2011). É possível supor que o ASI tenha efeitos também na qualidade das relações afetivas dessas crianças, uma vez que, segundo Bowlby (1988), experiências adversas podem interferir e até mesmo alterar os padrões de apego, especialmente durante a infância.

Um dos instrumentos que se propõem a avaliar o apego infantil é o inventário *People in my life* (PIML; Cook, Greenberg & Kusche, 1995). O PIML é composto por 71 frases de autorrelato (ex: *Meus pais se preocupam comigo*), que caracterizam as relações de confiança, segurança e proximidade que a criança estabelece com as pessoas próximas a ela, sendo divididas em quatro blocos: pais, amigos, escola e bairro.

O objetivo do presente estudo foi, assim, realizar o estudo piloto com o inventário *Pessoas em minha vida* (PIML), a fim de verificar o apego de crianças vítimas de ASI.

O PIML foi traduzido para o português e respondido individualmente por 60 crianças de 09 a 12 anos, sendo 30 vítimas de ASI (grupo clínico), assistidas por instituição especializada, e 30 crianças (grupo comparativo) de uma escola pública, sempre com o auxílio de um pesquisador treinado, na própria instituição. Também foram respondidos um protocolo inicial com dados pessoais e o *Inventário de Frases auxiliar no diagnóstico de violência doméstica contra crianças e adolescentes* (IFVD; Tardivo & Pinto Junior, 2010), a fim de coletar informações acerca dos efeitos do abuso. Foram tomados todos os cuidados

éticos, incluindo a obtenção do consentimento dos pais ou responsáveis pelas crianças. Os dados foram analisados por meio de médias das pontuações dos dois instrumentos, sendo realizadas correlações entre eles e a análise de variância e teste Anova.

Em relação à caracterização do grupo clínico, 75% dos participantes são do sexo feminino, com prevalência de abusos crônicos (76,7%) e intrafamiliares (66,7%). Não houve diferenças estatisticamente significativas na pontuação dos participantes em relação ao sexo, à frequência do abuso ou ao grau de proximidade do agressor. As diferenças mais expressivas foram observadas entre os dois grupos (clínico e comparativo). As crianças vitimizadas apresentaram menores pontuações em relação ao apego quando comparadas a seus pares (Tabela 1), indicando prejuízo nos sentimentos de segurança e confiança, referente às figuras de apego e ao mundo que as cerca.

Tabela 1. Média, Desvio Padrão, Valor de F para o total de pontos e para cada transtorno do PIML

PIML	Comparativo		Clínico		Anova	
	Média	DP	Média	DP	F	Sig.
Pais	70,00	5,73	59,03	7,49	40,540**	0,001
Amigos	65,83	10,96	59,67	9,61	5,368*	0,024
Escola	76,57	9,98	58,60	9,99	48,549**	0,001
Bairro	22,10	4,06	16,70	2,83	35,681**	0,001
Total	234,50	21,76	194	20,91	54,018**	0,001

* $p= 0,05$

** $p= 0,01$

Além disso, apresentaram maiores pontuações em todos os níveis de sintomas referentes aos transtornos psicológicos investigados pelo IFVD (Tabela 2), demonstrando a variedade dos efeitos do ASI naqueles que o sofrem.

Tabela 2. Média, Desvio Padrão, Valor de F para o total de pontos e para cada transtorno do IFVD

Transtornos IFVD	Comparativo		Clínico		Anova	
	Média	DP	Média	DP	F	Sig.
Comportamental	4,77	2,67	5,13	2,57	0,293	0,590
Cognitivo	2,33	1,51	3,53	2,06	6,589*	0,013
Emocional	5,00	3,89	8,57	3,61	13,540**	0,001
Físico	0,33	0,61	0,60	0,56	3,114	0,083
Social	1,97	1,03	2,90	1,49	7,922**	0,007
Total	14,40	7,87	20,73	8,63	8,823**	0,004

* $p = 0,05$

** $p = 0,01$

A partir do estudo piloto, observou-se que o PIML não é capaz de avaliar padrões de apego infantil, porém mostrou-se eficaz na avaliação dos vínculos afetivos estabelecidos pelas crianças com as pessoas próximas a ela, bem como o sentido de segurança e confiança no mundo que a cerca. Verificou-se, ainda, que as crianças vítimas de ASI apresentam prejuízo na qualidade do apego. Foram feitas algumas considerações acerca da

estrutura e utilização do instrumento, no sentido de aprimorá-lo e garantir sua utilidade e eficácia.

Referências

- Bowlby, J. *A secure base: clinical applications of attachment theory*. Londres:Routledge.
- Cook, E., Greenberg, M. & Kusche, C. & Kusche, C. (1995) *People in my life: attachment relationships in middle childhood*. Pôster apresentado no Congresso da Society for Research in Child Development (SRCD). Indianápolis, IN.
- Habigzang, L. F., Corte, F. D., Hatzenberger, R., Stroehel, F. & Koller, S. H. (2008) Avaliação psicológica em casos de abuso sexual na infância e adolescência. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21 (2).
- Olafson, E. (2011) CSA: Demography, Impact, and Interventions. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 4(1), 8-21.
- Tardivo, L.S.L.P.C. & Pinto Junior, A.A. (2010) *Inventário de frases no diagnóstico de violência doméstica contra crianças e adolescentes IFVD*. São Paulo: Vetor.

A importância do *holding* na vivência de uma adolescente abrigada e o vínculo terapêutico

Rosa Pinheiro de Castro

Maria Aparecida Mazzante Colacique

Leila Salomão La Plata Cury Tardivo

Resumo

O presente artigo pretende discutir a importância da continência *holding*, interpretação para pacientes acolhidos, através de relato de caso de uma adolescente abrigada, quem se encontrava sem recursos para lidar com conflitos permeados por violência referentes à mãe, motivo pela qual estava abrigada. O referencial teórico adotado baseia-se nas obras de Winnicott, principalmente no que toca ao desenvolvimento emocional e a importância do terapeuta fornecer um cuidado para a paciente para que esta se sinta em um ambiente suficientemente bom. Com o auxílio da terapeuta, a paciente conseguiu vivenciar um *holding* na qual ela não havia conseguido encontrar em outros espaços da sua vida, isto é, lhe faltava um elemento essencial para seu desenvolvimento emocional e que, no momento em que ela conseguiu em sessão, o trabalho terapêutico e o acolhimento das interpretações puderam começar.

Palavras-chave: *Holding*; continência; desenvolvimento emocional e interpretações.

INTRODUÇÃO

Para o terapeuta é um desafio realizar o atendimento psicoterapêutico de pacientes que moram em uma instituição de acolhimento e, portanto, encontram-se em uma medida jurídica provisória, e privados do convívio familiar. Os jovens que moram em instituições de acolhimento partilham um espaço coletivo com outros jovens que por sua vez possuem diferentes histórias e vivências. Nessa perspectiva, o olhar singular e individual para o paciente leva o terapeuta a se aproximar, a compreender a dimensão social e o sofrimento psíquico que é estar nesta posição.

Deste modo, o atendimento desse paciente lança o terapeuta a uma investigação mais aprofundada sobre o acolhimento institucional e os aspectos do desenvolvimento emocional envolvidos durante a terapia.

Winnicott (1975) postulou a importância do ambiente para o desenvolvimento emocional e de processos maturacionais do indivíduo. Na fase de dependência absoluta, a mãe é responsável por apresentar “o mundo em pequenas doses” para o seu filho, uma vez que o bebê não tem o ego integrado e ainda não passou pela diferenciação do eu-outro. O holding (sustentação) e handling (manuseio) oferecidos pela mãe são duas formas de interação/integração do bebê com ele próprio, que o possibilita estabelecer sua própria identidade.

O holding oferece a experiência de integração, o handling permite a experiência de personalização, isto é, a sensação de estar dentro do próprio corpo. Esse manuseio e cuidado físico materno (entendido como amparo) é capaz de proteger a criança contra os efeitos danosos reais ou fantasiados e minimizar as intrusões do mundo externo (LOPES, 2012).

Segundo Winnicott, há três tipos de pacientes: aqueles que possuem dificuldades nos relacionamentos interpessoais; aqueles cuja personalidade começou a se integrar, mas ainda não conquistaram o senso de unidade e, por fim, os pacientes cuja análise lidará com os estágios iniciais do desenvolvimento emocional “remota e imediatamente anteriores ao estabelecimento da personalidade como uma entidade e anteriores à aquisição do status de

unidade em termos de espaço-tempo” (WINNICOTT, 2000, p. 375). Neste último grupo, o terapeuta exerce função similar à da mãe, e oferece, através do holding, um setting/ambiente que sustenta e permite o processo de integração do sujeito – possibilitando ao paciente, sem recorrer à interpretação, à regressão.

Deste modo, em sessão o paciente poderá regredir porque acredita ter o holding do terapeuta para sustentá-lo.

Segundo o autor, a regressão acontece por:

“(…) uma falha na adaptação por parte do ambiente, resultando no desenvolvimento de um falso eu (...) uma possibilidade de correção da falha original, representada por uma capacidade latente de regredir, o que implica numa organização egóica complexa” (WINNICOTT, 2000, p. 377)

Os pacientes que sofreram privações precoces e que não receberam cuidados como o holding e o handling demandam do analista a organização “um tipo complexo de holding, incluindo, se necessário, cuidado físico” (WINNICOTT, 1963).

O holding oferecido pelo analista compreende, então, a sustentação que o profissional dá às vivências do paciente tal qual a mãe sustenta o seu bebê.

AS INTERPRETAÇÕES

Um dos princípios básicos da técnica psicanalítica é a interpretação. A

interpretação, na sua na sua forma mais simples é a devolução ao paciente o que este comunicou. De fato, o intuito é informar ao paciente que foi ouvido e que o analista está tentando alcançar corretamente o sentido daquilo. Porém, na clínica Winnicottiana, a análise não consiste apenas em técnica e interpretação. Segundo o autor:

“É algo que nos tornamos capazes de fazer quando alcançamos um certo estágio na aquisição da técnica básica. Aquilo que passamos a poder fazer é cooperar com o paciente no seguimento de um processo, processo este que em cada paciente possui o seu próprio ritmo e caminha no seu próprio rumo. Todos os aspectos desse processo originam-se no paciente e não em nós enquanto analistas”(WINICOTT, 2000, p. 374)

A análise terapêutica deve inicialmente, evitar fornecer interpretações, porque o setting deve ser formulado para permitir a regressão à dependência e a retomada do desenvolvimento maturacional. A regressão ocorre a partir da falha ambiental e da crença inconsciente de que, no futuro, haverá a possibilidade de uma nova experiência, na qual a situação falha poderá ser revivida (JANUÁRIO e TAFURI, 2011).

O analista deve oferecer o holding necessário para o paciente, que tem tendência “a se desintegrar, a cessar de existir, a cair para sempre” (WINNICOTT, 1963, p.217), possa tornar “esses sentimentos agonizantes (...) em experiências positivas, o que leva Safra (1995) a explicar que, nesse caso, a desintegração pode ser vivida como um relaxamento e um repouso, cair para sempre passa a ser a alegria no movimento de ser carregado (...)” (JANUÁRIO e TAFURI, 2011). O analista deve ser capaz de suportar e apoiar a regressão e não interpretar quando não for necessário, oferecendo, como forma de apoio e sustentação, o holding.

A experiência do holding do analista é de extrema importância para o tratamento, porque as falhas ambientais experimentadas pelo indivíduo podem ter ocorrido em momentos precoces, nos quais a comunicação verbal ainda não tinha sido consolidada.

Neste sentido, é o terapeuta quem irá oferecer um ambiente suficientemente bom para que o paciente possa retomar seu desenvolvimento emocional (BARONE, 2012). Desta maneira, na fase regressiva (e dependente do ambiente) do paciente é importante silenciar o ato interpretativo para este não se configurar como uma intromissão na realidade. Segundo Barone (2012), “a partir de uma presença implicada e reservada do analista, torna-se possível ao paciente tanto comunicar suas experiências traumáticas quanto recobrar a necessária privacidade do self”. Assim, quando um paciente optar por não falar, o analista deve respeitar a necessidade do self privado do paciente de não se comunicar e admitir que a não comunicação seja uma contribuição positiva. Cabe ao analista questionar se sua técnica permite o paciente comunicar o que não verbalizado, pois o sujeito estabelece um eu privado que não se comunica, mas quer ser encontrado (WINNICOTT, 1963 p. 170).

Para Winnicott, a interpretação correta e oportuna produz uma sensação no paciente de estar fisicamente seguro. Porém, para o autor, na prática psicanalítica, as mudanças positivas que ocorrem não dependem do trabalho interpretativo, mas sim da sobrevivência do analista aos ataques do paciente. O analista, atuando como uma mãe suficientemente boa permite-se ser alvo da agressividade do paciente e a “sobrevivência” do analista aos ataques permite a manutenção do setting analítico seguro (JANUÁRIO E TAFURI, 2011).

O ABRIGAMENTO

O acolhimento, como previsto pelo ECA (1990), é provisório e visa a proteção e o convívio familiar e comunitário, retirando a criança/adolescente da situação de risco. Essa medida implica na suspensão do poder familiar e se dá pela decisão do Conselho Tutelar e determinação judicial. Os abrigos, educandários, casas-lares, instituições de acolhimento e Saicas (Serviço de atendimento institucional para crianças e adolescentes) devem passar a zelar pela integridade física e emocional das crianças e adolescentes, assumindo função importante para aqueles que tiveram seus direitos violados (SILVA e AQUINO, 2005).

A instituição de acolhimento, além de excepcional, tem caráter provisório e seu objetivo visa o retorno do jovem acolhido para sua família de origem no prazo mais breve possível. A instituição, então, deve buscar manter os vínculos familiares das crianças e adolescentes acolhidos e de apoiar as famílias a receber seus filhos de volta e a exercer de

forma adequada as suas funções. Além disso:

“a instituição deve propiciar o direito à convivência familiar e comunitária na rotina do atendimento, tendo em vista especialmente aqueles casos em que o retorno à família se mostra inviável e as crianças e os adolescentes têm que permanecer nos abrigos por um tempo considerável até se integrarem à outra família” (SILVA e AQUINO, 2005 p.186).

OBJETIVO

O objetivo da apresentação do caso é ilustrar o início do atendimento de uma adolescente acolhida e a importância do uso do holding e apresentação de um ambiente suficientemente bom para a paciente conseguir pedir ajuda e ser sustentada em suas angústias.

CASO CLÍNICO , RELATO DOS ATENDIMENTOS E REFLEXÕES

M. é uma adolescente de 15 anos que foi encaminhada pela instituição de acolhimento para terapia no Projeto APOIAR. Este é seu segundo acolhimento (o primeiro foi por uma denúncia por parte de um vizinho e o segundo a irmã da jovem presenciou uma briga agressiva de M.com a mãe e chamou a polícia, que por sua vez acionou o Conselho Tutelar). Os acolhimentos se deram, então, pelas diferenças entre a paciente e a mãe. Segundo a jovem, a mãe não age como tal, acusando-a de, por exemplo, pegar seus pertences pessoais e de tratá-la como uma doméstica.

A equipe da instituição de acolhimento reconhece a impossibilidade de trabalhar com a mãe de M., que demonstra “não gostar da filha” e não “se interessar em tê-la novamente em casa”. A instituição parece ter encaminhado a mãe de M. para sessões de terapia e

reuniões e, apesar das visitas familiares, a mãe de M. se mostrou pouco acessível, impossibilitando o delineamento de um plano para reestabelecer sua relação com a mãe e o retorno de M. à família.

A família de M. é composta por cinco irmãos e a mãe. Curiosamente, somente M. foi acolhida pela instituição; os demais irmãos e irmãs moram com a mãe. O pai de M. faleceu em acidente de carro no aniversário de seis anos da paciente. M não possui família extensa e M. não recebe visitas na mãe ou irmãos na instituição de acolhimento. Para se referir a mãe, M. a trata pelo primeiro nome.

M. parou de ir à escola por vontade própria, após ter ameaçado a professora com instrumento cortante. A equipe da instituição de acolhimento averigua a possibilidade de M. cursar o supletivo, mas, enquanto isso, a paciente fica na instituição de acolhimento e se recusa a participar de qualquer atividade oferecida pela instituição.

A paciente não compareceu à primeira sessão de terapia, por segundo ela, não ter tido “vontade”. No segundo encontro, após apresentação e definição do setting terapêutico (tempo da sessão, função do divã, sigilo e esclarecimentos dos motivos que a levaram à terapia), M. pediu autorização para se deitar no divã. Em um primeiro momento, o discurso da paciente apresentou elementos agressivos e hostis direcionados à equipe da instituição de acolhimento; as funções e competência dos profissionais foram questionadas. A paciente também criticou o trabalho dos psicólogos da instituição por se dedicarem às funções administrativas e burocráticas.

M. se opõe aos procedimentos adotados com os jovens moradores da casa e a contratação de funcionários, que expõem os jovens através de um caderno de anotações. A paciente afirma ter tido acesso ao caderno, o que a faz não confiar na equipe (nota: o caderno é um registro de todos os acontecimentos na instituição, acessível somente aos funcionários, usado principalmente nas trocas de plantões e para os técnicos. Dependendo das situações registradas, os dados ajudam a compor os relatórios de caso para o juiz da Vara da Infância).

A hostilidade e a desconfiança direcionada às pessoas com quem convivem foi uma maneira de M. testar a terapeuta e verificar se poderia confiar nela, ou seja, se esta iria se

posicionar a favor ou contra a paciente. Nesse caso, ao contrário do passado, foi oferecido o holding para a paciente, que conseguiu expor a dificuldade de confiar e se vincular às pessoas e, apesar dos “ataques” e agressividade, a terapeuta “sobreviveu”, entendeu e sustentou os sentimentos da paciente. A posição da terapeuta, segundo os relatos da paciente, contrapôs-se aos outros profissionais que trabalham na instituição e, desta vez, foi verbalizado que a paciente não teria os seus “registros” expostos.

No final da primeira sessão, M espontaneamente afirmou que não queria falar sobre “ela” (referindo-se à mãe), pois era um “machucado” que ela queria que “cicatrizasse” e se falasse sobre o assunto, iria doer. A terapeuta acolheu o pedido da paciente e reforçou que aquele espaço era da paciente e ali falariam sobre os temas que ela escolhesse e foi novamente garantido o sigilo das informações e a disponibilidade da profissional, que estaria lá toda semana para recebê-la. M. novamente “testou” o ambiente, mencionando rapidamente sobre a experiência dolorosa e esclarecendo que ela falaria sobre o tema somente quando estivesse preparada. Winnicott (2005) afirmou sobre o ritmo e o rumo próprio de cada paciente e que todos os aspectos desse processo se originam no próprio paciente e não no analista.

Essa adolescente se mostrou regredida . Após a primeira sessão na qual a psicóloga reassegurou o espaço da jovem, na sessão seguinte, iniciou a sessão afirmando que se sentia triste e, após alguns minutos, começou a chorar. A terapeuta não interpretou nesse momento, apenas permitir que a paciente regredida ao estado de desamparo que a paciente sentiu anteriormente (no momento em que o ambiente falhou no percurso do seu desenvolvimento emocional).

Assim, quando a paciente chora pelo desamparo que sofreu, ela consegue alcançar uma adaptação que foi inadequada na sua infância precoce (JANUÁRIO e TAFURI, 2011). Segundo Winnicott (2000), diante desta adaptação inadequada, é “normal e saudável que o indivíduo seja capaz de defender o eu contra falhas ambientais específicas através do *congelamento da situação da falha*”. A regressão é, segundo Winnicott (2000), uma parte de um processo de cura, no qual é oferecida uma nova chance para que o desenvolvimento, inviabilizado ou dificultado inicialmente pela falha do ambiente, ocorra. Portanto, é imprescindível que a análise propicie condições que faltaram nos momentos das falhas

ambientais e que impediram o desenvolvimento saudável (JANUÁRIO e TAFURI, 2011).

Na primeira sessão com a paciente, esta afirmou claramente que não iria falar sobre sua mãe devido ao sofrimento que ela sente ao lembrar-se do que passou com ela. A terapeuta a reassegurou quanto ao espaço da sessão que era exclusivamente dela e cabia a ela falar sobre o que elegeisse. A terapeuta também a assegurou quanto ao sigilo da sessão, garantido a preservação daquele espaço pessoal.

M., na sessão seguinte, afirmou estar triste e com crises repentinas de choro, o que chama a atenção. Ela, então, chora angustiada em relação a sua situação na instituição de acolhimento e na relação conflituosa que tem com sua mãe. O holding da terapeuta foi essencial para M conseguir se expor e isso aconteceu rapidamente. Isso indica que M estava transbordando de angústias e encontrou na terapeuta o holding necessário para sentir-se acolhida.

Na terceira sessão, M. deitou-se imediatamente no divã. A paciente afirmou estar triste, com crises repentinas de choro e falou que se sentia vazia. M. logo menciona que pensa na mãe e nos irmãos e, em seguida, chora. Suas falas são carregadas de emoção, tristeza, frustração e incompreensão da rejeição que sofre da mãe. M. se sente responsável pela sua situação e questiona o que pode ter feito para não ter uma relação mais pacífica com a mãe. O ambiente de acolhimento (holding) criado pela terapia permitiu que M. conseguisse se desintegrar, possibilitando, dessa forma, a reintegração ao longo dos encontros terapêuticos futuros. Coube à terapeuta oferecer o holding necessário para que houvesse a possibilidade de que a situação falha (quando na infância precoce) fosse reexperimentada na relação com a terapeuta, desta vez em ambiente capaz de promover a adaptação adequada. Foi importante, naquele momento, silenciar o ato interpretativo para que não houvesse intromissão da realidade e pudesse ser estabelecida uma relação de confiança e de sustentação pelo analista. Sobre o momento de intervir e interpretar quando desnecessário Winnicott afirmou:

"o analista pode parecer muito esperto, e o paciente pode expressar admiração, mas no final a interpretação correta é um trauma, que o paciente tem que rejeitar, porque não é sua"

(WINNICOTT, 1960, p.50).

Após dois encontros, M conseguiu expressar suas angústias e revelou estar sofrendo com as perdas que teve em sua vida. Segundo os trabalhos clínicos de Winnicott (2000) o indivíduo que sofre é aquele que mais facilmente poderá ser ajudado. Quando uma perda é sofrida, será de se esperar uma indicação manifesta de aflição e, quando esta não ocorre, poderá haver um distúrbio mais profundo. Apesar das poucas consultas, M. tem disponível um espaço suficientemente bom e consegue reagir às suas perdas. Winnicott descreve em suas obras um impulso que possibilita ao paciente regredir a um momento anterior à condição ou privação, podendo desfazer o medo da ansiedade que sentiu inicialmente (WINNICOTT, 2000).

Apesar de M. ter manifestado comportamento agressivo, a paciente conseguiu colocar seus questionamentos em relação à mãe. É valioso que a paciente consiga nomear e refletir sobre os sentimentos.

Ressalta-se, portanto, a importância do reconhecimento do terapeuta da necessidade de não fazer interpretação ou de fazer silêncio em determinados momentos, para dar à oportunidade da paciente reexperimentar aquilo que foi vivenciando em experiências negativas (falhas no ambiente), de modo que o atendimento psicológico de crianças e adolescentes acolhidos abarca a experiência contida por um terapeuta que exerce o papel de ambiente suficientemente bom.

Observa-se que um dos lugares do analista é o lugar da mãe/ambiente, que originalmente falhou nos cuidados do seu bebê. Uma das implicações do analista ocupar esse lugar é a possibilidade do paciente vivenciar afetos não sendo retaliado (como fora quando o ambiente falhou). Nessa situação, o analista deve atender as necessidades do seu paciente e estar atento às suas próprias falhas, que possibilitarão ao paciente reviver a raiva causada pela falha do ambiente e responsável pela ruptura no seu o desenvolvimento emocional (JANUÁRIO e TAFURI, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

M. possui vivências que a fizeram lidar precocemente com questões difíceis de compreender sozinha, além de o seu desenvolvimento emocional ter sido permeado por perdas e revitimizações.

Com dois acolhimentos (e diversas tentativas sem sucesso de voltar para casa), além de não conseguir ser vista, acolhida e reconhecida dentro de casa pela mãe, no abrigo M teve que morar em um espaço coletivizado onde sua singularidade foi misturada com a dos outros.

O tratamento terapêutico oferecido pela psicóloga do Apoiar possuiu, através do holding, condições de proporcionar um ambiente facilitador para M. poder integrar-se, uma vez que ela conseguiu colocar e expor suas angústias, mostrando que possui recursos para lidar com suas dificuldades.

Vale destacar que o holding oferecido pela terapeuta em uma sessão foi o suficiente para M. sentir-se sustentada, já que na sessão seguinte conseguiu se expor. Pode-se perceber que o mais importante foi a necessidade de M sentir-se ouvida, dispensando intervenções iniciais por parte da terapeuta, o que marca que a não interpretação, naquele momento, é uma forma de acolher a paciente.

O Acolhimento é o poder “Estar junto” com a paciente ajudando-a a reviver algo tão difícil que aconteceu na sua vida.

A paciente M. tem condições de iniciar um novo percurso na vida, através da terapia, embora com marcas do passado, mas sustentada para conseguir resgatar a si e a sua história.

A compreensão do impacto da privação no desenvolvimento emocional de uma jovem como M. merece destaque porque em uma sessão de um ambiente suficientemente bom foi para ela o necessário para poder se sentir acolhida e protegida.

A interpretação nesse momento inicial foi dispensável porque qualquer intervenção seria uma interferência no processo de acolhimento e integração que ela estava

passando com a terapeuta.

O objetivo da análise, antes mesmo das interpretações é proporcionar um ambiente suficientemente bom a partir do qual a paciente possa retomar o processo de constituição de si mesmo e da externalidade do mundo. Como consequência, as questões com os quais lida o analista passam para um plano secundário na intervenção clínica.

Deste modo, é notável que o “estar-junto” com a paciente, neste momento, possui uma importância mais ampliada do que a interpretação e intervenção da terapeuta e, portanto, mais favorável para a retomada do desenvolvimento emocional de M.

REFERÊNCIAS

BARONE, K.C. *Winnicott e a Posição Ética do Analista*. Revista Impulso, Vol. 21, No 52. 75-86. 2012.

Estatuto da Criança e do Adolescente (1990). Diário Oficial da União. Lei no 8069, de 13 de julho de 1990. Brasília, DF: Palácio do Planalto.

BIANCOFIORI, T. M., LEONCIO. W. A. H., TARDIVO., L. S. P. C. *Atendimento psicológico com criança vítima de violência sexual: um estudo clínico-qualitativo*. In: TARDIVO., L. S.P.C., GIL, C. A. (Org). *APOIAR: Novas Propostas em psicologia clínica*. São Paulo: Savier, 2008.

JANUARIO, L. M.; TAFURI, M. I. *A relação transferencial para além da interpretação: reflexões a partir da teoria de Winnicott. Ágora (Rio J.)* [online]. 2011, vol.14, n.2, pp. 259-274. ISSN 1516-1498. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982011000200007>. Acesso em: 02/10/2012

LOPES, C.M.B. *As Vicissitudes da Constituição da Função Materna: um percurso teórico em Winnicott e Freud*. Dissertação de Mestrado, UFPR, 2012

SILVA, E.R. ; AQUINO. L.M.C. (2005). *O direito à convivência familiar e comunitária: Os*

abrigos para crianças e adolescentes no Brasil. Brasília: IPEA/CONANDA.

WINNICOTT, D. W. *Da pediatria à psicanálise. Obras escolhidas.* Imago, Rio de Janeiro, 2000.

_____. (1975) *O brincar & a Realidade.* Trad. J. O. A. Abreu e V. Nobre. Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1963) *O Ambiente e os Processos de Maturação.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Intervenção e Avaliação da violência na escola: trabalhando com adolescentes, seus familiares e os educadores.

Maria Solange Siqueira

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

Resumo

O presente trabalho constitui uma reflexão e intervenção para a prevenção ou a redução da violência entre e com adolescentes no contexto escolar, incluindo a participação da família, de professores, envolvendo aspectos sociais, a partir de referenciais da área da Psicologia. Participaram deste estudo trinta e oito adolescentes do ensino fundamental, do sexo feminino e masculino, faixa etária de doze para quinze anos de idade, com dificuldades de ensino-aprendizagem, dificuldades nas relações interpessoais, dificuldades de comunicação. As atividades realizadas foram desenvolvidas em locais habituais para os adolescentes: a sala de aula e, quando necessário, o pátio da escola, a biblioteca e o refeitório, onde aconteceram as oficinas. Pais ou responsáveis também se envolveram. Valendo-nos de pesquisa quantitativa e qualitativa, realizamos atendimentos e discussões em grupo com os familiares a cada mês, com base na leitura de textos de Benghozi, Bleger, Freud, Klein e Winnicott, técnicas de terapia familiar e de grupos operativos, além do trabalho psicopedagógico grupal com os adolescentes mediado por recursos expressivos no contexto escolar, analisando cada produção desenvolvida pelos alunos nos encontros semanais. Também foram considerados documentos e informações de um modo geral. O presente estudo apresenta uma síntese dos pontos mais relevantes das produções realizadas, das características do desenvolvimento da adolescência, da atuação dos educadores e dos familiares, visando a contribuir para o entendimento da violência e sua redução no contexto escolar.

Palavras-chave: Violência, escola, adolescentes

Introdução

No primeiro encontro com os pais dos alunos explicamos como seria este trabalho. Cientes da preservação da identidade dos envolvidos, assinaram o termo de consentimento para a participação dos filhos. Em seguida, realizamos o cadastro com informações pessoais de cada aluno. Realizamos em 2012 quarenta e quatro atendimentos com os alunos, além de dez encontros grupais com os pais.

Nosso trabalho incluiu atividades de sensibilização que possibilitaram a interação e troca de experiências, bem como o estabelecimento de vínculos positivos interpessoais entre o grupo de adolescentes no ambiente escolar, familiar e social.

Por meio de atividades artísticas e expressivas mobilizou-se um novo cenário transicional disponível para a criatividade narrativa grupal, conforme defende Winnicott (1975) ao se referir à importância do objeto transicional para a criança como etapa necessária e de suporte para o seu desenvolvimento.

Fundamentação Teórica

No ambiente escolar, observamos uma demanda emergente dos alunos que solicitavam serem compreendidos e aceitos pelos professores e pela escola, exigindo respostas da instituição e uma formação do professor que envolve uma complexidade de qualidades abordadas por Feurstein (in: Tébar, 2011), como competência pedagógica, equilíbrio emocional, conhecimento do conteúdo ensinado, compreensão sobre as fases de desenvolvimento da criança e do adolescente, respeito pelo aluno, capacidade de relacionamento em equipe, abertura para mudanças.

Os familiares e os pais quase sempre apresentaram dificuldades pessoais e sociais que os impossibilitaram de assumir os seus papéis, delegando-os para a escola, que passou a assumir funções externas a ela.

Dessa forma, detectamos a necessidade de apoiar e instrumentalizar o educador, criando situações em algumas aulas na classe com o intuito da construção do conhecimento pelos alunos, a partir do diagnóstico realizado com base na realidade e necessidade deles,

associando o conteúdo a ser ensinado pelo professor com as situações que eram vividas por eles, ou seja, mediante a “compreensão do potencial de cada aluno, suas necessidades, ritmos e capacidades”, implícitos na teoria e prática de Feurstein, conforme mencionado por Tebar (2011).

Segundo Delors, citado por Tebar (2011), o educador precisa adequar-se aos objetivos e finalidades de cada situação, pois estamos diante de jovens excluídos e com carências diversas, entre elas a privação de cultura e afeto, em situação de vulnerabilidade física, psíquica e econômica. Para Delors, “quando os alunos aprendem a ser, a conhecer, a fazer e viver com os demais”, significa que conseguimos favorecer a realização pessoal e educacional proposta.

O desempenho escolar, segundo vários autores da Psicologia e da Educação, está relacionado a fatores psicológicos, afetivos, ambientais e sociais.

Para Melanie Klein (1996), o excesso de ansiedade ou a depressão do ego (instância psíquica da realidade) diante do superego (instância psíquica dos valores e normas do que é certo ou errado) é fator de inibição da capacidade intelectual, sinalizando dificuldades das crianças lidarem com os seus próprios processos intrapsíquicos.

A teoria de Winnicott (2005) nos ensina sobre a importância da compreensão e apoio ao processo de desenvolvimento do adolescente para posterior amadurecimento mental, visto que a integração dos processos psíquicos e somáticos é importante.

Bleger (1980) atribui à transferência a importância do enquadre terapêutico de trabalhar os conteúdos do aparelho psíquico no processo de transformação. O terapeuta não é aquele que pode controlar o processo de mudança. Numa perspectiva de coerência psicanalista, diferentemente do modelo comportamentalista, que tem o controle do processo de mudança, o sujeito irá participar psiquicamente do trabalho de transformação, graças a sua criatividade. Assim, o terapeuta tem a responsabilidade de garantir o enquadre.

A família vem se transformando desde a sua origem ancestral, conforme observamos em diversos estudos, teorias e práticas que tentam explicar sua origem e estruturação.

No olhar de Ferrari e Vecina (2002), vamos encontrar na família medieval a ausência de afetividade entre os jovens e seus pais, que os enviavam a outras famílias para aprender um ofício. Em nossos tempos a criança passa a ser o centro da família e da sociedade, sinalizando suas necessidades e carências físicas ou psíquicas. Em contrapartida, a família

precisa se preparar para assumir o seu papel e permitir que seus filhos desenvolvam-se cognitivamente e emocionalmente, oferecendo apoio, compreensão, regras e condutas claras, com afetividade.

Objetivo

O objetivo deste trabalho é estudar o fenômeno da violência contra e entre adolescentes em Instituição Escolar, analisando formas de intervenção e avaliação, a partir do diagnóstico, da avaliação e da construção da subjetividade.

Justificativa

Este estudo nasceu da realização de um trabalho de psicoterapia grupal anterior com atuação em quatro salas de adolescentes, num total de 160 alunos do ensino médio, no interior de São Paulo, em 2011, inserido em um projeto de prevenção ao uso abusivo de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes, a partir de diagnóstico de um alto índice de violência e uso dessas substâncias psicotrópicas, inclusive no contexto escolar.

O levantamento bibliográfico de Souza (2008) identificou que o perfil da cultura acadêmica pesquisada tem caráter predominantemente (68,1%) descritivo ou explicativo do fenômeno, com ausência de intervenção, principalmente na prevenção.

Aqui reside a justificativa do presente trabalho. Por tratar-se de um estudo com caráter de intervenção, pode contribuir efetivamente para a vida pessoal dessa população atendida e sua família, para a comunidade do entorno escolar e para o mundo acadêmico ao aliar prática e teoria.

Com esse trabalho se espera o estabelecimento de vínculos interpessoais, familiar e comunitário, possibilitando a eliminação ou a redução da violência no contexto escolar.

Aspectos Metodológicos

Pesquisa Qualitativa

Utilizamos a abordagem qualitativa na análise dos dados de cada encontro semanal (durante dez meses) com o grupo de adolescentes, em que foram desenvolvidas atividades com recursos expressivos diversos.

A interpretação e análise dos dados proveio de informações implícitas e verbalizadas nas entrevistas, nos encontros e produções grupais, nos documentos e nas informações de um modo geral.

Pesquisa Quantitativa

Realizamos em 2012 quarenta e quatro atendimentos, totalizando cento e trinta e duas horas de atividades em campo, além dos encontros grupais com os genitores/responsáveis. Utilizamos a abordagem quantitativa com a aplicação de escala de identidade no início e no final dos trabalhos, para diagnóstico e avaliação da identidade do grupo de adolescentes no contexto escolar, bem como a intervenção que aconteceu no decorrer do ano com avaliações em cada encontro com os alunos.

Procedimento

Realizamos atendimentos e discussões em grupo com os familiares, com base na leitura de autores como Benghozi, Bleger, Freud, Klein e Winnicott, técnicas de terapia familiar e de grupos operativos, além do trabalho psicopedagógico grupal com os adolescentes mediado por recursos expressivos no contexto escolar, onde aconteceram as atividades semanais com os adolescentes.

O grupo de 38 alunos foi dividido em dois subgrupos (vinte e dezoito alunos cada), totalizando quatro horas cada. Aplicamos no início o teste escala de identidade. Em seguida, em outro encontro aplicamos o desenho temático com a seguinte pergunta: Como são os adolescentes desta cidade?

Após discussão em grupo, foram colocados os desenhos na lousa. Em seguida perguntamos para os adolescentes o que pensavam sobre alguns grupos de desenho, o que sentiram durante e após a produção. A partir desse encontro soubemos quais temas seriam trabalhados nos próximos encontros, até mesmo para planejamento dos materiais que utilizaríamos.

Dependendo do que surgisse no grupo em função das atividades semanais, tínhamos um tempo extenso até o final do ano para intercalar recursos materiais variados no período bimestral de cada tema formatado com o grupo, visando à qualidade do trabalho.

Realizamos técnicas e vivências no grupo, o que permitiu discussões e reflexões, com o registro de cada encontro com os adolescentes e com os familiares (prontuário). Houve acompanhamento de diagnóstico, desenvolvimento e prognóstico das produções dos grupos.

Participantes

Participaram deste estudo trinta e oito adolescentes do ensino fundamental, do sexo feminino e masculino, faixa etária de doze para quinze anos de idade, com dificuldades de ensino-aprendizagem, dificuldades nas relações interpessoais, dificuldades de comunicação. Pais ou responsáveis também foram envolvidos.

Descrição do local e dos materiais utilizados

As atividades realizadas durante este estudo foram desenvolvidas em locais habituais para os alunos: a sala de aula e, quando necessário, o pátio da escola, a biblioteca e o refeitório, onde aconteceram as oficinas com atividades de desenhos temáticos, colagem, pintura, argila, brincadeiras, músicas, poesias, textos literários, danças e teatro, todas realizadas pelos jovens, possibilitando as reflexões. Também foi utilizado equipamento de vídeo, som, cd player, etc.

Atuação do profissional

Como ajudar o adolescente a percorrer seu caminho e encontrar a si mesmo e o outro? O profissional atento ao grupo coloca-se dentro e fora dele ao mesmo tempo, para conseguir observá-lo melhor. Era o que acontecia.

Os assuntos emergiram entre os participantes do grupo. Enquanto a psicóloga conduz o grupo entre a escuta e a fala, permite que o consciente e o inconsciente dos

integrantes se manifestem, percorram novos caminhos, tanto na mente quanto no contexto real (físico), caminhando entre a dor e o prazer, as rejeições, as frustrações e as fixações na história de suas vidas, elaborando suas experiências e fazendo suas escolhas.

Assim, o processo criativo tomou forma, se materializou em algo a partir do inconsciente, da fantasia do grupo, sinalizando a mobilização interna de cada integrante, permitindo que aflorassem do potencial de cada um transformações significativas para a estruturação psíquica.

Resultados e Discussão

A queixa da escola (direção, professores e mediadora) focava os comportamentos ditos 'agressivos' dos adolescentes selecionados (entre eles e com os educadores), o absenteísmo, a falta de interesse no processo de ensino-aprendizagem, o desempenho escolar insatisfatório.

Entendemos ser necessário tentar compreender o que estava acontecendo em sala de aula com esses alunos. Observamos que muitos não faziam as atividades porque não gostavam, não permaneciam na sala de aula porque se sentiam muitas vezes agitados e não conseguiam se concentrar. Os professores os encaminhavam à diretoria, o que, na perspectiva dos adolescentes, demonstrava que não gostavam deles.

Eles manifestavam dificuldade em lidar com as suas frustrações, com a rejeição no ambiente familiar e escolar, reagindo com atitudes agressivas (sintoma) como um recurso psíquico para lidar com a intensa angústia sentida (falar da realidade deles). Esta mobilização de um mecanismo de defesa por este grupo de adolescentes não é um problema, e sim um pedido de ajuda, conforme mencionado nos trabalhos desenvolvidos por Winnicott.

Conforme referido no desenvolvimento deste trabalho, a relação afetiva, de diálogo e respeito, a mediação com materiais e recursos expressivos propiciadores de uma produção materializada de onde emerge a expressão de conteúdos inconscientes por meio de vivências elaboradas e integradas à psique mostrou um caminho de reformulação de práticas a todos os envolvidos no processo educativo. Isso pode favorecer a adesão dos

alunos ao processo de ensino-aprendizagem, além da prevenção ou redução da violência.

Por meio da transferência, foi possível refletir como cada aluno percebeu o outro e como todos se constituíram na relação entre eles. Em grupo, eles assumiram muitas vezes, conforme o olhar de Maffesoli (1987) um sentimento de poder, prevalecendo a perda do individualismo em favor do coletivo, aderindo a novos papéis com novas atitudes de um personagem ideal. Dessa forma, este grupo manifestou inquietações relacionadas às suas experiências de buscas, sonhos e frustrações com os seguintes temas nos encontros das oficinas propostas, que se transformaram em conteúdos simbólicos (subjetividade): sexo, namoro, racismo, preconceito, bullying, frustração, homossexualidade, família, rejeição, abandono, humilhação, violência, roubo, drogas, maus tratos, sonhos, expectativas e medos.

Esse movimento de transferência nos encontros semanais funcionou como reparação dos traumas que os ambientes familiar e escolar não conseguiram evitar. Os adolescentes solicitaram da pesquisadora o papel temporário de outro (o causador dos traumas) com o objetivo de tratar consciente e inconscientemente naquele momento os aspectos conflitantes que estavam escapando na relação. Graças a esse mecanismo, suas experiências foram simbolizadas no real por meio da integração ao mundo psíquico, fortalecendo o sentimento de pertencimento e de existência deles.

Alguns participantes apresentaram dificuldades em lidar com as questões de suas origens com as figuras parentais, pois para alguns o pai era um desconhecido que não os desejou, ou não os aceitava como filhos; outros simplesmente sentiam-se abandonados ou não amados depois que suas mães uniram-se a novos companheiros (seus ex-maridos eram violentos, agrediam-nas, roubavam-nas para comprar drogas, mantinham outros relacionamentos amorosos, estavam presos ou haviam falecido). Alguns padrastos assumiram a paternidade, outros abusaram desses filhos ou viveram em estado lastimável por causa do envolvimento com drogas lícitas ou ilícitas.

O contexto comunitário apresentou uma realidade econômica frágil, com desestrutura do vínculo social, familiar e escolar. Os adolescentes solicitaram orientação, acompanhamento, apoio, afeto, referência e vínculo positivo dos diferentes pais que eram internalizados psiquicamente, além de suas outras fantasias.

Outro recurso para a reconstrução do grupo foram as memórias: lembranças de suas

histórias de vida surgiram na prática psicoeducativa.

Perguntávamos qual era o lugar imaginário que poderíamos representar na transferência para esse grupo. No entanto, o bom analista tem de saber e ter cuidado com os seus conteúdos internos e o do outro; nesse sentido, Freud⁷² desenvolve a teoria da transferência e contratransferência em sua prática.

Criamos um espaço para o diálogo, para o entendimento de um trabalho em equipe com os professores. Eles reclamavam que os alunos não queriam aprender e não tinham responsabilidade. No processo de transferência que aconteceu no início desse trabalho com os alunos, estes e seus familiares revelaram não conseguir elaborar alguns conteúdos internos traduzidos na repetição dos problemas, conforme Benghozi (1995): os aspectos intra, inter e transpsíquicos de objetos parentais relacionados aos vínculos e o lugar das identificações projetivas na construção da subjetividade.

O comportamento agressivo dos alunos parecia estar associado a suas realidades vividas, a situações de conflitos psíquicos característicos do processo de desenvolvimento da adolescência, à busca do pai ou mãe interno (biológico ou não), seus familiares que migraram para esse município, além do modelo cultural de referência familiar e comunitário (com a presença de dois presídios) e o envolvimento com drogas.

Foi possível desenvolver um trabalho em conjunto com os pais ou responsáveis e os professores desses alunos, no sentido que atribui esse mesmo autor, de percebermos que a sintomatologia da violência apresentada no contexto escolar muitas vezes origina-se, entre outros fatores, no ambiente familiar e educacional, exigindo de todos, dolorosamente, uma nova maneira de relacionamento, com comprometimento de todos os envolvidos para uma reestruturação relacional interpessoal, familiar e escolar.

Considerações finais

Concluimos ser necessário um trabalho para superar os conflitos apresentados pelo grupo de alunos, mas principalmente para remover as barreiras advindas do contexto

educacional, que dificultam o desenvolvimento do processo de ensino-aprendizagem, no sentido que Bleger (1989) nos revela a respeito da ideologia do ensino tradicional, marginalizador e estigmatizador do aluno, e instrumento de controle social.

Foi possível ajudar o grupo a lidar com os seus medos, suas angústias e seus descontroles, dissolvendo as culpas e exercitando o prazer de pensar e do trabalho na tarefa proposta. Dessa forma, conforme esse mesmo autor, pode-se pensar que ao longo desse trabalho o grupo tornou-se operativo na medida em que foi construindo seu esquema referencial (experiências, conhecimentos e afetos estruturados na personalidade) por meio de questionamentos das ideologias, de aspectos socioeconômicos, bem como de seu potencial humano com suas experiências, dificuldades, ambiguidades, contradições e ansiedades na relação dialética, tanto no grupo quanto fora dele, tornando possível aprender a pensar, a agir e a fantasiar.

Referências Bibliográficas

- BENGHOZI, P.. *Malhagem, filiação e afiliação. Psicanálise dos vínculos: casal, família, grupo, instituição e campo social* (trad. Eunice Dutra Galert) 1. São Paulo: Vetor., 1995.
- BLEGER, J.. *Temas de psicologia: entrevista e grupos*. São Paulo: Martins Fontes., 1980
- FERRARI, D.C. A.; VECINA, T. C. C. (Orgs) *O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática*. São Paulo: Ágora., 2002
- FREUD, Sigmund. (1905 [1901]). Fragmento de análise de um caso de histeria. In : Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996
- _____ (1912). A dinâmica da transferência. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996, pp. 107-119., 1996
- KLEIN, Melanie. *Inveja e gratidão e outros trabalhos* (1946-1963). Tradução da 4ª ed. inglesa – Elias Mallet da Rocha, Liana Pinto Chaves (coordenadores) e colaboradores – Rio de Janeiro: Imago, 1991.
- _____. *Inveja e gratidão*. Rio de Janeiro: Imago, 1995.

- _____. (1991). *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos* (1921-1945). Com uma nova introdução escrita por Hanna Segal; tradução de André Cardoso Rio de Janeiro: Imago.
- AZEVEDO, M.A GUERRA, V. N. *Violência doméstica na infância e na adolescência*. São Paulo: Robe Editorial, 1996.
- LEVISKY, D. W. (Org.). *Adolescência e violência: ações comunitárias na prevenção “conhecendo, articulando, integrando”*– São Paulo: Casa do Psicólogo/Hebraica, 2001
- MAFFESOLI, M.. *Dinâmica da violência*. São Paulo: Revista dos Tribunais., 1987
- TÉBAR, L. *O perfil do professor mediador: pedagogia da mediação*. Tradução de Priscila Pereira Mota – São Paulo: Senac., 2011
- WINNICOT, D.). *A família e o desenvolvimento individual*. Tradução de Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Martins Fontes., 2005
- _____. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago., 1975
- TARDIVO, L.SP.L.C, Brasil, Coordenadora do Laboratório APOIAR, IX Jornada Apoiar *Promoção de vida e vulnerabilidade social na América Latina: reflexões e propostas* grupos de risco de crianças e adolescentes em países da América latina. In: *Psicologia: Universidade de São Paulo*, em 03 de dez., 2011

O Uso das Consultas Terapêuticas na Atenção ao Idoso com Transtorno Depressivo na Comunidade: Apresentação do Projeto e Resultados Iniciais

Rodrigo Jorge Salles⁷³

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo⁷⁴

RESUMO

Tendo em vista o constante processo de envelhecimento populacional brasileiro e as demandas que emergem deste cenário, cabem à psicologia e a psicanálise repensarem suas contribuições na compreensão e intervenção junto a este segmento, utilizando novos enquadramentos de atendimento mais adequados às demandas dos idosos e à realidade do Sistema Único de Saúde (SUS). O presente trabalho visa apresentar um projeto de mestrado que aborda o uso das consultas terapêuticas de Winnicott junto a idosos com transtornos depressivos no contexto comunitário. Trata-se de uma pesquisa clínica de caráter qualitativo, que se utiliza do delineamento de estudo de casos múltiplos. Sua operacionalização envolve a realização de sessões individuais com seis idosos na Coordenadoria do Idoso do Estado de São Paulo, instituição de caráter primário e secundário, parceira do Projeto APOIAR. As sessões são divididas em três etapas: duas sessões iniciais de caráter diagnóstico; três a quatro sessões de consultas terapêuticas; uma sessão para o fechamento dos encontros. Este estudo encontra-se em uma etapa inicial de aculturação do pesquisador junto à instituição de coleta de dados. A experiência inicial advinda desta etapa tem demonstrado a importância do uso de novos enquadramentos no atendimento clínico aos idosos. Estes dados iniciais evidenciam que a psicologia clínica e a psicanálise podem orientar trabalhos em diferentes espaços institucionais, indo de encontro as reais necessidades da população idosa, em serviços de

⁷³ Psicólogo, estudante de Pós Graduação, CPP Psicologia Clínica IPUSP

⁷⁴ Coordenadora do laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social (APOIAR), Professora Associada do IPUSP, orientadora do trabalho.

nível primário, onde enfoques diferenciados de atenção vêm se mostrando mais resolutivos frente à crescente demanda de saúde mental advinda deste segmento populacional.

Palavras Chave: Psicologia Clínica. Psicologia do Idoso. Sistema Único de Saúde. Winnicott, Donald Woods.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho trata da apresentação de um projeto de pesquisa em nível de mestrado, que se encontra nas etapas iniciais de sua execução. O projeto em questão aborda o uso das consultas terapêuticas propostas pelo psicanalista Donald W. Winnicott (1984) como estratégia de intervenção junto ao idoso com sintomatologia depressiva no contexto da atenção primária em saúde, e está inserido na linha de pesquisa intitulada “Práticas Clínicas Psicológicas: fundamentos, procedimentos e interlocuções” do programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica (PSC) do Instituto de Psicologia da USP (IP-USP).

A discussão que este projeto propõe está calcada em dois elementos importantes, que também justificam sua relevância social e científica: a necessidade de se rever o papel do psicólogo clínico na atuação no nível primário de serviço, tendo em vista enquadramentos clínicos mais condizentes com a realidade comunitária; e a importância de uma maior aproximação tanto da psicologia quanto da psicanálise junto à temática do envelhecimento, tendo em vista as alterações demográficas e o aumento considerável desta população no cenário nacional.

Partindo destes dois eixos, será realizada uma discussão teórica introdutória sobre estas duas problemáticas, apresentando posteriormente a metodologia a ser empregada neste estudo, e algumas considerações iniciais advindas dos primeiros atendimentos que vem sendo feitos pelo pesquisador na etapa de aculturação junto à instituição.

A RELAÇÃO ENTRE PSICOLOGIA, PSICANÁLISE E VELHICE

Profundas alterações na estrutura etária da população brasileira têm ocorrido em função do processo de envelhecimento populacional, fato este que tem levado os profissionais a refletirem sobre o fenômeno da longevidade, e suas implicações no contexto

nacional. Essas alterações vêm ocorrendo de forma progressiva, sendo constatadas em estudos demográficos, como o de Veras (2009), que apontam que em 1960 o Brasil contava com um número de aproximadamente 3 milhões de idosos, número este que obteve aumento significativo na década seguinte chegando a 7 milhões em 1975, e totalizando 20 milhões em 2008. As projeções apontam que em 2020 o Brasil irá contar com um número superior a 30 milhões de idosos em sua população total, alcançando a sexta colocação em número de idosos a nível mundial.

No entanto, apesar do aumento no número de idosos na população nacional, esta mesma ascensão não é verificada quando se é abordada a real inserção e valorização destes sujeitos na sociedade. O papel designado ao sujeito idoso na sociedade moderna é o da exclusão social, da marginalização, do “não-lugar”, sendo visto enquanto um encargo social. Esta concepção vem evidenciar a falta de preparo por parte dos indivíduos diante o inevitável processo de envelhecimento humano, processo este que vem demonstrar as limitações impostas pelo tempo a uma cultura que não tolera limites e frustrações, sendo movida pelo sentimento de “ser o tempo todo” (GOLDFARB, 2009; MUCIDA, 2006).

Soma-se a este cenário os dados reais impostos pelo processo de se envelhecer em um país com tamanhas iniquidades sociais, constatado pelo aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas e outras morbidades crônicas, contribuindo para a diminuição da capacidade funcional, gerando, entre outras consequências, maior dependência, maiores gastos com a saúde e desgaste aos cuidadores e familiares destes idosos (NERI, 2004).

No campo da saúde mental, estudos apontam a elevada incidência de transtornos de humor na população idosa, sendo o mais frequente a depressão, causando também grande sofrimento a estes indivíduos (ALMEIDA, ALMEIDA, 1999). Alguns estudos brasileiros confirmam estes dados, como o trabalho realizado por Almeida (1999) com idosos atendidos em um serviço de emergência em saúde mental na Santa Casa de São Paulo, demonstrando a prevalência de transtornos de humor em 40% dos idosos atendidos, sendo que destes, 78,2% tinham como causa da consulta a presença de um episódio depressivo maior. Em se tratando de idosos que frequentam centros de convivência, um estudo realizado com 118 idosos de Taguatinga em Brasília-DF, constatou a presença de

sintomatologia depressiva em 31% desta população (OLIVEIRA, GOMES, OLIVEIRA, 2006). Já em idosos na comunidade, uma revisão de literatura em 11 artigos encontrados a partir da consulta em bases de dados, encontrou a presença média de depressão em 13,3% dos idosos brasileiros (PINHO, CUSTÓDIO E MAKDISSE, 2009).

Frente a estas novas demandas, diversos campos de conhecimento são convocados para um diálogo junto à disciplina de Gerontologia, incluindo aqui a psicologia e a psicanálise, contribuindo assim para uma compreensão multidimensional do processo de envelhecimento. No entanto, no que se refere à psicologia e a psicanálise, verifica-se que suas contribuições para este cenário ainda se mostram tímidas, o que pode ser observado pela escassa produção acadêmica e oferta de disciplinas na área, que ainda se voltam predominantemente para as demais etapas do ciclo do desenvolvimento humano (NERI, 2004).

No que diz respeito à psicanálise, pode-se afirmar que o limitado interesse pelo processo de envelhecimento e a prática clínica junto a idosos se deve, em parte, em função do próprio posicionamento de Freud diante à aplicação do método analítico em indivíduos com idades avançadas. Pode-se encontrar em sua obra algumas referências a estes aspectos, como no texto intitulado “O método Psicanalítico de Freud” (FREUD, 1904/1969). Neste texto são descritas algumas das contra-indicações da psicanálise, destacando-se, dentre elas, as limitações no emprego do tratamento a pacientes de idade superior a cinquenta anos, sob a justificativa de que o acúmulo de material psíquico é muito grande em detrimento do tempo necessário para a sua recuperação (FREUD, 1904/1969).

Posicionamento semelhante aparece no texto “Sobre a Psicoterapia” (1905/1969), no qual Freud destaca algumas das contra-indicações ao método psicanalítico, dando ênfase à idade dos pacientes como um fator importante para o sucesso do tratamento. Neste texto Freud vem afirmar que:

[...] perto ou acima dos cinquenta a elasticidade dos processos mentais, dos quais depende o tratamento, via de regra se acha ausente – pessoas idosas não são mais educáveis – e, por outro, o volume de material com o qual se tem de lidar prolongaria

indefinidamente a duração do tratamento (FREUD, 1905/1969, p.274).

Fica evidente que Freud possuía uma visão pessimista em relação à aplicação de seu método junto a idosos, porém, se faz importante compreender que tais posicionamentos se deram em um momento teórico/técnico/cultural específico do movimento psicanalítico, em uma sociedade em que a expectativa de vida da população era de aproximadamente 50 anos de idade (MUCIDA, 2006).

Cabe entender também que apesar destas divergências em relação ao uso da psicanálise em idosos, o processo de envelhecimento não deixou de ser tema nos escritos de Freud. Goldfarb (2009) vêm demonstrar que Freud falou sobre o sujeito idoso a partir de seu próprio processo de envelhecimento. Este processo foi descrito em suas obras e cartas enviadas a amigos e colegas de trabalho, nas quais, discorria sobre sua experiência de envelhecer influenciada por diversos acontecimentos, como a vivência de dois períodos de guerra, o exílio em Londres, a perda de amigos e familiares, e seu próprio adoecimento, fatos estes que, em parte, podem ter influenciado seu posicionamento diante a velhice.

Apesar destes impasses históricos, faz-se importante uma melhor apropriação por parte dos profissionais dos campos da psicologia clínica e da psicanálise junto às questões referentes à velhice. Ressalta-se aqui que para além da compreensão psicodinâmica, existe a necessidade de se pensar as questões técnicas do atendimento desta população, que possui demandas próprias necessitando de adaptações no atendimento ofertado. Estes mesmos impasses estiveram presentes na história do desenvolvimento da teoria psicanalítica, quando abordada à proposta de análise de crianças e pacientes psicóticos, os quais, segundo o pensamento de Freud, não eram passíveis de serem tratadas pelo método analítico. Nos dias de hoje estas limitações foram superadas a partir do desenvolvimento tanto da teoria psicanalítica quanto da sua técnica, podendo ampliar sua aplicação a estas duas populações. Cabe agora superar estas mesmas barreiras, pensando na questão da velhice, visando o avanço teórico e técnico comprometendo-se eticamente com as demandas sociais emergentes, propondo-se uma clínica social.

AS CONSULTAS TERAPEUTICAS COMO ENQUADRE CLÍNICO DIFERENCIADO

NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Na atualidade a psicanálise tem se aproximado cada vez mais de novos campos e espaços a partir de um diálogo aberto com outras ciências, ampliando assim o seu modelo clínico inicial e adaptando-se às novas demandas sociais. Estas mudanças vêm colocar em prática os preceitos do próprio Freud, que no texto intitulado “Linhas de Progresso na Terapia Psicanalítica” (1919/1969), discute a necessidade de se pensar na aplicação do método analítico junto às demais camadas populacionais que não dispõem de recursos financeiros para arcar com o tratamento analítico tradicional. Nas palavras de Freud, cabe aos profissionais “[...] a tarefa de adaptar a nossa técnica às novas condições” (FREUD, 1919/1969, p.211).

Neste contexto, frente a uma sociedade que envelhece progressivamente, cabe se pensar nas possíveis contribuições que a tanto a psicologia quanto a psicanálise podem oferecer a uma população que vem alcançando idades cada vez mais avançadas, sem contar, porém, com uma qualidade de vida que sustente estes novos anos que se somam as suas vidas. Faz-se importante pensar a técnica psicanalítica com idosos, a partir de novos enquadramentos, adaptados aos diferentes equipamentos de saúde e as principais demandas em saúde mental presentes no contexto comunitário, aliando assim o conhecimento teórico/técnico da clínica com a realidade do Sistema Único de Saúde. São diversas as possibilidades de intervenções a serem realizadas no campo da saúde coletiva, no entanto, no que se refere à prática clínica, cabe se destacar a importância da opção por métodos terapêuticos de caráter breve. Dentre a diversificada gama de intervenções breves, cabe aqui enfatizar a proposta utilizada pelo psicanalista inglês Donald W. Winnicott em sua prática clínica, a qual denominou como Consultas Terapêuticas.

De acordo com Winnicott (1965/1994), as consultas terapêuticas partem do pressuposto de que a primeira entrevista possui uma fundamental importância no contexto clínico pelo fato de que o paciente, seja este um adulto ou uma criança, possui uma capacidade de acreditar na obtenção de ajuda a partir deste primeiro contato com a figura do terapeuta. Winnicott (1984) pontua que as consultas terapêuticas não se tratam de um atendimento psicanalítico *stricto sensu*, e sim da utilização integral do material emergente nas entrevistas iniciais, possuindo então o caráter de uma intervenção breve que se passa

em torno de uma a três sessões.

A proposta de consultas terapêuticas surge a partir da experiência clínica de Winnicott durante sua prática hospitalar como médico pediatra. Durante este período pode observar que as crianças que visitava, tinham com certa frequência, sonhos com ele na noite anterior à sua consulta. Este fato seria indicativo de uma preparação mental em relação à figura do profissional, e a possibilidade de obter ajuda, sendo que restava a este ajustar-se a esta ideia pré-concebida pela criança. O resultado deste processo era a eclosão de um sentimento de confiança e necessidade de compreensão por parte da criança, que se bem utilizada proporcionaria a exploração integral dos conteúdos que emergem na primeira entrevista (WINNICOTT, 1984).

Pode-se afirmar então que para Winnicott (1965/1994), as consultas terapêuticas visam à construção de um *setting* especial, marcado pela afetividade e o desejo de comunicação entre terapeuta e paciente. Partem da idéia de que se for dada à oportunidade de maneira adequada e espontânea, o paciente irá expor o problema ou conflito emocional predominante em seu atual período de vida. É neste fato que reside uma das principais distinções entre consultas terapêuticas e o atendimento psicanalítico *stricto sensu*. Winnicott (1984), afirma que enquanto a psicanálise se ocupa da análise da neurose de transferência, que vai se desdobrando gradualmente durante o processo analítico, nas consultas terapêuticas, o terapeuta é tratado enquanto objeto subjetivo, possuindo um papel pré-estabelecido pelo paciente baseado em suas expectativas, e que será o material de maior importância para a viabilização desta prática.

Para a execução desta tarefa, Winnicott baseou-se em sua teoria do amadurecimento emocional e no relacionamento do sujeito com o ambiente, ponto este enfatizado em seu trabalho, sendo a existência de um ambiente sensível que forneça um *holding* adequado, a pré-condição para o sucesso do modelo de consultas terapêuticas (WINNICOTT, 1984).

Winnicott chegou a descrever que as consultas terapêuticas “[...] tem uma importância que a psicanálise não possui ao atingir a necessidade e pressões sociais nas clínicas.” (WINNICOTT, 1984, p.10). Sua afirmação estava atrelada às próprias circunstâncias que o motivaram na constituição desta modalidade de atendimento. No período em que trabalhou no serviço público como médico pediatra, Winnicott, por diversas vezes se deparou com

uma grande demanda por atendimentos, em um cenário composto por poucos profissionais, e famílias que não dispunham de condições para arcar com o tratamento psicanalítico tradicional (WINNICOTT, 1984).

Neste sentido, pode-se estabelecer um paralelo entre o cenário que culminou na consolidação deste formato de intervenção na clínica Winnicottiana, e o atual panorama de atendimentos psicológicos no Sistema Único de Saúde (SUS). São diversas as críticas deferidas aos atuais modelos de atuação por parte de psicólogos no contexto da atenção primária em saúde, os quais se traduzem em uma tentativa frustrada de se transpor à clínica tradicional para o ambiente comunitário. As práticas desenvolvidas pelos psicólogos neste contexto constituem-se, em sua maioria, por atendimentos individuais dentro do *setting* psicanalítico tradicional, demonstrando pouca resolubilidade frente às questões de saúde mental (DIMENSTEIN, 1998; LIMA, 2005).

Como consequência a este modelo de atuação, observa-se uma baixa adesão aos tratamentos acompanhada de abandonos prematuros, a formação de listas de esperas intermináveis, além da dificuldade de inserção dos psicólogos nas equipes multiprofissionais, gerando nos profissionais um sentimento de frustração que se soma aos salários baixos, e as condições físicas precárias para a atuação, com falta de materiais e pouco apoio institucional (DIMENSTEIN, 1998).

Frente a este cenário, que pode ser encontrado também na prática clínica nos demais contextos institucionais, cabe se destacar a existência de estudos que abordam a importância de se pensar em novas propostas de atendimento clínico em instituições junto a diferentes camadas populacionais. Dentre estes estudos, se faz importante uma consideração a respeito do trabalho desenvolvido pelo projeto APOIAR, projeto este que tem como objetivo realizar estudos e pesquisas nos diferentes equipamentos de saúde, a partir da proposta de enquadramentos diferenciados em psicologia clínica social, tendo como orientação teórica a psicanálise (TARDIVO, 2004).

O APOIAR está alocado em conjunto ao Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social da Universidade de São Paulo (USP), se destacando por oferecer serviços voltados às populações e camadas sociais que até então tem recebido pouca atenção em estudos e intervenções voltadas à saúde mental. Dentre as intervenções e parcerias

realizadas junto a estas populações, destacam-se os trabalhos com pessoas portadoras de deficiências, doenças orgânicas e mentais, pessoas vítimas de violência, populações indígenas, e também trabalhos desenvolvidos com a população idosa em sofrimento psíquico (TARDIVO, 2004).

Dentre os trabalhos realizados com idosos no âmbito do APOIAR, destacam-se as Oficinas de cartas, fotografias e lembranças que foram tema de estudo de Gil (2010). Este estudo teve como objetivo pensar em uma proposta de atendimento psicoterapêutico com idosos, tendo em vista um enquadramento grupal no formato de oficinas, adotando como referencial teórico a perspectiva psicanalítica de Winnicott. Nestas oficinas os idosos foram encorajados a levarem às sessões cartas, fotografias e lembranças de qualquer natureza, visando à discussão sobre os sentimentos que emergiam através de tais recordações e experiências (GIL, 2010).

Outro trabalho desenvolvido por Gil (2005) se deu a partir do acompanhamento de dois idosos com sintomas depressivos, visando compreender o que busca a clínica psicológica da depressão nesta população. Para este estudo foi utilizado um modelo diagnóstico-interventivo inspirado nas consultas terapêuticas de Winnicott, adotando-se a aplicação de instrumentos projetivos que além da função diagnóstica, serviam também como mediadores para o estabelecimento da relação terapêutica.

Como resultados a estes estudos, Gil (2005, 2010) pode observar uma melhora significativa destes idosos, proporcionadas pelo encontro terapêutico em *settings* que possibilitaram uma adequada sustentação e integração. Gil (2010) ressalta também a importância de se pensar em novos métodos para a avaliação e intervenção psicoterapêutica com idosos, tendo em vista os diferentes equipamentos de saúde, e as demandas e necessidades desta população.

Desta forma, tais estudos vêm demonstrar os esforços empregados para a construção de uma nova clínica frente ao envelhecimento, recorrendo-se a novos enquadres dentro de uma proposta de atendimento em psicologia clínica social, visando à superação dos obstáculos presentes na prática clínica institucional feita dentro dos moldes tradicionais.

Justifica-se então a importância de se empreender estudos sobre a prática clínica

com idosos, visando ampliar as modalidades de intervenções em campos de trabalho como a atenção primária em saúde, possibilitando assim a construção de uma clínica psicológica mais adequada à realidade comunitária, e às demandas prevalentes em saúde mental dos idosos inseridos neste contexto, em especial os transtornos depressivos.

É diante de tais questionamentos que o trabalho aqui apresentado vem tentar articular uma possível aliança entre o modelo de consultas terapêuticas proposto por Winnicott, junto à população idosa que apresenta sintomatologias depressivas no contexto da atenção primária em saúde, verificando seu potencial enquanto recurso terapêutico no contexto comunitário.

PERCURSOS METODOLOGICOS DA PESQUISA

Será descrito aqui as principais etapas do percurso metodológico da pesquisa, informando tanto o referencial teórico que a sustenta, como também o local de pesquisa e o instrumental que irá subsidiar a coleta de dados. Cabe-se ressaltar que se trata de uma pesquisa que se encontra nas primeiras etapas de sua execução.

Para a operacionalização desta pesquisa, optou-se pelo uso de uma metodologia do tipo qualitativa envolvendo o delineamento de estudo de caso para a sua viabilização. É esperado que a utilização do estudo de caso permita a análise em profundidade de cada um dos casos atendidos, proporcionando uma melhor compreensão sobre a viabilidade e as possibilidades terapêuticas advindas da aplicação deste modelo de intervenção no âmbito da atenção primária em saúde. Para tanto será utilizado o estudo de caso do tipo descritivo, que de acordo com Gil (2009) se caracteriza por proporcionar uma ampla descrição de um determinado fenômeno dentro de seu contexto, estando aberto às suas diversas formas de manifestações, o que irá possibilitar uma compreensão ampliada frente ao idoso atendido, visando à identificação das relações que este estabelece com seu meio. Este estudo irá também se apoiar no referencial teórico psicanalítico tanto nos aspectos técnicos dos atendimentos, quanto na compreensão da dinâmica de cada um dos casos analisados no momento da discussão.

O CENÁRIO DE PESQUISA

Para a realização desta pesquisa foi fechada uma parceria com a Coordenadoria do

Idoso, instituição esta de caráter primário e secundário, e que atua como segmento de referência no atendimento à população idosa da cidade de São Paulo, ofertando atividades como oficinas terapêuticas, ginástica orientada, grupos de artesanato, palestras informativas sobre saúde e bem estar, atendimentos psicológico, dentre outras atividades com o objetivo de propiciar a promoção em saúde e o envelhecimento ativo. Foi realizada também uma parceria junto aos profissionais do Núcleo de Atenção a Saúde da Família (NASF) que atuam na Unidade Básica de Saúde Cambuci, que se encontra nas proximidades da Coordenadoria do Idoso. A partir desta parceria os profissionais poderão realizar encaminhamentos de pacientes idosos para a participação nesta pesquisa.

PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Por se tratar de uma pesquisa essencialmente clínica, o procedimento de coleta de dados irá ocorrer a partir da realização de atendimentos tendo como base a proposta de consultas terapêuticas de Winnicott. Os dados coletados, a partir da realização das sessões, serão transcritos integralmente após o consentimento do sujeito, sendo analisados posteriormente.

Serão realizadas sessões com periodicidade semanal, com tempo médio de cinquenta minutos, em uma sala de atendimentos localizada na Coordenadoria do Idoso. Embora Winnicott (1984) tenha se utilizado do número de duas a três sessões em seu trabalho de consultas terapêuticas, neste estudo, o número de encontros será definido com base no contrato estabelecido junto ao usuário nas consultas iniciais, estando sujeito a modificações de acordo com a necessidade e particularidades de cada caso atendido. O processo de consultas terapêuticas será estruturado em três etapas, sendo estas: dois encontros de caráter diagnóstico realizados nas consultas iniciais; três a quatro sessões de consultas terapêuticas (a depender das particularidades de cada caso atendido); uma sessão de fechamento.

Para a realização da primeira etapa, de caráter diagnóstico, serão utilizados três procedimentos. Inicialmente será aplicada a Escala de Depressão Geriátrica (*Geriatric Depression Scale GDS*) (Yesavage et al, 1983), com o objetivo de verificar a existência de um possível transtorno depressivo em idosos, constatado por uma pontuação maior ou igual a cinco nesta escala, justificando sua participação nesta pesquisa. Os indivíduos que

apresentarem pontuação menor que cinco nesta escala, mas que mesmo assim necessitem e/ou desejem passar por um processo de atendimento psicológico, serão encaminhados para outra modalidade de atendimento dentre aquelas disponíveis na Coordenadoria do Idoso.

O segundo procedimento desta etapa avaliativa será realizado a partir de uma entrevista inicial do tipo semi-estruturada, com o objetivo de estabelecer um contato inicial com o sujeito e possibilitar também a coleta de informações como a queixa principal, motivo da consulta e história pregressa, proporcionando uma apreensão inicial sobre as motivações e a compreensão do histórico de vida deste indivíduo. Apesar da denominação de entrevista, cabe ressaltar que a proposta de consultas terapêuticas não distingue a fase diagnóstica do processo interventivo, sendo que desde esta primeira entrevista o terapeuta irá adotar uma postura pró-ativa com o objetivo de proporcionar o máximo de ajuda possível dentro da totalidade de cada sessão.

Após a realização da entrevista inicial, serão aplicados o Teste de Apercepção Temática para Idosos (*Senior Apperception Technique SAT*) (BELLAK, 1949/1992).

. A utilização deste instrumento projetivo irá proporcionar uma melhor compreensão sobre as formas de manifestação do sofrimento psíquico em cada um destes indivíduos, auxiliando também no processo interventivo, e na posterior análise e comparação dos dados. A partir destes dados, será possível estabelecer uma discussão sobre a viabilidade deste procedimento enquanto proposta diagnóstico-interventiva, junto a idosos no contexto da atenção primária em saúde.

Para além da função diagnóstica proporcionada por este instrumento, a sua utilização neste estudo se justifica por ser este um método facilitador e mediador para o encontro terapêutico, auxiliando na comunicação e expressão emocional do sujeito idoso. Cabe destacar que Winnicott também se utilizou de um recurso projetivo, o jogo do rabisco, durante sua prática clínica em consultas terapêuticas com crianças (WINNICOTT, 1968/1994). Winnicott fazia uso desta prática como um instrumento facilitador para o brincar, demonstrando que a adoção de métodos diagnósticos/mediadores podem ser um recurso de fundamental importância dentro da proposta de consultas terapêuticas.

Finalizadas as consultas diagnósticas, e o processo de três a quatro consultas terapêuticas que ocorrerão posteriormente, será efetuada uma entrevista de fechamento visando o desligamento e a tomada de decisão sobre a conduta junto ao sujeito, sendo seguida também de mais duas sessões de *follow-up*, sendo a primeira após um mês e a segunda após dois meses decorridos das consultas terapêuticas iniciais. Estas sessões de *follow-up* terão como objetivo estabelecer um contato posterior com o sujeito para se compreender as implicações da intervenção em seu cotidiano. Será realizada também a reaplicação da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) permitindo o aprofundamento do estudo, através da verificação de possíveis mudanças nos resultados, favorecendo uma discussão ampliada sobre os alcances da proposta de consultas terapêuticas. Nos casos onde ainda existir demanda para intervenções, estes sujeitos serão encaminhados para outros serviços da rede com o objetivo de dar continuidade ao processo terapêutico iniciado a partir das consultas terapêuticas.

A análise deste processo irá seguir o delineamento de estudo de casos múltiplos através da comparação dos dados coletados. Desta forma, a primeira etapa da análise dos dados será a correção dos instrumentos aplicados, seguida da leitura atenta das entrevistas semi-dirigidas e das transcrições das sessões realizadas. Posteriormente será realizada a apresentação e discussão de cada um dos casos atendidos, tendo como orientação teórica o referencial psicanalítico. A partir destes dados será realizada a comparação dos resultados obtidos, e o estudo do desenvolvimento de cada um destes processos, permitindo assim a reflexão sobre as possibilidades terapêuticas desta adaptação do modelo de consultas terapêuticas aplicadas a idosos na atenção primária em saúde.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS DA ETAPA DE ACULTURAÇÃO

Por se tratar de uma pesquisa de caráter clínico realizada em uma instituição com a qual o pesquisador não teve um contato prévio anterior, julgou-se importante destinar uma primeira etapa da pesquisa ao processo de aculturação junto a este novo ambiente institucional. A aculturação é entendida por Turato (2008) como o processo de assimilação de ideias e costumes próprios da cultura de uma instituição para a qual migramos temporariamente durante a realização de uma pesquisa. Trata-se de uma etapa fundamental em pesquisas de caráter clínico qualitativo, porque possibilita ao pesquisador a

compreensão do funcionamento da instituição e a antecipação de possíveis problemáticas que poderiam vir à tona no decorrer do processo de coleta de dados.

O processo de aculturação da presente pesquisa teve seu início na segunda metade do primeiro semestre de 2012, sendo marcado pelo fechamento do contrato entre a Coordenadoria do Idoso e o projeto APOIAR. Foram atendidos desde então nove idosos encaminhados para atendimentos dentro da proposta de consultas terapêuticas.

Pode-se dizer que esta primeira etapa possibilitou ao pesquisador a apreensão sobre o funcionamento desta instituição, inserindo-se na rotina institucional e construindo um vínculo relacional com os demais profissionais. A partir deste contato inicial também foi possível o estabelecimento de uma parceria com profissionais da UBS Cambucci, incentivados a encaminhar pacientes da área de abrangência das Equipes de Saúde da Família para a participação da pesquisa.

Quanto aos atendimentos, a experiência inicial de aplicação das consultas terapêuticas em uma instituição de atenção primária tem demonstrado a importância do uso de novos enquadramentos no atendimento clínico aos idosos. As consultas terapêuticas funcionam como um importante dispositivo para o acolhimento inicial destes idosos que procuram apoio psicológico na instituição, favorecendo um espaço de escuta e reposicionamento subjetivo frente às demandas do processo de envelhecimento.

As consultas se configuram como um espaço onde estes sujeitos podem colocar em trânsito pensamentos que até então não encontravam um local propício para sua elaboração, e que neste ambiente especial encontram uma continência a partir do processo de *holding* do terapeuta/pesquisador. Tal posicionamento demonstra que para além da função interpretativa, presente em um processo psicoterapêutico tradicional, neste enquadramento clínico o principal recurso de que o terapeuta se vale é o vínculo e a possibilidade de favorecer uma experiência ao paciente, para que processos que não ocorreram antes possam se fazer presentes nesta etapa de seu amadurecimento emocional.

Foi possível observar também que as consultas terapêuticas funcionam como um importante dispositivo para a organização do serviço, já que sua função avaliativa e terapêutica permite uma intervenção breve, sem perder a profundidade do encontro,

evitando a instauração de longas filas de espera. A avaliação permite também uma melhor compreensão sobre o funcionamento psíquico destes pacientes, possibilitando, ao final do processo, a realização de encaminhamentos mais condizentes com suas reais necessidades.

Estes dados iniciais evidenciam que a psicologia clínica e a psicanálise podem orientar trabalhos em diferentes espaços institucionais, indo de encontro as reais necessidades da população idosa, em serviços de nível primário, onde enfoques diferenciados de atenção, como o proposto e estudado nessa pesquisa, vem se mostrando mais resolutivos frente à crescente demanda de saúde mental advinda deste segmento populacional.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v.57, n.2B, p.421-426, jun, 1999.
- ALMEIDA, O. P. Idosos atendidos em serviço de emergência de saúde mental: características demográficas e clínicas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 1, mar, 1999
- BELLAK, M. D. **Teste de apercepção para idosos e adultos – SAT**. Tradução de Maria Tereza Antônia Pacheco. Campinas: Psy, 1992. (Trabalho original publicado em 1949).
- DIMENSTEIN, M. D. B. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de psicologia (Natal)**, Natal, v.3, n.1, p.53-81, jun, 1998.

FREUD, S. Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In: _____. **Edição Standart Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**, v.17, p.197-211. Rio de Janeiro: Imago, 1969. (Trabalho original publicado em 1919).

FREUD, S. O método psicanalítico de Freud. In: _____. **Edição Standart Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**, v.7, p.253-262. Rio de Janeiro: Imago, 1969. (Trabalho original publicado em 1904).

FREUD, S. Sobre a psicoterapia. In: _____. **Edição Standart Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**, v.7, p.263-278. Rio de Janeiro: Imago, 1969. (Trabalho original publicado em 1905).

GIL, A. C. **Estudo de caso**. São Paulo: Atlas, 2009.

GIL, C. A. **Envelhecimento e depressão**: da perspectiva diagnóstica ao encontro terapêutico. 2005. 179 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005.

GIL, C. A. **Recordação e transicionalidade**: a oficina de cartas, fotografias e lembranças como intervenção psicoterapêutica grupal com idosos. 2010. 174 p. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010.

GOLDFARB, D. C. Psicanálise e Envelhecimento. In: CÔRTE, B., GOLDFARB, D. C.

LOPES, R. G. C. (Orgs). **Psicogerontologia**: fundamentos e práticas. Curitiba: Juruá. 2009. p.29-48.

LIMA, M. Atuação psicológica coletiva: uma trajetória profissional em unidade básica de saúde. **Psicologia em estudo**, Maringá, v.10, n.3, p.431-440, dec, 2005.

MUCIDA, A. **O sujeito não envelhece**: psicanálise e velhice. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

NERI, A. L. O que a psicologia tem a oferecer ao estudo e à intervenção no campo do envelhecimento no Brasil, hoje. In: NERI, A.; YASSUDA, M. S. (Orgs.). **Velhice bem sucedida**: aspectos afetivos e cognitivos. Campinas, SP: Papyrus, 2004. p.13-27.

OLIVEIRA, D. A. A. P.; GOMES, L.; OLIVEIRA, R. F. Prevalência de depressão em idosos que freqüentam centros de convivência. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, Aug, 2006

PARADELA, E. M. P.; LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.6, p.918-923, dec, 2005.

PINHO, M. X.; CUSTÓDIO, O.; MAKDISSE, M. Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, 2009

TARDIVO, L. S. L. P. C. O laboratório de saúde mental e psicologia clínica social e o APOIAR: fundamentos e propostas. **Psicologia**, São Paulo, v.5, n.1, p.40-47, jun, 2004.

TARDIVO, L. S. L. P. C. Qualidade de vida e depressão em idosos de São Paulo: estudo de validação do teste projetivo SAT. **Psicologia Saúde & Doenças**, v. 9, p.154, 2008.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.3, p.507-514, jun, 2005.

TURATO, E. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 2^a. Ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.43, n.3, p.548-554, maio/jun, 2009.

WINNICOTT, D. W. **Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil**. Rio de Janeiro: Imago, 1984.

WINNICOTT, D. W. O jogo do rabisco (Squiggle Game). In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R. (Orgs.). **Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott**. Tradução de José Octavio

de Aguiar Abreu. – Porto Alegre: Artmed, 1994. p.230-243. (Trabalho original publicado em 1968).

WINNICOTT, D. W. O valor da consulta terapêutica. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R. (Orgs.). **Explorações psicanalíticas**: D. W. Winnicott. Tradução de José Octavio de Aguiar Abreu. – Porto Alegre: Artmed, 1994. p.244-248. (Trabalho original publicado em 1965).

YESAVAGE J. A.; BRINK T. L.; ROSE T. L.; et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **Journal Psychiatry Research**, v.17, n.1, p.37-49, 1983.

Uma Nova Experiência de Tutoria: Do Domicílio Ao Ambulatório

Maria Suzana Carlsson Ribeiro⁷⁵

Antonio Geraldo de Abreu Filho⁷⁶

Ana Luiza Steiner⁷⁷

Tatiana Mesquita e Silva⁷⁸

Helga Cristina Silva⁷⁹

Acary Souza Bulle Oliveira

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo⁸⁰

Resumo

Relato da experiência de uma psicóloga tutora, integrante do Projeto Tutor há seis anos que, após o falecimento de um paciente portador de Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), atendido em tutoria durante cinco anos em seu domicílio, passa a realizar um atendimento ambulatorial semanal aos pacientes, seus familiares e cuidadores, no Ambulatório de Neuromuscular da UNIFESP/ABRELA.

Os atendimentos têm como objetivo oferecer apoio emocional a esses pacientes, seus familiares e cuidadores como forma de aliviar seus sofrimentos e angústias perante essa implacável doença que modifica todo o cenário de suas vidas. Através das breves dinâmicas pontuais desses atendimentos vão emergindo sentimentos e emoções de seus componentes possibilitando um contato maior com esses sentimentos e discutindo novas formas de condutas para que a qualidade de vida dos membros possa ser preservada.

⁷⁵ Laboratório APOIAR – USP suzanarib@uol.com.br

⁷⁶ UNIFESP – Laboratório APOIAR – USP Panbeot@uol.com.br

⁷⁷ Laboratório APOIAR – USP steinfigueiredo@hotmail.com

⁷⁸ ABRELA – UNIFESP

⁷⁹ ABRELA – UNIFESP

⁸⁰ Coordenadora do APOIAR, Professora Associada do IPUSP

Mesmo não havendo um atendimento contínuo e frequente dos pacientes, como o realizado na tutoria domiciliar, a finalidade de levar o apoio emocional aos pacientes e seus familiares e cuidadores, no Ambulatório de Neuromuscular, tem sido alcançada.

Palavras-chaves: esclerose lateral amiotrófica; sofrimento; apoio emocional; qualidade de vida.

Integradas ao Projeto Tutor (parceria ABrELA/APOIAR) como psicólogas tutoras, desde 2006, realizamos inicialmente, em dupla⁸¹, o atendimento a um paciente com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) e sua mãe/cuidadora. Esses atendimentos aconteceram semanalmente, durante um período de cinco anos, sendo encerrado no ano passado, pelo falecimento deste paciente.

A Esclerose Lateral Amiotrófica causa fraqueza muscular e atrofia dos membros, comprometimento da fala, dificuldade na deglutição e insuficiência respiratória. Apesar de o quadro variar muito para cada paciente a ELA, invariavelmente, leva o doente à morte, por tratar-se de uma doença degenerativa e progressiva dos neurônios motores do cérebro e da medula espinhal terminal e pelo fato de, até o momento, não haver prognóstico de cura. Ao longo desses anos de tutoria domiciliar percebemos que pudemos oferecer, efetivamente, um suporte psicológico, afetivo e emocional ao referido paciente, bem como à sua mãe cuidadora, verificados por meio de seus próprios relatos e mudanças de comportamentos ocorridos no período de atendimento.

O objetivo da tutoria domiciliar se cumpriu à medida que oferecemos esse apoio como forma de minorar o sofrimento psíquico dos pacientes portadores de Esclerose Lateral Amiotrófica, respectivos cuidadores e familiares (STEINER et al., 2008).

Devido ao vínculo transferencial e laço afetivo formado nesses cinco anos de atendimento desse paciente, sua morte foi sentida como uma perda importante para as tutoras. Participamos da cerimônia de cremação e sua mãe nos falou da gratidão que sentiu por todo esse período.

Vivemos por algum tempo esse processo de luto e, por oito meses, não atendemos mais nenhum paciente com ELA.

⁸¹ Esse trabalho de tutoria foi realizada por Maria Suzana Carlsson Ribeiro e Isana Marília Ribeiro membros do Projeto Tutor

Em fevereiro de 2012 os coordenadores do Projeto Tutor, Ana Luiza Steiner e Antonio Geraldo de Abreu Filho, nos convidaram para atendermos, desta vez individualmente, no Ambulatório de Neuromuscular da ABrELA/UNIFESP, por haver uma grande demanda de pacientes com ELA.

Às quintas-feiras, no período da manhã, passamos a atender os pacientes que se encontravam na sala de espera do Ambulatório aguardando suas consultas, antecipadamente agendadas, com neurologistas, fisioterapeutas, nutricionistas e fonoaudiólogas.

Enquanto aguardavam para serem atendidos ou entre as consultas (com mais de um profissional), abordávamos os pacientes, familiares e cuidadores, primeiramente confirmando se vieram para o Ambulatório da ELA já que há, no mesmo espaço, pacientes com outras doenças neuromusculares. Apresentávamo-nos como psicólogas do Projeto Tutor da ABrELA e perguntávamos se poderíamos conversar um pouquinho com eles.

Em seguida preenchíamos os dados do paciente com nome, endereço e telefone, data de nascimento e Registro H do hospital (caso houvesse essa ficha do Hospital São Paulo); nomes e parentesco dos acompanhantes; datas do diagnóstico e dos primeiros sintomas da doença.

Há pacientes que vêm de outras cidades de São Paulo e mesmo de outros estados. Alguns passam a noite toda viajando para estarem ali pela manhã. Muitos vêm de ambulância. A maioria de poder aquisitivo baixo precisa de doação de cadeiras de rodas e de banho, nutrição parenteral, BIPAP (aparelho de ventilação mecânica não invasiva) e ambu (para limpeza da secreção aérea).

De maneira geral sentimos sempre uma boa receptividade por parte dos doentes, familiares e cuidadores. Muitos sentem necessidade de se abrir. Os pacientes que já têm dificuldade de se comunicar, pela fala comprometida, fazem sinais ou suas falas são compreendidas e decodificadas para nós através dos familiares ou cuidadores que, com o convívio diário, ainda conseguem entender ou vão se aproximando dos significados das palavras por eliminação.

Há alguns pacientes que falam sobre sua situação com um distanciamento afetivo, nitidamente se segurando para não desabar. Como o caso de uma jovem com ELA familiar, já cadeirante, que tem uma filhinha de 6 anos. O marido, muito ansioso, consegue dizer que

gostaria de sair mais aos finais de semana, mas a esposa prefere ficar em casa. Conversamos sobre a possibilidade do casal se programar para ir a locais de fácil acesso a cadeirantes.

Há pacientes que ainda não têm o diagnóstico fechado, pois ainda não há um exame que seja um marcador definitivo de ELA. Nestes casos o paciente fica muito ansioso com a indefinição e esperançoso para que possa ser outra doença.

Certa ocasião fomos requisitadas pelo próprio médico para acompanharmos uma paciente que houvera acabado de receber o diagnóstico de ELA e estava inconformada. Seu marido não sabia como lidar com essa situação que, para ele, também foi um choque pela gravidade da doença. Nosso papel muitas vezes é de apenas escutarmos o que o paciente tem para desabafar, de passarmos uma presença acolhedora para uma situação que não tem como retroceder. A recusa em aceitar o diagnóstico, com o tempo, na melhor das hipóteses, dará lugar à aceitação, podendo antes passar pelos estágios da raiva, barganha e depressão. Kübler-Ross (2005) ressalta que “Comumente a negação é uma defesa temporária, sendo logo substituída por uma aceitação parcial” (p. 45). A recuperação para cada paciente se dará de uma forma. Essa singularidade do paciente deve ser respeitada.

Há pacientes que se sentem abandonados pela família, seja porque acabam sendo um fardo para os familiares, por sempre ter que haver um membro da família para acompanhá-los, seja pela necessidade de cuidado do paciente que a situação de dependência do outro demanda. Atendemos uma mulher (ex-doméstica) que veio acompanhada pela mãe e que visivelmente não recebia higiene. A paciente não conseguia fazer higiene íntima e, como morava sozinha, dependia da mãe para tomar banho; contudo, a mãe a visitava cada dois a três dias. Tinha os cabelos muito sujos e dizia que até para se alimentar dependia da mãe. Os filhos raramente a procuravam. Apesar dos maus tratos, mostrava-se conformada dizendo que ninguém tinha culpa da sua doença e que não queria ser um estorvo para ninguém. Preferia ir para um asilo. Neste caso, acionamos o serviço social para que entrasse em contato com a Prefeitura a fim de requisitar uma assistência para a paciente (Programa de Internação Domiciliar).

É muito triste quando nos deparamos com situações tão carentes onde os pacientes, além do sofrimento decorrente da própria doença, se encontram numa situação tão precária como essa na qual nem as necessidades básicas são supridas.

Em contrapartida, outras famílias querem tanto suprir as necessidades dos pacientes que acabam exercendo um controle muito grande sobre eles, seja acionado por amor, gratidão, culpa ou empatia. Muitas vezes até sentimentos de raiva são mascarados, numa formação reativa, em excesso de zelo. Cada membro da família apresenta uma combinação de sentimentos em relação à situação e ao familiar doente.

É o caso de um paciente de 68 anos, cadeirante, que morava com a segunda esposa (já viúvo da primeira), de 58 anos, num sítio próximo à cidade de São Paulo. O casal veio acompanhado dos quatro filhos do primeiro casamento dele. A única filha em comum do casal não compareceu. Os filhos queriam que o pai viesse morar aqui na capital para facilitar a rotina diária com consultas e tratamentos. Entretanto, o pai dizia que ficava doente aqui, longe da natureza e de seus animais de estimação. A esposa cuidava dele e dos afazeres domésticos, havia um vizinho que os ajudava quando precisavam. O casal aceitava a situação com coragem e alegria. Segundo ele, “não podemos desanimar”. O filho mostrava-se emocionado e preocupado, algumas vezes enquanto falava seus olhos ficaram marejados. Dizia que o pai sempre foi um ótimo pai e queria, por gratidão, retribuir uma parcela do tanto que recebeu, daí a vontade de ter o pai mais perto do convívio dos filhos. Só que, com esse pensamento, o filho não estava considerando o desejo do pai em continuar morando no local onde se sentia mais feliz, já que estava bem cuidado pela esposa. Até fisioterapia o pai fazia na cidade próxima de seu sítio, o vizinho o transportava de carro. Ou seja, o paciente mesmo morando longe dos filhos estava sendo assistido e vinha a cada três meses para as consultas na capital. Observamos também um certo ciúme das filhas em relação à madrasta, diziam que “até que ela faz tudo para ele”. O filho disse que o pai tem vergonha de urinar com o auxílio das filhas, já que precisava de ajuda para a higiene íntima. Após esses diversos aspectos serem colocados abordamos qual a real necessidade atual do pai de mudança para a capital. Pelo visto, o prejuízo em relação à qualidade de vida dele seria muito grande.

Num atendimento familiar como esse é interessante observar como os vários integrantes vão se colocando e percebendo as diferenças de opiniões onde, o que é melhor para um membro pode ser o pior para o outro.

Essa divergência de opiniões ocorre também quando os familiares têm diferentes óticas em relação a como contar ao paciente a gravidade da doença ou em relação aos

procedimentos que o paciente terá que realizar como a gastrostomia e traqueostomia. Sugerimos que o paciente tem o direito de saber a verdade sobre seu quadro, sem chocá-lo, e ir se preparando para as perdas futuras. Há pacientes que demoram em aceitar esses procedimentos mais invasivos. Respeitar as opiniões do paciente é sempre importante para que não se sinta aprisionado à vontade do outro, mas ir trabalhando com ele a necessidade dessas intervenções para que possa ter uma melhor qualidade de vida. Assim procedendo, cuidadores e familiares também serão beneficiados.

Há pacientes que relatam fazer tratamentos alternativos, sem qualquer comprovação científica. Por exemplo, desintoxicação iônica, auto-hemoterapia, técnica de fazer incisões nas orelhas, alternadamente a cada dois meses, numa espécie de sangria. Segundo eles são técnicas para aumentar a imunidade.

Uma paciente de 53 anos, no ano passado, submeteu-se ao transplante de células-tronco na Alemanha. Relatou que a doença se estabilizou a partir do transplante e, segundo ela, a fala e a deglutição melhoraram. Foi a única paciente que conhecemos que realizou essa técnica.

Um tema que também sempre aparece é o relacionado ao paciente com ELA dirigir automóvel. Geralmente são os homens que resistem em abandonar a direção. Uns alegam que é o único “hobby” que ainda têm, outros dizem que o veículo é adaptado e que, quando sentirem que já estiverem sem coordenação abandonarão a direção. Ainda outros dizem que já deram umas “raladinhas”, mas que isso acontece com todo mundo. Essa atitude demonstra a dificuldade do paciente em aceitar suas limitações atuais. Para lidar com a intensa angústia de não ter a liberdade de dirigir sua própria vida, defende-se dela negando sua condição limitante. Poderíamos também imaginar que um acidente fatal poderia colocar um fim em tudo. Apesar das discussões dos familiares a esse respeito, observamos uma passividade da família frente às atitudes destrutivas do familiar doente, já que não há nenhuma forma mais concreta de interdição desse tipo de atitude onde, não só a vida do familiar está em risco, mas a de terceiros. Possivelmente um sentimento ambivalente do familiar em relação ao doente exerça uma influência grande nesse tipo de negligência.

Um caso bem ilustrativo foi o de um senhor com 50 anos, divorciado, que após sua doença, a filha de 26 anos, que anteriormente residia com a mãe, foi morar em sua residência para poder cuidar dele. A moça teve também que largar o trabalho para realizar

as tarefas da casa e acompanhá-lo às consultas médicas. Era a segunda vez que compareciam ao ambulatório e moravam num Estado bem distante de São Paulo. A filha dava muita risada quando comentava que o pai dirigia até há bem pouco tempo, mesmo com pernas e braços já atrofiados, e que havia dado umas batidas com o veículo. Disse que não conversavam muito para não brigarem. Não interditar o pai poderia ser uma via, inconscientemente, de abreviar sua morte e poder retomar a vida anterior que levava. De acordo com Freud (1933 [1932]);

Uma poderosa tendência à agressividade está sempre presente ao lado de um amor intenso, e quanto mais profundamente uma criança ama seu objeto, mais sensível se torna aos desapontamentos e frustrações provenientes desse objeto; e, no final, o amor deve sucumbir à hostilidade acumulada. (p. 124)

Frequentemente o cuidador se depara em relação ao paciente com sentimentos de ambivalência (amor e ódio dirigidos ao mesmo objeto) , pois abdica muito do seu tempo nos cuidados com o outro. O cuidador também necessita de cuidados, especialmente o cuidador de um paciente com ELA, que requer uma atenção e presença constante de alguém para auxiliá-lo nas atividades mais simples do cotidiano, que se avolumam de acordo com a piora progressiva da doença. É sempre interessante poder revezar com outra pessoa essa tarefa.

Os sentimentos ambivalentes também são vivenciados pelo paciente, em relação às pessoas de seu convívio. Afinal, em seu pensamento, é ele o doente, quem realmente está sofrendo as maiores perdas, não os outros. Esses sentimentos podem se agravar especialmente quando o cuidador é um familiar, pois a dependência fica ainda maior. Numa fase mais grave e terminal da doença o paciente pode estar numa situação tão grande de dependência do outro que o que lhe pertence de mais próprio é sua vida mental, seus pensamentos e emoções. Um enclausurar-se dentro de seu próprio corpo. A comunicação, nesses casos, se dará apenas pelo olhar ou movimentos oculares.

Comunicação é um tema precioso, pois é o maior receio que muitos pacientes ressaltam nos atendimentos, em não conseguirem mais falar ou escrever como meios de se comunicar e interagir com o mundo. Esse isolamento social chega a ser considerado assustador.

Um tema pouco abordado pelos pacientes e raramente comunicado pela equipe

médica, seja em consultas ou em simpósios, é o tema da sexualidade. Como se, a partir do diagnóstico, a vida sexual não existisse mais. A retirada de investimento dessa fonte de prazer ficaria totalmente voltada, agora, para o investimento no corpo como organismo.

Atendemos um casal que a esposa se queixou que o marido estava tão abatido que nem se interessava mais por sexo, mas que isso era importante para ela. Ela se sentia impotente perante a perda de libido do marido e queria ajuda para poder ajudá-lo. O marido retrucou dizendo como poderia fazer sexo se os médicos falavam para poupar energia. Foi-lhe sugerido que apresentasse essa questão diretamente ao médico, na próxima consulta, com o objetivo de elucidar esse tema, já que a informação que temos é que não há comprometimento da função sexual nos pacientes com ELA. Tudo levava a crer que tivesse generalizado a sugestão médica de poupar energia muscular e respiratória também para a atividade sexual, temendo uma piora do seu quadro. Contudo, um mês após esse episódio, avistamos o casal e a esposa veio ao nosso encontro queixando-se que o marido andava irritadíssimo com ela, muito respondão. O marido argumentou que, se assim não o fizesse, ela “montava em cima”. Indagado se houvera conversado com o médico sobre a questão sexual, responde que havia esquecido e que, ultimamente, tem se sentido muito cansado. Podemos pensar que essa seria uma boa maneira de punir a esposa não a deixando “ficar por cima”, já que o interesse maior por sexo mostrava ser dela.

Outras vezes recebemos pacientes que se queixam que a esposa não quer mais ter relação porque não consegue mais sentir atração pelo marido doente. Outro casal relata que tiveram que fazer adaptações para encontrarem uma posição que melhor lhes facilitasse o ato sexual.

Ainda há pouca abertura para os profissionais tocarem numa área tão íntima como essa, mas é de crucial importância que o tema seja abordado para que possamos auxiliar o paciente a desfazer fantasias imaginárias que empobrecem ainda mais sua vida, já com tantas perdas sofridas.

Frente a esse quadro de limitações, os pacientes reagem emocionalmente de diversas formas apresentando depressão, negação, irritabilidade, raiva, isolamento e até aceitação e esperança. Um paciente nos disse que, apesar de todas as dificuldades agradecia a Deus porque lhe deu a chance de mudar de vida, pois antes da doença bebia e fumava muito e agora ele se sentia uma pessoa melhor. A fé dá muito conforto e amparo

para que consigam lidar com as adversidades com mais resignação.

A esperança aparece tanto em certos pacientes como nos familiares em relação a poderem alcançar o tempo em que haverá um tipo de tratamento que cure, definitivamente, a ELA.

Mesmo sabendo que a morte é inevitável, nós, seres humanos, não admitimos que com ela venha o aniquilamento do nosso ser. Segundo Freud (1915) “somos incapazes de manter nossa atitude anterior em relação à morte, não tendo encontrado, ainda, uma nova” (p. 301), e não haveria representação possível para a morte no inconsciente, já que lá seria a morada dos desejos e afetos. A religião viria trazer a esperança numa vida futura melhor depois da morte.

Nossa experiência nesse tempo de tutoria nos mostrou que, ao passarmos do atendimento domiciliar ao atendimento ambulatorial vencemos a perda do nosso paciente levando toda a bagagem do nosso aprendizado para a nova experiência no atendimento dos pacientes do Ambulatório. Citando mais uma vez Freud (1917 [1915], “quando o trabalho do luto se conclui o ego fica outra vez livre e desinibido” (p. 251).

Poder contribuir levando apoio psicológico para aliviar o sofrimento desses pacientes, seus familiares e cuidadores é o nosso objetivo.

Como escreveu nosso paciente, que com ele tanto aprendemos¹,

[...]“Longe é lugar que não existe, jamais.

De maneira intensa deve-se viver:

Estou aqui, hoje, com certeza; amanhã... não sei.

Mas, levarei para a eternidade as belas e doces recordações” [...]

¹OLIVEIRA, E.J.G. – Vida que Segue in *De Cara com ELA Lance Decisivo: Viver*. São Paulo: Scortecci. 2008

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FREUD, S. (1933[1932]) – Conferência XXXIII Feminilidade in *Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XXII. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____ (1915) – Nossa Atitude para com a Morte in *Reflexões para os Tempos de Guerra e Morte*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de Sigmund Freud, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____ (1917[1915]) – *Luto e Melancolia*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de Sigmund Freud, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

KÜBLER – ROSS, E. – *Sobre a Morte e o Morrer*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

STEINER, A. et al – Parceria ABrELA/APOIAR: O papel da Psicologia Clínica Social no Relato de Experiências Vividas nas Visitas Domiciliares feitas aos Pacientes com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) e Alunos de Psicologia In: TARDIVO, L.S.P.C.; GIL, C. *APOIAR Novas Propostas em Psicologia Clínica*. São Paulo: Sarvier, 2008.

A Escuta Psicanalítica no Ambulatório de Neuromuscular a Pacientes com ELA, Cuidadores e Familiares.

Isana Marília Ribeiro⁸²

Antonio Geraldo de Abreu Filho⁸³

Ana Luiza Steiner⁸⁴

Tatiana Mesquita e Silva⁸⁵

Helga Cristina Silva⁸⁶

Acary Souza Bulle Oliveira

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo⁸⁷

RESUMO

Esclerose Lateral Amiotrófica é uma doença neuromuscular degenerativa e progressiva, sem cura até o momento. O trabalho tem por objetivo mostrar as experiências e contribuições da Psicologia com uma escuta psicanalítica no Ambulatório Neuromuscular da UNIFESP através do Projeto Tutor. Sendo parte integrante da equipe multidisciplinar da Associação Brasileira de Esclerose Lateral Amiotrófica (ABRELA) e junto a pacientes com ELA, cuidadores e familiares, o Projeto Tutor se propõe a dar suporte psicológico, afetivo e emocional, privilegiando os limites e possibilidades no acesso a conteúdos inconscientes

⁸² Laboratório APOIAR/USP ; e-mail: isana.ribeiro@uol.com.br

⁸³ UNIFESP – Laboratório APOIAR – USPanbeot@uol.com.br

⁸⁴ Laboratório APOIAR – USP steinfigueiredo@hotmail.com

⁸⁵ ABRELA – UNIFESP

⁸⁶ ABRELA – UNIFESP

⁸⁷ Coordenadora do APOIAR, Professora Associada do IPUSP

dos pacientes, cuidadores e familiares. Os atendimentos são realizados uma vez por semana no ambulatório, considerando a condição no compromisso de escutar o paciente como um sujeito do inconsciente. O atendimento de tutoria tem se mostrado eficaz para que essas situações possam ser percorridas. O ambulatório não impede que o desejo do paciente se implique em seu próprio discurso. Escuta-lo é testemunhar que o inconsciente insiste para além do local do atendimento.

Palavras-chave: Psicanálise; ambulatório neuromuscular – esclerose lateral amiotrófica, Projeto Tutor.

INTRODUÇÃO

Muitas são as questões levantadas quanto à inserção da Psicologia com uma escuta psicanalítica no ambulatório da neurolomuscular do Hospital São Paulo da Universidade Federal de São Paulo UNIFESP onde o discurso predominante é do médico. No ambulatório neuromuscular dentre muitas doenças a tratar, vamos destacar a Esclerose Lateral Amiotrófica – ELA.

Esclerose Lateral Amiotrófica é uma doença neurológica, degenerativa que causa paralisia progressiva comprometendo a motricidade dos membros, a fala, a deglutição e a respiração; em alguns casos a comunicação fica comprometida e só é possível através de um código obtido por meio de movimentos oculares. A medicação ainda não consegue estabilizar de modo satisfatório e muito menos revertê-la.

A evolução da doença nos pacientes com ELA é muito variável, tanto no que tange aos músculos acometidos, como a velocidade do comprometimento.

Os efeitos causados pela evolução da doença afetam gradativamente e de forma severa a qualidade de vida do paciente, levando-o a uma dependência cada vez maior.

O ambulatório da neuromuscular é composto de uma equipe multidisciplinar para o atendimento dos pacientes com ELA, ou seja, médicos, nutricionista, fisioterapeutas, assistentes sociais, fonoaudiólogos, enfermeiros e psicólogos.

A ABrELA Associação Brasileira de Esclerose Lateral Amiotrófica criada para um maior entendimento e atendimento da doença sempre atenta aos cuidados com os pacientes com ELA, percebeu a necessidade de alcançar maior apoio aos mesmos e foi buscar recursos tais como:

Informações por meio de reuniões periódicas para pacientes, familiares, e cuidadores e pelos sites www.tudosobreela.com.br, www.abrela.org.br.

Direito a acesso gratuito a medicamentos especiais por meio de Portaria Federal;

Fornecimento gratuito do respirador domiciliar não invasivo (BiPAP), por meio das Secretárias Municipais de Saúde;

Mudança na lei da Biodiversidade com possibilidade de estudo com célula-tronco embrionária;

Informação ao paciente e família sobre seus direitos: INSS, obtenção de medicação gratuita, e isenção tarifária e outros;

Informações para profissionais da área da saúde;

Busca de recursos de atendimento médico e equipe multidisciplinar, atendimento jurídico e social gratuito e recursos da comunidade;

Empréstimo e repasse de material doado para a ABrELA por familiares e pessoas voluntárias: cadeira de rodas, cadeira de banho, fraldas descartáveis, cama hospitalar,

sondas e outros;

Visitas domiciliares quando necessário;

Captação de recursos para empréstimo e doação ao paciente e família;

Em 2002, a presidente na época, Dra. Helga Cristina Almeida da Silva decide entrar em contato com a Profa. Livre Docente Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo, Coordenadora Geral do Laboratório APOIAR de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social da Universidade de São Paulo (IPUSP), para uma parceria, objetivando minimizar o sofrimento psíquico dos pacientes com ELA, seus familiares e cuidadores.

A parceria da ABrELA e do Laboratório APOIAR acabou gerando o Projeto Tutor e desde então passa a ser mais um dos resultados alcançados. (Tardivo E Gil, 2008).

O Projeto Tutor se propõe acolher e dar sustentação emocional ao paciente com ELA, promovendo apoio psicológico através da escuta com foco numa melhor qualidade de vida e no enfrentamento da doença frente suas perdas na degeneração da sua capacidade motora, de mobilidade, dificuldade na comunicação, levando-o a uma dependência cada vez maior de um cuidador e ou familiar, neste momento tão difícil de suas vidas. Os atendimentos são realizados no domicílio do paciente por uma dupla de tutores devidamente preparados e posteriormente os atendimentos também começaram a ser realizados no ambulatório da neuromuscular uma vez por semana.

A escuta psicanalista passa a contemplar esse paciente e é convocada a lidar com aquilo que resiste à simbolização⁸⁸.

88 Simbolismo – Em sentido amplo, modo de representação indireta e figurada de uma idéia, de um conflito, de um desejo inconsciente; neste sentido, em psicanálise, podemos considerar simbólica qualquer formação substitutiva; Em sentido restrito, modo de representação que se distingue principalmente pela constância da relação entre o símbolo e o simbolizado inconsciente; essa constância encontra-se não apenas no mesmo indivíduo e de um indivíduo para outro, mas nos domínios mais diversos (mito, religião, folclore, linguagem, etc.) e nas áreas culturais mais distantes entre elas. (Laplanche e Pontalis, 2001:481).

O paciente ao chegar ao ambulatório é avaliado e cuidado por muitas especialidades.

A Psicologia na sua escuta, tendo como base a teoria psicanalítica, se preocupa em sustentar o sintoma de um não saber do que lhe vai acontecer, ou seja, muita angústia, o contato com o avanço da doença de outros pacientes e com o real insuportável da dependência em relação ao outro, levando em conta sua subjetividade que está sendo submetida a tratamentos invasivos e agressivos.

Diante a real condição dos agravos da doença, nota-se como demanda, não só o objeto da necessidade (condições básicas de sobrevivência), mas também o amor. Freud (1919), ao pensar sobre a necessidade da extensão da prática da psicanálise para além dos limites dos consultórios, para atender à enorme miséria neurótica existente no mundo, nos alertou da necessidade de adequar a técnica às novas condições, com o rigor que essa práxis comporta.

Nos atendimentos ocorre o compromisso de escutar o paciente como um sujeito em sua dimensão inconsciente, diante de sua fragilidade física e psíquica nessa nova condição de atendimento.

Essa experiência deixa de ocorrer num espaço privado de consultório, ocorre num ambulatório e em um curto espaço de tempo, resumindo-se algumas vezes em um único atendimento. Freud iniciou suas primeiras investigações psíquicas com pacientes histéricas em hospital e pôde observar o sujeito diante de sua fragilidade psíquica, acometido por algum acontecimento em sua história.

A técnica psicanalítica estabeleceu que muitas das dificuldades do sujeito, muitos sintomas só poderão desaparecer se o recalçamento for, pelo menos em parte levantado, se o sujeito tiver acesso ao que normalmente lhe é inacessível. (Larouse, 1993:167).

A escuta psicanalítica mesmo num ambulatório, tem o compromisso de buscar o silêncio em nossa função, para podermos escutar o inconsciente desse paciente. A possibilidade de escuta os leva a questionamentos em suas vidas.

Mesmo tendo uma prática bem diferente do consultório (pelo espaço físico e um tempo diferente), trata-se de um atendimento pautado numa ética que não desconsidera essas condições, continua sendo um meio terapêutico capaz ao acesso dos conteúdos inconscientes, com resultados positivos de um saber sobre sua condição de sobrevivência na elaboração de uma mudança em sua posição subjetiva: uma nova postura, novos hábitos e atitudes diante da doença e da vida. O atendimento de tutoria tem se mostrado necessário para que essas situações possam ser percorridas.

O ambulatório não impede que o desejo do paciente se implique em seu próprio discurso. Na existência de vida dos pacientes com ELA, encontramos sofrimento, angústia e demanda de uma expectativa da descoberta para a cura e ou estabilização dos sintomas, diante da possibilidade da morte.

O objetivo médico é diferente do objetivo psicanalítico, não tendo que responder prontamente; já a medicina está ligada a eficiência e urgência. O paciente com ELA se encontra na eminência da morte, a condição sem prognóstico de cura até o momento não justifica uma compreensão reduzida do psiquismo, a morte não é simbolizada, nada se sabe sobre ela.

A escuta está atenta à receptividade de se pensar em alternativas que possam sustentar o sofrimento e a angústia diante de suas perdas, possibilitando que o paciente encontre outras formas de lidar com seus conflitos, em relação a suas questões de conduzir

sua vida.

Os atendimentos referem-se à construção de uma compreensão singular sobre esse sujeito, de seu desejo inconsciente mesmo com ELA. O paciente com ELA, diante do real insuportável de sua condição, tem sempre algo a dizer, seu desejo pode ser recuperado e articulado diante essa nova maneira de viver. Suas particularidades e subjetividade propiciam questões sobre sua história de vida. O que nos move no acompanhamento desses pacientes é o desejo de escutar que possivelmente desperta nesse paciente com ELA o desejo de ser escutado. A história desse sujeito existe para além da doença esclerose lateral amiotrófica. A prática no ambulatório, ganha espaço a partir do reconhecimento de suas diferenças, e a partir disso acreditamos na possibilidade da escuta.

Encontramos na ABrELA uma relação de confiança, zelo, solidariedade e respeito no trabalho de cada profissional em sua área, no acompanhamento do paciente com ELA, um empenho grande de cada profissional para a realização de um trabalho eficaz, estando incluso também o Projeto Tutor.

Esse acompanhamento do paciente com ELA possibilita o aprendizado no enfrentamento de um momento tão difícil como esse. É importante e essencial, se ter uma vida com qualidade e dignidade independente de sua condição.

A escuta psicanalítica no ambulatório reconhece suas peculiaridades, a partir disso não deixa de acreditar, delimitar os alcances e possibilidades no atendimento do paciente com ELA.

Escuta-lo é testemunhar que o inconsciente insiste para além do local de atendimento.

Referências

ABRELA – Esclerose Lateral Amiotrófica – Atualização 2009 – São Paulo – SP. 2009.

FREUD, S. (1919) Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In: Obras Completas. Rio de Janeiro, 1974.v.XVII.

LAPLANCHE E PONTALIS – Vocabulário da Psicanálise. 4ª Ed – São Paulo; Martins Fontes, 2001.

LAROUSSE Dicionário da psicanálise. Artmed –Editora S.A – São Paulo, 1993.

SITE www.tudosobreela.com.br

TARDIVO, L. e GIL, C.(2008) Apoiar: Novas Propostas em Psicologia Clínica –Atendimentos Diferenciados em Clínica Social.

Expectativas de Alunas no Projeto Tutor com Pacientes com ELA: Relato de Experiência

Carolina de Carvalho Barra

Helena Vitorino de Souza,

Thuany Caroline Biazzola

Antonio Geraldo de Abreu Filho⁸⁹

Ana Luiza Steiner⁹⁰

Tatiana Mesquita e Silva⁹¹

Helga Cristina Silva⁹²

Acary Souza Bulle Oliveira

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo⁹³

RESUMO

Introdução: O projeto Tutor junto com a ABrELA e o Laboratório Apoiar formam uma parceria para o desenvolvimento de um trabalho que oferece apoio emocional aos pacientes portadores de ELA e também a seus familiares e cuidadores.

⁸⁹ UNIFESP – Laboratório APOIAR – USPanbeot@uol.com.br

⁹⁰ Laboratório APOIAR – USP steinfigueiredo@hotmail.com

⁹¹ ABRELA – UNIFESP

⁹² ABRELA – UNIFESP

⁹³ Coordenadora do APOIAR, Professora Associada do IPUSP

Objetivo: Relatar a experiência de acompanhamento de reuniões do Projeto Tutor e discutir a respeito da importância de dar apoio aos portadores de ELA, seus familiares e cuidadores.

Método: Análise documental de pesquisas, livros e sites relacionados com a doença ELA e o que está inserido nesse contexto, e relato de três alunas do curso de Psicologia que realizam acompanhamento de supervisões no Projeto Tutor.

Resultados: Ao participarem das supervisões, as alunas começaram a trabalhar a própria escuta através dos casos que foram apresentados, o que possibilitou reflexões acerca da morte, da doença, da metodologia adotada pela tutoria e até mesmo de questões pessoais que aparecem ao lidar com esse contexto. Muitas vezes, as alunas se deixavam levar apenas pelo manifesto, mas através desse exercício de reflexão começaram a investigar o latente dos relatos.

Conclusão: O Projeto Tutor propicia aos estudantes um meio de desenvolver habilidades para lidar com questões muito delicadas, ajudando assim não só na sua prática profissional futura, mas também em questões da vida pessoal.

Palavras Chaves: ELA (Esclerose Lateral Amiotrófica), Morte, Psicologia, Tutoria.

INTRODUÇÃO

A Esclerose Lateral Amiotrófica

A enfermidade chamada de doença do Neurônio Motor (DNM) corresponde a um grupo de doenças degenerativas do sistema motor de evolução progressiva, que comprometem os neurônios motores superiores, os neurônios motores inferiores ou ambos. A Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) é uma forma mais comum de Doença do Neurônio Motor. Na ELA, inicialmente muitos pacientes apresentam manifestações clínicas relacionadas à perda dos neurônios motores superiores ou dos neurônios motores inferiores e posteriormente evoluem para ambos. Portanto, na Esclerose Lateral Amiotrófica há uma degeneração dos neurônios motores superiores e dos neurônios motores inferiores (SILVA e

VALENÇA, 2003).

De acordo com Silva e Valença (2003, p. 15), a ELA na Europa é conhecida como Doença de Charcot, pois foi ele o primeiro, em 1874, a caracterizar aspectos clínicos e patológicos da doença. Nos Estados Unidos, a ELA é conhecida como Doença de Lou Gehrig, pois em 1941 faleceu um famoso jogador de basebol em decorrência da doença.

Segundo o portal Saúde Direta (2002, p. 313) “A esclerose lateral amiotrófica (ELA) é um distúrbio neurodegenerativo de origem desconhecida, progressivo e associado à morte do paciente em um tempo médio de 3 a 4 anos.”

Pacini e Silva afirmam que “A enfermidade causa comprometimento físico, progressivo do sistema nervoso motor e o óbito ocorre em decorrência da falência respiratória.” (2010, p. 10).

Pesquisas mostram que a doença acomete geralmente mais homens do que mulheres, mas existem relatos de aumento do número de casos de ELA em mulheres. A maioria dos pacientes encontra-se na faixa etária entre 40 e 70 anos. Pereira (2006, p 9).

Lopes (2003, p. 361) caracteriza o quadro clínico da ELA por ocorrência de paresia lenta e progressiva dos músculos voluntários, associados à hiper-reflexia e espasticidade, fasciculações. Em torno de 20% a 30% dos casos, o comprometimento bulbar inicialmente ocorre pela presença de fala arrastada e/ou dificuldade na deglutição, ocorrendo esta manifestação principalmente com mulheres idosas.

Após anos da primeira descrição da doença com Charcot em 1874, ainda não tem um fator causador para a ocorrência de ELA, várias hipóteses foram levantadas, como: genética, viral, autoimune e neurotóxica. A causa genética foi a única hipótese definida, portanto, a ELA é uma doença de diferentes insultos neuronais que desencadeiam o processo de morte celular (LOPES, 2003).

Segundo Anequini e Pallesi, (2005, p. 13)

Por ser uma doença degenerativa de evolução progressiva, incurável, para qual, até o momento, só estão disponíveis tratamentos paliativos e/ou que retardem o processo da perda funcional, faz-se

necessária a disponibilização de recursos de apoios financeiros, informativos, humanos e material a fim de minimizar o sofrimento, melhorando e ampliando a qualidade de vida.

Durán et al “O tratamento destes pacientes exigem uma atenção multidisciplinar com múltiplas orientações afim de contribuir na melhora da qualidade de vida destes pacientes, assim como nas atividades de vida diária dos mesmos.” (2006, p.92)

Segundo Associação Brasileira de Esclerose Lateral Amiotrófica (ABRELA) (n.d) “A ELA não afeta somente a pessoa com a doença. Ela causa um impacto profundo na família e, especialmente, naquela pessoa mais próxima do paciente que frequentemente torna-se seu cuidador.”

Borges (2003, p. 22)

Diante desta realidade, pacientes e familiares geralmente solicitam suporte psicológico que possa auxiliá-los no enfrentamento das dificuldades e das sucessivas e necessárias adaptações, tanto no âmbito familiar quanto no pessoal, por um período difícil de determinar, mas que será com certeza um tempo marcado por muito sofrimento e angústia, mas também por muitas oportunidades de amadurecimento.

A Associação Brasileira de Esclerose Lateral Amiotrófica

Em 1998, médicos brasileiros juntamente com apoio do Laboratório Sanofi-Aventis fundaram a (ABRELA). Que tem como objetivo oferecer um melhor entendimento da Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) para sociedade brasileira e propiciar maiores informações e orientação para obtenção de recursos que propiciem uma melhor qualidade de vida para as pessoas portadoras e ELA, seus familiares, cuidadores e profissionais da saúde.

A ABRELA é uma entidade sem fins lucrativos, que é mantida através de doações de pessoas físicas, jurídicas e trabalhos voluntários.

O Projeto Tutor

Em 2003 a ABRELA/Laboratório Apoiar/USP e o Projeto Tutor formaram uma parceria para desenvolvimento de um trabalho para oferecer apoio emocional aos pacientes portadores de ELA e também a seus familiares e cuidadores.

Em Filho et al (2009, p. 29) “Tem por objetivo dar suporte psicológico afetivo emocional aos pacientes e familiares, compreendendo a realidade psíquica, para minorar o sofrimento pela escuta e acolhimento.”

Inicialmente participaram do projeto os alunos de graduação do curso de Psicologia da USP, mas a partir de 2007 passaram a participar alunos do curso de enfermagem e também de outras instituições. Semanalmente os tutores participam de reuniões com os coordenadores e demais participantes. Propiciando assim conhecimento e base teórica para que possam iniciar visitas às casas dos pacientes em duplas.

Inicialmente a tutoria é realizada em 12 encontros e ao término desta fase caso haja interesse por parte do paciente e também dos tutores pode-se dar continuidade as visitas. Após cada encontro, são realizadas supervisões com os coordenadores do Projeto, para discussão da dinâmica dos encontros fornecendo para os alunos maior compreensão dos fatos ocorridos. Também é necessário a elaboração de relatórios semanais.

A tutoria torna-se para os alunos de Psicologia um exercido para desenvolver a habilidade de escuta que é muito importante para a área de estudo dos mesmos. As supervisões são embasadas na teoria psicanalítica, que propicia aos alunos a praticar a interpretação dos fatos observados nas visitas.

Segundo Filho et al. (2009, p. 30):

Perceber esse relacionamento e privilegiando as questões humanas e o sofrimento psíquico, acreditamos que isso torna o contato acima de tudo humanizado e é isso que possibilita ao paciente com ELA falar sobre sua fragilidade e sofrimento, abrindo espaço para novas colocações verbais, trazendo alívio e melhorando sua qualidade de vida.

Geralmente os pacientes internados em hospitais gerais são tratados como simples números de prontuários/leitos, e não como seres humanos que precisam de atenção e cuidados não apenas físicos como psíquicos. Uma pessoa internada perde muito mais que sua saúde física, perde sua liberdade, vínculos sociais e familiares. O Projeto Tutor fornece a esses pacientes que possuem a possibilidade de estar em suas casas, a possibilidade destes pacientes terem um atendimento mais humanizado.

A proximidade da morte

Conforme citado anteriormente a esclerose lateral amiotrófica leva o paciente ao óbito em uma média de 4 anos, por este motivo se faz necessário um acompanhamento do mesmo e de sua família. Um dos períodos essenciais para este acompanhamento é o qual o paciente toma conhecimento da doença, pois neste momento o paciente nega sua condição e busca de diversas maneiras fugir desta nova realidade. Sendo, portanto, a negação o primeiro estágio após a conclusão do diagnóstico.

Segundo Ross (2008, p. 44). “Esta negação ansiosa proveniente da comunicação de um diagnóstico é muito comum em pacientes que são informados abrupta ou prematuramente por quem não os conhece bem ou por quem informa levemente sem levar em consideração o preparo do paciente.”

É possível entender a negação ao refletir sobre a forma com que a maioria das pessoas comportam-se em relação à morte. Ao ouvir sobre notícias na mídia em geral, a reação é de tristeza, mas um certo alívio, por não se incluir nessa realidade. Dificilmente alguém pensa no momento de sua morte, por mais que seja evidente e certo que isso ocorra a todos, não há uma preparação do sujeito para pensar nisso. Ao contrário, muitas religiões trazem a esperança da vida após a morte e isso faz com que as pessoas sintam-se mais tranquilas, adiando os pensamentos referentes ao momento de sua morte.

A autora também discorre de mais quatro estágios: raiva, barganha, depressão e aceitação. Por este motivo os psicólogos e outros profissionais da área da saúde precisam ter um preparo para acolher os pacientes ao passarem por estes estágios.

Segundo Borges (2003, p. 21). “O caminho percorrido por pacientes e familiares ao longo de todo este processo é repleto de perdas sucessivas, de mortes parciais, traduzidas pelas

constantes e irreversíveis atrofia muscular e perdas funcionais que a doença acarreta.”

Torres citado por Borges (2003, p. 23) “nos lembra que não apenas os sobreviventes, mas também o paciente, vivem um processo de luto antecipado, que tem início desde o momento em que ele percebe a morte como inevitável.”

Importância da Família

Durante a escuta de alguns relatos, foi observado que em muitos casos a família do paciente com ELA também entra em um estado de negação, em relação à doença, assim que o mesmo recebe o diagnóstico. Essa negação, por parte da família, pode ser pensada como uma forma de se defender do medo da perda, que infelizmente será inevitável. Porém, conseqüentemente acabam gerando um sofrimento muito maior tanto para o paciente quanto para elas mesmas.

A participação da família é de extrema importância nesse momento de adoecimento, uma vez que uma doença muda toda a dinâmica familiar.

Segundo Romano citado por Borges (2003, p.23) “é imprescindível a participação da família quando um de seus membros adoecem, isto porque, o adoecimento interfere no equilíbrio do sistema familiar. As mudanças, de um modo geral, são propiciadoras de crises, e em casos de adoecimento, tais crises advêm principalmente do estresse gerado pela quebra na rotina familiar, das redistribuições repentinas e forçadas dos papéis familiares, do aumento de custos, das inseguranças, das culpas, enfim, das exacerbações e atualizações de crises antigas e de sentimentos antes não manifestados”

E pensando em como a doença afeta a vida de todos os envolvidos, passamos a compreender como o Projeto Tutor também é importante para os familiares dos pacientes com ELA, uma vez que ao ouvirmos suas angústias e seus sofrimentos sem julgamentos, podemos gerar mudanças nesse contexto e assim acabar fornecendo o que a família mais precisa, no momento, que é apoio.

OBJETIVOS

Relatar a experiência de acompanhamento de reuniões do Projeto Tutor e
Discutir a respeito da importância de dar apoio aos portadores de ELA, seus familiares e Cuidadores.

Este estudo consiste em um relato de experiência vivenciado pelas discentes do curso de Psicologia da Universidade São Judas Tadeu, nas reuniões do Projeto Tutor, no período de Setembro à Outubro 2012.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

O Projeto Tutor foi apresentado às autoras pelos coordenadores Antônio Geraldo Abreu Filho e Ana Luiza Figueiredo Steiner, na Universidade São Judas Tadeu, durante aula de Psicologia, Educação e Saúde. Após explicações feitas sobre a ELA e também sobre o Projeto Tutor, os alunos da turma foram convidados a se tornarem tutores.

Após apresentação do Projeto, conversamos sobre nosso interesse em fazer parte do mesmo, e assim decidimos entrar em contato com os coordenadores para saber mais a respeito. Ao entramos em contato com os coordenadores, fomos muito bem recebidas e imediatamente convidadas a participar de uma reunião, junto aos demais tutores.

Já na primeira reunião, fomos acolhidas não apenas pelo coordenador, como também por todos os demais participantes. Tivemos a felicidade de acompanharmos dois casos que estavam em iniciação e dois que estavam em fase final de tutoria, com isso podemos, logo de início, observar como se dá o andamento do processo.

Nas tutorias iniciais foi possível notar que os pacientes tentam refutar o diagnóstico da ELA, mostrando através de seus relatos que parecem preferir que sejam descobertas doenças como o câncer, pois assim podem ter a esperança de cura.

Em todas as tutorias podem-se observar a angústia dos familiares, uns tentam negar a condição do paciente outros parecem esgotados, tentam afastar-se da pessoa, como se estivessem tentando afastar a causa de suas angústias.

Percebemos o quanto é importante para os pacientes a escuta dos tutores, às vezes o simples fato de estarem presentes torna-se o suficiente para sentirem-se acolhidos, já que a doença além de afetar seus portadores, também afeta os seus familiares e cuidadores.

Além disso, ficou claro também como as supervisões são importantes, principalmente, pelo fato que constantemente os pacientes trazem questões como a incapacidade e a morte eminente.

Através das supervisões, começamos a trabalhar a nossa própria escuta através dos casos que nos são apresentados e nos permite fazer o exercício da reflexão. Muitas vezes nos deixamos levar apenas pelo o manifesto, mas através desse exercício de reflexão começamos a investigar o latente dos relatos e assim nos propiciando uma escuta verdadeira.

DISCUSSÃO

Muitos autores referem-se a ELA como um elemento que contribui consideravelmente para o desenvolvimento da depressão, não só dos pacientes portadores da doença, mas também seus cuidadores, e assim deixando clara a importância do acompanhamento psicológico neste período de tanta angustia.

É necessário também, um acompanhamento dos profissionais da área da saúde que lidam diariamente com os pacientes e com situações que remetem a questões pessoais, como a forma que eles encaram a morte.

Segundo Couto (2004, p. 80),

O acompanhamento psicológico de pacientes aponta para o surgimento de quadros de depressão, ansiedade e desespero, não sendo raros os casos de pacientes que desejam e inclusive tentam suicídio. Já os cuidadores se mostram exauridos, estressados e apresentando sentimentos ambíguos vários, que geram sentimento de culpa depressão. Muitos se veem em uma situação sem escolhas e

estressante, além de não encontrarem apoio na família ou na instituição que trata do paciente.

Quanto aos resultados decorrentes das visitas Filho et al. (2009, p. 29) afirmam:

No decorrer do tempo da parceria pudemos constatar que tais atendimentos tem propiciado amadurecimento e mudança de postura dos alunos tutores, levando-os a perceber a importância do contato inter-humano entre tutores e pacientes, bem como a possibilidade do paciente poder falar sobre seu sofrimento.

Ao nos perguntarmos o que esperamos do projeto, pode-se dizer que esperamos estar preparadas e capazes para futuramente poder ajudar alguém com seus conflitos, ansiedades e sofrimentos e assim auxiliar na passagem desse momento tão difícil para algum portador e familiares.

Ao nos inserirmos no projeto, inicialmente encaramos essa experiência como um momento de aprendizado e reflexão sobre questões referente a uma doença progressiva como a ELA, a morte, e ao mesmo tempo, aprender uma ferramenta essencial ao psicólogo, que nesse caso seria a escuta a esses pacientes que futuramente pretendemos atender. Pensando no nome dessa ferramenta, parece algo fácil, mas a escuta exige um amadurecimento, algo possível de aprender após exercício contínuo junto a pacientes.

CONCLUSÃO

Mesmo com o pouco contato que tivemos com o projeto, acreditamos que o Projeto Tutor propicia aos estudantes um meio de desenvolver habilidades para lidar com questões muito delicadas, ajudando assim não só na sua prática profissional futura, mas também em questões da vida pessoal.

REFERÊNCIAS

- ANEQUINI, I. P.; PALLES, J. B. Avaliação das atividades da ABRELA: Orientações oferecidas, expectativas atendidas. São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.latoneuro.com.br>>. Acesso em: 21 out. 2012.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA (ABRELA). ELA. Disponível em: <<http://www.abrela.org.br>>. Acesso em: 21 out. 2012.
- BORGES, C. F. Dependência e morte da “mãe de família”: A solidariedade familiar e comunitária nos cuidados com a paciente de esclerose lateral amiotrófica. Psicologia em estudo, Maringá, v.8, n. esp. 21 – 29. 2003. disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 21 out. 2012.
- COUTO, C. B. O paciente oculto: revelando as consequências que o cuidador de um paciente portador de esclerose lateral amiotrófica promove na vida do cuidador familiar. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://teses.ufrj.br>>. Acesso em: 21 out. 2012.
- DURÁN, M. A. et al. Principais orientações da fisioterapia motora no ambulatório de Esclerose Lateral Amiotrófica. Revista Neurociências, São Paulo, V. 14, n. 2, p. 93-93, abr/jun. 2006. disponível em: <www.unifesp.br>. Acesso em: 21 out. 2012.
- FILHO, A. G. A.; et al. Projeto tutor parceria – ABRELA/USP. Revista Neurociências, São Paulo, 17 (suplemento) 29-30, 2009. disponível em: <www.revistaneurociencias.com.br>. Acesso em: 21 out. 2012.
- LOPES, A. C. Diagnóstico e tratamento. v. 1 . Barueri, SP: Manole, 2003.
- PACINI, A. C.; SILVA, P. T. O olhar do fisioterapeuta em relação aos doentes com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) através do Projeto Tutor: uma compreensão afetivo – emocional. São Paulo Disponível em: <<http://www.latoneuro.com.br>>. Acesso em: 21 out. 2012.
- PEREIRA, R. D. B. Epidemiologia: ELA no Mundo. Revista Neurociências, São Paulo, V. 14, n. 2, p. 9-13, abr/jun. 2006. disponível em: <www.unifesp.br>. Acesso em: 21 out.

2012.

ROSS, E. K. Sobre a morte e o morrer. São Paulo, Martins Fontes, 2003.

SAÚDE DIRETA. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Esclerose Lateral Amiotrófica: Riluzol. Disponível em: <www.saudedireta.com.br>. Acesso em: 21 out. 2012.

SILVA, G. E. G.; VALENÇA, M. O. S. Neurologia Clínica. Recife: Editora Universitária a Universidade Federal de Pernambuco, 2003.

Sobre o encerramento de uma tutoria: momento de despedida

Monique Sayuri Xavier Shiroma⁹⁴,

Antonio Geraldo de Abreu Filho⁹⁵,

Ana Luiza de Figueiredo Steiner⁹⁶,

Helga Cristina Almeida da Silva⁹⁷

Acary Souza Bulle Oliveira⁹⁸

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo⁹⁹

RESUMO

Este trabalho apresenta uma experiência de atendimento de tutoria domiciliar a uma paciente com Esclerose Lateral Amiotrófica, com o intuito de discutir o processo de encerramento dessa tutoria. O atendimento faz parte do Projeto Tutor, que é vinculado ao Laboratório APOIAR de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social e à ABrELA (Associação Brasileira de Esclerose Lateral Amiotrófica). O objetivo desse estudo é analisar como esse momento significativo do atendimento de tutoria é vivenciado na relação entre tutora e paciente. No atendimento em questão, a paciente se defrontou em dois momentos com o desfecho, já que durante o processo um dos tutores precisou sair do projeto. Agora, a impossibilidade de a outra tutora prosseguir com o atendimento, traz mais um desfecho e o encerramento da tutoria. Esse atendimento acontece há dois anos e meio, e demandou a compreensão do encerramento como um processo, que necessita da deposição de acolhimento, amparo e sustentação, para que a despedida possa ser, aos poucos, elaborada. Ainda, durante os atendimentos, diante da angústia da tutora em abordar o

⁹⁴ Aluna do curso de Graduação em Psicologia pela USP; e-mail: monique.shiroma@usp.br

⁹⁵ Coordenador do Projeto Tutor ABrELA-USP; mail: anbeot@uol.com.br

⁹⁶ Coordenadora do Projeto Tutor ABrELA USP; email: steinfigueiredo@hotmail.com

⁹⁷ UNIFESP/EPM/ABrELA;⁵UNIFPEPM/ABrELA

⁹⁸ UNIFESP/EPM/ABrELA;⁵UNIFPEPM/ABrELA

⁹⁹ Coordenadora do Laboratório APOIAR/USP; e-mail: ltardivo@uol.com.br

encerramento, configurou-se um não-dito, no qual ambas sabiam do desfecho como possibilidade inevitável, mas não dialogavam sobre isso. Nesse sentido, fica nítida a contribuição da supervisão clínica para o desenrolar do processo, pois ao ser ouvida e acolhida em sua angústia referente ao encerramento, tutora pode se abrir para escutar e acolher a paciente nesse momento de despedida. O amparo e a sustentação vividas, tanto na supervisão clínica quanto no atendimento, possibilitaram elaboração do encerramento por parte tanto da tutora quanto da paciente.

Palavras-chave: tutoria, esclerose lateral amiotrófica, projeto tutor, encerramento.

Introdução

A Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) é uma doença neurodegenerativa fatal, caracterizada pelo comprometimento dos neurônios motores superior (no cérebro) e inferior (na medula espinhal), e pela paralisia progressiva. O nome Esclerose Lateral Amiotrófica significa fraqueza muscular secundária por comprometimento dos neurônios motores. É uma das principais doenças neurodegenerativas, ao lado das doenças de Parkinson e de Alzheimer. Ainda, é a forma mais comum das doenças do neurônio motor, e o envolvimento predominante é da musculatura dos membros, seguindo-se comprometimento bulbar. Essa doença não afeta o raciocínio intelectual e os órgãos dos sentidos; as capacidades mentais e psíquicas permanecem, frequentemente, inalteradas (Oliveira *et al.*, 2009).

Não se conhece a causa específica dessa doença e, na atualidade, ela ainda não tem cura. É uma doença de difícil diagnóstico, e seu tratamento é multidisciplinar, com acompanhamento médico, fonoaudiológico, fisioterápico, nutricional e psicológico (Varella, site acessado em 23/10/2012).

A evolução da doença traz consigo limitações progressivas e ininterruptas, que afetam intensamente a qualidade de vida das pessoas com ELA, bem como de seus familiares e de seus cuidadores. Nesse sentido, a Psicologia se apresenta como possibilidade de oferecer apoio e amparo psicológico a essas pessoas afetadas pela ELA, direta ou indiretamente. O diagnóstico de uma doença como essa afeta profundamente a pessoa acometida e seus familiares, despertando sentimentos como raiva, medo, preocupação, tristeza. Entrar em contato com a descoberta de que se tem uma doença

neurodegenerativa progressiva, fatal e sem cura pode potencializar ou disparar estados depressivos. O apoio da família e dos amigos, e o acompanhamento psicológico das pessoas com ELA mostra-os que eles não estão desamparados nessa difícil jornada, colaborando para que eles possam elaborar esse momento de vida e esse modo de adoecer (Ross, 1987).

Método

O Projeto Tutor é fruto de uma parceria entre o Laboratório APOIAR de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do IPUSP e a ABrELA (Associação Brasileira de Esclerose Lateral Amiotrófica). Visa propiciar aos pacientes, porventura aos familiares e cuidadores, um espaço de acolhimento, amparo, escuta e compreensão. Para isso, conta com atendimentos domiciliares semanais, realizados por uma dupla de tutores. Esse Projeto compreende: preparação dos tutores, antes de iniciarem os atendimentos domiciliares, em encontros semanais; visitas semanais ao domicílio do paciente por, pelo menos, doze encontros, podendo ter prosseguimento após esse período; supervisão clínica semanal.

O atendimento de tutoria não se caracteriza como processo psicoterapêutico de intervenção interpretativa, mas como espaço de escuta, acolhimento, compreensão e amparo para as angústias do paciente. Os tutores têm abertura e disponibilidade para estar com o paciente da maneira como este decide se apropriar daquele tempo e daquele espaço de encontro. Sendo assim, podem ler um livro, ver TV, jogar jogos, conversar, ou até mesmo dividir momentos de silêncio.

As supervisões clínicas das visitas domiciliares acontecem semanalmente, e se oferecem como lugar e momento para pensar a prática clínica e a relação vincular com o paciente e com seus familiares. Trata-se de um espaço para reflexão e elaboração da prática clínica, com troca de experiência entre os alunos.

Adiante será apresentado um estudo de caso que traz em seu bojo a problemática do encerramento, processo esse em andamento que se encaminha para seu desfecho.

Objetivos

Lançar um olhar sobre o encerramento de uma tutoria, compreendendo o encerramento não como uma ruptura, mas como um processo que exige cuidado e

acolhimento. Analisar como esse momento significativo do atendimento de tutoria é vivenciado na relação entre tutora e paciente.

Estudo de Caso

Helena (nome fictício) tem 59 anos, é solteira e mãe de dois filhos homens. Ela e o filho mais velho moram na casa de sua mãe, e o filho mais novo é casado e tem uma filha. A cuidadora principal era sua mãe, mas com a mudança do irmão de Helena para a casa delas, este passou a dividir a tarefa de cuidador. Ainda, diante do envelhecimento da mãe, passou a dedicar cuidados a ela também.

Helena tem o diagnóstico da doença há mais de oito anos, e ainda apresenta movimentos no corpo todo, embora com fraqueza generalizada e lentidão. Ela não anda mais, permanecendo boa parte do dia em sua cadeira de rodas, ou no sofá, onde assiste a seus programas de televisão, faz crochê e joga em seu *tablet*. Sua fala está preservada e levemente comprometida, raras vezes se apresentando como pastosa. Ainda, dorme com o auxílio do BiPAP.

A tutoria já acontece há dois anos e meio, o que compreende mais de 90 atendimentos, sendo que os 34 primeiros foram realizados por uma dupla de tutores. Diante da impossibilidade de um dos tutores prosseguir com o atendimento, aconteceu a despedida dele, havendo a continuidade da tutoria pela outra tutora da dupla. Nos atendimentos que se seguiram à despedida desse tutor, intermitentemente a paciente falava sobre ele, resgatando-o no atendimento, através de sua memória e das lembranças que tinha dele. Fazia-o um ausente presente, tutor que não estava mais lá, mas que permanecia. Lembrava-se dele com afeto e emoção, perguntando se a tutora ainda o via e se sabia como ele estava, interessada em trazer um pouco dele para o atendimento. Helena perguntava com um brilho no olhar e uma chama na voz, interessada em ouvir que ele estava bem, se perguntava e se lembrava dela. Algumas vezes, chorou. Choro de lembrança de uma pessoa querida e repleta de significado. Estava difícil para ela lidar com essa perda, com essa falta que nenhum outro tutor, mesmo que viesse, conseguiria preencher. Mas, ainda que fosse uma falta, e uma falta doída, nutria uma relação de gratidão com essa pessoa, compreendendo que a falta não era abandono, mas era presença de um ausente muito significativo. Perguntar dele para a tutora era um modo de ela continuar em contato com ele de alguma forma. Através da tutora comunicava sua dor e a falta que sentia da presença

dele, revelando um trabalho de difícil elaboração da perda que não cessou até o término dos atendimentos.

Nos últimos meses, Helena apresentou um movimento de se mostrar como detentora de diversas qualidades, por exemplo, quando mostrou para a tutora, durante todo um atendimento, sua destreza de raciocínio, lógica e agilidade de pensamento nos jogos de seu *tablet*. Ainda, contou narrativas de sua vida, mostrando o quanto era interessante, e falando de sua sensação de estar muito viva e ágil por dentro, limitada pelos limites de seu corpo acometido pela ELA. É como se quisesse mostrar para a tutora quão interessante ela é, numa tentativa de comunicar que tinha qualidades e vivacidade a oferecer. Isso é mais facilmente compreendido lançando um olhar para o contexto, no qual a paciente estava sentindo a iminência de mais uma perda, de mais uma ruptura, já que este era o ano em que a tutora se formaria na faculdade. O não-dito pairava no ar, comunicando que ela já estava sentindo o que estava difícil de ser dialogado, colocado em palavras – tanto por ela quanto pela tutora.

Algumas vezes, perguntou para a tutora sobre o término de sua graduação, buscando saber o que a tutora pretendia fazer depois de formada. Nesse questionamento, trazia interesse e cuidado – pela tutora e por si mesma. Cuidado pela tutora no sentido de com isso compreender que em algum momento esta teria que seguir seu caminho profissional, e que talvez a paciente não estivesse incluída mais; nesse sentido, lembrava já ter sido atendida por uma estagiária da área da saúde que, quando se formou, precisou encerrar os atendimentos. Comunicava gratidão por essa outra estagiária, e alegria por saber que ela se lançaria em busca de seus objetivos. Já o cuidado por si mesma foi no sentido de ela se preparar para a futura ruptura em um futuro não tão distante.

Mesmo permeando as fronteiras do assunto, tutora e paciente não falavam do encerramento como possibilidade propriamente – e o não-dito permanecia. Ao falarem do término da graduação, paciente e tutora já estavam falando de um fechamento de um ciclo. Fechamento este que poderia fechar outras portas, inclusive a porta que se abriu, timidamente, há dois anos e meios atrás.

Com a ajuda da supervisão clínica, a tutora pôde entrar em contato com a existência do não-dito no atendimento, permeando a angústia da paciente diante do não-saber sobre a continuidade ou encerramento, bem como da própria tutora. Helena parecia mostrar seu receio de ser abandonada, precisando mostrar-se interessante e dotada de várias

qualidades. A angústia quanto ao encerramento já pairava no ar dos atendimentos de maneira não-verbal, que dificultava o início da elaboração. Na supervisão a tutora entrou em contato com sua própria dificuldade em encerrar a tutoria, e com a angústia que cerceava o rompimento de um vínculo tão significativo, construído artesanalmente por uma multiplicidade de mãos, afinal muitos transitaram pelo tempo e pelo espaço da tutoria: o outro tutor, a mãe de Helena, seus filhos, sua neta, suas sobrinhas, seus tios e as pessoas que iam visitá-la.

A tutora tendo consciência de que não mais poderia dar continuidade à tutoria, precisou lidar com a dor do encerramento como possibilidade inevitável, e com a necessidade de cuidar do desfecho como um processo. A clareza que passou a ter quanto que o encerramento não era abandono, mas uma despedida, ajudou nessa trajetória. No atendimento que se seguiu, a tutora abriu o encontro introduzindo o assunto e colocando em palavra o que até então estava na ordem do não-dito, a angústia da paciente pôde tomar forma e se apresentou em lágrimas e silêncio. Esses acontecimentos que se manifestaram diante da constatação e clareza do encerramento, abriram caminhos. Iniciava o processo não de abandono, mas de despedida com abertura: portas abertas para rememorar a historicidade dos atendimentos, para lembrar a presença/ausência do outro tutor, para falar da dor do encerramento e de tantos afetos compartilhados.

Helena falou para que a tutora viesse visitá-la depois do encerramento: estava comunicando que sua porta nunca estará trancada. Quis conversar com a tutora sobre a entrada desta no projeto, do como adentrou nessa experiência, do como vivenciou isso nos anos de graduação. Quis conversar sobre os planos da tutora para o futuro, sobre como está se lançando para as próximas experiências. Quis saber como os atendimentos afetam os alunos, e comentou que “os primeiros pacientes a gente nunca esquece”, sabendo que ela foi uma das primeiras pessoas que a tutora atendeu.

De fato, os primeiros atendimentos não são esquecidos. De fato, Helena sempre será rememorada.

Nesse estudo de caso fica nítida a contribuição da supervisão clínica para o desenrolar da tutoria, pois ao ser ouvida e acolhida em sua angústia referente ao encerramento, a tutora pôde se abrir para escutar e acolher Helena nesse momento de despedida. Em momentos nos quais indivíduos se encontram em estado de sofrimento

psíquico, a vivência da sustentação e do *holding*, de Winnicott, se mostra importante (Steiner et al, 2008). Nesse caso, o amparo e a sustentação vividas, tanto na supervisão clínica, quanto no atendimento, possibilitaram elaboração do encerramento por parte tanto da tutora quanto da paciente.

Considerações finais

O encerramento, nesse processo, se deu em dois momentos significativos, seja quando o primeiro tutor saiu do projeto, seja quando a segunda tutora se viu impossibilitada da continuidade, o que culminou com a necessidade do encerramento dos atendimentos de tutoria.

A temática do encerramento e da despedida já permeava os atendimentos, mesmo antes de se falar explicitamente sobre o assunto, e mostrava que havia uma angústia e um sofrimento presentes, além do receio quanto à vivência de abandono por parte da paciente. Tutora também experienciou angústia ao se deparar com o encerramento como possibilidade inevitável, o que dificultava tratar desse assunto com a paciente, em busca de traduzir o não-dito em fala e em sentido.

Diante de tudo isso, o encerramento demandava ser compreendido como um processo, processo que traz em seu bojo acolhimento, amparo e suporte, através de um ambiente suficientemente acolhedor (Winnicott, 1965). Isso deu abertura para que tutora e paciente pudessem elaborar esse momento de encerramento da tutoria. Foi crucial, nesse sentido, que, em supervisão clínica, a tutora fosse acolhida e amparada em sua angústia referente ao desfecho, para que pudesse se abrir para a escuta e a compreensão da paciente nesse momento tão significativo de despedida e de resgate da historicidade desses atendimentos de tutoria. Assim, o amparo e a sustentação vividas, seja na supervisão clínica, seja nos atendimentos, com a criação e manutenção de ambientes acolhedores, possibilitaram um encerramento de processo terapêutico, sendo o processo de encerramento também um momento terapêutico, pois permeado por busca de sentido e por elaboração conjunta.

Referências

KUBLER-ROSS, E. . *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes., 1987

OLIVEIRA, A.S.B.; QUADROS, A.A.J.; SILVA, H.C.A.; CHIEIA, M.A.; PEREIRA, R.D.B & FERNANDES, E. . *Livreto Informativo ELA: Esclerose Lateral Amiotrófica*. São Paulo: Guinom Ltda., 2009,

STEINER, A.L.F. ; ABREU FILHO, A.G.; SILVA, H.C.A.; QUADROS, A. & TARDIVO, L.S.P.C.. *Parceria Abrela/Apoiar: O papel da psicologia clínica social no relato de experiências vividas nas visitas domiciliares feitas aos pacientes com esclerose lateral amiotrófica (ELA) e alunos de psicologia*. In: Tardivo, L.S.P.C & Gil, C.A. (Orgs.) *Apoiar: novas propostas em psicologia clínica*. São Paulo: Sarvier., 2008.

WINNICOTT, D.W. . *O Valor das Consultas Terapêuticas*. In. Winnicott, C, Shepherd,R. (orgs.) D.W. WINNICOTT – *Explorações Psicanalíticas*. Pouso Alegre: Artes Médicas, 1965.

Site: <http://drauziovarella.com.br/doencas-e-sintomas/esclerose-lateral-amiotrofica-ela/> (acesso em 23 de outubro de 2012)

TRABALHOS

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

A Tendência Antissocial e o Feminino¹⁰⁰

Luci Mara Garcez Marin¹⁰¹

Maria Abigail de Souza¹⁰²

Resumo

Introdução: A literatura especializada privilegiou os estudos sobre a tendência antissocial em meninos, em razão da maior incidência e consequente visibilidade. A presente pesquisa segue uma tendência atual de considerar as manifestações da tendência antissocial no sexo feminino, em especial a mentira, o roubo e a fuga, utilizando a fundamentação teórica psicanalítica, ressaltando-se as contribuições de Donald Winnicott, o qual considera a tendência antissocial como um sintoma voltado ao ambiente como expressão de esperança em recuperar uma situação positiva outrora experimentada e perdida. **Método:** Clínico-qualitativo, desenvolvido por Turato, em que foram descritos os atendimentos de duas adolescentes que apresentavam a tendência antissocial e, a partir deste material, estabeleceram-se duas vertentes principais para a análise dos resultados: o funcionamento psíquico e o tratamento. **Resultados e Discussão:** Com relação ao funcionamento psíquico destacaram-se os sentimentos de rejeição e abandono em relação à figura materna, os quais teriam dificultado o processo de identificação com o feminino. Foram observadas experiências de negligência e violência intrafamiliar, fatores desencadeantes da tendência antissocial, de modo similar aos achados de pesquisas referentes ao gênero masculino. **Considerações finais:** O surgimento mais tardio nas meninas dos comportamentos antissociais pode decorrer do maior tempo de permanência no ambiente familiar, aspecto cultural relacionado ao gênero feminino, situação que expõe a menina a variadas modalidades de violência: física, psicológica, sexual. Os sintomas propriamente ditos, no nosso caso mentir, furtar, cabular aulas e fugir, foram interpretados como tentativas de buscar no ambiente o afeto materno que lhes foi retirado e sobre o qual

¹⁰⁰ Este trabalho deriva de uma tese de doutorado, defendida em abril de 2011, no IPUSP.

¹⁰¹ Doutora do Programa de Pós-Graduação: Psicologia Clínica

¹⁰² Professora Titular – Orientadora do Doutorado do Programa de Pós-Graduação: Psicologia Clínica

tinha direitos (mentir e furtar geralmente associados), ou a ruptura com atmosferas ambientais saturadas de experiências estressoras (cabular aulas e fugir de casa).

Palavras-chave: Delinquência juvenil. Feminilidade. Psicanálise do adolescente. Serviços de saúde mental.

REFERENCIAL TEÓRICO

A tendência antissocial

Na atualidade, mais e mais a cada dia, psicólogos e psiquiatras se ocupam, seja em seus consultórios ou em instituições de saúde mental, de crianças e adolescentes cujo sofrimento se relaciona a sintomas da tendência antissocial. São meninos e meninas (especialmente os primeiros), encaminhados pela escola ou pelo pediatra, com hipóteses diagnósticas genéricas como “distúrbio do comportamento” ou “comportamento antissocial”, que apresentam como queixas indisciplina constante, agressividade, dificuldades de aprendizagem, agitação psicomotora, oposição e rebeldia. Procedendo-se a uma análise mais detalhada, nota-se que os sintomas se dispõem numa escala que vai desde episódios de birra e desobediência infantis até oposições sistemáticas a limites e normas sociais que tendem a romper o curso de um desenvolvimento sadio, causando sérios prejuízos à escolarização e à convivência social, constituindo importante fonte de sofrimento às crianças/adolescentes e às suas famílias e, em extensão, aos educadores.

Nos manuais de Psiquiatria: Classificação Internacional de Doenças CID-10 (O.M.S., 2003) e *Diagnostic Statistics Manual DSM-IV* (A.P.A., 1995), os quais priorizam o comportamento manifesto, essas crianças e adolescentes são diagnosticados como portadores de transtorno desafiador e de oposição ou transtorno de conduta, tendo como critérios a persistência do comportamento agressivo, as repetidas tentativas de violação dos direitos básicos dos demais e a não aceitação de normas e regras apropriadas para a idade. Estes comportamentos geralmente se apresentam tanto no ambiente familiar quanto na escola, provocando sérias dificuldades de relacionamento familiar e fracasso no desempenho escolar.

Os comportamentos antissociais mais leves (mentir, cabular aulas, furtar objetos) costumam anteceder os mais graves (brigas com uso de armas, arrombamentos, assaltos) e, com o tempo nota-se o abuso de álcool e drogas, principalmente no sexo masculino (Loeber & Dishion, 1983) e os quadros de ansiedade e depressão, principalmente no sexo feminino (Robins, 1986; Rutter, 1992).

Com relação ao gênero, nos meninos prevalecem as brigas, furtos e vandalismo e nas meninas as mentiras, cabular aulas, uso de drogas e prostituição. (A.P.A., 1995). Com relação ao furto, especificamente, Marcelli e Braconnier (2007) apontam que as meninas são amplamente representadas nos furtos a hipermercados, enquanto nos outros furtos (veículos, locais habitados e outros tipos) os meninos são a maioria.

Barbieri, Jacquemin e Alves (2004) compararam os referenciais descritivo e psicanalítico no que se refere à tendência antissocial e encontraram mais aspectos convergentes do que divergentes: o ambiente familiar como fator etiológico e a menor possibilidade de vincular o quadro a uma organização específica de personalidade, destacando que a abordagem psicanalítica confere uma compreensão mais aprofundada aos estudos descritivos.

Para Winnicott (1956a/1995), a tendência antissocial não é um diagnóstico, mas um sintoma que pode se manifestar tanto em indivíduos normais como em neuróticos ou psicóticos, em crianças, adolescentes ou adultos. Decorre de um desapossamento ou privação¹⁰³ emocional que teria ocorrido numa época em que a criança já teria consciência de que a causa do fato reside numa falha ambiental. A criança teria perdido algo significativo e bom de sua experiência; as coisas iam bem até que ocorria uma mudança ambiental importante, que interromperia o curso do desenvolvimento emocional e comprometeria a capacidade de utilizar a criatividade para se relacionar com o mundo, situação em que a criança, por meio de impulsos inconscientes, usaria como recurso compelir alguém a cuidar dela. Assim, compreende-se que o ambiente tem uma importância fundamental para o indivíduo que manifesta a tendência

¹⁰³ O termo privação difere do termo deprivação, pois este último implica numa situação de falta, carência total, enquanto o primeiro se refere a uma situação em que algo ou alguém com quem a criança contava, lhe é retirado subitamente, o que estaria na origem da tendência antissocial. O neologismo deprivação faz parte da linguagem técnica psicanalítica no contexto winnicottiano. (Bogomoletz, 1990, p.13).

antissocial, tanto no que se refere à sua etiologia, quanto no tratamento, pois a criança que apresenta atos antissociais estaria vislumbrando, frente a um novo ambiente, confiabilidade e tolerância suficientes para impedir e reparar a destruição: “...para tolerar o incômodo, para reconhecer o elemento positivo na tendência anti-social, para fornecer e preservar o objeto que é procurado e encontrado.” (Winnicott, 1956a/1995, p. 136).

A destrutividade é uma direção possível da tendência antissocial. Winnicott (1956a/1995) descreve as manifestações da tendência antissocial, que variam numa escala desde a enurese noturna, num extremo, até as perversões e todos os tipos de psicopatia, no outro, são os distúrbios de comportamento ou de caráter. Ao longo dessa escala encontram-se outras manifestações como roubar e mentir e a tendência ao chamado comportamento delinquente. Cada um dos sintomas da tendência antissocial possui um significado diferente, entretanto todos referidos ao seu valor de incômodo, muitas vezes explorado pela criança, com motivações apenas em parte, inconscientes. Nesta apresentação destacaremos a primeira direção da tendência antissocial, a mentira e o roubo, que aparecem geralmente associados.

A mentira e o roubo

Freud (1913/1976), em seu texto “Duas mentiras contadas por crianças”, chama a atenção para a ocorrência de mentiras decorrentes de sentimentos excessivos de amor pelos genitores, os quais podem interpretar erroneamente o gesto infantil e punir severamente os seus filhos. A mentira infantil não indica um prognóstico de mau caráter, mas uma vinculação a forças motivadoras poderosas.

Parece-nos, entretanto, que quando a mentira é muito frequentemente utilizada pela criança ou adolescente, passa a ser um sintoma da tendência antissocial, podendo tornar-se um ato compulsivo. As mentiras extrapolam o lar e se espalham pelos outros locais de convívio, tornando-se a criança ou o jovem “o mentiroso”.

Winnicott (1982), aponta o desconhecimento, pela criança, das razões pelas quais ela mente:

Uma criança não pode dar a razão real, porque a ignora e o resultado poderá

ser que, em vez de sentir uma culpa quase insuportável, em consequência de ser mal compreendida e censurada, sua pessoa se divide em duas partes, uma terrivelmente severa e outra possuída por impulsos maléficos. A criança, então, deixa de sentir-se culpada, mas em vez disso, transforma-se no que as pessoas chamarão de mentirosa. (p.187)

Para Winnicott (1956a, p.132) “*O roubo está no centro da tendência antissocial, associado à mentira*”. A criança que furta não está procurando o objeto roubado, mas a mãe, sobre a qual sente que tem direitos. Estes direitos estariam relacionados ao desempenho da função materna primária. Essa exigência da criança, explica Maia (2007), se relaciona ao *holding*, ao suporte materno ao bebê, pois o que a criança reivindica, ao roubar, é a disponibilidade da mãe (exigência no tempo) e a sintonia desta com o bebê na forma de um “adoecimento sadio” (preocupação).

A criança que furta estaria demonstrando ao ambiente que houve falhas no *holding* materno, ou seja, a mãe não foi bem sucedida ao prover as necessidades egóicas até o momento em que o bebê tivesse maturidade suficiente para manter introjetada a figura materna suficientemente boa, que o fizesse suportar as esperadas falhas ambientais.

A Adolescência feminina e a tendência antissocial

Há uma importante proximidade entre as manifestações da tendência antissocial e os comportamentos característicos da adolescência. Aberastury e Knobel (1981) criaram o termo ‘síndrome normal da adolescência’, justificando unir síndrome (entidade clínica) e normalidade por considerarem que a conduta juvenil pode ser vista como aparentemente semipatológica pelos adultos. Contudo, do ponto de vista da psicologia evolutiva, essa conduta pode ser considerada normal e coerente. Os autores descrevem as características fundamentais dos adolescentes, duas delas relacionadas ao nosso tema:

Atitude anti-social reivindicatória com tendências anti-sociais ou associas de diversa intensidade e Contradições sucessivas em todas as manifestações da conduta, dominada pela ação, que constitui a forma de expressão conceitual mais

típica deste período da vida (p.29).

Levisky (1998) afirma que a vulnerabilidade egóica característica da adolescência, quando somada à inadequação das condições ambientais, tende a amplificar a ameaça constante de ruptura das relações inter/intrasubjetivas, derivando mecanismos regressivos em que predominam estados mentais primitivos como onipotência, egocentrismo, cisão/negação da realidade, concretude do pensamento e passagem ao ato.

O levantamento bibliográfico sobre a tendência antissocial no sexo feminino levou-nos a estudos sobre delinquência e, conseqüentemente, à população adolescente que cumpria medidas judiciais decorrentes de atos infracionais.

Uma pesquisa utilizando método qualitativo, com adolescentes infratoras no Rio de Janeiro, foi desenvolvida por Assis e Constantino (2001), no Educandário Santos Dumont, entidade responsável pelo atendimento a adolescentes que necessitam cumprir medida socioeducativa de internação ou internação provisória devido a atos infracionais. Foram realizadas entrevistas com 27 adolescentes internas, 20 mães e 10 funcionários, dados somados à observação das meninas no pátio, no refeitório e nas atividades de profissionalização. As autoras compreenderam o ingresso das jovens na criminalidade como *“...resultado de uma variedade de pressões sociais, econômicas, estruturais e culturais, que se interrelacionam de múltiplas formas e em diferentes intensidades, combinadas com respostas específicas de cada individuo.”* (p.33).

Esta pesquisa investigou o universo feminino infrator a partir das falas das adolescentes e de suas mães e concluiu que há especificidades de gênero importantes, a saber: similaridade das histórias de vida de mães e filhas; relação familiar muito problemática com a mãe (falta de intimidade e de diálogo); constante afastamento da menina da família de origem; histórias de agressões psicológicas e físicas, violência sexual; iniciação precoce da vida sexual e conseqüentes gestações e abortos; uso de medicamentos ansiolíticos e tranquilizantes e a ocorrência de distúrbios mentais.

No Chile, Vinet e Banares (2009), ao realizarem pesquisa sobre a personalidade de adolescentes infratoras, descreveram jovens que se mostram hostis e combativas, demonstrando indiferença quanto à conseqüência de seus atos, que desrespeitam as

normas sociais e as expectativas alheias, especialmente quando diante de adultos em posição de autoridade. Essas meninas, ao mesmo tempo em que procuram intimidar e obter controle agressivo sobre os outros, apresentam tristeza, temor ao ridículo e ao desprezo pelos pares, além de possíveis sentimentos de perda ou abandono por parte de suas figuras de apego significativas. Com este funcionamento dual, as oscilações emocionais e o comportamento imprevisível, as meninas infratoras estariam apresentando características compatíveis com um futuro estado limite de personalidade. No que se refere às semelhanças e diferenças entre os grupos de infratores masculinos e femininos, as autoras observaram que ambos estão expostos a fatores de risco como reincidência e relação com pares com compromisso delitivo, problemas escolares, desestruturação familiar e membros da família vinculados a atos transgressores. Entretanto, o grupo feminino demonstra maior exposição à vitimização no ambiente familiar por meio de violência, maus-tratos e/ou abuso sexual, criando necessidades psicológicas que tendem a se expressar em seus comportamentos antissociais.

MÉTODO

Foi utilizado o Método Clínico-Qualitativo, desenvolvido por Turato (2010), definido como um refinamento dos métodos qualitativos voltado para o *setting* da saúde. Para a realização da pesquisa foram escolhidos os casos clínicos de duas adolescentes do sexo feminino, com 15 e 16 anos, cujo encaminhamento ao CAPSi foi motivado por manifestações de tendência antissocial, em especial a mentira, o roubo e a fuga.

Tendo sido escolhidos os sujeitos da pesquisa, passamos a considerar as fontes de dados (registros dos atendimentos, observações da psicóloga e de outros técnicos, registro de reações contratransferenciais, anotações de prontuários) para o levantamento dos dados a serem analisados.

As duas adolescentes escolhidas como amostra intencional e suas famílias submeteram-se a diferentes intervenções psicológicas e a atendimento psiquiátrico, tendo sido atendidas em psicoterapia individual (uma vez por semana) e/ou em grupo (uma vez por semana), durante onze meses (a 1ª) e doze meses (a 2ª). Os familiares (pais) receberam atendimento simultaneamente, quando possível. Esta prática foi registrada por relatos escritos dos atendimentos, contendo as observações da psicóloga e de outros técnicos e a evolução do

trabalho foi descrita nos respectivos prontuários.

Dos atendimentos psicológicos foram extraídos trechos relacionados à temática da pesquisa, isto é, momentos em que surgiram questões ligadas à manifestação da tendência antissocial, a processos de identificação, à relação com a psicóloga (aspectos transferenciais e contratransferenciais), às modalidades de atendimento ofertadas e as reações dos sujeitos a estas.

Para haver uma inferência e análise possíveis dos dados levantados utilizamos uma adaptação da técnica de análise de conteúdo, de acordo com a indicação de Turato (2010) para o desenvolvimento da pesquisa clínico-qualitativa: *“As técnicas da análise de conteúdo estão para as pesquisas qualitativas, assim como as técnicas estatísticas estão para as pesquisas quantitativas”* (p.443).

Em nossa pesquisa, efetuamos em primeiro lugar a pré-análise, que se constitui na exploração do material selecionado para análise baseado na “leitura flutuante”, em analogia à atitude do psicanalista (Bardin, 2010, p.122), da qual emergiram duas vertentes principais: o funcionamento psíquico e o tratamento na instituição.

Resultados

Neste trabalho apresentamos os resultados da análise da primeira vertente, o funcionamento psíquico, entendido como a análise baseada na teoria psicanalítica, relacionada a questões edípicas no sexo feminino, às relações objetais e ao processo de identificação feminina.

A partir dos elementos obtidos na pré-análise dos instrumentos da pesquisa, destacamos as categorias de análise¹⁰⁴, compostas por elementos comuns (subcategorias), consideradas por relevância e/ou repetição de temáticas. As subcategorias encontradas foram: **A rejeição e o abandono maternos; As falhas no processo de identificação feminina; A violência intrafamiliar e seus efeitos.**

¹⁰⁴ “O sistema de categorias deve refletir as intenções da investigação, as questões do analista e/ou corresponder às características das mensagens.” (Bardin, 2010, p.148).

A rejeição e o abandono maternos

Erica

“Essa aí não tem jeito não”

Escolhemos essa frase emitida pela mãe de Erica para ilustrar esta categoria de análise, pois faz menção ao relacionamento mãe-filha, algo substancial para a compreensão do funcionamento psíquico de uma adolescente, de acordo com a fundamentação psicanalítica. A frase dita pela mãe de Erica revela o modo como se dirigiu à filha durante todo o atendimento na instituição. Desde a entrevista inicial, o olhar materno, suas palavras e gestos (especialmente a situação em que denegriu a filha perante outra mãe de adolescente pertencente ao grupo) revelaram agressividade, distanciamento afetivo e rejeição. A mãe de Erica demonstrou sentir-se cansada e sobrecarregada, a maternidade e os cuidados daí decorrentes pareciam a ela um enorme fardo a ser carregado. Ela parecia incapaz de fornecer um ambiente favorável que correspondesse às necessidades de sua filha adolescente, situação similar à descrita por Basaglia (2005) em sua pesquisa com mães de meninos agressivos.

Os achados da literatura especializada nos mostram que as adolescentes que cometeram ato infracional foram, em sua maioria, submetidas a frequentes experiências de rejeição e afastamento do convívio com as genitoras, *“feito bolinhas de pingue-pongue”*, para utilizar os termos de Assis e Constantino (2001). Na mesma direção, Dell’Aglia et al (2004) apontaram a ocorrência de sucessivas rupturas nas relações com os cuidadores e a fragilidade dos vínculos estabelecidos no decorrer do desenvolvimento das adolescentes, como fatores que facilitaram o ingresso na vida infracional.

Segundo Assis e Constantino (2001), um fator central para se compreender a entrada da adolescente no universo infracional é a vitimização emocional, caracterizada pela rejeição. Na pesquisa das autoras ficou evidente a rejeição materna nos adjetivos negativos utilizados ao descreverem suas filhas: desobedientes, implicantes, preguiçosas, moles, agressivas, descuidadas, chantagistas, incompetentes, irresponsáveis, impossíveis, safadas, atrevidas, interesseiras, nervosas, entre outros. Ressaltamos as palavras encontradas pela mãe de

Erica para descrevê-la: “*meio lenta para aprender... essa aí sempre me deu trabalho, não vai bem na escola, cabula aulas e anda com más companhias, mente o tempo todo...acho que ela não tem jeito não*”.

As proposições de Winnicott (1967b/1975, p.161) sobre o papel de espelho da mãe e a sua analogia com o processo terapêutico: “*Psicoterapia não é fazer interpretações argutas e apropriadas; em geral, trata-se de devolver ao paciente, a longo prazo, aquilo que o paciente traz. É um derivado complexo do rosto que reflete o que há para ser visto.*” possibilitou-nos refletir sobre a delicadeza de nossas intervenções terapêuticas neste caso.

Gabriela

“*Você é filha de dois pais*”

A rejeição materna tornou-se evidente no caso de Gabriela, pois a mãe a teria rejeitado desde a gestação, nunca tendo cuidado dela, deixando-a sob responsabilidade da avó, com o agravante de que ela cuidava de quatro filhos mais novos (um de cada pai, diferente do pai de Gabriela, residindo no mesmo quintal). Esta situação de ver cotidianamente sua mãe ocupar-se de seus irmãos mais novos e não dela, provocava uma reedição constante do sentimento de rejeição, temática recorrente na psicoterapia em grupo.

A avó de Gabriela reiterava uma preocupação de que ela pudesse, em suas fugas e supostos relacionamentos sexuais, engravidar e repetir o destino de sua mãe. Cassorla (2001) aponta que adolescentes em situação de vulnerabilidade costumam iniciar sua vida sexual muito precocemente, movidas por uma necessidade primordial de contato humano e não de sexo genital, um contato de pele (físico e afetivo) anterior ao amadurecimento da genitalidade, pois sua mente funcionaria como a de um bebê desprotegido que encontraria a fonte da felicidade e amparo em seu *namorado-“mãe”*, para utilizar os termos de Cassorla (id., p.133).

As falhas no processo de identificação feminina

Erica

“Ela é mulher de malandro”:

Esta frase foi proferida por ambas as adolescentes, em contexto similar. Para auxiliar-nos na compreensão do sentido da frase, lançamos nosso olhar para a cultura popular, a qual identifica a figura da mulher do malandro como aquela que permanece com o seu parceiro mesmo que este não se responsabilize pelo sustento da família e/ou seja violento.

Erica nos disse esta frase quando descrevia constantes brigas entre o pai e a mãe, onde ocorriam agressões físicas e verbais. Certa vez, Erica e a mãe foram à Delegacia de Defesa da Mulher denunciar o pai pelas agressões, mas a mãe decidiu retirar a queixa e voltou a se relacionar com o pai, como já havia feito diversas vezes. Ao nos relatar isto, Erica se referiu à mãe como mulher de malandro. Podemos deduzir, a partir do comentário e do contexto apontado, que Erica teria desenvolvido, com o seu primeiro modelo de identificação, sentimentos negativos em relação à condição de mulher.

Ao contar com um modelo feminino que não imprime valor a esta condição, como ficaria a sua feminilidade?. Como trilhar o caminho em direção a uma feminilidade bem integrada diante de tantas conotações negativas implícitas nos atos da mãe?

Em primeiro lugar, podemos hipotetizar que a transmissão do que é ser mulher, da feminilidade, ficará prejudicada para essa adolescente. De acordo com Freud (1931/1976; 1933/1976) a menina se separa da mãe com o auxílio da intervenção paterna, porém terá que retornar a ela para buscar a identificação com o feminino. Neste retorno, parece-nos que Erica se deparou com uma mãe ambivalente, que ora a protegia, ora a abandonava. Para McDougall (1987), a menina que busca o olhar de aprovação da mãe e não o encontra, vivência a falta de um objeto interno detentor de uma representação narcísica de seu sexo e papel sexual, podendo vir a procurar a sua imagem no espelho dos outros.

Neste ponto nos deparamos com a segunda possível consequência da falha no processo de identificação feminina: Erica voltava-se para vários garotos de seu convívio em busca desse olhar de aprovação, envolvendo-se muitas vezes, em situações de risco, na companhia de jovens e adultos autores de infrações e delitos.

Gabriela

“Ela é mulher de malandro”

Gabriela relatava que os companheiros de suas irmãs direcionavam-lhe olhares e comentários sedutores e embora as irmãs percebessem, não tomavam qualquer atitude, o que a levou a referir-se a elas como “mulheres de malandro”. Em outra ocasião, Gabriela também utilizou a mesma frase, ao comentar que sua mãe tivera vários filhos de pais diferentes, os quais não assumiram as crianças. Quando perguntou à sua mãe quem seria seu pai, esta respondeu que ela teria dois pais, em atitude de aparente ironia que indicava o relacionamento sexual simultâneo com mais de um parceiro. Podemos deduzir, a partir do comentário e do contexto apontado, que Gabriela não só não dispunha de modelos femininos favorecedores de uma identificação positiva, como também não contava com o exemplo materno de atitudes de integridade ética.

Este tipo de ambiente familiar pouco reassegurador para o desenvolvimento dos processos identificatórios no qual Gabriela cresceu, tende a ser encontrado, de modo geral, nos casos de meninas infratoras, conforme os achados de Assis e Constantino (2001); Del’Aglio et al (2004), Vinet e Banares (2009).

Os relatos de Gabriela a respeito da atmosfera permissiva de sua casa, onde os cunhados a assediavam e suas irmãs permaneciam submissas e caladas, descrevem um ambiente em que a lei estaria ausente, próximo a uma permissividade incestuosa, um tipo de violência psicológica que deixaria seqüelas, em parte observado no estilo masculinizado apresentado pela adolescente no início do atendimento, bem como em seu comportamento agressivo na escola e na rua, que poderia sugerir a identificação com o agressor. Assis e Constantino (2001) apontaram, em sua pesquisa sobre o universo infracional feminino, a dificuldade na identificação com os papéis femininos, a qual teria como resultante a preferência de algumas meninas pelas ruas em detrimento da casa, o surgimento de meninas com atitudes masculinizadas, a transformação do papel de mulher vítima em agressora.

A violência intrafamiliar e seus efeitos

Erica

“Se eu não separar, eles se matam”

Os episódios de violência física e psicológica entre os pais eram frequentes na casa de Erica, ela dizia que era chamada a intervir nas brigas por ambos os pais, colocando-se como um anteparo para evitar uma tragédia. As brigas ocorriam, geralmente, devido ao fato do pai chegar embriagado em casa, porém não se restringiam a esta situação. Erica passou a sua infância e adolescência testemunhando e participando de um estilo de relacionamento baseado na falta de diálogo, nas reações explosivas e na agressão mútua.

Considerando as diferenças de socialização no que se refere ao gênero, enquanto os meninos são menos submetidos ao controle social e mais estimulados a condutas competitivas, as meninas tendem a desenvolver mecanismos de proteção fortalecendo os vínculos de apego com os familiares e vizinhos, o que ocasiona uma maior exposição a experiências traumáticas/violentas no interior da família, situação potencialmente desencadeante de adoecimento psíquico. (Emler & Reicher, 1995).

Gabriela

“Lá em casa todo mundo briga de tapa”

Na família de Gabriela as brigas em que a força física era utilizada faziam parte de um cenário cotidiano, de tapas a socos e pontapés, que acompanhavam as sucessivas discussões entre a avó, a mãe, as irmãs/tias e Gabriela. Viviam na casa a avó, as filhas solteiras desta e Gabriela. No mesmo quintal residia a sua mãe biológica e os filhos. Os homens que figuravam no ambiente familiar eram os parceiros transitórios de suas irmãs. A ausência total da figura paterna na vida da adolescente, aliada à convivência num ambiente caótico, parece ter colaborado para o surgimento de sintomas de tendência antissocial.

Winnicott (1966) ressalta ser fundamental que o adolescente possa se rebelar e viver a imaturidade própria daquele período e os pais precisam assumir a responsabilidade das

funções parentais, caso contrário, o adolescente pode ser levado a desenvolver uma falsa maturidade. Para Aberastury e Salas (1984) os adolescentes que não possuem uma figura parental capaz de estabelecer limites e interdições, podem sofrer de uma severidade doentia do superego, tendo o jovem que buscar dentro de si os limites que lhe faltaram no ambiente exterior.

Um ponto que se destaca na vivência familiar de Gabriela é a ausência de contornos definidos para o exercício das funções parentais. Conforme já analisamos na categoria anterior referente à rejeição materna, o ambiente familiar da adolescente carecia de muitos elementos fundamentais: a mãe, o pai, os limites, o estabelecimento dos papéis, além de conter elementos desfavoráveis relacionados à transmissão psíquica entre as gerações.

Tais características, somadas à situação de risco de violência sexual, apontada por Gabriela quando comentou sobre o comportamento sedutor dos cunhados, vão ao encontro da descrição de famílias que incluem violência (física, sexual ou psicológica) em sua dinâmica. (Azevedo & Guerra, 1995 ; Ferrari & Vecina et al, 2002).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em nosso estudo sobre a manifestação da tendência antissocial em meninas encontramos semelhanças com os meninos quanto aos aspectos etiológicos, como a negligência e a violência no ambiente familiar e as prováveis experiências de privação, que concorrem para o aparecimento de comportamentos antissociais, bem como as dificuldades de aprendizagem.

Quanto às especificidades do aparecimento da tendência antissocial no sexo feminino, podemos citar o aparecimento posterior, na adolescência, o que estaria relacionado, em primeiro lugar, às experiências psíquicas próprias deste período, favorecedoras da passagem ao ato (*acting-out*) de vivências e ao aparecimento de comportamentos violentos, tanto de natureza hetero quanto autodestrutivos (Cardoso, 2001) e, em segundo lugar, ao reviver de experiências edípicas (Emmanuely & Azoulay, 2008). Tais experiências, para a menina, reeditam o relacionamento primitivo com a figura materna, o qual, no nosso caso, parece remeter a vivências de rejeição e abandono, que se atualizam

no difícil relacionamento com a figura materna nesta fase da vida.

A menina, ao buscar na mãe referências para a sua identificação, depara-se com uma figura que não favorece o processo de identificação com o feminino, posto que a hostiliza, situação que tende a mobilizar sentimentos de desamparo. Diante disto, a adolescente, vivenciando a angústia de perda de amor do objeto, característica da fase primitiva edípica, pode experimentar ainda, a reedição de fantasmas primitivos de agressão ao corpo da mãe e, ao temer a retaliação em decorrência da severidade do superego, afasta-se, caracterizando uma relação ambivalente de amor e ódio. Este modelo de relação ambivalente assemelha-se ao movimento de distanciamento e proximidade das mães em relação às filhas, comumente demonstrado nos estudos sobre meninas que cometeram atos infracionais, predispondo-as ao ingresso numa cadeia transgeracional de abandonos (Assis & Constantino, 2001).

As falhas no processo de identificação com o feminino parecem ser o eixo principal, para onde convergem a rejeição e o abandono maternos e a violência intrafamiliar, as últimas favorecendo o desencadeamento da primeira. As falhas no processo de identificação parecem provocar o surgimento de atitudes masculinizadas, seja quanto à aparência ou identificação com o agressor (Assis e Constantino, 2001), seja quanto à saída do conflito pela via da agressão, processo característico dos meninos com tendência antissocial (Souza, 2007).

O surgimento mais tardio nas meninas dos comportamentos antissociais pode decorrer do maior tempo de permanência no ambiente familiar, aspecto cultural relacionado ao gênero feminino, situação que expõe a menina a variadas modalidades de violência (física, psicológica, sexual), o que tende a desencadear transtornos mentais na vida adulta (Vinet e Banares, 2009).

Os sintomas propriamente ditos, no nosso caso mentir, cabular aulas e fugir, mais largamente encontrados em meninas do que em meninos (A.P.A.,1995), foram interpretados como tentativas de buscar no ambiente o afeto materno que lhes foi retirado e sobre o qual tinha direitos (mentir e furtar geralmente associados), ou a ruptura com atmosferas ambientais saturadas de experiências estressoras (cabular aulas e fugir de

casa).

REFERENCIAS

- ABERASTURY, A. & KNOBEL, M. . *Adolescência normal: um enfoque psicanalítico*. Porto Alegre: Artes Médicas.1981
- ABERASTURY, A., & SALAS E. J. . *A paternidade: um enfoque psicanalítico*. Porto Alegre: ARTES MÉDICAS.1984
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – A.P.A. *Manual Diagnostico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV*. Porto Alegre: Artes Médicas. , 1985
- ASSIS, S.G. & CONSTANTINO, P. *Filhas do mundo: infração juvenil feminina no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz.2001
- AZEVEDO, M.A. & GUERRA, V.A. *Violência doméstica na infância e adolescência*. São Paulo: Robe.1995
- BARBIERI, V., JACQUEMIN, A. & ALVES, Z.M.M.B.). Alcances e limites do psicodiagnostico interventivo no tratamento de crianças anti-sociais. *Paidéia*, 14 (28), 153-167, 2004.
- BARDIN, L. . *Análise de conteúdo*. 4^a.ed. Lisboa: Edições 70. , 2010
- BASAGLIA, A. E.. *Investigação psicológica de mães de crianças agressivas*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2005
- BOGOMOLETZ, D.L. Nota introdutória à tradução. In D.W.Winnicott. *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.
- CARDOSO, M.R. Adolescência e violência: uma questão de ‘fronteiras’? In *Adolescência: reflexões psicanalíticas*. Rio de Janeiro: Faperj/Nau., 2001
- CASSORLA, R.M.S. . Gravidez, prostituição infanto-juvenil, DST e auto-agressão: ações comunitárias. In D.L.Leviski (org). *Adolescência e violência: conhecendo, articulando, integrando e multiplicando*. São Paulo: Casa do Psicólogo/Hebraica., 2001

- DELL'AGLIO, D.D.; SANTOS, S.S. & BORGES, , *Infração juvenil feminina: uma trajetória de abandonos. Interação em Psicologia.* 8(2), 191-198.2004
- EMLER, N. & REICHER, S, *Adolescence and delinquency.* Oxford, UK: Blackwell Pub., 1995
- EMMANUELLI, M. & AZOULAY, C. *As técnicas projetivas na adolescência: abordagem psicanalítica.* São Paulo: Vetor., 2008
- FERRARI, D.C.A. & VECINA, T.C.C. *O fim do silêncio na violência familiar.* São Paulo: Ágora., 2002
- FREUD. S. (1913). Duas mentiras contadas por crianças. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* (J. Salomão, trad. Vol. 12, pp.385-389). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1913).1976
- _____ (1931). Sexualidade feminina. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* (J. Salomão, trad. Vol. 21, pp.259-286). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1931). 1976
- _____ (1933). Conferência XXXIII Feminilidade. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* (J. Salomão, trad. Vol. 22, pp.139-165). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1933). 1976
- LEVISKY, D.L. *Adolescência, pelos caminhos da violência: a psicanálise na prática social.* São Paulo: Casa do Psicólogo.1998
- LOEBER, R. & DISHION,T Early predictors of male delinquency: a review. *Psychol. Bulletin*, 94, 68-99., 1983
- MACDOUGALL, J.. Repensando Eva: dos componentes homossexuais da sexualidade feminina. In *Conferências brasileiras.* Rio de Janeiro: Xenon, 1987
- MAIA, M.V.C.M. *Rios sem discurso: reflexões sobre a agressividade da infância na contemporaneidade.* São Paulo: Vetor., 2007
- MARCELLI,D. & BRACONNIER, A *Adolescência e psicopatologia.* 6ª.ed. Porto Alegre: Artmed., 2007

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE O.M.S . *CID-10 Classificação de Doenças em português*. 9ª.ed (Centro Colaborador da OMS, trad.). São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo., 2003

ROBINS, L.N. The consequences of conduct disorder in girls. In Olweus, D.; Block, J., Radle-yarrow (Eds.). *The development of antisocial and prosocial behavior: research, theories and issues*. New York: Academic Press., 1986

RUTTER, M. . Adolescence as a transition period: continuities and discontinuities in conduct disorder. *J. Adolesc Health.*, 13, 451-460., 1992

SOUZA, M.A. Les garçons agressifs: l'angoisse et ses defenses. *Pratiques pssychologiques*. 13, 107-115, 2007.

TURATO, E.R.. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas areas da saúde e humanas*. 4ª.ed. Rio de Janeiro: Vozes. ,2010

VINET, E. & BANARES, P.A. Caracterización de personalidad de mujeres adolescentes infractoras de ley: un estudio comparativo. *Paidéia (Ribeirão Preto)* 19 (43),143-152, 2009.

WINNICOTT, D.W. (1956a). A tendência anti-social. In *Privação e delinquência*. São Paulo, Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1956). 1995

_____ (1967/). A delinquência como sinal de esperança. In: *Tudo começa em casa*. (A. Cabral, trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1967).1989

_____ (1967) O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In: *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1967). 1975

_____ (1982). Roubar e dizer mentiras. In *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan., 1982

O Procedimento de Desenhos-Estórias e Mandalas

*Irene Gaeta Arcuri*¹⁰⁵

*Walter Trinca*¹⁰⁶

*Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo*¹⁰⁷

RESUMO

O objetivo do presente estudo é verificar se há alguma correlação entre o desenho da mandala e os aspectos avaliados pelo Desenho-Estória..

Procedimentos Metodológicos: Será realizado em duas fases. Na primeira fase, o indivíduo será convidado a desenhar em cinco folhas de papel sulfite dentro de um círculo, de forma livre e criativa, à mão livre e não estruturado. Na segunda fase será aplicado o Desenho-Estória.

Palavras chaves: mandalas, desenho-estória, inconsciente

“A fantasia tem tanto de sentimento quanto de reflexão, e uma parcela idêntica de intuição e de sensação. Todas as funções psíquicas ligam-se, inexoravelmente, uma às outras, sem exceção, através da fantasia. Às vezes, ela se manifesta em sua forma primitiva; outras vezes, é o produto mais elaborado e cabal de todas as faculdades. Assim, a

¹⁰⁵ Psicóloga , doutora pela PUC São Paulo, autora de livros sobre o tema da Psicologia Analítica

¹⁰⁶ Psicanalista, Professor Titular aposentado do Instituto de Psicologia da USP, autor de vários livros,, criador do Procedimento de Desenhos Estórias

¹⁰⁷ Coordenadora do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social, Professora Associada do Instituto de Psicologia da USP

fantasia é, acima de tudo, a atividade criativa da qual provêm as respostas para todas as perguntas que podem ser respondidas. Ela constitui a origem de todas as possibilidades.”

Carl Gustav Jung

O objetivo do presente estudo é verificar se há alguma correlação entre o desenho da mandala e os aspectos avaliados Desenho – Estória. O Procedimento de Desenhos-Estórias (D-E) foi desenvolvido por Walter Trinca em 1972, visando sua aplicação como instrumento auxiliar de diagnóstico. É uma ferramenta subjetiva que reúne dois meios de comunicação: o desenho livre e a contação de histórias. Possui uma aplicação simples, em que a pessoa conta uma história para cada um dos 5 desenhos que realiza. Permite que o indivíduo contate áreas sensíveis de sua psique, revelando conflitos e desconfortos emocionais frente ao espaço vazio de uma folha em branco, o que possibilita ao analista uma visão da estrutura e da dinâmica psíquica do paciente. Faremos um estudo do D-E e sua aplicação dentro da perspectiva da Psicologia Analítica de Carl Gustav Jung. Pioneiro na adoção da criação artística como parte do processo psicoterapêutico, Jung já entendia que o conhecimento das imagens internas, adquirido por meio da reflexão dessas imagens projetadas nas produções artísticas de seus pacientes, oferecia ao analista uma possibilidade de maior compreensão do psiquismo. O uso de mandalas em psicologia parece ser um instrumento importante, na medida em que possibilita a compreensão do sujeito. O propósito desta compreensão é de auxiliar no diagnóstico dos tipos psicológicos, identificando, de modo geral, o que algumas pessoas têm em comum com as outras e também suas diferenças. A idéia de classificar as pessoas é tão antiga quanto a humanidade e, para elencar os diferentes tipos de personalidade usaremos a classificação proposta pelo psiquiatra suíço Carl Gustav Jung (1875-1961) . Jung constatou que o comportamento humano não era aleatório, mas previsível e classificável. As diferenças de comportamento, dentro desta perspectiva é fruto das diversas funções e atitudes mentais básicas que se expressam de forma singular para cada indivíduo resultando em preferências. Essas preferências emergem cedo na vida do ser humano constituindo na fundação de nossa personalidade, nos torna singulares e são responsáveis pela forma de

“Ser e Estar” no mundo, determinando nossas atrações e repulsões durante toda a vida.

Mandala é uma palavra sânscrita que significa “círculo”. O círculo é a forma perfeita. A mandala, portanto, refere-se a uma figura geométrica com subdivisões mais ou menos regulares, em quatro ou em múltiplos de quatro que, segundo Jung, expressa a totalidade do universo e da alma humana, que se irradia de um centro – o âmago da psique, o espaço de Deus, que Jung chamou de Self. (JUNG, 2001,)

O uso de Mandalas pode permitir a livre expressão do inconsciente, na medida em que o desenho não passa pelo controle consciente poderá ser um instrumento de avaliação psicológica. Por meio de uma linguagem não verbal, poderá fornecer bases para uma avaliação dos tipos psicológicos, sem que haja necessidade de apenas duas escolhas e permita, com a livre expressão, a possibilidade de perceber os nuances da tipologia singular do indivíduo

Símbolos da totalidade são exemplificados por mandalas. Elas podem ser desenhadas durante a análise Junguiana para interpretação de seus aspectos característicos, uma vez que podem servir como imagens de uma totalidade compensatória ou serem usadas como defesa em pessoas que estão fragmentadas.

O círculo é um ponto estendido que congrega o centro, a cruz e o quadrado em si. O ponto e o círculo possuem propriedades simbólicas comuns: perfeição, homogeneidade, ausência de distinção ou de divisão, simbolizando o mundo. Jung mostrou que o símbolo do círculo é uma imagem arquetípica da totalidade da psique, o símbolo do self, ao passo que o quadrado é o símbolo da matéria terrestre, do corpo e da realidade. O círculo é um símbolo de proteção, de uma proteção assegurada dentro de seus limites.

O quadrado é uma figura antidinâmica, ancorada sobre quatro lados. Simboliza a interrupção, o instante antecipadamente retido. O quadrado implica uma idéia de estagnação, de solidificação; e até mesmo de estabilização na perfeição.

Em CHEVALIER (1982), o quadrado é uma das figuras geométricas mais

frequentes e universalmente empregadas na linguagem dos símbolos. É um dos quatro símbolos fundamentais, juntamente com o círculo e a cruz. A cruz inserida no quadrado é a expressão dinâmica do quaternário. O círculo e o quadrado simbolizam dois aspectos fundamentais: a unidade e a manifestação. Nas relações entre o círculo e o quadrado, existe uma distinção e uma conciliação. Portanto, o círculo será para o quadrado, aquilo que o céu é para a terra, a eternidade para o tempo, embora o quadrado se inscreva dentro de um círculo.

Segundo JUNG (2001), a Mandala pertence ao domínio dos símbolos religiosos mais antigos da humanidade e, talvez, já existisse desde a era paleolítica. Está presente nos desenhos rupestres Rodesianos. Para JUNG, o símbolo da mandala é uma das mais importantes fontes para a objetivação das imagens inconscientes. Sua função é proteger o centro da personalidade, o lugar sagrado, de invasões e influências exteriores. Assim, por exemplo, ele considera a mandala tibetana, com um trovão no centro e oito pétalas, como o símbolo da libido: “... se querem visualizar a fonte de libido ou energia inconsciente, essa seria imagem adequada.” (JUNG, 2001)

Na cultura oriental, a Mandala representa a condição perfeita, a finalização de tudo. Em sua representação, o centro é absoluto. Há um círculo com quatro portões que rompem o muro protetor para permitir a entrada e a saída da libido. As portas são idênticas às quatro funções de orientação do Ego: pensamento, sentimento, intuição, sensação. (Jung, 2001)

Jung considerava a Mandala como um arquétipo de ordem, de integração e de plenitude psíquica, capaz de retratar o inconsciente num impulso instintivo de ordenação de um estado psíquico – configurando-se, assim, numa possibilidade de o Ego entrar em diálogo com o inconsciente. Em suas pesquisas, ele observou que as Mandalas podem surgir de forma espontânea quando a psique está em processo de reintegração, mas que também podem aparecer em momentos de desorientação psíquica como forma de compensação. A idéia que se introduz aqui é a de uma aproximação consciente do símbolo como forma de satisfazer a compulsão e o ímpeto irresistível dos indivíduos de se tornarem o que são tal como todo organismo é compelido a assumir a forma que lhe é essencialmente própria.

A criação espontânea de cor e forma dentro de um círculo, pode deflagrar aspectos da personalidade ao desvendar a linguagem simbólica da Mandala. No contexto terapêutico, o uso das cores conduz à reconstrução do código subjético. É essencial, portanto, observar quais são os tons usados com frequência, aqueles cuja ausência é obstinada, assim como os que provocam reverberações, potencializam associações com experiências vividas.

O MARI (Mandala Avaliação Research Institute), é um instrumento projetivo que foi desenvolvido por Joan Kellog (1922-2004). Na sua aplicação são utilizados 13 cartões de estágios arquetípicos e um amplo espectro de cores, através de 40 cartões. A interpretação é dada pela escolha das combinações de cores e dos símbolos. Kellog publicou *Path of Beauty* (1978-2002) e fundou Mandala Research Institute que faz constantes pesquisas para validação e revisões do teste. Apesar de ser um teste de Mandalas, difere do aqui utilizado por apresentar o desenho feito ao paciente, que deve escolher a imagem que lhe atrai. Neste projeto permite-se que o próprio paciente realize sua mandala que poderá ser uma imagem arquetípica ou não.

Atualmente Abuhoff (2009) et al da Hofstra University NY USA, publicaram um artigo sobre sua pesquisa com desenhos de Mandala como instrumento de avaliação para mulheres com câncer de mama. O estudo integra a terapia da arte e sua relação com o monitoramento não invasivo de pacientes com câncer de mama, na relação com a saúde e o estado emocional, interpretado como tratamento e acompanhamento. Catorze mulheres diagnosticadas com câncer de mama foram convidadas a criar desenhos de mandala em cada consulta médica. Durante cada visita, às participantes foram oferecidas uma placa branca com um contorno de círculo preto e 15 lápis de cores. Quatro avaliadores independentes examinaram 39 Mandalas para o uso da cor, a pressão da linha e consistência. Doze das catorze participantes, com base na avaliação da Mandala, mostraram uma correlação entre o seu estado físico e seu desenho.

Os resultados sugerem que os desenhos de Mandala são úteis como um instrumento de avaliação. Esta abordagem pode orientar o médico na apreensão de informações valiosas que podem ser bloqueadas por processos conscientes.

Carl Gustav Jung, (1875-1961) descreve a mandala em sua obra como um

criptograma do self.

O desenho de mandala, como qualquer teste projetivo permite o acesso a conteúdos conscientes e inconscientes do indivíduo. O que os diferencia é a organização dada a priori. Sugere-se que o sujeito responda um estímulo externo, graficamente organizado, e observam-se seus mecanismos de adaptação a uma ordem que contém centralização e eixos. Pode-se, assim, verificar o máximo de organização possível para aquela psique naquele momento, à medida que se propõe uma organização externa que contempla o círculo – o centro, o limite e o quadrado (representado pela folha de papel) possibilitando orientação segundo os eixos horizontal e vertical.

A localização, ou seja, a perspectiva pode ser vista como uma medida da compreensão do indivíduo.

Quadrantes verificar a localização horizontal e vertical no desenho do círculo, de acordo com Buck (2003) um planejamento das relações espaciais no desenho indica a capacidade do indivíduo para compreender e reagir com sucesso a aspectos mais complexos, mais abstratos e mais exigentes da vida. Do ponto de vista dos quadrantes, duas questões se sobressaem. Primeiro, o quadrante superior esquerdo (particularmente seu canto extremo superior esquerdo) é o “quadrante da regressão”. Indivíduos com deterioração psicótica ou orgânica muito frequentemente localizam seus desenhos nesse quadrante, assim como indivíduos que não atingiram, um alto nível de maturidade conceitual.

Uso do espaço – Os desenhos geralmente estão de frente para o observador, mas com uma sugestão de profundidade ou, alternativamente, são desenhados em perfis parciais. Para Buck (2003) a ausência de qualquer sugestão de profundidade sugere um estilo rígido e intransigente, que compensa sentimentos de inadequação e insegurança.

Tipo de traço – Falhas na coordenação motora sugerem um desajustamento funcional da personalidade ou uma desordem do sistema nervoso central. Para Buck (2003) traçados fortes, desenhados com linhas pretas fortes sugerem tensão quando usadas em todo o desenho. Traçados extremamente leves

usados em todo o desenho indicam sentimento de inadequação indecisão.

No Brasil, Nise da Silveira que foi pioneira no trabalho com Mandalas junto a pacientes esquizofrênicos. No início dos anos 1950, ela criou a Casa das Palmeiras, que promovia a participação de pacientes do Hospital Psiquiátrico do Rio de Janeiro em atividades artísticas. Criou ainda o Museu de Imagens do Inconsciente, com o objetivo de oferecer aos pesquisadores condições para o estudo de imagens e símbolos produzidos espontaneamente, em oficinas de arte, por pacientes – na maioria esquizofrênicos.

Nise da Silveira manteve contato com Carl Jung durante anos. A ambos intrigava a recorrência de imagens de Mandalas na produção artística de esquizofrênicos. Da troca de experiências e análises entre os dois estudiosos resultou uma exposição com pinturas e modelagens de pessoas esquizofrênicas que ocupavam as sessões de terapia ocupacional no então Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro (atual Hospital Pedro II) no II Congresso Internacional de Psiquiatria realizado em Zurique, na Suíça, em 1957. Ao retornar do Congresso, Nise iniciou os trabalhos do Grupo de Estudos C. G. Jung, que promoveu seminários, publicações (a revista Quatérnio) e pesquisas.¹⁰⁸

Um depoimento da psiquiatra brasileira ilustra de forma clara sua maneira de pensar:

Jung já dizia que nós vivemos entre dois mundos: externo, percebido pelos sentidos, e interno, inconsciente, reino de imagens nem sempre verbalizáveis. Acossado no mundo externo, o indivíduo encontra como saída a porta da loucura (...) a tarefa da terapêutica ocupacional é oferecer atividades que permitam a expressão do não verbalizável, é desenvolver as sementes criativas que se mantêm em todo o indivíduo, porque o impulso a renascer é espantosamente resistente no ser humano.¹⁰⁹

¹⁰⁸ Cf. SILVEIRA, N.G. da. Casa das Palmeiras. A emoção de lidar. Uma experiência em psiquiatria. Rio de Janeiro: Alhambra. 1986. Também: SILVEIRA, N.G. da. O mundo das imagens. São Paulo: Ática, 1992.

¹⁰⁹ DUQUE ESTRADA, M.I.. 'Nise da Silveira'. In: Revista Ciência Hoje. n. 34. Rio de Janeiro: Instituto Ciência Hoje, 1987.

Entretanto, Nise da Silveira não acreditava, como Jung, que a esquizofrenia era doença que precisava de tratamento medicamentoso. No seu entender, o esquizofrênico lutava para criar uma ponte afetiva com o mundo – o que se comprovava em seus trabalhos artísticos e em sua relação com os animais. Assim, era função do psiquiatra se concentrar na metalinguagem do esquizofrênico, e entender o significado dos seus símbolos. Nesse sentido, ela escreveu:

O contato, a comunicação com o psicótico, terá um mínimo de probabilidade de efetivar-se (...) no nível verbal das nossas habituais relações entre pessoas. Isso só ocorrerá quando o processo de cura já se achar bastante adiantado. O médico que deseje comunicar-se e compreender o seu doente terá de partir do nível não verbal.¹¹⁰

Pesquisadores do campo das técnicas projetivas estabeleceram significados específicos para os símbolos, o posicionamento no papel, a escolha das cores e outros elementos. A partir dos desenhos efetivamente coletados, categorias de análise serão definidas e priorizadas, sabendo que esta é uma primeira abordagem que não esgota o tema.

OBJETIVOS

Objetivo Geral: O objetivo do presente estudo é verificar se há alguma correlação entre o desenho da mandala e aspectos do Procedimento de Desenhos-Estórias.

Objetivos Específicos:

Verificar, por meio da análise e interpretação do desenho da Mandala, se há conteúdos ou formas específicas nas representações, que permitam tirar conclusões a respeito do desenho-estória de Walter Trinka

Observar se há indicadores da estrutura de conteúdos psíquicos, do dinamismo

¹¹⁰ SILVEIRA, N.G. da. Terapêutica Ocupacional Teoria e Prática, Casa das Palmeiras, Rio de Janeiro, s/d. p. 17.

da personalidade, patologias que permitam diagnósticos e tratamento.

. Estudo de Caso

Mariana é uma menina de oito anos. Sua mãe procurou uma avaliação psicológica, pois estava preocupada com o silêncio de Mariana. Separada há um ano, sentia-se despreparada para lidar com o desenvolvimento emocional da menina. Ela é de origem oriental, uma empresária bem-sucedida, e o ex-marido é médico, de ascendência italiana. Sentia-se culpada por ter trabalhado muito e negligenciado Mariana e seu casamento. Como seu trabalho exigia viagens constantes, muitas vezes esteve afastada da filha. Seu ex-marido cumpria funções maternas – buscava na escola, contava histórias para dormir, etc.

A mãe achava que não daria conta desta lacuna deixada pelo pai com a separação conjugal. Sentia-se corroída pela culpa. Questionava a sua cultura japonesa – dizia que só aprendera a trabalhar e não entendera que deveria ter se dedicado também ao casamento.

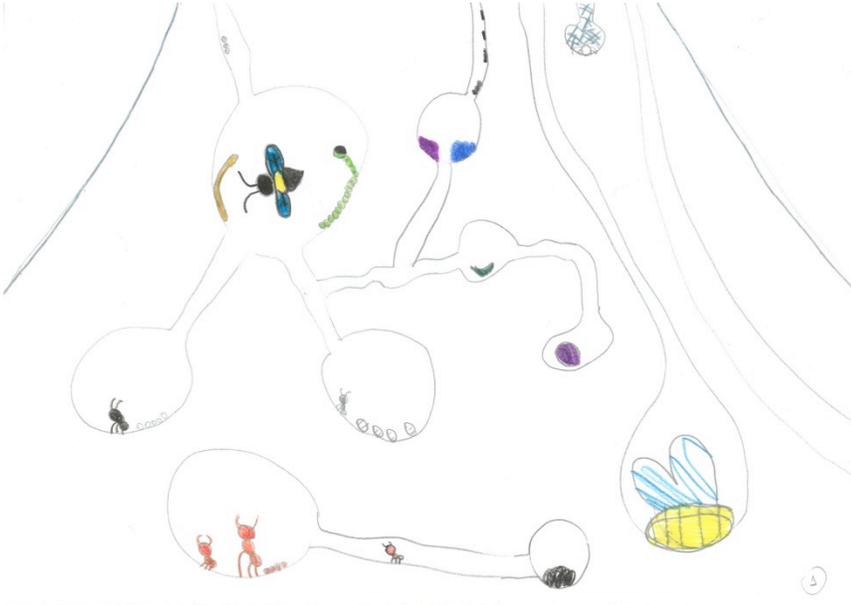
Mariana é uma menina inteligente e não apresenta nenhum problema escolar. No entanto, chora ao tocar no nome do pai, omitindo das amigas a separação e preferindo o silêncio na maior parte do tempo.

Propusemos uma avaliação breve, pois estávamos na véspera das férias escolares. Neste contexto, foi sugerido o uso do D-E.

Unidade de Produção I

Mariana é mesmo silenciosa, pequena, quieta, pouco disponível para a tarefa e econômica nas

palavras. Pega o lápis preto e começa a desenhar um formigueiro que ocupa a folha inteira. Com lápis de cor, pinta a formiga rainha com a cor amarela e as formigas operárias com a cor marrom. A riqueza do formigueiro parece apontar para a riqueza do universo interior de Mariana.



Enquanto fora, no mundo exterior, ela é quieta e silenciosa, dentro, uma vida intensa e organizada acontece. O símbolo da formiga é conhecido em nossa cultura – basta lembrar da fábula da formiga que trabalha no verão para ter conforto no inverno –, mas aponta para o trabalho sem lazer.

Como é econômica com as palavras, Mariana apenas dá o título *O formigueiro* ao desenho. Quando realizamos o inquérito, a única coisa que profere é: “As formigas estão guardando comida para o inverno”.

Como sua família materna é japonesa, culturalmente os valores do trabalho parecem bem sólidos. Mariana mostra também uma necessidade de poupar recursos para épocas menos abundantes, denotando, ao mesmo tempo, prudência e insegurança. Guardar comida é uma

tentativa de autonomia.

Unidade de Produção II

No segundo D-E, Mariana desenha um sol. Usa cores fortes. O céu ela pinta com a cor vermelha, o sol, com amarelo, e um rio, na cor azul, com reflexos do sol e de vermelho. Peço o título, e Mariana diz: “O sol”. Peço que conte uma história, e ela apenas diz: “O sol está refletindo luz na água. E significa que o sol está se pondo. E é tarde”.

O simbolismo do Sol é tão diversificado quanto é rica de contradições a realidade solar. “O Sol gera e devora os seus filhos”(CHEVALIER, 1982, p.839).



Mariana demonstra possuir um mundo interno como um santuário protegido e estável para a intensidade de suas emoções. Ninguém poderia ter acesso a esta riqueza interna; era seu mundo secreto. Não visto não visitado, não exposto, não manifestado. Mariana é intensa e, ao mesmo tempo, contida, aliando a isso muita criatividade.

A intensidade das cores usada em seu D-E me faz lembrar um diálogo do Van Gogh e Theo, em que Theo se referia à intensidade emocional de Van Gogh—que tentava pintar do sol a luminosidade e alertava para o perigo de entrar em contato com tanta intensidade no universo da Luz.

Mariana, de alguma forma, precisaria manifestar esta intensidade contida, caso contrário, e se a mesma não pudesse ser acolhida, haveria o risco de evoluir para alguma patologia.

Unidade de produção III

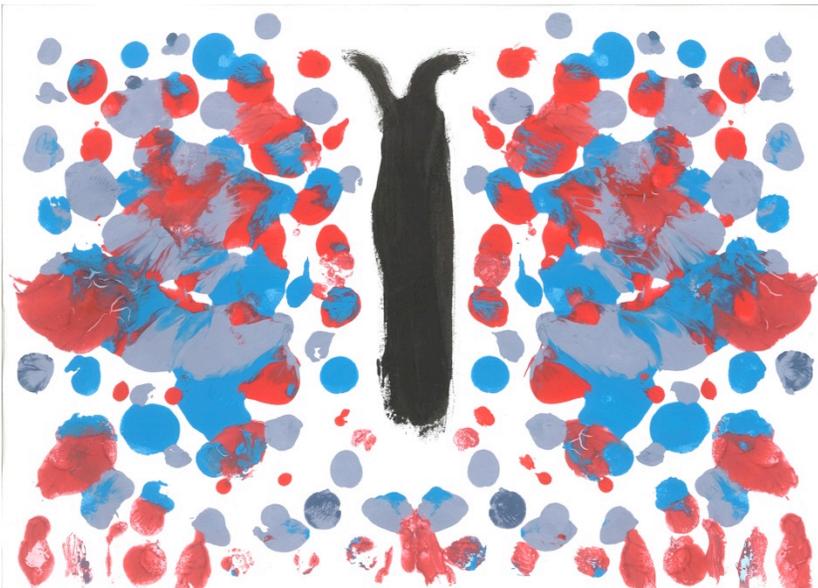
Mariana faz agora o terceiro D-E e dá a ele o título de *Rosa*. Peço novamente que conte uma história, e ela apenas diz: “É uma flor rosa e ela é bonita”.



O desenho é claramente uma mandala, mostrando organização para a sua intensidade psíquica. Jung observou que as mandalas aparecem em estados de dissociação psíquica ou de desorientação. Assim, por exemplo, surgem em crianças cujos pais estão em vias de separação, ou em adultos que, confrontados com a problemática dos opostos da natureza humana, se desorientam e se submetem ao tratamento de sua neurose. Em tais casos, vemos nitidamente como a ordem rigorosa de tal imagem circular compensa a desordem e perturbação do estado psíquico, e isso por intermédio de um ponto central em relação ao qual tudo é ordenado. Trata-se evidentemente de uma tentativa natural de autocura, que não surge de uma reflexão consciente, mas de um impulso instintivo.

Unidade de Produção IV

Mariana desenha uma borboleta. Peço que dê um título, e ela apenas diz: “é uma borboleta!”. Peço que conte uma história, e ela diz: “Ela é uma borboleta colorida”.



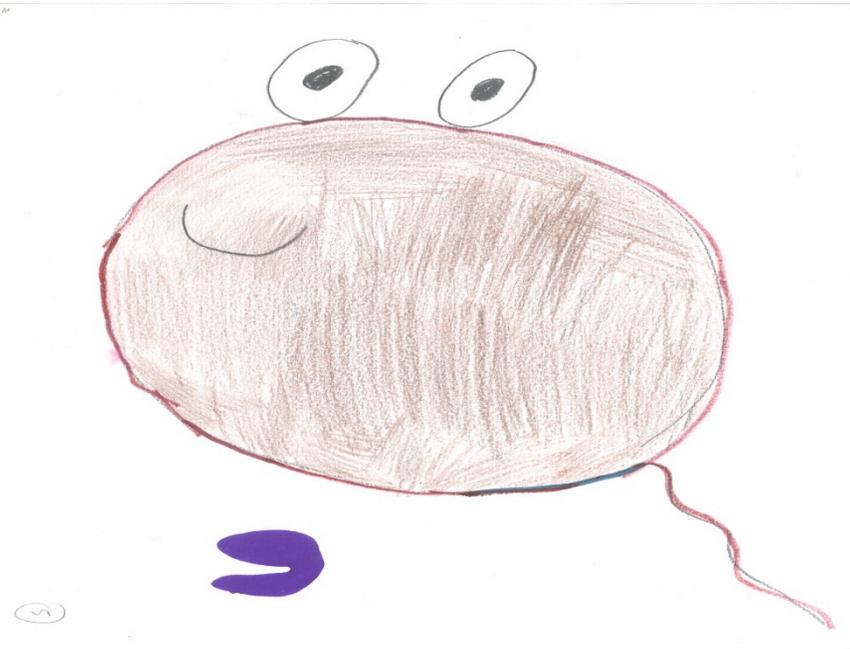
De imediato, consideramos a borboleta como um símbolo de leveza e de inconstância. “Outro aspecto do simbolismo da borboleta se fundamenta nas suas metamorfoses: a crisálida é o ovo que contém a potencialidade do ser; a borboleta que sai dele é um símbolo de ressurreição. É ainda, se preferir, a saída do túmulo”(CHEVALIER, 1982, p.138).

Penso que Mariana coloca seu momento de transformação, pois vive o final da primeira infância junto com a separação dos pais. Há uma pressão interna para a transformação, mas a forma ainda não se apresenta de maneira estruturada.

Em seu desenho, Mariana não havia colocado os limites externos, apontando, assim, para a possibilidade de configurações novas em sua nova fase de vida (em que os valores também sofreriam mudanças), bem como de uma nova postura diante da vida.

Unidade de Produção V

Mariana realiza seu último D-E. Desenha um círculo e pinta de marrom. E desenha, acima do círculo, dois olhos. Pergunto o título, e ela apenas diz: “Um girino”. Peço a história, e, de forma econômica, ela escreve uma frase: “Esse é um girino marrom”.O sapo é símbolo de sucesso. “Por outro lado, existe uma ligação entre o homem e o sapo pelo fato de que, numa certa etapa da gestação, o embrião humano se transforma em sapo – quando se trata de um embrião feminino – ou num pequeno lagarto – se o embrião é macho” (CHEVALIER, 1982, p.803).Com o aparecimento do “bicho-feto”, Mariana inaugura o nascimento seminal de uma nova fase. Mariana tinha uma forma de adaptação ao mundo (formiga) que deixou de ser funcional. A libido e introverteu (regrediu) e mobilizou um novo símbolo – mandala (flor) –, que depois se diferenciou como borboleta, evidenciando a transformação. Por fim, a nova fase se anuncia estruturada em uma “semente de bicho” (girino).



3. Considerações finais

O D-E pode dar referência e contorno às experiências de ampliação de consciência, pois permite um distanciamento do fenômeno, o que permite avistar, de fora, novas paisagens de velhas situações. Há nessas vivências uma objetividade que torna possível organizar a experiência, na qual a própria expressão é, por si só, curativa. É possível perceber este processo como uma espiral que muda de nível conforme a consciência do indivíduo vai se expandindo e se estruturando. Sabemos, pelas conquistas da psicologia, que a origem dos transtornos psíquicos encontra-se na impossibilidade de integração de conteúdos do inconsciente à consciência. As imagens que emergem no processo do D-E são manifestações do self, o centro e a totalidade da psique. Por meio da expressão plástica, os símbolos do inconsciente cooperam para a autorregulação do equilíbrio da totalidade, compensando atitudes unilaterais que não estão adequadas ao todo da psique, o que por vezes ameaça as necessidades vitais da pessoa. Essa compensação é exercida através de elementos que faltavam à consciência, que a completam ou que contrastam com ela. Jung (1995) reconheceu na teoria das compensações uma regra fundamental do comportamento psíquico: a insuficiência num ponto cria excesso em outro ponto. Ao travar um diálogo interior com as imagens, o ego deixa sua posição passiva e interage com elas, ou estabelece uma relação com

o inconsciente que não envolve a linguagem. Ao abrir espaço para o não racional, o ego sai da situação narcísica do espelhamento, dando oportunidade à mudança. Deixar fluir as imagens, e se confrontar com elas, são atos geradores de movimento em via de mão dupla: há uma modificação e uma nova configuração. Trata-se de uma modificação que também modifica o sujeito. Para isso, não é necessário levar a imaginação até a solução dos problemas. Basta evidenciar as imagens para que sejam vividas, para que possa haver a compreensão da maneira pela qual elas influenciam os sentimentos. Assim se desenvolve competência para lidar com os temas constelados na psique. Em outras palavras, o Desenho-Estória promove o encontro entre pensamento e sentimento, rompendo a dualidade da experiência do mundo interno com o mundo externo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

GAETA, I. *Psicoterapia junguiana: novos caminhos na clínica. O uso do desenho de mandalas e calatonia*. São Paulo: Vetor, 2010

JUNG, C.G. *Estudos Sobre Psicologia Analítica*. Petrópolis: Vozes, 1976

_____. *O espírito na arte e na ciência*. Petrópolis, Vozes, 1985.

Diagnóstico Adaptativo Familiar: Um Estudo Piloto

Janaina Coniaric¹¹¹

Kayoko Yamamoto¹¹²

RESUMO

A Psicologia Clínica Preventiva vem se desenvolvendo no campo da pesquisa e prática, com o intuito de aprimorar modelos de intervenção clínica que possibilitem a promoção de saúde e a prevenção de problemas psíquicos na comunidade. Esta compreende que, o atendimento preventivo familiar é um meio de se alcançar à comunidade. Em projetos psicossociais com famílias, constatou-se a necessidade de um instrumento diagnóstico familiar, que abrangesse a detecção precoce de sinais e sintomas, abreviando uma ação mais eficaz. Perante a esta demanda, o presente trabalho tem como objetivo o estudo piloto de um modelo diagnóstico familiar, com base na concepção da Teoria da Adaptação e da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO), para utilização no campo da Prevenção em Psicologia Clínica. Para tanto, serão realizadas entrevistas preventivas domiciliares com quatro famílias inscritas no Programa de Saúde da Família (PSF). Entende-se que a importância deste estudo, recai na possibilidade de promover recursos teóricos e técnicos que viabilizem trabalho clínico e preventivo com famílias.

Palavras-chave: Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada EDAO. Teoria da adaptação. Família. Prevenção. Psicodiagnóstico interventivo.

Agência financiadora: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)

1 INTRODUÇÃO

¹¹¹ Estudante de Pós Graduação , CPP, Psicologia Clínica do IPUSPjan.coniaric@gmail.com

¹¹² Professora Doutora do Instituto de Psicologia da USP, orientadora do trabalho

Este trabalho tem como proposta inicial o estudo de um modelo de diagnóstico familiar com base na concepção da Teoria da Adaptação e da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO), a fim de oferecer contribuições instrumentais que possibilitem ações preventivas.

O estudo que se propõe a realizar foi suscitado a partir da prática clínica em programas psicossociais com famílias, em que se verificou a demanda por instrumentos diagnósticos que propiciassem a compreensão da família no âmbito biopsicossocial, a fim de se viabilizar intervenções preventivas mais adequadas.

A importância de trabalhos preventivos com famílias é ressaltada por diversos autores e pesquisadores que compreendem que a família, em situação de vulnerabilidade social, vê-se impossibilitada de responder às necessidades básicas de sobrevivência, proteção e afeto aos seus membros; sujeitadas, muitas vezes, ao rompimento dos vínculos familiares. (GOMES; PEREIRA, 2005; ZOLA, 2008).

No Brasil e em muitos outros países, discute-se a relevância em criar ou ampliar programas de suporte à família, bem como a necessidade de uma formação especializada que possa intervir nas crises e conflitos familiares. (SAMARATI; DRAGONE; GUARÁ, 2008)

Em vista disto, o desafio a ser superado é o rompimento do paradigma do assistencialismo e do imediatismo, visando à implantação de políticas que possibilitem articulação de serviços e a ação profissional junto a famílias (GUARÁ, 2008; ZOLA, 2008). Entretanto, Gomes e Pereira (2005) afirmam que não se podem propor políticas sem mencionar parcerias com a família, pois o Estado não pode substituí-la, mas assisti-la.

Nesse sentido, o estudo de um modelo diagnóstico, que possibilite a compreensão da dinâmica familiar, pode promover recursos teóricos e técnicos que viabilizem o trabalho do especialista, assim como fornecer subsídios para a promoção de políticas que contribuam com o desenvolvimento de programas psicossociais, atuando diretamente na reestruturação familiar.

Por meio da busca pelo modelo diagnóstico familiar, constatou-se a gama de métodos

de avaliação, que foram desenvolvidos a partir de concepções distintas sobre a compreensão da dinâmica familiar, tais como: a Tarefa Familiar (MINUCHIN et al; 1964); Entrevista Estruturada de Watzlawick (1966); Primeira Entrevista de Satir (1967); Entrevista Familiar Via Vídeo-tape (FORD; HERRICK; 1971); Entrevista Diagnóstica Conjunta (WELLS; RABINER; 1973); Entrevista Familiar Estruturada (FÉRES-CARNEIRO, 1979); Entrevista Familiar Diagnóstica (SOIFER,1989; SOUZA, A.S.L; 1993); entre outras. Entretanto, a utilização de tais métodos implica determinadas condições, como por exemplo: uso de equipamentos de registro, ou sala com espelho unidirecional, ou que os participante sejam alfabetizados, ou ainda, aplicação em consultório conforme a demanda familiar. Tais condições podem, em alguns casos, restringir sua aplicação a famílias de programas de prevenção na comunidade. Todavia, a busca pelo instrumento diagnóstico levou ao encontro da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO), fundamentada na Teoria da Adaptação (SIMON, 1989), que permite promover ações de proteção à comunidade contra formas de adaptação menos eficazes.

A EDAO pode ser compreendida por uma ligeira definição, como: entrevistas individuais semi-dirigidas que abrangem os Quatro Setores Adaptativos inter-relacionados, que após uma análise qualitativa são operacionalizadas, obtendo-se uma classificação. Já a Teoria da Adaptação é conceituada como uma condição inerente e essencial a todo ser vivo de se adaptar às constantes modificações do seu mundo externo e interno. E, a partir dos critérios de adequação, as respostas do indivíduo podem ser avaliadas num contexto biopsicossocial, inter-relacionando os setores afetivo, fisiológico, produtivo e moral.

Embora a EDAO tenha sido concebida para aplicação individual, é justamente a sua avaliação biopsicossocial que permitiu considerar a Teoria da Adaptação para embasar um modelo diagnóstico familiar que respondesse à demanda por instrumentos que privilegiem a intervenção precoce com famílias.

Dessa forma, propôs-se a desenvolver o estudo do modelo diagnóstico familiar com base na Teoria da Adaptação e na EDAO, por meio de uma pesquisa qualitativa com quatro famílias integrantes do Programa de Saúde na Família (PSF), em que se realizem entrevistas preventivas no domicílio das famílias, pelo método clínico.

1.2 – Justificativa:

A proficuidade desse modelo diagnóstico adaptativo familiar será abranger a detecção precoce de sinais e sintomas (os quais poderiam passar despercebidos), abreviando uma ação mais eficaz e configurando-se como um recurso ao trabalho clínico e preventivo com famílias e ao trabalho do psicólogo inserido no Programa de Saúde da Família (PSF). Sua utilidade poderá ainda, estender-se (considerada as devidas adaptações), a outras pesquisas e projetos. Pois, como afirmado por Bleger (1984, p.20) “[...] a função social do psicólogo clínico não deve ser basicamente a terapia e sim a saúde pública”.

1.3 – Objetivos:

Objetivo Geral:

Estudo piloto de um modelo de diagnóstico familiar, com base na concepção da Teoria da Adaptação e da Escala Diagnóstica Adaptativa, para utilização no campo da Prevenção em psicologia clínica.

Objetivos Específicos:

- 1- Avaliar a adequação das relações familiares nos setores adaptativos;
- 2- Verificar as situações-problema intrafamiliares;

Averiguar quantas entrevistas preventivas são suficientes para abarcar a compreensão psicodinâmica/adaptativa da família.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo pelo método clínico-qualitativo, compreendido como uma particularização e um refinamento dos clássicos métodos qualitativos. E, concebido como: “um meio científico de conhecer e interpretar as significações – de naturezas psicológicas e psicossociais – que os indivíduos [...] dão aos fenômenos da saúde-doença” (TURATO, 2008, p.240).

2.1 – Participantes

Cinco famílias, integrantes do Programa de Saúde da Família PSF, da regional Sul do município de São Paulo.

2.2 – Ambiente

As entrevistas foram realizadas nos domicílios dos participantes, em horário pré-agendado, conforme a disponibilidade de cada família.

2.3 – Coleta de dados

Foram realizadas entrevistas preventivas com as famílias, buscando abranger os Quatro Setores Adaptativos inter-relacionados (Afetivo-relacional, Produtividade, Sociocultural e Orgânico).

a) Como instrumento a Entrevista Preventiva;

b) Conceitos norteadores: a Teoria da Adaptação e Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO).

2.4 – Análise dos dados

Este estudo utilizou o método clínico (BLEGER, 1989). Os referenciais teóricos utilizados para a análise foram o psicanalítico e o adaptativo (SIMON, 1989).

3 RESULTADOS

Com as famílias deste estudo, três a quatro entrevistas foram suficientes para abarcar a compreensão da família num um contexto biopsicossocial, favorecendo a definição da

situação-problema, de modo que os fatores que influenciaram a duração das entrevistas foram: indicação de brevidade, motivação de cada família, capacidade da família em abordar assuntos ansiógenos e a superação, ou não, das resistências.

Quadro 1 – Resumo das quantidades de entrevistas

FAMÍLIA	QUANTIDADE DE ENTREVISTAS			ENTREVISTAS DE FEEDBACK	
	Realizadas	Faltas	Desmarcadas	Realizadas	Faltas
A	3	1	1	1	2
B	4	-	-	1	1
C	3	1	-	1	-
D	4	-	1	1	-
E	2	2	2	-	-

O tempo utilizado para realização de cada entrevista foi de uma hora e meia, pois foi preciso considerar os seguintes fatores: o tempo de formação do *setting* (acomodação da família); interrupções (vizinhos, visita de parentes, toques de telefone e “entregas em domicílio”); faltas informações provenientes da participação de vários membros (falas, comportamentos, interpelações, interação pais-criança, entre outros); e, as “saídas” e “entradas” dos membros participantes na entrevista.

A análise das entrevistas favoreceu o entendimento das situações-problema para cada família participante; e, permitiu verificar a psicodinâmica das famílias nos setores: Afetivo-relacional (A-R), Produtividade (Pr), Sociocultural (S-C), e Orgânico (Or), possibilitando inferir a classificação da adequação, conforme, quadro abaixo:

Quadro 1 – Resultado da Análise Adaptativa

FA MÍLIA	A-R	Pr	S- C	Or
A	Pouquíssim o adequado	Pouquíssim o adequado	Ad equado	Pouquíssim o adequado
B	Pouquíssim o adequado	Adequado	Ad equado	Adequado
C	Pouquíssim o adequado	Pouco adequado	Ad equado	Pouco adequado
D	Pouquíssim o adequado	Adequado	Ad equado	Adequado
E	Pouquíssim o adequado	Pouco adequado	Ad equado	Pouco adequado

A compreensão de cada setor apresentou desafios de diferentes ordens, contudo, o setor Afetivo-relacional (A-R) demonstrou ser mais desafiador que os demais, devido à diversidade e complexidade das inter-relações familiares. Além disso, neste estudo, as famílias apresentaram, predominantemente, respostas pouquíssimo adequadas; somente uma apresentou respostas pouco adequadas e, nenhuma apresentou respostas adequadas no setor A-R, diferentemente dos demais setores em que as respostas foram mais variadas.

Dentre as situações que motivaram as respostas “pouco” ou “pouquíssimo” adequadas, no setor Afetivo-relacional A-R, pode-se ressaltar a transmissão transgeracional, pois esta possui um aspecto traumático e sintomático que impossibilita à “geração seguinte” metabolizar este legado, no intuito de transformá-lo.

Quanto ao setor Produtividade (Pr), observou-se que, embora nenhuma família passasse por privações básicas, somente duas famílias apresentavam adequação quanto à capacidade de suprir-se e desenvolver-se. Outras duas apresentaram pouco adequadas e,

uma família apresentou respostas pouquíssimo adequadas.

Pode-se inferir, que a situação econômica (para as famílias participantes) não foi condição *sine qua non* para determinar a qualidade da adequação familiar no setor Produtividade.

Sobre o setor Sociocultural (S-C), observou-se que todas as famílias participantes apresentaram respostas adequadas; mostraram uma conduta ética de acordo com as leis, adotando padrões de comportamento da cultura. Nenhuma compactuava com atos desonestos ou ilícitos. A maioria mostrou-se integrada à sociedade, porém poucas usufruíam dos recursos comunitários. Sobre isso, pôde-se perceber que a falta de recursos internos prevalece sobre os recursos externos.

Em relação ao setor Orgânico (Or), duas famílias apresentaram respostas adequadas, uma pouco adequadas e duas pouquíssimo adequadas. Verificou-se que em três famílias, a dinâmica influía e era influenciada pela doença de um de seus membros. Em duas famílias, observou-se a influência do setor Afetivo-relacional sobre o Orgânico. De acordo com o que aponta Dejours (1998), doença somática ocorre no âmbito da relação com o outro.

A partir da compreensão da adequação setorial, as situações-problema foram passíveis de definição em quatro famílias, contudo na família 'E' (desistente), pôde-se conjecturá-la. Observou-se que as situações-problema eram desencadeadas, predominantemente, por conflitos no setor Afetivo-relacional.

Durante a realização do processo diagnóstico, perceberam-se certas mudanças no comportamento dos membros familiares, que levaram a conjecturar sobre os efeitos das entrevistas na eficácia adaptativa da família, tais como:

1. mudança no comportamento, de uma postura regredida à postura que implica desenvolvimento emocional;
2. alívio de sintomas físicos;
3. possibilidade de pensar;
4. entusiasmo crescente por novas perspectivas;
5. possível integração da história familiar;

6. alteração na qualidade do vínculo mãe-bebê.

Todavia, neste estudo, não se teve como saber se essas mudanças foram duradouras, favorecendo a eficácia adaptativa familiar, ou mantiveram-se somente durante o processo diagnóstico.

5 – CONCLUSÃO

Este estudo indicou que o diagnóstico adaptativo familiar é um modelo possível para a compreensão da psicodinâmica/adaptativa da família, favorecendo a definição da situação-problema. Os conceitos que embasaram este modelo: a Teoria da Adaptação e a EDAO, foram norteadores tanto no empreendimento das entrevistas preventivas, como na análise dos resultados.

Nesta pesquisa, as entrevistas preventivas realizadas nos domicílios permitiram alcançar famílias que, apesar de precisarem de auxílio especializado, não o buscam por falta de informação, ou por falta de recursos internos que viabilizem a busca por recursos externos, ou por não fazer uso de uma agressividade construtiva, ou, ainda, por terem pouco contato com seu mundo interno.

Uma das limitações do estudo foi não poder verificar se este modelo diagnóstico é possível também em diferentes classes sociais, uma vez que o acesso às famílias se deu por meio do Programa Saúde na Família (PSF), o qual presta atendimento, exclusivamente, às periferias e regiões de vulnerabilidade social. Dessa forma, não se pôde verificar se as questões que apareceram com as famílias deste estudo seriam semelhantes às da classe AA, por exemplo.

Entretanto, este estudo permitiu pensar na importância do diagnóstico adaptativo realizado no domicílio das famílias como possibilidade de integrar os processos psíquicos ao contexto sociocultural e econômico, e, a partir desse diagnóstico, mobilizar mais indagações, investigações e pesquisas quanto ao frutífero campo da ação preventivista. No mais, foi possível verificar junto às famílias, demandas por trabalhos preventivos de diferentes ordens: primária, secundária e terciária.

Há tempos, a psicanálise vem sendo convocada a pensar em práticas que alcancem as instituições e a comunidade. Desta forma, aspira-se este estudo tenha promovido recursos que inspirem novos trabalhos clínicos e preventivos com famílias.

REFERÊNCIAS

- BLEGER, J. O problema metodológico em psicologia. In: _____. **Psicologia da Conduta**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- BLEGER, J. **Psico-Higiene e Psicologia Institucional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.
- DEJOURS, C. Biologia, psicanálise e somatização. In: VOLICH, R. M.; FERRAZ, F. C.; ARANTES, M. A. A. C. A. **Psicossoma II. Psicossomática Psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.
- DRAGONE, M.; SAMARATI, C. Experiências das cidades da Europa – Milão Itália. In: ZOLA, M. B.(Org) **Cooperação internacional para proteção social de crianças e adolescentes: o direito à convivência familiar e comunitária**. São Bernardo do Campo: Fundação Criança de São Bernardo do Campo, 2008.
- FORD, E.; HERRICK, J. **Family assessment via videotape interview**. Apresentado no 142º Encontro anual da Associação Norte-Americana de Psiquiatria, Washington. 1971.
- GOMES, M. A.; PEREIRA, M. L. D. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n.2, p. 357-363, 2005.
- GUARÁ, I. Considerações sobre as experiências da europa. In: ZOLA, M.B.(Org) **Cooperação internacional para proteção social de crianças e adolescentes: o direito à convivência familiar e comunitária**. São Bernardo do Campo: Fundação Criança de São Bernardo do Campo, 2008.
- MINUCHIN, S.; et al. A method for the clinical study of family interaction. **Journal of American Orthopsychiatric**, n.10. p 30-56,1964.
- SATIR, A. **Conjoint family therapy**. Palo Alto: Science and Behavior Books. 1967.
- SIMON, R. **Psicologia Clínica Preventiva. Novos fundamentos**. São Paulo: EPU, 1989.

- SOIFER, R. **Psicodinamismo da família com crianças:** terapia familiar com a técnica de jogo. Petrópolis: Ed. Vozes, 1989.
- SOUZA, A. S. L. **A entrevista familiar diagnóstica como instrumento auxiliar no estudo da influência dos psicodinamismos da família em crianças com inibição intelectual.** Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 1993.
- TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa:** construção teórico epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.
- WATZLAWICK, P. A structured family interview. **Family Process**, n. 50. p 265-278, 1966.
- WELLS, C. F.; RABINER, E. L. The conjoint family diagnostic interview and the family index of tension. **Family Process**, n. 12. p 127-144, 1973.
- ZOLA, M. B. Apresentação. In: _____. (Org) **Cooperação internacional para proteção social de crianças e adolescentes:** o direito à convivência familiar e comunitária. São Bernardo do Campo: Fundação Criança de São Bernardo do Campo, 2008.

Síndrome de Munchausen por Procuração: reconhecendo uma das formas mais letais de violência contra crianças e adolescentes

Andréa Fernandes Lucchi¹¹³

Mariah Nóbrega Beltrami¹¹⁴

Adriana Simões Marino¹¹⁵

Resumo

O trabalho propõe elucidar uma das formas mais letais de violência doméstica contra crianças e adolescentes, a Síndrome de Munchausen por Procuração. Ainda pouco pesquisada no Brasil, esta síndrome se caracteriza pela criação de falsas histórias médicas, sustentadas pela indução ou simulação de ferimentos e doenças em outrem, tendo como objetivo receber atenção da equipe médica. Na maioria dos casos, o perpetrador é a mãe que passa a fabricar uma série de sintomas em seus próprios filhos que são mantidos coagidos em uma relação marcada pelo silenciamento. O trabalho apresenta uma revisão da literatura sobre o assunto, atentando às referências permeadas pela narrativa de três casos conhecidos da literatura, ou seja, nos quais o relato é o instrumento-chave para uma abordagem descritiva e elucidativa da temática. Em seu curso, o texto articula o tema com a Síndrome de Estocolmo e traz, como hipótese de investigação, traços da personalidade narcísica e anti-social relacionados à história de vida dos agressores, muitas vezes

¹¹³ Psicóloga clínica. Possui especialização em *Eyes Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) e hipnose clínica. Pesquisa o tema da violência doméstica, especialmente, a Síndrome de Munchausen por Procuração (MSBP). Membro-fundador do Núcleo de Estudos de MSBP e Violência contra Crianças e Adolescentes (NEMV). Contato: andylucchi@yahoo.com.br.

¹¹⁴ Psicóloga e psicoterapeuta. Pesquisadora das áreas da psicologia criminal, resiliência e violência doméstica. Membro-fundador NEMV. Contato: mariah.beltrami@gmail.com.

¹¹⁵ Psicóloga e psicanalista. Mestre em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP). Possui especialização em Psicopatologia e Saúde Pública (FSP USP). Membro do projeto de pesquisa: "A Psicanálise e a criança: a infância e o infantil" (CNPq) do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do IPUSP. Faz formação continuada em psicanálise pela Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano (EPFCL-SP) e graduação em Filosofia (FFLCH). Membro do NEMV. Contato: adrianamarino@usp.br.

atravessada, também, pela violência doméstica. Na primeira parte do trabalho, são trazidos alguns elementos que abordam o histórico desta síndrome; das histórias fantásticas do barão de Munchausen àquela que se convencionou chamar por sua síndrome. Em seguida, são trazidos três casos entrecortados pelo debate teórico que visam a sua caracterização e, por fim, apresentam-se as considerações finais, cujo objetivo é atentar à necessidade de se fazer o reconhecimento desta forma de abuso, especialmente entre aqueles profissionais ligados ao atendimento da população infantojuvenil, como médicos, professores, assistentes sociais, psicólogos e juízes especiais.

Palavras-chave: adolescente; criança; Síndrome de Munchausen por Procuração; violência doméstica

Introdução

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (Artigo 227 da CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, CF, 1988)

O presente trabalho é resultado de uma série de pesquisas realizadas por um grupo de psicólogas que se dedicam ao estudo da violência doméstica e social e, em especial, pelo interesse comum acerca de uma específica forma de violência contra crianças e

adolescentes, a Síndrome de Munchausen por Procuração conhecida pela sigla de sua nomenclatura original em inglês, *Munchausen Syndrome by Proxy* (MSBP).

O grupo se formou em 2005, durante a graduação no curso de Psicologia da Universidade São Marcos, instigado pelo referido tema. Desde a sua formação, o grupo atraiu demais estudantes interessados em debater e atuar nesse campo de pesquisa, ampliando o espectro de sua atuação por meio de intervenções psicossociais em diferentes instituições dedicadas à defesa e ao cuidado de crianças e adolescentes vítimas da violência doméstica e social, como instituições de acolhimento (abrigos) e centros de referência ao atendimento de crianças e adolescentes.

A criação do Núcleo de Estudos de MSBP e Violência contra Crianças e Adolescentes (NEMV) teve como objetivo marcar as realizações do grupo e, principalmente, manter acesa a chama de sua causa, isto é, o combate à violência infantojuvenil. Dessa maneira, o presente trabalho é parte desse exercício de enfrentamento e tem como cerne a transmissão de uma parte importante das pesquisas realizadas; uma das formas mais letais de violência contra crianças e adolescentes, a MSBP.

O objetivo deste trabalho é elucidar esse tipo de abuso pouco pesquisado no meio acadêmico nacional, por meio de casos escolhidos da literatura. Conforme salientam Heloani e Lancman (2004), a “história de vida” é a narrativa que alguém faz a respeito de sua própria experiência, sendo o “estudo de caso” aquele aprofundamento sobre qualquer organização, um grupo de pessoas ou mesmo uma única pessoa. Aqui, como salientamos, os “casos” foram escolhidos por trazerem na narração de suas histórias de vida, a vivência singular.

Na primeira parte do trabalho, apresentamos um recorte histórico sobre o assunto, atentando às histórias fantásticas do barão de Munchausen razão pela qual se convencionou chamar de Síndrome de Munchausen o conjunto de sintomas caracterizados pela fabricação ou simulação de sintomas e doenças na própria pessoa para receber atenção da equipe médica. A MSBP é uma variação desta, cuja particularidade é ser perpetrada a um outro, geralmente a mãe para com um filho.

Os três relatos de casos trazidos são entrecortados pelo debate teórico que tem como

objetivo elucidar as características da MSBP. Por se tratar de uma revisão da literatura, o trabalho não privilegia uma abordagem teórica específica, mas sim uma articulação entre diversos autores reconhecidos como especialistas no assunto e cujas concepções teóricas convergem para algumas das reflexões propostas¹¹⁶, como a articulação com o tema da Síndrome de Estocolmo e os traços de personalidade narcísica e anti-social relacionados à história de vida do perpetrador.

Por fim, como pretendemos enfatizar neste trabalho, é preciso que o profissional ligado ao atendimento da população infantojuvenil (médicos, professores, assistentes sociais, psicólogos, juízes especiais, etc.) e, especialmente, a equipe multiprofissional de equipamentos de saúde, esteja atento para esta forma de abuso, cuja diagnóstica, como veremos, é de alta complexidade, para que se possa reconhecê-la e, possivelmente, mitigar seus efeitos.

Histórias de um barão fantástico

O termo “Munchausen” advém da história de vida do barão Karl von Munchausen que viveu no século XVIII e lutou pelo exército alemão contra a Turquia. Ao retornar para casa, costumava contar histórias inverossímeis, exageradas e fantásticas a respeito das batalhas. Era conhecido também como o “Barão Mentiroso”. Assim como nas histórias factícias do barão, as pessoas acometidas pela síndrome se caracterizam por produzir, intencionalmente, sintomas ou provocar doenças físicas e mentais em si mesmas ou em terceiros. São especialistas em mentir sobre sua história de vida e sobre a sintomatologia que apresentam.

Asher (1952), pela primeira vez, usou o termo “Síndrome de Munchausen” para descrever os fenômenos de certos pacientes que apresentavam quadros caracterizados por doenças crônicas e factícias. Esses casos apresentavam sintomas recorrentes e exagerados em termos de sua descrição sintomatológica, sendo que, na verdade, os

¹¹⁶ Cabe salientar, entretanto, que a maioria dos trabalhos publicados pertence à área médica (dentre as especialidades: a Pediatria e a Psiquiatria).

pacientes simulavam e provocavam os sintomas e doenças em si mesmos para chamarem atenção da equipe médica.

A Síndrome de Munchausen, assim como a Síndrome de Munchausen por Procuração (MSBP), compõem quadros específicos que fazem parte dos “Transtornos Factícios” (DSM-IV), cujo objetivo é conseguir a atenção e o cuidado de médicos e enfermeiros. Os portadores desse transtorno apresentam uma característica compulsiva, comparada a dos drogaditos. Muitas vezes, passam a vida peregrinando em hospitais, dificultando o diagnóstico por conta da descontinuidade entre os diferentes registros médicos.

A MSBP ou Síndrome de Polle (por ser o nome da filha do barão que morreu, misteriosamente, com um ano de idade) é uma das formas mais letais de abuso infantojuvenil, tendo sido descrita pela primeira vez em 1977, pelo pediatra britânico Sir Samuel Roy Meadow. Instigado, inicialmente, pela Síndrome da Morte Súbita Infantil, viu-se diante de casos suspeitos. Em suas investigações, deparou-se com o fenômeno da MSBP, tendo alcançado o reconhecimento nos âmbitos médico e jurídico (FELDMAN, 2004).

Apesar de se tratar de um fenômeno ainda pouco diagnosticado e estudado no Brasil pelas áreas jurídica, médica e social, o assunto é digno de grande atenção no restante ocidental em função do alto risco de morte de suas vítimas. Conforme dados trazidos por Sheridan (2003), as vítimas são, geralmente, crianças menores de quatro anos de idade, sendo que metade dessas tem até dois anos. Dos casos registrados, de 6 a 10% são fatais, sendo que 76,5% são perpetrados pela mãe e, comumente, também acomete aos filhos subsequentes.

Como enfatizado anteriormente, a síndrome é caracterizada pela criação de falsas histórias médicas, em que amostras laboratoriais são contaminadas, registros médicos são alterados e ferimentos e doenças são induzidos. A motivação é chamar atenção da equipe médica, por meio do adoecimento do outro (KAPLAN, SADOCK & GREBB, 2003; FELDMAN, 2004). Como abordaremos a seguir, o perpetrador geralmente teve uma história de vida marcada por familiares doentes, visita contínua a hospitais sendo, muitas vezes, um profissional da área médica (na maioria dos casos, enfermeiros).

Narrativas em segredo: algemas veladas

Fico confusa. O que é exatamente uma dor de cabeça? É quando meus olhos estão doendo? Quando sinto tontura no ônibus? Fico pensando, tentando imaginar a resposta correta (GREDORY, 2004, p.43)

Como exemplo inicial de MSBP, podemos citar o caso da resiliente Julie Gregory, autora do livro “Eu não sou doente” (2004), que conta com detalhes a dinâmica dessa síndrome na qual foi vitimada. Julie descreve que passou longos anos de sua vida com uma altura desproporcional ao seu pouco peso, nas suas palavras: “Para começar, eu era uma criança doente. Alta e magricela, frágil” (p.18). Sua mãe, Sandy, a submetia a diversos exames diariamente, além de cirurgias desnecessárias e arriscadas. Com apenas cinco anos, foi induzida a dizer que tinha dores de cabeça quando nem ao menos sabia o que isso significava. Em síntese, sempre teve a nítida certeza de que era doente e de que, a qualquer momento, poderia morrer.

As pessoas que sofrem com essa síndrome, como a mãe de Julie, apresentam um quadro de pseudologia fantástica (mentira patológica), ou seja, são especialistas em mentir sobre sua história de vida ou sobre a sintomatologia de suas vítimas. Incentivos externos estão ausentes nesse panorama, ou seja, seu único objetivo é conseguir atenção e os cuidados de médicos e enfermeiros. Tais pessoas têm uma característica compulsiva, de repetição incontrolável, que pode ser comparada ao comportamento dos dependentes químicos. Muitas vezes, como enfatizado anteriormente, passam a vida transitando de um hospital ao outro (KAPLAN, SADOCK & GREBB, 2003).

Julie passou sua infância e adolescência apresentando sintomas e doenças induzidos e simulados por sua mãe, que ludibriava inúmeras equipes médicas e torturava psicologicamente sua filha com a ideia de que nenhum médico seria competente o suficiente para descobrir-lhe um diagnóstico. Apresentando um comportamento típico de quem é

acometida por MSBP, a mãe de Julie chamava, constantemente, às equipes médicas de incompetentes e ameaçava processar os hospitais. As internações sempre culminavam com uma nova busca por outro hospital. A teatralidade da mãe era tamanha que a preocupação com a saúde da filha parecia genuína. Sempre sedutora, conquistava a estima da equipe médica (GREGORY, 2004).

A síndrome ocorre, geralmente, entre pessoas com conhecimentos em medicina, cuja razão pode estar vinculada, na maioria dos casos, a três fatores: a convivência com alguém doente por longo período de tempo, a profissão, o interesse no campo da saúde ou um histórico permeado por internações pregressas (KAPLAN, SADOCK & GREBB, 2003; FELDMAN, 2004).

Os autores relatam que, em sua maioria, pessoas portadoras de MSBP foram vítimas de algum tipo de violência na infância. Segundo Gregory (2004), sua genitora, quando criança, passou por um período de vida difícil com sua própria mãe, Magde. Negligente para com sua filha, deixava-a sozinha na presença de homens mais velhos, não se preocupava com sua alimentação e permitia o convívio abusivo com seu segundo marido (com quem Sandy, por vezes, fora obrigada a manter relações sexuais). Certa vez, na garagem de sua casa, o irmão mais velho de Sandy a estuprou; ela tentou pedir ajuda à mãe que, como resposta ao seu apelo, destratou-a, fechando a porta violentamente e, permitindo, assim, a consumação do ato apesar de suas lágrimas e gritos de protesto.

Como mencionado anteriormente, o portador da síndrome geralmente tenta perpetrar o abuso nos filhos mais novos. Gregory relata que Sandy tentou repetir o ato criminoso em seu irmão menor, mas ela sempre o defendeu, impedindo o abuso (GREGORY, 2004).

A maior dificuldade está em detectar e provar esse tipo de delito em função da falta de capacitação dos profissionais da saúde, do direito e demais profissionais ligados à infância e juventude. Como resultado, estas mães saem impunes na maioria dos casos, sentenciando seus filhos ao eterno cativeiro (FELDMAN, 2004; GREGORY, 2004). Para as crianças, como em qualquer forma de abuso, a lei do silêncio funciona como algemas veladas, desamparando crianças indefesas e colaborando, assim, para a perpetração do crime de abuso de poder.

Cabe salientar que a mãe de Julie mantinha outras crianças e idosos em seus cuidados, para que pudesse receber benefícios financeiros do governo. Julie tentou, sem sucesso, tirar de sua mãe a guarda das crianças adotivas (que também sofriam com os abusos) e de seu irmão mais novo. Apesar das periódicas visitas da assistência social, nada conseguiu ser provado e Sandy não perdeu a guarda de nenhuma criança, nunca foi julgada por seus crimes, nem presa ou encaminhada a um tratamento psiquiátrico (GREGORY, 2004).

Segundo Kaplan, Sadock, Grebb (2003) e Feldman (2004), essas mães sofrem de algum transtorno de personalidade grave, muito difícil de lidar e tratar. As testagens psicológicas mostram que, nos Transtornos Factícios, a pessoa traz um coeficiente de inteligência acima da média, fracos sentimentos de identidade, comorbidades médico-psiquiátricas, confusão acerca da sexualidade, baixa tolerância à frustração, dependência e narcisismo (KAPLAN, SADOCK & GREBB, 2003; FELDMAN, 2004).

Dessa maneira, uma das hipóteses é o Transtorno de Personalidade Narcísica, caracterizado por um senso aumentado de sua própria importância, de sentimentos de grandiosidade e egocentrismo. Esse transtorno é mais comum em pessoas que tiveram, durante sua infância, pais com um senso irreal de seus atributos (onipotência, grandiosidade). Esperam ser tratados de forma diferenciada em função da grandiosidade que atribuem a si mesmos. Reagem de maneira desproporcional às críticas que recebem (*over reaction*) e podem responder agressivamente.

Além de induzir e simular os sintomas em Julie, sua mãe ameaçava-a dizendo que iria se matar caso ela se rebelasse ou lhe negasse amor. Além disso, no decorrer dos anos, fez com que seu marido, pai de Julie, sempre calmo e passivo, se tornasse uma pessoa extremamente desequilibrada e irritada, resultando, anos mais tarde, na sua separação (GREGORY, 2004). Como podemos acompanhar, manipuladores e pretensiosos, seus relacionamentos tendem a ser frágeis e deixam seus parceiros furiosos. São incapazes de mostrar empatia e fingem solidariedade somente para alcançar seus objetivos.

Outra hipótese situa a perpetradora como sendo portadora de uma personalidade anti-social. A justificativa ficaria a cargo de uma série de fenômenos que podem compor quadros marcados por atos perversos, caracterizados por trazerem requintes de crueldade,

pois, sem culpa, infligem todo o tipo de sofrimento a seus filhos, somente visando suprir suas exigências egoístas (WINNICOTT, 1999). A falta de empatia, que marca a personalidade da maioria dos anti-sociais, pode ser vista nestas mães, apesar da teatralidade que as impulsionam a fingir preocupação com a saúde dos filhos. Em diversos relatos médicos, quando não se percebe observado, o perpetrador se mostra indiferente e até cruel em seus atos e comentários (FELDMAN, 2004; GREGORY, 2004).

Quando encaminhados à psicoterapia, verifica-se que, em pleno funcionamento de suas defesas, esses pacientes conseguem dominar seus sentimentos de raiva, ansiedade, depressão, vergonha, culpa entre outros (são manipuladores). Como seu comportamento é, geralmente, ego-sintônico, ou seja, em sintonia com sua consciência, sem culpa, eles relutam em participar de um processo terapêutico (por temerem, de maneira não consciente, que suas defesas sejam quebradas, o que, supostamente, os levariam a perder o controle). Quanto mais efetivas as suas defesas, mais reprimidas ficam sua ansiedade e depressão (mantendo o humor estabilizado) (KAPLAN, SADOCK & GREBB, 2003).

Outro caso interessante de MSBP foi relatado pela Sociedade Chilena de Psiquiatria (MAIDA, MOLINA & ERAZO, 2001). Lucia, uma jovem mãe de 33 anos, deu entrada no Hospital Calvo Mackenna, em agosto de 1998, com sua filha Ester. A criança de 28 dias apresentava um quadro respiratório obstrutivo e sangramento pela boca e fossas nasais. Os médicos decidiram interná-la por causa da gravidade do quadro e também por conta dos alarmantes antecedentes da mãe que dizia ter tido cinco filhos anteriores a Ester; todos haviam falecido “subitamente”.

Descobriu-se que cada uma das crianças ingressava no hospital com problemas respiratórios, diarréia ou convulsões. Com poucos dias de vida as crianças já eram levadas ao hospital por conta das crises. Internadas, melhoravam e recebiam alta, gozando de perfeita saúde, não apresentando nenhuma crise. As mortes sempre ocorriam em casa, quando a mãe se encontrava sozinha com as crianças. O primeiro filho faleceu com cinco meses e teve o atestado de óbito extraviado; o segundo filho, aos oito meses, recebeu um laudo justificando sua morte por pneumonia bilateral aguda e distrofia; o terceiro, de três meses, recebeu um laudo atestando morte por asfixia e o último, com quatorze dias, recebeu um atestado de óbito de asfixia por aspiração de vômito. Nas palavras de Feldman

(2004b):

Quando um caso (...) é finalmente reconhecido, até 25 por cento dos irmãos da criança afetada já vieram a falecer, muito provavelmente vítimas anteriores do perpetrador. Somente quando o segundo, o terceiro ou o quarto filho da família apresenta os mesmos tipos de sintomas, os profissionais e as autoridades legais são obrigados a reconhecer que a maternidade pode distorcer-se em um tipo de relação doentia de abuso (p.12)

A avaliação psicológica da mãe no teste Rorschach (instrumento projetivo bastante utilizado nesses casos) revelou alteração no juízo da realidade, dificuldade de manejo e controle dos impulsos agressivos, tendência à mentira consciente, encobrimento e simulação, perda de limite de tempo, baixa tolerância à frustração e recalque do papel feminino e das funções biológicas (Ibid.).

Diante desse quadro, como medida de proteção à criança em situação de risco, o juiz decretou de imediato o afastamento da mãe e uma investigação minuciosa se iniciou. Descobriram um histórico de internação anterior em razão de um episódio psicótico da mãe e soube-se que as mortes de cada uma das crianças coincidiam com as datas dos abandonos de seus antigos companheiros.

Assim como no caso acima, a mãe, algumas vezes, é condenada e perde o poder familiar sobre a criança. Quando indiciadas, representam verdadeiros estorvos para as equipes dos hospitais e para o sistema judiciário. Para lidar com estes casos, é necessário que se crie uma equipe multidisciplinar (nenhuma abordagem terapêutica revelou-se, até o momento, capaz de produzir a remissão dos sintomas), sendo o prognóstico da síndrome desanimador. A taxa de mortalidade é maior durante a infância, sendo que as crianças que sobrevivem, em sua maioria, tendem a desenvolver Transtornos Somatoformes¹¹⁷ ou

¹¹⁷ Conforme traz a CID-10, os Transtornos Somatoformes (F45) têm como característica essencial a presença repetida de sintomas físicos associados à busca persistente de assistência médica, apesar dos médicos nada conseguirem encontrar de anormal e afirmarem que os sintomas não têm nenhuma base orgânica. Se

também Factícios na idade adulta (KAPLAN, SADOCK & GREBB, 2003; EBERT, LOOSEN & NURCOMBE, 1996).

De acordo com os relatos, a dinâmica desta síndrome implica uma história pregressa de uma infância difícil. Na maioria dos casos, o perpetrador recebeu uma maternagem insuficiente, marcada por traumas na sua infância que impossibilitaram o surgimento de um ego estruturado entendido como pilar da formação da personalidade e da possibilidade de superação -, levando a vítima a repetir o papel do algoz (MELILLO, 2005).

Além disso, em alguns casos, um estranho elo é criado entre perpetrador e vítima. Este quadro é chamado de Síndrome de Estocolmo que, apesar de não constar nos manuais psiquiátricos, é usado por psicólogos e médicos para explicarem esta estranha dependência algoz-vítima. A Síndrome de Estocolmo é caracterizada por uma adaptação ao estresse extremo em condições de cativo e tortura. A vítima a desenvolve como estratégia de sobrevivência (*coping strategies*) e tende a usar como mecanismo de enfrentamento a empatia com o abusador, em uma tentativa de obter algum tipo de controle na situação de desamparo e dependência máxima na qual se encontra (MONTERO, 2004).

Essa síndrome pode ocorrer em prisioneiros, pessoas sequestradas, mulheres e crianças abusadas. A vítima desenvolve sentimentos confusos em relação ao seu algoz, incluindo compaixão pelo abusador e, até mesmo, amor. A pessoa não crê que o abusador possa ser responsável por seu sofrimento, mas acredita que ela própria provoca o infortúnio do algoz que culmina em castigos merecidos (Ibid.)

Baseado na descrição do quadro acima, pode-se supor que as vítimas da MSBP comumente sofrem da Síndrome de Estocolmo o amor que deveriam sentir em relação a mãe se confunde com o temor extremo e a dependência absoluta. A vítima começa a se ver pelos olhos do abusador e se submete a todo tipo de exigências, passivamente. As crianças vítimas desta síndrome comumente são cúmplices de suas mães ou pais na fabricação de sintomas. Não contam aos médicos o que está realmente acontecendo, mesmo

quaisquer transtornos físicos estão presentes, eles não explicam nem a natureza e a extensão dos sintomas, nem o sofrimento e as preocupações do sujeito. Cabe salientar que, diferentemente da MSBP, neste caso, os pacientes não provocam ou simulam os sintomas. Eles sentem os sintomas como verdadeiros e acreditam, de fato, estarem doentes.

posteriormente, quando a separação é realizada. Essas crianças acreditam que seu cuidador é alguém frágil, que realmente precisa que elas fiquem doentes e acreditam que perderão o amor de seus pais se a verdade vier à tona, como no caso de Julie:

-Não se preocupe mamãe. Está tudo bem. Nós vamos encontrar outro médico. Era assim que eu a tranquilizava, dizendo a ela que simplesmente não desistiríamos.

-Olhe, eu estou tentando ajudá-la a resolver seu problema, sacrificando minha vida para encontrar que diabos há de errado com você. Então pare de estragar tudo agindo como se tudo estivesse normal. Mostre a eles como você é doente e vamos chegar às raízes do seu problema, tá certo?

-Tá bem. (GREGORY, 2004, p.20)

Maida, Molina e Carrasco (1999) apresentaram um caso clínico que ilustra bem a Síndrome de Estocolmo numa vítima de MSBP. Uma menina de 12 anos deu entrada ao hospital acompanhada de sua mãe com um quadro de depressão e dores paralisantes nas pernas. Os exames não revelaram causas orgânicas. A dinâmica familiar mostrou ser complexa, pois mãe e filha viviam extremamente isoladas e a criança não frequentava a escola devido às constantes hospitalizações. A menina, no hospital, ao ser interpelada sobre suas dores, não respondia; era a sua mãe quem falava por ela e, quando era obrigada a falar, trocavam olhares, visando aprovação ou reprovação.

O quadro piorou e a mãe costumava falar para a menina aceitar a morte, porque seu caso era gravíssimo. Não obstante, os médicos nada encontravam que justificasse o quadro. Quando os médicos informaram a ambas que as dores poderiam ser de ordem psicológica, a mãe teve uma reação típica de MSBP: ameaçou processar o hospital e retirar sua filha da instituição. A menina chegou a apresentar paralisia total e perdeu os controles básicos orgânicos (esfíncteres); melhorou apenas quando a afastaram da mãe.

O teste Rorschach revelou que a mãe apresentava uma personalidade infantil com um alto grau de agressividade e idéias paranóicas. Na menina foi observado um importante

atraso psicoemocional, dependência materna e uma personalidade muito sugestível. Assim que o abuso foi constatado, mãe e filha se separaram. A filha foi viver com uma irmã mais velha que estava afastada da família. A menina não apresentou mais nenhum quadro similar e voltou à vida normal, retomando seus estudos. As últimas notícias da menina foram de que ela havia procurado sua mãe para manter contato diário e, novamente, juntas, iniciaram uma busca obsessiva por diagnósticos e patologias.

Para que não se pretenda uma leitura determinista dos fenômenos da violência, diferente desses últimos casos apresentados, Gregory pôde lidar com os traumas de sua história de vida de uma maneira diferente. Depois de embrenhar-se pela busca de suas “verdadeiras” dores, pôde cuidar dos seus traumas. Acabou por estudar psicologia e psiquiatria e se tornou uma das maiores pesquisadoras do assunto. Hoje, é porta-voz das vítimas da MSBP e dá suporte por meio de seu site, palestras, livros e intervenções psicossociais (GREGORY, 2004).

Considerações Finais

Neste trabalho, tivemos como objetivo trazer as características da Síndrome de Munchausen por Procuração (MSBP), uma das formas mais letais de violência doméstica contra crianças e adolescentes.

Por meio das articulações teóricas, entrecortadas pelos casos teóricos apresentados, pudemos concluir quão importante é a realização do diagnóstico, estar atento para os sinais característicos da MSBP para poder intervir de maneira precoce, minimizar os riscos e evitar o pior.

Referências

ASHER, R. Munchausen's Syndrome. **Lancet**. 1 (339-41), 1952.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL (1988, 5 de outubro). (4a ed.). São Paulo: Saraiva, 2008.

ELBERT, M. H.; LOOSEN, P. T. & NURCOMBE, B. **Psiquiatria: diagnóstico e tratamento**. Porto Alegre (RS): Artmed, 1996.

FELDMAN, M. D. D. C. Prefácio. In GREGORY, J. **Eu Não Sou Doente: a verdadeira história de uma vítima da síndrome de Munchausen por procuração**. (p.11-15). São Paulo: ARX, 2004b.

FELDMAN, M. D. D.C. **Marc Feldman's Munchausen Syndrome, Malingering, Factitious Disorders & Syndrome Munchausen by Proxy**. Disponível em: <http://www.munchausen.com>. Acesso em março de 2004.

FRIEDMAN, H; SCHUSTACK, M. **Teorias da Personalidade**. Da Pesquisa Clássica à Pesquisa Moderna. 2ª edição. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

GREGORY, J. **Eu Não Sou Doente: a verdadeira história de uma vítima da síndrome de Munchausen por procuração**. São Paulo: ARX, 2004.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. **Compêndio de Psiquiatria**. 7a ed. São Paulo: Artmed, 2003.

MAIDA, A. M.; MOLINA, M. E.; CARRASCO, X. Síndrome de Munchausen por poder: um diagnóstico a considerar. **Revista Chilena Pediátrica**. 70(3). Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.phd>. Acesso em maio de 2005.

MAIDA, A. M.; MOLINA, M. E.; ERAZO R. Síndrome de Münchausen por poder, una presentación inusual. **Revista Médica Chilena**. 29(8). Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.phd>. Acesso em maio de 2005.

MELILLO, A. Resiliência, el Pensamiento de Boris Cyrulnik. In: MELILLO, A. **Perpectivas**

Sistêmicas. 17a ed. Buenos Aires, 2005.

MONTERO, A. **El Síndrome de Estocolmo Doméstico em Mujeres Maltratadas.**

Disponível em: <http://www.sepv.org>. Acesso em maio de 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **CID-10.** Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. (Trad. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português). 10a ed. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo, 2007.

SHERIDAN, M. S. The deceit continues: an updated literature review of Munchausen Syndrome by Proxy. **Child Abuse Negl.** 27(4), 2003. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12686328>. Acesso em outubro de 2012.

STONE, M.H. The far side of Narcissism. In: LIPPI. **Ofensas sexuais, Estudo multidisciplinar.** São Paulo: Abtos, 2005.

WINNICOTT, D. **Tudo começa em casa.** São Paulo: Martins Fontes, 1999.

Intervenção Terapêutica no Centro de Convivência da Criança e do Adolescente: contribuição winnicottiana

Paula Orchiucci Miura¹¹⁸,

Dora Mariela Salcedo Barrientos¹¹⁹

Resumo

A violência intrafamiliar é um problema que ocorre em todas as regiões do mundo. Em 2007, o UNICEF identificou que cerca de 275 milhões de crianças eram testemunhas desse tipo de violência. Este artigo teve como objetivo analisar o processo de intervenção baseado na teoria winnicottiana e adotados pelo Programa Acolher e pelo Centro de Convivência da Criança e do Adolescente no atendimento dos casos de pessoas que vivenciaram situações de violência intrafamiliar, no município de Arujá-SP. Este trabalho foi realizado com base no método psicanalítico (NAFFAH, 2006) e por meio da observação participante nestes serviços. Com esse estudo pôde-se perceber que estes serviços desenvolveram um trabalho em rede e atuaram terapeuticamente, possibilitando o fortalecimento dos profissionais destes serviços, bem como a continuidade do processo de amadurecimento das crianças atendidas.

Palavras-Chave: Ação terapêutica em instituições, teoria winnicottiana, violência intrafamiliar.

¹¹⁸ Psicóloga, mestre em Psicologia Social (PUC-SP), doutora em Psicologia Clínica (PUC-SP), pesquisadora do Grupo de Pesquisa “Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico – puerperal” (EACH-USP) <http://www.mulheresaude.com.br/>. e-mail: paulamiura@hotmail.com. São Paulo – Brasil.

¹¹⁹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Psicodramatista – Sócio Educacional. Docente do Curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACHUSP). Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Bases conceituais e metodológicas da enfermagem em saúde coletiva São Paulo (EEUSP). Líder do Grupo de Pesquisa “Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico – puerperal” (EACH-USP) <http://www.mulheresaude.com.br/> e-mail: dorabarrientos@usp.br. São Paulo Brasil

Introdução

A violência intrafamiliar se refere não apenas ao excesso de força física, sexual, verbal contra o outro, mas também à ausência de um investimento no cuidado, na preocupação com o outro que necessita de acolhimento emocional e cuidados físicos.

Em 2007, o UNICEF identificou que cerca de 275 milhões de crianças eram testemunhas desse tipo de violência. Nestes casos, os danos psíquicos são tão graves quanto às crianças que vivenciam diretamente a violência.

Para intervir nos casos de violência intrafamiliar necessita-se do envolvimento de inúmeros serviços, fala-se em redes de proteção contra a violência intrafamiliar.

No Brasil, os serviços acionados, normalmente, são: conselho tutelar, polícia, ministério público, serviços de atendimento psicológico e de assistência social, entre outros.

O Estatuto da Criança e do Adolescente também aponta para a necessidade de um trabalho articulado entre as diversas instâncias que desenvolvem ações diretas e indiretas em prol ao direito da criança e do adolescente. “A política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente far-se-á através de um conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios” (artigo 86º).

Desta maneira, este artigo irá apresentar parte dos resultados da tese de doutorado intitulada “*A violência intrafamiliar no Brasil e Portugal: uma avaliação das ações terapêuticas a partir de duas cidades, Arujá e Coimbra*” (MIURA, 2012), ou melhor, enfocará o processo de intervenção baseado na teoria winnicottiana e adotado por alguns serviços da Rede de Proteção de Arujá, no atendimento dos casos de pessoas que vivenciaram situações de violência intrafamiliar.

Caminhos da Investigação

Esta pesquisa se baseou no método psicanalítico, tanto por meio da pesquisa-escuta, pesquisa clínica por excelência, quanto da pesquisa-investigação, pesquisa cujo foco são os

problemas teóricos e/ou metodológicos da psicanálise (NAFFAH, 2006,p. 280). As duas pesquisas se complementam numa dialética interminável.

Com isso, para realização deste estudo foi feita observação participante com escuta psicanalítica nos seguintes serviços: Programa Acolher¹²⁰ e Centros de Convivência da Criança e do Adolescente¹²¹, bem como observação da articulação desses serviços com outros serviços que compõem a Rede de Proteção de Arujá. Esses serviços foram escolhidos por atuarem terapeuticamente nos casos de violência intrafamiliar.

A recolha das informações foi feita durante as reuniões semanais feita entre os membros da equipe do Programa Acolher, bem como durante as supervisões semanais feitas pelos funcionários do Programa Acolher aos funcionários dos Centros de Convivência da Criança e do Adolescente.

Na época da pesquisa, a equipe do Programa Acolher era composta por três psicólogas, duas assistentes sociais, um pedagogo, dois estagiários (um da área da assistência social e outro da psicologia). A equipe dos Centros de Convivência da Criança e do Adolescente era composta pela direção, coordenação, secretária, quatro serventes, duas cozinheiras e seis educadores e atendia cerca de 250 crianças e adolescentes, dentre destes 27,2% vivenciaram ou estavam vivenciando uma situação de violência intrafamiliar, segundo dados do Programa Acolher.

O estudo foi apresentado e aprovado pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (processo nº 319/2009). Todos participantes desta pesquisa assinaram o termo de consentimento esclarecido e com intuito de preservar eticamente o anonimato deles, os nomes utilizados são fictícios.

Ética do cuidado sob a perspectiva winnicottiana

¹²⁰ Realiza atendimentos psicológicos e de assistência social às famílias, crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar, bem como aos agressores. É executado pelo Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS).

¹²¹ Oferece atividades de educação informal (curso de teatro, dança, música, artesanato, desenho...) para crianças e adolescentes de 7 a 17 anos, num período complementar à escola, em dois bairros periféricos de Arujá – Mirante e Parque Rodrigo Barreto.

Winnicott e Britton (1947/1999) acompanharam alguns programas de acolhimento de crianças em tempo de guerra e paz. Durante esse tempo, puderam conhecer profundamente o desenvolvimento emocional desde os bebês até os adolescentes e, também, as condições ambientais institucionais e familiares que contribuem para o desenvolvimento da tendência antissocial.

Winnicott e Britton (1947/1999) contam sobre a implantação do programa para crianças difíceis. Com base em suas experiências, apontam para a necessidade de um programa flexível que atenda a demanda local, ressaltando o perfil das pessoas que deveriam trabalhar nesses alojamentos: “(...) pessoas dotadas de originalidade e de um senso agudo de responsabilidade” (p. 61).

O trabalho terapêutico requeria uma longa permanência das crianças nos alojamentos, mas não havia um período predefinido; as crianças poderiam ficar dois, três, até quatro anos.

Essas crianças vinham de lares insatisfatórios. Elas tinham vivido a desintegração familiar ou o perigo de um lar em dissolução. “Elas precisavam, portanto, menos de substitutos para seus próprios lares do que de experiências de um lar primário que fossem satisfatórias” (WINNICOTT e BRITTON, 1947/1999: 63).

Winnicott e Britton (1947/1999) explicam que lar primário está relacionado a um lar que a criança possa experienciar suas próprias necessidades, pois alguém estará voltado para satisfazê-las. Somente satisfazendo suas necessidades e sentindo seus impulsos como seus é que a criança poderá se desenvolver e então integrar sua personalidade. Desta forma, a criança vai precisar de alguém para amar e odiar, sem o qual não poderá descobrir seu sentimento de culpa e o desejo de reparar. Além de que, sem isso, a distinção entre a fantasia e a realidade ficará prejudicada.

O objetivo dos alojamentos descritos por Winnicott e Britton (1947/1999) era tentar reduzir o fracasso do próprio lar da criança. Nesses alojamentos existiam os nomeados supervisores, casais que moravam nos alojamentos, conviviam e intervinham imediata e diretamente com as crianças, conforme as necessidades rotineiras de todo lar. Havia também Clare Britton, assistente social psiquiátrica, que estabelecia a ligação entre os

supervisores, Winnicott e a comissão superior que tratava dos assuntos administrativos. O psiquiatra estava afastado das atividades rotineiras do alojamento, fazia a triagem das crianças para os alojamentos e uma terapia indireta por meio da supervisão e discussão dos casos.

“Era importante que a assistente social assumisse o peso da responsabilidade, e isso era possível na medida em que ela sabia que contava com o apoio da comissão superior e do psiquiatra” (WINNICOTT e BRITTON, 1947/1999: 70). Essa necessidade de suporte dos profissionais também pode ser percebida nas instituições de atendimento aos casos de violência intrafamiliar.

Além da distribuição do peso da responsabilidade, aponta-se também para a importância da existência de um espaço de supervisão de casos para que os profissionais possam falar sobre suas angústias, seu sentimento de impotência, suas incertezas suscitadas diante dos casos. Quanto ao trabalho na área de violência intrafamiliar, isso é fundamental como forma de sustentação do trabalho dos profissionais envolvidos nessa área. Ou seja, é fundamental para que uma equipe consiga lidar com os inúmeros problemas que aparecem todos os dias no âmbito dos atendimentos da violência e não se desespere ou revitimiza a vítima com ações inseguras e precipitadas ou, então, revide a agressão do agressor, sem perceber que está agredindo-o.

A problemática institucional, o padecimento dos profissionais e a falha nas ações terapêuticas são resultados de um ambiente institucional que não promove nenhum respaldo para a equipe técnica. Uma das formas de diluir esse mal-estar institucional é por meio da supervisão institucional. Na experiência de Winnicott e Britton (1947/1999) era o próprio Winnicott quem assumia essa função.

Desta forma, as reuniões de equipe supervisionadas com objetivo de falar sobre as práticas cotidianas, discutir casos, entre outros assuntos, é uma das formas de promover um “ambiente suficientemente bom”, ou seja, um ambiente emocionalmente estável.

Além desses dois aspectos que são fundamentais, Winnicott e Britton (1947/1999) também diziam que este tipo de trabalho nas instituições não é para todos, mas somente para quem tem algumas competências para o desenvolvimento do mesmo.

Para Winnicott e Britton (1947/1999), não é tão importante a realização de treinamento ou a experiência profissional anterior; o que interessa é a capacidade que o profissional tem para “(...) assimilar experiências e para lidar de modo autêntico e espontâneo com os acontecimentos e as relações” (p.76).

A autenticidade e a espontaneidade estão relacionadas com o processo de amadurecimento psíquico de cada um, com a possibilidade que cada um teve de experienciar sua criatividade originária desde o início da vida. Isso só é possível quando a mãe é “suficientemente boa” e proporciona ao bebê condições necessárias para um desenvolvimento saudável (WINNICOTT, 1971/1975).

Isso significa que a mãe deve se implicar no cuidado com seu filho mas, ao mesmo tempo, permitir que ele vivencie suas próprias necessidades. A consciência sobre os limites das necessidades nas relações interpessoais não é fácil de detectar, pois esses limites não são definidos por objetos objetivos, mas por uma dimensão subjetiva.

Na teoria de Winnicott (1962/1990) pode-se perceber a importância do cuidar no processo de amadurecimento do *self*, bem como das consequências do excesso e da ausência do cuidar. O “ambiente suficientemente bom” promovido pela “mãe suficientemente boa” é o contexto necessário para que o bebê possa vir a se desenvolver de maneira saudável, em que nem os excessos e nem as faltas na ação de cuidar são sentidos como um padrão relacional.

Dessa forma, o grande desafio na ação do cuidar é ter consciência do momento em que se deve implicar na relação e o momento em que deve-se estar mais reservados, possibilitando o equilíbrio necessário para que o sujeito que requer cuidados possa ser acolhido e sustentado quando houver necessidade e também ser chamado à vida como sujeito diferente do agente cuidador.

O trabalho descrito por Winnicott e Britton (1947/1999) envolve o cuidado com as crianças e os adolescentes, bem como com a própria equipe. Por isso esses três aspectos, a distribuição do peso da responsabilidade, a supervisão de casos e as habilidades e competências pessoais foram enfocados como fundamentais no trabalho de cuidar dos cuidadores, que envolve também o cuidar das crianças, adolescentes e suas famílias.

Caso contrário, “(...) uma equipe de trabalho inadequada não só torna impossível o tratamento pessoal como leva a problemas de saúde e colapso entre seus próprios membros, interferindo, portanto, na continuidade das relações entre eles, essencial nesse tipo de trabalho” (WINNICOTT, 1948/1999: 83).

Manejo da Equipe do Programa Acolher

O Programa Acolher tinha uma relação direta com os Centros de Convivência. O objetivo da intervenção do Programa junto aos Centros era sensibilizar os funcionários destes e, ao mesmo tempo, oferecer suporte técnico.

A equipe que trabalhava nesses centros era quase toda contratada. Como os subsídios eram poucos e o salário era baixo, só era possível contratar profissionais de pouca escolaridade e estavam numa faixa etária média de vinte anos. Alguns desses profissionais estavam iniciando curso superior. De um modo geral, todos encontravam muita dificuldade de perceber sua postura – nem sempre adequada nos cuidados com as crianças e os adolescentes, bem como com os próprios colegas de trabalho.

Além disso, devido à burocracia da Prefeitura, a renovação do contrato com esses profissionais demorava de um a dois meses; a consequência disso era, inevitavelmente, o atraso no pagamento dos salários, o que dificultava sobremaneira o trabalho em equipe.

Essa situação gerava turbulências nos Centros, isso levou ao questionamento sobre a ética nos cuidados com essa política social. Winnicott e Britton (1947/1999) nos apontavam para a importância do suporte político e financeiro que os profissionais recebiam para realização do trabalho nos alojamentos, sem isso, os autores diziam que o trabalho ficaria inviável.

É flagrante a falta de suporte financeiro tanto para o Programa Acolher quanto para os Centros de Convivência, o que revela o total descuro ético em nível governamental, municipal, estadual e federal – com relação à violência intrafamiliar no município de Arujá.

Para Winnicott e Britton (1947/1999), as pessoas que trabalham no alojamento “devem viver uma vida satisfatória; devem desfrutar de tempo livre, férias adequadas e, (...)”

devem receber uma remuneração financeira condigna, se é que se deseja de fato realizar um trabalho válido” (p. 75).

Diante disso, percebe-se a falta de suporte financeiro e o grande desafio que deve ser enfrentado pelos profissionais que trabalham na área da violência intrafamiliar no município.

Mesmo com todas essas dificuldades, a equipe do Programa Acolher proporcionava, semanalmente, suporte técnico à equipe dos Centros de Convivência.

Esses Centros, embora não sejam alojamentos, se assemelham muito. Como já mencionado, os Centros oferecem diversos cursos num período complementar à escola formal.

Esse tipo de instituição surgiu porque os pais não tinham onde deixar seus filhos. Nas creches, as crianças ficavam em período integral; porém, ao entrarem no 1º ano do Ensino Fundamental, a permanência na escola passava a ser de meio período. Isso trazia dificuldades para os pais, que nem sempre podiam conciliar seus horários de trabalho com o horário de estudo de seus filhos. Por isso, muitas crianças acabavam por ficar em casa sozinhas, outras passavam o dia nas ruas sem a guarda de um adulto à mercê do perigo dos bairros periféricos...

A implantação dos Centros de Convivência veio com o intuito de minimizar a vulnerabilidade a que as crianças estavam expostas. Mas a demanda pelas vagas foi tamanha que se tornou impossível atender a todos.

Ao longo do trabalho com as equipes dos Centros, foi-se identificando diversos casos de violência intrafamiliar e muitos sintomas antissociais nas crianças e nos adolescentes.

Com intuito de minimizar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais dos Centros, os técnicos do Programa Acolher iniciaram um processo de formação sobre a violência intrafamiliar e, semanalmente, conversavam sobre os casos que os profissionais apontavam como sendo os mais difíceis. As conversas também giravam em torno dos episódios rotineiros que afetavam os profissionais. A intervenção do Programa Acolher baseou-se na teoria e na experiência de Winnicott e Britton (1947/1999).

Winnicott e Britton (1947/1999) descrevem o processo de integração de uma criança no alojamento como tendo três fases. A primeira, muito curta, é a idealização exagerada da criança sobre o pessoal do alojamento, neste momento ela apresenta um bom comportamento. Na segunda fase, depara-se com uma realidade muito diferente da que havia idealizado, para poder então confiar neste ambiente real, a criança testa todos a sua volta, e joga os funcionários uns contra os outros. Se a equipe não tiver uma estabilidade emocional, não possibilitará que a criança passe para a fase subsequente.

A terceira fase é quando a equipe consegue suportar todos os testes realizados pela criança e ela se sente aliviada por isso, pois agora consegue pertencer ao grupo e se envolver com as pessoas deste grupo. É necessário que os funcionários também se envolvam com elas, pois o que a criança realmente está procurando é poder vivenciar o lar primário que não pôde.

Observou-se no decorrer das intervenções um processo de amadurecimento das equipes, que possibilitou muitas crianças e adolescentes transitar da segunda fase para a terceira.

Suzana tinha 13 anos. Sua família era extremamente violenta. A mãe de Suzana já havia dado uma facada numa irmã e queimado outra com água fervendo. A violência nesta família era a única forma utilizada para “resolver” os problemas familiares. Suzana era a filha mais velha de três irmãos. Muitas vezes, ela tinha que exercer o papel da mãe e cuidar dos irmãos, pois sua mãe passava a semana toda fora de casa trabalhando. Suzana, na maioria das vezes, ia para o Centro de Convivência “descabelada”, com piolhos, vestia roupas sujas e rasgadas; era gordinha e alta. Seu porte físico ajudava-a nas brigas em que se metia. Ela não se interessava por nada, não gostava de fazer as atividades propostas, atrapalhava as aulas, batia nas outras crianças; não respeitava os profissionais, nem as regras da instituição. Mas, raramente, faltava. Percebia-se que essa era a maneira defensiva de ela lidar com seu mundo.

Mas esse comportamento agressivo incomodava os profissionais do Centro, que ao invés de questionar, reclamavam e pediam, ou melhor, exigiam da direção que Suzana fosse punida. Felizmente a direção, nos dizeres de Winnicott (1970/1999), tinha “competências pessoais” e não puniu Suzana como os profissionais gostariam. Destacando-

se que, a diretora era psicóloga com formação na teoria winnicottiana o qual se tornou um processo benéfico.

Quando os profissionais vinham com essa exigência, automaticamente, lembrava-se da expressão “palmada educa”, ideia tão atrelada à história educacional jesuítica, que adotava a punição como uma forma de disciplinar e corrigir (PRIORE, 1996, p. 96).

O suporte técnico foi fundamental para que os profissionais do Centro percebessem porque Suzana agia daquela maneira e que a ação ética nos cuidados profissionais estava relacionada à necessidade de proporcionar a ela um ambiente continente, acolhedor e não punitivo.

Dessa forma, o suporte técnico passou a ser um espaço de discussão de casos de crianças, com as quais os profissionais tinham dificuldade de lidar. Esses profissionais tiveram a oportunidade de conhecer um pouco da teoria de Winnicott (1970/1999) e colocá-la em prática.

Retomando o caso de Suzana, a professora de teatro conseguiu abrir-lhe as portas e acolhê-la em suas aulas. No início foi difícil, pois Suzana continuava atrapalhando a aula, mas não faltava. A professora foi conseguindo se aproximar e estabelecer vínculo com ela, ou seja, a professora conseguiu passar pelo teste de continuar viva mesmo depois de tantos ataques.

Suzana ficou quase um ano nessa fase, que Winnicott e Britton (1947/1999) chamam de fase dois, em que as crianças atacam os profissionais, colocam um contra o outro. Se o ambiente for estável e os profissionais conseguem suportar os ataques, as crianças se sentem aliviadas, e então passam a ter condição de pertencer a algum grupo e se envolver com outras pessoas.

Na terceira fase, Suzana realmente se mostrou diferente; modificou sua aparência, passou a ir ao Centro com cabelo penteado, sem piolhos, vestia roupas limpas e dizia estar gostando de se arrumar. Mesmo de um jeito brusco, mostrava mais afetividade para com as pessoas. Nas atividades que realizava no Centro, passou a se envolver não só no teatro, mas também na música, na dança. Adorava participar das apresentações e suas habilidades eram reconhecidas pelos profissionais, colegas e amigos. Suzana pôde conhecer e ser

reconhecida de outra forma que não a da violência. O vínculo com outros adolescentes e com os educadores foi fundamental para ela amadurecer. “É a estabilidade do novo suprimento ambiental que dá a terapêutica” (WINNICOTT, 1956/1999, p. 147). “(...) a palavra-chave não é tratamento ou cura, mas sobrevivência. Se vocês sobreviverem¹²², a criança terá oportunidade de crescer e vir a ser algo parecido com a pessoa que deveria ter sido se um infausto colapso ambiental não tivesse acarretado o desastre” (WINNICOTT, 1970/1999, p. 258).

É importante observar que alguns comportamentos “desviantes” das crianças revelam não só as necessidades próprias, mas também a carência de apoio às equipes, que trabalham para e com elas.

A intervenção do Programa Acolher junto aos Centros deu-se de acordo com as ideias winnicottianas no trabalho com as equipes, apontando para a agressividade das crianças e dos adolescentes como uma forma defensiva deles e como um pedido de ajuda. Mas para isso, as equipes teriam que sobreviver aos diversos ataques. Em muitas reuniões, o que se fazia era escutar, pois as equipes precisavam desabafar – mais que outra coisa – uma vez que tiveram uma semana muito difícil, desgastante. Tentava-se dar suporte para que as equipes conseguissem sobreviver mais outra semana. Era importante, para elas, ter este espaço supervisionado de troca, de desabafo, de angústias, de incertezas, de dúvidas.

Considerações Finais

Pôde-se perceber que, o Programa Acolher juntamente com o Centro de Convivência buscaram desenvolver um trabalho de intervenção que pudesse ser suficientemente bom no processo de *continuidade-de-ser* das crianças, adolescentes e suas famílias, que frequentavam este Centro.

Nas supervisões, os funcionários podiam desabafar, falar sobre suas angústias, seus sentimentos de impotência, sobre as inúmeras dificuldades enfrentadas no dia a dia, sobre a falta de recursos materiais entre outros aspectos, esse era o momento em que os

¹²² Winnicott (1970/1999) estava se referindo aos profissionais de um alojamento.

funcionários se sentiam acolhidos, cuidados. Para Winnicott (1948/1999) esse suporte à equipe de funcionários é fundamental para a eficácia da intervenção terapêutica nas instituições, em seu trabalho nos alojamentos, era ele quem assumia essa função.

Pôde-se perceber também que o eficiente trabalho realizado entre os profissionais do Programa Acolher e dos Centros de Convivência só foi possível devido ao envolvimento e engajamento desses profissionais.

Em todos os casos, o apoio técnico do Programa Acolher aos funcionários dos Centros de Convivência, que se deu seguindo a teoria de Winnicott, foi essencial para que essas instituições pudessem tornar-se um ambiente suficientemente bom; sem essa provisão ambiental as crianças e adolescentes, que tiveram seu processo de amadurecimento interrompido, talvez não tivessem a mesma oportunidade de amadurecimento.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Versão alterada pela lei 12.010 de 03 de agosto de 2009. [Documento da internet, disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm], consulta em 06/08/2010.

MIURA, P. O. *A violência intrafamiliar no Brasil e Portugal: uma avaliação das ações terapêuticas a partir de duas cidades, Arujá e Coimbra*. Tese de Doutorado. Curso de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP. 2012).

NAFFAH N., A.. A pesquisa psicanalítica. *Jornal de Psicanálise*, 39(70), 279-288., 2006

PRIORE, M. D.. O papel branco, a infância e os jesuítas na colônia. In: Priore, Mary Del (Org.). *História da criança no Brasil*. (4ª ed.). São Paulo: Contexto, 1996.

United Nations Children's Fund (UNICEF). (2007). *Situação mundial da infância*. São

Paulo: B&C Revisão de Textos. Disponível em <http://www.unicef.org/brazil/pt/sowc07.pdf>. 2007. Acesso em 21/07/2011

WINNICOTT, D. W. A criatividade e suas origens. In: D. W. Winnicott. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. 1971/1975

Winnicott, D. W. . A integração do ego no desenvolvimento da criança. In: D. W. Winnicott. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1962/1990.

WINNICOTT, D. W. . Alojamentos para crianças em tempo de guerra e em tempo de paz. In: D. W. Winnicott. *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes., 1948/1999

WINNICOTT, D. W. . A tendência antissocial. In: D. W. Winnicott. *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. 1956/1999

WINNICOTT, D. W.. Assistência residencial como terapia. In: D. W. Winnicott. *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. 1970/1999

WINNICOTT, D. W.; BRITTON, C. . Tratamento em regime residencial para crianças difíceis. In: D. W. Winnicott, *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes, 1947/1999.

Ações terapêuticas em Winnicott no âmbito da violência intrafamiliar: um estudo de caso

Paula Orchiucci Miura¹²³,

Dora Mariela Salcedo Barrientos¹²⁴

Resumo

A violência intrafamiliar é um problema milenar e complexo, que ocorre ao longo do ciclo vital, em todas as regiões do mundo, sem distinção de classe social, grupo racial, nível econômico, educacional ou religião. Este estudo teve como objetivo analisar o processo de intervenção baseado na teoria winnicottiana e adotado por alguns serviços da Rede de Proteção de Arujá, no atendimento terapêutico de uma família que vivenciou situações de violência intrafamiliar. Este trabalho foi realizado com base no método psicanalítico (NAFFAH, 2006) e por meio da observação participante e dos estudos de casos acompanhados pela Rede de Arujá. Com esse estudo pôde-se perceber que as instituições que desenvolveram um trabalho em rede e de forma terapêutica a nível psíquico e emocional possibilitou a continuidade do processo de amadurecimento das crianças participantes da pesquisa.

Palavras-Chave: Ação terapêutica em instituições, teoria winnicottiana.

¹²³ Psicóloga, mestre em Psicologia Social (PUC-SP), doutora em Psicologia Clínica (PUC-SP), pesquisadora do Grupo de Pesquisa “Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico – puerperal” (EACH-USP) <http://www.mulheresaude.com.br/>. e-mail: paulamiura@hotmail.com. São Paulo – Brasil.

¹²⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Psicodramatista – Sócio Educacional. Docente do Curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACHUSP). Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Bases conceituais e metodológicas da enfermagem em saúde coletiva São Paulo (EEUSP). Líder do Grupo de Pesquisa “Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico – puerperal” (EACH-USP) <http://www.mulheresaude.com.br/> e-mail: dorabarrientos@usp.br. São Paulo Brasil

Introdução

A violência intrafamiliar é um problema que vem se arrastando há anos. O UNICEF identificou, em 2007, que cerca de 275 milhões de crianças eram testemunhas desse tipo de violência. Nestes casos, os danos psíquicos são tão graves quanto às crianças que vivenciam diretamente a violência.

A definição de violência intrafamiliar não se refere apenas ao excesso de força física, sexual, verbal contra o outro, mas também à ausência de um investimento no cuidado, na preocupação com o outro que necessita de acolhimento emocional e cuidados físicos.

Ao refletir sobre o desenvolvimento emocional, observa-se que todos os tipos de violência intrafamiliar afetam, marcam, provocam falhas no processo de amadurecimento pessoal.

Segundo Winnicott (1962/1990), não é possível o desenvolvimento saudável de crianças em ambientes que não sejam “suficientemente bons”. O autor (1962/1990) não utiliza o termo violência intrafamiliar propriamente dito, mas fundamentando este termo em sua teoria, pode-se pensar que violência intrafamiliar seria a ausência de um “ambiente suficientemente bom”, onde esse tipo de ambiente se estabeleceu como um padrão no processo do desenvolvimento, impossibilitando o desenvolvimento saudável dos membros dessa família.

Este trabalho irá apresentar parte dos resultados de uma tese de doutorado (MIURA, 2012). Neste estudo analisar-se-á o processo de intervenção baseado na teoria winnicottiana e adotado por alguns serviços da Rede de Proteção de Arujá, no atendimento terapêutico de uma família que vivenciou situações de violência intrafamiliar.

Caminhos da Investigação

Esta pesquisa se baseou no método psicanalítico, tanto por meio da pesquisa-escuta, pesquisa clínica por excelência, quanto da pesquisa-investigação, pesquisa cujo foco são os problemas teóricos e/ou metodológicos da psicanálise (Naffah, 2006,p. 280). As duas

pesquisas se complementam numa dialética interminável.

Com isso, para realização deste estudo foi feita observação participante com escuta psicanalítica nos seguintes serviços: Programa Acolher¹²⁵, Centros de Convivência da Criança e do Adolescente¹²⁶ e abrigo, bem como observação da articulação desses serviços com outros serviços que compõem a Rede de Proteção de Arujá. Esses serviços foram escolhidos por atuarem terapeuticamente nos casos de violência intrafamiliar. Foi realizado também estudo de caso de uma família em situação de violência intrafamiliar atendida pelos serviços acima citados, este caso foi escolhido por ter sido amplamente discutido e estudado pela equipe do Programa Acolher.

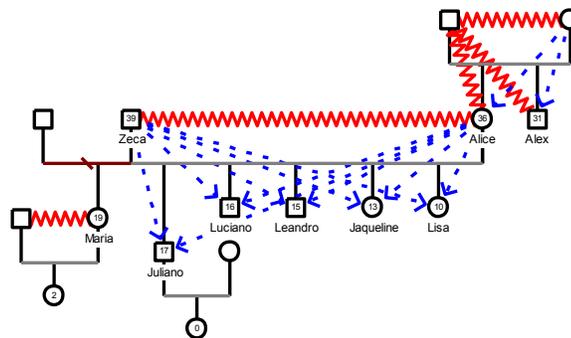
A recolha das informações foi feita durante as reuniões semanais feita entre os membros da equipe do Programa Acolher, bem como durante as supervisões semanais feitas pela equipe do Programa Acolher aos funcionários dos Centros de Convivência da Criança e do Adolescente. No abrigo, a coleta das informações acontecia de maneira diferente, os psicólogos do Programa Acolher ofereciam suporte técnico aos funcionários com intuito deles contribuírem com o processo terapêutico das crianças atendidas neste programa.

O estudo foi apresentado e aprovado pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (processo nº 319/2009). Todos participantes desta pesquisa assinaram o termo de consentimento esclarecido e com intuito de preservar eticamente o anonimato deles, os nomes utilizados são fictícios.

¹²⁵ Realiza atendimentos psicológicos e de assistência social às famílias, crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar, bem como aos agressores. É executado pelo Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS).

¹²⁶ Oferece atividades de educação informal (curso de teatro, dança, música, artesanato, desenho...) para crianças e adolescentes de 7 a 17 anos, num período complementar à escola, em dois bairros periféricos de Arujá – Mirante e Parque Rodrigo Barreto.

Lisa Genograma¹²⁷



A Sinalização e as Intervenções

O caso de Lisa chegou ao Programa Acolher por meio das supervisões feitas aos profissionais do Centro de Convivência.

A queixa era que Lisa não participava das atividades propostas, que ficava o tempo todo ao lado da secretária ou da diretora conversando e, às vezes, contava sobre episódios de violência física e negligência que se passavam na sua casa.

Os técnicos do Programa Acolher, preocupados com a situação, disseram que iam chamar os genitores para conversar, no intuito de averiguar melhor o caso.

Foram várias as tentativas de contato com Alice, mãe de Lisa, devido sua resistência e seu constante estado alcoólico. Conseguiu-se estabelecer uma conversa, apenas na terceira tentativa. Desta vez, Alice parecia estar mais à vontade e contou um pouco de sua história. Disse que sua mãe morreu de tanto beber, que ela e seu irmão viviam na rua e que seus pais e seus tios brigavam muito; tanto que uma das brigas levou a morte de um tio. Alice vai contando tudo isso em meio a várias gargalhadas. Percebeu-se, claramente, um

¹²⁷ O genograma foi utilizado apenas como instrumento ilustrativo, não foi um instrumento utilizado no processo terapêutico. O traçado vermelho foi utilizado para representar a violência física, psicológica entre os membros. E o pontilhado azul para representar a negligência. O traço vermelho escuro com um risco no meio para representar separação conjugal. Os números dentro dos círculos (símbolo que representa o sexo feminino) e dos quadrados (símbolo que representa o sexo masculino) referem-se às idades. As idades apresentadas no genograma foram calculadas com base no ano de 2006, ano do início das intervenções da Rede de Proteção de Arujá.

comprometimento psíquico-cognitivo, talvez pela bebida, uma vez que ela parecia não compreender o que lhe era perguntado e logo se esquecia do que estava falando, mudando de assunto várias vezes.

Ao ser perguntado sobre Lisa, disse que não se lembrava de quase nada do histórico de sua filha; só conseguiu dizer que teve uma gravidez tranquila e que a filha tinha nascido prematura.

A conversa com Zeca, pai de Lisa, aconteceu uma única vez. Ele reclamava que sua mulher bebia muito, disse que também bebia, mas sem excessos.

Assim como Alice, Zeca parecia beber para se afastar da realidade, dos problemas. Na verdade, por causa da bebida e/ou das patologias psíquicas, o casal já se mostrava bastante distante da realidade em que vivia. Freud (1930/2010) diz que o álcool é uma forma grosseira, mas eficaz de satisfação imediata e afastamento das pressões da realidade.

Nenhuma forma de tratamento surtiria efeito sem resolver primeiro a questão do alcoolismo. Este, no entanto, não era visto como um problema pela família e, mesmo que o fosse, não havia um serviço público para onde eles pudessem ser encaminhados.

Centro de Convivência e Programa Acolher

Neste caso, o Programa Acolher, juntamente com o Centro de Convivência, tentou – seguindo a teoria de Winnicott (1999) proporcionar um ambiente suficientemente bom, para os momentos em que Lisa estivesse no Centro.

O Centro deixou de ser apenas um local para realização das atividades complementares à escola e passou a ser um espaço potencial para que ela pudesse minimamente se sentir protegida e acolhida. Desta forma, seu amadurecimento acabaria se processando de alguma maneira.

Estrategicamente, pensou-se que no caso de Lisa seria mais interessante que ela estivesse inserida no Centro de Convivência e o processo terapêutico se desse por meio das supervisões e do suporte técnico, assim como fazia Winnicott (1999) nos alojamentos.

Mesmo porque, logisticamente, Lisa não teria como ir aos atendimentos psicológicos no Programa Acolher. Era o que se tinha e dessa maneira foi se desenrolando os cuidados com Lisa e sua família.

Lisa ingressou no Centro de forma muito acuada, comportamento que evidenciava as situações de violência vivenciadas em sua casa.

No início, ela faltava bastante; mas, aos poucos, foi estabelecendo um vínculo com a diretora do Centro e com a secretária. Com isso, passou a ser mais assídua.

Lisa quase não participava das atividades, não brincava com as outras crianças, não tinha amigos. Conversava e se relacionava mais com os funcionários que, orientados pelos técnicos do Programa Acolher, lhe davam atenção.

Ela era uma criança acuada e com medo de vivenciar qualquer tipo de relação que envolvesse discussão, briga, etc. Quando presenciava qualquer fato dessa natureza, logo saía de perto.

Quando Winnicott (1964/1999) expõe sobre a origem da agressividade diz que algumas crianças podem manter a agressividade “dentro delas” e isso faz com que elas se tornem crianças mais tensas, sérias e excessivamente rígidas; conseqüentemente, seus impulsos e a capacidade criativa diminuem. Essas crianças também desenvolvem um autodomínio e a capacidade de respeitar o outro, o que é bastante saudável, mas ficam sujeitas a surtos periódicos de sentimentos e condutas agressivas.

Para Lisa, a agressividade era extremamente perigosa e destruidora. Esse sentimento deve ter sido engendrado por meio de suas relações familiares: o descontrole dos impulsos agressivos de seus pais, potencializados pela bebida, e, conseqüentemente, a violência entre eles. Lisa parecia apresentar uma depressão patológica, por não ter conseguido experienciar seus impulsos agressivos como seus e por ter medo de experienciá-los. Ela, defensivamente, guardava-os em “algum lugar” dentro de si. Isso fazia com que tivesse medo de brincar, de se relacionar com as outras crianças, pois brincar requeria movimento e vivência de seus impulsos, até mesmo os agressivos. E isso talvez fosse ameaçador para ela; além disso, quase não existia vitalidade em seus impulsos, o que

também a levava a se isolar e não brincar.

Supervisões e Intervenções

A partir da queixa dos funcionários do Centro sobre a não participação de Lisa nas atividades começou-se o trabalho de supervisão.

Nas supervisões, salientou-se a importância de se promover um “ambiente suficientemente bom”. Ou seja, Lisa estava pedindo compreensão, necessitando de um ambiente acolhedor, que deveria ser proporcionado a ela. Sabia-se que isso era um desafio para os funcionários, pois teriam que se relacionar com a menina de maneira a acolhê-la e não de forma a cobrar dela a participação nas atividades. Era uma quebra de paradigmas na relação com as crianças; até então os funcionários pareciam imbuídos da pedagogia jesuítica da “palmada educa”, da importância em disciplinar, em corrigir.

Falava-se sobre o desenvolvimento humano em uma outra perspectiva, baseada na teoria winnicottiana. Num primeiro momento, foi bastante difícil que os funcionários compreendessem e aderissem à nova postura que deveriam assumir. Mas, pouco a pouco, as mudanças foram sendo percebidas; então eles passaram a acreditar e a confiar no trabalho dos técnicos do Programa Acolher. E as supervisões foram acontecendo de maneira menos resistente.

Como Lisa já mostrava certa aproximação com a secretária e a diretora, a tarefa de acolher passou a ser mais exercida por elas.

Quando a diretora chegava, Lisa ia logo ao seu encontro, pedindo sua atenção. A conversa era, na maioria das vezes, sobre as dificuldades que ela passava em sua casa. Lisa ficava triste, amuada; dizia que era segredo, que não era para contar para ninguém. Esse pedido parecia estar relacionado com a fala de Alice, que pedia para a filha não contar nada do que se passava dentro de casa. A menina dizia ficar triste com as bebedeiras da mãe, com as brigas entre seus pais. Em uma conversa com a diretora, falou chorando: *“Eu não aguento mais, porque essas coisas têm que acontecer, minha vida é muito difícil, tem que correr atrás de comida, de água, é muito difícil”*. Lisa não era uma criança chorona, na

maioria das vezes se isolava. Em certas ocasiões, tagarelava e ria muito, tentando mostrar-se forte, como se tudo estivesse bem.

O espaço de conversa, de acolhimento oferecido pela secretária e diretora possibilitou que Lisa se sentisse protegida e começasse a desabafar. Nos momentos em que ela chorava bastante para a diretora, deixava o papel de menina que tinha que “dar conta” de sua família e assumia um outro papel: o de criança desamparada.

Um dia, Lisa chegou ao Centro querendo conversar com a diretora; contou, chorando, que sua mãe estava bebendo demais e apanhando de seu pai e de seus irmãos, principalmente de Juliano. Disse também que no final de uma festinha que teve em sua casa todos beberam muito e brigaram. *“Eu não aguento mais ficar naquela casa nunca tem nada pra comer, eu e minha mãe temos que pedir água no vizinho para poder tomar banho, meu pai não ajuda em nada, minha vida é muito difícil, você não imagina, por que tem que ser tão difícil?”*.

A diretora perguntou o que Lisa achava de ir para um abrigo; ela respondeu que gostaria. Então a diretora prometeu fazer um relatório e conversar com a Promotora sobre a possibilidade de ela ir para o abrigo; avisou, contudo, que a Promotora poderia não concordar.

O relatório apontava justamente para a não preocupação dos genitores de Lisa para com seus filhos, para uma negligência e violência explícita e para a dificuldade de assumirem a função de pais e, até mesmo, de se comprometerem com o tratamento disponibilizado pelo Programa Acolher.

Em conversa com a Promotora, esta informou que, em casos de mães alcoolistas, ela prefere não abrigar, pois acredita que os filhos sejam o único elo da mãe com a realidade. Por fim, a Promotora comprometeu-se em chamar os pais de Lisa e que faria uma melhor avaliação do caso. A diretora externou seu temor de uma possível represália dos pais contra Lisa, caso fossem chamados para a conversa com a Promotora. Esta assegurou que tomaria todos os cuidados necessários.

A diretora contou para Lisa o que a Promotora havia dito; que sua mãe e seu pai seriam chamados ao Fórum para conversar com aquela autoridade. Alice atendeu ao

chamado da Promotora. Não se teve conhecimento do conteúdo da conversa.

A ideia da diretora, apoiada pela equipe do Programa Acolher, era de que no abrigo Lisa pudesse vivenciar momentos que até então não pudera experienciar; ou melhor, um lugar em que ela pudesse *voltar-a-ser*, continuar seu processo de amadurecimento, sem ter que estar sujeita, todo dia, à relações familiares violentas.

O importante foi que os cuidados com Lisa puderam continuar devido a sua permanência no Centro. Alguns meses depois, ela começou a reclamar que suas “bolinhas” (hérnias) estavam crescendo e que doíam.

A secretária do Centro marcou a consulta médica para Lisa. Essa consulta foi marcada e remarcada várias vezes, mas Alice, a mãe, nunca se dispôs a ir com a filha. Lisa então foi levada ao médico pela própria secretária. Foi diagnosticada hérnia inguinal e encaminhada para a cirurgiã pediátrica. Lisa só fez a cirurgia devido ao esforço e engajamento da secretária do Centro, Alice em momento algum se comprometeu em acompanhar a filha.

Depois da cirurgia, como alguém precisava cuidar de Lisa no processo de recuperação – e não se podia contar com Alice – a menina ficou no abrigo durante sua convalescença. Seus genitores, o Conselho Tutelar e o Ministério Público aceitaram o abrigamento temporário de Lisa.

Esse período foi considerado pelos funcionários do Centro e do Programa Acolher como uma estratégia para que Lisa fosse abrigada; ter-se-ia assim mais tempo para realizar uma intervenção mais efetiva.

Lisa ficou cerca de quatro meses abrigada e na cama, pois a recomendação era para que ela não fizesse esforço, que ficasse em completo repouso. A secretária e a diretora iam visitá-la todos os dias e, logo na primeira visita, lhe deram um ursinho de pelúcia de presente.

Nas supervisões, a secretária e a diretora foram percebendo que o urso de pelúcia passou a exercer a função de um objeto transicional (WINNICOTT, 1951/2000), objeto que foi importante no processo de amadurecimento dela, principalmente no período em que

esteve abrigada.

No abrigo, Lisa tinha seu espaço definido e seus objetos pessoais protegidos, o que não ocorria na sua casa. Toda vez que a secretária ou a diretora ia visitá-la, Lisa fazia questão de pegar o urso, mostrá-lo e falar que dormia com ele.

Mesmo em seu momento de recuperação, Lisa continuava bastante ligada à preocupação com sua mãe. “*Será que minha mãe está bem? Será que ela está bebendo? Será que estão batendo nela?*” Percebia-se que esta preocupação estava mais relacionada ao abandono e à negligência de seus pais, situação que já era prevista, pois Alice visitava a filha esporadicamente e Zeca nunca lhe fez uma visita sequer.

A secretária chegava a ficar boa parte do dia com Lisa e a diretora do abrigo também. A diretora, não podendo ausentar-se muito tempo do Centro, realizava visitas mais rápidas. Depois dessas visitas, nas conversas com outros funcionários, a diretora dizia que Lisa continuava lhe pedindo “coisas”, como comida, roupa, etc.

Lisa também dizia que, se a diretora não desse, não iria mais gostar dela. Como a diretora, ainda não tinha muita clareza do que a menina realmente queria, não atendia a seus pedidos, ficava em silêncio. Lisa então xingava-a de *chata*, de *pão-duro*, de *mão-de-vaca*... Isso aconteceu umas três vezes e, nesses momentos, acreditava-se que Lisa estava podendo experimentar um pouco de seus impulsos agressivos, o que até então não havia acontecido.

Lisa não pôde vivenciar isso com sua mãe, que se apresentava como uma pessoa frágil e, em muitos momentos, destruída pelo consumo excessivo de bebida. Nesse ambiente instável, ameaçador, em que a agressividade era algo perigoso e destrutivo, Lisa parece ter internalizado seus impulsos agressivos, mas de maneira não-integrada ao *self*.

Ao se falar na supervisão sobre os pedidos insistentes de Lisa, percebeu-se que ela queria proteção, acolhimento, cuidados. Ela pedia, não roubava. Os desejos de Lisa – comida, roupa, tênis, etc – encobriam uma carência. Na realidade, o que ela gostaria de ter não eram as coisas que pedia, mas sim o amor e os cuidados da mãe.

A diretora foi conversar com Lisa sobre isso e disse que sabia o quanto era difícil para

ela perceber as enormes dificuldades que sua mãe tinha de cuidar dela, dos seus irmãos e de si mesma. Com intuito de acolher Lisa, a diretora enfocou que ela, a secretária entre outras pessoas se preocupavam muito com ela e que estavam ali para cuidar dela e protegê-la. Isso fez com que Lisa chorasse copiosamente, a diretora ficou o tempo todo do seu lado, até que cansada, adormeceu agarrada ao urso.

A diretora do abrigo contou que Lisa teve mais uns três surtos de choro compulsivo e que, nesses momentos, ficou ao seu lado, até ela adormecer.

Passados quatro meses, em vez de realizarem uma avaliação em conjunto com o pessoal diretamente envolvido no caso, o Conselho Tutelar e o Ministério Público concluíram que era melhor Lisa voltar para casa e, então ela foi desabrigada.

Os profissionais do Centro de Convivência e do Programa Acolher acreditavam que essa não era a melhor opção.

Contudo, estes profissionais perceberam que a possibilidade de Lisa regredir, se sentir protegida e acolhida durante todo o processo terapêutico alternativo, que durou três anos e meio, foi importante, pois ao voltar para as atividades no Centro de Convivência, parecia mais disponível para o contato com outras crianças e para a participação nas atividades.

Lisa começou a participar das aulas de dança e dos ensaios para uma apresentação. Ela não participava de todos os ensaios, mas já estava conseguindo se relacionar com as outras crianças de forma mais tranquila e espontânea. Ela, que raramente brincava, passou a brincar.

Discussão e Conclusão

Neste caso, pôde-se perceber a transgeracionalidade da violência. Alice repete a história de sua mãe, tanto a da violência quanto a da dependência do álcool.

Ferenczi (1933/1988) lembra muito bem, em seu texto *Confusão de línguas*, apontando para uma confusão na comunicação dos pais para com os filhos. Esses acabam

por não compreender a função e o papel dos pais, o que dificulta e até impede o desenvolvimento saudável dos membros dessa família.

Pôde-se identificar também problemas na comunicação e no trabalho da Rede quando Lisa foi desabrigada. Nenhuma avaliação ou conversa com os serviços envolvidos foi feita antes do desabrigamento, interrompendo o processo de intervenção terapêutica no abrigo. Daí a preocupação com a articulação da Rede de Proteção, para não reativizar as crianças, mas cuidar eticamente delas.

Quanto aos funcionários do Centro de Convivência e do Abrigo e dos técnicos do Programa Acolher, trabalharam no sentido de atender Lisa, que precisava de um espaço potencial para que pudesse vivenciar momentos que não pôde experienciar no decorrer do seu processo de amadurecimento.

Para Winnicott (1951/2000), esse espaço é uma área intermediária de experimentação, que contribui tanto para a realidade interna quanto para a vida externa. “(...) é um lugar de descanso para o indivíduo permanentemente engajado na tarefa humana de manter as realidades interna e externa separadas, e ao mesmo tempo inter-relacionadas” (WINNICOTT, 1951/2000, p. 318).

Desta forma, pôde-se observar nessa pesquisa que a intervenção terapêutica baseada na teoria winnicottiana foi fundamental para que Lisa pudesse continuar seu processo de amadurecimento.

Pôde-se perceber também que o eficiente trabalho realizado entre os profissionais do Programa Acolher, dos Centros de Convivência e do abrigo só foi possível devido ao envolvimento e engajamento desses profissionais.

A ação terapêutica dos serviços deve focar o processo de amadurecimento do indivíduo e não somente o sintoma apresentado por ele num determinado momento de sua vida. Atuar de maneira ética e terapêutica é muito mais do que eliminar *momentaneamente* a violência intrafamiliar; é proporcionar condições suficientemente boas para que as pessoas que tiveram seu processo de amadurecimento interrompido possam, então, *continuar-a-ser*. Sem esse tipo de intervenção o ciclo da violência intrafamiliar nunca cessará.

Referências Bibliográficas

- FERENCZI, S. (Confusão de língua entre os adultos e as crianças. In: Ferenczi, S. *Escritos psicanalíticos, 1909-1933*. Rio de Janeiro: Taurus editora. 1933/1988).
- FREUD, S. (O mal-estar na civilização. In: *Obras Completas – O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930-1936)*. (Vol.18). São Paulo: Companhia das Letras. 1930/2010).
- MIURA, P. O. (*A violência intrafamiliar no Brasil e Portugal: uma avaliação das ações terapêuticas a partir de duas cidades, Arujá e Coimbra*. Tese de Doutorado Não-Publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 2012.
- NAFFAH N., A. A pesquisa psicanalítica. *Jornal de Psicanálise*, v. 39, n. 70, pp. 279-288, 2006.
- UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF).). *Situação mundial da infância 2007*. São Paulo: B&C Revisão de Textos. Recuperado em 21 de julho, de 2011, de <http://www.unicef.org/brazil/pt/sowc07.pdf>
- WINNICOTT, D. W. (1962/1990). A integração do ego no desenvolvimento da criança. In: D. W. Winnicott. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- WINNICOTT,, D. W. (1999). *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes.
- WINNICOT, D. W. (1964/1999). Raízes da agressão. In: D. W. Winnicot., *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes.
- WINNICOT, D. W. (1950-55/2000). A agressividade em relação ao desenvolvimento emocional. In: D. W. WINNICOTT. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago.
- WINNICOT, D. W. (1951/2000). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: D. W. Winnicott. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago.

Diagnóstico de adolescentes grávidas vítimas de violência doméstica: contribuições e desafios

*Dora Salcedo Barrientos*¹²⁸

*Paula Orchiucci Miura*¹²⁹

*Marina Gemma*³

*Bruna Almeida Silva*³

*Leila Salomão de La Plata CuryTardivo*⁴

*Rosa Inés Colombo*⁵

Resumo

Estatísticas epidemiológicas confirmam que 60% das mulheres grávidas foram vítimas de algum tipo de violência doméstica pelo parceiro íntimo durante o casamento e 20% delas sofreram violência física e psicológica grave durante a gravidez (DURANT, 2006). Este estudo é parte de um projeto maior intitulado “Estudo da violência doméstica contra adolescentes grávidas atendidas em uma Unidade Básica da Zona Leste de São Paulo: Bases para intervenção” (Salcedo-Barrientos, 2011) e do *Estudo de Violência Doméstica contra Adolescentes grávidas atendidas no Hospital Universitário de São Paulo: Bases para Intervenção* (Salcedo-Barrientos, 2012) financiado pelo Cnpq, o qual é um estudo prospectivo, descritivo e exploratório, que utiliza abordagem qualitativa e quantitativa,

¹²⁸ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Psicodramatista – Sócio Educacional. Docente do Curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH-USP). Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Bases conceituais e metodológicas da enfermagem em saúde coletiva São Paulo (EEUSP). Líder do Grupo de Pesquisa “Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico – puerperal” (EACH-USP) <http://www.mulheresaude.com.br/> e-mail: dorabarrientos@usp.br. São Paulo. Brasil

¹²⁹ Psicóloga. Doutora em Psicologia Clínica (PUC-SP). Pesquisadora do Grupo de Pesquisa “Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico – puerperal” (EACH-USP)

³ Discente do Curso de Obstetrícia. EACH-USP. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa “Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico – puerperal”

⁴ Coordenadora do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social (APOIAR) , Professora Associada do Instituto de Psicologia da USP.

⁵ Psicóloga. Doutora em Psicologia. Docente da graduação e pós-graduação da *Universidad de Buenos Aires*. Pesquisadora.

buscando a experiência vivida sobre a violência doméstica nas adolescentes grávidas. Sustentado pela Teoria da Intervenção Praxis em Enfermagem em Saúde Pública TIPESC (EGRY, 1996); foi desenvolvido junto a 10 adolescentes grávidas e que fazem parte da Estratégia Saúde da Família e vivem na Zona Leste de São Paulo. Os dados foram analisados de acordo com as recomendações sugeridas pela literatura epidemiológica Agreste (1990), Junior Tardivo & Pinto (2010) e análise do discurso dos temas contidos dos relatórios analisados de acordo com Fiorin (2005). Entre os principais resultados apresentam-se cinco categorias empíricas: a) a invisibilidade da violência na vida cotidiana, b) a gravidez como crescimento e fortalecimento c) a exclusão de futuros pais durante a gravidez e o parto; d) fortalecimento do vínculo familiar e a rede de apoio consolidada e) falta de confiança nos profissionais de saúde. Portanto, este estudo contribuiu para dar subsídios na construção de novos instrumentos de diagnóstico e repensar as práticas de saúde de forma mais eficaz e eficiente voltadas para atender as adolescentes grávidas que são vítimas de violência.

Palavras-Chave: gravidez na adolescência, violência doméstica, gênero, necessidades de saúde, diagnóstico psicológico.

Introdução

O presente estudo se insere como parte das ações de um projeto maior intitulado “Estudo da violência doméstica contra adolescentes grávidas atendidas em uma Unidade Básica da Zona Leste de São Paulo: Bases para intervenção” (Salcedo-Barrientos, 2011) e do *Estudo de Violência Doméstica contra Adolescentes grávidas atendidas no Hospital Universitário de São Paulo: Bases para Intervenção* (Salcedo-Barrientos, 2012) financiado pelo Cnpq, cujo objetivo central foi diagnosticar casos de violência e compreender a experiência vivenciada diante a violência doméstica pelas adolescentes grávidas que freqüentam estes serviços; ambos componentes do Grupo de pesquisa “Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico – puerperal” Diretório CNPQ.

Iniciando esse artigo, vale ressaltar alguns aspectos da gravidez na adolescência do ponto de vista social e psicológico. Assim, observa-se diminuição da população de mães adolescentes porém essa diminuição se observa mais nas classes de renda mais altas, e

vem aumentando, consideravelmente, nas classes mais baixas (NOVELLINO, 2011).

Esse mesmo autor aponta que do ponto de vista da escolaridade, também a classe social é relevante, pois o número de mães adolescentes que frequentam a escola é menor entre as que pertencem à classe social mais baixa (menos de 30%). E também é nesse nível sócio econômico que se encontra mais mães adolescentes que não exercem nenhum trabalho. Um estudo sobre as relações familiares de adolescentes mães de baixa renda demonstra que muitas vezes a gravidez esteve associada a uma forma de lidar com a dificuldade na relação com a família de origem, como sentimentos de solidão, incompreensão e necessidade de atenção e cuidado. Em alguns casos foi referida a gravidez como um meio de sair do núcleo familiar (FALCÃO; SALOMÃO, 2006).

Oliveira (1999) encontrou entre mães adolescentes de baixa renda, vivências relevantes, como privação material e afetiva; conflitos com a educação formal ou mesmo evasão escolar e dificuldades na dinâmica familiar. Do ponto de vista psicodinâmico Deutsch (1967), coloca que a gravidez precoce poderia ser uma atuação relacionada a uma fixação precoce e primitiva à mãe. Ela entende que a menina frente à exigência de amadurecimento, buscou reviver a união mãe-filha por meio de uma gestação.

Como esse estudo aborda mães adolescentes vítimas de violência, pode-se colocar que das violências interpessoais, a cometida pelo homem contra a mulher ainda é considerada como um dos maiores problemas mundiais, persistindo como uma violação dos direitos humanos, um impedimento na conquista da igualdade de gênero e um grave problema de saúde pública, visto que afeta profundamente a integridade física e a saúde mental das vítimas (LIMA, 2008).

Segundo Durant (2006), estatísticas epidemiológicas confirmam que 60% das mulheres grávidas têm sido vítimas de algum tipo de violência doméstica por parceiro íntimo durante o casamento, sendo que 20% delas sofrem violência física e psicológica grave soco, queimaduras, ou ameaça de uso de arma durante a gravidez.

Dentre as inúmeras transformações vivenciadas na adolescência, as relacionadas ao corpo estão entre as mais intensas e importantes, visto que o adolescente encontra-se diante da possibilidade de usufruir de uma sexualidade adulta, experimentando novas

maneiras de se relacionar com o corpo e com o outro (CAMARGO & FERRARI, 2008).

A descoberta da sexualidade para estes autores manifesta-se, geralmente, através de práticas sexuais desprotegidas, que podem estar associadas à falta de informação, de comunicação com os familiares e/ou adultos, entre outros motivos que acabam por expor os jovens a contextos vulneráveis, principalmente no que se refere às doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada.

Moreira et al (2008) apontam que são poucas as famílias que aceitam a gravidez na adolescência e lidam com compreensão e afeto com o ocorrido. O não-enfrentamento adequado destes conflitos, por parte dos familiares e/ou parceiros, pode levar a um estresse e resultar em atritos físicos e verbais. Dessa forma, a própria gestação pode ser uma porta de entrada para perpetuação de situações de violência doméstica.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo descrever o perfil sócio-demográfico das adolescentes que fazem parte da área de abrangência da UBS Vila Cisper, localizada na Zona Leste de São Paulo, bem como identificar as potencialidades e vulnerabilidades das adolescentes grávidas diante das situações de violência doméstica.

Caminho Metodológico

Trata-se de um estudo prospectivo, descritivo e exploratório, utilizando a abordagem quanti-qualitativa, com intuito de identificar as situações de violência doméstica vivenciada pelas adolescentes grávidas que frequentam um posto de saúde na zona leste de São Paulo. Foi sustentado pela *Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva TIPESC* (EGRY, 1996), no qual se adota a concepção de determinação social do processo saúde-doença como teoria interpretativa dos fenômenos e a intervenção sistematizada e dinâmica na realidade das adolescentes grávidas.

A coleta das informações foi realizada por meio da aplicação do Inventário de Frases no diagnóstico de Violência Doméstica contra crianças e adolescentes (IFVD) (TARDIVO & PINTO JUNIOR, 2010) e de entrevista semi-estruturada composta por 7 (sete) questões norteadoras junto a 10 adolescentes grávidas, que fazem parte do Programa Estratégia de

Saúde da Família de uma Unidade Básica de Saúde da Zona Leste de São Paulo.

A aplicação do IFVD foi realizada com o intuito de contribuir com o diagnóstico das possíveis adolescentes grávidas vítimas de violência doméstica, bem como de validar este instrumento para este público específico. Vale ressaltar que este instrumento nunca foi aplicado em gestantes adolescentes.

O IFVD é composto de 57 frases (que não tratam a violência de forma direta) de fácil entendimento, que sugerem algum tipo de experiência de vitimização. As frases estão relacionadas à experiência de violência doméstica, sendo assim, relacionadas a transtornos cognitivos, comportamentais, emocionais, físicos e sexuais. A pontuação máxima no inventário é 47, e a soma total de pontos que for igual ou superior a 22 indica que o entrevistado pode ser vítima de violência doméstica. Os autores apontam que não se pode afirmar com total segurança que a criança sofre algum tipo de violência sem ter nenhum outro dado diagnóstico, sendo assim o IFVD é um auxiliar e útil instrumento aplicado fundamentalmente em crianças e adolescentes entre 6 e 16 anos.

Todos os responsáveis pelas adolescentes participantes assinaram o Termo de Consentimento e todas as adolescentes assinaram o Termo de Assentimento. Todos os preceitos éticos foram observados e o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo (Parecer 329/11 CAAE: 0071.0.162.000-11).

Os dados foram analisados segundo as recomendações da literatura epidemiológica sugeridos por Agreste (1990) e Tardivo & Pinto Junior (2010), e a *Análise de Discurso* dos temas contidos nos depoimentos foram analisados segundo Fiorin (2005).

Dentre as categorias analíticas propostas destacam-se: adolescentes, violência doméstica, gênero, gravidez, pré-natal.

Resultados e Discussão

Neste estudo, o perfil de produção e reprodução social das adolescentes permitiu evidenciar que, quanto ao estado civil 80% delas identificou-se como solteira (80%); com

escolaridade média de seis anos; (70%) procedentes de São Paulo; cor autodeclarada: branca (50%), parda (30%), negra (10%); 90% desempregada, dependentes financeiramente dos pais.

Quanto à pontuação no IFVD, das 10 adolescentes participantes, duas tiveram pontuação igual ou superior a 22, indicando serem vítimas de violência doméstica. Este dado contrapõe com as falas das adolescentes nas entrevistas planejadas com fins de diagnóstico complementar, em que seis fizeram menção à violência. Desta forma, os discursos das adolescentes grávidas foram reveladores como é possível ser evidenciado nas cinco categorias empíricas identificadas:

Invisibilidade da Violência na Vida Cotidiana

Dentre as 10 adolescentes entrevistadas, seis fizeram menção à violência. Duas adolescentes relataram que a situação de violência estava relacionada à gestação, sendo que, para uma das adolescentes, as situações de violência iniciaram-se após a confirmação da gravidez e, para a outra, os conflitos familiares já existiam, mas acentuaram-se após a gestação.

Das seis adolescentes que fizeram menção à violência, três demonstraram ser vulneráveis a situações de violência devido às relações de poder advindas das questões de gênero. Em dois destes casos, a vulnerabilidade parece estar associada a conflitos na relação com o companheiro e, no terceiro, a conflitos na relação familiar (irmão). E apenas uma das participantes fez menção à violência social, relatando episódios de maus tratos e abandono de menor, observados em sua comunidade.

Nos casos das duas adolescentes vítimas de violência, houve agressões verbais que causaram impactos psíquicos e emocionais na vida das jovens, isso pode ser observado por meio dos fragmentos de falas. Em ambos, a violência foi perpetuada por pessoas íntimas da jovem, sendo em um caso pelo companheiro e sogra e, no outro, pela família do companheiro.

“A mãe dele me agrediu. É que eu não gosto nem de lembrar! Porque são coisas mesmo... Meu Deus! Vou passar o resto da minha vida lembrando. Foi muito pesado o negócio!” (E4)

“Teve várias brigas entre eu e a mãe dele” (E5)

Pôde-se identificar nas falas das adolescentes, sentimentos de indignação, angústia, raiva, tristeza diante das situações de violência vivenciadas.

Mesmo diante destas situações, ambas participantes não identificavam estas experiências como violência, o que nos remete à invisibilidade acerca do tema, em que, devido ao contexto histórico, social e cultural da violência, as situações dificilmente são identificadas, visto que são naturalizadas pelos próprios indivíduos que as vivenciam.

É importante destacar, que a violência não aparece repentinamente durante a gravidez, motivo pelo qual é necessário o estudo com o apoio de instrumentos de avaliação psicológica que sejam sensíveis para captar os diversos transtornos associados a situações de violência experimentadas durante a infância. São essas experiências que determinam a posição dessas adolescentes e a predispõem a voltar a se envolver em círculos de violência que as prejudicam.

Portanto, estas jovens podem ter falado ou não sobre a violência sofrida durante a gravidez, mas independentemente disto estas situações podem estar fazendo parte do seu cotidiano como uma repetição de situações já experimentadas no seio familiar como algo “natural”.

A Gravidez como Crescimento e Fortalecimento

Com as modificações e particularidades da gravidez e da adolescência, é freqüente a existência de sentimentos e atitudes ambivalentes, que podem gerar conflitos e questionamentos, visto que as mudanças na identidade e no novo papel social promovem a necessidade de reestruturação e reajustamento (MOREIRA et al, 2008).

Nos resultados da pesquisa, este fato foi identificado em diversos fragmentos de fala. Como dito na contextualização da variável “sexualidade”, praticamente todas as participantes não planejaram a gravidez, porém, de uma forma geral, contemplavam a ideia de maternidade em algum ponto no futuro. Contudo, frente à responsabilidade advinda de uma gestação precoce, percebe-se que elas vêm e vão entre o comportamento de ser adolescente e ser adulto, o que gera bastante incerteza e torna difícil a mensuração das conseqüências do que é ter um filho.

De forma geral, reconhecer a responsabilidade inevitável da maternidade faz com que as jovens apresentem comportamentos que objetivam evitar prejuízos para elas e para os seus bebês. A noção de responsabilidade, identificada nessa pesquisa, está associada ao abandono de atividades em que elas tinham diversão e interação social. A grande maioria das participantes referiu como “mudanças após a gestação” o fato de ficar mais em casa, não saindo tanto com os amigos e melhorando o relacionamento com a família. Algumas atribuem a este fato certa sensação de estranheza, porém, aparentemente, isso não se configura como um sentimento de perda, visto que, ao relatarem, elas não apresentaram expressões de tristeza (choro, silêncio, mudança no tom de voz).

A Exclusão dos Futuros Pais durante a Gravidez e o Parto

A literatura científica a respeito da gravidez na adolescência é vasta no que se refere às questões relacionadas à figura feminina, no entanto, quando se trata da figura masculina, o papel do parceiro é frequentemente apresentado de maneira indireta, seja por índices de mães solteiras ou pelo apontamento da sua ausência como um fator estressante para a gestante (TARDIVO & PINTO JUNIOR, 2010).

Apesar da maioria das participantes estar em um relacionamento com o parceiro no momento da pesquisa, as expressões de dependência ao companheiro estiveram mais relacionadas à dependência financeira para a criação dos filhos, seguido da dependência emocional. Apenas três das adolescentes apresentavam relações conflituosas e estavam

separadas do companheiro.

O envolvimento do companheiro é mais requisitado no que se refere ao apoio financeiro para a criação dos filhos, sendo o relacionamento duradouro do casal uma preocupação secundária. Isto remete à questão social e histórica da maternidade, em que o homem, geralmente, configura-se como o provedor, cabendo à mulher a responsabilidade pela gestação e criação dos filhos.

Este fato é comprovado quando, na maioria dos discursos, se identificam expressões de que o companheiro assumiu e/ou ficou feliz com a gravidez, em oposição aos sentimentos ambivalentes experimentados pela adolescente, sugere, apesar de todos os esforços nacionais e internacionais na busca pela equidade de gênero, que os estereótipos feminino e masculino pré-definidos pela sociedade ainda estão fortemente presentes no comportamento dos indivíduos, inclusive os mais jovens.

Fortalecimento do vínculo familiar e rede de apoio consolidada

Todas as adolescentes relataram sobre a importância da relação familiar para o enfrentamento/adaptação à gestação, tanto no que se refere à aceitação da gravidez quanto ao auxílio para cuidar do filho. Na maioria dos discursos foi possível perceber que não houve conversas sobre a prevenção da gravidez e que, quando existiram, não ultrapassavam as barreiras da “advertência”, no intuito de moldar o comportamento das adolescentes.

A existência e importância do suporte familiar foram expressivas entre as participantes. Mesmo que após um primeiro momento de crise, relacionados à preocupação quanto ao futuro das adolescentes, principalmente no que se refere à questão dos estudos, seguido pela preocupação com o envolvimento dos parceiros das jovens na criação do filho as adolescentes foram acolhidas por suas famílias, contradizendo, assim, o comum discurso socialmente reproduzido de que a gravidez na adolescência tem influência das famílias disfuncionais. Vale ressaltar que as participantes apresentavam estruturas familiares diferentes, mas, no geral, contavam com o apoio material e afetivo das pessoas de sua rede

social mais próxima e isso lhes proporcionava segurança para vivenciar a gestação de uma forma mais saudável.

Todas as adolescentes recorreram às suas famílias para se reestruturar e adaptar à gravidez, sendo que a figura materna esteve mais associada ao apoio emocional e a figura paterna ao apoio instrumental. No entanto, não se pode observar um padrão.

Cabe destacar também que, em diversas ocasiões esta aproximação às figuras maternas é realizada pelas adolescentes como uma tentativa de reparação do abandono e da violência vivida na infância. E segundo os relatos das adolescentes, percebeu-se que estes apoios familiares são fundamentais para o seu bem-estar, interferindo de forma positiva em suas vidas, o que reforça, portanto, a importância da rede social para a saúde física e emocional do indivíduo.

Falta de confiança nos Profissionais de Saúde

Na pesquisa, oito participantes fizeram menção aos atendimentos oferecidos pelos serviços de saúde. Destas, quatro estavam satisfeitas com a assistência recebida, sendo que somente uma se queixou da reorganização das áreas do Programa Estratégia Saúde da Família, referindo gostar mais de seu antigo médico e enfermeira, pois eles a escutavam e lhe davam mais explicações, enfatizando, assim, a importância da valorização da “escuta”, do papel da mulher como coparticipe e corresponsável pela assistência.

No que diz respeito aos conflitos, foi possível identificar fragmentos de fala no discurso de quatro participantes que se relacionam à falta de vínculo entre serviço de saúde-paciente. Todas referiram não comentar com os profissionais que as atendem na UBS questões mais pessoais, o que nos faz refletir sobre o predomínio do caráter biomédico durante os atendimentos, em que as questões sobre o contexto social e psicológico não costumam ser investigadas e/ou a própria paciente as considera “íntima” para relatar

durante as consultas.

Vale ressaltar que dentre estas quatro participantes, três foram vítimas e/ou são vulneráveis a situações de violência doméstica, tornando essa crise de confiança entre profissional-paciente ainda mais alarmante, uma vez que os profissionais de saúde têm um papel importante para a quebra do ciclo da violência, principalmente no que se refere à identificação, apoio psicossocial e encaminhamento dos casos (FIORIN, 2005).

No que diz respeito as quatro participantes que não apresentaram queixas para com a assistência recebida, pode-se pensar que, talvez, essa aparente satisfação se deva ao fato de que muitas das posturas e práticas dos profissionais de saúde, consideradas inadequadas, são incorporadas pelos pacientes, que, em vários momentos, se adaptam ao comportamento que as equipes esperam deles, reproduzindo os discursos das mesmas e apresentando uma participação passiva durante a assistência.

Considerações Finais

O presente estudo demonstrou que a violência doméstica aparece de forma naturalizada pelas adolescentes que vivenciaram situações de violência, mas não definem suas vivências desta maneira. Esta forma da percepção da violência aumenta a vulnerabilidade e o risco de vida destas adolescentes e de seus bebês.

Pôde-se perceber também com esta pesquisa, que as adolescentes durante o processo gestacional demonstram grandes modificações, que vão desde a não aceitação da gravidez à necessidade de desenvolver a responsabilidade inevitável da maternidade.

Outro resultado observado nesta pesquisa se refere a falta de importância atribuída aos futuros pais dos bebês pelas adolescentes. A maioria delas restringe esta importância apenas ao apoio financeiro.

O apoio da família das adolescentes se mostrou fundamental no processo de aceitação e desenvolvimento da responsabilidade da adolescente pela maternidade. Além

disso, este apoio e acolhimento da família fortalece e minimiza a vulnerabilidade de possíveis ocorrências de situações de violência.

Outro aspecto que pôde ser percebido, é que as adolescentes grávidas apontam para a necessidade de profissionais de saúde que acolham, e escutem, ou seja, que estabeleçam vínculos para que elas possam confiar na relação e, então, falar sobre as intimidades das suas relações, principalmente, sobre as situações de violência doméstica vivenciada por elas.

Com relação ao IFVD (TARDIVO & PINTO JUNIOR, 2010), percebeu-se uma discrepância nos dados obtidos neste instrumento com as falas das adolescentes, talvez pelo fato de não ser um instrumento específico desta população. Diante disso, é muito importante refletir metodologicamente no produto obtido nos depoimentos durante as entrevistas junto às adolescentes. Dessa forma, sugere-se a construção de um novo inventário com frases direcionadas especificamente às adolescentes grávidas vítimas de violência doméstica que possam representá-las de tal forma que, respondam as necessidades identificadas a partir da Captação da Realidade Objetiva respeitando o próprio contexto no qual se encontram inseridas.

A violência doméstica envolve inúmeros fatores, principalmente, os aspectos psicológicos, que precisam ser mais explorados, desta forma, sugere-se também para os próximos estudos a aplicação de testes projetivos, que possibilitem a maior compreensão da dinâmica psíquica destas adolescentes, com intuito de contribuir para a reflexão e elaboração de estratégias preventivas e interventivas mais eficazes e eficientes no processo de minimização da ocorrência destas situações de violência.

Portanto, esta pesquisa possibilitou uma reflexão sobre os instrumentos diagnósticos e os processos de intervenção que contribuam para tornar mais eficazes as práticas de saúde voltadas ao atendimento destas adolescentes vítimas de violência, bem como para subsidiar elementos metodológicos de enfrentamento deste fenômeno na Atenção Básica e em outros serviços de saúde de menor complexidade.

Referências

AGRESTE, A. *Categorical data analysis*. New York: Willey, 1990.

CAMARGO, E. A. I.; FERRARI, R. A. P. Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, pp. 937-946, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v14n3/30.pdf>. Acesso em 10 de dezembro de 2011.

DEUTSCH, H. *Problemas Psicológicos da Adolescência*. Com ênfase especial na formação de grupos. Trad.: Edmond Jorge. 3ª ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores. 1983 (1967). 125 p.

DURANT, J. G. *Gestação e violência: estudo com usuárias de serviços públicos de saúde da grande São Paulo* [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2006.

EGRY, E. Y. *Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem*. São Paulo: Ícone, 1996.

FALCÃO, D.V.S.; SALOMÃO, N.M.R., Mães adolescentes de baixa renda: um estudo sobre as relações familiares. In: *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 58, n. 2, 2006. Disponível em: www.psicologia.ufrj.br/abp/ Acesso em: 12 junho de 2011.

FIORIN, J. L. *Elementos de análise do discurso*. São Paulo: Contexto, 2005.

LIMA, D. C.; BUCHELE, F.; CLÍMACO, D. A. Homens, gênero e violência contra a mulher. *Saúde soc*, v. 17, n. 2, pp. 69-81, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n2/08.pdf>. Acesso em 19 de setembro de 2011.

MOREIRA, T. M. M.; VIANA, D. S.; QUEIROZ, M. V. O.; JORGE, M. S. B. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, v. 42, n. 2, pp. 312-320, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a14.pdf>. Acesso em 10 de dezembro de 2011.

NOVELLINO, M. S.F. Um estudo sobre as mães adolescentes brasileiras. *Physis Revista de*

Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 21 [1]. 2011. P. 299-318

OLIVEIRA, N.R. *Perfis de mães adolescentes: Estudo Psicossocial de adolescentes usuárias de um Serviço Público de Pré Natal e maternidade*. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. 1999. 297 f.

SALCEDO-BARRIENTOS, D.M. *Estudo de Violência Doméstica contra Adolescentes Grávidas Atendidas em uma unidade básica na zona leste de São Paulo: Bases para Intervenção*. Projeto de Pesquisa. Curso de Obstetrícia. Universidade de São Paulo. 2011.

SALCEDO-BARRIENTOS, D.M. *Estudo de Violência Doméstica contra Adolescentes Grávidas Atendidas no Hospital Universitário de São Paulo: Bases para Intervenção*. Relatório Parcial Projeto de Pesquisa: Teste Piloto. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil. 2012.

TARDIVO, L. S. L. P. C.; PINTO JUNIOR, A. A. *Inventário de frases no diagnóstico de violência doméstica contra crianças e adolescentes*. 1ª ed. São Paulo: Vetor, 2010. (Coleção IFVD; vol. 1)

TRABALHOS

INSTITUIÇÕES CONVIDADAS

Limites da Ética e do Desejo: a propósito dos Autores de Violência Sexual

*Lia de Mattos Mariotto*¹³⁰

*Tereza Elizete Gonçalves*¹³¹

Resumo

A escalada de casos de abusos sexuais seja de natureza intra ou extrafamiliar é crescente, e apesar da violência ser um tema frequentemente debatido na atualidade, tem-se tematizado mais sobre a(s) vítima(s) do que sobre os perpetradores de VS. Verificamos um silenciamento das vítimas perante o ato sexual abusivo incestuoso, dificultando que os AVS sejam identificados e tratados. O objetivo desta pesquisa é o de promover o levantamento de produções científicas acerca da realização do ato sexual abusivo, uma compreensão psicodinâmica à respeito do AVS e extrair desse estudo uma proposta para instauração de um serviço multidisciplinar focado no tratamento e reabilitação de ofensores sexuais em municípios do Vale do Paraíba-SP. A metodologia usada no presente estudo se classifica como Pesquisa Bibliográfica, com método qualitativo, onde são discutidas as produções científicas acerca das questões envolvendo diagnóstico, prevalência, caracterização e tratamento dos AVS. Os dados que possibilitam a análise, interpretação e discussão dos resultados são oriundos do acervo selecionado de referências em Bases de Dados, seja de bibliotecas convencionais, destacando-se artigos, teses e livros que tratem da temática. Os resultados que temos são ainda parciais, considerando que a pesquisa se encontra em curso, contudo podemos afirmar que torna-se necessário estudar o tema e esclarecê-lo, devido à escassez de pesquisas e produções científicas que constatamos até o presente. Sofremos portanto de uma carência de conhecimento sobre os AVS, e em

¹³⁰ Aluna do 3ºAno Integral do Curso de Psicologia da UNITAU

¹³¹ Professora Doutora em Psicologia Clínica, Docente do Curso de Psicologia da UNITAU

consequência, de iniciativas e de serviços dedicados à recuperação desses indivíduos, sendo esta a contribuição de nosso estudo.

Palavras chaves: Violência Sexual / Autor de Violência Sexual (AVS) / Ofensor sexual / Reabilitação do AVS

Limites da Ética e do Desejo

A propósito dos Autores de Violência Sexual

“ Quando você me chama de criminoso, sinto que não há salvação para mim. Sinto que devo abandonar tudo. Se você reconhece em mim um potencial de amor que está temporariamente transviado de seu caminho, me enche de esperança.”

(AVS, in Vecina, 2002)

1. INTRODUÇÃO

O tema desta X Jornada APOIAR (USP) de enfrentamento aos fenômenos da Violência, e que evoca o Percurso e o Futuro, se coaduna com o propósito deste trabalho, que é o de relançar as bases para um novo horizonte aos envolvidos em circunstâncias graves de violência, notadamente os que são perpetradores de atos destrutivos. Consideramos que sem a esperança de um outro futuro, não se desenha nenhuma possibilidade de mudança, e não se transformam os destinos. Não há percurso, apenas estagnação e repetição.

A instauração de atendimentos às vítimas de VS em hospitais e centros especializados conforme se verifica em várias regiões de nosso país, não tem alterado a condição emocional dos indivíduos com potencial para práticas de violência sexual.

Temos aí um cenário que impede que os Autores de Violência Sexual (AVS) sejam identificados e acompanhados a contento. Os impedimentos para a revelação das

ocorrências tornam o conhecimento da realidade e dos levantamentos que nos chegam ao conhecimento, ainda subnotificados, especialmente quando envolvem membros da mesma família.

Muitos fatores contribuem para o silenciamento das vítimas (o denominado Pacto do Silêncio) perante o ato sexual abusivo incestuoso, dificultando que os ofensores sejam devidamente identificados e tratados.

A determinação de trabalharmos com a temática sobre o praticante de violência sexual, surgiu a partir de leituras e interesse pelo tema, experiências institucionais obtidas pelas autoras da presente pesquisa. A aluna graduanda teve também oportunidade instigante de realizar visitas a hospitais penitenciários do estado do RJ em 2012, entrevistando alguns autores de violência sexual, os quais se dispuseram a conversar com a pesquisadora. Esta pode constatar uma diversidade de perfis e comportamentos, dentre os sujeitos, em sua prevalência do sexo masculino.

JUSTIFICATIVA

Um dos fatores relevantes para a escolha da temática da pesquisa ser realizada dentre trabalhos que envolvem os abusadores sexuais, foi devido à grande disponibilidade de pesquisas realizadas com as vítimas. Com os abusadores, a massa de produção reflexiva não acontece com a mesma proporção. O autor de violência sexual (AVS), não é retratado fielmente, sendo constantemente estigmatizado como perverso, sem haver uma avaliação precisa de suas motivações e constituição.

O indivíduo que comete o ato abusivo, é visto como um ser abominável, do “mal”, que comentou um crime, e de fato esta forma de ofensa praticada contra crianças e adolescentes se configura um delito. Quando os AVS são levados em juízo formal, por temerem a condenação, a maioria não assume ter cometido o ato, ou se o faz, não reconhece seu proceder como tendo natureza abusiva, não conseguindo portanto considerar os danos causados às vítimas (NAISSINGER; VASCONCELOS, 2008). “É comum abusadores sexuais tentarem justificar seus atos, referindo-se aos momentos em que também foram vítimas” (Naissinger; Vasconcelos, 2008, p.5)

Os serviços disponíveis aos AVSs são escassos, conforme levantamento introdutório

realizado. Desse modo, sem conhecermos esses outros determinantes, pouco podemos refletir e estruturar políticas públicas de prevenção de VS.

Como medida imediata punitiva resta ao abusador tão somente o confronto com a lei e a justiça; considera-se que o “melhor” para ele, é a reclusão judiciária. Nesses espaços igualmente violentos, se faz justiça dentre os encarcerados que, como se sabe, costumam vingar-se impondo ao abusador uma penalização também sexual. Porém apenas esses castigos na reclusão, o trancafiar do ofensor, sem um tratamento adequado, não será suficiente, ao contrário, trará um número maior de encarcerados violentados, criando um problema social ainda maior. E com isso, a chance de reincidência de abuso sexual aumenta, pois esses indivíduos apenas foram punidos e não tratados em suas disfunções.

Ressaltamos que essa consideração que adotamos não isenta o indivíduo da responsabilidade e necessidade de ressarcimento frente ao grave ato praticado. Todavia é necessário desenvolver ações de prevenção, diagnóstico e intervenção precoce nos casos de violência sexual, quebrando o ciclo perverso de violência e assim devolvendo à sociedade, pessoas que sofreram efeitos desta trama perversa. O presente trabalho não visa isentar a responsabilização do AVS e não tem como papel focalizar a dimensão da culpa, e sim a compreensão psicodinâmica da personalidade do AVS. Esses indivíduos reinseridos, porque foram objeto de um complexo investimento médico, social, psicológico, mostram-se agora transformados em suas tendências agressivas, tornam-se recuperados em sua dignidade, nas condições de convívio civilizado. Mas para que isto ocorra é necessário compreender as disfunções que acometem esses AVS, para os auxiliarmos a transformar os desvios de conduta pelas quais são movidos. Dessas considerações compartilham autores que abordaram dinâmicas de tratamento como Nogueira (2008), Vecina (2002), Esber (2009) e ainda Costa, Ribeiro e Moura(2012). Esses autores produziram trabalhos exemplares, num vácuo de pesquisas sobre o atendimento institucional de AVS, e o impacto causado na equipe de profissionais que atendem esses indivíduos é discutido no texto de Costa, Ribeiro e Moura(2012). Entendemos como os pesquisadores, que não há caminho para a reabilitação dos AVS se esses não contarem com o cuidado legitimamente ético e investido dos profissionais.

O presente trabalho visa descrever através do levantamento de produções científicas

os aspectos psicossociais que precipitam os atos de VS, levando em consideração as condições que os AVS se encontram, e as confusões de sentimentos que eles vivenciam quanto a atribuir a culpa do ocorrido à própria vítima. Pretende-se identificar e fomentar as trilhas subjetivas que possam levar ao reconhecimento do outro, ao arrependimento e não ao remorso, consideração sincera sobre a autoria e reparação do ato abusivo cometido.

Não encontramos uma tipificação genérica sobre a constituição emocional de abusadores, fator confirmado por autores: “(...) é difícil definir um perfil para os abusadores sexuais, talvez por esse motivo encontram-se poucos estudos no Brasil focando o agressor” (Naissinger; Vasconcelos, 2008, p.4)

Os estudos realizados pelos autores acima referem a falta de estrutura para um atendimento adequado com o AVS. “Teve-se conhecimento de muitos abusadores sexuais, que cumpriram pena no sistema prisional e retornaram ao convívio social sem terem recebido um tratamento adequado” (Naissinger; Vasconcelos, 2008, p.13). Ou seja, irrecuperados em suas distorções, eles tenderão a repetir as práticas pelas quais foram condenados e punidos.

Apesar da tendência a incriminar o praticante de violência sexual, o abusador não pode ser rotulado, como perverso ou pedófilo, pois nem todos são caracterizados nessas parafilias, apresentando então diversas características que podem desencadear o comportamento abusivo, como: já terem sofrido abusos quando crianças, traumas, questões culturais que levam-no a ter um distúrbio da ordem moral, social e psicológica. Nesses casos temos alguém que foi vitimizado e repete o trauma, como sujeito ativo. Contudo também pode ser um abusador, que não tenha passado por nada significativamente relevante, mas que algo na sua personalidade o levou a desenvolver o ato abusivo. Portanto, para classificá-los como pedófilos ou perversos, é necessário avaliar os aspectos psicológicos e psicodinâmicos, para assim se obter uma compreensão do sujeito abusivo e então analisar que motivações o levaram a tornar-se um ofensor sexual, quais suas chances de recuperação. É importante analisar cada caso de abuso individualmente, levando em consideração a singularidade de cada caso, há significação e valores diferentes em cada ocorrência, como a natureza e duração das violências.

Com isso, observamos a necessidade de um acompanhamento psicológico para esses

indivíduos, visando o rompimento da violência sexual, ponto de vista defendido também por Dell’aglio; Moura; Santos (2009). À respeito do tratamento psicossocial com o AVS, é necessário haver um cuidado e tratar esse indivíduo sem os julgamentos impostos do senso comum. É preciso um olhar mais abrangente, focando o indivíduo como um todo. (FERRARI e VECINA, 2002).

Embora faltem recursos e conhecimentos sobre as questões que envolvem os AVSs, temos a considerar, a partir de levantamentos bibliográficos realizados, que: “Ao contrário do que muitas pessoas pensam, o abusador sexual raramente é um estranho” (Nogueira, 2008, p.14) É por essa consideração tão importante que nos guiamos. Temos que a perspectiva de reabilitar o AVS, o qual é muitas vezes um membro fundante, referência para aquele núcleo familiar, seja o pai/padrasto/avô/tio, e não pode ser simplesmente banido e preso, é norteadora de ações públicas em saúde mental e familiar. A família que tem a oportunidade de receber de volta um ser representativo que agiu erradamente, e que agora se considera recuperado, ganha enormemente em sua capacidade de auto estima, significação e resiliência. Esta é a consideração que sustenta e justifica nossos esforços de reflexão.

Os objetivos deste trabalho, além de promover o levantamento de produções científicas acerca da realização do ato sexual abusivo, e a compreensão psicodinâmica e social à respeito do AVS referem-se a descrever através da bibliografia disponível como o desenvolvimento de ações de saúde pública, colaboram na identificação, tratamento dos ofensores e a prevenção desses atos. Propomo-nos ainda abordar a relevância de iniciativas científicas, sociais de acompanhamento psicossocial dos AVSs.

ABUSO SEXUAL: Uma Conceituação Abreviada

O ato sexual envolvendo crianças e adolescentes, ocorre devido ao poder de sedução do autor sobre a vítima, recorrendo-se a práticas para persuadir, submeter alguém ao ato intrusivo, podendo haver ou não o recurso da violência física (DELL’AGLIO; MOURA; SANTOS, 2009). “Os agressores geralmente fazem com que as crianças sintam-se extremamente amedrontadas em revelar a ação abusiva, incutindo-lhes sentimentos de culpa, medo de ser recriminada ou punida” (Naissinger; Vasconcelos, 2008, p.4)

De acordo com Nogueira (2008), a relação de gênero, pode levar ao poder do mais forte em relação ao mais fraco, seja pela força física ou força emocional da vítima e do ofensor.

Sobre o abuso sexual, temos a cartilha da Promotoria de Justiça de defesa da infância e da juventude (2006, p.3), que refere o uso de crianças para “(...) gratificação sexual de pessoas geralmente mais velhas, em um estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado.” A conceituação configura abuso sexual envolvendo “(...) toque físico (beijos, carícias, penetração digital, penetração com objetos, sexo oral, anal, vaginal) ou sem qualquer tipo de contato físico (assédio, cantadas obscenas, exibicionismo, voyeurismo, participação em fotos pornográficas.”

É notória a distorção da vida emocional para crianças e jovens despreparados para a imersão na experiência genital e que são introduzidos precocemente nesta prática que para adultos já comporta uma exigência em termos de maturidade, auto-conhecimento, segurança, estabilidade emocionais. As vítimas indefesas são tratadas como mero objetos da satisfação de outrem, sofrendo uma desqualificação narcísica considerável. O que ocorre é que essas marcas podem permanecer durante todo o crescimento e maturidade. É quando os sujeitos tornam-se adictos à sexualidade, trazendo este fator para o centro de todas as modalidades de relacionamento que venham a estabelecer, por desconhecerem relacionamentos não abusivos, desinteressados ou fraternos. Em parcela considerável, os AVS conforme a bibliografia, referem terem sofrido violências físicas e psicológicas em tempos remotos, demonstrando como ficam ativados os núcleos traumáticos, determinando condutas patológicas. Furniss (1993) definiu a Síndrome da Adicção a qual necessita ser devidamente pesquisada dentre os AVSs.

Segundo Jesus (2006), o medo da criança é enorme, contrapondo a sensação de força do adulto, tornando-a vulnerável às ameaças do outro, fazendo com que o desprezo demonstrado pelo ofensor aos mais fracos se torne uma defesa contra os sentimentos de impotência. Assim a criança que foi manipulada ainda pequena pode vir a atuar o desejo de vingança querendo manipular e abusar de outros.

De acordo com Marques (2005, p.14),

(...) compreende-se o incesto de um modo abrangente, pois além dos responsáveis e descendentes, há ainda o que possui afinidade com a criança. Outro ponto essencial seria a incapacidade de crianças de compreenderem o ato sexual, ou mesmo se já o compreendem, não estão de acordo com sua realização. Ainda, o que há de problemático neste ato, é perceber que havia uma relação de confiança, educativa e de cuidados entre vítima e abusador que foi prejudicada e interpelada por um desejo que não pode ser reprimido.

Os atos abusivos com crianças, não acontecem apenas em classes menos favorecidas, mas sim em todas as camadas da sociedade.

Normalmente os casos de violência sexual, são praticados por pessoas de confiança da vítima, o que ocasiona uma frequência de múltiplos episódios de abusos, diante do fato de que a vítima mantém um segredo desse abuso. Nos casos de abuso sexual infantil, 98,8% dos abusadores são do sexo masculino e apresentavam vínculo afetivo com a vítima. 54,4% dos casos, os agressores são os pais da vítima e em 37,2% dos casos, o ofensor é o padrasto ou o pai adotivo. Sendo assim, podemos perceber que nos casos de abuso sexual infantil há uma predominância dos autores de violência sexual (AVS), ocorrerem a partir de pessoas do sexo masculino (DELL'AGLIO; MOURA; SANTOS, 2009).

O abuso sexual, de acordo com a da Promotoria de Justiça de Defesa da Infância e da Juventude (2006, p.3), pode ser classificado como:

Abuso sexual intrafamiliar: ocorre fora do meio familiar, sendo praticado por alguém que a criança conhece pouco – vizinhos, médicos, religiosos – ou por uma pessoa totalmente desconhecida. Normalmente envolve exploração sexual e pornografia.

Abuso sexual extrafamiliar: é aquele que ocorre no contexto

doméstico ou envolve pessoas próximas ou cuidadoras da vítima.

A violência sexual no âmbito familiar, é ainda mais complexa e difícil de ser tratada, devido à desigualdade e muitas vezes subordinação e dependência da vítima ao AVS (NAISSINGER; VASCONCELOS, 2008). No relacionamento incestuoso, um parente próximo violenta a criança, confundindo a relação de cuidados, dependência, amor parental/filial com sedução, chantagem, coação. Esta decepção em vínculos significativos deixará marcas severas e profundas em ambos os envolvidos, e se as dores inerentes a este traumatismo não forem ressarcidas, irão desencadear novos traumatismos em cadeia.

SOBRE O AUTOR DE VIOLÊNCIA SEXUAL (AVS)

De acordo com a cartilha da Promotoria de Justiça de Defesa da Infância e da Juventude (2006, p.6):

Abusar sexualmente de uma criança ou de um adolescente não é um atributo exclusivo de jovens e adultos do sexo masculino. Mulheres e até mesmo crianças maiores podem assumir o papel de abusador.

As principais características observadas nessas pessoas são: algumas já sofreram abuso sexual quando criança; apresentam dificuldades relativas à sexualidade; são, geralmente, pessoas "acima de qualquer suspeita", não havendo, aparentemente, nada em seu comportamento que chame a atenção. São amáveis em sua maioria e até mesmo sedutoras; podem conquistar a vítima com presentes, elogios, dinheiro.

As dificuldades de tipificação, quando se trata de ofensor adolescente, são ainda maiores. Não há quantidade significativa de dados a respeito de denúncias sobre abuso sexual, cometido por eles devido ao ato sexual abusivo, ser confundido como curiosidade

natural do desenvolvimento sexual do adolescente, não caracterizando assim, como um ato de violência sexual (ARAUJO, 2008).

Ao analisar o perfil dos adolescentes que cometem o ato abusivo, Araujo (2008) percebeu que muitos relatam já terem vivenciado situações humilhantes na escola. Essas se relacionam ao fato de não serem fisicamente atrativos, não estando dentro do padrão de beleza idealizado, e com isso, apresentando insegurança e inadequação ao ideal masculino. Os adolescentes AVSs são ao mesmo tempo ofensores e vítimas, fator que deve-se considerar na terapêutica adotada. Alguns sentimentos de incapacidade de se ter relação com meninas da mesma idade, podem levar ao abuso como vingança, na tentativa de se afirmar diante de inseguranças e de se adequar aos padrões de virilidade e potência transmitidos pela sociedade. Temos ainda mais que a impulsividade é um fator da juventude. Segundo MARQUES (2005), o AVS não tem a capacidade para sublimar as suas fantasias e conter os seus desejos, sofre de introversão social, sentimentos de culpa e de inadequação pessoal. É importante analisar cada caso de abuso individualmente, levando em consideração a particularidade, pois apresentam significação e valores diferentes, mesmo quando as situações e os atos apresentem semelhanças.

SITUANDO O TRABALHO A SER REALIZADO COM OS AVS:

É relevante estudar acerca de atendimento psicológico e social recomendável, envolvendo o AVS como forma de tratamento e de prevenção secundária, para que os atos abusivos não ocorram novamente. As intervenções terapêuticas com os AVSs, têm como caráter primordial evitar reincidência de abusos sexuais, especialmente dentre os adolescentes que podem manter essa conduta pela vida adulta, segundo alertam Dell’Aglío; Moura; Santos (2009).

Os profissionais devem principalmente respeitar os caminhos do desejos que esses indivíduos expressam, para auxiliá-los genuinamente. Ferreira e Vecina (2002, p. 202) criticam a terminologia que os incrimina, que pode impedir a instauração de uma esfera de aceitação terapêutica.

É sabido que o desempenho do papel de vitimizador(a) é o que

trouxe o indivíduo para o processo psicoterápico, de forma espontânea ou compulsória (por meio de mandato judicial). Porém, considerar que estamos simplesmente *trabalhando com o(a) agressor(a)*, além de ser uma falácia – tendo em vista ser este um entre muitos papéis que o indivíduo desempenha -, é uma forma de reduzir a identidade humana a um só aspecto, alimentando estigmatizações e criando, cada vez mais, dificuldades para a ocorrência de mudanças.

Os tratamentos realizados em instituição pública com o AVS incluíram terapia medicamentosa associada com a psicoterapia. Nesta surgem intervenções que permitiriam a reconstituição do equipamento psíquico dos indivíduos com expressão dos afetos difíceis ou dissociados, autopercepção e busca de controle das compulsões em pensamentos e atos, melhora da auto-estima, elaboração de lutos que levem ao reconhecimento do prejuízo causado ao outro, capacidade de empatia com o semelhante. Em algumas terapias eles são estimulados a evitar situações de risco, em que o controle dos seus desejos, se tornem difíceis de controlar. [VECINA (2002) e DELL'AGLIO; MOURA; SANTOS (2009)]. Esses autores propõem como tratamento mais adequado, focar a melhoria de vida do indivíduo, visto como um todo e não apenas nos aspectos referentes ao abuso.

Estamos constituindo um projeto de atendimento ampliado com grupos multifamílias, grupos operativos, aulas informativas e dinâmicas sobre sexualidade, discussão sobre relações de gênero, exhibições de filmes e documentários afins, excursões, atividades multiculturais como oficinas de teatro, reciclagem de brinquedos e reconstituição de livros infantis e cadernos escolares para doação a entidades, para que eles se sintam contribuindo para o bem-estar social e reformulem as bases da identificação com figuras de vilões e agressores. Estarão assim apoiados para recomposição dos laços sociais, com desempenho de novos e desejáveis papéis.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, Suzana Almeida. **Jovens identificados como autores de abuso sexual:**

sentidos da violência. Dissertação (Programa de Pós Graduação em Psicologia) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

CORDEIRO, Flavia de Araujo. **Aprendendo a prevenir: orientações para o combate ao abuso sexual contra crianças e adolescentes.** Brasília: Promotoria de Justiça de Defesa da Infância e da Juventude, 2006. Disponível em <<http://www.mpdft.gov.br/portal/pdf/unidades/promotorias/pdij/Publicacoes/abusosexual.pdf>>.

COSTA, Liana Fortunato, RIBEIRO, Adeli, MOURA, Monique Guerreiro *Profissionais atendem adolescentes ofensores sexuais: da repulsa à esperança.* In: **Diaphora. Revista da Soc. de Psicologia do Rio Grande do Sul.** 2012(1) Jan/Jul, p. 58-69.

DELL'AGLIO, Débora Dalbosco; MOURA, Andreína; SANTOS, Samara Silva. **Atendimento a mães de vítimas de abuso sexual e abusadores: Considerações teóricas e práticas.** Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/pc/v23n2/05v23n2.pdf>>. Acesso em 13 jun. 2012.

ESBER, Karen Michel **Autores de Violência sexual contra crianças e adolescentes.** Goiânia: Canone Ed., 2009.

FERRARI, Dalka Chaves de Almeida; VECINA, Tereza Cristina Cruz. **O fim do silêncio na violência familiar – Teoria e Prática.** 1. ed. Agora, 2002.

FURNISS, Tilman Crianças e Adolescentes que abusam sexualmente, tendo sofrido eles próprios abuso sexual. In: **Abuso sexual da criança: uma abordagem multidisciplinar.** Porto Alegre: Artes Medicas, 1993, p.311-325.

HABIGZANG, Luísa F.; KOLLER, Sílvia H.; AZEVEDO, Gabriela Azen; MACHADO, Paula Xavier. **Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: aspectos observados em processo jurídico.** Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v21n3/a11v21n3.pdf>>. Acesso em 15 de mai. 2012.

JESUS, Núbia Angélica. **O círculo vicioso da violência sexual: do ofendido ao ofensor.** Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414->

98932006000400013&script=sci_arttext>. Acesso em 17 mai. 2012.

MARQUES, Heloisa Maria de Vivo. **A voz do abusador: Aspectos psicológicos dos protagonistas de incesto.** 2005. Dissertação (Programa de Pós Graduação e Pesquisa em Mestrado de Psicologia) – Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2005.

MOURA, Andreína da Silva; KOLLER, Silvia Helena. **A criança na visão de homens acusados de abuso sexual: um estudo sobre distorções cognitivas.** 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v13n1/v13n1a11.pdf>>. Acesso em 23 jul. 2012.

NAISSINGER, Trajano Almeida; VASCONCELOS, Silvio José. **Abuso sexual intrafamiliar: perfil e características do abusador observadas em processos jurídicos.** Disponível em <http://psicologia.faccat.br/moodle/pluginfile.php/197/course/section/100/Trajano_.pdf>. Acesso em 24 de mai. 2012.

NOGUEIRA, Adriana de Fátima. **Indícios de abuso sexual infantil.** Disponível em <<http://www.unibrasil.com.br/arquivos/direito/20092/adriana-de-fatima-nogueira.pdf>>. Acesso em 23 jun.2012.

PECHORRO, Pedro Santos; POIARES, Carlos; VIEIRA, Rui Xavier. **Caracterização psicológica de uma amostra forense de abusadores sexuais.** 2008. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870-82312008000400007&script=sci_arttext>. Acesso em 23 jun. 2012.

VECINA, Tereza Cristina Cruz Do tabu à possibilidade de tratamento psicossocial um estudo reflexivo da condição de pessoas que vitimizam crianças e adolescentes. In: FERRARI, Dalka e VECINA Tereza Cristina Cruz ,**O fim do silêncio na violência familiar.** Ed. Ágora: São Paulo, 2002.

Saber e poder : Reflexões de extensionistas sobre violências institucionais e implementação de políticas públicas de juventude

*Giullia Suelen Ferreira Barbosa.*¹³²

*Regis Santos*¹³³

*Sandra de Freitas Pedrosa Nascimento*¹³⁴

*Suellen Ludmilla Zanco*¹³⁵

*Tereza Elizete Gonçalves*¹³⁶

Resumo

O presente texto aborda aspectos da violência oculta e silenciosa que se manifesta no trabalho institucional com adolescentes e seus familiares. A equipe executora, constituída em função de desenvolvimento de práticas de extensão universitária através do Projeto Travessia (UNITAU-PREX), busca refletir nesse trabalho sobre a importância da instituição se rever criticamente em suas abordagens com a população assistida. Ressalta a importância da recuperação da rede familiar e da capacitação dos profissionais cuidadores, ainda mais exigidos, quando se trata de acompanhar agrupamentos de jovens submetidos às diversas formas de violência no cotidiano, especialmente as violências de cunho sexual.

¹³² Aluna Graduanda do 5 A. do Curso de Psicologia da UNITAU. Bolsista PREX-Unitau, 2012. email: <giulliasfb@hotmail.com

¹³³ aluno graduando do 5 A. do Curso de Psicologia da UNITAU. Voluntário pelo Projeto Travessia, ano 2012.

¹³⁴ Aluna graduanda do 5 A. do Curso de Psicologia pela UNIP-SJC. e mail: <sand833@yahoo.com.br>,

¹³⁵ Psicóloga voluntária do projeto Travessia, ano 2012 e-mail: suellenzanco@gmail.com

¹³⁶ Prof. Dra. em Psicologia Clínica. Docente pela UNITAU. Prof. Coordenadora do Projeto Travessia (PREX-UNITAU) email: telizete@gmail.com

“ (...) a abertura ao encontro com os jovens é o que torna possível a produção de novos territórios existenciais, para eles, para nós, para a psicologia, para a sociedade.”

(Bocco, 2009)

A temática da violência, tão vasta, complexa e intrincada, configura-se na atualidade numa questão **de** saúde e **para** a saúde, exigindo custos dispendiosos e contínuas reflexões para o pensamento e conceituação de ações de saúde para prevenir, minorar seus amplos efeitos, embora esta consideração deva se dar não apenas nesse campo.

A questão da violência implica a todos os seres vivos. Quem não está hoje sujeito aos seus efeitos? Desdobramentos que, embora atinjam a todos, não são assim tão democráticos, pois incidem mais agudamente sobre alguns agrupamentos humanos, como os jovens.

Constituímo-nos como uma equipe de acadêmicos que desenvolve um projeto de extensão em instituição e em comunidade, afastados de propósitos assistencialistas, compensatórios ou ortopédicos, no sentido de focarem exclusivamente as defasagens dos indivíduos. Nas intervenções e assistências corretivas, os usuários dos serviços não são considerados em seus saberes próprios, a serem revelados e potencializados, mas alguém de quem se diz como portador de faltas, ou em condição de inferioridade, que se encontra portanto em posição de necessidade/carência. Que espécie de desejo nos move nessas intervenções, se pensamos no outro como alguém a ser corrigido ou complementado em seus *deficits*? Não estaríamos em campo buscando manter espaços desiguais e assimétricos para, narcisicamente, nos sentirmos (como) bem (fatores)?

A instituição pode submeter a população, cujas vulnerabilidades e potencialidades pouco explorou e incluiu em seu plano de auxílio, a inaceitáveis filas de espera, a atendimentos pouco ágeis e resolutivos. As portas do atendimento muitas vezes se abrem quando outros arranjos sintomáticos, perniciosos já se implantaram e tornaram-se crônicos. Mesmo assim

eles comparecem às consultas ambulatoriais, ou se entregam aos procedimentos indicados, submetem-se aos abrigamentos, mesmo quando há pouco a se oferecer. Muitos usuários retornam às unidades e insistem, seja por vício, por descrença, por vingança, ou por esperança de virem a ser olhados, significados?

A violência institucional se manifestaria em discursos e práticas de achatamento dos sujeitos, tanto mais na negação quanto ao reconhecimento desses (não)lugares. Nem sempre as intervenções investigam onde se situam ou se ocultam as suas potências, e de que forma as utilizam ou as desperdiçam? Porque mostram-se apáticos esses sujeitos/sujeitados diante do saber institucional, desencorajados de lutar por uma inserção numa ordem social que os segrega, e os rotula? Como revelar suas demandas mais legítimas e torná-los os principais atores na formulação das soluções desejáveis? São questões que poderiam orientar a direção do trabalho em políticas de acompanhamento de segmentos populacionais, notadamente o da juventude envolvida em circunstâncias de violência.

A própria instituição ou comunidade pode reproduzir discursos estigmatizantes e práticas de violência, ao mostrarem-se surdas quando os anula, colocando-os em espaços físicos e psíquicos de impedimento, de desconhecimento, de recusa. Situados nesta destinação marginal, palavras não podem ser enunciadas pelos usuários, pensamentos não podem romper o isolamento, a incompreensão e a exclusão. Dessa condição sabemos a partir do trabalho com adolescentes. Entendemos que o trabalho com eles deveria ser o de reconhecer-lhes o direito à palavra usurpada ao longo de vivências traumáticas de anulação, desconsideração. A única possibilidade de sobrevivência diante de tamanha desigualdade de oportunidades seja na escolarização, aculturação, lazer e trabalho, é a atuação intempestiva, reativa, disruptiva, que termina por penalizá-los reiteradamente. Difícil não reconhecer também o manancial de criatividade e as tentativas de conquista de inserção, de reconhecimento e autonomia na rebeldia juvenil, que se exhibe principalmente em espaços públicos. Procederes que pedem uma implicação dos agentes sociais, e que não podem ser abordados com repressão demasiada, intimidante ou policialesca, por princípio.

Refletimos em concordância com Abduch et al. (2008, p. 400):

Mudança de comportamento de risco não é algo simples. Exige de nossa parte um trabalho contínuo, complexo e competente. Investimentos de ordem intrapessoais, interpessoais, políticos, científicos e sociais. Mudar um comportamento social demanda tempo de gerações, e só terá legitimidade se a sociedade gerir essas mudanças.

Bertol e Souza (2010), analisam desde a psicanálise, as ambiguidades nas representações de adolescência, apontando que na cultura ocidental, o ideal moderno paradoxalmente exige dos indivíduos jovens a submissão e também a transgressão às normas apregoadas, como forma de realizar anseios de felicidade, num imbricado jogo de forças advindo da trama social. Os autores referem Marin (2003) para a qual a violência seria inerente a todo processo constitutivo de subjetivação. Conquistar essa condição primordial é extremamente exigente para os adolescentes em formação, tendo que responder às turbulências do crescer no corpo e psiquicamente, elaborando lutos vultuosos, como atender às expectativas externas.

Objetivamos para tanto instaurar espaços dialógicos, que assegurem ao jovem direitos inegáveis e apregoados em lei. Um dos direitos fundamentais é o de crescer e de conviver junto à família, que deve continuar existindo para este, ainda que a violência seja um dos principais fatores de regulação e manutenção. Essas configurações-limite constituem um desafio aos profissionais, os quais, ao invés de bani-las, devem cada vez mais se capacitar para compreendê-las e as auxiliarem a buscar e cultivar modalidades mais abrangentes e fraternas de convivência.

Aos adolescentes cabe reconstruir a própria trajetória dentro de uma família disfuncional, reformular a imagem de si,

Em nossa prática, constatamos ser a desvinculação familiar um dos mais poderosos fomentadores da marginalidade e práticas de risco e de violência às quais aderem os jovens quando perdem essas referências parentais. Não há como negar que a rede familiar é fundante e imprescindível, seja ela qual for em sua configuração.

Nesse sentido, Adorno(2001, p. 68) produz uma crítica sobre esses jargões

preconceituosos, num pensar que nos ensina acerca das representações que nós profissionais podemos ter sobre as configurações familiares de jovens infratores, especialmente aqueles advindos das camadas desfavorecidas economicamente. Denominamo-as “desestruturadas”. O autor recomenda que as compreendamos em sua constituição singular, e não as julguemos como “sem estrutura”, por se afastarem de modelos considerados ideais socialmente. Citamos o autor:

Dessa forma, as instituições acabam desqualificando esses grupos familiares e infundindo, com sua autoridade, o rótulo de “desestruturação”, o qual, além de ser um peso a mais no cotidiano de famílias que se encontram em maior dificuldade em suas vidas, também as coloca numa condição de maior vulnerabilidade externa. (Adorno, 2001,p. 69)

A direção desejável e terapêutica seria a de esgotar todas as formas e desejos de revinculação familiar, quando constatamos rupturas, apoiar os membros das famílias vulneráveis, para que elas possam retomar suas funções junto aos jovens, e não abandoná-los, negligenciá-los, repudiando-os

Trata-se de desenvolver em rede, estratégias contextualizadas de sensibilização, de responsabilização diante dos membros mais vulneráveis, e não de “terceirizá-los” em termos dos cuidados às instituições educacionais ou sociais. Discutir com os cuidadores as formas invisíveis e manifestas de violência, as implicações de desconhecermos ou ainda, de negarmos suas consequências.

Inversamente ao olhar estigmatizante dos cuidadores, ao invés de se impor padrões limitados e inadequados para os fenômenos que pretendemos circunscrever, posicionamo-nos de forma a convocar, implicar os usuários na formulação de propostas de políticas públicas que os contemplem em suas realidades.

Nosso trabalho se desenvolve através de grupos operativos abertos, no qual cada jovem, no seu ritmo, tempo e modo próprio, tem a oportunidade de sair do anonimato e se

tornar um protagonista de sua própria história.

Adotamos essa metodologia como pesquisa ação, porque os grupos operativos, conforme propostos por Pichon-Rivière (1980), teórico que passou a estudar fenômenos grupais, tornam-se intervenções propositivas, de alcance e modificação de realidades de sofrimento e segregação emocional, social educacional. Os objetivos dessas dinâmicas consistem na aprendizagem e desenvolvimento de reflexões acerca dos fatores de risco que influem na vida do jovem, e conseqüentemente abrem novas perspectivas para o desenvolvimento e percepção de fatores protetivos que, de forma bem conduzida, ganham caráter terapêutico, no sentido de aprimorar o senso crítico dos integrantes do projeto (ABDUCH et al. 2008, p. 388). Constatamos também a captura de afetos e vivências fortemente carregados e que foram portanto represados. A violência sofrida principalmente no âmbito familiar foi tão impactante que produziu efeitos de amputação psíquica, tornando muitos deles aparentemente insensíveis às dores existenciais.

Vislumbramos respostas de violência da qual são vítimas e agentes, que encobrem estados velados de depressão, na forma também de somatização, irritabilidade, fuga da dor e do prazer, desvalimento crônico. Este último fator se acentua notadamente com o afastamento ou perda da figura materna, cuja imago desfeita torna-se produtora de quebras internas.

Como reinstaurar o caminho para as sensibilidades perdidas diante de vitimizações e retraumatização ?

Nossos encontros com os adolescentes se realizam semanalmente em instituição pública e em uma comunidade ribeirinha na região valeparaibana – SP. Nesses espaços, buscamos realizar oficinas multiculturais, incentivo à leitura e escrita, visitas à feiras literárias, eventos universitários, produções teatrais e cinematográficas, sempre buscando abarcar temas passíveis de discussões e reflexões em encontros posteriores. Nesse sentido, as atividades desenvolvidas, oportunizam o fomento de redes de proteção através da maior socialização que vivenciam, partilhando experiências construtivas, podendo assim conhecer outras realidades, que não se configurem em uma esfera excludente.

Compreendemos que há uma parcela educativo-formadora em nossas ações, no

sentido de estar orientada para a construção de valores saudáveis em sexualidade e afetividade, nas discussões sobre desigualdades e injustiças sociais, relações de poder, de relações de gênero, de raça.

Diante dessa realidade, buscamos sempre trabalhar de forma empática, conferindo um ambiente acolhedor aos jovens, para que tenham a oportunidade de expressar suas angústias, anseios e mesmo as tímidas investidas em seu futuro outrora tão incerto. Destarte, frente a tais transformações, é possível perceber que essas mudanças não ocorrem somente em sua esfera pessoal mas, a atuação dos jovens enquanto multiplicadores dessas ações de prevenção em sua comunidade, têm se mostrado fator importante como diretriz de nosso trabalho.

É quando podemos vislumbrar o potencial de transmutação, alocados que foram em “artífices e herdeiros da sociedade”. (ABDUCH et al., 2008, p. 400)

Ao trabalharmos com políticas públicas de atenção a jovens, refletimos com Bocco (2009) que nos brinda lindamente com suas considerações sobre a infração juvenil; considera a autora que ao tratarmos com adolescentes, devemos apostar na via da solidariedade, da cordialidade, inventando um novo caminho para lidarmos com as violências e infrações cometidas, pois (...) “já demos créditos demais ao caminho penal nas últimas décadas, e o resultado foi a expansão de sua incidência para os mais diversos ambientes e a perpetração da criminalização das classes pobres.” (p. 143)

Concluimos recorrendo ao apelo que nos devolve uma condição subjetiva humanizante, de Bertold Brech (1998):

Nós vos pedimos com insistência:

Nunca digam:

__ Isso é natural !

Diante dos acontecimentos de cada dia,

Numa época em que corre o sangue.

Em que o arbitrário tem força de lei,

Em que a humanidade se desumaniza.

Não digam, nunca:

___ Isso é natural !

A fim de que nada passe por imutável.

Referencias

- ABDUCH, Chafi, MONTELEONE, M. Lucia, FERNANDES, Lélia de Souza. Atividades Grupais com Adolescentes. In: **Adolescência e Saúde III**. SECRETARIA DA SAUDE DE SÃO PAULO, 2008, p. 388-401.
- ADORNO, Rubens de Camargo. **Capacitação Solidária: um olhar sobre os jovens e sua vulnerabilidade social**. São Paulo: AAPCS, 2001.
- BERTOL, Carolina E. e SOUZA, Mériti. *Transgressões e Adolescência: Individualismo, Autonomia e Representações Identitárias*. In: **Revista Ciência e Profissão**. 2110,30 (4), p. 824-839.
- BOCCO, Fernanda **Cartografias da infração juvenil**. Porto Alegre: Abrapso Sul, 2009.

PSICOTERAPIA EM IDOSOS: APLICABILIDADE E RESULTADOS

Camilla Barcellos Pereira

*Dinorah F. Gióia-Martins*¹

Resumo: Esta pesquisa tem por objetivo investigar como se dá o processo psicoterápico com idosos. Para tanto, foi usado como método uma pesquisa documental, de enfoque qualitativo. Para obtenção de dados foi feita a leitura de prontuários de pacientes entre os anos de 2008 e 2012 de uma Clínica Psicológica de uma Universidade da cidade de São Paulo. Em relação às principais queixas manifestas, 38,7% trazem dificuldade na elaboração do próprio envelhecimento, 32,2% por crises conjugais, 22,5% problemas de relacionamento familiar, principalmente com filho(a) e/ou neto(a) e 12,9% pela morte de algum ente querido, como marido e pais. Os dados indicaram que os sujeitos relatam problemas de saúde e doenças psicológicas, com predominância da depressão em 93,5%. Os resultados apontaram que 23 sujeitos (93,5%) se beneficiaram com o tratamento em Psicoterapia Breve, sendo que 17 sujeitos (55%) que passaram por Follow-up referiram sentirem melhora significativa após o processo psicoterápico, sentindo-se fortalecidos e com melhor qualidade de vida. Conclui-se que a psicoterapia com idosos mostrou-se eficaz e viável.

Palavras-Chave: Idoso; Envelhecimento; Psicoterapia Breve; Depressão.

Introdução

Verifica-se que o envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, e de acordo com estudos da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2002), o Brasil será o sexto país com maior número de idosos até 2025. O último censo do IBGE (2002), registrou 14,5 milhões de brasileiros com 60 anos

ou mais, representando 8,6% da população total do Brasil.

Frente a tal crescimento ainda fica evidente que os programas de atendimentos aos idosos ainda não estão estruturados para atender tais demandas, havendo um escasso investimento na área (GENARO JUNIOR, 2012)

No que se diz respeito à psicoterapia breve aplicada a idosos podemos notar pouca difusão da prática. Há o preconceito de que em tal fase o idoso não mais almeja mudanças e não investe em projetos de vida.

Segundo GRILO (2008) um grande fator que contribui para o idoso não buscar a terapia é a estereotipia que o mesmo sofre, sendo visto como apenas um vivenciador de sofrimentos, considerando-se que não há nada a ser construindo e deste modo acaba sendo entendido que o idoso não consegue, justamente no final de sua existência, conseguir qualidade de vida adequada e desejável.

O Processo de Envelhecimento

O envelhecimento é um processo natural, inevitável e contínuo. Definir o início da velhice é algo complexo já que é pouco possível delimitar com absoluto rigor quando se inicia realmente esta etapa (SCHNEIDER & IRIGARAY, 2008).

Existem algumas formas de se definir e conceituar a velhice. Uma delas é a definição do ponto de vista demográfico, preconizada pela Organização Mundial da Saúde (2005), que se baseia na idade cronológica, definindo essa etapa da vida com início oficial aos 65 anos nos países desenvolvidos e aos 60 anos nos países em desenvolvimento. No Brasil, a Política Nacional do Idoso Estatuto do Idoso 2003 está em consonância com a OMS, definindo como idosa as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. A criação do Estatuto pode ser vista como uma importante consideração a cerca das necessidades das pessoas idosas (GENARO JUNIOR, 2012).

O envelhecimento pode ser considerado um momento de desconstrução, onde há transformações significativas dentro do universo familiar, social, laboral, e maior consciência da finitude. Há diversas desconstruções vividas no próprio corpo: a visão não é mais a mesma, o corpo não responde com a mesma agilidade e rapidez de antes, a vida sexual se

recoloca, entre outros (SOARES, 2006).

Psicoterapia com idosos

Durante muito tempo acreditou-se que os idosos não poderiam se beneficiar das abordagens psicoterapêuticas (MARTINS, 1998; REBELO, 2007; BUENO, 2009). Em relação à terapia psicanalítica Freud considerava que seria impossível realizá-la na segunda metade da vida, pois *“os mais velhos não estão acessíveis aos métodos terapêuticos, e a quantidade de material que teríamos que trabalhar tornaria o processo indefinido”* (FREUD, 1904-1905 p.546).

É possível encontrar dentro da obra de Freud algumas contraindicações em relação à Psicanálise aplicada a idosos, uma delas seria em seu texto “A sexualidade na etiologia das neuroses” (1898), onde Freud relata que a teoria psicanalítica “fracassa com pessoas muito idosas, porque o tratamento tomaria tanto tempo, devido à acumulação de material, que ao fim as os idosos teriam chegado a um período de vida em que nenhum valor atribui à saúde nervosa.” (p.251).

Freud coloca que após alguns anos, (no texto “Sobre a psicoterapia” 1905), a ideia de que a idade dos pacientes deve ser considerada quanto à indicação ou não ao tratamento psicanalítico, já que pessoas com ou acima dos cinquenta anos não teriam plasticidade nos processos anímicos, essencial para trabalho clínico. Assim podemos dizer que as pessoas idosas não seriam mais educáveis, além disso, o material a ser elaborado prolongaria de modo indefinido a duração do tratamento, sendo inviável atender essa população (idem, 1905).

Após descrédito de Freud em relação à psicoterapia de idosos modificou-se o panorama, aonde o mesmo chegou a convocar alguns psicanalistas, seus primeiros seguidores, a ampliarem a aplicação do dispositivo clínico por ele criado, sendo verificados bons resultados no trabalho com idosos (BUENO, 2009; MARTINS, 1998).

Segundo MARTINS (1998), a busca pela psicoterapia, geralmente, visa um alívio frente a suas dificuldades atuais, ou um auxílio em relação a algum problema circunscrito.

A autora coloca a psicoterapia breve como particularmente mais adequada no auxílio dos indivíduos idosos, pois os dados colhidos nesses diversos estudos apontam eficácia do

emprego de todas as modalidades psicoterápicas junto aos idosos, sendo a Psicoterapia Breve (PB), a modalidade psicoterápica mais utilizada, seguidas da psicoterapia de grupo e as psicanalíticas (idem, 1998, p.14).

Psicoterapia Breve Psicodinâmica

Podemos dizer que a Psicoterapia Breve, de origem psicodinâmica é indicada a idosos, pois “(...) a *psicoterapia breve é provocadora de ansiedade, e parece ser uma modalidade efetiva de tratamento a pacientes idosos, que se beneficiam muito deste tratamento e em muitos aspectos de suas vidas*” (Ibidem, p.248). Segundo Ioshida, a Psicoterapia Breve é considerada uma intervenção adequada, particularmente em situações com grande potencial estressante, como as próprias mudanças inerentes ao envelhecimento (2001).

Quando se fala em psicoterapia breve, imediatamente vem à questão do tempo, uma vez que o termo *breve* é definido em comparação a um trabalho considerado *longo*, no caso a psicanálise. Porém, não é somente o tempo que diferencia ambas as modalidades de intervenção, uma vez que a terapia breve psicodinâmica tem objetivos delimitados, além de um foco para atuação (GRILO, 2008).

Atualmente, as pesquisas referentes à PB com idosos podem ser consideradas ainda escassas, se comparada às demais psicoterapias. Talvez isso se explique pelo fato da PB ser uma abordagem relativamente nova, frente às outras modalidades mais tradicionais de psicoterapias, e pela psicologia do envelhecimento, mesmo que em franca expansão, está ainda condicionada a um histórico recente (YOSHIDA, 2001; ÉNEAS, 1999; GRILO, 2008).

Objetivos

Investigar como se dá o processo psicoterápico em idosos. Analisando queixas relacionadas à morte e ao luto, além de verificar o alcance ou não do resultado pretendido.

Método

Foi realizada uma pesquisa documental, com enfoque qualitativo. Para obtenção de dados foi feita a leitura de prontuários de pacientes entre os anos de 2008 e 2012 de uma

Clínica Psicológica de uma Universidade da cidade de São Paulo.

Foram sujeitos de pesquisa 31 idosos, que passaram por processo psicoterápico, independente do alcance de resultados e abordagem teórica usada. A coleta de dados foi iniciada através da leitura e análise dos prontuários, focando nas sessões e relatório final.

A análise foi baseada nos discursos dos sujeitos em relação às razões pelas quais procuraram atendimento psicoterápico, buscando a presença de queixas como morte, luto e depressão.

Resultados

Verificou-se que cerca de 87% do público que procurou psicoterapia na Clínica-Escola do Mackenzie, entre os anos de 2008 e 2012, é composta pelo sexo feminino, com média de idade de 72 anos.

Dentre as doenças orgânicas há a prevalência de hipertensão (32,2%), seguido de doenças cardiovasculares (19,3%) e fibromialgia (16,1%). Já em relação às doenças psicológicas há predominância de depressão (93,5%). Da amostra, 21 sujeitos já fizeram tratamento psicológico (67,7%) e 16 sujeitos mantêm concomitantemente tratamento psiquiátrico (51,6%), fazendo uso de medicamentos.

Em relação às principais queixas manifestas, 38,7% são voltadas para questões relacionadas à dificuldade de elaboração do próprio envelhecimento, 32,2% por crises conjugais, 22,5% por problemas de relacionamento familiar, principalmente com filhos (as) e/ou netos (as), e 12,9% voltadas para a morte de algum parente querido, como marido, mãe, pai, filho (a).

Sobre as principais queixas latentes, 42% estão relacionadas à angústia de finitude, onde o indivíduo entra em contato com a morte e o processo de envelhecimento, 16,1% queixam-se das limitações advindas pela idade, como impedimento de realizar certas tarefas antes desempenhadas com facilidade, como caminhar, ir às compras, executar tarefas cotidianas, etc., além disso, 9,6% dizem sentir perda no prazer em realizar certas atividades do dia a dia.

Em relação aos sintomas básicos trazidos, podemos citar: sinais depressivos (42%), tristeza (38,7%), desesperança (16,1%), angústia (35,4%), seguido de desânimo (25,8). Os idosos vivenciam inúmeras perdas, sendo a morte de conjugues a mais citada (22,5%), em seguida a perda da juventude (19,3%), bem como da produtividade (12,9%) e as perdas

físicas (9,6%). Tais perdas fazem com que os mesmos vivenciem momentos de lutos, muitas vezes não elaborados, o que reforça os sintomas trazidos pelos sujeitos.

Os três mecanismos de defesa mais utilizados durante o processo psicoterápico foram a resistência (51,6%), repressão (48,3%) e negação (35,4%).

Os objetivos da psicoterapia foram baseados nas queixas apresentadas pelos sujeitos, e visavam à elaboração dos conflitos e fortalecimento frente às situações que acarretam sofrimento e angústia aos idosos. O alcance dos objetivos foi visto em 29 casos (93,5%), sendo que nos 02 casos restantes (6,5%), houve a falta de motivação e abertura a mudanças o que impossibilitou prosseguir a Psicoterapia Breve, sendo o tratamento psicoterápico interrompido. Dos 31 sujeitos da amostra, 17 sujeitos (55%) passaram por Follow-up, e todos trouxeram como dado mais relevante que acreditam conseguir seguir sem auxílio da terapia, pois sentem-se fortalecidos, expondo os ganhos obtidos ao longo do processo.

Discussão

Foi trazido por 93,5% todos os sujeitos problemas de saúde e doenças psicológicas, com predominância de depressão. Pode-se pensar que a velhice predispõe a população de idosos à depressão, ou que é muito provável que a depressão apareça nesta fase da vida (TEIXEIRA e NERI, 2008), estando associados a ela fatores genéticos, eventos vitais, como luto, abandono, doenças incapacitantes, perda da produtividade, entre outros (STELLA e GOBBI, 2002).

Segundo TEIXEIRA (2008), a busca pela psicoterapia, geralmente, visa um alívio frente a dificuldades atuais, ou um auxílio em relação a algum problema circunscrito. Isso pode ser visto, uma vez que 23 sujeitos (93,5%) trouxeram ter se beneficiado com o tratamento psicológico em Psicoterapia Breve, na Clínica-Escola em questão, chegando a obter resultados com a terapia.

Todos os sujeitos (55%) que passaram pelo Follow-up relataram sentirem melhoras significantes após o processo psicoterápico, sentindo-se fortalecidos ao ponto de conseguirem seguir sozinhos. Deste modo notamos que a problemática sobre a eficácia da psicoterapia aplicada a esta faixa etária já não constitui uma barreira, pois os sujeitos

aderiram bem ao processo. Tal afirmação contraria a afirmação de Freud (1898), em que dizia ser impossível realizar a psicoterapia na segunda metade da vida, o que incluía os idosos.

Considerações Finais

Conclui-se que a psicoterapia com idosos mostrou-se eficaz e viável, portanto é oportuno que idosos se valham deste recurso, na busca de uma melhor qualidade de vida.

Torna-se necessário uma maior atenção à saúde do idoso, buscando a promoção da saúde e prevenção de doenças nos atendimentos clínico e psicológico. É importante salientar que os atendimentos psicológicos não podem minimizar a importância de satisfazer as necessidades de inclusão e afeição desses indivíduos

Sugere-se a realização de investigações mais amplas que possam permitir maior compreensão do tema .

Referências

- BUENO, F; A. S. **Psicanálise e Velhice: O atendimento psicanalítico a idosos em situação de violência familiar.** Rio de Janeiro, 2009. Disponível em<http://www.pgpsa.uerj.br/dissertacoes/2009/DISSERT_Fabricio.pdf>. Acesso em 06 de abril de 2012.
- ENÉAS, M.L. E.. **Considerações sobre o emprego da psicoterapia breve psicodinâmica.** Psicologia: Teoria e prática, São Paulo, v.1, n. 1 , p. 19-23, 1999.
- FREUD, S.. **A sexualidade na etiologia das neuroses** (1898). In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. III, Rio de Janeiro: Imago, 1987.
- FREUD, S.. **Sobre a psicoterapia** (1905 [1904]). In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. VII, Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- GENARO Jr., . **Psicologia e Saúde.** In: Gióia-Martins, Dinorah F., (Org). *As consultas terapêuticas como modalidades de atendimento psicológico ambulatorial ao paciente*

idoso: reflexões sobre a prática. Vetor, São Paulo, 2012.

GRILO, R. **Psicoterapia Breve Psicodinâmica no Idoso.** CEPIS – Curso de Especialização em Psicologia, 2008. Disponível em: <<http://www.fccerejeira.com/documentos/textos/Psicoterapia2020Idoso%20-Rui%20Grilo.pdf>>. Acesso em 02 de abril de 2012.

IBGE. **População Brasileira cresce em ritmo acelerado,** (2002). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1272>. Acesso em 02 de abril de 2012.

MARTINS, R.C. **Psicoterapia breve de idosos: avaliação de resultados.** Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 1998. 95 p.

OMS, Organização Mundial de Saúde. **Temas de saúde: Envelhecimento,** 2005. Disponível em: <<http://www.who.int/topics/ageing/es/>>. Acesso em 29 de março de 2012.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, Ta. Q. **O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais.** Estudos de Psicologia, Campinas p. 585-593, 2008.

SOARES, S. S. G. S. **Psicanálise na maturidade: um resgate possível.** São Paulo: Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

YOSHIDA, E., M., P. **Psicoterapia breve psicodinâmica: critérios de indicação.** São Paulo, EPU, 2001.

A Adoção homoafetiva na perspectiva de profissionais de Psicologia¹³⁷

*Ana Paula Barbosa*¹³⁸

*Macilene de O A Lima*¹³⁹

*Thayne Kochanski*¹⁴⁰

*Claudia Aranha Gil*¹⁴¹

*Lucilena Vagostello*¹⁴²

Resumo

A adoção pleiteada por pessoas de orientação homossexual no Brasil ainda é muito polêmica, porém de acordo com o Estatuto da Criança e Adolescente (1990), com a Constituição Federal (1988) e com o Código Civil Brasileiro (2002), não existem impedimentos explícitos para esse tipo de adoção, desde que esta adoção apresente reais vantagens para o adotado. O objetivo do trabalho foi conhecer e identificar as peculiaridades do processo de adoção homoafetiva, a partir da experiência de profissionais da Psicologia. O estudo contou com a participação de 6 profissionais, sendo, cinco experientes na avaliação e no acompanhamento de processos judiciais de adoção com vínculos homoafetivos e um com experiência em atendimento clínico. Foi utilizado um roteiro de entrevista semidirigida com dez questões. As entrevistas foram gravadas e transcritas pelas pesquisadoras. Os resultados foram analisados através da análise de conteúdo das entrevistas. Os dados revelaram que as dificuldades de adotantes homossexuais são semelhantes ou iguais aos dos heterossexuais. De acordo com a literatura especializada e

83 Trabalho de conclusão de curso de Psicologia, Universidade São Judas Tadeu. São Paulo.

¹³⁸ Psicóloga graduada na USJT

¹³⁹ Aluna de graduação do curso de Psicologia da USJT

¹⁴⁰ Psicóloga graduada na USJT

¹⁴¹ Doutora em Psicologia Clínica pelo IPUSP, Professora do curso de graduação em Psicologia da USJT e do programa de Pós-Graduação em Ciências do Envelhecimento. Pesquisadora do APOIAR-IPUSP.

¹⁴² Doutora em Psicologia Clínica pelo IPUSP, Professora do curso de graduação em Psicologia da USJT. Pesquisadora do APOIAR-IPUSP

com a experiência profissional dos entrevistados, não existem indícios de que a orientação sexual dos adotantes interfira no desenvolvimento global da criança ou na sua futura orientação sexual, contudo é possível que o adotado venha a ser alvo de preconceito no meio social. A pesquisa apontou que houve aceitação por parte dos familiares dos adotantes, incluindo apoio e aceitação da escola, trabalho e amigos. Concluiu-se que os conflitos e as dificuldades enfrentadas no processo de adoção são os semelhantes para hetero e homossexuais. No Brasil, os estudos sobre o tema ainda são pouco frequentes e somente estudos longitudinais com essas famílias poderão esclarecer os efeitos dessas adoções no desenvolvimento de crianças e adolescentes.

Palavras-chave: adoção; homoparentalidade; atuação do psicólogo.

Introdução

As transformações sociais do século XX decorrentes do movimento feminista, tais como a ampliação da participação feminina do mercado de trabalho e a conquista dos direitos da mulher nos diferentes segmentos da vida social, promoveram forte impacto nas relações familiares e enfraqueceu o modelo familiar nuclear até então vigente.

A transformação da sociedade e as instituições sociais e o crescente avanço das tecnologias reprodutivas e o emprego de métodos científicos de fecundação abriram novas possibilidades para outras de configurações familiares, como a família monoparental, que se refere à convivência de filhos com apenas um dos pais, e a família homoparental, que se refere ao exercício da função materna/paterna por homossexuais (ZAMBRANO, 2006).

Para Uziel (2007), “as famílias homoparentais interpelam os cientistas sociais a respeito dessas novas estruturas de parentesco e desafiam os juristas sobre questões de filiação, questionando os psicólogos no que se refere ao desenvolvimento psicossocial das crianças nessas diferentes modalidades de famílias” (p. 72).

A homoparentalidade pode repetir situações da monoparentalidade, na medida em que a criança venha a conviver com apenas um dos parceiros, nos casos em que o casal homossexual não conviva no mesmo lar. Assim, as dificuldades que se apresentam muitas vezes, entre homens e mulheres heterossexuais ou homossexuais nos arranjos monoparentais são as mesmas (UZIEL, 2007).

Entretanto, a sociedade ainda resiste a aceitar a parentalidade homossexual. A literatura mostra que a observou que homoparentalidade feminina é mais aceita do que a masculina (UZIEL, 2007; DINIZ e BORGES, 2007), uma vez que “a parentalidade lésbica é mais ‘naturalizada’ e invisibilizada socialmente, enquanto as parentalidades gays e de transgênero são mais ‘impactantes’” (ZAMBRANO, 2006, p. 325).

Uziel (2007) também destaca que a homossexualidade masculina aparece associada a idéias preconceituosas de pedofilia e de promiscuidade:

Fantasia sobre “perversões sexuais” entre homens homossexuais como a pedofilia é comum e muitas vezes confundidas com a própria homossexualidade. Além disso, a idéia de que pais homossexuais incentivariam seus filhos à homossexualidade ou os obrigariam a viver em ambientes imorais também são idéias muito difundidas em nossa sociedade (p. 74).

Ceccarelli (2007) lembra que a maioria dos comportamentos promíscuos, de desvios de condutas e, até os casos de pedofilia, foram e ainda são produzidos nas famílias heterossexuais. Assim, a orientação sexual do adulto que cuida da criança, não garante, *a priori*, a orientação sexual da criança.

No Brasil, desde o surgimento da primeira legislação civil (Código Civil – Lei 3.071 de 1816), muitas mudanças legais ocorreram para a regulamentação de adoções em relação à idade do adotante, idade do adotado, diferença de idade entre adotado e adotante, tipo de permanência do adotado na família e o vínculo com família biológica (FONSECA, 2002; PAIVA, 2004).

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990), os adotantes podem ser homens ou mulheres, solteiros ou separados, concubinos ou conviventes,

casados ou em união estável. Eles devem ser maiores de 18 anos e ter pelo menos 16 anos de diferença em relação ao adotado; além disso, a adoção precisa representar reais vantagens para o adotado, assegurando a eles os mesmos direitos dos filhos biológicos.

Muitos juristas utilizam Estatuto da Criança de Adolescente para defender as adoções homoafetivas, visto que essa legislação não veda a adoção por homossexuais, entretanto o deferimento da adoção fica a critério do juiz que julgar a ação. Farias e Maia (2009) destacam que as decisões judiciais de adoção homoafetivas são predominantemente embasadas nos estudos sociais e psicológicos realizados pela equipe das Varas da Infância e Juventude.

Grande parte da resistência às adoções homoafetivas refere-se à preocupação com o desenvolvimento da sexualidade da criança, ao fato da criança, de até três anos de idade, necessitar de referencial masculino e feminino para desenvolver a personalidade e também à exposição das crianças adotadas ao constrangimento público (ALVES, OLIVEIRA, BARONI, FRANCO & ZACARIAS, 2007; FIGUÊIREDO, 2010).

Para CECCARELLI (2007, p.93) o simples fato de uma criança nascer da união de um homem com uma mulher não transforma genitores em pais: “O nascimento (fato físico) tem que ser transformado em filiação (fato social e político), para que a criança venha a ser constituída como sujeito (fato psíquico), através da organização simbólica/familiar”

Autores como Garcia, Wolf, Oliveira, Souza, Gonçalves e Oliveira (2007), Alves *et al.* (2007) e Figuerêdo (2010) consideram que a convivência em famílias homoparentais não interfere no desenvolvimento da sexualidade da criança. Nesse sentido, Garcia *et al.* (2007), afirmam que estudos realizados desde a década de 1970 nos Estados Unidos corroboraram esses resultados:

Não havia diferenças significativas entre crianças criadas em família homoparentais em relação àquelas advindas de famílias heteroparentais, em termos da presença de eventuais conflitos de personalidade ou de desenvolvimento, de orientação sexual e de adequação à escola e demais ambientes (Patterson, 1995 citado por Garcia *et al.*, 2007 p.283).

Em relação à educação ao desenvolvimento da criança em lares homoafetivos, ZAMBRANO (2006b) assinala a importância de se tratar com transparência as questões referentes à origem da criança e à orientação sexual de seus pais. A autora ainda alerta para o fato de que as crianças e/ou adolescentes que convivem em famílias homoparentais, aprendem a se defender das discriminações e a desenvolver “mecanismos de enfrentamento” frente ao preconceito.

SILVA (1995, citado por VIANNA, 2007), destaca que as razões que podem impedir adoções homoafetivas não se justificam pela homossexualidade em si mesma:

O que impedirá, pois o acolhimento do pedido de colocação em família substituta será, na verdade o comportamento desajustado do homossexual, jamais a sua homossexualidade. Assim, se ele cuidar e educar a criança dentro dos padrões aceitos pela sociedade brasileira, a sua homossexualidade não poderá servir de pretexto para o juiz indeferir a adoção (p.5).

Objetivo Geral e objetivos específicos

O presente trabalho pretendeu realizar um estudo exploratório com o objetivo de conhecer e identificar as peculiaridades do processo de adoção homoafetiva, a partir da experiência de profissionais da Psicologia.

Objetivos específicos:

- Conhecer a experiência de profissionais da Psicologia que tenham atendido adotante(s) e/ou adotados em situação de adoção homoafetiva;
- Verificar eventuais dificuldades encontradas pelo adotante e/ou adotados, no processo de adaptação e de convivência familiar do ponto de vista do participante;
- Identificar, na percepção do participante, se houve apoio e aceitação por parte da família e do meio social nessas adoções.

Método

Participantes

O presente estudo contou com a participação de 6 (seis) psicólogos, do sexo feminino, sendo 5 (cinco) com experiência forense e 1 (um) com experiência exclusivamente na área clínica. Os participantes possuem no mínimo 20 (vinte) anos de formação, e 5 (cinco) anos de experiência na área, com atuação em pelo menos um caso de adoção homoafetiva.

Material:

Para a coleta de dados foram utilizados um gravador de áudio, um aparelho MP3 e o roteiro de entrevista semiestruturado, contendo os dados pessoais do entrevistado e dez perguntas abertas. A cada psicólogo entrevistado, foi solicitada a indicação de outros profissionais que têm ou tiveram experiência com casos de adoção homoafetiva.

Procedimento:

As entrevistas foram analisadas por meio da análise de conteúdo. Todas as entrevistas foram lidas separadamente pelos pesquisadores e o conteúdo classificado em unidades de análise ou em categorias de significados de acordo com os objetivos gerais e específicos da pesquisa. As unidades de análise foram separadas comparadas de modo a encontrar divergências e convergências no discurso dos profissionais entrevistados.

Resultados e Discussão

A análise das entrevistas revelou que todos os profissionais entrevistados consideram que a orientação sexual dos adotantes não interfere no desenvolvimento da criança.

Como nos referimos anteriormente, autores como Garcia *et al.* (2007), baseados em pesquisa realizada por Patterson (1995), afirmam que a orientação sexual do adotante não interfere no desenvolvimento da criança. Segundo os autores, as pesquisas realizadas nos Estados Unidos desde a década de 70, não revelaram diferenças significativas entre o

desenvolvimento global de crianças criadas em famílias homoparentais e crianças oriundas de famílias heteroparentais. Nesse sentido, os relatos dos entrevistados P1, P2, P3, P5 e P6 vão ao encontro dos dados encontrados na literatura especializada sobre esse tema, conforme ilustram os trechos de entrevistas abaixo:

Nesse caso a orientação sexual deles não interferiu pelo menos, não identifiquei nenhum sintoma, nenhum sinal de que ela estivesse tendo ou recebendo consequências negativas dessa orientação sexual (P5).

Dentre os participantes entrevistados, um participante (P4) destacou o possível preconceito que a criança poderá sofrer nas adoções homoafetivas:

Existem várias pesquisas que falam, na verdade que não conseguem apontar uma questão que seja especificamente ligada à orientação sexual dos pais, mas levanta bastante a questão do preconceito... (P4).

ZAMBRANO (2006a) destaca que a estigmatização e o preconceito recaem sempre sobre o “diferente” e isto, ocorre em praticamente todos os grupos minoritários, não sendo uma demanda apenas das famílias homoparentais. Assim se a criança que vive em famílias homoparentais crescer em um ambiente familiar, no qual as questões referentes à sua origem forem trabalhadas com transparência e, sem segredos em relação à orientação sexual de seus pais, ela poderá, ou não apresentar dificuldades, contudo, isso dependerá do modo como o meio social em que a criança está inserida irá tratá-la.

A esse respeito, um dos participantes (P2) exemplificou o caso de uma adolescente cujas amigas sabem de sua adoção, da orientação sexual dos pais e frequentam a sua casa:

...baseada nessa criança de hoje de 16 anos e que inclusive ela fala explicitamente sobre isso, é uma adolescente absolutamente saudável, tranquila, de bem com a vida e resolvida, estuda bastante. É uma menina compenetrada muito sociável, as amigas

sabem e frequentam a casa dela... (P2).

Em relação ao preconceito enfrentado pelo adotante homossexual, este é usualmente mais dirigido à homossexualidade masculina (UZIEL, 2007; DINIZ e BORGES, 2007). Isso ocorre porque, segundo estes autores, homossexuais do sexo masculino são, ainda, considerados promíscuos pela sociedade, o que alimenta preconceitos e fantasias relacionados à pedofilia, ou então, que os pais homossexuais incentivariam os filhos à homossexualidade. O relato do participante (P1) é ilustrativo sobre esse aspecto:

... em questão de preconceito, tem gente que pensa que vai pegar para abusar é a primeira coisa para distorcer a realidade. E nós temos visto que não, não é assim né. Vale ressaltar também, que se os casais heterossexuais fossem como a gente espera... criassem adequadamente, não ia existir Vara de infância, porque a maioria é de hetero que judiou da criança e que teve coragem de jogar um bebezinho na parede, virou vegetal... (P1).

A revisão bibliografia realizada por CECCARELLI (2007) ressalta que os comportamentos promíscuos, desviantes e até mesmo de abuso sexual são predominantemente produzidos dentro do modelo tradicional de família, compostos por casais heterossexuais.

Esse estudo procurou investigar também se as dificuldades de adotantes homossexuais são semelhantes às de adotantes heterossexuais. Na análise dos dados, constatou-se que quatro entrevistados (P1, P2, P3 e P5) consideram as dificuldades dos adotantes homoafetivos semelhantes ou iguais aos dos heterossexuais. Porém, dois participantes (P4 e P6) destacaram o preconceito quanto à orientação sexual dos adotantes e o fato de não poderem adotar como casal, somente individualmente:

Ela tinha a questão do preconceito pairando no ar sempre né, 'ou será que tudo isso é por que eu sou lésbica, é por que eu tenho a minha companheira né', mas é que tinha outros elementos, além deste... A homossexualidade dela, de alguma coisa, era um elemento a mais... (P4).

... a única dificuldade que elas apresentaram aqui com a gente é o fato que as duas não puderam entrar juntas no cadastro, né. A avaliação foi feita só com uma, com o nome de uma (...) todo o processo é feito em nome de uma só, mas na realidade as duas querem adotar, assim... tanto que é assim, o projeto é que na hora em que sair a adoção a outra vai entrar com o pedido de adoção também (P6).

De acordo com o ECA (Estatuto da Criança e Adolescente, 1990), os adotantes podem ser homens ou mulheres, solteiros ou separados, concubinos ou conviventes, se casados ou em união estável. Dessa forma, a homossexualidade não aparece como impeditivo para concessão da adoção.

Quanto ao relato das dificuldades enfrentadas pelas crianças adotadas por homossexuais os participantes P3, P5 e P6 responderam que as dificuldades das crianças adotadas por homoafetivos são as mesmas de crianças adotadas por casais heterossexuais, como demonstra o relato a seguir:

Nesse período as dificuldades são as mesmas de qualquer criança com casal heterossexual, então não dá pra ver nenhuma diferença significativa não. Não sei pode ser que no desenvolvimento, quando for adolescente traga alguma coisa, mas nesses primeiros contatos, nesses primeiros meses de adoção... não percebi nada de diferente das outras crianças não. Tá! (P3).

Nesse período [estágio de convivência] as dificuldades são as mesmas de qualquer criança com casal heterossexual, então não dá pra ver nenhuma diferença significativa não (P6)

Os participantes P2, P3 e P6 acreditam que se houver alguma dificuldade em relação à criança, essa dificuldade poderá aparecer em situações de socialização secundária, como no ingresso na escola e no contato com outras crianças e, mais adiante, na adolescência,

conforme pondera o participante abaixo:

Eu acredito que, em determinadas circunstâncias qualquer pessoa ou qualquer adolescente, qualquer criança possa sofrer algum tipo de discriminação, seja por motivo estético, por motivo intelectual, por motivo de gênero, por motivo... qualquer que seja, porque é gordinho, porque é baixinho, porque usa óculos, porque não usa, enfim, né (...) assim a situação da adoção pode também, vir a ser um fator (P2).

Quanto à aceitação da adoção por parte dos familiares dos adotantes, todos participantes responderam que houve aceitação total por parte dos familiares com referência ao pedido de adoção. Dois participantes (P2 e P4) destacaram que a dificuldade de aceitação dos familiares, em geral, relaciona-se à descoberta da homossexualidade do indivíduo:

... o grande lance é quando essas pessoas já trabalharam essas questões da homoafetividade, da homossexualidade com suas famílias anteriormente né, (...) quando isso foi tratado, provavelmente deve ter tido algum tipo de conflito, mas quando chegaram para o cadastro, para adoção isso era uma coisa muito bem resolvida na família (P2).

Retomando o contexto de aceitação e apoio dos familiares quanto à adoção, não encontramos na literatura pesquisada nenhuma referência ou menção ao tema. Contudo, sabe-se que assim como nas adoções tradicionais é importante para a criança que aconteça o acolhimento desta pela família extensa. Nesse sentido os participantes relataram que:

Quando chegaram para o cadastro, para adoção isso era uma coisa muito bem resolvida na família e assim, a família sempre foi abordada também nos casos de adoção né, então as entrevistas sempre incluíram as avós, os avôs, as pessoas mais próximas né, até porque a gente entende que na adoção a família extensa e a família ampliada ela também precisa receber aquela criança (...) nunca a gente presenciou nenhum tipo de problema ou nunca nos foi relatado nenhum tipo de problema (P2).

Do mesmo modo, procurou-se saber sobre a aceitação e o apoio por parte do meio

social, tais como trabalho, amigos, escola etc. Dos seis entrevistados, cinco (P1, P2, P3, P5 e P6) responderam que houve a aceitação, uma vez que a maioria dos adotantes estava ciente de sua orientação. Somente o participante P6 relatou que o adotante teve problemas em relação à escola, por parte da diretora como demonstra o discurso a seguir:

Então recentemente elas vieram aqui, parece que é assim, a criança está desde o primeiro semestre na escola, mas fica tendo uma certa dificuldade com a diretora em termos, ela tem a guarda, mas a diretora achava que a mãe tem que vir assinar a matrícula, ela falou escuta a guarda é minha, essa diretora de uma certa forma tá implicando com a situação de certa forma... (P6).

Considerações Finais

Ao analisar os dados, pode-se observar que a maioria dos casais afirmou que há aceitação por parte do meio social em que convivem. Houve somente dois casos em que foi apontada certa dificuldade, sendo que um deles referiu problemas por parte da escola. Este fator provavelmente ocorreu devido à falta de conhecimento por parte da sociedade desse novo modelo de adoção.

A pesquisa mostrou que adoção por homoafetivos é realidade nos dias atuais, embora haja muitos questionamentos sobre as consequências emocionais para a criança, devido às influências do meio externo, o preconceito da sociedade, entre outros aspectos. Não há como saber se esse tipo de adoção poderá gerar algum comprometimento psíquico para a criança no decorrer do seu desenvolvimento, pois ainda não existem estudos, principalmente longitudinais, que contribuam para tal afirmação, uma vez que não encontramos dados na literatura nacional que aponte para comprometimentos futuros, ou não da criança e/ou adolescente.

Devido à escassez de pesquisas sobre o tema faz-se necessário um maior número de trabalhos voltados ao assunto em estudos longitudinais, a fim de avaliar como e em que medida as adoções homoafetivas poderão influenciar o desenvolvimento da criança e do adolescente.

Referências

- ALVES, S. A.; OLIVEIRA, T. L.; BARONI, V.; FRANCO, L. D. & ZACARIAS, R. *Adoção de crianças por homossexuais*, 2007. Disponível em <http://www.viannjr.edu.br/jornal/dir/artigos/pdf/Art03200601.pdf> Acesso em 21 de setembro, 2010.
- BRASIL. Código Civil Brasileiro, 2002. Disponível em de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10406.htm. Acesso em 7 de março, 2011.
- BRASIL. Constituição da República Federativa, 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em 7 de março, 2011.
- BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente, 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br_ccivil_03_Leis_L8069. Acesso em 7 de março, 2011.
- CECCARELLI, P. R. *Novas configurações familiares: mitos e verdades*. *Jornal de Psicanálise*, São Paulo, 2007 v. 40, n. 72, p. 89-102. Disponível em <http://ceccarelli.psc.br/artigos/portugues/html/confmitver.htm>. Acesso em setembro, 2011.
- DINIZ, A. G. R.; BORGES, C. A. M. *Possíveis interlocuções entre parentesco e identidade sexual: paternidade vivenciada por homens homo/bissexuais*. In: GROSSI, M. P.; UZIEL, A. P.; MELLO, L. (orgs.). **Conjugalidades, parentalidades e identidades lésbicas, gays e travestis**. Rio de Janeiro: Garamond, 2007, p. 253-276.
- FARIAS, M. de O.; MAIA, A. C. B.. *Adoção por Homossexuais: A família homoparental sob o olhar da Psicologia Jurídica*. Curitiba: Juruá, 2009.
- FIGUEIRÊDO, L. C. de B. *Adoção para Homossexuais*. Curitiba: Juruá, 2010, 1ª ed.(2001), 9ª reimpressão.
- FONSECA, C.. *Caminhos da adoção*. São Paulo: Cortez, 2002, 2ª ed.

PAIVA, L. D. *Adoção: significados e possibilidades*. São Paulo. Casa do Psicólogo, 2004.

_____. *Homossexualidade e adoção*. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

VIANNA, G. C. *Adoção por casal homoafetivo*, 2007. Disponível em http://www.fiscolex.com.br/doc_1129284_ADOCAO_POR_CASAL_HOMOAFETIVO.asp x. Acesso em 18 de janeiro, 2011.

ZAMBRANO, E. *Parentalidades "impensáveis": pais/mães homossexuais, travestis e transexuais*. Horiz. antropol.[online], 2006a, vol.12, nº 26, p.123-147.

_____. *O direito à homoparentalidade: cartilha sobre as famílias constituídas por pais homossexuais*, 2006b. Disponível em http://www.abglt.org.br/docs/zambrano_et_al_homoparentalidade_-_A4%5B1%5D.pdf. Acesso em 07 de março, 2011.

Produção Científica sobre estresse em atividade competitiva e regular na base de dados – 2001-2012

*Aline El Chawiche*¹⁴³

*Carolina de Carvalho Barra*¹⁴⁴

*Natasha Bracioli Matos*¹⁴⁵

*Thuany Caroline Biazola*¹⁴⁶

*Marcelo de Almeida Buriti*¹⁴⁷

Resumo

Normalmente não relaciona-se a prática de esporte com estresse, no entanto, fatores como competitividade e treino excessivo contribuem para o desenvolvimento desse fenômeno. No presente estudo objetivou-se analisar os trabalhos publicados na área da Psicologia do Esporte nas bases de dados *Scielo* e *Periódico da Revista Brasileira de Psicologia do Esporte*, no período de 2001 a 2012. Especificamente procurou-se analisar os seguintes aspectos: autoria, tipo de análise de dados, instituição, instrumentos, delineamento de pesquisa, estrutura discursiva dos resumos. Para isso, foram lidos, analisados e tabulados 60 artigos, dos quais pôde-se obter os dados à seguir: no tipo de autoria houve predominância de autoria múltipla de 63,3%, 20% de coautoria e 16,7% de autoria única; quanto à análise de dados o tipo mais utilizado é a quantitativa com 60%,

¹⁴³ Aluna de graduação do curso de Psicologia da Universidade São Judas Tadeu

¹⁴⁴ Aluna de graduação do curso de Psicologia da Universidade São Judas Tadeu

¹⁴⁵ Aluna de graduação do curso de Psicologia da Universidade São Judas Tadeu

¹⁴⁶ Aluna de graduação do curso de Psicologia da Universidade São Judas Tadeu

¹⁴⁷ Professor Doutor da Graduação e Pós graduação do curso de Psicologia da Universidade São Judas Tadeu

qualitativa com 38,3% e mista com 1,7%; quanto ao tipo de instituição, as instituições públicas alcançaram 39,6%, instituições privadas 21,% e não definidas 39,6%; quanto aos instrumentos utilizados há predominância de análise documental em 34,92%, e uso de questionários em 25,40%. Quanto ao delineamento de pesquisa, verificou-se que 80,32% dos pesquisadores preferem trabalhar com pesquisa descritiva de levantamento. Sendo assim, constatou-se que os objetivos propostos pela pesquisa foram respondidos, possibilitando uma compreensão maior do contexto atual de pesquisas sobre o tema. Alguns resultados foram de encontro á pesquisas feitas anteriormente como o tipo de autoria, o que demonstra a necessidade de pesquisas contínuas sobre o tema.

Palavras-Chave: Psicologia do Esporte, estresse, atividade física

Introdução

A Psicologia do esporte aborda temas referente a pessoas e seus comportamentos no contexto do esporte e dos exercícios físicos. Apesar de normalmente o estresse não ser relacionado com a prática de esporte, alguns fatores como a competitividade e o treino excessivo colaboram para o desenvolvimento desse fenômeno.

De acordo com Lipp (2001, p. 477) o estresse é:

Uma reação do organismo, com componentes físicos e/ou psicológicos, causada pelas alterações psicofisiológicas que ocorrem quando uma pessoa se confronta com uma situação que, de um modo ou de outro, a irrite, amedronte, excite, confunda, ou mesmo que a faça imensamente feliz. É importante conceitualizar estresse como sendo um processo e não uma reação única, pois, no momento em que a pessoa é sujeita a uma fonte de estresse, um longo processo bioquímico instala-se, cujo início se manifesta de modo bastante semelhante, com o aparecimento de taquicardia, sudorese excessiva, tensão muscular, boca seca e a sensação de estar alerta.

Um dos pioneiros que utilizaram o termo “estresse”, foi Hans Selye (1952), considerado o pai do estresse. Durante uma pesquisa com seu primeiro aprimorando, Selye (1952, p. 20) definiu estresse como “estado de tensão não-específico de um ser vivo, que se

manifesta por mudanças morfológicas tangíveis, em diferentes órgãos, e particularmente nas glândulas endócrinas”. Selye (1952) apresentou o estresse, caracterizando-o como uma “Síndrome de Adaptação Geral”, formada pelas fases: reação de alarme; fase de adaptação; fase de exaustão.

Selye (1952), denomina *Síndrome* por conter um conjunto de “manifestações orgânicas” que podem ser individuais, coordenadas ou interdependentes. Incluiu a palavra *Geral* por envolver várias partes do corpo, agindo de forma generalizada na defesa do organismo. E usou o termo *Adaptação* por ser um auxílio na aquisição e manutenção da homeostase no organismo.

Limongi & Rodrigues (1994) caracterizam as fases da Síndrome de Adaptação Geral:

Reação de Alarme, na qual a pessoa apresenta sensação de emergência de defesa ou fuga; mobilização endócrino-metabólica; mais oxigênio, açúcar e nutrientes para os tecidos; aceleração da circulação sanguínea, batimentos cardíacos e pressão arterial;

Fase de Resistência, na qual a pessoa apresenta sintomas não organizados; permanência do agente estressor; ação continuada dos órgãos e sistemas; comportamento da supra-renal, timo e baço; estruturas linfáticas, aparelho digestivo; e

Fase de Quase-Exaustão, na qual o enfraquecimento da pessoa, que não mais está conseguindo se adaptar ou resistir ao fator estressor, nesta fase o processo de adoecimento se inicia e os órgãos que possuem maior vulnerabilidade genética ou adquirida passam a mostrar sinais de deterioração.

Fase de Exaustão, na qual a pessoa apresenta esgotamento por sobrecarga fisiológica; falha dos mecanismos adaptativos; estímulos permanentemente excessivos, chegando até a morte do organismo.

Lipp & Novaes (2000), destacam que apesar da população brasileira ser ciente desde o primeiro ano da escola a respeito de fatores que acarretam uma má qualidade de vida, como: riscos do fumo, uso de drogas, hipertensão arterial etc, a população não consegue organizar suas vidas para ter qualidade de vida e pouco estresse. E essa postura é ainda mais preocupante, pois o serviço de saúde pública não se mobiliza a fim de tratar a população que é afligida por doenças relacionadas pelo estresse.

As autoras citadas acima revelam dois fatores do estresse. Por um lado, o estresse pode trazer prejuízos, como: mal estar, não produzir de acordo com seu potencial, não interagir socialmente, entre outras coisas. E por outro lado, o estresse traz benefícios, como:

energia, vigor, coragem, força, vontade de fazer coisas novas, aumento da produtividade e uma melhora na qualidade de vida. Ambas alertam que o importante é conseguir dominar o estresse para colher os seus benefícios.

Brandão & Machado (2007) citam que em um cenário de perdas e ganhos, o atleta está sujeito à diversas experiências emocionais no decorrer de sua carreira, inclusive o estresse. Com esses dados pode-se supor que esportistas e estudiosos da área tem um campo vasto de definições e estereótipos à respeito do estresse e sua relação com o esporte, seja em simples atividade física ou em atividades competitivas ou de alto rendimento, e isso por vezes proporciona um certo preconceito ou negatividade sobre essa relação, entretanto podemos dizer que nem sempre o estresse em atividades esportivas levam á um mau rendimento do esportista, por vezes isso pode servir como estímulo para ultrapassar suas próprias barreiras, tanto físicas quanto psicológicas, considerando-o em sua totalidade.

Para investigar mais a respeito desse universo desportivo que essa pesquisa realiza um levantamento de pesquisas e artigos sobre o tema, optando assim, pela realização de Produção Científica.

Objetivos

O objetivo geral do presente trabalho foi analisar os trabalhos publicados na área de psicologia do esporte, e assim verificar a relação do estresse na atividade competitiva e regular nas bases de dados *Scielo* e *Revista Brasileira de Psicologia do Esporte*, no período de 2001 a 2012.

Especificamente analisar os seguintes aspectos: Autoria (única, co-autoria ou múltipla); Tipo de análise de dados; Tipo de instituição; Tipos de instrumentos utilizados; Delineamento de Pesquisa.

Método

Foram levantados 60 artigos sobre Psicologia do Esporte no período entre 2001 e 2012, inseridos na base de dados Scielo (*Scientific Electronic Library Online*) que possui textos completos de artigos, pesquisas e trabalhos científicos, e a Revista Brasileira de

Psicologia do Esporte que publica artigos, pesquisas e descobertas recentes da área periodicamente, ambas servem de apoio às pesquisas feitas de diversos temas ou áreas de estudo.

Procedimento

Para fazer o levantamento dos artigos, utilizamos as palavras-chave: psicologia do esporte, estresse, stress, atividade física, atividade regular nas respectivas bases de dados. Inicialmente foram levantados 100 artigos sobre o tema pesquisado, entretanto, após ler título e resumo de cada trabalho, foram descartados 40 por não responderem aos objetivos propostos pela pesquisa, pois estavam em outros idiomas, como espanhol e inglês, e não abordavam sobre esporte ou alguma atividade física ou regular.

Com isso, foram selecionados 60 artigos para análise, sendo 39 da base de dados *Scielo* e 21 do Periódico da *Revista Brasileira de Psicologia do Esporte*.

Foi realizada a pesquisa, leitura e análise de cada artigo e os dados foram inseridos na planilha de registro, elaborada para cumprir a todos os objetivos, servindo de apoio para a realização do teste Qui-quadrado e para a verificação de diferenças estatisticamente significantes. Os resultados são apresentados em forma de tabela.

Resultados e Discussão

O primeiro aspecto analisado foi quanto ao tipo de autoria presente nos trabalhos pesquisados:

Tabela 1. Tipo de Autoria

Autoria	F	%
Única	10	16,7
Co-autoria	12	20
Múltipla	38	63,3
Total	60	100

Para poder constatar o tipo de autoria mais encontrado nas pesquisas de produção científica, foram considerados três tipos de autoria: única, pesquisa que há apenas um único autor envolvido, co-autoria, pesquisa que há dois autores envolvidos e múltipla, pesquisa que há mais de dois autores envolvidos. De acordo com a Tabela 1 podemos observar que há uma predominância do tipo de autoria múltipla com 63,3% com uma diferença significativa para tipo de co-autoria com 20% e única com 16,7%.

Para verificar se existia diferença estatisticamente significativa aplicou-se o teste de Qui – quadrado o $\chi^2_o = 24,40$ e o $\chi^2_c = 5,99$ (n.sig.=0,05 e n.g.l.=2), o que mostra que existe diferença estatisticamente significativa destacando – se a autoria múltipla como a maneira de produção dos artigos.

Gargantini e Oliveira (2003) mostraram uma predominância de autoria múltipla nas publicações analisadas de periódicos e artigos. Souza – Filho, Belo e Gouveia (2006) revelam que 75,6% das pesquisas que foram analisadas eram de autoria múltipla.

Com esses dados e com os resultados analisados, acredita-se que há maior interesse, por parte dos pesquisadores, em trabalhar de forma coletiva.

A análise sobre a tipologia de análise de dados encontra-se apresentada na Tabela 2.

Tabela 2. Tipo de Análise de dados

Análise de dados	F	%
Qualitativa	23	38,3
Quantitativa	36	60
Mista	1	1,7
Total	60	100

Observando os resultados apresentados na Tabela 3, constata-se que o tipo de análise de dados mais utilizada pelos autores é a do tipo quantitativa com 60%, enquanto a qualitativa permanece com 38,3% e a mista com 1,7%.

Para verificar se existia diferença estatisticamente significativa aplicou-se o teste de Qui – quadrado o $\chi^2_o = 2,86$ e o $\chi^2_c = 3,84$ (n.sig.=0,05 e n.g.l.=1), o que mostra que não existe diferença estatisticamente significativa as análises dos dados estão distribuídas de maneira homogênea.

Castro e Remor (2002) constataram ao pesquisar a produção científica sobre os aspectos psicossociais e HIV/AIDS, que há predomínio da análise quantitativa nas pesquisas com 91,5% e um índice muito baixo de análise qualitativa com 10%. Sendo que a análise de dados mista não ocorreu.

Tais dados conferem com os apresentados nessa pesquisa, no qual o predomínio de análise de dados quantitativa é notável, observa-se uma preferência por pesquisa quantitativa nos artigos, o que talvez possa ser explicado por ser algo mensurável, matemático, trazendo na forma de números a abrangência das pesquisas.

A análise da Tabela 3 apresenta os dados do tipo de instituição a qual os autores estão ligados.

Tabela 3: Tipo de Instituições

Instituições	F	%
Públicas	25	39,6
Privadas	14	21,8
Não Definido	25	39,6
Total	64	100

De acordo com a tabela 3 pode-se constatar que não há um consenso quanto o tipo de instituição que mais produz pesquisas, uma vez que, as instituições públicas permanecem com 39,6% e pesquisas que não há definição também permanecem com 39,6%.

Para verificar se existia diferença estatisticamente significativa aplicou-se o teste de Qui – quadrado o $\chi^2_o = 3,78$ e o $\chi^2_c = 5,99$ (n.sig.=0,05 e n.g.l.=2), o que mostra que não existe diferença estatisticamente significativa entre as instituições produtoras de pesquisas científicas.

Muitos autores não identificaram quais instituições estão ligados, dificultando assim nossa análise a respeito. Por isso não há como afirmar se as instituições públicas estão produzindo mais pesquisas do que as privadas.

Na literatura, é abordado que as instituições públicas produzem mais do que as privadas, Castro (1985) e De Meis e Leta (1996) trazem a informação que a maioria dos

artigos por eles analisados eram de instituições públicas.

A análise dos tipos de instrumentos utilizados pelos autores está apresentada na Tabela 4.

Tabela 4: Tipo de Instrumentos Utilizados

Instrumentos	F	%
Entrevistas	9	14,28
Questionário	16	25,40
Testes Psicológicos	4	6,35
Análise documental	22	34,92
Exames Clínicos	12	19,05
Total	63	100

Durante a análise das pesquisas levantadas, observou-se que os pesquisadores fazem uso de muitos instrumentos para coleta de dados. Dentre todos estes instrumentos, constatou-se que os autores deram preferência para o uso da Análise Documental com 34,92% e em seguida para o uso de Questionários com 25,40%. Já os menos utilizados pelos autores foram os Testes Psicológicos com 6,35% e Entrevistas 14,28%

A pesquisa realizada Phelippe, Witter & Buriti (2007) sobre Psicologia Forense, constatou que o instrumento mais utilizado pelos pesquisadores foi a entrevista com 25% e os menos utilizados pelos pesquisadores foram protocolo de atendimento, parecer psicologico e teste, todos com 1,78%, instrumentos estes que não apareceram na presente pesquisa.

Os dados apresentados acima nos leva a pensar que esta vasta variedade de instrumentos para coleta de dados, exista por esse fenômeno ser tão amplo e atingir contextos distintos, em que um instrumento avalia melhor do que outro na situação de pesquisa daquele contexto. Nota-se que isso ocorre também, pelo fato desse fenômeno ser estudado por várias áreas do saber, como: Psicologia, Enfermagem, Medicina, Educação Física, etc, tendo preferências distintas de instrumentos mais usados entre profissionais e estudantes das áreas.

A análise quanto o delineamento de pesquisa estão apresentados na Tabela 5.

Tabela 5: Delineamento de Pesquisa

Delineamento de Pesquisa	F	%
Levantamento	49	80,32
Correlacional	6	9,84
Quase – Experimental	5	8,20
Experimental	1	1,64
Total	61	100

Analisando o tipo de delineamento de pesquisa que os autores mais fizeram uso, constatou-se que 80,32% optaram pelo tipo de Levatamento e 9,84% por Correlacional. Os menos utilizados foram o de tipo QuaseExperimental com 8,20% e Experimental com apenas 1,64%.

Similar aos dados apresentados por esta pesquisa, Phelippe, Witter & Buriti (2007), ao analisar produção científica sobre psicologia forense, constataram que o delineamento de pesquisa mais utilizado pelos pesquisadores no período de 2000 a 2003 foi o de levantamento com 68,75%, seguido pelo delineamento Correlacional com 28,12% e o Quase Experimental com 3,13%. Porém, o tipo de delineamento experimental não ocorreu.

Com isso, pode-se dizer que os pesquisadores, em sua maioria, preferem trabalhar com pesquisa descritiva a experimentais, o que confirma a o fato de trabalharem com o instrumento de análise de documentos.

De acordo com Lipp & colaboradores (2004), após a análise de pesquisas realizadas sobre estresse no período de 20 anos no Brasil, afirmaram que estas em sua maioria são pesquisas de levantamento, assim como apontaram os resultados descritos na tabela acima. Isso nos leva a refletir que os trabalhos são de caráter explorativo, denotando uma preocupação dos pesquisadores em conhecer o fenômeno estresse para depois poder agir ou intervir sobre ele.

Conclusão

Constatou-se ao longo da pesquisa que há predominância de autorias múltiplas nos

artigos que foram analisados, acredita-se que há maior interesse, por parte dos pesquisadores, em trabalhar de forma coletiva. Os resultados apontaram o predomínio de análise de dados quantitativa, o que talvez possa ser explicado por ser algo mensurável, matemático, trazendo na forma de números a abrangência das pesquisas.

Não foi possível identificar algumas instituições as quais os autores eram ligados, com isso não foi possível verificar exatamente quais instituições publicaram mais pesquisas no período proposto pela pesquisa. Foram encontrados diversos tipos de instrumentos para coleta de dados, Entrevistas, questionário, Testes Psicológicos, análise documental e Exames Clínicos. Porém, o tipo mais utilizado pelos pesquisadores foi o de análise documental.

Quanto ao delineamento de pesquisa, constatamos que a maioria dos pesquisadores preferem trabalhar com pesquisa descritiva a experimentais, dado esse que confirma a opção de trabalharem com instrumentos de análise de documentos.

Muitas pesquisas que foram analisadas não eram de profissionais Psicólogos ou estudantes de Psicologia, trazendo a atenção para essa área recente da Psicologia, que deve ser estudada de forma mais intensa, apresentando um número maior de pesquisas.

Referências

- BRANDÃO, M.; MACHADO, A. *Psicologia do Esporte e Exercício: teoria e aplicação*. São Paulo: Atheneu, 2007 (Coleção Psicologia do Esporte e Exercício, v. 1).
- CASTRO, C. M. *Há produção científica no Brasil? Ciência e Cultura, n. 37, p.165-187, 1985.*
- CASTRO, E.K.; REMOR, E. A. *Aspectos psicossociais e HIV/Aids: um estudo bibliométrico (1992-2002) comparativo dos artigos publicados entre Brasil e Espanha*. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v17n2/22476.pdf>. Acesso em 08 de Novembro de 2011.
- DE MEIS, L de; LETA, J. *O perfil da ciência brasileira*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1996.
- GARGANTINI, M.B.M.; OLIVEIRA, M.H.M.A. *Estratégias Educacionais: Produção Científica. Congresso nacional de psicologia escolar e educacional*. Faculdade Ruy, 2003

- LIMONGI, A. C.; RODRIGUES, A. L. *Como gerenciar sua saúde no trabalho: um manual sobre o estresse e as queixas psicossomáticas no dia-a-dia das empresas*. São Paulo: Editora STS, 1994.
- LIPP, M.E.N.; NOVAES, L. *O stress*. 4. ed. São Paulo: Contexto, 2000.
- LIPP, M. E. N.; MALAGRIS, L. E. N. O stress emocional e seu tratamento. In B. Rangé (Org). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- LIPP, M. *O stress no Brasil: Pesquisas Avançadas*. Campinas-SP: Papyrus, 2004.
- PHELIPPE, H.R; WITTER, G.P; BURITI, M.A. *Análise da produção científica sobre psicologia forense*. In Witter, C; Buriti, M.A; Witter, G.P. (Org). *Problemas Psicossociais: análise de produção*. São Paulo: Anadarco, 2007.
- SEYLE, H. *The story of the adaptation syndrome-evolution of the stress concept. Purely descriptive characterization of the adaptation syndrome*. Montreal: Acta Inc Medical Publishes, 1952.
- SOUZA-FILHO, M.; BELO, R; GOUVEIA, V.V. *Testes Psicológicos: análise da produção científica brasileira no período 2000 – 2004*. *Psicologia Ciência e Profissão*, v.3 ,n.26, 2006.

Projeção de criança compatível geneticamente para salvar um irmão: uma discussão psicanalítica a partir do filme “Uma prova de amor”

Izabela Aparecida Ugolini Lima¹⁴⁸;

Samuel Gonsalves Pereira¹,

Suelen Cunha De Andrade¹

Laura Carmilo Granado¹⁴⁹

Resumo

Esta pesquisa refere-se à análise psicanalítica do filme “Uma prova de amor” que conta a história de uma família que ao se deparar com a doença de um de seus membros que sofre de leucemia, projeta um bebê que seja geneticamente compatível. O objetivo desta pesquisa foi discutir, a partir da psicanálise, as questões psíquicas dos personagens envolvidos nesta trama. Discutimos que a mãe se posicionou de uma forma narcísica e onipotente de modo que aparece simbiotizada com a filha que adoeceu, deixando de investir nos outros membros da família e deixando de ouvir os apelos da filha projetada, quando esta diz que não quer mais ser doadora de sua irmã. Pudemos refletir, também, sobre quais seriam as consequências ao desenvolvimento psíquico da filha projetada. Considerou-se que este trabalho pode trazer importantes reflexões sobre uma questão atual, a concepção de um filho geneticamente modificado para salvar outro, fato que vem se concretizando no mundo, sem a necessária discussão ética sobre o tema.

Palavras-chave: reprodução *in vitro*; narcisismo; psiquismo fetal; desenvolvimento psicológico.

¹⁴⁸ Alunos do último ano do curso de Psicologia da Universidade São Judas Tadeu. Este artigo é relativo ao Trabalho de Conclusão de Curso destes alunos.

¹⁴⁹ Doutora em psicologia clínica pela USP, pesquisadora do Apoiar e docente na Universidade São Judas Tadeu, orientadora do Trabalho de Conclusão de Curso realizado pelos alunos que deu origem a este artigo

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa refere-se à análise psicanalítica do filme “Uma prova de amor”, produção americana de setembro de 2009 dirigida por Nick Cassavetes, que conta a história de um casal que ao se deparar com a doença de sua filha de mais ou menos três anos de idade, após esclarecimento médico, opta por conceber uma criança através de reprodução assistida, numa tentativa de salvar Kathy, a filha que adoeceu. O objetivo do trabalho é analisar os aspectos psíquicos dos personagens desta trama que permite pensar as diversas questões éticas implicadas em uma situação que vem se concretizando em diversas partes do mundo.

De acordo com Villas-Boas (2003), a reprodução assistida refere-se a diversas técnicas médicas que interferem no processo natural. A reprodução assistida é o gênero do qual deriva as duas espécies: a inseminação artificial que é o procedimento que se realiza a concepção *in vivo*, ou seja, no próprio corpo da mulher e a fertilização *in vitro* ou fertilização na proveta em que a concepção é realizada de forma laboratorial, ou seja, fora do corpo feminino, em que irá ocorrer a implantação dos embriões já fecundados.

Projetar um filho para salvar outro é uma realidade. No Brasil há um caso semelhante ao do filme aqui analisado. Em fevereiro de 2012 nasceu a primeira criança brasileira selecionada geneticamente em laboratório para não carregar a doença e ser compatível com sua irmã Vitória de cinco anos que sofre de Talassemia Major, uma doença rara do sangue. As células-tronco colhidas do cordão umbilical de Maria Clara serão usadas para um transplante de medula em Maria Vitória (REVISTA VEJA, 2012). Em 2000 uma família norte americana selecionou geneticamente o embrião de seu próximo filho para ser doador de medula compatível com a irmã mais velha que sofria de anemia de Fanconi, uma doença letal. Desde então, a prática foi usada em 15 outros casos no reino Unido, na Austrália e nos Estados Unidos da América. Inúmeros outros casos podem ser vistos em todo o mundo (COSTA, GARATTONI, 2012).

Garrafa (2012) informa que a reprodução assistida de um bebê com modificações genéticas compatíveis com um irmão biogeneticamente é um caso ético que envolve questões éticas. até hoje o Congresso Nacional não conseguiu votar uma legislação que

regule as práticas de fecundação assistida. Em países europeus já existem comitês de bioética desde a década de 80, enquanto no Brasil ainda não há esses comitês. Houve um Projeto de Lei em 2005 em caráter de urgência, mas não foi votado pelo tema ser conflituoso. Assim, uma discussão psicanalítica que possa promover uma reflexão sobre a constituição subjetiva de uma criança projetada para salvar outra se mostra extremamente relevante. Esta reflexão a partir da psicanálise poderá fornecer subsídios para pensar as consequências de práticas como estas, considerando inclusive, qual a posição subjetiva dos pais que decidem projetar um bebê para salvar um irmão e as consequências deste posicionamento para a criança que será gerada e para os demais membros da família.

DISCUSSÃO E ANÁLISE DO FILME

O filme traz a história de Anna, uma criança que foi concebida para salvar a vida de sua irmã Kate que sofre de leucemia. Orientados pelo médico, os pais de Kathy, Sarah e Brian decidem realizar um procedimento de fertilização in vitro a fim de que a criança gerada (Anna) possa ser doadora de sua filha enferma, já que os pais não são compatíveis.

Desde tenra idade Anna passa por diversos procedimentos clínicos e intervenções cirúrgicas a fim de ajudar a irmã. No entanto, tais procedimentos não são suficientes para resolver de todo a questão, já que, por conta de complicações renais, Kate precisa da doação de um rim para se salvar. Os pais, acreditando, então, na cura, decidem que Anna doará seu rim para salvar a irmã.

Anna recorre a um advogado para defendê-la dos seus próprios pais reivindicando sua emancipação médica, isto é, requiere o direito de dispor do próprio corpo para não sofrer mais. Sarah, inconformada com a atitude da filha e incapaz de ouvi-la e respeitá-la em suas reivindicações, leva a cabo o processo, a fim de poder decidir o destino de suas duas filhas. Toda a família está envolvida neste processo de cura de Kathy, mas Sarah se sente responsável por decidir pela vida dos filhos, excluindo o próprio pai deste direito quando ele se volta para ela questionando-a de suas ações para com a Anna.

Enquanto Sarah luta para ter o direito de realizar o implante de rim em Kathy, na tentativa de salvá-la da morte, Kathy, na verdade, não quer mais viver, cansou de sua luta e de ver a irmã mais nova se submetendo a diversos procedimentos invasivos por causa dela.

Assim, foi ela quem convenceu Anna, contando já com 11 anos, a se recusar a doar o rim, alegando que não aguenta mais submeter-se a tantos procedimentos.

Descreveremos agora algumas cenas das quais faremos uma análise levantando algumas hipóteses a partir da psicanálise. No início do filme, a filha projetada, Anna começa um relato

Só pessoas com problemas mesmo é que planejam bebês. Eu fui projetada. Se minha irmã Kathy não tivesse ficado doente eu nem teria nascido [...] Desde que minha irmã adoeceu as coisas mudaram. Minha tia Kelly trabalha meio período e mamãe largou o emprego de advogada. A vida dela gira em torno de manter tudo livre de germes....

Observamos que Anna, a filha projetada, percebe que não foi desejada e que nasceu por uma necessidade a de salvar sua irmã Kathy. E percebe também a intensa dedicação que sua mãe tem para com essa filha, fazendo que todos se envolvam no mesmo propósito de mantê-la viva.

Quando a mãe da filha projetada, de Kathy e também de descobre que foi processada pela filha, a qual a informa que não quer mais doar seu rim à irmã, a mãe diz que não tem escolha e Anna diz que tem. Sarah dá um tapa no rosto da filha. A mãe aparece, assim, com um posicionamento narcísico e uma necessidade de controle sobre o corpo de Anna para salvar sua filha Kathy, com a qual parece haver uma simbiose. Sarah não pôde ouvir os pedidos de Anna, de uma filha que supostamente estaria se vendo diferenciada do desejo materno¹⁵⁰ que surge de uma forma um tanto quanto onipotente.

Na cena em que Sarah, a mãe, está deitada à noite ao lado do marido e afirma: “Não vou deixá-la morrer. Você sabe disso, não é?” (SIC) podemos perceber a mãe com este posicionamento narcísico e com uma necessidade de controle sobre tudo, inclusive da vida da filha. Este posicionamento se mostra claro quando vemos que ela quer ultrapassar todos os limites: aqueles impostos por Anna, as falas do marido e da irmã, a defesa do advogado de Anna, etc. Em uma determinada cena o advogado relata que Anna sofreu oito hospitalizações em onze anos, seis cateterismos, dois transplantes de medula, duas

¹⁵⁰ Embora, como será discutido, estivesse ainda agindo de acordo com o desejo da irmã.

retiradas de células tronco, sofreu efeitos colaterais como sangramentos, infecções, hematomas, teve de tomar comprimidos para náusea, opióides para dor, remédios para dormir. Ele afirma que cada procedimento tinha riscos e complicações. Sarah afirma que Ana sabia disso e concordou. O advogado questiona “com cinco anos de idade?” e o advogado pergunta se alguma vez Sarah se perguntou: “eu posso estar errada? Eu fui longe demais?”. Estas questões nos fazem pensar que é necessário considerar o tipo de funcionamento psíquico de pais que desejam gerar um filho para salvar outro, pois, como no caso do filme, um funcionamento narcísico e onipotente, pode desconsiderar questões éticas, as quais não estão ainda, contempladas do ponto de vista legal.

No julgamento é explicitado que Anna, ainda recém-nascida começou a ser doadora: aos 5 anos passou a doar linfócitos. Aos 6 anos de idade doou granulócitos e a mãe responde que de fato não pediu permissão a Anna, que teve de ficar hospitalizada seis dias e houve complicações. Quando o advogado pergunta se Sarah acha razoável concluir que foi longe demais, ela diz olhando para Anna que sim, mas que é responsável pela família inteira. Ela afirma que pra Kate é vida ou morte, “se olharmos para a situação da Anna pode ser brutal, mas não é tão horrível quanto enterrar uma filha”. O advogado questiona Sarah, se ela defende a família e Kathy, ela diz que sim e ele pergunta “quem defende Anna”? Ele fala de um ser diferenciado dos demais membros da família, para quem Sarah está impedida de olhar. Vemos aqui Sarah ultrapassa todos os limites para salvar Kathy. Parece ter havido uma simbiotização dela com esta filha a partir de sua doença, de modo que investir na recuperação desta filha, não deixa de ser um traço narcísico, pois Sarah não está subjetivamente separada de Kathy.

Na trama, há um dialogo entre os personagens em que a família está reunida à mesa do jantar e conversam com Anna sobre o processo que abriu contra seus pais. A mãe está muito exaltada, mas o pai quer ouvir o que a filha Anna tem a dizer:

Tá bom! Vocês podem esquecer que a operação é perigosa, e que vai doer e que eu possa não querer que cortem um pedaço de mim. Se eu tiver só um rim o que acontece comigo? E se eu precisar dele? E se eu não puder praticar esporte, ou ser animadora de torcida ou ficar grávida?[...] e se eu quiser ter uma vida longa?[...]Lembra que

o doutor disse que se eu fizesse a operação eu ia ter que me cuidar pro resto da vida? Eu não quero ter que me cuidar! Quem quer viver desse jeito? Eu também sou importante mãe, eu também sou importante!.

Nesta cena podemos auferir com mais ênfase o fato de haver um pedido de ser reconhecida como um sujeito diferenciado de sua irmã, mas a mãe não permite. O pai começa adentrar a relação mãe-filha, para que esse processo se inicie. Percebemos a dificuldade que a mãe tem de entrar em contato com a realidade que lhe é imposta pelos pedidos de uma criança que exige ser reconhecida.

Em outra cena fica explícito o quanto os pais não estavam percebendo os outros filhos. Como a própria Kathy relata, os pais ficaram tão preocupados com ela que não perceberam que Jason (irmão de Kathy e de Anna) era disléxico. Aqui os pais estão sentados com o filho e discutem sobre a possibilidade dele passar um ano em um acampamento para crianças disléxicas. Jason chora muito, porque não quer ir.

Há um momento na trama em que Kathy conversa com o médico e descobre que não tem muito tempo de vida. A mãe nega totalmente o fato e diz para não falarem sobre isso, pois tem a esperança que após a cirurgia de transplante de rim a filha melhore. O doutor leva Sarah para conversar com uma conselheira e diz que ela não escuta ninguém, mas que é o dever dele orientá-la. Sarah continua a negar o fato da morte eminente da filha e acaba sendo agressiva com a conselheira e não aceita levar a filha para casa. Consideramos aqui o processo de negação [KUBLER-ROSS (1975) apud KOVÁCS (2002)] e a não elaboração do luto necessário para que esta mãe aceite o fato.

A irmã de Sarah diz:

Kelly: Eu sei que é importante você sentir que nunca desistiu! Como você vai viver se não puder ser essa mãe doida lutando pela vida da filha? Mas tem um mundo inteiro lá fora e você não vê nada dele. Mais cedo ou mais tarde você vai ter que parar! Você vai ter que aceitar!

Sarah: – Eu não posso!

No diálogo acima, a irmã de Sarah mostra que ela passou de limites éticos e que talvez a juíza não autorizasse que tirassem um rim de Anna para doar à Kathy. Aponta também o quanto a mãe está isolada do mundo externo além de Kathy. Ao final desse discurso, Sarah demonstra estar tão tomada pela situação da filha que não consegue aceitar a perda. Na cena onde ocorre o julgamento do caso, há um diálogo entre os personagens, em que isto fica evidente. O irmão então revela toda a trama e diz:

Jason: – A Kathy quer morrer! ... Kathy está morrendo e todo mundo sabe, é que você a ama tanto que não quer deixá-la partir! Tá na hora mãe, Kathy está pronta!

Sarah: – Isso não é verdade! Kathy teria me dito!

Jason: – Mãe, mas ela disse a você!

Pai: – Ela disse! Ela disse um milhão de vezes, mas você não quis ouvir.

Nesta cena podemos considerar que todos estavam podendo elaborar um luto, mas Sarah não. A mãe pode ter iniciado a primeira fase do luto que, segundo Rosa (2011), é a fase do choque, na qual pode ser caracterizada pelo desespero, raiva, irritabilidade, amargura e isolamento e realmente Sarah fica irritada com a própria Kathy, quando não é mais possível negar o fato dela querer morrer. Após o julgamento Anna relata que entende porque o advogado aceitou defender sua causa, pois ele também sabia como era não ter controle sobre seu próprio corpo, já que percebeu que ele sofria de epilepsia. Anna comparou as reações dessa doença sobre o corpo com o controle que a mãe exercia sobre ela.

Segundo Gastaud (2008), as teorias psicanalíticas embasam a hipótese de que a formação do psiquismo tem seu início desde a vida intrauterina. O que nos leva a pensar então como seria esse psiquismo de um sujeito que apenas foi gerado para ser doador de partes de seu corpo a sua irmã. Consideramos que o comprometimento psíquico de Anna poderia ser maior que o apresentado no filme, pelo fato de não ter sido desejada como

sujeito e sua subjetividade não ser considerada. A filha projetada poderia não encontrar um ambiente facilitador para construção de sua própria subjetividade, como indivíduo.

O que Sarah desejava quando estava grávida de Anna, era apenas gerar uma doadora saudável para a filha Kathy. Na gravidez, sensações e emoções das mães diversas tornam-se um diálogo do inconsciente mais primitivo entre mãe e filho (BERGERET, HOUSER, 2006). Uma mãe que concebe uma filha para fornecer órgão a outra poderá investir neste bebê? Imaginar o bebê insere a criança no mundo simbólico dos pais “É esse corpo imaginado que permitirá que a futura mãe invista libidinalmente no seu bebê, reconhecendo-o como um corpo separado do dela” (FERRARI, PICCININI e LOPES 2007). Este foi um corpo imaginado e desejado em sua individualidade? Parece que não. Aqui também, podemos pensar com Winnicott (1966/1999), que a origem de um indivíduo começa antes mesmo do nascimento e a primeira fase – o ato de conceber mentalmente – já apresentava um único objetivo: de salvar Kathy. Assim mais uma vez o filme mostra o quanto não se foi pensado num sujeito com suas particularidades, mas apenas numa continuidade saudável de Kathy, um reservatório de órgãos saudáveis.

É a mãe que possibilita que o bebê viva a ilusão de onipotência, fornecendo a base para a realidade transicional, externa e pessoal (interna) (ROSA, 2009). Uma criança que pode ter sido privada de um investimento pela mãe talvez não possa ter o amadurecimento descrito por Winnicott, o qual pressupõe a experiência da onipotência, possibilitada por uma mãe suficientemente boa. Sarah pode ter sido uma mãe suficientemente boa para um bebê concebido com este objetivo?

Discutindo a capacidade de preocupação tanto de Sarah quanto de Anna em relação à Kathy, podemos hipotetizar não ter havido uma preocupação genuína, tal como a descrita por Winnicott (1963/1983). Segundo o autor, no início do desenvolvimento da preocupação são necessárias algumas circunstâncias favoráveis nos estágios iniciais do bebê como, por exemplo, que a mãe sobreviva aos ataques destrutivos do lactente e esteja disponível fisicamente e também no sentido de não estar preocupada com outra coisa. Sabemos que no caso de Sarah, desde o início, ela estava preocupada em manter Kathy viva, o que poderia ter acarretado um prejuízo no desenvolvimento da capacidade genuína de se preocupar de Anna. Podemos também pensar que a preocupação de Sarah por Kathy,

menos que uma preocupação como aquela adquirida ao longo do desenvolvimento proposto por Winnicott era uma preocupação derivada de um desejo onipotente que a fazia somente enxergar esta filha e desconsiderar as invasões a Anna, as necessidades de Jason e as tentativas do pai de barrá-la.

Outro aspecto observado é que devido ao adoecimento de Kathy, Sarah pode ter proporcionado um cuidado ao organismo de Anna, ou seja, o cuidado ao corpo (doador de órgãos) pode não ter sido carregado de afeto, pois sua extrema preocupação com técnicas de criar filhos, com a higiene, alimentação, etc. pode ter predominado e isso impediria Anna de separar-se dessa mãe e assumir o controle sobre as coisas que estavam acontecendo. Isso pode ter prejudicado tanto a constituição de Anna na transmissão de suas vontades e desejos.

Ao abordar o tema do narcisismo, Freud (1914/1974) afirma que “o homem enfermo retira suas catexias libidinais de volta para seu próprio ego, e as põe para fora novamente quando se recupera” (p.98). Se pensarmos em Sarah, podemos então afirmar que ela entrou em uma posição narcísica devido ao adoecimento não dela, mas de sua filha que é a continuidade e extensão de seu corpo.

Freud (1914/2004) fala da possibilidade da mãe, a partir de seu próprio narcisismo, dedicar todo o amor a uma criança que gerou e que se apresentará à mãe como se fosse parte de seu próprio corpo. Assim, a mãe com sua posição narcísica, indiferente a seu marido e aos outros filhos, parece ver a filha como parte de si e, assim, partindo de seu próprio narcisismo ela dedicou à filha todo seu amor.

Assim, é o pai é quem chama a mãe para si como esposa e permite a gradativa separação da unidade mãe/bebê permitindo à mãe retomar a amplitude do mundo que havia sido estreitado (Rosa, 2009, p. 69). Como apresentado no filme, percebemos que Sarah não faz essa dessimbiotização com Kathy não proporcionando a entrada do pai (o terceiro). Segundo Lang (2004), o pai só entra na unidade mãe-bebê se a mãe for suficientemente boa, proporcionando um ‘ambiente facilitador’. Numa visão winnicottiana, dependeria da atitude da mãe em fazer que o pai reconheça o bebê. Ela é quem prepara a chegada do pai. À mãe cabe a organização de aproximação entre pai e bebê. Podemos considerar que Sarah deixou o pai alheio às questões, pois Brian deixou também que a esposa tomasse

todas as decisões, em torno de temas fundamentais. Sarah não permitiu a entrada desse pai na relação com os filhos. Para André e Chabert (2008), a exclusão do pai tem como uma primeira consequência a manutenção do sistema narcísico, ou seja, o pai, que impõe na relação a diferenciação, pois invoca o rompimento da unidade mãe-bebê, estaria excluído. Sarah parece ter excluído esse pai do sistema narcísico formado por ela e Kathy, que não foi enxergada fora de sua área de onipotência. Essa “sexualidade ameaçadora, porque indutora da separação do todo” (p. 11) seria evitada para proporcionar uma ‘tranquilidade’ pulsional que reforçaria um sistema narcísico. Essa exclusão do pai incorreria “em uma identificação a uma mãe onipresente, ou seja, literalmente, a uma mãe que não deixa lugar a um outro: nem ao pai, que é evidente, nem tampouco ao próprio sujeito” (p. 16). De fato, Sarah não conseguia ouvir os desejos de Kathy, e estava presa no seu desejo onipotente que na verdade não incluía Kathy em sua subjetividade, diferenciada, com desejos próprios.

A mãe mostrou todo este movimento onipotente ao ser incapaz de elaborar o luto que trata da quebra de um vínculo afetivo (ROSA, 2011). É compreensível que uma mãe tenha dificuldades em elaborar a possível perda de uma filha. Para Freud (1914/2006), no luto, a exigência que toda a libido seja retirada de suas ligações com aquele objeto provoca uma oposição compreensível “é fato notório que as pessoas nunca abandonam de bom grado uma posição libidinal antes ocupada” (p. 104), quanto mais a uma mãe que precisa encarar um luto precoce. Contudo, o fato é que, quando o trabalho do luto se conclui, o ego fica outra vez livre e desinibido.

Sarah estava simbiotizada com Kathy e isso a tornou cega, impossibilitando-a de enxergar a realidade e começar a elaborar o luto, Sarah, no seu papel de mãe, teve medo de ver o sofrimento da filha e a decadência da pessoa amada (KOVÁCS, 2002), ao invés de lidar com sua impotência, agarrou-se num desejo onipotente de salvar a filha a despeito de todas as outras implicações da realidade, o que foi viabilizado, até certo ponto, pelo desenvolvimento tecnológico da área médica.

CONCLUSÕES

O avanço da medicina podem interferir diretamente na vida das pessoas e na constituição psíquica de indivíduos. Consideramos urgente a formação de um Conselho Nacional de Bioética no Brasil para que se avaliem os casos semelhantes, uma realidade no

mundo e no Brasil. Este filme nos faz pensar que é fundamental analisar a posição subjetiva de pais que pretendem modificar um feto geneticamente. Deve-se questionar quais são os desejos implicados e quando deve-se, sim, pensar em limites éticos a serem estabelecidos.

Os conselhos de bioética são constituídos por um grupo multidisciplinar formado por: médicos de diferentes especialidades, enfermeiros, assistente social, advogado, psicólogo, eticista, representantes do hospital, leigos de diferentes religiões e de ambos os sexos.

Como o desenvolvimento tecnológico na área médica possibilita ir muito além de limites que há pouco eram impostos aos pais de crianças terminais, possibilitando projetar um filho com o objetivo de salvar outro, uma discussão ética sobre o tema é fundamental. A análise do filme nos mostra que a psicanálise pode fornecer subsídios para pensar a posição subjetiva das pessoas implicadas em uma situação como essa e como se dá a constituição subjetiva de um ser projetado para salvar outro.

REFERÊNCIAS

- CHABERT, C. A via do pai: uma segunda chance. In: ANDRÉ, J; CHABERT, C (ogs.). *O esquecimento do pai*. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2008.
- BERGERET, J. & HOUSER, M. A vida fetal e suas conseqüências. In. Bergeret, J. et colc. (2006) *Psicopatologia Teoria e Clínica*. Porto Alegre. Artmed, 2006
- COSTA, C & GARATONNI, B. (2012). Como fazer super bebês. *Revista Super Interessante*. Recuperado em: 05 de setembro de 2012. In: <http://super.abril.com.br/ciencia/como-fazer-super-bebes-677777.shtml>.
- EIZIRIK, M.; BERGMANN, D. S. (2004). Ausência paterna e sua repercussão no desenvolvimento da criança e do adolescente: um relato de caso. *Revista Psiquiátrica* 26 (3), 330-336. Recuperado em: 23 de setembro de 2012. In: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v26n3/v26n3a10.pdf>.
- FERRARI, A. G., PICCININI C. A., LOPES, R. S. In: *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 12, n.

2, p. 305-313, maio/ago, 2007

FREUD, S. (1974). *Sobre o narcisismo: uma introdução*. Em: *Edição standart brasileira das obras completas*. (J. Salomão, trad. Vol. XIV). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914).

FREUD, S.(2004). À guisa de introdução ao narcisismo. *Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente*. (Hanns, L. A., coord.) Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914).

GARRAFA, V. (fev/2012). *Nascimento de bebê brasileiro selecionado geneticamente é uma vergonha para o Brasil, diz especialista*. [Digital áudio na Internet]. Recuperado em: 22 de setembro de 2012. São Paulo: <http://cbn.globoradio.globo.com/programas/jornal-da-cbn/2012/02/15/NASCIMENTO-DE-BEBE-SELECIONADO-GENETICAMENTE-E-UMA-VERGONHA-PARA-O-BRASIL-DIZ-ESPECIALI.htm>.

GASTAUD, M.B. Psiquismo fetal: a Teoria de Arnaldo Rascovsky sobre os núcleos arcaicos do ego. Em: *Contemporânea Psicanálise e Transdisciplinaridade*, Porto Alegre, n.05 . (jan./fev.mar. 2008)

GOLDMAN, S., JOHNSON & M. PACHECO, Z (Produtores) & CASSAVETES, N. (Diretor). (2009). *Uma prova de amor*. [Filme-DVD]. Los Angeles: PlayArte

KOVÁCS, M.J. (2002) *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo. Casa do Psicólogo, 4ª ed., pags. 197 e 199.

LANG, C. (2004). O pai em Winnicott e Lacan. *Apresentado no II Encontro Brasileiro sobre D.W. Winnicott* (12,13 e 14 de dezembro de 2003) – São Paulo. Texto revisado por Breno Serafini.

LEI nº 9.434 de 4 de fevereiro de 1997. Em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9434.htm. Acesso: 5 de setembro de 2012.

LEI nº 11.633 de 27 de dezembro de 2007. Em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11633.htm#art1. Acesso: 5 de setembro de 2012.

REVISTA VEJA Casal brasileiro gera filha selecionada geneticamente para curar a irmã, 15/02/2012.

ROSA, C.D (2009). *O papel do pai no processo de amadurecimento em Winnicott*. Recuperado em: 22 de setembro de 2012. In: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1517-4302009000200003&script=sci_arttext.

ROSA, R.(2011) *O processo de luto antecipatório das famílias com parentes em fase de doença terminal*. Recuperado em: 08 de agosto de 2012. Em: <http://www.webartigos.com/artigos/o-processo-de-luto-antecipatorio-das-familias-com-parentes-em-fase-de-doenca-terminal/63739/>.

RUI, H. M. G; LEONOR, P.B; LEITE, S.Q. M; AMADO, M.V. Uma prova de amor: o uso do cinema como proposta pedagógica para contextualizar o ensino de genética no Ensino Fundamental. *III Simpósio Nacional de Ensino de Ciência e Tecnologia*. Ponta Grossa – PR. (set. de 2012).

VILLAS-BOAS, R.M. (2003). Inseminação Artificial no Ordenamento Jurídico Brasileiro: a omissão presente no Código Civil e a busca por uma legislação específica. *Revista Âmbito Jurídico*. Recuperado em: 12 de abril de 2012. Em: <http://www.ambito-juridico.com.br>.

WINNICOTT, D.W (1999). As origens do indivíduo. In: *Os bebês e suas mães*. (J. L. Camargo, trad.). 2.ed. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1966).

O amor em Freud, Winnicott e na contemporaneidade

*Shaiana Lick Gonçalves*¹⁵¹,

*Laura Carmilo Granado*¹⁵²

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo descrever a visão freudiana e winnicottiana do amor para discutir a temática do amor na contemporaneidade. Para essa análise discutimos as noções freudianas sobre as escolhas objetais e suas contribuições à temática do amor e as postulações de Winnicott, levando em consideração o ambiente e as questões relativas ao desenvolvimento da capacidade de amar. As ideais de Bauman e sua visão sobre a modernidade líquida e os relacionamentos ‘líquidos’ são discutidas a partir das noções freudianas e winnicottianas sobre o amor articulando noções freudianas como “escolha narcísica” e winnicottianas como “concernimento”.

Palavras-chave: amor, contemporaneidade, psicanálise, relações amorosas.

1. Introdução

Na contemporaneidade houve diversos acontecimentos, dentre elas a Primeira e Segunda Guerra Mundial, os quais implicaram mudanças nas configurações das famílias, das jornadas de trabalho e do papel do homem e da mulher na sociedade, assim como nas percepções dos indivíduos, e por consequência mudanças nas percepções e vivências do

¹⁵¹ Aluna do último ano do curso de Psicologia da Universidade São Judas Tadeu. Este artigo é relativo ao seu Trabalho de Conclusão de Curso.

¹⁵² Doutora em Psicologia Clínica pela USP, pesquisadora do Apoiar, docente na Universidade São Judas Tadeu e orientadora do Trabalho de Conclusão de Curso que deu origem a este artigo.

amor. Com isso, iniciou-se um movimento para adquirir maior liberdade (DEL PRIORI, 2006).

Há significativas mudanças na forma de ver o sujeito e a sexualidade ao longo dos séculos e uma busca, cada vez mais feroz pela liberdade e vivência da sexualidade e dos sentimentos de forma singular. O pós-guerra favoreceu modificações profundas na sociedade e novas configurações ao longo dos séculos. Através das mudanças que ocorreram ao longo dos séculos e que se intensificaram com a globalização um conceito da vida contemporânea não uniformemente compreendido, mas do qual os sujeitos sofrem os efeitos — surge um amor que substitui o amor livre: o amor líquido uma expressão cunhada por Zygmunt Bauman para caracterizar o processo de liquefação dos laços sociais e a consequente fragilidade dos elos amorosos na contemporaneidade (ZALCBERG, 2011).

Bauman (2004) nomeia a contemporaneidade de “modernidade líquida”, a qual traz consigo uma misteriosa fragilidade dos laços humanos que caracteriza esse o amor líquido. Neste contexto, paradoxalmente, desejamos, mas resistimos à segurança coletiva a favor da liberdade individual e isso se estende aos relacionamentos amorosos (BAUMAN, 2004).

Neste trabalho apresentaremos a teoria freudiana a respeito do amor, discutimos as noções winnicottianas que permitem reflexões sobre o amor e colocamos a teoria de Bauman em diálogo com estas perspectivas psicanalíticas.

2. O amor em Freud

Em 1914 Freud abordou dois tipos possíveis de escolha de objeto: narcísica e anaclítica, também conhecida como apoio. As escolhas narcísicas de objeto são normalmente feitas, inconscientemente, a partir da relação do indivíduo com ele mesmo havendo uma escolha de objetos que o representem de alguma forma na tentativa de restaurar as sensações de prazer, anteriormente sentidas, através do autoerotismo na infância. Em oposição às escolhas narcísicas Freud propôs o que ele denominou "escolha anaclítica de objeto", na qual o objeto de amor/desejo é escolhido a partir das primeiras relações objetais que tendem a ocorrer principalmente sobre objetos responsáveis pela

conservação da vida (COELHO JUNIOR, 2001; FREUD, 1914/2004).

Fica evidente que na escolha de objeto escolhe-se sempre com base no modelo que é ao mesmo tempo constitutivo do sujeito (e, portanto também narcisista) e externo (e, portanto anaclítico). Entretanto, até a constituição do ego do bebê, suas experiências de prazer são nebulosas, fusionadas, indiscriminadas e suas pulsões sexuais se satisfazem de forma indefinida até que ocorra a integração do Eu (LEJARRAGA, 2002).

Nos textos do período de 1910 a 1915, o narcisismo primário está localizado entre o autoerotismo primitivo e o amor de objeto, e parece contemporânea do aparecimento de uma primeira unificação do sujeito de um ego (LAPLANCHE E PONTALIS, 1991). O objeto, que era o próprio corpo do indivíduo, passará, então, a ser investimento libidinal em outra pessoa (HECK, 2007).

Em um primeiro momento, o ego é investido de libido (libido do ego), após esse primeiro momento, uma porcentagem desta libido será dirigida aos objetos (libido objetal). Essa relação, dentro da temática do presente trabalho, pode ser definida como uma relação de amor da criança por ela mesma e que posteriormente, na vida adulta, tornar-se-á a necessidade de ser objeto de amor de outro, mas este outro como objeto de amor, provavelmente será alguém que consiga restituir as sensações infantis e as necessidades narcísicas desse sujeito (FREUD, 1914; GARCIA-ROZA, 1998).

Freud (1905) descreve a escolha edípica nos “Três Ensaios sobre a teoria da Sexualidade”. No complexo de Édipo, a criança toma particularmente um dos pais como objeto de seus desejos eróticos. No Édipo positivo, o menino dirige sua libido à mãe. Já a menina, no Édipo positivo, deseja lugar da mãe, pois sua libido está direcionada ao pai. No Édipo negativo, a pulsão volta-se para o progenitor do mesmo sexo.

A escolha do objeto do período puberal é obrigada a abrir mão dos objetos da infância. Na escolha edípica, há a repressão do complexo de Édipo, porém as escolhas infantis continuam a agir do inconsciente com intensidade e persistência. Assim, a libido não permanecerá fixa neste primeiro objeto, de modo que posteriormente o toma apenas como modelo (Freud, 1905/1980).

3 - O amor em Winnicott

Ao longo do desenvolvimento emocional, para Winnicott, o bebê começa a adquirir a capacidade de diferenciar ele mesmo, da mãe e do ambiente através da mãe suficientemente boa. Essa mãe deve começar a “falhar” para que se inicie o amadurecimento do bebê (TOLEDO, 2008). “A mãe suficientemente boa... é aquela que efetua uma adaptação ativa às necessidades do bebê, uma adaptação que diminui gradativamente, segundo a crescente capacidade deste em aquilatar o fracasso da adaptação e em tolerar os resultados da frustração”. (WINNICOTT, 1975, p. 25).

Quando o bebê alucina o seio, que também é encontrado, ocorre uma experiência de onipotência, esse é o relacionamento com o objeto subjetivo. A passagem do estágio de se relacionar a um objeto para aquele em que se pode usar o objeto ocorre em cinco fases, pois a capacidade de usar um objeto é mais apurada que a capacidade de se relacionar a objetos; o relacionamento pode dar-se com o objeto subjetivo, mas o uso implica que o objeto faça parte da realidade externa. Pode-se observar a seguinte sequência: (1) O sujeito relaciona-se com o objeto. (2) O objeto está em processo de ser encontrado, ao invés de ter sido colocado pelo sujeito no mundo. (3) O sujeito destrói o objeto. (4) O objeto sobrevive à destruição. (5) O sujeito pode usar o objeto. O objeto está sempre sendo destruído. Essa destruição torna-se o pano de fundo inconsciente para o amor a um objeto real, isto é, um objeto situado fora da área do controle onipotente do sujeito (Winnicott, 1975, p.131).

Assim, na relação mãe-bebê, a agressividade do bebê e a sobrevivência da mãe a essa onipotência institui um círculo benigno essencial para o surgimento do sentimento de culpa e sua reparação. Será a partir do sentimento de culpa, originário das agressões à mãe que sobrevive e da capacidade de reparação, que o indivíduo poderá desenvolver o concernimento. Através dos ataques e da sobrevivência o bebê pode experimentar a diferenciação entre fantasia e realidade, e a capacidade de sobrevivência, contribuindo para um viver criativo, através de uma vida instintiva mais rica (WINNICOTT, 1958/2005, GRANADO, MANARA, TARDIVO, 2008)..

A questão da culpa e do concernimento são essenciais para a compreensão da capacidade amar em Winnicott, segundo Lejarraga (2010), “partindo da leitura de Winnicott, é possível abordar aspectos da experiência amorosa, que dizem respeito principalmente à

capacidade de amar, tais como o concernimento pelo outro, o reconhecimento de sua alteridade, a intimidade e a confiança” (Lejarraga, 2010, p. 5).

Lejarraga (2011) postula que embora Winnicott se refira em algumas oportunidades à capacidade de concernimento como capacidade de amar, esta última, na visão da autora, incluiria aspectos como a criatividade e os sentimentos de afeição. Viver uma experiência amorosa saudável se torna uma experiência criativa em que o indivíduo usufrui e fortalece o sentimento do *self*. “Um componente indispensável do amor adulto é a capacidade de concernimento, sem a qual não podemos imaginar a atitude amorosa de cuidado e responsabilidade em relação ao parceiro” (LEJARRAGA, 2002, p. 8).

O verdadeiro e o falso *self* estão intimamente ligados à criação e à criatividade. O desenvolvimento do verdadeiro ou falso *self* dependerá do ambiente facilitador ou invasor e às questões relativas à criação e criatividade (TOLEDO, 2008, WINNICOTT, 1960/1983).

Winnicott (1970/1989, p. 42) afirma que até o ponto em que estejamos razoavelmente saudáveis do ponto de vista pessoal, não temos que viver num mundo criado por nosso parceiro, e nosso parceiro não tem que viver em nosso mundo. O tédio resulta do tamponamento da vida criativa, que provém do indivíduo, e não da parceria, ainda que um parceiro possa inspirar criatividade. (WINNICOTT, 1970/1989, p. 36), afinal um viver não criativo, inibe a expressão do verdadeiro *self* e a capacidade real de concernimento, elementos fundamentais para a vivência amorosa “verdadeira”.

4. O amor na contemporaneidade e a psicanálise

Para Bauman (2004) o amor líquido, assim como a “modernidade líquida”, são realidades na qual não há raízes, as relações são voláteis e os sujeitos não levam em conta a duração. Bauman (2004) traz à discussão a questão do capitalismo e faz uma relação entre os relacionamentos na contemporaneidade: “é como num shopping: os consumidores hoje não compram para satisfazer um desejo.... Na contemporaneidade, era do consumo exacerbado e do consumismo declarado, as mercadorias consideradas defeituosas ou não “plenamente satisfatórias”, podem ser trocadas por outras. Pensando nessa liquidez, quais seriam as razões para haver uma conduta diferente com os relacionamentos? “A cultura do descartável, impulsionada pela máxima do consumismo, passa a ser um modelo que

também influenciará os relacionamentos (GOMES, PAIVA, 2003, P. 4). "O desejo é um impulso que incita a despir a alteridade dessa diferença" (BAUMAN, 2004, p. 23-24). Para o autor, desejo é vontade de consumir e a sua realização implica a aniquilação do objeto.

Na sociedade contemporânea, regida por preceitos que valorizam o individual e a satisfação dos prazeres imediatos, parece predominar escolhas narcísicas de objeto, provável consequência da falta de modelos parentais e também da intensa necessidade de ser cuidado pelo outro, ora com intenção de reviver ou buscar um cuidado tido na infância, ora apenas para satisfazer o desejo narcísico e a satisfação da acentuada valorização sexual, característica central da contemporaneidade (BAUMAN, 2004; GOMES & PAIVA, 2003; PINHEIRO, ANDRADE, 2004).

Segundo Bauman (2004), o amor não é ansiando por coisas prontas, completas e concluídas, na realidade, amar significa abrir-se ao destino, que em última instância significa admitir a liberdade no ser: aquela liberdade que se incorpora no outro, o companheiro no amor. "A satisfação no amor individual não pode ser atingida sem a humildade, a coragem, a fé e a disciplina verdadeiras", afirma Erich Fromm citado por Bauman (2004), afinal, como podemos refletir a partir de Winnicott (1951/2000; 1958/2005), o outro, reconhecido fora da área de onipotência, tem vida própria.

Houve uma mudança ao longo dos últimos anos na forma de vivenciar e buscar o prazer. No início do século XX, quando Freud começou a postular sua teoria, a sociedade era regida por uma moral baseada no recalque e repressão dos desejos. O recalque é um dos destinos das pulsões. Uma vez que o desejo não pode ser satisfeito por algum motivo – normalmente externo há o recalque do desejo, com a intenção de evitar o desprazer. Esse desejo não desaparece, seu destino é o inconsciente (FREUD, 1915) Atualmente a sociedade é regida por uma moral liberal, na qual o indivíduo "tudo pode", todas as formas de relacionamento imagináveis são possíveis, todos os acordos são possível, tudo é possível, afinal o objetivo é a satisfação do desejo imediato (Bauman, 2004).

Com essas mudanças sociais na configuração das famílias, dos homens e das mulheres, na contemporaneidade há pouco lugar para proibições morais, e conseqüentemente, não há razões para o recalque ou repressão dos desejos. Essa mudança afeta diretamente as relações interpessoais e amorosas. Os contatos amorosos

são rapidamente estabelecidos e numa tática do mínimo esforço, assim como podem ser rompidos facilmente (BAUMAN, 2004).

Bauman nos traz a realidade dos laços amorosos contemporâneos, na qual os indivíduos não conseguem renunciar ao narcisismo, e voltar-se para as necessidades do outro. O principal objetivo das relações é a satisfação do desejo – independente do objeto. Assim, podemos supor que não há uma apreensão do outro em sua alteridade, fora da área de onipotência pessoal, tal como postulado por Winnicott (1951/2000; 1958/2005) escolha que, por consequência, impossibilita a vivência do que podemos denominar “amor verdadeiro”. Nesta etapa identificada por Freud como narcisismo primário, o ego do bebê está identificado com o ego ideal (mãe). Winnicott reafirma importância da mãe no desenvolvimento saudável ao postular que é indispensável um ambiente facilitador e uma mãe suficientemente boa até que ele constitua o EU-SOU. Através da constituição saudável do ego, há a possibilidade futura de enxergar o outro, como “outro indivíduo” fora da onipotência do sujeito e assim há possibilidade de se relacionar e possivelmente amar (DIAS, LOPARIC, 2009; LEJARRAGA, 2012; WINNICOTT, 1975).

Para Bauman (2004), em suma: para termos amor-próprio, precisamos ser amados. A recusa do amor — a negação do status de objeto digno do amor — alimenta a autoaversão. O amor-próprio é construído a partir do amor que nos é oferecido por outros.... Outros devem nos amar primeiro para que comecemos a amar a nós mesmos (BAUMAN, 2004, p. 46-47).

No entanto, no mundo contemporâneo, a figura materna pode buscar a satisfação de seu narcisismo na sociedade regida pelo individualismo e consumo, e isso poderá ocorrer através da maternidade. As mães podem desejar através da maternidade serem reconhecidas narcisicamente por seus filhos como objeto de amor. Por isso haveria essa exacerbação na satisfação dos desejos de seus filhos. Podemos pensar que sem a introjeção de modelos parentais e uma mãe que possa atuar como “mãe suficientemente boa”, o desenvolvimento egóico da criança tende a ser comprometido e por consequência a capacidade de concernimento e de conseguir ver o outro também como indivíduo – à parte da onipotência do indivíduo. Assim, as vivências relativas à esfera do “amor verdadeiro” estariam comprometidas.

Na contemporaneidade, o “sexo em si” é uma ilusão¹⁵³ de união, união porque é exatamente o que homens e mulheres procuram em seu desespero para escapar da solidão e ilusão porque a união alcançada no breve instante do clímax orgástico “deixa os estranhos tão distantes um do outro como estavam antes”, de modo que “eles sentem seu estranhamento de maneira ainda mais acentuada” (BAUMAN, 2004, p. 30).

A união é ilusória e, no final, a experiência tende a ser frustrante por ser separada do amor, diz Fromm citado por Bauman (2004). Na visão de Fromm, o sexo só pode ser um instrumento de fusão genuína graças a sua conjunção com o amor. “Não admira que tenha crescido enormemente a capacidade de gerar frustração e de exacerbar a própria sensação de estrangulamento” (p. 30) que se esperava que “a liberação do amor” curasse.

Todas as formas de relacionamento íntimo atualmente em voga portam a mesma máscara de falsa felicidade que foi usada pelo amor conjugal e mais tarde pelo amor livre. As íntimas conexões do sexo com o amor, a segurança, a permanência e a imortalidade via continuação da família não eram, afinal de contas, tão inúteis e constrangedoras como se imaginava. Pensando na capacidade de amar, seria necessário um viver criativo (WINNICOTT, 1958/2005). No amor verdadeiro, aqui discutido, “não temos que viver num mundo criado por nosso parceiro, e nosso parceiro não tem que viver em nosso mundo. Para Bauman (2004), há duas “perversões divergentes” à espreita do comunicador, uma delas é simplesmente tentar agradar um ao outro enquanto se continua fugindo do problema, e a outra perversão consiste em “nosso desejo de mudar os outros”.

O problema é que essas perversões são, muito frequentemente, filhas do amor¹⁵⁴. A primeira delas pode resultar do desejo de paz e conforto, mas também pode ser o produto do respeito amoroso pelo outro: eu amo você, e assim permito que você seja como é e insiste em ser, apesar das dúvidas que eu possa ter quanto à sensatez de sua escolha. Eis aí a possessividade amorosa, que procura realizar-se por meio do autocontrole. Separar-se do ser amado é um dos maiores medos e muitos fariam qualquer coisa para não haver a despedida.

¹⁵³ Para Winnicott a ilusão é parte necessária para o desenvolvimento humano, já para Bauman é sempre uma mentira ou equívoco.

¹⁵⁴ Muitas vezes o que Bauman conceitua como amor não reflete o que estamos conceituando como “amor verdadeiro”.

Sob um olhar freudiano, fica clara a vivência do amor através de uma idealização de objeto (objeto ideal), ao invés de uma possibilidade de lidar com as angústias e renúncia ao narcisismo para vivenciar a realidade com o outro (FREUD, 1914; LEJARRAGA, 002/2010; PINHEIRO, ANDRADE, 2004). Caso isso não aconteça, não haverá diferenciação do outro, as relações estarão repletas de idealizações, pois não houve um desenvolvimento que levou ao concernimento. É provável, inclusive, que o indivíduo não possa conduzir suas escolhas através do seu verdadeiro *self* e como consequência, não terá a oportunidade de vivenciar a preocupação com o outro e o “amor verdadeiro”.

Na era dos amores líquidos, podemos retomar Freud: que a possibilidade do amor, na verdade é a própria cura: “Um forte egoísmo protege contra o adoecimento, mas, no final, precisamos começar a amar para não adoecer, e iremos adoecer se, em consequência de impedimentos, não pudermos amar” (Freud, 1914/2004, p. 106).

REFERÊNCIAS

- BAUMAN, Z. *Amor líquido: Sobre a fragilidade dos laços humanos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.
- COELHO JR., N. E. *A noção de objeto na psicanálise freudiana*. Rio de Janeiro: Ágora, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982001000200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em 15 de jul. 2012.
- DEL PRIORI, M. *História do amor no Brasil*. São Paulo: Editora Contexto, 2006.
- DIAS, E. O.; LOPARIC, Z. O. *Modelo Winnicott de atendimento ao adolescente em conflito com a lei*. Proposta para implantação, na Fundação Casa, de um programa de atendimento socioeducativo ao adolescente com base no Modelo Winnicott, 2008. Disponível em: http://www.centrowinnicott.com.br/winnicott_eprint/uploads/bb27bd8c-b70d-0aba.pdf. Acesso em 15 de out. 2012.
- FREUD, S. (1905) *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. In: Um caso de histeria e

Três ensaios sobre sexualidade. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 7. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

FREUD, S. (1914) *À guisa de introdução ao narcisismo*. In Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente (Hans, L. A., trad., Vol. 1, p. 95-131). Rio de Janeiro: Imago Ed., 2004.

FREUD, S. (1915) *O Recalque*. In: Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente – Obras Psicológicas de Sigmund Freud. Trad.: Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago, 2004.

GARCIA-ROZA, L. A. *Introdução à metapsicologia freudiana*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

GRANADO, L.C.; MANARA, E. Z.; TARDIVO, L. C. *A capacidade de preocupar-se: Discussão de um caso de adicção em uma perspectiva winnicottiana*. In Anais da VI Jornada Apoiar: Saúde Mental e Violência: Contribuições no campo da Psicologia Clínica Social, 2008.

GOMES, I. C.; PAIVA, M. L. S. C. *Casamento e família no século XXI: possibilidade de holding?*. Psicologia em Estudo, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722003000300002&lng=en&tling=pt. Acesso em 10 de out. 2012.

HECK, G. S. *O olhar materno: Um enfoque no narcisismo*. Núcleo de Estudos Sigmund Freud Formação em Psicanálise. Porto Alegre, 2007. Disponível em: http://www.sig.org.br/_files/artigos/oolharmaternoumenfoquenonarcisismo.pdf. Acesso em 6 de ago. 2012.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

LEJARRAGA, A. L. *Paixão e ternura: um estudo sobre a noção do amor na obra freudiana*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, Faperj, 2002.

LEJARRAGA, A. L. *Freud e Winnicott: do apaixonamento à capacidade de amar*. Pulsional Revista de psicanálise, ano XV, nº 164, 2003.

- LEJARRAGA, A. L. (2010) *A ilusão amorosa em Freud e Winnicott*. In Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental. Curitiba: Anais do Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental, 2010.
- LEJARRAGA, A. L. *O amor em Winnicott*. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2012.
- PINHEIRO, M. C. T.; ANDRADE, R. G. *Leitura psicanalítica da publicidade amorosa*. Revista Mal-Estar Subj., vol.4, nº 2, 2004. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482004000200006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 23 de set. 2012.
- TOLEDO, S. P. R. *A teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott*. Dissertação para o mestre em Saúde Coletiva. Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Ciências Humanas e Saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2008.
- WINNICOTT, D. W. *Objetos transicionais e fenômenos transicionais*. In Da pediatria à Psicanálise: Obras escolhidas. Trad. Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 1951/2000.
- WINNICOTT, D. W. (1958) *A psicanálise do sentimento de culpa*. In ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porte Alegre: Artes Médicas, 1983.
- WINNICOTT, D. W. (1958) *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- WINNICOTT, D. W. (1960) *Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self*. In O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. São Paulo: Artes Médicas.
- WINNICOTT, D. W. (1970) *Vivendo de modo criativo*. In Tudo começa em casa. São Paulo: Martins Fontes, 989.
- WINNICOTT, D. W. (1975) *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

WINNICOTT, D. W. (1970) *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

ZALCBERG, M. *Os tempos do amor*. Cogito. Vol.12, 2011. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-94792011000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 14 de out. 2012.

O Imaginário de Estudantes de Psicologia sobre o papel do psicólogo frente à homoparentalidade

Thiago Jurado¹⁵⁵

Tania Mara Marques Granato¹⁵⁶

RESUMO

A família contemporânea ocidental está sofrendo transformações em seu modelo tradicional de organização nuclear, porém nenhum dos novos modelos familiares é tão revolucionário como a família homoparental. Este trabalho se propõe investigar o imaginário de estudantes de Psicologia a respeito da função do psicólogo frente à homoparentalidade. Salientamos a relevância das pesquisas sobre o imaginário social, o qual figura como um dos elementos constituintes dos relacionamentos interpessoais, das condutas profissionais e da criação de políticas públicas e leis para a sociedade. Fizemos uso do procedimento das narrativas interativas que pretende, dentro de uma perspectiva qualitativa de escuta psicanalítica, convidar os participantes desta pesquisa para que completem uma história fictícia, previamente elaborada pelo pesquisador, a respeito da temática a ser investigada, em nosso caso a homoparentalidade. A partir da instauração desse movimento associativo por parte dos participantes, pretendemos identificar os campos de sentido afetivo-emocional, ou seja, a lógica que perpassa as produções imaginativas dos participantes, tais como suas concepções, fantasias, anseios e preconceitos acerca da possibilidade de um casal

¹⁵⁵ Psicólogo e mestrando em Psicologia como profissão e ciência pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas. E-mail: thiago.jurado@ymail.com

¹⁵⁶ Doutora em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Pesquisa de pós-doutorado sobre o uso de narrativas interativas na investigação do imaginário coletivo sobre a maternidade, financiada pela FAPESP. Docente e Orientadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica. E-mail: taniagranato@puc-campinas.edu.br

homossexual proporcionar um ambiente suficientemente bom para o desenvolvimento emocional de uma criança. Esperamos poder contribuir com o debate social sobre as possibilidades de um casal homossexual oferecer um ambiente emocional suficientemente bom para uma criança.

Palavras chave: Homoparentalidade, imaginário, narrativas interativas, psicólogo.

INTRODUÇÃO

A família ocidental contemporânea passa por profundas transformações desde o seu modelo nuclear tradicional. Hoje testemunhamos o surgimento de novos arranjos familiares: famílias monoparentais, multi ou pluriparentais e a homoparental, sendo esta uma das mais revolucionárias, uma vez que desconsidera um princípio fundamental na constituição do grupo familiar, no caso a diferenciação sexual (Passos, 2005).

Segundo Roudinesco (2003) no passado havia um modelo único de união aceita pela sociedade ocidental. Este modelo era o patriarcal que se constituía pela união de um homem e uma mulher a fim de formar uma família, ficando a responsabilidade pela educação das crianças a cargo da mãe, enquanto a provisão de recursos básicos para a sobrevivência era reservada ao pai.

Segundo a autora este modelo tradicional prevaleceu desde a família medieval até a família moderna, porém começa a perder força no contexto da família contemporânea ou pós-moderna.

Essa estrutura familiar a que chamamos de contemporânea surge a partir da década de 60. A principal característica desse novo tipo de família é a união de dois indivíduos que, além de estabelecerem uma relação afetiva também, buscam a realização sexual em suas relações íntimas, ou seja, a união dura enquanto durar o amor e o prazer (Roudinesco, 2003).

Com as transformações econômicas e políticas, como o fim da Segunda Guerra Mundial, a revolução industrial e a entrada massiva da mulher no mercado de trabalho,

(Amazonas & Braga, 2006) a autoridade paterna, antes imposta pela força, vai progressivamente perdendo espaço. Surge então a reivindicação de um pai amoroso e amado, tolerante e respeitador (Roudinesco 2003).

A partir daí surgem questionamentos acerca do que define a parentalidade. A prática da parentalidade consiste em tarefas cotidianamente desempenhadas pelo adulto em relação à criança, no sentido de garantir seu bem estar físico, psicológico e social, ou seja, a parentalidade não está necessariamente associada a questões de gênero. Anne Cadoret (2003) afirma que o nascimento de uma criança não basta para fazer de seus progenitores pais dessa criança e que a parentalidade e a filiação são representações sociais e não biológicas.

Questões como a homoparentalidade nunca chegaram a preocupar psicanalistas freudianos, kleinianos ou winnicottianos, mas hoje esta nova configuração se apresenta como demanda social, congregando a todos os envolvidos com essa temática para uma ampla discussão. É fato que a homoparentalidade divide os psicanalistas em duas posições básicas e opostas: de um lado, os que são favoráveis desde que elementos femininos e masculinos do ser componham a parentalidade; de outro lado, os que condenam essa prática, com base no argumento de que a função simbólica e a entrada na cultura estariam irremediavelmente prejudicadas pela ausência do terceiro.

Para Winnicott (1949/200), o que uma criança precisa para desenvolver suas potencialidades é de um lar suficientemente bom, oferecido por uma mãe sensível e sintonizada com as necessidades básicas de seus filhos, e um pai que garanta o bem estar de sua família. O cuidado materno, expresso pelo *holding* sensível, pelo manejo delicado e pela gradual apresentação do mundo, garantiria uma base saudável para o desenvolvimento do bebê, independentemente de quem provê esse cuidado.

Nesse sentido falar de parentalidade é fazer referência às funções materna e paterna, as quais independem do sexo biológico. A prática clínica nos informa que mesmo em casais heterossexuais há mães que exercem predominantemente a função paterna, enquanto pais podem desempenhar a materna. Daqui depreendemos que essas funções podem ser compartilhadas, intercambiáveis, ou ainda tornar-se a via preferencial de expressão de cada

um dos membros do casal parental.

Embora Winnicott e muitos outros psicanalistas nunca tenham feito referência à alternativa da família homoparental, tendo dedicado seus estudos à caracterização da parentalidade saudável esse novo modelo familiar vem demandando reconhecimento social, pelo menos no Ocidente, sinalizando uma proposta familiar legítima também no contexto da sociedade brasileira.

O modelo familiar homoparental teve início na segunda metade dos anos 60 e início dos anos 70, quando gays e lésbicas da costa da Califórnia sentiram a necessidade de se tornar pais, o que gerou essa nova organização familiar (Roudinesco, 2003).

Segundo Roudinesco (2003), embora a sociedade ocidental contemporânea questione menos a homossexualidade, graças às contribuições dos estudos científicos na área e às várias campanhas de conscientização social e luta contra o preconceito, a homoparentalidade se torna então o tabu da vez. Se são poucos os lugares no mundo, até mesmo no mundo ocidental, onde os direitos dos homossexuais se equiparam aos dos heterossexuais, a luta pelo direito à parentalidade apenas se inicia.

Como pesquisadores da área do cuidado materno, não poderíamos nos furtar ao estudo da homoparentalidade, em termos da ressonância afetivo-emocional que uma tal proposta provoca nas pessoas. É com esse objetivo que propomos um estudo exploratório do imaginário coletivo sobre a homoparentalidade, a partir de um grupo de graduandos de Psicologia. Tal estudo nos parece relevante tanto por interrogar as elaborações imaginativas da contemporaneidade como para contribuir com o debate sobre as práticas profissionais e sua adaptação às novas realidades clínicas que se apresentam.

MÉTODO

Sabemos que a psicanálise não se reduz a um método de tratamento psicoterapêutico, nem a um sistema teórico que visa explicar o funcionamento do psiquismo e seus derivados. O terceiro pilar sobre o qual a psicanálise repousa é aquele inaugurado por Freud (1923[1922]/2006) ao propor a psicanálise como método de investigação.

Em sua apreciação da psicanálise, Politzer (1928/1994) reconhece a preocupação freudiana de situar seus pressupostos teórico-metodológicos no campo da ciência, mas

condena a metapsicologia freudiana que se distancia de sua inspiração fundamental, a saber o sentido do drama humano, perdendo-se em abstrações. Porém, Politzer ressalta que seu método, a narração do paciente na presença de um psicanalista que o interpreta, é o que há de mais concreto em uma psicologia que se propõe como alternativa científica.

Inspirado pela argumentação de Politzer, Bleger (1963/1989) sugere que a Psicologia se ocupe da perspectiva afetivo-emocional das condutas humanas, atendo-se à dramática, ao vivido, sem perder de vista os dois outros campos que interagem com o psicológico, a saber os campos físico e o ambiental.

O narrar como processo de elaboração psíquica não é exclusividade da psicanálise, uma vez que constitui a via régia de comunicação da sabedoria de nossos antepassados, que se entrelaça aos dramas vividos no presente e nos orienta em relação a um futuro (Benjamin, 1992). As narrativas que fazemos uns aos outros guardam um potencial de criação de alternativas para o viver, além de garantir o reconhecimento do que narra por seu interlocutor (Ricoeur, 1999).

Para este estudo fizemos uso do procedimento de narrativas interativas (Granato, Corbett & Aiello-Vaisberg, 2011) que pretende, dentro de uma perspectiva qualitativa de escuta psicanalítica, convidar os participantes da pesquisa a completar uma pequena história fictícia, previamente elaborada pelo pesquisador, a respeito da homoparentalidade e seus conflitos. A partir da instauração desse movimento associativo por parte dos participantes, pretendemos identificar os campos de sentido afetivo-emocional, ou seja, a lógica que perpassa as produções imaginativas dos participantes, tais como suas concepções, fantasias, anseios e preconceitos acerca da possibilidade de um casal homossexual proporcionar um ambiente suficientemente bom para o desenvolvimento emocional de uma criança.

Participantes e contexto da pesquisa

Participaram desta etapa da pesquisa 19 estudantes universitários, cuja idade variava de 19 a 26 anos, de ambos os sexos, sendo apenas 4 do sexo masculino, que cursavam o quarto semestre em uma cidade do interior de São Paulo. A participação se deu em caráter voluntário, sendo apresentada a proposta para o grupo de alunos, que utilizou o

espaço de uma aula para o completamento individual das narrativas e a discussão grupal que se seguiu à apresentação do procedimento.

Foram tomados cuidados éticos, no sentido de informar os participantes dos objetivos desta pesquisa, garantir o sigilo quanto a suas identidades, além da obtenção da aprovação para realização desta pesquisa pela faculdade colaboradora e pelo Comitê de Ética da instituição onde um dos pesquisadores desenvolve seu mestrado.

NARRATIVAS INTERATIVAS

Apresentamos a seguir quatro das narrativas criadas pelos participantes para completar a história apresentada pelo pesquisador, em função do papel desempenhado pela figura do psicólogo frente à dramática vivida pelos personagens.

A narrativa do pesquisador conta a história de um casal homoafetivo, cuja relação se desenvolve de forma estável há alguns anos, que conversam em um restaurante sobre a possibilidade de terem um filho, enquanto um dos personagens (Rodrigo) observa uma família nesse mesmo restaurante. A conversa se desenvolve a partir da argumentação de Rodrigo o desejo e o direito de realizar um sonho, quando Felipe traz algumas reflexões sobre as mudanças e desafios que enfrentariam, adotando uma linha mais racional. A narrativa termina com Felipe se perguntando como seria para uma criança ter dois pais (homens).

A partir dessa narrativa que se interrompe em um momento de reflexão surgem essas cinco narrativas comunicando expectativas em relação à figura do psicólogo, e que apresentamos a seguir, da forma como foram escritas:

Participante 1 Sexo: F Idade: 19 anos

Normal Felipe, nossas mães seriam o exemplo feminino para nossos filhos e por mais estranho que possa parecer uma família é composta por amor.

Mas imagina como essa criança crescerá confusa, todos tem uma mãe e um pai, como seria, como ela aceitaria dois pais?

Nós podíamos procurar o acompanhamento de um psicólogo desde o início para ela possa compreender.

É Rodrigo, talvez devêssemos ter um acompanhamento o quanto antes, até porque nossa rotina mudará muito.

Será que conseguimos adotar uma criança?

Não sei, mas acredito que uma criança com dois pais é melhor que sem nenhum!

Participante 2 Sexo: F Idade: 19 anos

Após a conversa, Felipe e Rodrigo ficam pensativos em relação ao tema discutido no jantar. Rodrigo estava ansioso para que pudesse ter uma família e Felipe se questiona, tendo em vista a situação do casal, tanto financeira, quanto amorosa, já que uma pessoa a mais do que eles estavam acostumados, além do que eram dois homens, sem a ajuda de uma “mãe”.

Meses discutindo esse assunto, e após longas discussões com a família, o casal resolve adotar uma criança, lembrando-se de que seria uma situação complicada para ambos, o casal e a criança.

Com a ajuda de técnicos no assunto, como médicos, psicólogos e mães do casal, a criança foi crescendo em um ambiente saudável e sem ter problemas psicológicos graves, já que tinha uma boa estrutura familiar.

Quando mais velha, passou a entender os motivos dos pais de se casarem e levou tudo numa boa, vendo que gays são normais a sociedade, não patologias como muitos preconceituosos acham. Se tornou uma menina que colabora na aceitação dos gays perante a sociedade, e desimpedida de preconceitos.

Participante 3 Sexo: F Idade: 20 anos

Após muito terem discutido no jantar sobre a polêmica conversa de terem um filho, o casal Rodrigo e Felipe decidem adotar uma criança.

Para isso, resolveram adequar a rotina deles, diminuir a carga horária de trabalho deles,

dividirem as tarefas domésticas, contrataram alguém para que pudesse ajuda-los. Porém, em primeiro lugar, estabeleceram uma conversa franca e objetiva com seus pais acerca dos planos deles, e, sobretudo traçaram metas de acompanhamento psicológico para essa criança desde o momento de sua chegada do novo lar, para que mesmo com essas implicações inevitáveis dessa situação, ela poderia ter um desenvolvimento mais saudável. Visto que o casal e seus pais haviam preparado-se para contar a criança a situação de seus pais, assim que ela estivesse formação psicológica para compreender.

Participante 4 Sexo: F Idade: Não informado

Seria como qualquer outra. Se batalhamos para ficar juntos, por que não para ter um filho?

Chega parecer que temos preconceito com nossa capacidade de ser pais...

Então se somos capazes e só é o que falta para o “final feliz”, por que não? Acho até que a poeira baixaria de vez com nossos pais se ganhassem um neto.

Você acha? Dá um pouco de medo em pensar nisso tudo, mas ok. Acho que podemos começar a pensar melhor no caso e planejar isso direito. Mudaria tanta coisa na nossa vida...

Eu sei que nós podemos dar conta! Mas prometo que vou ter paciência e esperar você ter certeza disso, tanto quanto eu!

Dessa forma, Rodrigo e Felipe começaram a por no papel todas as mudanças que ocorriam e até chegaram a iniciar terapia juntos para terem certeza de que tudo daria certo. Afinal, a sexualidade não determina em nada a capacidade de alguém fazer mais ou menos que o outro.

REFLEXÕES SOBRE O PAPEL DO PSICÓLOGO

Refletindo sobre essas cinco narrativas, notamos que a figura do psicólogo se apresenta como sendo aquela que salva, cura e resolve todos os problemas. O campo de sentidos afetivo-emocionais que subjaz às produções imaginativas desses cinco

participantes sobre a figura do psicólogo poderia ser intitulado “Psicólogo: o todo poderoso”.

O estudo realizado por Bastos e Gomide (1989) revela que a motivação dos estudantes pela escolha do curso de Psicologia parecia se orientar por um grande interesse por questões humanísticas, ou seja, motivos inicialmente altruístas como conhecer e ajudar os outros ocultavam sua verdadeira vocação: suprir necessidades egocentradas como autoconhecimento, crescimento pessoal e solução de problemas. Gallo-Belluzzo (2011) retoma a perspectiva psicanalítica de orientação kleiniana de Bohoslawsky, segundo a qual a escolha profissional segue caminhos reparatórios, ao investigar o imaginário de estudantes de Psicologia sobre o primeiro atendimento clínico.

Seguindo essa linha de raciocínio nos interrogamos sobre o quê o psicólogo estaria disposto a reparar e com que ferramentas imagina conseguir seu intento? Gallo-Belluzzo (2011) acredita que o desejo de curar, de resolver todas as angústias, ser aquele que tem a solução para todo e qualquer sofrimento está presente em todo psicólogo ainda que de forma inconsciente. Ser psicólogo, continua essa autora, talvez revele já de saída uma fratura na onipotência do bebê que nós, psicólogos, um dia, questionando-se inclusive se é mesmo necessário “consertar” nossos pacientes. Entretanto, como o próprio Winnicott (1968/1988) coloca não é partir da onipotência inicial que nos tornamos apenas potentes?

A partir desta experiência de onipotência inicial o bebê é capaz de experimentar a frustração, e até mesmo chegar, um dia, ao outro extremo da onipotência, isto é, a perceber que não passa de uma partícula no universo, um universo que ali já estava antes mesmo da concepção do bebê (...). Não é a partir da sensação de ser Deus que os seres humanos chegam à humildade característica da individualidade humana? (Winnicott, 1968/1988 p.90).

Antes que esse grupo de estudantes chegue à constatação de que o psicólogo é um ser humano e como tal tem dúvidas, anseios, receios e até preconceitos, um longo caminho de amadurecimento profissional e emocional precisará ser percorrido. A postura de humildade que Winnicott propõe como resultado da aquisição de um *status* adulto e maduro não pode, porém, ser atingida sem que se tenha sido suficientemente onipotente, sem que se tenha imaginado participar da criação do mundo, ou ao menos controlá-lo. Gallo-Belluzzo

(2011) conclui que ainda que a Psicologia seja uma profissão cuja proposta inclui o movimento de pensar a si mesma, são raras as propostas de ensino que se comprometem a questionar o imaginário desses estudantes sobre a própria vinculação e o exercício da profissão. Alinhadas com essas ideias, as produções imaginativas de nossos participantes sinalizam a importância de se abrir aqui o debate sobre a formação e a prática do psicólogo diante das demandas, dos dramas e dos desafios da contemporaneidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMAZONAS, M.C.L.A & BRAGA, M. G. R. . Reflexões acerca das novas formas de parentalidade e suas possíveis vicissitudes culturais e subjetivas. *Ágora*, 5 (2), 177-191, 2006.
- BASTOS, A.V.B & GOMIDE. P.I.C.. O psicólogo brasileiro: sua atuação e formação profissional. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 9 (1), pp. 6-15, 1989.
- BENJAMIN, W. . O Narrador: Reflexões sobre a obra de Nikolai Leskov. In W. Benjamin. *Sobre Arte, Técnica, Linguagem e Política* (pp. 27-57). Lisboa: Relógio D'Água. (Original publicado em 1936), 1992
- Bleger, J. . *Psicologia da Conduta*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1963), 1989
- CADORET, A. . *Padres como los demás*. Barcelona: Gedisa., 2003
- FREUD, S. (1923[1922]/) " Dois verbetes de enciclopédia : Psicanálise e Teoria da Libido" In . *Standard brasileira*. (v.XVIII p.253-274.). Rio de Janeiro: Imago., 2006
- GALLO-BELLUZZO, S.R . O imaginário de estudantes de Psicologia sobre o primeiro atendimento clínico: Um estudo psicanalítico. Tese de doutorado. PUC-Campinas, 2011.
- GRANATO, T. M. M., CORBETT, E. & AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Narrativa Interativa e Psicanálise. In *Psicologia em Estudo*. Maringá, 16(1), p. 157-163., 2011
- HERRMANN, F. . *Introdução à Teoria dos Campos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

PASSOS, M. C. . Homoparentalidade: Uma entre outras formas de ser família. *Psicologia Clínica* 17(2) , 31-40. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0103-56652005000200003, 2005.

POLITZER, G. . *Crítica dos fundamentos da Psicologia*. São Paulo: Unimep. (Original publicado em 1928), 1994

RICOEUR, P. . *Historia y Narratividade*. Barcelona: Paidós Ibérica. (Original publicado em 1978), 1989

ROUDINESCO, E. . *A família em desordem*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

WINNICOTT, D. W (1968). A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências. In D.W. Winicott. *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1968), 1988

_____ (1949). A mente e sua relação com o psicossoma. In: D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (pp. 332-346). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1949), 2000.



Sobre a contextualização e apresentação das intervenções Psicológicas na Coordenadoria do Idoso: Descrevendo o Projeto de Acompanhamento Psicológico em parceria com o APOIAR

*Camila Barreira Reis*¹⁵⁷

*Hélio de Oliveira*¹⁵⁸

Resumo

O presente trabalho trata-se de uma apresentação do Projeto de Acompanhamento Psicológico, dentro da Coordenadoria do Idoso, um dos segmentos da Secretaria Municipal de Participação e Parceria SMPP, pertencente à Prefeitura de São Paulo, em união com o Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social, do Instituto de Psicologia da USP. Buscamos descrever ao longo do texto, as origens das intervenções Psicológicas realizadas na sede da Instituição, partindo da emergência em se criar um campo de atuação para os profissionais da área no interior dos órgãos públicos, voltado especificamente às questões do envelhecimento, pois consideramos que os serviços oferecidos a esta população em Psicologia são ainda precários. Detalhamos os passos de instalação do espaço clínico até a atualidade, e concluímos que ainda há muito ser a feito, por tratar-se de uma iniciativa recém-implantada, porém com potencial para contribuir no âmbito da Psicologia Institucional e da pesquisa científica.

¹⁵⁷ Graduanda em Psicologia pelas Faculdades Metropolitanas Unidas Estagiária de Psicologia da Coordenadoria do Idoso SMPP Idealizadora do Projeto de Acompanhamento Psicológico Unidos à Instituições Parceiras. email camila_reis2009@hotmail.com, camilabarreira@prefeitura.sp.gov.br

¹⁵⁸ Coordenador Geral da Coordenadoria do Idoso-SMPP e do Polo Cultural da Terceira idade (Rua Teixeira Mendes, num 262, Cambuci) --cidoso@prefeitura.sp.gov.br

Palavras-chave Psicologia Institucional, Psicologia Clínica, Gerontologia, Psicologia do Envelhecimento.

1- Introdução

O presente artigo tem por objetivo apresentar e descrever as intervenções referentes à área da Psicologia através do “Projeto de Acompanhamento Psicológico”, desenvolvido na Coordenadoria do Idoso, mais especificamente na entidade denominada Polo Cultural da Terceira Idade.

Apesar de ter sido implementado há cerca de um ano atrás, foi por meio da parceria com a Universidade de São Paulo e com o Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica e Social (Projeto Apoiar), que a iniciativa realizada, inaugura sua entrada no meio acadêmico.

O artigo foi dividido em uma caracterização inicial, da entidade e dos propósitos e preceitos da Coordenadoria na cidade de São Paulo. Em seguida, nos deteremos às origens do serviço de Psicologia aplicado à Instituição, estabelecendo uma contextualização geral do princípio da prática clínica até a atualidade. Além disso, destacaremos a importância das intervenções psicológicas no campo das instituições públicas, principalmente voltadas ao envelhecimento.

Por sua vez, o processo de envelhecer constitui-se como uma problemática atual na esfera social, e no campo do saber psicológico, exigindo intervenções adequadas em relação à atuação da Psicologia, e na implementação de políticas públicas pelos órgãos governamentais, que busquem melhor atender e amparar as necessidades desta população que cresce em ritmo crescente.

Neste sentido, qualquer pesquisa acadêmica, que aborde o tema é de sumária importância na tentativa de que estas aspirações sejam alcançadas. Para este trabalho, focalizaremos em uma sucinta descrição da prática clínica desenvolvida na entidade, e das

necessidades que nos levaram a desenvolvê-la, pautadas na realidade vigente.

As noções explanadas aqui serão desenvolvidas ao longo da leitura. Para tanto, primeiramente é preciso conhecer a Instituição da qual estamos tratando.

2- Sobre a Coordenadoria do Idoso

A Coordenadoria do Idoso é um segmento da Secretaria Municipal de Participação e Parceria (SMPP) criada com o objetivo de estimular a participação dos idosos, através de suas organizações representativas na implementação e formulação de políticas públicas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos, priorizando o atendimento à pessoa idosa em órgãos públicos e privados, buscando valorizar o respeito e a dignidade dos idosos atendidos.

Tem como sede o Polo Cultural da Terceira Idade do Município de São Paulo, que atualmente atende uma média de público girando em torno de 300 idosos, oferecendo oficinas temáticas culturais voltadas ao lazer e a socialização voltada à maturidade.

A população frequentadora deste espaço envolve 90% dos frequentadores do sexo feminino, e os outros 10% restantes do sexo oposto (masculino), sendo que a idade média é de 68 anos. Com relação às condições sociais, a maior parte dos idosos atendidos é de classe média baixa e em situações de vulnerabilidade social.

A Coordenadoria trabalha em conjunto com o Grande Conselho Municipal do Idoso (GCMI), o qual reúne cidadãos e cidadãs acima de 60 anos, representantes dos milhares de idosos do Município de São Paulo.

O Conselho tem por objetivo proporcionar um aprendizado democrático e promover a participação e negociação em torno de estratégias, de normatização e decisão. Cabe a este órgão ainda, estimular profissionais que atuem nas áreas de geriatria, gerontologia e prestação de serviços.

A Coordenadoria do Idoso apóia estudos e pesquisas sobre o envelhecimento, divulgando através dos meios de comunicação e sistemas de informações, os serviços,

planos e projetos oferecidos aos idosos em todos os níveis do governo.

Pautado nos referenciais do Estatuto do Idoso, a missão da Coordenadoria enquanto órgão público é *“...garantir a pessoa idosa a proteção á vida, e á saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas, que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade”* (cap 1, artº9, Estatuto do Idoso) .

Para tanto, a Coordenadoria divulga aos idosos atendidos, informações legislativa embasadas no Estatuto, bem como, palestras, seminários, fóruns e conferências que visem orientar a terceira idade sobre temas atuais como violência, sexualidade, dependência química, entre outros. Além disso, oferece um Guia completo, contendo todos os serviços públicos disponíveis á esta população, tais como: disque denúncia, serviços de assistência social, e de saúde. Focaliza ainda, meios que proporcionem qualidade de vida no período do envelhecimento.

Para isto, atende mais de 130 entidades espalhadas em todas as zonas da cidade, as quais portam oficinas das mais variadas linguagens, englobando atividades voltadas á arte, cultura, entretenimento e lazer.

Contamos com 114icineiros trabalhando em diferentes áreas, em todas as organizações filiadas na cidade de São Paulo, para melhor atender nosso público. Acrescenta ainda, o cuidado com o corpo e a importância dos exercícios físicos através de oficinas de dança, musculação, pilates, yoga, entre outras, buscando assim, combater o sedentarismo na maturidade.

Além disso, o incentivo ao esporte, expande-se diante da realização do JORI * Jogos Regionais do Idoso na sua Fase Capital e JEI (Final Estadual), em parceria junto a Secretaria do Esporte Turismo e Lazer.

O evento acopla a participação de todas as entidades atendidas e promove de maneira saudável, a socialização e a prática física entre os idosos, abordando atividades olímpicas das mais diversas modalidades.

A Coordenadoria se propõe a ter participação ativa no incentivo cultural às pessoas acima de 60 anos, promovendo programas como o “Cine Maior Idade” (Capacitação e sessões de filmes com modelos e exemplos de vida).

Diante da era globalizada em que vivemos, a organização oferece serviços de acesso à internet e expansão de conhecimentos em informática através do Telecentro.

3- O papel da Psicologia na Coordenadoria do Idoso

A atuação da Psicologia frente ao processo de envelhecimento é relativamente nova, visto que é a partir da década de 60 em que se aprimoram pesquisas sobre o tema, envolvendo a descrição e a explicação dos fenômenos decorrentes da velhice. Estes trabalhos eram voltados principalmente ao estudo dos aspectos cognitivos ,e suas alterações na maturidade. (NERI, 2004)

De acordo com a autora, a motivação gerada para que os psicólogos expandissem suas intervenções junto aos idosos, foi potencializada pela intersecção entre a psicologia e as ciências sociais, além de englobar a carência dentro do ambiente acadêmico ,o qual dispunha de poucas explicações referentes aos processos de desenvolvimento posteriores à adolescência. A interação com as ciências sociais, trouxe benefícios à psicologia, na medida em que, se ampliaram conhecimentos a respeito da construção da subjetividade, considerando o contexto sócio-histórico, genético-biológico e cultural, atuantes no desenvolvimento psicológico em diferentes faixas etárias. Abrindo assim, novos paradigmas tanto para que o processo de envelhecer fosse melhor compreendido, quanto para o estudo dos diversos grupos e mentalidades sob a perspectiva social.

No entanto, considerando as atuações da psicologia brasileira em tempos contemporâneos, nos deparamos com um número escasso de publicações científicas sobre o assunto. Em parte, devido a ausência de disciplinas que contemplem o estudo da terceira idade nas universidades do país (NERI,2004). Tal constatação está em descompasso com o crescente número de idosos no Brasil, a qual por si só comporta a relevância científica desta temática.

Atualmente a população pertencente à terceira idade chega a 23,5 milhões de brasileiros, superior a última pesquisa divulgada (21,7 milhões) datada de apenas dois anos atrás. O aumento neste curto espaço de tempo, foi uma taxa significativa totalizada em 7,6% de crescimento populacional (IBGE,2012)

Portanto, vivemos em um país que envelhece progressivamente, tornando-se imprescindível a busca de intervenções psicológicas adequadas para atender a este público. Além disso, a tendência relacionada ao aumento da terceira idade, abre novos campos de atuação para os profissionais da área, nas mais diversas modalidades.

No que concerne à área clínica, é notável a precariedade de serviços voltados ao atendimento psicológico especializado em pessoas com mais de 60 anos, sobretudo em Instituições sociais, de modo a facilitar o acesso destes idosos a um auxílio emocional de qualidade, focalizando aqui, principalmente aqueles de menor poder aquisitivo e em condições de vulnerabilidade social. Um dos motivos que podem ser apontados para isto, além das questões que ainda permeiam o cenário da Psicologia, e que colocam em dúvida intervenções psicoterápicas nesta faixa etária, é relacionado ao caráter emergencial de um serviço público de saúde, que não oferece subsídio psicológico nem à população em geral, e muito menos á idosos. (NERI , 2004)

Destaca-se como um agravante, o desinteresse do profissional psicólogo pela Terceira Idade, mencionado anteriormente, em função das poucas pesquisas acadêmicas sobre o tema, além do despreparo das organizações formadoras em capacitar o graduando para atuar em instituições públicas de saúde. Sobre isto, Magda Dimenstein (2001) ressalta, que desde a formação há um aprisionamento por parte dos psicólogos em abandonar modelos hegenômicos,e organizacionais, somado pela predileção á atender em órgãos públicos preconizando a sistemática clínica tradicional, a qual pouco satisfaz as necessidades das classes sociais mais baixas e vulneráveis. Tal postura, pode ser atribuída de acordo com a autora, á um descompromisso com as instituições de saúde, e com as práticas de humanização e vínculos com os usuários, que possibilitariam estratégias de transformação rumo á um padrão mais heterogêneo, universal e integral de se pensar em

saúde (DIMENSTEIN, 2001).

Se esta dificuldade se reflete frente à totalidade daqueles que necessitam dos serviços públicos, não se torna diferente no âmbito da maioria. Porém o crescimento demográfico alarmante do número de idosos, pede a máxima atenção da psicologia, no sentido não só de atender, mas de entender a subjetividade de tal grupo.

Considerando esta realidade, e a urgência em desenvolver um campo psicológico de atuação nos órgãos públicos voltados ao atendimento psicológico e à escuta clínica personalizada em relação aos aspectos do envelhecimento, a equipe de Psicologia da Coordenadoria do Idoso, implementou em agosto de 2011, o “Projeto de Acompanhamento Psicológico”, no Polo Cultural da Terceira Idade, inaugurando assim, um novo espaço direcionado aos profissionais da área e aos idosos frequentadores.

Com base na demanda da Instituição, e nas sucessivas queixas relacionadas a transtornos mentais (principalmente depressão) as quais apareciam com frequência nos protocolos de inscrição para as atividades do Polo, foi destacada a necessidade de uma intervenção clínica adequada para atender esta população, pois para garantir o enfoque ao bem estar biopsicosocial da pessoa idosa, não bastava apenas propor oficinas de lazer, arte, socialização, e demais medidas regidas pela Coordenadoria, mas dar abertura ao saber psicológico, e ao trabalho preventivo em termos de saúde mental.

Assim, a partir deste período, foram iniciados os atendimentos clínicos dentro da entidade, através do oferecimento de estágios supervisionados. As consultas funcionavam apenas de forma individual, e eram pautadas em uma terapêutica breve com foco primordial no acolhimento.

No ano de 2012, a fim de expandir o Projeto, também a níveis acadêmicos, possibilitando a realização de estudos científicos embasados na vivência clínica e na população frequentadora, a Coordenadoria do Idoso, vinculou-se ao, especificamente ao Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social (Projeto Apoiar) do Instituto de Psicologia da USP. Os resultados desta parceria foram a ampliação da atuação da equipe de Psicologia e dos idosos atendidos, além do subsídio em termos de pesquisa, que podem

vir a contribuir futuramente para o avanço nos estudos referente a Psicologia do Envelhecimento, e para toda a gama literária e bibliográfica sobre o tema.

Atualmente a Psicologia desenvolve no Polo Cultural, atendimentos clínicos pautados em Psicoterapia Breve e Consultas Terapêuticas, ambas inseridas na abordagem psicanalítica. Conta ainda, com Psicoterapia de Grupo dentro dos referenciais da terapia cognitivo-comportamental (TCC). Os idosos atendidos, podem ou não estar inseridos em outras atividades (como por exemplo, as demais oficinas), porém é fundamental que estejam inscritos na entidade.

A missão da equipe de Psicologia atuante dentro da Coordenadoria do Idoso é proporcionar, aos que nos procuram, alívio do sofrimento psíquico e das angústias típicas desta faixa etária, onde as mais aparentes nos relatos clínicos referem-se á estados depressivos em decorrência do luto, seja este de parentes, ou de posições sociais que antes desempenhavam, como por exemplo, o trabalho fora de casa. Ainda há o enlutamento pelas alterações corporais comuns ao processo de envelhecimento.

Cabe salientar, que o Projeto tem pouco mais de um ano de duração, e que a parceria com o Projeto Apoiar do IPUSP, é ainda mais recente, datada do segundo semestre de 2012. Trata-se, portanto, de um embrião em processo de desenvolvimento, dentro da rede pública e da universidade.

Os profissionais que trabalham diretamente no espaço, são dois profissionais formados e uma estagiária. O restante da equipe se enquadra fora do ambiente, supervisionando o trabalho desenvolvido, no caso do estágio, e na Instituição vinculada.

Devido ao baixo número de pessoas que ocupam a equipe que atua no interior do Polo Cultural, a demanda de atendimentos no momento, ainda não pode agrupar um número expressivo de idosos, e não podemos dar conta de todos que vêm em busca de ajuda. Desta forma, a divulgação de nosso trabalho foi feita apenas de maneira interna, entre os frequentadores. Os únicos veículos de mídia que utilizamos, foram os jornais que tratam de temas específicos do Cambuci, e a página virtual da Prefeitura de São Paulo.

Nossos pacientes em maior escala, moram nas imediações do bairro e outras

localidades aproximadas, e embora existam algumas pessoas de outras regiões da cidade, estas não se traduzem como maioria

Enfrentamos algumas dificuldades para conseguir aumentar o número de atendimentos e uma delas é: a distância em relação à Instituição e ao APOIAR, a qual configura-se como um fator de desmotivação para uma parte de idosos, que poderiam ser encaminhados para lá serem atendidos. Contudo, estamos estudando propostas para unidos à Secretaria de Transportes, possibilitar o acesso desses pacientes por meio de veículos da Prefeitura até o trajeto correspondente, sendo trazidos de volta á entidade após os atendimentos. Destacando ainda, a abertura a novos estagiários que tiverem interesse em atender no local, de forma supervisionada.

O perfil de idosos atendidos, se enquadra na faixa dos 60 a 70 anos, classe social baixa (embora alguns casos inclinem-se para classe média-baixa e até classe média), grau de escolaridade, referente ao segundo grau completo (poucos com formação universitária), sem a presença de patologias demenciais, ou déficits cognitivos graves.

Apesar da apresentação recorrente de doenças crônicas, tais como diabetes, hipertensão e problemas osteoarticulares, pode se dizer, que os pacientes se englobam em uma perspectiva de Envelhecimento Ativo. Já que a maior parte, mantém preservado o convívio social, as atividades de descontração , o contato com familiares, e o tratamento médico das enfermidades que possuem.

Entre os usuários do serviço de Psicologia da Coordenadoria do Idoso, temos uma maioria predominantemente do sexo feminino.

Com relação às pessoas que apresentam quadros psicopatológicos ou neurológicos que exigem maior atenção, realizamos encaminhamentos para hospitais gerais, e outros órgãos de assistência em saúde mental como os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial). Esse tipo de medida é exercida após ser verificada nas primeiras entrevistas, a impossibilidade de resposta á modelos de intervenção terapêutica breve e focal

A presença de psiquiatras e neuropsicólogos como membros da equipe, ou parceiros diretos, é uma necessidade importante, pois permitira aumentar a demanda de pacientes

aos que precisam de tais profissionais.

Todavia, apesar dos impasses enfrentados por tratar-se de um Projeto recém implementado, em uma entidade pública que nunca se estruturou para oferecer qualquer tipo de suporte psicológico específico, podemos considerar um movimento de constante expansão de nossas ações. Promovendo aos poucos, um terreno fértil para atuação psicológica, e disponível para a contratação de novas pessoas, sem contar na produção científica que poderá ser desenvolvida.

Ao divulgar os atendimentos logo no início, constatamos que a resposta da população frequentadora foi positiva, porém acreditamos á critério hipotético, que os estigmas referentes á relação entre psicologia e loucura, enraizados no imaginário popular ao longo dos anos, sobretudo em pessoas idosas, tenham dificultado a aderência de um maior número de frequentadores aos tratamentos oferecidos.

Desde o princípio até os dias atuais, atendemos por volta de 50 idosos (a contar os prontuários daqueles que continuam em processo terapêutico, os desistentes e os que tiveram alta). E de Agosto a Novembro deste ano, foram atendidas 18 pessoas idosas em processo de psicoterapia breve, e 10 idosas em psicoterapia de grupo. Temos ainda uma lista de espera, de 20 pessoas.

Como se pode observar, nossa demanda é singela, porém o intuito de desenvolver melhorias à qualidade de vida da população idosa, por meio dos benefícios da Psicologia, é grandemente significativo.

Esperamos estreitar o vínculo com parcerias já existentes, e ampliar a equipe de profissionais, para que um dia possamos estender nossas intervenções, se possível a todas as entidades atendidas pela Coordenadoria do Idoso, na cidade de São Paulo, levando desta maneira auxílio emocional às regiões de norte a sul..

4 Considerações finais

Com base nos dados apresentados em relação ao trabalho desenvolvido pela Psicologia na Coordenadoria do Idoso, contemplando a entidade do Polo Cultural da terceira Idade, é possível concluir que as atividades profissionais deram apenas o seu “ponta pé”

inicial.

Existe muito a ser feito, nas tentativas de consolidar uma equipe dentro do órgão público em questão, a qual tenha subsídio para atender a grande demanda de frequentadores, surgindo a necessidade de contratar novos profissionais e estagiários.

Tal medida contribuirá para a criação de oportunidades dentro do campo da Psicologia, sendo que as implicações desta ciência, com os processos de envelhecimento configuram-se na atualidade como uma carência de referência bibliográfica sobre o tema, e sem grandes estratégias de atuação disponíveis àqueles que trabalham nas instituições.

Considerando este aspecto, a vinculação com universidades parceiras, especialmente o APOIAR, é uma grande aliada na produção de conhecimento científico e de aporte em termos de orientação às demandas da entidade.

Não podemos negar ainda, a extensão da Prefeitura de São Paulo e das organizações atendidas pela Coordenadoria do Idoso, as quais constituem um importante campo de intervenção para que este conhecimento seja produzido. Além disso, o Projeto ganha possibilidades de ser expandido a outras zonas da cidade.

Como pontos a serem trabalhados, para um melhor andamento do Projeto, estão: A necessidade de uma maior divulgação entre os veículos de imprensa, e um olhar estendido aos idosos acamados, vítimas de negligência familiar, e violência doméstica, além daqueles que se encontram em instituições de longa permanência, pois a atuação se restringe aos idosos ativos capazes de procurar o serviço, tornando-se imprescindível dentro da óptica de saúde mental, irmos até àqueles que não tem condições para tal,

Buscando ainda, capacitar profissionais para lidar com casos mais graves e situações emergenciais.

As intervenções psicológicas instauradas até agora, devem ser aprimoradas. Todavia, até o presente momento, acreditamos que a responsabilidade social inerente ao trabalho do psicólogo tenha sido cumprido, em prol da continência e diminuição das angústias psíquicas vivenciadas na maturidade, e na promoção do bem estar subjetivo.

Fazemos votos, de que esta caracterização breve e introdutória ao trabalho

psicológico na Coordenadoria do Idoso, possa ser a primeira de muitas outras pesquisas, relativas ao trabalho com a Terceira Idade dentro do ambiente apresentado. E que se possível, possa inspirar psicólogos de outras instituições, atuantes do mesmo segmento, a desempenhar iniciativas semelhantes, auxiliando na ampliação das vertentes dirigidas à Psicologia Institucional.

5 Referências Bibliográficas:

- Estatuto do idoso*: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílios, de 2012 – Disponível em -www.ibge.gov.brAcesso 12 de Novembro de 2012
- NERI, A. L. (2004). Contribuições da psicologia ao estudo e à intervenção no campo da velhice. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, 69-80.
- DIMENSTEIN, M;. O Psicólogo e o Compromisso Social no Contexto da Saúde Coletiva. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 6, n. 2, p. 57-63, jul./dez. 2001.

Brinquedoteca Hospitalar: a expressão do lúdico pela criança em situação de sofrimento¹⁵⁹

Ana Carolina Pereira Da Silva¹⁶⁰

Rosa Maria Lopes Affonso¹⁶¹

Resumo

Parte-se do pressuposto que a Brinquedoteca Hospitalar facilita a expressão e a elaboração do sofrimento de crianças e adolescentes frente a internação. Alguns autores afirmam que a criança não brinca apenas para obter prazer, mas também para expressar angústias e conflitos internos. Esta pesquisa aborda como tema central a expressão do lúdico em crianças com cardiopatia congênita, e tem como objetivo identificar os indicadores de expressão e elaboração de angustias no contexto de hospitalização a partir de uma análise afetiva e cognitiva. Para tanto, foi utilizado como método uma pesquisa do tipo exploratória, com pesquisa de campo e enfoque qualitativo. Como técnica para obtenção de dados foi utilizada a observação sem intermediações por parte do pesquisador. Foram escolhidas cinco crianças de dois a doze anos, de ambos os sexos que estivessem em situação de hospitalização por mais de uma semana e que utilizassem a Brinquedoteca do Hospital de Cardiologia de São Paulo-SP. A coleta de dados foi realizada a partir dos indicadores afetivos propostos por Efron (1974) e noções espaço-temporais causais propostas por Affonso (2011). Verificou-se que há crianças com capacidade afetiva e cognitiva para elaborar as angústias de internação, bem como há crianças que não expressam esse sofrimento devido ao trauma sofrido, apresentando condutas primárias de estresse e ansiedade. Os resultados parciais da pesquisa mostram a importância desses comportamentos serem registrados pelos brinquedista e frequentemente compartilhados com a equipe responsável. Portanto verificamos que o espaço lúdico hospitalar, além de facilitar a elaboração das angústias vividas pela criança também pode ser considerado um espaço de observação de diagnóstico psicológico.

¹⁵⁹ Trabalho de Graduação Interdisciplinar (TGI) apresentado ao curso de Psicologia da Universidade Presbiteriana Mackenzie como requisito para conclusão da Graduação.

¹⁶⁰ Autora da monografia. Ana Carolina Pereira da Silva aninhaps1990@gmail.com

¹⁶¹ Professora Doutora – orientadora do Trabalho

Palavras-chave: Brinquedoteca Hospitalar; criança; elaboração de angústias.

1. Introdução

Para muitos profissionais, o brincar da criança deixou de ser apenas um momento de lazer e se tornou motivo de estudo em busca de uma técnica lúdica como forma de conhecimento do mundo infantil. Sendo assim, é preciso, antes de qualquer coisa, retomar a busca por essa técnica que teve início com Freud (1905) e com sua elaboração da teoria da sexualidade, onde estabeleceu fases na evolução sexual, contudo não teve uma experiência anterior de observação direta com uma criança e para isso, em 1909, Freud pôde comprovar a existência do Complexo de Édipo em um menino de cinco anos que sofria de zoofobia¹⁶². Porém a observação não foi feita de maneira direta, tendo em vista que o pai do menino que era seu amigo e que conhecia as técnicas psicanalíticas anotava os comportamentos da criança e passava para Freud que os interpretava (FREUD, 1909). Observou, também, uma criança de 1 ano e 6 meses que brincava de esconder e achar um carretel de linha, o que lhe fez chegar à interpretação de que o menino controlava, através do sumir e aparecer do carretel, suas angústias em relação ao desaparecimento do objeto de amor¹⁶³ (FREUD, 1920).

Surgiram outros estudiosos no intuito de estabelecer uma técnica, como por exemplo, Hug-Hellmuth, que procurou observar o jogo da criança, porém sem interpretá-lo por achar que o ego infantil não suportaria. Além do mais afirmava que a interpretação não teria significado algum para a criança, visto que quem procurou a análise foi a família. Apesar da contribuição deixada, Hug-Hellmuth não estabeleceu nenhuma técnica específica para a análise de crianças.

Sophie Morgenstern, Anna Freud e Melanie Klein foram as pioneiras a publicar estudos sobre a análise infantil. Morgenstern observou os contos, os sonhos, os jogos e os

¹⁶² Para mais informações sobre o caso que ficou conhecido como o caso do Pequeno Hans ler em FREUD, Sigmund. **Dois Histórias Clínicas: O "Pequeno Hans" e o "Homem dos Ratos"**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

¹⁶³ Para mais informações ler em FREUD, Sigmund. **Além do Princípio do Prazer, Psicologia de Grupo e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

desenhos e com a interpretação deste último pôde deixar no campo da análise infantil uma importante contribuição, visto que com o desenho até as crianças mais tímidas conseguem se expressar. Além disso, a técnica da interpretação de desenhos visa buscar conteúdos inconscientes e é usada até os dias atuais.

Contudo a técnica de análise infantil surgiu a partir dos trabalhos de Anna Freud e Melanie Klein. Klein (1980) entrou na psicanálise por meio da análise de criança, tendo o brincar como forma de comunicação, mas a princípio ela publicou um trabalho sobre como a repressão desnecessária e falsas informações sobre o sexo atrapalham no desenvolvimento intelectual da criança, visto que reprimem seu impulso de investigação, impedindo sua aquisição de conhecimentos gerais (SIMON, 1986). Ana Freud e Melanie Klein discordavam em muitos aspectos a respeito da técnica de análise infantil, visto que Anna Freud (1971), assim como outros analistas de Viena não achavam que uma análise fosse adequada para crianças que não apresentavam sintomas neuróticos infantis,

Anna Freud (1971) também compartilhava da mesma opinião de Hug-Hellmuth, pois acreditava que como era a família quem procurava análise, a criança não tinha consciência da doença e por isso seria impossível que ela tivesse uma neurose de transferência. Além disso, afirmava que a criança não faz associação livre por ter poucos recursos verbais, sendo assim prejudicaria o trabalho psicanalítico. Já Klein, afirmava que o brincar, a verbalização e a interpretação tornam consciente o que estava inconsciente e como no sonho, revela o conteúdo latente (SIMON, 1986).

Porém a principal diferença entre Anna Freud e Melanie Klein é a respeito do brincar como técnica diferencial para análise infantil, visto que Anna Freud não acreditava no brincar como forma de associação livre, usando apenas interpretações de desenhos e sonhos e também não ia além dos aspectos conscientes e pré-conscientes, afirmando que o superego da criança não estava totalmente formado e por isso o analista poderia modificá-lo, já para Klein, ao brincar, a criança é dominada pelo inconsciente e mesmo sendo pequena já tem superego formado em sua essência, sendo um superego primitivo. Além disso, Klein acreditava que não bastava apenas liberar os impulsos, mas era preciso entender os aspectos inconscientes, já que, o sofrimento só é liberado quando os pontos de fixação do sadismo são liberados (SIMON, 1986).

Brinquedoteca: uma retomada histórica:

A brinquedoteca surgiu por volta de 1934 na cidade de Los Angeles, nos Estados Unidos com o nome de Toy Loan, com o objetivo de emprestar brinquedos para as crianças que não tinham. Em 1963, surgiu na Suécia a Lekotek, que além de emprestar os brinquedos, ainda auxiliavam famílias de crianças com deficiência a estimulá-los a partir das brincadeiras. Já na Inglaterra as Toy Libraries surgiram em 1967 também com o objetivo de fazer empréstimos de brinquedos. Muitos outros países como África do Sul, Argentina, Austrália, Bélgica, Canadá, China, Finlândia, França, Grã-Bretanha, Itália, Japão, Suécia entre outros, aderiram as brinquedotecas como forma de empréstimo de brinquedos, ou mesmo de estímulo às brincadeiras (CUNHA, 1994).

No Brasil a brinquedoteca, tal qual conhecemos, surgiu nos anos 80, mas nos anos 70, com a inauguração do Centro de Habilitação da APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – ocorreu uma exposição de brinquedos pedagógicos, que provocou muito interesse nos visitantes em adquiri-los e com isso, em 1973, criou-se um sistema de empréstimo desses brinquedos. Com o passar dos anos esse espaço foi aberto para a invenção de novos brinquedos que depois também eram catalogados e emprestados. Mas, foi em 1981 que surgiu a primeira brinquedoteca do país, onde se valorizava o brincar e a brincadeira da criança e não apenas o empréstimo de brinquedos. A partir de então outras brinquedotecas foram surgindo e em 1989 foi criada a brinquedoteca terapêutica, também na APAE, com o intuito de atender às famílias dos excepcionais.

O Papel do Brinquedista:

Com o surgimento da Brinquedoteca, faz-se necessário a presença de um intermediador entre os brinquedos e a criança internada. Sendo assim, segundo Cunha (in Viegas, 2008) bem como Kailer e Mizunuma (2009) afirmam que é necessário capacitar este profissional, para que ele não seja apenas um mero auxiliador, mas que possa de fato se ruma companhia para a criança, transmitindo conforto e alegria. É papel do brinquedista também estimular a criança a utilizar os brinquedos que se encontram na Brinquedoteca Hospitalar.

Saúde e Doença na Infância e Família:

Como as crianças observadas nesta pesquisa eram portadoras de cardiopatias

congênitas, cabe aqui, discorrer a respeito de sua concepção, que segundo a American Heart Association (apud Damas, Ramos e Rezende): “... são anomalias anatômicas no coração, que podem causar desde simples até graves alterações no funcionamento cardíaco” (p. 104) e no intuito de corrigir essas anomalias para um melhor funcionamento do coração é que as crianças são submetidas a cirurgias e conseqüentemente a internações. Estes mesmo autores, afirma que por ser um tratamento longo e complexo, gera uma condição de grande estresse na família.

Toda internação provoca alterações do dia-a-dia da criança doente, ainda mais quando são submetidas a hospitalizações frequentes. As mudanças vão além do cotidiano infantil, mas alcançam toda a família provocando uma reorganização nos membros desta e mudanças em sua rotina, para que possam dar a assistência necessária para o tratamento da criança. Essa reorganização é um fator estressante para a família, podendo gerar conflitos entre seus membros (Silva et al, 2010).

2 -Objetivos e Justificativas

O presente projeto é relevante não só para a formação acadêmica do psicólogo, como também para outros profissionais da área da saúde, visto que, no hospital é de fundamental importância que a brinquedoteca seja valorizada como forma de apoio à criança internada.

O presente projeto tem como objetivo estudar a expressão do lúdico pela criança em situação de sofrimento e investigar os indicadores de expressão e elaboração de angustias no contexto de hospitalização.

3 -Aspectos Metodológicos:

Delineamento:

Para o presente projeto optou-se por utilizar uma pesquisa do tipo exploratória, visto que proporciona uma visão mais ampla acerca do fato estudado. O método utilizado será o de pesquisa de campo com o objetivo de aprofundar os pontos propostos a partir de

variáveis determinadas, tendo enfoque qualitativo. Como técnica para a obtenção de dados será utilizada a observação, que pode reduzir a espontaneidade do observado, podendo alterar seu comportamento, mas que proporciona obtenção direta dos fatos, sem que haja intermediações. Será realizada a observação sistemática em que o pesquisador é participante da pesquisa, contudo elabora um plano específico para registro das informações sem intervenção.

Sujeito de Pesquisa:

Foram utilizadas cinco crianças de dois a doze anos, de ambos os sexos e que estejam em situação de hospitalização há mais de uma semana.

Local: O Local escolhido para observação foi a brinquedoteca de um Hospital Público de Cardiologia em São Paulo.

Procedimento:

O presente projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Presbiteriana Mackenzie e após ser aprovado será enviado à psicóloga responsável pelo setor de ensino e pesquisa do serviço de psicologia do Hospital a cima citado para que autorize a observação na brinquedoteca. Após contato e autorização da instituição, com assinatura da carta de informação à instituição foram escolhidas, juntamente com a psicóloga responsável pela brinquedoteca, as crianças de acordo com os critérios de idade e tempo de internação.

Para a análise dos dados foram utilizados os indicadores propostos por Efron (apud, AFFONSO, 2012), que contribuem para entender a dinâmica da criança a partir do brincar. São oito os indicativos propostos: escolha do brinquedo, que varia de acordo com a idade da criança, pois depende de seus aspectos afetivos e cognitivos correspondentes a fase em que se encontra; modalidade do brinquedo, que depende das manifestações simbólicas do ego de cada criança e de seu funcionamento psíquico; psicomotricidade, que está relacionada à evolução motora, neurológica e fisiológica da criança; personificação, que varia de acordo com os papéis que a criança desempenha no brincar; criatividade, que é a capacidade de se relacionar com aquilo que lhe é novo, formulando novas ideias e relações; capacidade simbólica, onde são expressos os conflitos, angústias, dificuldades e

expectativas; tolerância à frustração, que identifica se há aceitação dos limites; e por fim a adequação à realidade, em que é possível perceber como a criança se adequa a tarefas e instruções impostas. Além disso, também serão utilizadas as noções espaço-temporais causais propostas por Affonso (2011) em que será observado como a criança lida com seu espaço e tempo nas brincadeiras.

Análise dos Dados:

Foram observadas cinco crianças, porém dessas, foram selecionadas apenas duas para fazer uma análise afetiva e cognitiva do brincar, no intuito de verificar se há condições de elaboração do sofrimento causado pela internação. Foi feita uma comparação entre uma criança que brinca, porém não demonstra capacidade cognitiva para elaborar a angústia, e uma criança que consegue expressar suas angústias frente a situação de hospitalização, porém não consegue brincar, como mostra a tabela a seguir:

Casos	1	2
Identificação	A.Y.	A.M.N.
Idade	5 anos	7 anos
Doença	Cardiopatía congênita	Cardiopatía congênita
Tempo de Internação	19 dias	27 dias
Outras Internações	Primeira internação e cirurgia	Terceira internação e cirurgia

<p>Descrição da Brincadeira Lúdica</p>	<p>Ficou alguns minutos no vídeo game, mas logo se levantou e foi brincar com dois carrinhos, colocando um em cada pé, como se fossem patins (a partir de estimulação da brincadista). Em seguida desceu dos carrinhos e foi até uma caixa de brinquedos, pegou 1 anel de super herói (lanterna verde) e dois relógios, também de super heróis (um do Bem-10 e outro do Homem Aranha). Pegou também uma máscara de super herói (Batman), uma espada e uma arma de lego, previamente montada. Com o incentivo da brincadista saiu pelos corredores do Hospital dizendo que iria “salvar o mundo” (sic). Deu uma volta pelos corredores e logo voltou (sempre muito calado e com comportamentos contidos, demonstrando muita timidez). Se aproximou do pai, que estava na brinquedoteca e voltou para perto da caixa dos brinquedos, permanecendo ali, quieto olhando para as outras crianças, que brincavam de bola. A brincadista novamente incentiva-o a brincar e ele recoloca a máscara enquanto o pai sai da brinquedoteca. Pega novamente a arma de legos e ficou andando pela brinquedoteca, e depois de alguns minutos se agachou com a brincadista diante de uma caixa de brinquedos para procurar mais legos para montar a arma (incentivo da brincadista). A criança tira a máscara para continuar procurando, enquanto isso seu pai volta à brinquedoteca e se senta em um canto. Enquanto a brincadista procura mais legos, A.Y. pega um carro dentro da caixa, porém este está sem rodinhas, sem falar nada, mostra para a brincadista que o incentiva a procurar a roda. A brincadista encontra mais legos e A.Y. mostra onde ela deve colocar a peça para montar a arma. Um dos relógios que A.Y. usava abriu e ele pediu para a brincadista fechar, depois voltou a ficar agachado de frente para a caixa de brinquedos, usando a máscara e segurando a arma de legos e a espada. Do lado há um espelho na parede, A.Y. olha para o espelho de forma tímida e fica um tempo se observando. Em seguida volta-se para o relógio que abriu novamente, sendo assim, a</p>	<p>Entrou na brinquedoteca, mas logo saiu para ir ao quarto de outro paciente ver se a mãe dele havia chegado (algo que estava sendo esperado por eles o dia todo, visto que esta mãe iria trazer alguns CDs). Não encontraram a mãe deste paciente, sendo assim A. voltou para a brinquedoteca e ficou observando as brincadista conversarem com outra criança. Por ter feito cirurgia há poucos dias, A. estava com uma cicatriz no pescoço, provavelmente devido ao cateter, porém, apesar de estar cicatrizado e sem curativo, A. continuava andando com o pescoço torto, como se o curativo ainda estivesse ali. Pede para jogar UNO e se senta à mesa junto com outras brincadista e pacientes. Logo que o jogo começa A. lança quatro cartas e a brincadista avisa que precisariam embaralhar as cartas novamente. Enquanto as cartas são embaralhadas A. pergunta para seu amigo se sua mãe havia chegado e avisa “se tiver, fala para ela vir aqui”, Uma nova partida de UNO é iniciada e A. bate os pés no chão, mostrando certa ansiedade, e coloca as cartas em cima dos lábios enquanto espera sua vez de jogar. Não tenta pegar as cartas no monte, mas sempre pede para que uma das brincadista ou um dos amigos pegue para ele, visto que tenta não se mexer muito devido ao pescoço. Observa que está perdendo o jogo, e mais uma vez pede que o colega pegue uma carta, agradecendo-o em seguida. O jogo segue e mais uma vez ele precisa de uma carta do monte, pede para a brincadista, mas ela não ouve então grita “me dá aí” (sic). Quando ele olha a carta, percebe que esta o ajudou no jogo e diz para a brincadista “o tia, só me dá carta assim, tá?” (sic), rindo. O jogo continua, mas só com dois jogadores, porque os outros já haviam ganhado, enquanto espera sua vez A. coloca os pés na cadeira, deixando seus joelhos para cima e apóia os cotovelos no joelho. Pede mais cartas para a brincadista e a brincadista e o outro paciente tentam entrega ruma</p>
---	---	---

Análise afetiva:		
Escolha do Brinquedo	Os brinquedos escolhidos foram objetos de super heróis (arma, espada, anel, relógio e máscara).	O brinquedo escolhido foi o UNO e quase nos últimos minutos que ficou na brinquedoteca brincou com um boneco de luta.
Modalidade do Brinquedo	Percebe-se que seus recursos egóicos são limitados, sendo que há rigidez na maneira de se expressar, já que, A.Y. brinca a partir de estímulos da brinquedista, sugerindo poucas brincadeiras e manifestando pouco afeto	O jogo de cartas tem regras específicas, sendo assim, a criança expressa ações rígidas, que servem como um disfarce da sua real carência.
Psicomotricidade	Percebe-se que a evolução da criança não é satisfatória para a idade, visto que reproduz ações primárias.	Percebe-se que há compatibilidade com a evolução motora para a idade, porém há certa rigidez de movimentos, o que mostra como o esquema corporal afetivo foi abalado com a experiência de internação e cirurgia.
Personificação	Inferimos o papel de super-herói a partir das atitudes observadas.	Apresenta uma personificação comprometida, pois apesar de demonstrar a falta da relação primária, não a representa simbolicamente, utilizando-se de raciocínios lógicos e concretos para supri-la.
Criatividade	A criança não manifesta muita criatividade, pois tem dificuldades de manipular o ambiente a seu favor.	A criança conseguiu se adaptar bem as mudanças, mas as escolhas demonstram uma limitação afetiva, ou seja, o jogo de regras permite o aprisionamento da falta básica.
Capacidade Simbólica	Não foi possível observar a expressão da doença, pois não houve conteúdos conflitivos suficientes para a análise. Também não foi possível observar a estrutura da estória, pois a brincadeira era rígida sem começo, meio e fim.	Quanto à expressão da doença, pode-se dizer que esta foi expressa a partir dos movimentos reprimidos e rígidos da criança. Já, quanto a estrutura da estória, pode-se dizer que a criança não representou sua angústia, apenas vivenciou a falta.
Tolerância à Frustração	Baixa tolerância à frustração, demonstrando dificuldades de enfrentar limites ou mudanças.	Percebe-se boa tolerância a frustração, visto que aceita os limites impostos pelas regras do jogo, além de persistir mesmo quando perde.
Adequação à Realidade	Aceita o papel do outro e lida bem com a situação de se separar ou se desprender do pai.	Tem dificuldades de lidar com o real, visto que mesmo sem o curativo mantém-se rígido como se este ainda estivesse lá, demonstrando como a internação e a cirurgia mexeram com sua estrutura sensorial.
Análise Cognitiva		

Noções espaço-temporais causais	As noções espaço-temporais causais não aparecem de maneira satisfatória para análise, pois a criança se expressa pouco, principalmente quanto a linguagem	Foi possível observar as noções espaço-temporais causais durante o jogo, já que A. raciocinava que carta poderia jogar para alcançar a vitória, ou mesmo prejudicar o adversário, no intuito de vencer o jogo.
--	---	--

Discussão dos resultados:

Caso 1:

No primeiro caso, pode-se observar que a criança utiliza muitos símbolos de super-herói, como espada, anel, relógios, o que pode significar no mundo da fantasia, a necessidade de ter controle e poder sobre a situação, evitando a frustração e contato com a realidade. O conflito com a realidade pode ser observado também, com o fato de a criança não querer ir para a escola hospitalar, evitando entrar em contato com suas dificuldades e compromissos, ou seja, não quer encarar a realidade tal como ela é, desejando permanecer na fantasia de que possui o poder e controle. Como quando pede para levar todos os brinquedos de super-heróis para o quarto, visto que quer retornar ao ambiente que lhe impõe uma realidade indesejada com todo o poder e controle que puder. Outro fato importante a ser mencionado é quando a criança sai correndo pelo corredor dizendo que salvaria o mundo, o que mais uma vez demonstra sua fantasia de deter poder e controle suficiente para salvar a todos que ali estão, não entrando em contato com a realidade angustiante de que na verdade está submetido às regras e tratamentos do hospital. A partir de uma análise afetiva, é possível então verificar que a criança em questão expressa sua angústia de internação, inclusive ao se comportar com ações primárias demonstrando seu estresse e angústias. Porém a partir de uma análise cognitiva, percebe-se que não existe estrutura de uma estória, visto que não consegue elaborar uma brincadeira com começo, meio e fim, não sendo possível observar as noções espaço-temporais e de causalidade. Verificou-se que a criança em pauta expressa angústia de internação, a partir de uma análise afetiva, porém não apresenta capacidade cognitiva para elaborá-la.

Caso 2:

No segundo caso, podemos observar que o jogo não tem um significado de competição para a criança em questão, visto que é utilizado apenas como forma de passar o tempo, no intuito de esquecer sua real angústia, que é a falta de um adulto. Essa falta pode ser observada a partir da preocupação da criança em esperar que a mãe do amigo chegue logo, e ao permanecer ao lado das brinquedista, esperando ser cuidado por algum adulto. Percebe-se que a relação primária está abalada, pode-se pensar que essa confiança nos adultos foi abalada com sua cirurgia, visto que mesmo tendo seu corte já cicatrizado e já sem curativo, a criança ainda expressa sua lesão, ou seja, tem sua motricidade corporal e afetiva afetadas, sendo assim, seu trauma não o permite brincar. A partir de uma análise afetiva, verificou-se que a criança consegue expressar suas angústias, apesar de não brincar, e com isso demonstrou também a partir de uma análise cognitiva que tem condições de elaboração, pois podemos observar noções espaço-temporais causais. Quando se distrai com o super-herói demonstra o quanto o jogo de cartas é de fato um mero passatempo, e com isso consegue se desligar da realidade, já que nada o acalma, nem mesmo a presença da mãe, se apega ao super-herói e inclusive pede para leva-lo consigo para seu quarto. Com isso, conclui-se que apesar da criança conseguir expressar as angústias frente a situação de hospitalização, ela tem dificuldades de brincar.

Considerações Finais:

Verificou-se que há crianças com capacidade afetiva e cognitiva para elaborar as angústias de internação, bem como há crianças que não expressam esse sofrimento devido ao trauma sofrido, apresentando condutas primárias de estresse e ansiedade. Os resultados parciais da pesquisa mostram a importância desses comportamentos serem registrados pelos brinquedista e frequentemente compartilhados com a equipe responsável para que assim possam ser tomadas medidas que auxiliem o processo de internação, visto que o ambiente hospitalar traz não só um sofrimento físico devido à doença ou devido a procedimentos invasivos, como também um sofrimento psíquico, não só para a criança como também para sua família que precisa se adaptar a nova rotina. Portanto, verificamos também, que o espaço lúdico hospitalar, além de facilitar a elaboração das angústias vividas pela criança também pode ser considerado um espaço de observação de diagnóstico

psicológico, favorecendo para que seja realizado um trabalho mais completo do paciente, pois será possível trabalhar um indivíduo em suas vertentes biopsicossocial mesmo sendo este um ambiente em que se predomina o tratamento do ser físico.

Referências Bibliográficas:

ABERASTURY, Arminda. **Abordagem à Psicanálise de Criança**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

_____. **Psicanálise da Criança: Teoria e Técnica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

AFFONSO, Rosa Maria Lopes (Org.). **Ludodiagnóstico: Investigação Clínica Através do Brinquedo**. Porto Alegre: Artmed, 2012

_____. **Ludodiagnóstico: Análise Cognitiva das Representações Infantis**. São Paulo: Vetor, 2011.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE BRINQUEDOTECAS (Brasil). **Histórico**. Disponível em: <<http://www.brinquedoteca.org.br/si/site/0022000/p>>. Acesso em: 20 abr. 2012.

CUNHA, Nylse Helena Silva. **Brinquedoteca: Um mergulho no brincar**. São Paulo: Maltese, 1994.

DAMAS, Bruna Gabriela Bibancos; RAMOS, Carolina Aparecida; REZENDE, Magda Andrade. Necessidade de Informação à pais de crianças portadoras de cardiopatia congênita. **Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 19, n. 1, p.103-113, 01 dez. 2003.

FREUD, Anna. **O Tratamento Psicanalítico de Crianças**. Rio de Janeiro: Imago, 1971.

FREUD, Sigmund. **Além do Princípio do Prazer, Psicologia de Grupo e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. **Dois Histórias Clínicas: O "Pequeno Hans" e o "Homem dos Ratos"**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FRIEDMANN, Adriana (Org.). **O Direito de Brincar**. São Paulo: Scritta, 1998.

GIL, Antônio Carlos, Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. São Paulo: Atlas, 1999

KAILER, Priscila Gabriele da Luz; MIZUNUMA, Samanta. AS CONTRIBUIÇÕES DOS BRINQUEDISTAS HOSPITALARES NAS CONCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE. In: IX CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO – EDUCERE III ENCONTRO SUL BRASILEIRO DE PSICOPEDAGOGIA, 9., 2009, Curitiba. **Anais do evento**. Curitiba: Champagnat, 2009.

KLEIN, Melanie. A Técnica Psicanalítica através do brincar: Sua História e Significado. In: KLEIN, Melanie; HEIMANN, Paula; MONEY-KYRLE, R. E.. **Novas Tendências da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1980. p. 25-48.

_____. Fundamentos Psicológicos da Análise de Crianças. In: KLEIN, Melanie. **A Psicanálise de Crianças**. Rio de Janeiro: Imago, 1997. p. 23-35.

LEI no. 11.104 de 21 de março de 2005. Disponível em: 2006/2005/Lei/L11104.htm. Acesso em: 29/ago/06.

MOREIRA, Patrícia Luciana; DUPLAS, Giselle. Significado de Saúde e Doença na Percepção da Criança. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Carlos, v. 11, n. 6, p.757-762, 01 dez. 2003.

NIGRO, Magdalena. **Hospitalização: O Impacto na criança, no adolescente e no psicólogo hospitalar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

OLIVEIRA, Vera Barros de. **Brincar e a criança do nascimento aos seis anos**. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

SANTOS, Santa Marli Pires Dos (Org.). **Brinquedoteca: O lúdico em diferentes contextos**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2000.

SILVA, Mônica de Assis Salviano et al. Cotidiano da Família no Enfrentamento da Condição Crônica na Infância. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, vol. 23, n. 3, p. 359-365, 2010.

- SIMON, Ryad. Primeiras Contribuições: Técnica Lúdica (1919-1927). In: SIMON, Ryad. **Introdução à Psicanálise**: Melanie Klein. São Paulo: Epu, 1986. p. 7-21.
- _____. Psicanálise da Criança (1932): técnica. In: SIMON, Ryad. **Introdução à Psicanálise**: Melanie Klein. São Paulo: Epu, 1986. p. 3446.
- VIEGAS, Drauzio (Org). **Brinquedoteca Hospitalar**: Isto é Humanização. Rio de Janeiro: Wak Ed, 2ª ed. 2008.
- VIEIRA, Maria Aarecida; LIMA, Regina Aparecida Garcia de. Crianças e Adolescente com doença crônica: Convivendo com mudanças. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, vol. 10, n. 4, p. 522-560, ago. 2002.
- VILLELA, Fábio Camargo Bandeira; MARCOS, Suelen Cristiane. Brinquedoteca Hospitalar: da obrigatoriedade legal ao desrespeito à lei lei federal nº 11.104/2005 como caso emblemático envolvendo limites nas medidas de humanização hospitalar. **Revistas Eletrônicas da Toledo Presidente Prudente**, Presidente Prudente, v. 5, n. 5, 2009.
- WINNICOTT, Donald W. **O Brincar e a Realidade**. 1. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- _____. Por que as Crianças Brincam. In: WINNICOTT, Donald W. **A Criança e o seu Mundo**. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1975.

Dislexia e aspectos afetivos emocionais: um estudo de caso

Ana Beatriz Galbiatti de Lima

Ana Paula Leal de Souza

Jessica Tasselli

Juliana Nascimento Rosa

Rosa M. Lopes Affonso¹⁶⁴

Resumo

A Dislexia consiste em um rendimento da leitura e escrita substancialmente inferior ao esperado para a idade cronológica e o aspecto afetivo emocional do desenvolvimento humano é o modo particular que o indivíduo conseguir integrar as dificuldades em suas experiências na sua socialização escolar. O objetivo do presente estudo é verificar as consequências afetivas emocionais na aprendizagem de uma criança com Dislexia a partir de um estudo de caso de caso uma criança de 11 anos, com queixa de dislexia, atendida na Clínica Escola das Faculdades Metropolitanas Unidas, desenvolvido na disciplina de Psicodignóstico. Foram realizadas entrevistas com os pais, aplicação de testes psicológicos: Raven, Wisc e HTP. Foi possível na avaliação psicológica identificar as características do quadro disléxico e as influências afetivas do ambiente familiar. Verificamos que um ambiente familiar autodestrutivo e fragilizado potencializa os aspectos disléxicos, não colaborando para o desenvolvimento da aprendizagem da criança.

Palavras-chave: Dislexia; Diagnóstico psicológico; Família

¹⁶⁴ Departamento de Clínica da UNIFMU, rosapsiaffonso@yahoo.com.br

Introdução

O diagnóstico da dislexia corresponde à dificuldade em adquirir a leitura e escrita e, comumente, é identificado por volta dos sete anos a sete anos e meio quando a criança está terminando a alfabetização, pois antes dessa idade as dificuldades se confundem com o habitual do processo de aprendizagem.

Segundo D. Marcelli (2007), citando Ajuriaguerra:

“Na dislexia é observado confusões de grafemas com correspondência fonética próxima (a-ã, s-ch, u-o) ou com forma parecida (p-q, d-b), inversões (or-ro, cri-cir), omissões, adições e substituições. Caso a criança não tenha um tratamento adequado, a dislexia passa a ter uma proporção global, visto que a criança disléxica tem muita dificuldade para aprender aquilo que é lido para ela, e muita dificuldade em absorver informações escritas, logo este déficit vai crescendo de acordo com a idade, e as dificuldades com a leitura gradualmente vão se ampliando para outras áreas.”

Os critérios de Diagnóstico de Perturbação da Leitura segundo o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV) são:

*“A. O rendimento na leitura, medido através de provas normalizadas de exatidão ou compreensão da leitura, aplicadas individualmente, situa-se substancialmente abaixo do nível esperado para a idade cronológica do sujeito, quociente de inteligência e escolaridade própria para a sua idade.
B. A perturbação do critério A interfere significativamente com o rendimento escolar ou atividade da vida quotidiana que requerem aptidões de leitura.
C. Se estiver presente um défice sensorial, as dificuldades de leitura são excessivas em relação às que lhe estariam habitualmente associadas.”*

O DSM-IV (1995) define a dislexia como um transtorno específico de aprendizagem caracterizada pelo desempenho escolar na leitura/escrita inferior ao esperado para a idade

cronológica, escolaridade e ao nível cognitivo/intelectual do indivíduo. Do ponto de vista neurológico, segundo o DSM-IV, a dislexia é considerada uma disfunção do Sistema Nervoso Central, que compromete a aquisição e o desenvolvimento das habilidades escolares, tendo como critérios de exclusão o rebaixamento intelectual, déficits sensoriais (visual, auditivo), déficits motores significativos, com condições supostamente adequadas de aprendizagem e ausência de problemas psicossociais. A dislexia pode ser dividida nos tipos: a) disfonética ou fonológica (auditiva), caracterizada por dificuldades na leitura oral de palavras pouco familiares, na conversão grafema-fonema e possível disfunção no lobo temporal; b) diseidética ou superficial (visual), caracterizada por dificuldade no processamento visual, na qual a criança lê por meio de um processo elaborado de análise e síntese fonética e disfunção no lobo occipital; c) mista, caracteriza por dificuldades dos dois tipos anteriores, sendo associada à disfunção dos lobos pré-frontal, occipital e temporal .

Em geral os problemas emocionais surgem como uma reação secundária aos problemas de rendimento escolar, porém é possível pensar em como o aspecto emocional fragilizado potencializa os comportamentos disléxicos.

A relação entre cognição-afeto está proposta nos trabalhos de Vygotsky (1983) quando ele identifica em sua abordagem dialética que o intelecto e o afeto têm regularidades internas que pedem um funcionamento integrado e que, perder essa integração ou dividir essa unidade em seus elementos significa perder as propriedades inerentes ao todo, sendo assim, não há motivação sem pensamento.

Apesar dos inúmeros estudos a cerca da Dislexia, como por exemplo, Paín (1978) , Massi (2005) e Capovilla (apud Franco de Lima,2010) , comumente, voltados para a intervenção ou estimulação do padrão disléxico, consideramos importante a literatura que relaciona o aspecto afetivo-emocional com esse transtorno de aprendizagem. Assim, é fundamental a discussão da Dislexia a partir da articulação com o aspecto afetivo-emocional.

Objetivo

O presente estudo pretende investigar a queixa escolar e a influência de fatores afetivos na potencialização do comportamento disléxico.

Método

O presente trabalho foi feito a partir do estudo de caso clínico, desenvolvido na disciplina de Psicodiagnóstico, na clínica-escola das Faculdades Metropolitanas Unidas. Foi assinado pelas partes (pai e mãe) o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram feitas três entrevistas semi-dirigidas com os pais, cinco entrevistas para a anamnese e três para a montagem do genetograma. Com a criança foram aplicados três testes psicológicos – Raven, Wisc e HTP, com o propósito de verificarmos a existência da Dislexia e suas consequências emocionais.

Apresentação do caso

Dados de identidade

O presente estudo de caso é de uma criança a quem daremos o nome de F., de 11 anos e 7 meses. Estuda em escola pública, no 4º ano, filho de J., 44 anos, mãe, 1º ano do Ensino Médio e de S. 38 anos, do lar. Possui uma irmã de 17 anos, todos moram na mesma casa, com um primo de 19 anos.

Motivo do encaminhamento

F. foi encaminhado pela escola com a queixa escolar relacionada à dificuldade em aprender a ler e escrever. É apontado como a maior problemática o fato de não conseguir montar frases, ler de uma forma demorada, não conseguir compreender o que está lendo. Na maioria das vezes troca letras – B por P, confunde quando é para colocar M antes do P ou B e coloca N, omite letras – mesmo sendo do próprio nome. Tem dificuldades para fazer contas simples como somar e subtrair, porém suas maiores dificuldades em matemática são na área de multiplicação e divisão. Realiza as operações de soma e subtração utilizando recursos concretos, como os dedos, palitinhos desenhados no próprio caderno. F. já passou por neurologista e foi diagnosticado com Dislexia.

Em termos de desenvolvimento psicomotor F. começou a falar as primeiras palavras, relativamente tarde – 1 ano e seis meses. No início, apresentou gagueira (distúrbio de linguagem). O mesmo tem um sono muito agitado, se mexendo muito e falando enquanto dorme. Anteriormente, aos 6 anos, teve bruxismo.

Desde que o mesmo ingressou na vida escolar, aos quatro anos, apresenta dificuldade para aprender. Sempre tendo dificuldades pelas tarefas escritas. Aos 6 anos passou a decorar e copiar o que é dito, não compreendendo o que lê ou o que escreve.

Uma característica marcante daqueles que possuem a Dislexia é o fato de querer aprender, se esforçar, porém com muita dificuldade não conseguindo realizar as tarefas, logo causando muita frustração. Sic os pais F. quer ser o melhor da classe, porém sem sucesso e com histórico de repetências.

Dinâmica familiar

Na família havia casos de suicídio e os relacionamentos demonstravam uma dinâmica familiar autodestrutiva. O cotidiano familiar era marcado por críticas e insatisfações o que refletia no ato de F. roer as unhas a ponto de não deixar nada nos dedos acabando por morder a camiseta e outras coisas como pente de cabelo. Os pais nas entrevistas demonstraram um ambiente familiar com alto nível de ansiedade e agressividade voltada para si mesmos. Chamava-nos a atenção o fato de que os erros na escrita ou o comportamento disléxico de F. ocorria em momentos de grande frustração escolar ou diante de conflitos familiares. Avaliamos que os erros ortográficos de F. na aprendizagem estavam relacionados com tentativas frustradas de controlar e manifestar a própria agressividade, logo, refletindo em seu rendimento escolar, reforçando o comportamento disléxico.

Na realização das tarefas escolares em casa o paciente em momentos de frustração demonstrava agressividade, não tolerando o “não”, ocorrendo com maior frequência no relacionamento com a mãe e a irmã. Por exemplo, a mãe ou a irmã solicitava que corrigisse os erros no caderno escolar, caso contrário não poderia ir brincar. O cliente se recusava a apagar as lições, ou ao apagar a lição rasgava a folha do caderno. Quando a mãe não o deixava ir brincar na rua, tinha o costume de partir para cima da mesma, bater as portas de casa, se jogar no chão. A mãe na maioria das vezes acabava cedendo e, segundo ela, sem o apoio do pai que a criticava por achar que ela era muito condescendente com o filho. O pai alegava, com atitude repressora, ter um maior controle em relação ao filho mas com ele, quando F. ficava nervoso, por não conseguir realizar uma tarefa, chorava muito, e dizia não

conseguir fazer. A agressividade mútua familiar tinha quase sempre como motivo o processo de aprendizagem de F..

Na escola, F. estudava em uma sala para crianças com dificuldades.e demonstrava ter vergonha das mesmas. Tinha um bom relacionamento com os colegas, não se envolvendo em brigas ou discussões, logo o seu comportamento era tido pelos professores como exemplar. Porém, em casa não era o que acontecia. Sempre se envolvia em brigas com a irmã mais velha e com menos frequência com o primo L.. As queixas dos pais eram que F. não aceitava um não como resposta e quando se sentia contrariado brigava, batia e fazia provocações.

O mesmo tem o auxílio da irmã para realizar as atividades escolares, porém quando não consegue fazer a lição exige que a mesma lhe dê a resposta. A irmã não dá, o que o deixa irritado, nervoso, gerando brigas e discussões. Seu relacionamento com a irmã é instável e agressivo.

Há a possibilidade de a criança ter Dislexia devido a fatores genéticos, pois a mãe apresentava também dificuldades de aprendizagem. A mesma afirmava não sabe fazer contas e que para escrever tinha dificuldades. Relatou que em relação as matérias como história era boa, pois lia e conseguia decorar em pouco tempo, reforçando o lado copista existente na Dislexia.

Síntese dos testes aplicados

Houve a aplicação de três testes psicológicos, sendo eles o Raven, HTP e WISC III. Em relação ao teste Raven, F. errou catorze itens, sendo que nove dos erros foram por identidade, ou seja, tendo atitude de copiar o que já estava presente. Outros quatro erros foram por raciocínio incompleto, embora tenha percebido a relação entre os dados do problema. E um erro, demonstrando nenhum tipo de relação com os dados do problema. Em uma classificação geral, F. se encontra no nível III negativo, o que significa que é “intelectualmente médio”.

Em relação ao teste WISC III, de forma geral, F. encontrava-se inserido na categoria “limítrofe”. A partir de sua avaliação, foi possível reforçar ainda mais a hipótese da dislexia, onde F. apresentou considerável dificuldade nos subtestes que não envolvem a cópia de

modelos prontos e nos subtestes que envolvem raciocínio matemático.

Foi possível verificar também um déficit na capacidade de verbalização e de raciocínio lógico e abstrato, além de reforçar seu baixo desenvolvimento cognitivo.

Em relação ao teste HTP, F. apresentou uma relação familiar com sentimentos de inadequação e relutância em fazer contatos. Por meio da análise do desenho, sua interação com o ambiente se mostra controlada e podemos perceber um grau consideravelmente baixo de acessibilidade. O sujeito evita o máximo possível o contato com a realidade.

Também foi verificada sua busca incessante por satisfação e está sujeito a fortes pressões ambientais, lutando para manter seu equilíbrio.

No que diz respeito à capacidade de avaliar criticamente suas relações com o ambiente familiar e seus autoconceitos, apresenta sentimentos de inferioridade, necessidade de ocultar sentimentos de insegurança e atitude defensiva.

Na perspectiva de como o sujeito se revela o que ele gostaria de ser, sua capacidade para atuar em relacionamentos, apresenta tendência a ter sentimentos de fraqueza, relutância para estabelecer contatos mais íntimos na convivência psicossocial.

Portanto, concluímos que a dificuldade da criança era devido ao seu problema de Dislexia associada aos problemas afetivos que, por sua vez, potencializavam as dificuldades de aprendizagem.

Resultados e Discussão

Segundo o DSM-IV (1995) a dislexia é um transtorno específico de aprendizagem caracterizada pelo desempenho escolar na leitura/escrita inferior ao esperado para a idade cronológica, escolaridade e ao nível cognitivo/intelectual do indivíduo. Do ponto de vista neurológico, a dislexia é considerada uma disfunção do Sistema Nervoso Central, que compromete a aquisição e o desenvolvimento das habilidades escolares, tendo como critérios de exclusão o rebaixamento intelectual, déficits sensoriais (visual, auditivo), déficits motores significativos, com condições supostamente adequadas de aprendizagem e

ausência de problemas psicossociais.

Por meio da avaliação realizada obtivemos os seguintes resultados: F apresenta o padrão copista de aprendizagem, ou seja, o mesmo escreve com dificuldade, copiando, porém não internalizando o conteúdo proposto, essa característica pode ser observada através da aplicação do Raven, no qual F apresentou erros por identidade, isto é, fica tão preocupado em identificar erros por identidade que não consegue responder corretamente, o padrão copista de comportamento é transferido para a sua performance no teste.

Segundo D. Marcelli (2007), as características apresentadas por crianças com dislexia são: confusões de grafemas com correspondência fonética próxima (a-ã, s-ch, u-o) ou com forma parecida (p-q, d-b), inversões (or-ro, cri-cir), omissões, adições e substituições. A criança com dislexia tem muita facilidade de aprender aquilo que é lido para ele, e extrema dificuldade em absorver informações escritas. Esta defasagem aumenta de acordo com a idade da criança, e as dificuldades encontradas na leitura gradualmente vão se expandindo para outras áreas, acaba por se tornar global, se o tratamento não for adequado. No caso de F. essa dificuldade foi se incorporando ao seu processo de aprendizagem na medida que não recebeu tratamento adequado e tão pouco era compreendido pelos familiares em suas dificuldades.

De acordo com Paín (1978), a dislexia ocorre em várias classes sociais e em pessoas com níveis de inteligência variáveis, desde as que não conseguem ler e escrever até aquelas que conseguem atingir o nível superior. O dislético geralmente demonstra insegurança e baixa auto-estima, sentindo-se triste e culpado. Muitos se recusam a realizar atividades com medo de mostrar os erros e repetir o fracasso. Com isso criam um vínculo negativo com a aprendizagem, podendo apresentar atitude agressiva em relação a professores e colegas. No caso de F. o nível intelectual estava na média, demonstra ter vergonha das suas dificuldades, sente-se burro e frustrado por não conseguir aprender, ou seja, uma auto-estima rebaixada. Na escola tinha um bom relacionamento com os colegas, não se envolvendo em brigas ou discussões, porém em casa não era o que acontecia, envolvendo-se em brigas, ou seja, um descontrole emocional envolvendo o acompanhamento escolar no ambiente familiar.

Este aspecto pode também ser percebido pelos resultados obtidos por meio da

aplicação do teste HTP, onde F. demonstrou sentimentos de inadequação e relutância em fazer contatos, dentro da visão referente às relações interfamiliares. Apresentou também excessivo controle na interação com o ambiente social e um grau consideravelmente baixo de acessibilidade, evitando o máximo possível o contato com a realidade. Tais resultados podem ser compreendidos na sua dificuldade em aceitar os limites impostos pela família ou mesmo, em lidar com os seus erros, ao se recusar a refazê-los.

Também foi verificada sua busca incessante por satisfação e está sujeito a fortes pressões ambientais, lutando para manter seu equilíbrio. Aqui podemos entender este resultado do H T P ao tentar manter um bom comportamento escolar, completamente ao contrário no ambiente familiar, movido por explosões de raiva e de agressividade com as figuras femininas e de regressão, com a figura masculina. Aliás, podemos traçar um paralelo dessa instabilidade emocional nestes diferentes contextos com o relacionamento com as diferentes figuras do relacionamento familiar: seus erros são mais frequentes quando o relacionamento familiar também está em conflito. F. demonstra agressividade, não tolerando o “não”, ocorrendo com maior frequência com a figura materna. A figura paterna alega ter um maior controle em relação ao filho, porém o mesmo é distante do dia a dia de F, assim como F mostra-se distante da aprendizagem. Quando fica nervoso por não conseguir realizar uma tarefa, chora muito, e diz não conseguir fazer. Por muitas vezes ao apagar a lição rasgou a folha do caderno. Quando a mãe não o deixa ir brincar na rua, tem o costume de partir para cima da mesma, bater as portas de casa, se jogar no chão. A mãe na maioria das vezes acaba cedendo. O fato de ele agir impulsivamente, quando se sente frustrado possibilita pensar também numa escrita impulsiva, logo, escrita com erros e sem capacidade crítica. A agressividade pode colaborar na falta de controle da escrita, daí a troca de letras ou omissão.

Ainda a respeito dos resultados do H T P, no que diz respeito à capacidade de avaliar criticamente suas relações com o ambiente e seus autoconceitos, apresentou sentimentos de inferioridade, necessidade de ocultar sentimentos de insegurança e atitude defensiva, comprometendo a sua capacidade de avaliar o meio.

"A criança disléxica possui geralmente como característica emocional a tristeza, pelo repetido insucesso escolar e pelo fracasso na não superação de sua problemática, porém

outras se mostram agressivas e angustiadas. O sentimento de inferioridade, também é recorrente neste universo da dislexia, onde a frustração causada pelos anos de esforço sem êxito e a comparação com outras crianças são protagonistas nesse sentimento baseado na desqualificação" (Godoi e Freitas, 2011).

O mau desempenho do aprendiz é justificado em função dele próprio que acaba por carregar a culpa de seu 'fracasso' e de sua 'incapacidade' para aprender. (MASSI, G.; SANTANA, A. P. D. O, 2011). Além disso temos que essa culpa é potencializada com as brigas constantes familiares envolvendo a criança e o seu processo de aprendizagem.

A adaptação da criança aos seus problemas de leitura e escrita também dependerá de outros fatores, como motivação, relações afetivas, habilidades intelectuais gerais, idade e condições sociais. (Capovilla apud Franco de Lima, 2010). Foi possível verificar também um déficit na capacidade de verbalização e de raciocínio lógico e abstrato, além de reforçar seu baixo desenvolvimento cognitivo, o que nos faz pensar nas suas dificuldades intelectuais para superar e lidar com as situações difíceis do processo de aprendizagem, tornando um círculo vicioso e negativo para lidar e aceitar os problemas da dislexia.

Segundo (Massi, G.; Santana, A. P. D. O, 2011), a criança disléxica mostra-se impulsiva e se enfurece com facilidade, manifestando pouca capacidade para lidar com limites e frustrações. No entanto, adverte que essas atitudes podem estar relacionadas ao posicionamento assumido pelos familiares – que interpretam as dificuldades escolares da criança como sinais de "má vontade" ou "preguiça". Nesse sentido os fatores emocionais podem estar associados ao que se chama de dislexia

Os pais relatam que F. é encaminhado pela escola com a queixa escolar relacionada à dificuldade em aprender a ler e escrever. É apontado como a maior problemática o fato de não conseguir montar frases, ler de uma forma demorada, não conseguir compreender o que está lendo. "Os disléxicos cometem erros visuais e, em geral, negam-se a responder questões de compreensão literal do texto lido, utilizando, quase sempre, estratégias grafêmicas parciais que podem estar em desacordo com seu estoque de fonemas e grafemas do sistema escrito de sua língua materna". (Franco de Lima, 2010). Na maioria das vezes F. troca letras – B por P, confunde quando é para colocar M antes do P ou B e

coloca N, omite letras – mesmo sendo do próprio nome.

Conforme apresentado no caso, a família de F. tende a autodestrutividade, sendo que a mesma tem casos de suicídio, o que reflete no ato de F. roer as unhas a ponto de não deixar nada, morder a camiseta e outras coisas como pente de cabelo, assim como ter uma letra feia e ilegível. Mostrando um alto nível de ansiedade e agressividade voltada para si, em uma tentativa de controlar a própria agressividade, observado nos resultados do H T P e nos relatos da família. Logo isso reflete em sua dinâmica de aprendizagem, reforçando o comportamento disléxico.

F. tem dificuldades para fazer contas simples como somar e subtrair, porém suas maiores dificuldades em matemática são na área de multiplicação e divisão. Realiza as operações de soma e subtração utilizando recursos concretos, como os dedos, palitinhos desenhados no próprio caderno. O mesmo já passou por neurologista, sendo diagnosticado com Dislexia. Podemos também traçar um paralelo afetivo da dinâmica familiar com as próprias dificuldades nas operações lógicas de F., encontrada nos resultados dos testes intelectuais e nas dificuldades com as operações. A dinâmica familiar é pautada por repressões e exigências de cumprimento de obrigações, quase nunca conquistadas pela criança. Através das suas omissões ou erros ortográficos revela a “falta” no ambiente familiar, seja de afeto, seja de compreensão no relacionamento. É mais fácil “tirar”, no caso as letras das palavras, do que “somar”, já que o relacionamento é movido por críticas ou omissões de afeto.

De acordo com Vygotsky (1983), todas as atividades cognitivas básicas do indivíduo ocorrem de acordo com sua história social e acabam se constituindo no produto do desenvolvimento histórico-social de sua comunidade. Neste processo de desenvolvimento cognitivo, a linguagem tem papel crucial na determinação de como o sujeito vai aprender a pensar, uma vez que formas avançadas de pensamento são transmitidas à criança através de palavras.

Logo, tais deficiências na linguagem de F. também podem ser analisadas sob o ponto de vista de uma socialização negativa interferindo no desenvolvimento cognitivo. No caso de F, a instabilidade emocional familiar se assemelha à instabilidade emocional da criança. A agressividade pode colaborar na falta de controle da escrita, daí a troca de letras ou

omissão. Ou seja, verificamos uma potencialização do descontrole dos impulsos agressivos na problemática da dislexia, onde há um ataque ao conhecimento fazendo da atividade da linguagem ou da comunicação social um meio sem consideração dos limites impostos pela aprendizagem.

Considerações Finais

A Dislexia, conforme abordada no presente estudo é um transtorno específico de aprendizagem, onde a criança apresenta uma grande dificuldade na leitura/escrita, para a idade esperada. A maior característica é a execução da leitura sem o entendimento do que está sendo lido.

No presente trabalho foi possível identificar as características envolvidas no quadro clínico da dislexia expressos na relação interpessoal, assim como suas conseqüências afetivo-emocionais, de um ambiente familiar autodestrutivo e emocionalmente fragilizado que, por sua vez, potencializa os comportamentos disléxicos, já existentes, logo, não colaborando para o processo de aprendizagem da criança.

Referências Bibliográficas

- ATHAYDE , G.M., R. G. **Reflexões sobre o processo de aquisição da escrita e a dislexia**, Curitiba, 2005.
- GODOI, C. K.; FREITAS, S. M. F. D. B. C. **Motivação na aprendizagem organizacional: construindo as categorias afetiva, cognitiva e emocional**, São Paulo, Março 2011. 25.
- LIMA, R. F. D.; SALGADO, C. A.; CIASCA, S. M. **Associação da dislexia do desenvolvimento com comorbidade emocional: Um estudo de caso**, Campinas, 2011.
- MARCELLI, D. **Manual de psicopatologia da infância de Ajuriaguerra**. 5°. ed. Porto

alegre: Artmed, 2007.

MASSI, G.; SANTANA, A. P. D. O. **A desconstrução do conceito de dislexia: conflito entra verdades**, Florianópolis, 2011.

OMS, O. M. D. S. **DSM-IV manual diagnóstico e estatístico de transtorno mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PAÍN, S. **Diagnostico e Tratamento dos Problemas de Aprendizagem**. Porto Alegre: Artimed, 1985.

RICARDO FRANCO DE LIMA, C. A. S. S. M. C. **Associação da Dislexia do Desenvolvimento com Comorbidade Emocional: Um estudo de Caso**, Campinas, 2010.

TACCA, M. C. V. R.; BRANCO, A. U. **Processos de significação na relação professor alunos: Uma nova perspectiva socioculturaconstrutivista**, Brasília, 2008.

VYGOTSKY, L. S. **Fundamentos da defectologia**. 2°. ed. Havana, Cuba: Pueblo Y education, 1983.

Avaliação da Psicoterapia Breve de adulto: contribuição da técnica projetiva TAT

Anne Prado Faria¹⁶⁵

Rosa Maria Lopes Affonso¹⁶⁶

RESUMO:

Parte-se do pressuposto que as técnicas projetivas podem colaborar na avaliação do processo psicoterápico. O presente trabalho tem como objetivo a análise da evolução de um caso de Psicoterapia Breve de Adulto por meio da aplicação do Teste Projetivo Thematic Aperception Test (T.A.T.). A avaliação da evolução foi realizada a partir de um atendimento psicoterapêutico de uma cliente de 47 anos, do sexo feminino, encaminhada para o processo psicoterápico por seu médico, por apresentar sintomas como insônia, diversas fobias com suspeita de síndrome do pânico. O método consistiu na aplicação do teste projetivo T.A.T. antes do início da psicoterapia breve e após 40 sessões psicoterápicas. Serão apresentadas quatro histórias das pranchas do TAT comparadas com as mesmas aplicadas no início e após o tratamento: PR 2, PR 4, PR 7, e PR 10. A análise interpretativa utilizada é aquela recomendada pelo teste, relacionando com os sintomas e problemática apresentada pela cliente, tal como sugere a avaliação recomendada pela técnica de psicoterapia breve. Além disso, foram utilizados trechos a respeito do atendimento e durante a aplicação do teste. Os resultados sugerem que a utilização da análise do discurso do T.A.T. contribuiu para avaliação da evolução no que diz respeito à: senso-percepção, capacidade de julgamento, qualidade do pensamento, insight e resolução da problemática focal, melhoria sintomática, consciência da enfermidade, modificações favoráveis nas relações interpessoais e projetos para o futuro. Verificou-se que a cliente ampliou seu campo de percepção, diminuindo alterações em senso-percepção; o discurso melhorou qualitativamente, demonstrando que houve melhora na representação de conflitos e

¹⁶⁵ Psicóloga Clínica, ex-aluna da Universidade Presbiteriana Mackenzie.

¹⁶⁶ Professora Doutora do Departamento de Psicologia Clínica da Universidade Presbiteriana Mackenzie;

possibilidades de solução, que, conseqüentemente, interfere na representação da melhoria sintomática; a consciência da enfermidade foi expressa e este fato favoreceu a análise comparativa das funções mentais antes e após o atendimento psicoterapêutico por meio de um instrumento de avaliação psicológica (T.A.T.). Assim, pôde-se observar que a utilização de um instrumento projetivo além de favorecer, possibilita fundamentar as exigências da análise evolutiva preconizadas pelo campo teórico da técnica de psicoterapia breve.

PALAVRAS-CHAVES: T.A.T.; Psicoterapia Breve; Avaliação da evolução Psicoterapêutica.

Introdução

A Psicoterapia Breve (PB) têm suas origens na Psicanálise e surgiu quando alguns psicanalistas e teóricos da época de 1930 começaram a discordar de algumas posições de Freud, no que diz respeito à teoria e técnica. (GILLIÈRON, 1983/1986) Dentre elas, principalmente, no que diz respeito a atitude do terapeuta no processo, tais como: a postura ativa do terapeuta em contraposição à neutralidade e passividade do psicanalista tradicional e a maior flexibilidade contra a cristalização da técnica que imperava sobre a Psicanálise nos anos 40 (SANTEIRO, 2005)

Desde então, muitos teóricos e pesquisadores estiveram envolvidos na evolução das PBs em âmbito internacional e nacional para que ela se tornasse uma prática desvencilhada da Psicanálise. Segundo Braier (2000), deve-se ser cauteloso ao se conceituar as PBs, não considerando-as como um tipo de “psicanálise encolhida”. Além da questão do tempo, fundamental para a técnica, embutida em seu próprio nome “Breve”, a técnica da PB é sim delimitada temporalmente de modo circunscrito, mas também deve responder a outros critérios, como: estabelecimento de ‘foco’ a ser trabalhado, ‘objetivos’ a serem atingidos e a exigência de um planejamento estratégico.

Trad (1997), outro estudioso do assunto, conceitua a PB da seguinte forma: “A psicoterapia breve, ao contrário da psicoterapia de tempo indeterminado, trata-se de um esforço pragmático, cujo objetivo específico é operar uma mudança ou modificação perceptíveis nos padrões interpessoais”. Este pragmatismo é muitas vezes imposto por questões sociais e institucionais; a PB foi ganhando força e mais adeptos em instituições à medida em que proporcionava o atendimento em menos tempo para uma instituição com grande volume de pacientes. (apud SANTEIRO, 2005)

Sendo assim, a Psicoterapia Breve têm se expandido nas últimas décadas como forma de estender os atendimentos psicológicos a uma parcela mais ampla da população. Além de se expandir nas instituições, têm aumentado seu uso em consultórios particulares. Isso ocorre porque os pacientes estão cada vez mais procurando uma psicoterapia que trabalhe com problemas específicos, e muitas vezes não tem condições ou motivação para se envolverem em um processo psicoterápico prolongado. (OLIVEIRA, 1999)

Segundo Braier (2000), os objetivos da técnica da PB podem colocar-se em termos de superação de sintomas e problemas atuais da realidade do paciente, visando que este possa enfrentar situações conflitivas de forma mais adequada e recuperar sua capacidade de desenvolvimento. Entretanto, a resolução destes ‘problemas imediatos’ e o alívio sintomático devem corresponder à obtenção de um *princípio de insight* do paciente a respeito de conflitos adjacentes; significando que é também proposto que se tornem conscientes os conteúdos inconscientes, como na psicanálise, porém esta não é a meta principal (de exploração do inconsciente) como na psicanálise.

A Psicoterapia Breve é, portanto, uma intervenção terapêutica com tempo e objetivos limitados. Deve-se delimitar um foco baseado, muitas vezes, em uma avaliação diagnóstica, buscando-se objetivos a serem alcançados e um determinado tempo (que pode ou não ser preestabelecido), por meio de estratégias clínicas específicas. Desta maneira, a PB precisou então se alicerçar

em um “tripé que envolve foco, estratégias e objetivos”. (OLIVEIRA, 1999)

A partir de um planejamento para a psicoterapia, no qual o profissional se torna muito mais ativo e criativo, torna-se importante também o olhar sobre a técnica (prática). Muitos estudiosos da área (BRAIER, 2000; GILLIÈRON,1983; OLIVEIRA,1999; SANTEIRO, 2005; YOSHIDA, 2004) começam a questionar e avaliar os resultados da PB, bem como a evolução dos pacientes durante o processo, e além disso, se estes seriam duradouros, apesar de circunscritos.

Braier (2000) afirma que a experiência clínica tem demonstrado que o método de psicoterapia breve pode-se obter efeitos terapêuticos benéficos e duradouros que podem ser verificados por acompanhamento após o término do processo. Entretanto, os resultados positivos devem ser investigados a partir de critérios dinâmicos, ou seja, indagando-se sobre sua natureza íntima, alcance e estabilidade. Entre os resultados favoráveis registrados, é possível mencionar: alívio ou supressão dos sintomas; mudanças em relação a situação-problema; consciência da enfermidade psíquica; elevação, recuperação ou auto-regulação da auto-estima; modificações favoráveis em diversas áreas da vida do sujeito; projetos para o futuro, modificações na estrutura da personalidade.

Independente de quais seriam os ganhos da PB, a avaliação do processo (resultados terapêuticos) é muito importante, pois tem a finalidade primordial de verificar se estão sendo cumpridos os objetivos traçados no início. E com base nesta avaliação, traçar os caminhos a serem seguidos, como: 1renovação de objetivos e foco, quando estes já foram solucionados ou quando não são mais relevantes ao paciente; 2-encerramento do processo; 3encaminhamento para outro tipo de psicoterapia, considerando as limitações da técnica da PB.

Considerase este processo de avaliação muito subjetivo, pois envolve sempre o relacionamento entre pacienteprofissional, e aspectos da personalidade de ambos. Com isso, Braier (2000) propõem alguns itens a serem avaliados no processo de avaliação da evolução do paciente, tais como: 1) Insight da Problemática Focal (I.P.F.), 2) resolução da problemática Focal (R.P.F.), 3)

melhoria sintomática (M.S.), 4) consciência da enfermidade, 5) auto –estima, 6) outras modificações favoráveis (vida sexual, relações interpessoais, estudo, trabalho e lazer), 7) projetos para o futuro.

Além destes critérios, o autor menciona a importância do uso de testes psicológicos. Efetuando-se a reaplicação de um instrumento utilizado no Psicodiagnóstico, permite-se ampliar a observação das modificações obtidas. Observa-se que este processo é pouco mencionado na literatura e pouco utilizado na prática clínica.

Sabe-se e é quase unânime na área da psicodinâmica a importância do uso de testes psicológicos para o psicodiagnóstico, mas ainda é pouco conhecida ou estudada a importância da utilização dos mesmos para a avaliação do processo psicoterápico, principalmente na Psicoterapia Breve. Pensando nestes aspectos, o presente trabalho se ateve em avaliar, através de um caso clinico de psicoterapia breve, e com a contribuição do teste projetivo Thematic Aperception Test - T.A.T - a evolução da paciente durante o processo.

A expressão ‘métodos projetivos’ foi criada em 1939, e usada para designar um conjunto de instrumentos que procuravam avaliar o indivíduo naquilo que ele tem de singular. Desta maneira, se diferenciou das técnicas psicométricas, de tradição na época, que visavam uma classificação com procedimentos quantitativos e normativos. (SILVA, 1989)

Nos testes projetivos busca-se favorecer ao máximo o aparecimento de conteúdos internos do sujeito, por este motivo é fornecido o mínimo de estímulos externos possíveis. Assim, esses estímulos que compõe o material destes testes devem ser pouco estruturados, assim como as instruções para realiza-lo, que devem propiciar a liberdade no uso do material, para que não induza um direcionamento de resposta. Desta forma é composto o teste aqui em questão, TAT de Henry Murray, que procura explorar a personalidade do testando através de figuras que podem representar diversas situações, as quais o sujeito deve criar uma história (por isso é um teste temático).

Murray partiu do pressuposto que cada sujeito iria experimentar uma mesma situação de maneira diferente, de acordo com sua perspectiva pessoal. Esta maneira pessoal de elaborar uma experiência revelaria a atitude e estrutura do indivíduo frente à realidade, na qual ele poderia expressar sentimentos, lembranças, ideias; e assim, o terapeuta teria acesso a personalidade subjacente deste indivíduo. Personalidade esta, vista por Murray como um compromisso entre os impulsos e as demandas do ambiente. (SILVA, 1989)

O material do TAT consiste em 31 pranchas que representariam “situações humanas clássicas”, segundo Murray, que possibilitariam uma certa “distância psicológica” que favorecesse a projeção de desejos e tensões, sem que essa distância seja tão acentuada que inviabilize a identificação com a personagem.

Neste trabalho serão abordadas apenas 4 pranchas, que foram escolhidas de acordo com os conteúdos trabalhados em psicoterapia do caso em questão, sendo levado em consideração o foco e objetivo dos atendimentos. Portanto, pretende-se avaliar os benefícios de um tratamento psicoterápico breve através de um instrumento de avaliação psicológica projetivo.

Objetivos:

Pretende-se analisar a evolução do processo terapêutico de psicoterapia breve a partir do atendimento de um caso clínico. Conseqüentemente, propor a importância da avaliação do processo psicoterápico para o paciente e terapeuta. Além disso, demonstrar como a reavaliação de um teste projetivo usado no processo de Psicodiagnóstico, neste caso o TAT (Thematic Aperception Test), pode ser usado no processo de avaliação da psicoterapia para evidenciar os ganhos e mudanças favoráveis do paciente ocorridas durante o processo.

Método:

Para avaliação de resultados foi utilizado um método comparativo de trechos de quatro pranchas do TAT que foram aplicadas em psicodiagnóstico, no início do tratamento, e reaplicadas ao término do processo psicoterapêutico, após

40 sessões (período de dois anos). Além disso, foram utilizados recortes de sessões a respeito dos atendimentos e da realização do teste, sempre mantendo o objetivo principal de demonstrar a Evolução do caso.

Foi escolhido o teste TAT como instrumento contribuinte para avaliação da evolução do processo, pois, entre diversas variáveis que avalia (já discutidas anteriormente), tem como principal função avaliação do grau de percepção da realidade do paciente.

Para avaliar a evolução da psicoterapia do caso em questão, será utilizado o processo sugerido por Braier (2000), no qual ele sugere que se avalie alguns aspectos principais, tais como: Insigth da problemática focal, resolução da problemática focal, melhoria sintomática, consciência da enfermidade, auto-estima, modificações favoráveis (relações interpessoais, trabalho, lazer, vida sexual, estudo), e projetos para o futuro.

Apresentação do Caso

A paciente é uma mulher de 47 anos, de ensino médio completo, que trabalha de maneira autônoma como esteticista . É solteira, mas têm uma relação estável há 25 anos com um senhor bem mais velho que ela. Tem também uma relação de amante há 6 anos com um homem casado. Sua única filha, de 28 anos, cometeu suicídio um ano antes de a paciente vir procurar atendimento psicológico. Esta filha foi criada pela avó materna, desde o seu nascimento, quando a paciente saiu de sua cidade e veio para São Paulo.

Sua mãe sempre culpabilizou a cliente pelo abandono e pela morte da filha. Após o nascimento de sua filha, já em São Paulo, teve 9 abortos espontâneos sem causa específica com o atual companheiro.

Veio encaminhada pelo médico por causa de seus sintomas: insônia, diversas fobias e suspeita de síndrome do Pânico. Estes sintomas, segundo a própria paciente ficaram mais evidentes depois da morte de sua filha. Apesar de seus sintomas somáticos exacerbados, da perda recente da filha, e de seus

abortos, a paciente trouxe como prioridade para psicoterapia sua dificuldade nos relacionamentos amorosos.

O foco inicial esteve voltado para representação e responsabilidade no exercício de seus papéis femininos com o objetivo de estabelecer relações de seus sintomas psicossomáticos com seus relacionamentos afetivos.

Este foco foi mantido em sua essência, porém direcionado à reavaliação de sua imagem enquanto esposa, mãe e filha. Já que o grande desejo atual admitido pela cliente foi de constituir uma família. Este desejo que ela negou, por não ter entrado em contato, durante todo o primeiro ano de psicoterapia.

Resultados e Discussão

Buscando facilitar a compreensão do método escolhido, aqui serão exibidos os resultados, de maneira comparativa, das quatro pranchas do TAT aplicadas durante o Psicodiagnóstico e ao Término dos atendimentos. Logo depois, será feita análise interpretativa de acordo com as normas do próprio teste, e comparação entre as duas fases de aplicação, sendo evidenciadas as mudanças significativas.

Prancha 2 : Avalia as relações familiares, percepção do ambiente e nível de aspiração; pode evocar relações heterossexuais; referente aos papéis femininos (maternidade x realização profissional).

Resultado no Psicodiagnóstico: “eu vejo uma moça como se estivesse reprimida, como se estivesse sendo obrigada a ir a escola, ou como se não estivesse feliz de fazer isso...a outra moça não ligando...não sei o que é dela...é um lugar sombrio. Título: Temporal

Resultado no Término dos atendimentos: “Eu acho que é uma pessoa resolvendo algum aspecto de crescimento. Prosperar no seu crescimento...tanto de trabalho, demonstrando responsabilidade. Pode ser eu ou minha irmã, a senhora é minha mãe. Elas tem uma relação não tão próxima, mas que pode

acontecer...”

Mudanças significativas:

Projeção / identificação projetiva muito maior da segunda vez, se coloca na história. Talvez por isso encontrou maior dificuldade de elaborar uma história no começo. Deve-se levar em consideração que esta foi a primeira prancha aplicada ao Término, mas foi a segunda no Psicodiagnóstico, onde foi realizado o teste TAT completo.

Na primeira, há uma relação conflituosa e um ambiente desagradável de falta de atenção, além do título que indica algo “turbulento” e conflitante como um temporal, talvez uma explosão e confusão de sentimentos e pensamentos. Não consegue distinguir papéis, “não sei o que a mulher é dela” (sic). Na segunda parece uma busca individual, e a outra personagem parece não interferir tanto na atitude da principal, ela apenas “espera”. A relação não é tão próxima, mas pode ocorrer. Indica planos para o futuro, e possível investimento na relação.

Na primeira a mulher (herói da história) está reprimida e sendo obrigada a fazer algo, na segunda a mulher está resolvendo aspectos de crescimento e prosperando com responsabilidade. Percebe-se maior autonomia, maior capacidade de resolver problemas e deixa de se colocar no lugar de vítima, começa a perceber sua parcela de culpa e responsabilidade sobre os fatos de sua vida.

Prancha 4 : Esta prancha trabalha os conflitos nas relações heterossexuais; conflitos de controle versus impulso.

Resultado no Psicodiagnóstico: “Aqui para mim é uma cena de carinho. É como se ele estivesse sentindo algo, e ela o consola. Ele estava com um problema pessoal, ela não sabe...ele não falou para ela...”

Resultado no Término dos atendimentos: “Aqui eu vejo um casal, ele esta um pouco rude. Ela está tentando falar algo, mas ele não quer ouvi-la. Como

se os interesse dela não fossem os mesmos que os dele...ela gostaria de ser feliz completamente, lhe falta uma família”

Mudanças significativas:

Acredito que neste momento ainda era muito difícil para paciente expor seus problemas, mas busca ser compreendida e apoiada. Ela se coloca no papel masculino da história porque não consegue se colocar neste papel de quem cuida e apoia, e para não se sentir culpada se coloca como homem se distanciando da figura feminina.

Na segunda o herói é feminino, o que já pode demonstrar maior contato com si própria. Há uma clareza maior de seus interesses e uma possibilidade de comunicação com o outro. Entretanto parece que ele não quer ouvir e não tem os mesmo interesses.

A percepção de si e da situação, ou seja, sua percepção da realidade está muito melhor, mas ainda falta uma percepção e reconhecimento dos desejos e necessidades do outro. Este aspecto ainda pode estar atrapalhando seu modo de se relacionar.

Como interesse principal, “para ser feliz completamente” (sic), ela coloca a família, que foi foco dos atendimentos. E percebe que este companheiro não tem os mesmos interesses, ou seja, que ele não vai conseguir lhe proporcionar o que deseja. Assim, ela entra em contato com o conflito central e tem um insight da problemática focal, o que indica grande grau de mudança pessoal.

Prancha 7: Esta prancha investiga a relação com a figura materna; problemática referente à maternidade.

Resultado do Psicodiagnóstico: “uma criança desconsolada, com uma boneca. A mãe está tentando consolá-la ou está lendo um livro aqui para ela. É como se ela estivesse triste ou que tivesse feito alguma coisa que não sei... Está sendo influenciada...é uma coisa despercebida. Termina com a menina se

ausentando, partindo.

Resultados do Término do tratamento: “Aqui eu vejo a mãe preocupada com sua filha...contando sobre o bonequinho que ela finge ser uma criança. Explicando que ela tinha que deixar esse boneco...e já preparando a filha para algo que pode acontecer futuramente. Todo esse cuidado não foi o suficiente para ela se sentir segura, faltou talvez a compreensão...”

Mudanças significativas:

Na primeira, se identifica com o papel da criança (filha) desconsolada, indefesa e passiva aos desejos e decisões da mãe. Mais uma vez em uma posição de vítima (“sendo influenciada”sic), com pouca ação e poder de decisão sobre a situação.

A relação despercebida pode indicar como elas não conseguem se perceber e se comunicar para avaliar os desejos e necessidades presentes, uma relação pouco investida. O final da história pode indicar que diante do conflito, ela se ausenta e foge do problema sem resolvê-lo.

Já na segunda ela consegue se colocar no papel de mãe e reavaliar a situação por outro ângulo. A mãe quer protegê-la e prepará-la para decepções futuras. Ainda assim, ela ainda está no papel da filha (criança) que não pode levar a boneca. A mãe tenta prepará-la para o “desapego do brinquedo”, pois com o brinquedo ela se sente segura, mas não pode levá-lo.

Parece que percebe os esforços e motivos da mãe em não deixá-la “levar o brinquedo”, ou na situação real de sua vida, sua mãe não deixou com que ela ficasse com sua filha. Parece que a partir desta história ela percebe que talvez a mãe tenha tido esta atitude por considerá-la incapaz (ela vê a filha como um brinquedo) de ser mãe.

Consegue perceber que faltou compreensão, talvez dela em relação à mãe na época, mas principalmente da mãe em relação a ela, ao não perceber o

quanto seria importante ela exercer esse papel de mãe também. A mãe como maneira de protegê-la até pode ter tirado a responsabilidade dela de ser mãe.

Prancha 10: Esta prancha evoca conflitos do casal e atitude frente à separação.

Resultados do Psicodiagnóstico: “Aí eu vejo esse casal muito amorosos, carinhosos, matando a saudade por ter ficado ausente...ficaram trocando carícias. Estava sentindo saudade, talvez da mulher, namorada, até mesmo da filha. Termina com eles sentindo a ausência um do outro.

Resultados do Término dos atendimentos: “Eu sinto como...meu pai e minha mãe. Não presenciei nenhuma dessas cenas, de carinho e afago entre os dois. É o que eu gostaria... Consigo contar histórias de desentendimento, brigas, dor, tristeza...infelicidade.”

Mudanças significativas:

Na primeira, parece que se identifica novamente com o papel masculino e isso é facilmente compreendido, pois logo em seguida ela fica confusa para definir o papel da mulher da história, “talvez da mulher, namorada, até mesmo da filha” (sic). Coloca-se neste papel para não se posicionar.

Primeiro surge a dúvida de papéis, e depois ela não consegue escolher e fica com os dois papéis de filha e de mulher. Além disso, demonstra uma relação “erotizada” com o pai, já que no começo da história se tratava de um casal que se ausentou e estavam trocando carícias. Este fato pode indicar conflitos edípicos mal elaborados, uma competição com esta mãe pelo amor de seu pai.

Este é o conflito principal da paciente, identificado como foco da terapia, por isso a escolha de reaplicar essa prancha. Na segunda aplicação, a paciente traz uma cena de seus pais que nunca viu, mas gostaria que existisse.

Parece que ela fica paralisada diante dos conteúdos que esta prancha evocam, pois não consegue contar uma história sobre a cena. Mas comparando a

segunda história com a primeira, parece que ela se coloca de expectadora no relacionamento dos pais, e não mais como rival da mãe e como “mulher” de seu pai.

Considerações Finais

Percebe-se grande evolução da paciente por meio da interpretação das pranchas do Teste TAT, considerando-se os critérios para avaliação da evolução da psicoterapia, estabelecidos por Braier (2000)

Dentre os critérios estabelecidos, mencionados anteriormente, destacam-se como maior grau de mudança: Insight da Problemática Focal (I.P.F.), melhoria sintomática (M.S.), consciência da enfermidade, outras modificações favoráveis (vida sexual, relações interpessoais, estudo, trabalho e lazer), projetos para o futuro.

A *consciência da enfermidade* pôde ser observada durante os tratamentos, na primeira etapa da PB no qual a paciente apresentava sintomas físicos e suspeita de Síndrome do Pânico; assim como a *melhoria sintomática*, destaco uma fala da paciente: “Eu me sinto assim...como posso dizer...mais leve! Antes eu sentia um peso mesmo nos meus ombros, uma aflição, uma ansiedade...”

Outras modificações favoráveis também puderam ser mais bem observadas durante os atendimentos, mas se refletem nos resultados do teste, nos quais se pôde observar, principalmente, mudança no que diz respeito às relações interpessoais e ao trabalho.

Em relação a *projetos para o futuro* e *auto – estima* puderam ser observadas mudanças a partir dos resultados da prancha 2 (e também durante os atendimentos). Destaca-se uma fala da paciente: “o que eu queria mesmo que é me aproximar da minha família, eu ainda não consegui, mas é estranho, porque agora eu vejo isso como uma coisa possível de acontecer”.

E finalmente, o critério mais importante, segundo Braier (2000), o *Insight da*

problemática focal pôde ser evidenciado nos resultados do teste TAT, nos quais a paciente entra em contato com o conflito central trabalhados em cada prancha, e principalmente porque consegue relacionar as histórias contadas nas pranchas com sua própria vida, ressignificando situações traumáticas. Como por exemplo nesta fala: “consegui ver coisas minhas lá de dentro mesmo que eu não fazia idéia...claro que eu sabia das mulheres do meu pai, mas não sabia como isso poderia influenciar na minha vida”.

Resumindo, pode-se dizer que a importância da reavaliação de um teste projetivo usado no psicodiagnóstico para avaliar a evolução do paciente durante o processo, não é só em nível de clareza por parte do psicoterapeuta em relação a resultados e nível de mudança; mas também para o próprio paciente torna-se uma experiência de evidência de mudança efetiva.

Para evidenciar este processo do ponto de vista do paciente em relação às mudanças obtidas durante o processo, destaco uma fala da paciente em relação a aplicação do teste: “Da outra vez as imagens estavam embaçadas, difícil de ver. As histórias eram muito tristes, de sofrimento. Agora não. Eu sei que era porque quando cheguei aqui minha vida estava assim mesmo, bem triste e embaçada, agora consegui ver com mais clareza...”

Referências Bibliográficas:

- BRAIER, E. A. **Psicoterapia Breve de Orientação Psicanalítica**. Trad. IPEPLAN. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- GILLIÈRON, E. **As Psicoterapias Breves**. (V. Ribeiro, Tradução) Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1983
- MURRAY, H.A. T.A.T.: Teste de Apercepção Temática. 3.ed. Adaptado e ampl.. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- OLIVEIRA, I.T. **Psicoterapia Psicodinâmica Breve: dos precursores aos modelos atuais**. Psicologia: Teoria e Prática, 1999.
- SANTEIRO, T.V. **Psicoterapias Breves Psicodinâmicas: produção científica em**

periódicos nacionais e estrangeiros (1980/2002). Campinas: PUC-Campinas, 2005

SILVA, M.C.V.M. **TAT: aplicação e interpretação do teste de apercepção temática.** São Paulo: EPU, 1989.

YOSHIDA, E.M.P.; ENÉAS, M.L.E. (org.). **Psicoterapias Psicodinâmicas Breves: Propostas atuais.** Campinas: Editora Alínea, 2004.

Terceira Idade, Ressignificando a Vida: Testes Para Idosos Saudáveis¹⁶⁷

Andréa Wedman Meinhardt

Rosa Maria Lopes Affonso

Resumo

De acordo com pesquisas constata-se o aumento no número de pessoas maiores de sessenta e cinco anos na população brasileira e em vários países que, por sua vez, se apresentam como indivíduos altamente produtivos. Portanto, pesquisar sobre a maturidade e a velhice envolvem aspectos afetivo-emocional e cognitivos que precisam de novos paradigmas. Daí a necessidade de pesquisar tanto novos instrumentos de avaliação psicológica ou que integrem os domínios biopsicossocial e cognitivo, que possam refletir na avaliação da independência do indivíduo, na dignidade de sua autonomia e na integridade tanto da estrutura psíquica quanto cognitiva. Partindo dessa visão holística e pró-ativa sobre o idoso acreditamos que a pesquisa sobre a emoção ainda é um aspecto que a psicologia pode contribuir, principalmente, nas pesquisas sobre os sentimentos sobre essa passagem do desenvolvimento humano, acrescentando às pesquisas sobre os estados cognitivos ou exames mentais, processos significativos, comumente, voltados para o exercício ou não de determinadas funções psíquicas ou de perdas no processo de aprendizagem nesta faixa etária. Essas funções assim como as demais que regulam o funcionamento global do sistema nervoso são moduladas pelo aspecto afetivo-emocional podendo remeter à resiliência, à produtividade e longevidade encontrada nos idosos. Pesquisas também apontam que é viável viver bem na velhice quando a estrutura psicoemocional trabalha para ressignificar e elaborar as perdas e as mudanças que se apresentam, ao longo de uma vida de produções contínua de representações e subjetividades.

¹⁶⁷ iniciação científica do curso de Psicologia do Centro Universitário FMU

O objetivo do trabalho foi estudar os instrumentos psicológicos para a avaliação do idoso, investigando as considerações biopsicossocial, afetiva e cognitiva presentes ou não na utilização dos mesmos na população do idoso.

O levantamento dos artigos científicos foi realizado à partir da bases de dados Scielo e BVS – PSI. Como critério de inclusão foram considerados estudos sobre idosos que tenham cursado pelo menos a terceira série do ensino fundamental, saudáveis e maiores de 59 anos. Os seguintes descritores foram utilizados: envelhecimento, velhice, testes psicológicos em idosos, técnicas projetivas, aging, elder, envejecimento, adultos mayores. Não foi especificado intervalo de tempo no período das investigações. Estudo de caso não foram incluídos.

De acordo com os estudos apresentados compreende-se que a saúde psíquica está relacionada ao bom funcionamento cognitivo do idoso e o bom funcionamento de ambos resulta em qualidade de vida.

Pode-se verificar que as técnicas projetivas mostraram efeito positivo na compreensão da mobilização intrapsíquica, que se traduz em estudos sobre os comportamentos sobre as representações vivenciadas nas experiências de vida diária, possibilitando a investigação das singularidades dos idosos saudáveis, contrariamente às pesquisas psicométricas, geralmente, associadas às funções cognitivas. Pode-se encontrar ainda, estudos sobre novas práticas voltadas na abordagem afetivo-relacional de idosos na área da Psicoterapia Breve e utilizando o Teste de Apercepção Temática (TAT). Entre os testes projetivos, o método Rorschach ainda é o mais bem estruturado, utilizado não só no Brasil mas internacionalmente, tanto no idoso saudável como não saudável. Verificamos, no entanto, que a Psicologia ainda está muito preocupada com a doença do idoso na medida que se volta quase que primordialmente ao estudo de medidas das funções executivas do mesmo. Entendemos que ao aplicarmos ou pesquisarmos sobre as técnicas projetivas no idoso podemos complementar estas investigações com o estudo sobre as significações compreendendo o funcionamento psíquico desta população de uma forma mais integrada. Embora se perceba um movimento crescente de trabalhos voltados a esta população, ainda se faz necessário adaptações teóricas e técnicas confiáveis e direcionadas tanto aos idosos como aos idosos saudáveis. Para se considerar um sujeito íntegro em sua totalidade

biopsicossocial e cognitiva, propõem-se uma análise de dados mistos, ou seja, tanto quantitativa quanto qualitativa, por entender que esta seria a forma mais adequada para oferecer maior credibilidade à avaliação psicológica em todo o seu processo de caráter compreensivo. Foi possível observar neste trabalho que há uma preocupação em fazer uso dos instrumentos psicológicos para a avaliação do idoso, investigando as considerações biopsicossocial e cognitiva, no entanto, a utilização de técnicas projetivas ainda é pouco utilizada.

INTRODUÇÃO

De acordo com pesquisas constata-se o aumento no número de pessoas maiores de sessenta e cinco anos na população brasileira e em grande número de países, que se apresentam cada vez mais como indivíduos produtivos. Tais dados podem ser constatados a partir do Censo Brasileiro e de Miotto, 2010. No entanto, acreditamos que a Psicologia pode contribuir nas investigações sobre como o indivíduo pode manter-se saudável psiquicamente.

As questões psicológicas que envolvem trabalhar com aspectos afetivo-emocionais e cognitivos que abordam a maturidade e a velhice, pertencem ao processo vitalício de desenvolvimento conhecido como *desenvolvimento do ciclo de vida* (Papalia, 2000) ou *Life Span* conforme denominado por Havighurst (Wittter, 2006) no qual envolve “processo contínuo, multidimensional e multidirecional”. Este olhar holístico ao ver a pessoa como um todo, integra os domínios biopsíquicosocial e cognitivo.

Os estudos sobre a autonomia também são aspectos a serem agregados às investigações sobre o idoso saudável. Esses aspectos refletem na independência do indivíduo quando não necessita da ajuda de terceiros (Baptista, 2011 p.72) – na dignidade

de sua autonomia e na integridade tanto da estrutura psíquica quanto cognitiva. A qualidade de vida do idoso pode ser considerada, inclusive, como o resultado da capacidade de ao longo da vida, dar conta das tarefas que lhe foram solicitadas, e por sua vez, e que podem se tornar, dado o seu grau de autonomia, num facilitador para lidar com esse período de vida (Neri & Freire apud Witter, 2006). Paralelamente a estas vivências, a capacidade de “ponderar sobre uma situação pessoal difícil e de aprendizagem” (Claxton, 2005 p. 19), que requer experiência e tempo de assimilação intelectual e intrapsíquica, ou seja, a capacidade de absorver maior conhecimento também é considerado como saudável.

Dentre as mais sofisticadas e complexas propriedades que o cérebro humano possui esta a emoção, que configura-se por três aspectos básicos: sentimento, comportamento e os ajustes fisiológicos correspondentes. Estes ajustes seguem uma base de comparação característica que varia de um indivíduo para outro (Lent, 2010 p.714). De acordo com Claxton, “... aprender é em si, uma atividade intrinsecamente emocional. Daí a grande importância da resiliência e da competência para tolerar essas emoções.” Laranjeira (2007) em revisão de literatura, investigou sobre o conceito de resiliência que se incorporou “num modelo de compreensão do sujeito humano em todas as fases do seu desenvolvimento, na sua dimensão normal e patológica, inclusive no idoso.”

Não podemos esquecer que o estado afetivo-emocional exerce influência na memória e por sua vez, no processo de aquisição da aprendizagem. Essas funções assim como as demais que regulam o funcionamento global do sistema nervoso podem ser moduladas. “Isso significa que o seu funcionamento pode ser ativado ou desativado, acelerado ou desacelerado, fortalecido ou enfraquecido segundo as necessidades de cada momento.” (Lent, 2010 p.670) Considerar as mudanças físicas, cognitivas e afetivas viabiliza a continuidade do processo de aprendizagem.(Neri, 2006; Papalia, 2000, p.519). A aprendizagem envolve diversos fatores, desde o “... domínio de uma nova habilidade ou disciplina acadêmica, mas também no desenvolvimento emocional, na interação social e até mesmo no desenvolvimento da personalidade” (Hilgard, 2002 p. 256). Todos estes autores demonstraram a partir dos estudos sobre o cérebro o quanto também temos que ter esta visão sobre a capacidade plástica do cérebro no idoso, daí a necessidade de abordagens mais integradas e voltadas para a vida saudável desta população.

Acreditamos que as pesquisas sobre as relações afetivas na população idosa são fundamentais para essa visão biopsicossocial, logo os instrumentos psicológicos que avaliam estes aspectos são valiosos para tal contribuição.

É comum dizermos que no processo de velhice deve-se saber lidar com as perdas. Compreende-se que é viável viver bem na velhice quando sua estrutura psicoemocional trabalha para ressignificar e elaborar as perdas e as mudanças que se apresentam, ao longo de uma produção contínua de representações e subjetividades, ou seja, que fazem parte de um conjunto dinâmico e interconexo de componentes psicológicos. Estudar os instrumentos psicológicos que podem contribuir na avaliação desse processo é o grande desafio da Psicologia neste século.

OBJETIVO

Estudar os instrumentos psicológicos para a avaliação do idoso, investigando as considerações biopsicossocial, afetiva e cognitiva presentes ou não na utilização dos mesmos na população do idoso.

METODOLOGIA

O levantamento dos artigos científicos foi realizado à partir da bases de dados Scielo, e BVS – PSI. Utilizando termos na língua portuguesa, inglesa e espanhola. Como critério de inclusão foram considerados estudos sobre idosos que tenham cursado pelo menos a terceira série do primeiro grau, indivíduos saudáveis e maiores de 59 anos. Os seguintes descritores foram utilizados: envelhecimento, velhice, aspectos psicológicos, testes psicológicos em idosos, técnicas projetivas, aging, aged, elderes, envejecimento, adultos mayores. Não foi especificado intervalo de tempo, ou seja, não houve limite no período das investigações. Estudo de caso não foram incluídos.

RESULTADOS

Tabela 1

Resumo dos Principais Trabalhos Seleccionados, no uso de Instrumentos Voltados para Avaliação de Idosos Saudáveis

Estudo	Sujeito e método	Resultados
1. Leonardi, 2011	$n = 8$ (63-87 anos) Cx. Lúdica Critério de inclusão de sujeitos independentes	Favorece a comunicação e a aproximação à realidade; necessidade de incremento no método clínico qualitativo
2. Migliorini, 1999	$n = 26$ (60-70 anos) Aplicação AT-9; Escala geriátrica (GDS); MEEM; depressão	Recurso valioso para o autoconhecimento para a investigação do envelhecimento saudável e criativo
3. Beres, 2002	$n = 127$ (> 60 anos) Entrevista, produção gráfica e dados sociodemográfico	Possibilita adentrar o mundo interno

4. Luz & AmatuZZi, 2008	$n = 3$ (59-65 anos) Entrevista não diretiva	Permitiu conhecer e descrever, em seus aspectos cognitivos e emocionais, vivências de felicidade
5. Schwarz, 2009	$n = 10$ (60-70 anos) Entrevista diagnóstica, método Rorschach, Psicoterapia-breve Teste reteste	Benefícios com controle de ansiedade, redução do nível de crítica, e medo associado as relações interpessoais.
6. Gonçalves, 1997	$n = 14$ (69-79 anos) Entrevista clínica e prova de Rorschach	Permiti constatar a dinâmica afetiva e visão adequada de realidade, o que lhes permite manejo ativo desta.
7. Formighieri, 2007	$n = 100$ (60-75 anos) Entrevista, Teste de Pfister, (técnica projetiva), WCST,	Possível indício de preservação no que se refere à adequação à realidade. E ao funcionamento lógico formal.
8. Yassuda, 2006	$n = 69$ (>60 anos) MEEM, GDS, Escala Likerd WAIS – R; Questionário meta-memória: MAC-Q e MSEQ	Os resultados do treino de memória, foram modestos para uma intervenção de curta duração. E indicou que o uso de estratégias pode estar relacionado aos ganhos de desempenho gerados pelo treino.

9. Fortes et al., 2009	$n = 86$ (60-90 anos)	Mostrou média alta de resiliência nesta população.
	Escala de resiliência, dados sociodemográficos, MEEM, MAC-Q	

Verificamos, a partir da tabela acima que no primeiro estudo a autora propôs o trabalho inicialmente com uma caixa vazia, propiciando o movimento interno do idoso em introduzir objetos de sua preferência, “a caixa funcionou como elemento intermediário motivador que facilitou a comunicação, permitindo a livre expressão” que representam os diferentes modos de relação com a realidade.

O trabalho de Migliorini (1999) com Arquétipo-teste há Nove Elementos (AT-9) de criação de Yves Durand, permitiu o acesso a vida psíquica relacionada as questões sobre a morte e a destruição. Assuntos esses muito próximos da realidade cotidiana desta fase da vida.

Já Beres (2002), trabalhou à partir de produção gráfica e questionário construído com dez perguntas, que permitiram compreender o processo de envelhecimento. A autora considerou os aspectos socioeconômicos. Foi realizado entrevistas individuais com voluntários do projeto Universidade Aberta à Terceira Idade da USP.

À partir de uma pesquisa exploratória e descritiva (Salomon,1999) sobre experiência de felicidade na terceira idade, Luz e Amatuzzi (2008) constataram que podemos atingir a felicidade e o bem estar na fase inicial da terceira idade. É possível que esta constatação esteja relacionada, a idade dos sujeitos que se encontravam ainda muito ativos em relação, a indivíduos com mais de oitenta anos de idade por exemplo. O estudo envolveu indivíduos entre 59 e 65 anos. No entanto uma pessoa na mesma faixa etária, pode “apresentar um quadro completamente diferente” Ramos (2003), como comorbidades, déficits cognitivos ou uma psicopatologia.

O instrumento de Rorschach associado a Psicoterapia Breve no estudo realizado por

Schwarz (2009), se mostrou como uma boa forma de abordar as questões relacionadas a velhice. Entre os testes projetivos o método Rorschach ainda é o mais bem estruturado. Com relação aos testes utilizados não só no Brasil mas internacionalmente, tanto no idoso saudável como não saudável (Verdon, 2011).

Os resultados sobre a dinâmica afetiva em idosos, obtidos através do trabalho de Gonçalves com a Prova de Rorschach e entrevista clínica, apontam entre outras questões que “as condições afetivo-emocionais estão estreitamente ligadas as condições sócio-econômicas”, ou seja, compreender esta influência, permite ver este indivíduo como parte de um contexto maior, ao invés de descola-lo do seu meio.

De acordo com a normatização de Formighieri (2007) sobre o Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister juntamente com a aplicação do Teste Wisconsin de Classificação de Cartas (WCST) estes instrumentos justificam sua utilidade para avaliação dos idosos brasileiros. Foi constatado a correlação entre indicativos Pfister e Wisconsin de que “... sinais de segurança emocional nos idosos encontram-se relacionados a bons indicadores nas tarefas cognitivas.” Diante deste raciocínio compreende-se que saúde psíquica e o bom funcionamento cognitivo pertencem ao mesmo processo dinâmico, por sua vez o bom funcionamento de ambos resulta em qualidade de vida.

De acordo com pesquisas tanto de treino cognitivo de memória, apontam que o idoso saudável é capaz de aproximar seu desempenho atual do seu desempenho máximo possível, revelando plasticidade cognitiva (Verhaeghen, 2000 apud Yassuda 2006; Lira et al. 2011). Entretanto, o estudo realizado por Yassuda et al.(2006) realizado em 4 sessões de 90min., não apresentou aumento significativo no treino de memória. Desta forma foi constatado de acordo com outras pesquisas que o “ensino de estratégias mnemônicas não é um processo rápido”. Para tanto sugerem que os próximos estudos procurem diferentes tipos de intervenção, de forma que a intervenção se generalize na vida cotidiana do sujeito, e que se mantenham. No entanto, em estudo piloto com uso de ressonância magnética funcional, foi possível a constatação de intervenção específica e ganhos de curto prazo nas funções executivas, em adultos mais velhos e com elevado risco de comprometimento cognitivo. Apontando a plasticidade cerebral em idade avançada.(Michelle et al.2009).

Embora a resiliência não seja um tema comum, o estudo de Fortes (2007) contribui

não só por apresentar a Escala de Resiliência, mas por agregar conhecimento sobre esta coorte em vários aspectos, quanto a relação entre resiliência e desempenho cognitivo, e ainda às variáveis sociodemográfica, de gênero, idade, escolaridade e renda. Embora admita limitação do “... estudo ao fato de ser transversal, representando um recorte da amostra estudada, e também acabou não sendo possível saber qual fator foi determinante para a ocorrência do outro: se houve um melhor desempenho cognitivo devido à alta resiliência que o idoso possuía ou vice-versa.”

Dos estudos citados, pode-se verificar que as técnicas projetivas mostraram efeito positivo para a compreensão da mobilização intrapsíquica, que se traduz em análise de comportamentos das circunstâncias vivenciadas nas experiências de vida diária. Como consequência transforma-se em bagagem de estudos sobre os recursos do indivíduo idoso na sua singularidade. As avaliações quantitativas sobre as funções executivas são importantes por permitir a compreensão do funcionamento cognitivo, que por sua vez, possibilita a investigação dos processos psíquicos do indivíduo e sua capacidade de interação com o meio mas podemos acrescentar a estas pesquisas esta visão do potencial afetivo.

Pode-se comentar ainda, que entre novas práticas voltadas na abordagem afetiva-relacional dos idosos encontra-se a Psicoterapia Breve, ainda que seja “necessário novas adaptações teóricas e técnicas na Psicoterapia Breve voltada para as especificidades dessa clientela.” (Altman et al. 2008). O Teste de Apercepção Temática (TAT) também se mostra como um instrumento muito rico, permitindo a diferenciação entre o conteúdo latente e o manifesto. (Verdon, 2011).

DISCUSSÃO

Poucos são os estudos direcionados a população idosa saudável. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o conceito de saúde engloba: “estado de bem-estar físico, psíquico e social”. Embora este conceito seja passível de “objeções à definição de Saúde da OMS”. Para se identificar tal conceito nas diversas pesquisas encontradas no presente trabalho, foi possível verificar que, os pesquisadores em sua maioria fizeram uso

de entrevistas que permitiram a constatação da saúde e independência do sujeito. Alguns poucos estudos ainda fizeram uso de instrumentos e escalas de avaliação cognitiva, normatizados e validados para a população idosa brasileira, e reconhecidos pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) tais como: Mini Exame do Estado Mental e Escala Weschler de Inteligência para Adultos e WCST – Teste Wisconsin de classificação de cartas versão para idosos. No entanto a Escala de Depressão Geriátrica (GDS) não é mencionada pelo CFP, assim como os instrumentos de avaliação de metamemória, o Memory Self-Efficacy Questionnaire (MSE-Q) e Percepção Subjetiva de Queixa de Memória MAC-Q, para avaliação da auto-eficácia relacionada à memória e avaliação da presença de queixas de memória, respectivamente. Ainda dois estudos envolveram avaliação sócio-econômica. E um estudo fez uso de característica sociodemográfica.

Se por um lado a aplicação de testes recebe muitas críticas (Anastasi & Urbina, 2000; Ancona-Lopez, 1987 apud Noronha), ainda que em alguns casos, certos instrumentos não sejam sensíveis o suficiente para detectar a inferência sobre saúde em idosos, por outro lado, permitiu mensurar um ponto de comparação entre um antes e um depois do resultado final além do que, toda a avaliação permite uma orientação segura e livre da opinião subjetiva do profissional. No caso dos instrumentos de avaliação qualitativa, estes permitem constatar o processo interno psíquico que é peculiar a cada indivíduo, e que concomitantemente interage com o desenvolvimento biológico do organismo e com funcionamento cognitivo. Tal contribuição pode ser analisada a partir do uso complementar das técnicas projetivas.

Na presente pesquisa com exceção de apenas um estudo, os demais não intencionaram realizar uma normatização de testes para a população do idoso. Alguns testes não se encontram normatizados e validados para esta população. Em alguns casos a amostra foi muito pequena, e ou, não atenderam aos demais requisitos mínimos para o uso de instrumentos, conforme descritos na Resolução CFP nº 002/03. No entanto diante deste conjunto de registros de procedimentos, se instiga a possibilidade de serem normatizados e validados para amostra brasileira, pelo fato serem frequentemente utilizados e apresentarem fundamentação teórica e permitiu a realização destes trabalhos com esta população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora se perceba um movimento crescente de trabalhos voltados a esta população, ainda se faz necessário adaptações teóricas e técnicas confiáveis e direcionadas tanto aos idosos como aos idosos saudáveis. (Noronha, 2002, Primi, 2010, Neri, 2004).

Para se considerar um sujeito integro em sua totalidade biopsicossocial e cognitiva, propõem-se uma análise de dados mista, ou seja, tanto quantitativa quanto qualitativa, por entender que esta seria a forma mais adequada para oferecer maior credibilidade à avaliação psicológica em todo o seu “processo de caráter compreensivo” Barroso (2010), como uma “ação mais segura e adequada” Noronha (2002) durante a realização de uma pesquisa, bem como na avaliação clínica.

Foi possível observar que há uma preocupação em fazer uso dos instrumentos psicológicos para a avaliação do idoso, investigando as considerações biopsicossocial e cognitiva, por tanto sob um olhar mais globalizado, em que abordam questões psicológicas que envolvem, trabalhar com aspectos afetivo-emocional nos testes projetivos, e cognitivos nos testes quantitativos na maturidade e a velhice.

Entende-se que é necessário desenvolver métodos que permitam o idoso de expressar suas necessidades e questões por vezes difíceis de serem verbalizadas durante as consultas e a Ciência psicológica pode dar a sua contribuição através de seus instrumentos de avaliações ou de expressões de sua singularidade. Do mesmo modo, é importante atentar-se nas “...influências e das perspectivas socioculturais para que nossas intervenções com o *envelhecer bem-sucedido* não se transforme no *ideal de velhice*” (Affonso, 2010 p.141), evitando-se a busca por um padrão de modelo. Cabe ainda a Psicologia compreender o processo e atuar de forma preventiva “... no âmbito da saúde e do trabalho com o objetivo de implementar o potencial de envelhecimento bem-sucedido ...” (Neri, 2006)

REFERÊNCIAS

- AFFONSO, R.M. C. In: Macedo, Arthur R. Envelhecer com arte longevidade e saúde. pp. 134-147, 1º ed. São Paulo: Atheneu, 2010
- ALTMAN, M.; TARDIVO, L. S. ;Gil, C. Atendimento em psicoterapia breve operacionalizada a idosos. APOIAR: novas propostas em psicologia clínica SP: Sarvier
- ANTÚNES, E A. Acompanhamento terapêutico, casos clínicos e teorias. 1º ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.
- ARGIMON, I I. L.; TIMM, L. A.; RIGONI, M. S.; OLIVERA, M. S. Instrumentos de avaliação de memória em idosos: uma revisão. RBCEH – Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, Passo Fundo, 28-35 – jul./dez. 2005
- ATKINSON, Rita L.; Atkinson, Richard C.; Smith, Edward E.; Bem, Daryl J.; Nolen-Hoeksema, Susan; Smith, Carolyn D. Introdução à Psicologia de Hilgard. 13º ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- BARROSO, S. M. Avaliação psicológica: análise das publicações disponíveis na SciELO e BVS-Psi. Fractal: Revista de Psicologia, v. 22 – n. 1, p.141-154, Jan./Abr. 2010.
- BAPTISTA, C. G. In Antúnes, Eduardo Aguirre. Acompanhamento terapêutico, casos clínicos e teorias. 1º ed. p.67 São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.
- BERES, V L. G. Quando nos tornamos velhos? SP: Vetor 1ª edição
- BERGER, K. S. O desenvolvimento da pessoa da infância à terceira idade. 5º ed. Rio de Janeiro: LTC, 2003.
- CLAXTON, G. O Desafio de Aprender ao Longo da Vida. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- CFP, Conselho Federal de Psicologia <http://site.cfp.org.br/> acesso entre Agosto e Setembro de 2012
- FORMIGHIERI, M. S. B. Afetividade e funções executivas em idosos: estudo normativo com Wisconsin Card Sorting Test e Pfister. Dissertação de mestrado em Psicologia da

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP)

FORTES, T F Rh; PORTUGUEZ, M. W.; ARGIMON, I. I LA resiliência em idosos e sua relação com variáveis sociodemográficas e funções cognitivas. Estud. psicol. (Campinas) vol.26 no.4 Campinas Nov./Dec. 2009 <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2009000400006>

FRANKL, V. E. Em Busca de Sentido. 30º ed. São Leopoldo: Sinodal; Petrópolis: Vozes, 2000.

GONÇALVES, M. A dinâmica afetiva em idosos: um estudo clínico com a prova de Rorschach. Tese de mestrado na Universidade Estadual de Campinas de Ciências Médicas (UNICAMP)

LARANJEIRA, C. A. S. J Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer: revisão de literatura. Psicologia: Teoria e Pesquisa Jul-Set 2007, Vol. 23 n.3, pp. 327-332

LEONARDI, L. C. Caixa Lúdica para idosos: uma nova proposta psicodinâmica. Dissertação de mestrado em Psicologia no Instituto de Psicologia Universidade de São Paulo (USP)

LENT, R. Cem Bilhões de Neurônios. 2º ed. São Paulo: Atheneu, 2010.

LIRA, J O.; RUGENE, T.; MELLO, P. C. H. (2011) Desempenho de idosos em testes específicos: efeito de grupo de estimulação. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol, Rio de Janeiro, 2011; 14(2):209-220

LUZ, M M. C.; AMATUZZI, M. M. Vivências de felicidade de pessoas idosas. Estudos de Psicologia I Campinas I25(2) I 303-307 I abril/junho

MARTINS, M, S. O trabalho do psicólogo na clínica de geriatria: relato de experiência em saúde e desenvolvimento humano. Dissertação de mestrado para título em Psicologia no Instituto de Psicologia Universidade de São Paulo (USP), 2011

MICHELLE C. C; Kirk I. ERICKSON; AF. KRAMER; M W. VOSS; N. B.; M. MIELKE; Evidence for Neurocognitive Plasticity in At-Risk Older Adults: The Experience Corps Program. Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES Cite journal as: J Gerontol A

Biol Sci Med Sci 2009 Vol. 64, nº12, 1275-1282 DOI: 10.1093/Gerona/glp117, 2009.

MIGLIORINI, W J. M. Imaginário e envelhecimento. Tese de doutorado Instituto de Ciências e Biomédicas Universidade de São Paulo (USP)

NERI, A L. Contribuições da psicologia ao estudo e à intervenção no campo da velhice. RBCEH – Revista de Ciências do Envelhecimento Humano, Passo Fundo, 69-80 – jan./jun. 2004

NERI, A. L. O legado de Paul B. Baltes à psicologia do desenvolvimento e do envelhecimento. Temas em Psicologia –, Vol. 14, nº 1, 17-34, 2006

NORONHA, A.P.P. Os problemas mais graves e mais frequentes no uso dos testes psicológicos. Psicologia: Reflexão e Crítica, 15(1), pp. 135-142, 2002.

PAPALIA, D.E.;OLDS, S. W. Desenvolvimento Humano. 7º ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

PONTES, L.M. M.; HÜBNER, M. M. C. A reabilitação neuropsicológica sob a ótica da psicologia comportamental (revisão de literatura) Rev. Psiq. Clín 35 (1); 6-12, 2008

PRIMI, R. Avaliação psicológica no Brasil: fundamento, situação atual e direções para o futuro. Psicologia: Teoria e Pesquisa , vol. 26 n. Especial, pp. 25-35, 2010

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(3):793-798, mai-jun, 2003

SALOMON, D. V. Como fazer uma monografia.9º ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. Revista de Saúde Pública vol.31 nº 5 Out./97 p.538-42 Recuperado em 02/09/12 www.scielo.com.br

SCHWARZ, L. R. Envelhecer: a busca do sentido da vida na terceira idade. SP: Vetor 1º edição

STUART-HAMILTON, I. A Psicologia do Envelhecimento: uma introdução. 3º ed. Porto Alegre: 2002.

UNIC RIO, Centro de Informação das Nações Unidas , 2011.

VERDON, B.T The Case of Thematic Tests Adapted to Older Adults. © 2011 Hogrefe Publishing Rorschachiana 32, 46–71 DOI: 10.1027/1192-5604/a000015

WITTER, G. Po. Tarefas de desenvolvimento do adulto idoso. Estud. psicol. (Campinas) [online]. vol.23, n.1, pp. 13-18. ISSN 0103-166X, 2006

YASSUDA, M.S.; BATISTONI, S. S. T.; FORTES, A.G.; NERI, A.A L. Treino de Memória no Idoso Saudável: Benefícios e Mecanismos. Psicologia: Reflexão e Crítica, 19 (3), 470-481, 2006

Condições Psíquicas para a Irrupção da Toxidade na Adolescência e para a Fixação nos Nomes-do-Pior

Cláudia Henschel de Lima¹⁶⁸

Considerações Iniciais

O objetivo deste trabalho é abordar a passagem da infância para a adolescência como momento lógico de efetuação da estrutura psíquica pela formação da parceria amorosa, localizando que nesse mesmo momento, pode ocorrer no avesso da formação da parceria amorosa, a irrupção da toxidade da pulsão e suas formas atuais de apresentação clínica: toxicomania, depressão, anorexia.

O estabelecimento da direção de tratamento para esses casos exige a investigação dos efeitos do discurso capitalista, como variante do discurso do mestre, a fim de não cedermos à tentação do DSM de dar consistência excessiva às identificações monossintomáticas: transtorno por uso abusivo de substâncias, transtorno depressivo, transtorno alimentar.

Penso que *A Teoria do Parceiro*, Miller (2000), é uma boa referência para esclarecer o estatuto do sintoma para a psicanálise e romper epistemologicamente com o espectro do monossintoma. Miller (2000) define duas dimensões do sintoma: o núcleo de gozo autista e os envoltórios formais do sintoma. São esses envoltórios que se fundamentam no discurso da época, conforme indicações de Jacques Lacan em 1953. É por isso que, no avesso do empuxo à direções de tratamento prescritivas para monossintomas, a psicanálise defende que a direção de tratamento está fundamentada nas modalizações do dizer de cada sujeito

¹⁶⁸ Professora Adjunta do Departamento de Psicologia da UFF.ICHS. Volta Redonda. Coordenadora do laboratório de Investigação das Psicopatologias Contemporâneas. Membro da AUPPF.

que possam indicar um diagnóstico de estrutura. Nos casos específicos de uso de substância investiga-se:

O ponto de desestabilização do funcionamento psíquico que conduz ao recurso de substâncias.

A natureza desse recurso: se é uma modalidade de defesa contra a toxicidade da pulsão ou se resulta da forclusão do Nome-do-Pai.

Um Ponto de Anomia que marca o Destino da Modernidade

Em *Psicologia de Grupo e Análise do Eu* (Freud, 1976c) Freud fizera do pai o ideal em torno do qual gravita o processo identificatório, resultando no recalçamento das pulsões e na constituição da subjetividade. Todavia, as preocupações demonstradas por Freud em diversos momentos de sua produção clínico-conceitual (1976b; 1976c; 1976d; 1976e; 1976f), relativas ao impacto da modernidade, deixam entrever uma relação conflituosa entre a experiência subjetiva e o ideal. Em momentos distintos, Freud problematiza a incidência do ideal na experiência subjetiva através do declínio dos semblantes do pai conforme podemos depreender, por exemplo, da passagem de *As Perspectivas Futuras da Terapêutica psicanalítica* (1976b, p.138), anterior a *Psicologia de Grupo e Análise do Eu*:

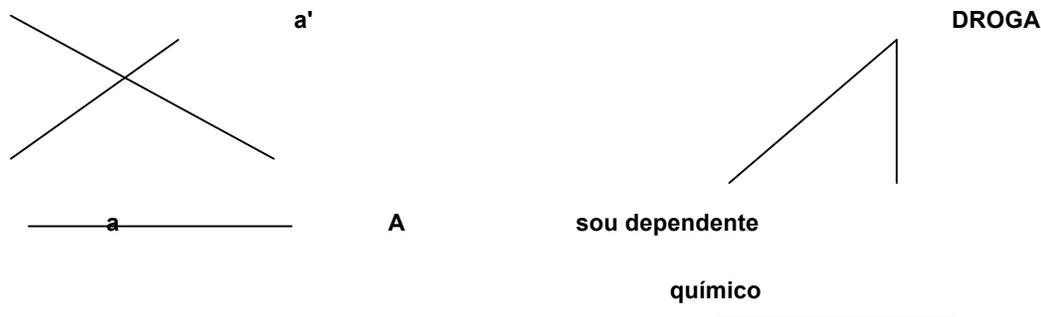
“Vocês não temam exagerar a mania de autoridade e a inconsistência interna dos seres humanos. Poderia proporcionar-lhes um padrão para medi-las, a extraordinária multiplicação das neuroses desde que as religiões entraram em decadência”.

De fato, Freud constatara pela clínica da neurose histérica e obsessiva, que o sujeito fizera do pai, o núcleo de uma relação sintomática, alternando entre admiração-ideal e rivalidade-culpa. Sendo assim, apesar de Freud (1976c) conceber o pai como instância de transmissão da lei, como bússola de orientação para o sujeito, o sentimento de rivalidade-culpa acaba por evidenciar o modo desregulado e imperativo de funcionamento da lei. Esse ponto de discordância conduz Freud (1976d) a decompor o pai em duas instâncias o ideal do eu e o supereu – e a concentrar no supereu a dimensão imperativa, pulsional, da lei. Dessa forma, a preocupação freudiana com o impacto da modernidade na experiência

subjetiva, é inseparável da constatação de que o pai enquanto unidade em torno do qual gravitam as identificações recuou em nome de sua divisão entre o ideal do eu e o supereu. Nesta divisão, é possível situar o ponto de anomia da lei que faz do ingresso do sujeito na sociedade uma exigência desmedida de renúncia da satisfação pulsional. O destino da modernidade se revela nesse ponto de anomia deixando entrever a ocorrência de um fenômeno que, desde então, ganhará aprofundamento: decomposição do pai; pulsão como bússola de orientação para o sujeito. Essa hegemonia da pulsão tem impacto sobre a efetuação da estrutura psíquica na passagem da infância para a adolescência, conforme é possível concluir a partir da argumentação de Lacan em *Os Complexos Familiares* (2003). A partir da irrupção do empuxo à errância e do suicídio, o desencadeamento de sintomas somáticos graves (os transtornos alimentares nas chamadas neuroses digestivas), Lacan investiga a ocorrência de uma anomalia na operatividade do Nome-do-Pai, articulando-a à ascensão dos distúrbios pulsionais no lado materno desde a ternura excessiva até a severidade muda. Na linha de investigação do estatuto do Nome-do-Pai na modernidade, Jacques-Alain Miller (2000), aborda o declínio do amor e o efeito de desenraizamento causado pelo transbordamento da pulsão mais mortífera no nível do ideal. Com essas indicações, podemos interrogar se o recurso à substância não obedeceria a esse quadro de empalidecimento do Ideal, e do acesso ao inconsciente através do parceiro, e de ascensão da toxidade da pulsão.

Em um debate sobre os determinantes psíquicos da toxicomania, Miller & Laurent (1997), retomam o Esquema L, elaborado por Lacan em *A Carta Roubada* (1998) para mostrar como a ruptura da parceria simbólica com o ideal (eixo A), é correlata a pregnância do eixo imaginário em que vigora a relação transativista entre o sujeito e o objeto (eixo a-a').

Figura 1. Consumo de Drogas no Esquema L (Miller & Laurent, 1997)



A ruptura com o Outro, a pregnância do eixo imaginário, a invasão da satisfação pulsional, livre da regulação pelo ideal explica o favorecimento das passagens ao ato, específicas do recurso abusivo às substâncias psicoativas: a overdose, os atos de violência associados aos efeitos paranóicos de drogas como o *crack*, as recaídas.

De fato, essa organização psíquica não possui, através do Nome-do-Pai, um recurso para lidar seja com as próprias modificações e sentimentos decorrentes da transformação puberal que a conduzirão à vida adulta, seja com as demandas excessivas do Outro social. É nesse momento que se dá o recurso à droga, e em especial ao *crack*, que funciona produzindo a hiperatividade típica do consumidor desta droga – em contraposição aos sentimentos típicos de depressão da adolescência – e o semblante de indivíduo perigoso (o “cracudo”), na contramão da lei, em ruptura com o Outro, em oposição a uma experiência subjetiva de completo desamparo e abandono.

Adolescência e Consumo de Drogas.

A figura 1 aborda os efeitos da toxicidade pulsional a partir do nível de operatividade do NP. Se retomarmos o tema das transformações da adolescência, trabalhado por Freud em *Os Três Ensaios sobre a Sexualidade* (1976a), localizamos nesse momento a condenação do objeto parental como objeto de investimento pulsional e a divisão subjetiva entre os objetos sexuais e os pais. Nesse estilo do tempo presente, a constituição de outros laços

externos à relação com os pais, se torna fundamental para o exercício da significação fálica:

“(...) oferecer um substituto da família e despertar o interesse pela vida fora dela, no mundo (...) o direito de se atrasar em certas fases, mesmo desagradáveis, do desenvolvimento. Ela não deve reivindicar para si a inexorabilidade a vida; não deve querer ser mais do que parte da vida.” (Freud, 1905, p. 132).

Viganó (2006, 2008) retoma esse eixo central da argumentação freudiana sobre o tempo da adolescência para a abordagem dos determinantes psíquicos do recurso à substância localizando, nesses casos, a ocorrência de uma interrupção na efetuação da estrutura psíquica. Isso quer dizer que, no momento em que o sujeito pode fazer o exercício da significação fálica instrumentalizando seu corpo na sexualização, decidindo por uma parceria amorosa, eclode uma dificuldade de organizar o grande tumulto das pulsões parciais e uma inibição em fixar-se no campo laço social. Então, a substância torna-se seu universo de referência, no ponto em que a significação fálica se mostra em declínio:

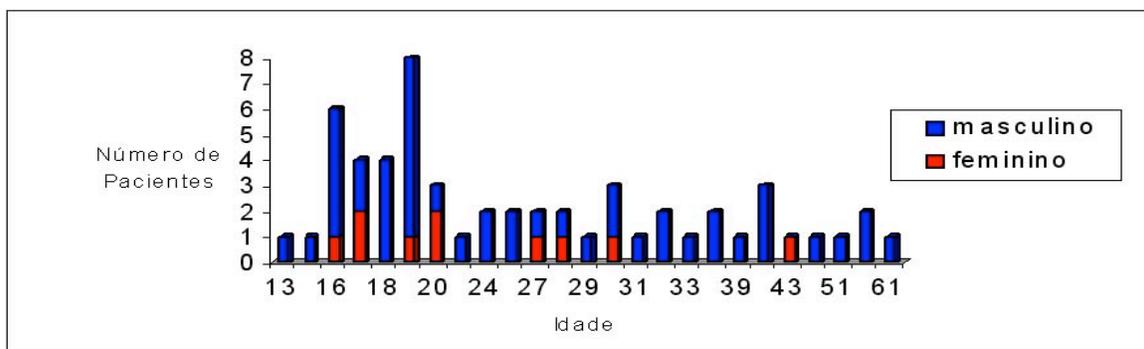
“Muitos jovens advertem que não têm os instrumentos subjetivos, isto é, uma vida inconsciente para afrontar a prova. Tendem, então, a prolongar a latência ou se bloqueiam depois da primeira tímida tentativa de sedução. Esse bloqueio está na base das freqüentes depressões na adolescência. São difíceis de tratar porque o sujeito se encontra impossibilitado de falar dele, não pode elaborar a perda de um objeto que nem mesmo pode fantasiar. Por essa razão, ele viverá unicamente um sentimento de inferioridade ou de diversidade no confronto com os seus contemporâneos. A depressão que acompanha a puberdade pode ser a ocasião para inserir-se na via do uso dependente de um objeto ou de um comportamento. A fim de compreender o mecanismo desse uso, devemos ter em conta

que o remanejamento pulsional em seguida à puberdade é acompanhado da necessidade social de encontrar uma identidade sexuada. É a partir dessa exigência que se explica o recurso a uma prótese, ao objeto da dependência.” (Viganó, 2008, p.7)

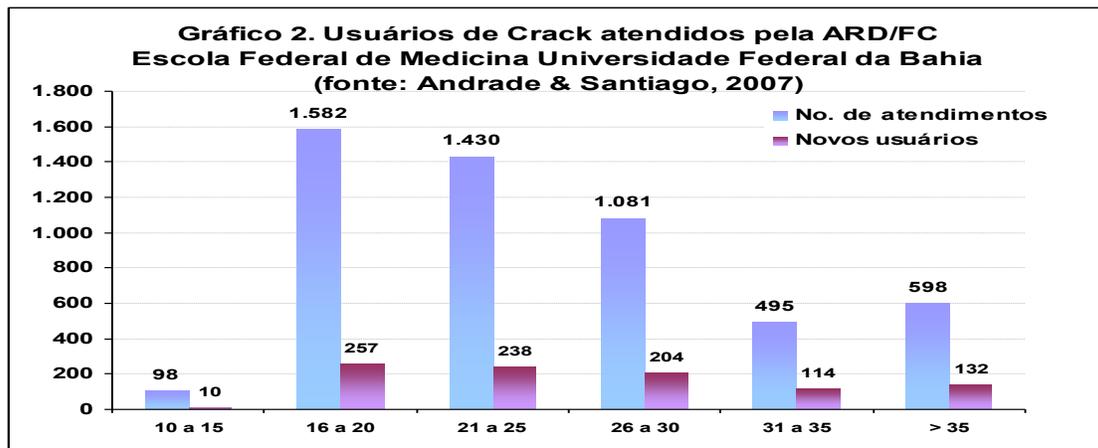
Viganó (2008) segue a linha de argumentação traçada por Miller (2000) ao definir a formação de uma dependência no ponto em que o sujeito, no início da adolescência, não encontra recursos para lidar com o remanejamento pulsional (da satisfação autoerótica da infância para a parceria amorosa e o estabelecimento do laço social mais amplo) típico deste momento.

Os dados estatísticos, oriundos do estudo conduzido pela Clínica de Atendimento Multidisciplinar à Prevenção e ao Tratamento das Toxicomanias do Centro Universitário Newton Paiva – Belo Horizonte (CAMT), entre os anos de 2000 e 2002, reforçam a localização da dependência às substâncias psicoativas ao longo da adolescência.

Gráfico 1. Perfil de sexo e idade dos pacientes atendidos na Clínica de Atendimento Multidisciplinar à Prevenção e ao Tratamento da Toxicomania no período de 10/00 a 11/02 (Mello, Ruas, Mateus & Silva, 2002).



Um outro dado estatístico que confirma a localização da dependência na adolescência resulta da pesquisa recente, conduzida pela Escola Federal de Medicina da Universidade Federal da Bahia (Andrade & Santiago, 2007) tendo como base o fluxo de atendimento de usuários de crack pela Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti (ARD/FC):



Os dados apresentados no gráfico 2 mostram a elevada concentração, na Bahia, de usuários de *crack* na faixa etária entre 16 e 20 anos sendo que seu marco de consumo está localizado na faixa etária entre 10 e 15 anos. Lacadée (2011) propõe a denominação *estilo do tempo presente* ao tempo da adolescência em que se é mais sensível ao que se ouve e à tudo o que lhe acontece. Os dados dos gráficos 1 e 2, não só localizam o recurso à droga na passagem da infância para a adolescência como também evidenciam pela fixação deste recurso, o estilo do tempo presente daquele que está em situação de rua: isolamento social, degradação dos cuidados com o corpo, comportamento sexual de risco, incremento da atividade ilícita (roubo, tráfico), anorexia, sentimento paranóico e passagens ao ato associadas a esse sentimento. Retomando a argumentação de Lacan, em *Os Complexos Familiares* (2003), constatamos que ela aponta para a causalidade dessa apresentação sintomatológica no impasse entre o ideal e o objeto, localizando esse impasse na ascensão

de uma nova economia da relação familiar:

1 do lado da mulher: verifica-se a ocorrência de uma desestabilização da pulsão, verificada na progressão desmedida dos cuidados maternos desde a ternura excessiva até a segura paradoxal de uma severidade muda.

2 do lado do homem: constata-se uma anomalia na operação de regulação do investimento pulsional da mãe sobre a criança, destituindo-a de significação fálica e mantendo-a aprisionada ao objeto do fantasma materno.

Esta indicação de Lacan (2003) esclarece a ascensão da criança como objeto mais-gozar, no ponto em que o homem recua na regulação do investimento pulsional da mulher.

Considerações Finais: o Consumo de Crack e o Destino para o Pior na Modernidade.

Neste trabalho, a irrupção da toxidade foi localizada no ponto em que deveria se instalar as condições para o estabelecimento da parceira amorosa.

O ensino de Lacan caminha no sentido de pensar se é possível da posição subjetiva de objeto mais-gozar, ter acesso as condições que permitirão o remanejamento pulsional para a parceria amorosa. Andar cambaleante pelas ruas, dopado com *Thinner* ou hiperativo pelo *crack* evidencia uma certeza que fixa a existência de quem vive em situação de rua numa versão do mais-gozar: ser débil ou ser perigoso, viciado, crackeiro. Referindo-se a subjetividade contemporânea, Miller (2005) assinala sua dependência ao objeto *a*, a bússola da civilização atual. Crianças e jovens em situação de rua não escapam a esse modo de organização, apresentando-se em uma vertente distinta do Ideal, definido por Freud em 1914: encarnam a versão dejetivo do objeto *a*, ocupando o lugar de refugio no discurso capitalista contemporâneo e submetendo-se, em sua estrutura subjetiva, à exigência superegóica mais tóxica. A direção argumentativa desta apresentação permitiu evidenciar que a preponderância da desregulação pulsional e a ausência de instrumentos subjetivos,

isto é, uma vida inconsciente que oriente a formação da parceria amorosa, sustenta estruturalmente a fenomenologia que habita crianças e jovens em situação de rua. É, portanto, população infanto-juvenil em situação de rua porque:

1. Estão destituídos da proteção dos significantes que compõem o Outro.

2. Servem-se de seu corpo, da degradação de seu cuidado, da marca de seu abandono, para encarnar o lugar radical de exceção, de dejetos, na sociedade.

3. Estão fixados em uma certeza que orienta sua existência na situação de rua: ser débil ou ser perigoso, viciado, *zumbi*, *cracudo*.

Tais certezas compõem os *nomes-do-pior* (Lacadée,2006) na contemporaneidade.

Referências Bibliográficas

ANDRADE, T.M. & SANTIAGO, L. *A farmacologia social do Crack: o uso de pitilho.(um cigarro contendo crack e maconha) por jovens vivendo em bairros pobres da cidade de salvador . Bahia*. Bahia: Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti ARD-FC. Faculdade de Medicina da Bahia/Universidade Federal da Bahia, 2007. (Projeto financiado pela Secretaria de Saúde do Município/ Prefeitura de Salvador).

FREUD, S. **Os Três Ensaios sobre a Sexualidade**, In _____Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de janeiro: Imago, 1976a. Vol. XI, p. 127-140.

FREUD, S. **As Perspectivas Futuras da Terapêutica Psicanalítica**. In _____Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de janeiro: Imago, 1976b. Vol. XI, p. 127-140.

FREUD, S. **Psicologia de Grupo e Análise do Eu**. In _____Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de janeiro: Imago, 1976c. Vol. XVIII, p.

91-184.

FREUD, S. **O Ego e o Id.** In _____Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1976d. Vol. **XVIII**, p. **91-184**.

FREUD, S. **O Futuro de uma Ilusão.** In _____Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1976e. Vol. XXI, p. 15-80.

FREUD, S. **O Mal-Estar na Civilização.** In _____Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1976f. Vol. XXI, p. 81-178.

LACADÉE, P. A modernidade irônica e a cidade de Deus. In *Curinga. Invenções Paternas*. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise. Vol 1, n.23, novembro -2006, p. 35-54.

LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1998.

LACAN, J. **Os Complexos Familiares na Formação do Indivíduo** (1938). In *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2003.

MILLER, J.A. **A Teoria do Parceiro** (1997). In Monteiro, E. e Avellar Ribeiro, V. *Os Circuitos do Desejo na Vida e na Análise*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2000.

MILLER, J.A. & LAURENT, E. **El Otro que no Existe y sus Comitês de Ética**. Buenos Aires: Paidós, 1998.

VIGANÓ, C. **O Despertar Difícil**. Palestra promovida pelo Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais – IPISM-MG e Associação Mineira de Psiquiatria – AMP. Minas Gerais: Associação Médica de Minas Gerais, 1998. Inédito.

VIGANÓ, C. Dependências Patológicas. In *Latusa Digital*, ano 5, n. 33, 1-13, junho 2008. Acessado em: www.latusa.com.br . Acessado em 11/09/2011.

BRAIER, E. A. **Psicoterapia Breve de Orientação Psicanalítica**. Trad. IPEPLAN. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

GILLIÈRON, E. **As Psicoterapias Breves**. (V. Ribeiro, Tradução) Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1983

MURRAY, H.A. T.A.T.: Teste de Apercepção Temática. 3.ed. Adaptado e ampl.. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

OLIVEIRA, I.T. **Psicoterapia Psicodinâmica Breve: dos precursores aos modelos atuais**. Psicologia: Teoria e Prática, 1999.

SANTEIRO, T.V. **Psicoterapias Breves Psicodinâmicas: produção científica em periódicos nacionais e estrangeiros (1980/2002)**. Campinas: PUC-Campinas, 2005

SILVA, M.C.V.M. **TAT: aplicação e interpretação do teste de apercepção temática**. São Paulo: EPU, 1989.

YOSHIDA, E.M.P.; ENÉAS, M.L.E. (org.). **Psicoterapias Psicodinâmicas Breves: Propostas atuais**. Campinas: Editora Alínea, 2004.

Ações de Prevenção contra Violência Doméstica, Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes

Eduardo Pan

Luciana Sanches

Marli de Oliveira

RESUMO

A Espinha dorsal do Polo de Prevenção à Violência Doméstica, Abuso e Exploração Sexual de Criança e Adolescente na Liga Solidária é desenvolver ações de prevenção a qualquer tipo de violência. O foco do trabalho é com crianças e adolescentes. As ações estão direcionadas em ensina-las a se auto-proteger de qualquer tipo de risco. Realizamos um trabalho contínuo de sensibilização junto às famílias nos campos da percepção e orientação. A perspectiva do trabalho favorece que os componentes familiares consigam perceber possíveis sinais e sintomas que uma criança possa vir manifestar caso tenha sido abusada. É fundamental também sensibilizar e informar os profissionais das áreas da saúde, educação e assistência social que atuam diretamente com o público infanto-juvenil. O trabalho com a prevenção desdobrou em ações de intervenção, ou seja, ações preventivas que possibilitam a denúncia, a quebra do pacto do silêncio. O Polo acolhe as vítimas realizando atendimentos psicossociais, objetivando buscar resolutividade as dificuldades enfrentadas. A estratégia é organizar um fluxo personalizado junto à rede de serviços, para garantir que todos os atendimentos e procedimentos necessários sejam realizados, procurando garantir a funcionalidade da Rede.

Palavras-chaves: violência doméstica; prevenção; intervenção; articulação; mobilização; sensibilização em rede.

A Espinha dorsal do Polo de Prevenção à Violência Doméstica, Abuso e Exploração

Sexual de Criança e Adolescente na Liga Solidária é desenvolver ações de prevenção a qualquer tipo de violência. O foco do trabalho é com crianças e adolescentes. As ações estão focadas em ensiná-las a se auto proteger de qualquer tipo de risco, incluindo muitas rodas de conversas promovendo reflexões e o entendimento sobre este fenômeno. Como estratégia e objetivando maior alcance e resultado, realizamos também um trabalho contínuo de sensibilização junto às famílias nos campos da percepção e orientação. A perspectiva do trabalho favorece que os componentes familiares consigam perceber possíveis sinais e sintomas que uma criança possa vir manifestar caso tenha sido abusada.

Segundo Azevedo e Guerra (1998), mudanças extremas súbitas e inexplicadas no comportamento infanto-juvenil como: perda ou ganho de apetite, mudanças de humor, frequentes pesadelos, regressão no comportamento, isolamento, agressividade ou mau desempenho escolar podem indicar que a criança ou adolescente está sofrendo algum tipo de violência.

Para Batista e França (2007), é através da família que temos acesso ao mundo. Neste espaço recebemos informações que nos dirão quem somos e as expectativas que possuem sobre nós. Segundo os autores, a família funciona como uma “[...] unidade básica de desenvolvimento e experiência, onde ocorrem situações de realização e fracasso, saúde e enfermidade”(p.117).

É fundamental também sensibilizar e informar os profissionais das áreas da saúde, educação e assistência social que atuam diretamente com o público infanto-juvenil. Esta atuação deve existir nos três níveis de prevenção:

Prevenção primária: Desenvolver estratégias de sensibilização dirigida a toda a população.

Prevenção secundária: identificar sinais de riscos possibilitando ações diretas de intervenção para cada caso específico.

Prevenção terciária: Atendimento especializado direcionado para as vítimas e seus familiares, possibilitando tratamento das consequências advindas da violência sofrida (AZEVEDO E GUERRA, 1995).

Desde 2008, ano em que este programa foi implantado, desenvolvemos diversas ações de prevenção, tais como: oficinas de cultura de paz para crianças e adolescentes e suas respectivas famílias; capacitação para os profissionais da Rede de Serviço; oficina de Comunicação Não-Violenta para os educadores dos Centros de Educação Infantil desta organização. Outra grande e importante ação de prevenção envolve toda a comunidade do entorno do Complexo Educacional Educandário Dom Duarte, é a realização da Caminhada pela Paz – que acontece anualmente desde 2009 todo dia 18 de maio – Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual contra Crianças e Adolescentes. No primeiro ano, participaram 800 pessoas e em 2012, realizamos a 4ª Caminhada com a participação de 1650 pessoas. Este evento é organizado pela Liga e seus parceiros da Rede, que mobilizam educadores, técnicos, gestores, diretores, professores, agentes de saúde, enfermeiros, médicos, crianças, adolescentes, adultos e idosos.

Todas estas ações são desenvolvidas por uma metodologia que abrange conhecimento teórico do fenômeno da violência; características da vítima que sofreu o abuso; utilização de jogos cooperativos; dinâmicas de grupos que leva sempre a reflexão; recursos de teatro com exercícios que proporcionam a concentração e facilita o entendimento do assunto abordado, a improvisação teatral que trabalha com a imaginação, criatividade, comunicação, timidez e o envolvimento possibilitando que o participante vivencie a compaixão e a empatia, eliminando qualquer possibilidade de julgamento.

Para Viola Spolin (2008) o jogo é uma boa forma natural de um grupo desenvolver a sua liberdade pessoal que permite experienciar outras sensações e emoções no próprio momento em que as pessoas estão jogando, propiciando diversão ao máximo e recebendo estímulo que o jogo oferece, e este é o exato momento em que o jogador está verdadeiramente aberto para recebe-las.

Ações de Intervenção

O trabalho com a prevenção desdobrou nas ações de intervenções, ou seja, ações preventivas possibilitam a denúncia, a quebra do pacto do silêncio, tão tenebroso para uma

criança, que é manipulada pelo adulto a não revelar o “segredo”.

Para Silva (2002) os profissionais que atuam com crianças deram um grande passo na nossa legislação combatendo a violência intrafamiliar contra criança e adolescente que eticamente se compromete defendendo a integridade física e mental das vítimas.

Portanto, o Polo também acolhe as vítimas realizando atendimentos psicossociais, com o objetivo de buscar resolutividade as dificuldades enfrentadas quando sofrem algum tipo de violência. Para amenizar a revitimização, organizamos um fluxo personalizado junto à rede de serviços, para garantir que todos os atendimentos e procedimentos necessários sejam realizados, procurando garantir a funcionalidade da Rede e a mínima exposição a vítima.

Realizamos estudos de casos que nos possibilita uma melhor compreensão das situações de violência que chegam à triagem. Desta forma, conseguimos realizar encaminhamentos mais adequados para cada situação, evitando que a vítima não recaia num ciclo de repetições e lembranças dos atos de violência sofridos quando tem que repeti-los em relatos para outros profissionais. Esse processo os especialistas definem como “revitimização” que pode agravar o trauma quando esse atendimento é realizado sem cuidados e humanização por parte dos profissionais da rede de serviços, que expõe a vítima mais uma vez a dor e ao sofrimento. Essa falta de sensibilidade e sigilo pode estigmatizar ainda mais a criança ou o adolescente.

Portanto consideramos importante atuar juntamente com todos os profissionais que estão envolvidos no caso (saúde, educação, assistência social). Isto favorece a interlocução e consolida o trabalho em Rede, minimizando a revitimização da pessoa que está sofrendo a violência. Participam do Estudo de Casos os técnicos, gestores, profissionais de outros programas da Liga, parceiros da Rede envolvidos no caso.

Contamos com o suporte técnico e emocional de uma supervisão externa, que proporciona aos técnicos do programa uma melhor reflexão sobre os casos e os procedimentos mais adequados a serem adotados, para que os técnicos possam realizar e/ou dar andamento aos encaminhamentos dos casos atendidos.

Para realizar ações de intervenção, contamos também com alguns profissionais

voluntários da Liga que são essências suporte nos atendimentos, encaminhamentos e a resolutividade dos casos atendidos, são eles: o Instituto D'Accord na mediação de conflitos que auxiliam as partes conflitantes a fazerem concessões recíprocas no sentido de chegarem a um acordo, sem utilizar de agressões evitando a prática da violência; o GEV – Grupo de Estudo de Violência, são terapeutas familiares que atendem as famílias em situação de violência ou casos cuja dinâmica familiar é violentada imperceptível, são atendidas no programa, facilitando a participação dos componentes familiares e garante que todos vivenciem o processo terapêutico, fundamental para reestabelecer as relações intrafamiliar; o grupo de advogados voluntários da OAB, que prestam atendimentos jurídicos aos casos de violência que necessitam serem encaminhados, assessorando assim a equipe técnica responsável pelos atendimentos.

Destacando o trabalho em Rede

No campo da prevenção à violência doméstica e sexual, é impossível atuar isoladamente nos casos, sem uma articulação com a Rede de Serviços. Não basta focar somente nos encaminhamentos ou então cada serviço desta Rede (saúde, educação, assistência social e outras organizações envolvidas no caso). É importante também uma articulação que permita aprofundar o estudo de caso até encontrar uma resolutividade. Este processo também contribui para o refinamento da atuação de todos os atores sociais que atuam nesta área. Para esta articulação acontecer é necessária a disponibilidade de cada parceiro, é desta forma que todos estarão efetivamente envolvidos no caso.

Assim sendo a rede de apoio é um dos principais fatores sociais de proteção. Essa rede pode ser composta por pessoas significativas no âmbito familiar, envolvendo relações de trabalho, amizades, vizinhança e toda rede de serviço as quais as pessoas tenham acesso. Para Lima (2009) a rede “[...] é fundamental no processo de reestruturação familiar, visto que, a partir da denúncia instala-se uma crise nas relações familiares, a qual exigirá apoio, compreensão e afeto”(p.52).

Ao longo destes anos de atuação no Polo de Prevenção à Violência Doméstica, percebemos que é necessário neste trabalho de Rede que um dos parceiros desempenhe o

papel de moderador, no sentido de facilitar os processos que são gerados nas discussões e reflexões. Desta forma, facilita a integração com toda a Rede de Serviços.

Neste sentido procura-se tomar o máximo de cuidado para que não haja hierarquização e centralização nas discussões.

Nossa metodologia nos atendimentos naturalmente assumiu o papel de facilitador, pela missão da Liga Solidária no campo do trabalho profilático e também fazer o acolhimento das pessoas que são vítimas deste fenômeno, a violência.

No início das atividades implementadas pelo Polo de Prevenção, os parceiros da Rede, faziam apenas os encaminhamentos dos casos, achando que a sua responsabilidade terminava ali. Eles não tinham a visão do “compartilhar”. Este foi um dos nossos grandes desafios para implantar a nossa Rede, denominada por “Rede Comunitária”, que integra todas as unidades básicas de saúde, escolas públicas, conselho tutelar, CREAS e outros serviços do distrito Raposo Tavares.

Compartilhar é acima de tudo se dispor a “olhar” os casos, por várias lentes compondo os saberes, sem hierarquizar a discussão. Buscar encaminhamentos assertivos acolhendo as vítimas de violência possibilitando a reestruturação familiar.

Este processo só é possível, com “atitude”, crença no outro, pré-disposição no estabelecimento do diálogo com a Rede e acreditar que é possível.

REFERÊNCIAS

- AZEVEDO, M. A. e GUERRA V. N. A. **Violência doméstica na infância e na adolescência**. São Paulo, Robe Editorial, 1995.
- AZEVEDO, M. A. e GUERRA . V. N. A. Com Licença vamos à Luta. Projeto de Cooperação Ministério da Justiça/UNESCO, 1998.
- BATISTA, S. M.; FRANÇA, R.M. Família de pessoas com deficiência: desafios e superação. **Revista de Divulgação Técnico-científica do ICPG**, v.3n.10 p.117-121, 2007.

FERRARI, D. C. A.; VECINA, T. C. C. O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática.

In Silva, M.A.S. **Violência contra crianças-quebrando o pacto do silêncio**. São Paulo: **Ágora**,2002.

LIMA, C.M. **Infância Ferida: os vínculos da criança abusada sexualmente em seus diferentes espaços sociais**. Curitiba, Juruá 2009.

MALDONADO, M. T. **Os construtores da paz: caminhos da prevenção da violência**. São Paulo: Moderna, 2004.

OSÓRIO, L.C. **Família hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas,1996.

SPOLIN, V. **Improvisação para o teatro**; [tradução e revisão Ingrid Koudela e Eduardo José de Almeida Amos]. São Paulo: Perspectiva,2008.

Família e Negligência

*Viviane Souza da Silva*¹⁶⁹

RESUMO

O presente artigo discute a questão da violência em sua forma mais recorrente: a negligência, com o objetivo de apresentar informações sobre as famílias de crianças que receberam a medida de Acolhimento Institucional em um município do Estado de São Paulo. A negligência é a forma de violência mais frequente nos casos de crianças em Acolhimento Institucional e seus contextos familiares estão permeados das múltiplas expressões da questão social: vulnerabilidade, pobreza, baixa escolaridade, desemprego, dependência química, entre outras. A metodologia utilizada na elaboração deste trabalho é a pesquisa documental dos registros de atendimento elaborados por uma assistente social e uma psicóloga, responsáveis pelo acompanhamento das famílias cujos filhos estão em Acolhimento Institucional. Os documentos foram selecionados a partir do período compreendido entre os meses de maio a outubro de 2010, período este em que foram elaborados os planos individuais de atendimento, sendo pesquisado o total de 22 crianças, em dez famílias distintas, tendo como critério a identificação da negligência como motivo para o Acolhimento Institucional. Inicialmente discutimos os conceitos de família e de negligência, cujo embasamento teórico foi construído a partir das produções de Carvalho e Almeida (2003), Kaloustian (2002), Costa (2006), Pfeiffer e Hirschheimer (2010) e Pires e Miyazaki (2005), dentre outros autores. A pesquisa resultou na definição das principais demandas das famílias de crianças vítimas de negligência, principal motivo gerador do Acolhimento Institucional e conclui sobre a necessidade de um trabalho de acompanhamento sistemático para estas famílias, a fim de possibilitar a redução do número de crianças acolhidas institucionalmente.

Palavras-Chave: família, negligência, acolhimento institucional.

¹⁶⁹ Assistente Social, Especialista em Políticas Sociais e Trabalho Social com Famílias pela Universidade de Taubaté (UNITAU), email: vivianesouza.social@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

Ao se discutir sobre a família em seus diversos contextos emergem outras temáticas em torno desta realidade, sobretudo em relação àquelas famílias que estão em situação de vulnerabilidade social¹⁷⁰. Uma das temáticas emergentes é a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, em suas diversificadas formas: sexual, física, psicológica e negligência.

Por vezes, diante da fragilização a que estão expostos, os pais ou responsáveis deixam de cumprir as responsabilidades no cuidado com os filhos, exercendo uma destas formas de violência: a negligência.

Uma vez que a negligência se define pela omissão no cuidado e satisfação das necessidades das crianças, a reconhecida ausência de condições econômicas dessas famílias dificulta o julgamento entre a prática abusiva e a impossibilidade de prover atenção devida, “caracterizando algumas famílias como vítimas e vitimizadoras nesse processo de negligência (GIMENES et al, 2006: 16).

Por decorrência da situação de miséria e extrema pobreza em que muitas famílias vivem no Brasil, grande parte chefiada por mulheres¹⁷¹ que precisam trabalhar fora de casa para garantir a sobrevivência familiar, a identificação da negligência é difícil ao se deparar com o questionamento de sua intencionalidade.

Os pais ou responsáveis pela criança podem falhar como provedores da criança em circunstâncias propositais ou não, sendo

¹⁷⁰ Segundo a PNAS (2004), a vulnerabilidade social é decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e, ou, fragilização de vínculos afetivos relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras).

¹⁷¹ Conforme dados do IBGE (Censo 2010), 37,3% das famílias brasileiras têm a mulher como responsável

considerada negligência quando ela acontece voluntariamente e tem reflexos graves na vida daquele que é cuidado. [...] A falha não é considerada negligência quando os responsáveis não possuem condições e acesso aos meios para suprir as necessidades daqueles que estão sob sua responsabilidade. Em outras palavras, o cuidador falha, não em vontade própria, mas pela falta de condições objetivas que lhe possibilitariam saciar as necessidades de suas crianças (GIMENES et al, 2006,p 38).

A partir da observação dos casos de crianças sob medida protetiva de Acolhimento Institucional¹⁷² de um município do Estado de São Paulo, notou-se alto índice de aplicação de tal medida pelo motivo de negligência. Por não se distinguir a negligência intrafamiliar¹⁷³ da negligência estatal, compreendida pela falta de ofertas de políticas públicas, há uma grande tendência em culpabilizar os membros familiares, pois

embora haja o reconhecimento explícito sobre a importância da família na vida social, e, portanto, merecedora da proteção do Estado, tal proteção tem sido cada vez mais discutida, na medida em que a realidade tem dado sinais cada vez mais evidentes de processos de penalização e desproteção das famílias brasileiras (BRASIL, 2004: 41).

O objetivo central desta pesquisa é identificar as principais demandas apresentadas pelas famílias das crianças que acolhidas institucionalmente pelo motivo da negligência. Para tanto, a metodologia utilizada foi a pesquisa documental dos registros do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), elaborados por uma assistente social e uma psicóloga responsáveis em oferecer apoio técnico e acompanhamento social às famílias, cujos filhos estão em regime de Acolhimento Institucional.

¹⁷² Segundo o inciso VII do artigo 101 a Lei Federal 8.069/90, que sofreu alterações com a aprovação da Lei 120.10/09, o acolhimento institucional é uma medida de proteção determinada pela autoridade competente ao se verificar qualquer das hipóteses previstas no art.98, ou seja, quando crianças e adolescentes têm seus direitos ameaçados ou violados

¹⁷³ A negligência intrafamiliar refere-se ao "exercício de um comportamento inadequado dos responsáveis pelo cuidado das crianças e adolescentes, ou o estado inadequado do exercício da paternagem e maternagem" (Gimenes et al, 2006: 38).

Os documentos foram selecionados a partir do período compreendido entre os meses de maio a outubro de 2010, período este em que foram elaborados os planos individuais de atendimento, sendo pesquisado o total de 22 crianças, em dez famílias distintas, tendo como critério de inclusão a identificação da negligência como o motivo para o Acolhimento Institucional.

2. OS CONTEXTOS FAMILIARES DAS CRIANÇAS VÍTIMAS DE NEGLIGÊNCIA EM ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL E AS DEMANDAS

A mulher magra, com odor típico de quem não se banhou por vários dias, nova de idade, mas com rosto envelhecido e marcado pelo sofrimento da luta diária pela sobrevivência comparece na hora marcada do atendimento na sede do CREAS. Lacrimando, aflita e esbaforida, entra na sala, senta-se na cadeira, cruza as pernas e começa a falar:

Eu quero meus filhos de volta! Eu sempre cuidei deles. Não os deixei sozinhos em casa por maldade. Precisava trabalhar. Precisava de dinheiro pra dar comida pra eles. Tinha que pagar o aluguel. Só pode ter sido coisa da dona da casa que quer ver o meu mal e quer me despejar. Eu já estava sem luz; a água já ia cortar. Não consegui comprar o leite especial que o bebê precisa tomar; lá no Posto também não tem. Vaga na creche eu não consegui. Ninguém me ajudou e o Conselho Tutelar foi lá e levou minhas crianças. Por favor, me diz o que faço pra conseguir minhas crianças de volta¹⁷⁴.

Histórias como esta, de suposta negligência intrafamiliar, ocasionando a aplicação da medida protetiva de Acolhimento Institucional são comuns nos municípios brasileiros.

¹⁷⁴ Texto ilustrativo, baseado em relatos descritos nos registros dos atendimentos realizados no CREAS às famílias de crianças em Acolhimento Institucional em um determinado município do Estado de São Paulo.

A partir dos registros existentes no CREAS, no período entre maio a outubro de 2010, constata-se que do total de crianças que receberam a medida protetiva de Acolhimento Institucional, 80% dos casos apresentam a negligência como o motivo que gerou a aplicação de tal medida, o que representa um total de 22 crianças em 10 famílias distintas.

A pesquisa demonstra que aproximadamente 43% das crianças possuem pais separados, 33 % das crianças moravam somente com a mãe, sem qualquer contato com o genitor e 24% das crianças viviam com o pai e a mãe quando foram encaminhadas para o Acolhimento Institucional e 95% recebem visitas de sua família de origem.

Ora, assim, segundo Silva e Aquino (2005), é relevante afirmar que a grande maioria das crianças tem família, em consonância com os apontamentos do Levantamento Nacional de Abrigos para Crianças e Adolescentes da Rede SAC do Ministério do Desenvolvimento Social realizado pelo IPEA/CONANDA em 2003, no qual é apresentado que a grande maioria das crianças e adolescentes acolhidos no Brasil tem família (86,7%), sendo que 58,2% mantêm vínculos com os familiares; apenas 5,8% estão impedidos judicialmente desse contato e somente 5% são órfãos.

Para relacionar as demandas das famílias de crianças em Acolhimento Institucional por motivo de negligência é preciso reconhecer que tais famílias sofrem as consequências da desigualdade social, presente na sociedade brasileira.

É possível afirmar que, historicamente e na realidade atual, os maiores índices de motivos de abrigamento de crianças e adolescentes relacionam-se a impossibilidade da família para mantê-los em sua companhia – objetivadas, geralmente, pela ausência de trabalho, renda, condições de acesso a educação, saúde, habitação, assistência social, lazer, bem como pela responsabilidade e responsabilização da mulher pelos cuidados e supostos descuidos com os filhos (FÁVERO, 2008: 106).

Embora o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em seu artigo 23 alerte que nem a falta ou a carência de recursos materiais é motivo suficiente para a perda ou a

suspensão do poder familiar, constata-se que na totalidade, as famílias das crianças pesquisadas são pobres em comunhão com a pesquisa em âmbito nacional que conclui que o fenômeno do abrigamento está ligado com a pobreza e com algumas situações associadas à privação material.

Os contextos familiares das crianças/adolescentes institucionalizados apontam que a pobreza ainda tem sido motivo de culpabilização das famílias, sendo comum a opção de lançar olhares para práticas que punem famílias empobrecidas e perdendo de vista que o Estado que pune é o mesmo que não executa aquilo lhe é devido. Os dados sinalizam que geralmente a família que negligencia também é negligenciada pela falta de políticas intersetoriais e universalizantes.

A falta de acesso a serviços como creche e jornada ampliada, bem como a falta da rede social de apoio, aparece em 80% dos casos pesquisados e em sua totalidade, as mães desconhecem seus direitos e os direitos de seus filhos garantidos na legislação brasileira.

Os contextos familiares dessas crianças estão permeados das múltiplas expressões da questão social¹⁷⁵. Os dados comprovam que 100% dos casos já eram atendidos pela Secretaria Municipal de Assistência Social, através dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), ou seja, as famílias já eram usuárias dos serviços de Proteção Social Básica, que “tem como objetivos prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários” (BRASIL, 2004: 33).

Das famílias pesquisadas, 90% são chefiadas por mulheres, que possuem baixa escolaridade e, portanto, sem oportunidades de inserção no mercado de trabalho formal, cada vez mais exigente e seletivo.

Mais uma vez, e de maneira acentuada, constata-se que as famílias das crianças sob a medida de proteção em abrigo são aquelas que na divisão social do trabalho situam-se na condição mais precária,

¹⁷⁵ A questão social, nessa perspectiva, é expressão das contradições inerentes ao capitalismo. (BEHRING e SANTOS, 2009,: 270).

ou seja, aquelas que, premidas pela desigualdade social, têm uma trajetória de trabalho infantil, pouco acesso à escolarização formal, desemprego ou trabalho precário e/ou com baixa remuneração. [...] O maior número de responsáveis pelas crianças/adolescentes é mulher (FÁVERO, 2008: 76).

Os dados mostram que 45% dessas mães estão desempregadas, 33% desempenham trabalhos autônomos e de forma esporádica como diaristas, portanto sem renda fixa e 22% alcançaram um trabalho temporário sem vínculo empregatício. Assim, a questão da ausência de trabalho e renda é uma demanda preponderante dessas famílias, o que remete à compreensão que ao longo dos anos anteriores ao Acolhimento Institucional as mães já recorriam aos benefícios ofertados pela Assistência Social como forma de garantir os mínimos aos seus filhos.

Enquanto figura central da vida doméstica, a mulher vem merecendo destaque na esfera pública como pessoa de referência para o recebimento de benefícios sociais devido ao fato de aplicar melhor dos recursos no âmbito familiar. No entanto, apesar do reconhecimento quanto aos cuidados e proteção da família, as políticas não têm se voltado para a perspectiva de gênero e desse modo, as desigualdades e discriminações continuam incidindo sob formas injustas de oportunidades. (AZEREDO, 2010: 577).

Como ensina Tavares (2011), são as mulheres que se colocam como representantes das famílias na busca de respostas às necessidades, principalmente às demandas de sua prole e as próprias políticas reforçam tal fenômeno e, por consequência, o lugar das mulheres como responsável pelas necessidades sociais dos grupos familiares.

Outras situações de risco são constatadas na pesquisa: em 30% dos casos, as crianças foram exploradas através da mendicância e em 20% dos casos a mãe vive em situação de rua.

Em 70% dos casos, as crianças foram encontradas sozinhas em casa, ou seja, sem a

supervisão de um adulto responsável, por um longo período ou ainda foram deixadas na escola.

Em 60% dos casos, os responsáveis apresentam dependência química, seja pelo uso abusivo do álcool ou pelo uso de substâncias psicoativas; comprovando o que ensina Carter e McGoldrick (2001) que o abuso sexual, o espancamento e a negligência podem ser experiências comuns das crianças no lar alcoolista. “A dependência de álcool e de outras drogas, muitas vezes, é uma estratégia, ainda que defensiva, para enfrentar a problemática vivenciada” (FÁVERO, 2008: 54).

Em 60% dos casos, as famílias não possuem moradia própria e em 20% dos casos, a moradia estava em condições precárias de higiene e de habitabilidade.

Em 30% dos casos, as mães possuem problemas relacionados à saúde mental (transtornos psiquiátricos), em consonância com o que afirma Fávero (2008):

a precariedade da condição socioeconômica a que essa população está submetida e a luta árdua e cotidiana pela sobrevivência podem desencadear ou agravar os problemas de saúde, principalmente aqueles relacionados à esfera mental. (FÁVERO, 2008, p. 54).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das demandas apresentadas pelas famílias de crianças vítimas de negligência em Acolhimento Institucional, é possível afirmar a necessidade de um acompanhamento sistemático para a garantia da reintegração familiar, visto que a realidade mostra que as famílias ditas negligentes, são de fato negligenciadas pelo Estado, dada a oferta irregular das políticas públicas básicas.

O alcance da efetivação de políticas sociais universais que de fato promovam a autonomia das famílias ainda está distante, visto que na sociedade de classes, as políticas

são compensatórias e são um produto concreto do desenvolvimento capitalista, de suas contradições, da acumulação crescente do capital e sua implementação “é um jogo complexo de conflitos e tensões, que envolve diferentes protagonistas, interesses, projetos e estratégias” (RAICHELIS, 2010: 755).

Identifica-se que as demandas das famílias, pertencentes a um país periférico como o Brasil e de um contexto de crise do capitalismo internacional globalizado não são obra do destino e nem estão exclusivamente fundadas nas suas escolhas pessoais, más ou não, mas suas condições de vida se relacionam com a determinação histórica e, portanto, tem conteúdo de classes (ORTIZ, 2009: 197).

Um dos grandes desafios da atuação profissional no acompanhamento destas famílias é efervescer a engrenagem das políticas setoriais de maneira que atendam as demandas da família de forma integral, sem sedimentar ou fragmentar suas necessidades, mas potencializando suas capacidades para que exerçam sua função protetiva e de fato se tornem sujeitos de sua própria história, exercendo sua cidadania e sua consciência crítica.

Assim, a contribuição das políticas públicas e sociais poderia ser maior “caso houvesse, de fato, uma articulação entre diversos setores sociais como educação, emprego e renda, saúde, habitação, saneamento e urbanização” (AZEREDO, 2010: 587).

Superar os processos de intervenção pensados apenas no âmbito do atendimento direto se constitui outro grande desafio do exercício profissional. Para tanto, os trabalhadores sociais devem desenvolver outras possibilidades de se trabalhar com famílias, especialmente “os espaços da proposição, articulação e avaliação das políticas sociais” (MIOTO, 2004: 03).

Para tanto, transformar as queixas individuais em demandas coletivas também é desafiante e implica na desenvoltura de um trabalho social num processo educativo capaz de possibilitar, conforme Miotto (2009) que:

o usuário – com informação e reflexão – ganhe mais autonomia para circular no espaço social, tomar decisões sobre as formas de

conduzir sua vida, avançar na consciência de sua cidadania e ter participação em diferentes instâncias da esfera, pública, especialmente nas de controle social” (MIOTO, 2009: 08).

Lutar pelo exercício profissional que contemple uma atuação sem preconceitos, discriminação e culpabilização das famílias também são desafios postos, visto que muitos trabalhadores sociais ainda trazem consigo a cultura da institucionalização, a visão de incapacidade das famílias pobres e o cerceamento de condutas como solução para os casos. Ora, é preciso “resistir contra o gigantesco aparato, técnicas e procedimentos desenvolvidos para conhecer, dirigir e controlar as vidas das pessoas” (FRAGA, 2011: 186).

Também é de suma importância o trabalho social no âmbito da prevenção, para que a atuação não se inicie somente quando os problemas já estão demasiadamente agravados e os vínculos rompidos.

Conclui-se quão importante se constitui o trabalho social executado de forma sistemática, numa dimensão socioeducativa, que demanda tempo para planejamento, registro e avaliação, como forma de apoio e resposta para que crianças não permaneçam institucionalizadas e quiçá seja reduzida a aplicação da medida de Acolhimento Institucional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AZEREDO, V. G.. Entre paredes e redes: o lugar da mulher nas famílias pobres. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 103, p. 576-590, jul./set., 2010.
- BEHRING, E. R.; SANTOS, S.M.de M. dos. Questão Social e Direitos. In: **Serviço Social: direitos e competências profissionais**. CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL – CFESS; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL – ABEPSS. Brasília: CFESS/ ABEPSS, 2009. p. 267-284.
- BRASIL. Lei n.º 8.069, de 13 de junho de 1990. **Estatuto da Criança do**

Adolescente. Brasília-DF, 13 jun. 1990.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Plano nacional de promoção, proteção e defesa dos direitos de crianças e adolescentes à convivência familiar e comunitária.** Brasília (DF): 2006.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política nacional de Assistência Social.** Brasília (DF): 2004.

CARTER, B.; MACGOLDRICK, M.. **As mudanças no ciclo de vida familiar:** uma estrutura para a terapia familiar. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

FÁVERO, E. T. (Org.); Famílias de crianças e adolescentes abrigados em São Paulo: uma aproximação a quem são, como vivem, o que pensam e o que desejam. In: _____; VITALE, Maria Amália Faller; BAPTISTA, Myrian Veras (Orgs.). **Famílias de crianças e adolescentes abrigados: quem são, como vivem, o que pensam, o que desejam.** São Paulo: Paulus, 2008. p. 25-111.

_____; CLEMENTE, M.L.; GIACOMINI, M. Famílias e medida de proteção abrigo: realidade social, sentimentos, anseios e perspectivas. In: FAVERO, E. T.; VITALE, M. A. F.; BAPTISTA, M. V. (Orgs.). **Famílias de crianças e adolescentes abrigados: quem são, como vivem, o que pensam, o que desejam.** São Paulo: Paulus, 2008. p.113-142.

FRAGA, V.A. Debate simultâneo: Interdisciplinaridade e Assistência Social. In: **O trabalho do/a Assistente Social no Suas: seminário nacional.** Conselho Federal de Serviço Social Gestão Atitude Crítica para Avançar na Luta. Brasília: CFESS, 2011. p. 180-187.

GIMENES, J. G.et al. **Compreensão das causas, tipos e consequências da negligência contra a criança no âmbito familiar.** Faculdade de Serviço Social de Presidente Prudente (SP), 2006. Disponível em<<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/Juridica/article/viewFile/482/476>>. Acesso 14 ago. 2010.

- MIOTO, R. C. T.. Orientação e acompanhamento de indivíduos, grupos e famílias. In: **Serviço Social: direitos e competências profissionais**. CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL – CFESS; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL – ABEPSS. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p. 597-512.
- _____. Trabalho com famílias: um desafio para os assistentes sociais. In: **Revista Virtual Textos & Contextos**, Porto Alegre, ano III, n.3, dez. 2004. Disponível em <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/viewFile/979/5119>> Acesso em 28 nov. 2010.
- ORTIZ, F.S.G.. Debate Simultâneo: Interdisciplinaridade e Assistência Social. In: **O trabalho do/a assistente social no Suas: seminário nacional**. Conselho Federal de Serviço Social Gestão Atitude Crítica para Avançar na Luta. Brasília: CFESS, 2011. p. 188-199.
- PASTORINI, A.. Quem mexe os fios das políticas sociais? Avanços e limites da categoria “concessão-conquista”. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano XVIII, n. 53, p. 80-101, mar. 1997.
- PFEIFFER, L.; HIRSCHHEIMER, M. R.. **Negligência ou omissão do cuidar**. 5º Fórum Paulista de Prevenção de Acidentes e Combate à Violência contra Crianças e Adolescentes. São Paulo: 2010. CD-ROM.
- RAICHELIS, R.. Intervenção profissional do assistente social e as condições de trabalho no Suas. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 104, p. 750-772, out./dez. 2010.
- RIZZINI, I. **Reflexões sobre o direito à convivência familiar e comunitária de crianças e adolescentes no Brasil**. V Fórum da Academia Brasileira de Pediatria “As transformações da família e da sociedade e seu impacto na infância e juventude”. Brasília: 2006.
- SILVA, .E R. A.; AQUINO, L. M. C. Os abrigos para crianças e adolescentes e o direito à convivência familiar e comunitária. In: **Políticas sociais – acompanhamento e análise**. Brasília, IPEA, n.11, 2005. Disponível em

< http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/bpsociais/bps_11/ENSAIO3_Enid.pdf>.

Acesso em 18 jul. 2010.

TAVARES, Maria Helena. Família, gênero e assistência social. In: **O trabalho do/a assistente social no Suas: seminário nacional**. Conselho Federal de Serviço Social Gestão Atitude Crítica para Avançar na Luta. Brasília: CFESS, 2011. p. 132-141.

Eu preciso ser visto: adolescência e busca de reconhecimento

Fernanda Nogueira Campos¹⁷⁶

José Alberto Roza Júnior¹⁷⁷

Resumo: Este trabalho é um transitar entre narrativas de adolescentes que estudam teatro com vistas à carreira de ator na televisão. Tem como objetivo analisar as significações do ser ator para o adolescente. Para realizar fizemos recortes de narrativas psicanalíticas de dez jovens escutados por um dos autores que atuava como psicólogo na atenção de estudantes de teatro e TV em uma escola de formação técnica voltada ao público de calsse média. Em seguida recortamos trechos das narrativas buscando a expressão do significado do teatro e da TV na vida destes adolescentes e por meio do método psicanalítico de análise por ruptura de campos levantamos regras que sustentam os campos relacionais representados nas narrativas e no encontro entre analista e aspirante a ator, pesquisador e juventude no cotidiano virtual-real e autores e literatura sobre a temática. Concluímos que a televisão dá ao jovem uma roupagem editável considerada uma identidade a rigor com as normas pré-ditadas e editáveis e que eles julgam ser escutados como pessoas nos meios de comunicação de massa.

Palavras chave: Juventude Televisão – Espetáculo Identidade

¹⁷⁶ Fernanda Nogueira Campos é atriz, psicóloga, doutora em saúde mental pela USP e mestre pela UFU. Membro da ABRASME. Rua Francisco fnocam@gmail.com.

¹⁷⁷ José Alberto Roza júnior é doutorando em psicologia pela USP e mestre pela UFU. barcelosroza@uol.com.br

*A Televisão
Me deixou burro
Muito burro demais
Oi! Oi! Oi!
Agora todas coisas
Que eu penso
Me parecem iguais
Oi! Oi! Oi!...
O sorvete me deixou gripado
Pelo resto da vida
E agora toda noite
Quando deito
É boa noite, querida....
Oh! Cride, fala prá mãe
Que eu nunca li num livro
Que o espirro
Fosse um vírus sem cura
Vê se me entende
Pelo menas uma vez
Criatura!
Oh! Cride, fala prá mãe!...
A mãe diz prá eu fazer
Alguma coisa
Mas eu não faço nada
Oi! Oi! Oi!
A luz do sol me incomoda
Então deixa
A cortina fechada*

*Oi! Oi! Oi!
É que a televisão
Me deixou burro
Muito burro demais
E agora eu vivo
Dentro dessa jaula
Junto dos animais...
Oh! Cride, fala prá mãe
Que tudo que a antena captar
Meu coração captura
Vê se me entende
Pelo menos uma vez
Criatura!
Oh! Cride, fala prá mãe!..".*

Letra de Arnaldo Antunes, Marcelo Frommer e Tony Belotto (1985)

Introdução

Vagando entre adolescentes em diversos universos, dentro os quais destacamos a experiência clínica e a pesquisa acadêmica, começamos a pensar e questionar a constituição da identidade do jovem atual. No universo do espetáculo da Televisão e Teatro, o corpo e a palavra alheia parecem ser uma das únicas saídas para angústias, muitas dessas que o adolescente parece não ter permissão para viver. Aliás, pode, encarnado no corpo de uma personagem mais ou menos trágica, deprimida ou enlouquecida experimentar e mais ainda ser “mitificado”. O si mesmo impossível, intocável é buscado freneticamente após a queda de idealizações das figuras paternas. Passada a submissão aos desejos e significações advindos dos pais estes não-infantes buscam um si mesmo quase-Deus que satisfaz as necessidades narcísicas e promete um bem estar absoluto: o si mesmo ator, o si mesmo espetáculo.

A partir de um desenho do cotidiano, ou de um lugar no qual o adolescente vai comunicar-se com o mundo temos o aparecimento da identidade, que é construída desde a infância nas relações do sujeito com o mundo de relações.

Em Herrmann (2001) a identidade se apresenta como:

a representação que o sujeito faz de si mesmo. (...) – sendo a identidade –

perfeitamente solidária à realidade: sua matéria de representação é a própria realidade, ou, por outra, é certa dimensão da apreensão dos objetos que garante ser eu, com minhas peculiaridades, e não outro qualquer, quem os percebe ou rememora, ama ou odeia (p.113).

Sendo identidade e realidade dois conceitos intimamente conectados, vai se desenhando a formação da adolescência na contemporaneidade. Não existe determinação singular sem contextualização no coletivo (Bleger,), sendo assim o que percebemos é que o que está em jogo no contorno identitário do adolescente é a comunicação deste com o universo interno-externo que é mediado muitas vezes pelos meios disponíveis e mais acessíveis de troca, como a internet e a televisão. Na atualidade estamos diante de um mundo em que se pede a não-memória, o que é passado deve ser reciclado, demolido, esquecido, a identificação passa a ser com aquilo que ainda não está consolidado, ou seja, tão virtual quanto as ansiedades adolescentes de procura de uma identidade para si. As conseqüências dessa dinâmica de consumo de experiências sempre novíssimas tem gerado a desvalorização da experiência.

Em que lugar esse adolescente se ancora? E em que memórias ele se sustenta na contemporaneidade?

Recorrendo à explicação de Herrmann (2001) acerca do conceito de identificação observamos que a mesma é “uma modelagem do ato psíquico e o modelo invocado mais amiúde pela experiência psíquica é a realidade do próprio sujeito, conquanto esta também se tenha criado e se alimente regularmente da identificação com outras pessoas e situações” (p. 114). Podemos assim, perceber o incessante trabalho de adequar identidade e realidade na constituição do sujeito psíquico.

Em contrapartida, vivemos em um mundo em que a lógica da pressa desmedida se instaura com uma força importante. Além disso, habitamos um lugar onde a descartabilidade de tecnologias e de relações interpessoais pode ser pensada como força motriz na estrutura do homem contemporâneo. Ainda sobre esse questionamento, é importante pontuarmos que o *eu* conta com um repertório de encarnações possíveis, mesmo quando expectativa e realidade não andam juntas, de modo que haja uma flexibilidade de eus possíveis para a representação da realidade. Essas encarnações contemporâneas parecem se ancorar em

uma estruturação fantasmagórica de realidade. Assim, temos um mundo que parece não mais atrair seus habitantes e, paralelo a isso, outro mundo possível-imaginário-criado extremamente sedutor.

O mundo real de outrora que funcionava em instâncias de Ser, saber e conhecer configura-se, na atualidade, em um mundo estruturado por relações virtualizadas e espetaculares. Uma fantasia de re-criação de um mundo do fetichismo, um mundo da imagem pensado pela indústria cultural. Para Debord (1997):

O princípio do fetichismo da mercadoria, a denominação da sociedade por “coisas supra-sensíveis embora sensíveis”, se realiza completamente no espetáculo, o qual o mundo sensível é substituído por uma seleção de imagens que existe acima dele, e que ao mesmo tempo se fez reconhecer como o sensível por excelência. (DEBORD, 1997,p. 28)

Esse modo ou estilo de pensar no mundo contemporâneo coloca o homem na criação de um mundo o qual ele mesmo espera habitar. O que parece acontecer, em contrapartida, é uma não sustentação dessa criação e uma luta incessante para que esse in-sustentável se mantenha. De acordo com Debord a identificação e alienação se dá nessa dinâmica “quanto mais ele contempla, menos vive; quanto mais aceita reconhecer-se nas imagens dominantes da necessidade, menos compreende sua própria existência e seu próprio desejo.(DEBORD, 1997, p.30).

Assim representado, o Homem funciona em um mundo de aparências múltiplas, porém em uma ordem bastante específica: se a realidade, muitas vezes, é dada por certa monotonia, cria-se um novo mundo no qual não se precisa ter ou ser em que a identidade não é fixa, um mundo em que se pode parecer qualquer coisa que dê a esse Homem uma ilusão de prazer.

“Assim é que a sociedade do espetáculo vive obcecada pela fama. O espetáculo promove a firmação de toda a vida humana como visibilidade: existir, hoje, é “estar na imagem”, segundo uma estranha lógica da visibilidade que estabelece que, automaticamente, “o que é bom, aparece/o que aparece, é bom”(Debord, 1996)

Na questão adolescência essas afirmações ganham uma dimensão maior, é na adolescência que a rebeldia e insatisfação se instauram. Diante de quedas de idealizações, de necessidade de lugar no mundo, de domínio do próprio corpo, dos próprios pensamentos e sensações de não estar lá nem cá é que se vê configurar o “obrigado não” do adolescente. Por outro lado essa situação aparentemente confusa torna-se a situação dominante,

desejada: quem dita as regras é a máscara da juventude. Os meios de comunicação vendem e perpetuam as feições jovens e a fragilidade de decisões de quem ainda não é adulto. Ser adulto hoje é ser careta e ser careta é aceitar uma posição de contravenção, de não estar neste mundo inflado de prazeres e de energia. A expressão *abraçar o mundo com as pernas* que ouvíamos tanto nossa mãe dizer quando estávamos perdidos e sem foco, é a expressão exata do capital, abraçar e rápido o mundo com as pernas, com o dinheiro e com a tecnologia.

A rebeldia do adolescente tão necessária para seu processo de amadurecimento psíquico ao tornar-se mercadoria e ao ser imitado por toda uma geração de vovós funkeiras e papais moderninhos torna-se banalizada.

Na falta de diálogo e de cuidado para significar as insatisfações e dúvidas do adolescente os meios autoritários podem realizar uma falsa sustentação, e ainda, os meios totalmente alienantes que se comportam de forma também autoritária terão mais espaço, são eles os meios de comunicação que esperam dizer o que este adolescente deve ser e o que deve fazer além de outros entorpecentes de categoria química. Qualquer que seja a saída entorpecente encontrada pelo jovem ela abarcará entre outras coisas a possibilidade de editar a realidade e estar nela da forma que essa co-existência identidade-realidade pareça suportável.

A partir dessas considerações, podemos pensar em uma relação desse modo de vida atual com o processo de edição de imagens dentro da televisão – um Ser Humano “ilha de edição”. O que não é socialmente correto é simplesmente posto de lado e, ao final, têm-se imagens da vida que esse Homem quer que o outro conheça ou aprecie, “um slide show” (Roza Júnior, 2010).

A juventude é encarcerada pelo consumo, é o que se consome e é o que consome ao mesmo tempo.

Discussão

Nesta discussão inclui-se o método, trata-se da significação de regras e sentidos desvendados por meio da ruptura de campos possíveis devido ao confronto com o absurdo representado em forma de identidade na relação com o psicólogo que escutou as narrativas. Diante das significações as análises herméticas ancoradas em teorias psicanalíticas nos permite refletir sobre o adolescente que busca a carreira de ator de televisão.

A televisão que desde tão tenra idade tem acompanhado o sujeito agora

adolescente, que pode ter sido “a melhor babá” como se ouve de algumas avós cansadas, a televisão, aquela ditadora de padrões, aquela onipresente, verdadeira, colorida e fiel companheira, forjou um filho a sua imagem e semelhança. Escolas de teatro possuem uma procura intensa por parte de jovens que se interessam extremamente pela televisão em detrimento da arte cênica que se faz necessária para atuação do ator. Na clínica em uma destas escolas, Terezinha de 18 anos contou-me emocionada que se via dentro da tela, sendo protagonista, beijando os mocinhos:

“Esse é meu mundo, não esse aqui. Com a TV eu canto, eu amo, eu me entrego. Neste mundo eu fico triste, mais quieta. Minha mãe nunca me amou, me usou, meu pai é tudo pra mim(...) ele foi sequestrado e foi horrível, eu não fiquei bem depois disso (...) Meu irmão foi preso por causa de droga. Aí é aqui que eu fico bem, outra Terezinha...”
(Terezinha)

A outra Terezinha, ou a outra adolescente, a outra pessoa que não se pode ser é recorrente nos discursos. Gláucia diz:

“Eu sou muito tímida, muito deprimida, eu choro muito. Me mandaram vir falar com você. Meu namorado odeia que eu faça isso, ele disse que não vai suportar me ver na TV, beijando outra pessoa, sei lá (...) Aí eu sofro porque eu gosto dele, agente mora junto.(...) Eu falo pouco, mas com o espelho...aí eu faço as cenas de novela e não tenho medo. Acho que eu preciso de fingir que sou outra pessoa. E não sei, de repente se eu conseguir entrar na TV (...) (Gláucia, 20 anos)

A jovem acredita que apenas encenando consegue ser, falar de si, ou pelo menos ser por meio de outra pessoa. Noutra sessão disse-me que não havia graça em ser ela mesma. Ser atriz tonar-se o mesmo que ser feliz. Mas o que isso nos conta, existe uma insatisfação com o que se é ao contrário de Zeca um rapaz de 16 anos (Zeca), que por sua vez demonstra-se especialmente revoltado com a ordem social, disse-me que a televisão é o espaço de onde ele poderá influenciar beneficemente outros jovens, e que, sendo famoso, será escutado, poderá movimentar-se para mudar o mundo, sua opinião será realmente levada a sério. Zeca acreditava que por missão, mística, deveria levar ao mundo certos valores morais (ao mesmo tempo em que mantém o cabelo impecável e a beleza reluzente). Jorge por sua vez não se interessava pela arte dramática, odiava estudar texto, e procurou o psicólogo para não reprovar mais e conseguir se concentrar nas leituras solicitadas. Dizia abertamente que almejava a fama e o dinheiro, e o respeito que viria com isso. Pensava nas revistas e nas entrevistas.

“Aí eu vou dizer o que eu penso!” (Jorge)

E o que você pensa? (psicóloga)

“Que tá tudo errado, que quem é bom merece o melhor. Porque eu sou bom. Eu sei que o que eu penso tá certo”.(Jorge)

O mundo errado que expõem, depoe contra a sustentação que não existe para a identidade do adolescente. E expõe duas regras, a primeira “eu estou inadequada” a segunda, advinda dos rapazes “o mundo está inadequado”. A inadequação é o que sustenta a necessidade de uma identidade potente, que garante certa divindade de ator/atriz.

Filomena, uma jovem de 23 anos, já havia sido internada por anorexia, tinha ideação suicida, se auto flagelava e dificuldades de ter boas avaliação no teatro. De acordo com os professores ela “desfilava” na hora de mostrar a cena. Dizia “Não dá para ser outra coisa, pelo amor de Deus me ajuda. Eu não posso desistir e não posso perder ou vou morrer, eu vou me matar, eu não consigo porque minha cabeça não deixa na hora” (Filomena).Para Filomena não ser atriz significa morrer, se não for ela nada será, sua obsessão com modificações físicas que angustiavam os familiares, por remédios e por não se alimentar, pela beleza e exposição constante de seus acessórios de luxo como roupas, cílios, sapatos que comprava, mostravam uma busca frenética e totalmente vã de tornar-se pessoa. A única coisa que de fato era dela, era a fome e o desejo melhor representado em suas ações e corpo era o de comer. Desejar comer e suportar não fazer, como uma forma de manter alguma existência em si, sem consumí-la em forma de alimento. No caso de Filomena, tanto o mundo quanto ela estão inadequados.

Creuza 19 anos, tinha sido modelo, “eu acho esse mundo muito superficial, a gente é tratada como objeto na moda, no teatro tem mais profundidade, a cena, ser outra pessoa, uma pessoa diferente. Mas tem o glamour ainda da beleza e eu adoro beleza” (Creuza)

“Eu não sei se quero ser ator de TV, eu queria, de teatro nunca porque acho meio ridículo, a TV é mais real” (Pedro , 20 anos)

A realidade e a irrealidade se confundem aqui, o que é realidade então senão as identidades forjadas, superficializadas, naturalizadas, belas e editadas. A realidade editada extingue o erro e a inadequação, permite que o “eu seja visto” como nunca o seria, se eu fosse Eu.

Não parece simples existir e resistir a tempos como os de hoje, onde as informações são multiplicadas, diversas, pouco confiáveis, cobram, controlam, enganam, nada dizem,

muito dizem, calam, assustam ou entorpecem. Jornais, emails, a rede virtual, os canais de TV, músicas, peças, passeatas, congressos, universidades, pessoas, muitas pessoas, e nós, um pó (pó das estrelas?) diante da globalização e suas regras que estruturam campos relacionais diversos, mas cada vez mais rígidos e opressores. Estes campos sustentam na realidade as representações sociais e relacionais de nossa época, nossa rotina.

Campos que atravessam os modos subjetivos de ser e estar no mundo, entre as representações na realidade está a de um mundo jovem, belo, magro, imortal e ao mesmo tempo fútil e banal, consumível e passageiro. Diante dessas representações se vê o adolescente, desestimulado a expressar tristeza, medo, insegurança e desejo (fome) é levado a entender que o espaço de valorização de si é exatamente onde ele se disfarça, ou seja, ele será singular quando puder ser outros e será mais amado enquanto outro. Os *personagens*, disse Terezinha, *são imortais, posso fazer qualquer um, ser qualquer pessoa, e é isso que vão saber de mim, os personagens são bem mais interessantes do que a gente*. Neste caso o grande personagem que desejam ser é o ídolo. Todos, sem exceção, adorariam o estrelato, serem sabidos e completados na figura de uma personagem “mais interessante”, um curativo falso para a ferida narcísica do sujeito. Especialmente na atualidade esta busca parece explodir entre os adolescentes, pressionados pelo “ser adulto” e abandonados pelo corpo da infância, aterrorizados com desejos, verdades, medos e cobranças sobre o futuro buscam saídas para expressarem-se e se singularizarem nos dispositivos virtuais e especialmente nos meios em que poderão ser reconhecidos, vistos, amados, tornando-se famosos e especiais.

A onipotência e egocentrismo infantis assumem agora sua forma mais narcísica e sedutora, é o corpo e o pensamento em evidência, no centro de todos os olhares, na TV como espelho da massa reflete uma imagem modelo que é o do próprio adolescente ele é agora todos os adultos ao mesmo tempo, é o objeto de desejo e de identificação, substituindo o lugar dos seus idolatrados objetos de desejo anteriores e colocando-se novamente como centro, mas desta vez mais potente, portador de uma sexualidade amadurecida.

A televisão é produtora de imagens identificatórias, especialmente quando as figuras paternas deixarem ou precisarem deixar o espaço idealizado que ocuparam na infância, o espaço que promete cuidado pleno. Não precisam-se de heróis interessantes para atrair adeptos da televisão é preciso certo grau de superficialidade e de crença na imagem, na

beleza, na história editada, e uma promessa de compreensão.

“As imagens e enunciados característicos da cultura de massas precisam ser os mais vagos, mais genéricos, os mais vazios quanto possível, para nivelar todos os espectadores sob um denominador comum que as mantenha ligados na programação comercial das emissoras de TV e de rádio (...) São essas imagens (ainda quando seja construídas com palavras) que apelam a um conjunto indiferenciado de pessoas, anulando as diferenças pela via das identificações e apagando o lugar e as condições de sua enunciação. Imagens enunciadas por “ninguém” e dirigidas a “todos” são hoje o principal produto da cultura de massas. (KEHL, 2005).

O filme *Reclaim your Brain*, de Hans Wingarten, 2007, traz uma tentativa de ação contra-hegemônica agindo a partir do próprio critério de influência pelos níveis de audiência. No filme ativistas produzem alterações operacionais nos índices de audiência aumentando os índices para programas educativos, filmes alternativos e reduzindo a quase nada os índices dos programas de massa, acrílicos, violentos, idiotas, coercitivos e apelativos. O filme envolve personagens que num ato revolucionário e transgressor retomam levemente o sabor de uma juventude pensante, ativa, como nos áureos anos sessenta e setenta.

Os jovens que se pretendem ator não estão necessariamente interessados em compor este tipo de cinema contraventor, na verdade pelas narrativas integrais que aqui estão em fatias o imperativo é que apenas por meio de imagens perfeitas poderão expressar algum tipo de identidade, e esta não precisa desafiar nenhuma ordem vigente. Mesmo sem questionar as imagens atuais não abrem mão de estarem a frente das câmeras, porque temem que além do espetáculo não há de fato a vida, não há de fato nada.

Apesar do mundo do espetáculo ser a superfície mais frágil de uma possível identidade não significa que nas artes dramáticas este é um fim trágico quase fatal. As artes dramáticas ofertam por outro lado um território inesperado que solicita a existência: o do teatro, da ação, do sentir, do Ser. Uma jovem de 20 anos disse, *percebi que o teatro é maravilhoso, agora não sei mais o que eu quero*. É uma arte que apaixona o aspirante a ator e o embriaga, dá-lhe potência de palavra, sou jovem, sou imagem, mas tenho palavra, “tenho um ser, sou eu mesmo um ser”¹⁷⁸, um saber que veio de outros mais sábios, um saber com memória, do teatro enquanto arte. Este teatro traz uma nova possibilidade a alguns jovens: posso ser escutado além de visto!! Posso amar arte para além de ser amado!! Posso criar, além de editar!! Alguns jovens atores mencionam o poder do palco, a liberdade,

¹⁷⁸ Adélia Prado em *Cacos para um Vitral*

as sensações, o esquecimento da aparência, o desejo de se aproximar da memória da cultura, embora a tratem como algo tão passado e tão distante que os parece inalcançável acessar e vivenciar, por exemplo quando citam a estética do Teatro Oficina ou do Arena.

Na clínica com jovens artistas vemos dois lados da mesma moeda do espetáculo, ambos alienados sem sermos niilistas ou dicotômicos, pois um dos lados é a porta e o outro lado é a Porta. Ou seja, olhe para a porta, a porta em si, o que é, separa um dentro de um fora, uma representação da outra, realidade de identidade, não, mas realidades e identidades. A porta, e não a moeda, é a metáfora que cabe aqui na questão da adolescência. Uma porta abeta une duas possibilidades de representação, duas realidades, que embora nunca estiveram separadas se contradizem, porque uma representa-se pela palavra e outra representa-se pela imagem pura. Uma foi escrita em outro contexto de sociedade, na maioria das vezes por artistas que podiam de forma não alienada ter uma escrita crítica, pensamento e singularidade. Outra, da imagem, é a a imagem, consumida e vendida, ditada, datada, que não tem experiência e sim prazo de validade. Herrmann (2001) salienta que não existe o dentro e o fora, que se antes o inconsciente servia como equipamento explicativo para os problemas humanos, hoje entendemos que é a consciência e a realidade percebida que pode representar e explicar o tal inconsciente e que não estão cindidos e sim, são uma única coisa com a separação em termos de lógica, de forma de acesso e organização. No nosso exemplo metafórico podemos dizer que a porta de um lado é a realidade da imagem, onde a fama e a sensação de existir e ser amado sustenta um desejo de ser ator, do outro lado está o que faz com que o adolescente busque o ser ator e ainda tudo o que vem junto com a história de ser ator, que é a arte, os escritos profundos ou não, mas a história a consistência. Desta forma existe ainda na representação algo que provoca o adolescente, a ruptura de campos existe fora da análise, mas no palco, quando o ator que queria ser o mais belo e mais perfeito precisa sentir-se o corcunda de Notredame, quando queria ser a mais linda, torna-se a Joana de Gota D'água, envelhecida, abandonada, louca.

No entanto, mesmo com experiências enriquecedoras inesperadas a maioria dos adolescentes que procuram cursos de interpretação mantém a fantasia da televisão. Alguns adultos jovens que já haviam se formado e trabalhavam na instituição buscaram o apoio psicológico para lidarem algumas vezes com a frustração do não sucesso televisivo. Sem dúvida este meio de comunicação e dominação tem sido um dos mais potentes da

atualidade, dividindo pódio com a internet e o com o cinema e merece um estudo mais aprofundando interdisciplinar.

Nessa reflexão, podemos perceber que ao se estudar o mundo contemporâneo, observamos que, face à invasão da vida privada por sistemas globais de comunicação e determinação de ideias, a raiz mesma do ato humano foi-se erodindo de tal forma que, hoje, a confiança não só na eficácia de um ato particular, mas na autonomia da razão que o produz, em sua raiz, reduzem o sujeito à condição de personagem de uma espécie, parábola da qual desconhece a autoria (Herrmann,2001, p.189)

A cultura do descartável, assentada no consumismo, invade as subjetividades deixando de lado as clássicas figuras da identidade que destacam a estabilidade e a solidez. Porém, como lembra Rolnik (1997), a abertura para o novo, capturada pelo mercado, "nada tem a ver com flexibilidade para navegar ao vento dos acontecimentos transformações das cartografias de forças que esvaziam de sentido as figuras vigentes, lançam as subjetividades no estranho e forçam-nas a reconfigurar-se" (pp. 20-21). Ao criticar o identitarismo fortemente presente nas concepções de sujeito, a autora nos alerta para o fato de que a globalização, ao triturar as identidades, minando as fronteiras que a cercavam, acaba apenas substituindo as identidades "locais" pelas "globais flexíveis", conceitos dela, produzindo verdadeiros *kits-padrão* de identidade, disponíveis no mercado para consumo e renováveis a cada momento. Segundo a própria autora, o adolescente hoje vive exatamente a condição do sujeito contemporâneo.

Ser jovem nos tempos atuais é já da ordem da aceitação e do consumo, é a regra em si, enquanto ainda buscam exatamente quais são as regras para seguirem em frente. O imperativo atual: arrasa!!! evidencia uma regra importante dos campos encontrados: Temos que arrasar, inflar a imagem, aparecer, estar em evidência, não há tempo para ser, só para ter, ou parecer ter.

Referências

BLEGER, J. . *Psicologia de la conducta*. Buenos Aires, Argentina: Paidós, 1963.

DEBORD, G. *A sociedade do espetáculo*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997.

HERMANN, F. *Andaimos do Real: Psicanálise do Quotidiano*. São Paulo: Casa do

Psicólogo, 2001b.

HERRMANN, F. *Introdução a Teoria dos Campos*. São Paulo: Casa do Psicólogo., 2001a.

KEHL, M.R. A "teenagização" da cultura ocidental. Folha de São Paulo, 20 de setembro, Caderno mais, 1998. p.7.

KEHL, M.R. *Corpos estreitamente vigiados*. O Estado de São Paulo, Caderno Aliás, 01 de janeiro, 2007.

KEHL, M.R. O reino da contemplação passiva. In: NOVAES, Adauto (Org.). *Muito além do espetáculo*. São Paulo: Editora Senac, 2005.

LIPOVETSKY, G & CHARLES, S. . *Os tempos hipermodernos*. São Paulo: Barcarola, 2004.

ROLNIK, S. Toxicômanos de Identidade: subjetividade em tempo de globalização. In: Lins, D. (Org.). *Cultura e subjetividade: saberes nômades*. Campinas: Papirus. , 1997.

Análise de produção científica: a prática esportiva como ferramenta para reabilitação social, na base de dados CAPES (2000 – 2011)

Melaine de Freitas Cavalcanti

Thais Silva Sobrinho

Thássia Cristina Cunha Ventura

Aline Iris Gil Parra Maginani

Marcelo de Almeida Buriti

Resumo

Tem-se mostrado a prática de esportes como uma ferramenta para a reabilitação/reinserção social de menores infratores e prevenção à criminalidade. Nesta pesquisa, objetivou-se analisar e avaliar a produção científica nacional sobre o uso do esporte como ferramenta de reabilitação social, na base de dados da CAPES, no período de 2000 a 2011. Utilizando como palavras-chave: esporte, social e reabilitação. Dentre os trabalhos localizados foram selecionados somente aqueles que possuíam as características de desenvolvimento e discussão de análise do uso do esporte como ferramenta de reabilitação/reinserção social. Os resumos resultantes desta busca foram alvo da meta-análise. Os resultados mostraram que 63,64% dos autores são do gênero feminino, as Instituições Públicas são responsáveis por 54,55% das publicações, as áreas de conhecimento com maior número de produções publicadas são: Educação, com 27,27%, seguida por Psicologia, Psicologia Social e Interdisciplinar, empatadas representando 18,18% cada. 90,91% dos trabalhos foram desenvolvidos para obtenção do título de Mestrado. Quanto ao tipo de pesquisa há predomínio de Descritivas, 63,64%, apresentando apenas uma Experimental, 9,09%. É, portanto, necessário o fomento aos estudos sobre o uso do esporte como ferramenta de [re]inclusão social, em caráter interdisciplinar, em busca do desenvolvimento de projetos mais eficientes visando à reinserção de indivíduos

marginalizados.

Palavras-chave: Psicologia, Esporte, Reinserção Social.

Introdução

Produção Científica é um processo de busca eterna pelo saber, não se limita á teorias, mas como ponto de partida para um estudo mais completo, nos aprofundando num tema e buscando tirar dele o máximo de informações possíveis. Para Buriti, Witter, Witter (2007), este tipo de trabalho é um processo de reflexão e investigação a cerca de um determinado tema, abordado nas diversas áreas do conhecimento.

Para se obter um resultado satisfatório é necessário muito empenho, e o mais importante, saber utilizar métodos, descobrir pesquisas, teses e saber o limite que a ciência já avançou no assunto em questão.

Os trabalhos científicos são de extrema importância para o avanço da ciência. Muitas vezes nestas pesquisas surge a necessidade de se estudar algum assunto, do qual não se tem muitas referências nas literaturas e também aprofundar-se nos conhecimentos já existentes, abrindo caminho para novos pesquisadores e novas necessidades de conhecimentos.

Witter, (1997, 2005) e Witter, C. (1996 e 2005) destacam a importância da realização de pesquisas que investiguem a realidade e procurem estabelecer relações entre variáveis estudadas para que ocorra um avanço científico e tecnológico nas diversas áreas do saber.

De acordo com Pécora (1997), a produção científica é a base propulsora do conhecimento de um país, sem ela não há desenvolvimento, avanço ou progresso, seja ele no campo tecnológico, econômico, etc.

Esse processo de busca incessante e total exploração nas teorias dos dados que desejamos obter por meio de estudos, nos aprofundando, só faz aumentar o universo de conhecimentos, e assim sucessivamente trás melhorias ao nosso País e para varias áreas do conhecimento (Buriti, Witter e Witter, 2007).

Camargo (1997), diz que a produção científica não se resume apenas aos resultados

obtidos no trabalho de pesquisa e em sua publicação, mas é também constituída por todas as atividades desenvolvidas durante a produção do estudo, ou seja, envolve toda a busca (acadêmica ou científica) dos conteúdos nas diversas áreas do saber.

A idéia de Camargo vai ao encontro à de Moreira (Witter C., Witter G. e Buriti, 1997, p.58), que entende, pelo menos em teoria, que *“a pesquisa e a produção científica são a própria essência das Universidades, ou do agrupamento, da integração das Faculdades, tornando-se elas mesmas sua justificativa”*.

Partindo deste ponto, e verificando a importância da produção científica, acreditamos ser necessário compreender como o esporte pode influenciar na motivação para a reabilitação do indivíduo dentro da sociedade.

Segundo Barbanti (2003), é possível definir esporte como uma atividade organizada de forma competitiva, na qual se exige certo esforço físico dos participantes, que só se envolvem devido a estarem motivados por uma combinação de fatores internos e externos.

O autor relembra ao longo de seu artigo que *“definição é somente um instrumento, serve para especificar em algum nível de precisão, o significado subentendido por uma certa palavra”* (p.9), ou seja, para cada indivíduo essa palavra terá um significado de acordo com seu ponto de vista sobre o que é esporte.

As Nações Unidas (2003) em um relatório feito sobre o Esporte e o Desenvolvimento da Paz, diz que:

O esporte é muito mais do que um luxo ou uma forma de entretenimento. O acesso ao esporte e a prática do esporte constituem um direito humano e essencial para que indivíduos de todas as idades conduzam uma vida saudável e plena. O esporte – desde a brincadeira e a atividade física até o esporte competitivo organizado tem um papel importante em todas as sociedades. O esporte é fundamental para o desenvolvimento de uma criança. Ensina valores fundamentais, tais como a cooperação e o respeito. Traz melhorias para a saúde e reduz a probabilidade de doenças (p. 6).

Na proposta das Nações Unidas, é possível pensar em esporte de uma forma mais

abrangente do que apenas esforço físico, o esporte como uma ferramenta de importante papel social e cultural para o desenvolvimento do indivíduo.

Todo projeto social que faz uso do esporte como ferramenta para reinserir, ou mesmo inserir, um indivíduo marginalizado no convívio social, parte da premissa que aquele indivíduo será, a partir desta prática, motivado a modificar seu atual modo de comporta-se em sociedade. Isto porque, algumas características da prática do esporte, tais como disciplina, determinação, colaboração, trabalho em equipe, foco e etc., são utilizadas por seus praticantes em seu jeito de ser e agir em sociedade.

Segundo Siqueira (2004) motivação é o resultado da combinação entre a predisposição do indivíduo, ou melhor, a busca do indivíduo pela satisfação de suas necessidades naturais e de seus desejos, e o contato e convívio em sociedade. E é por meio dela que o indivíduo irá agir e se esforçar para alcançar seus objetivos e satisfazer-se.

Miranda (2008), diz que toda atividade que fazemos depende do nível de motivação que temos ao desenvolvê-la e que ela pode ser dividida em dois tipos: a intrínseca que se refere à força interna do indivíduo para satisfazer suas necessidades inconscientes (se empenhar em desenvolver uma atividade sem saber o que exatamente irá acontecer ou o porquê de ter escolhido tal atividade) e a extrínseca que diz respeito aos fatores externos, ambientais e conscientes, ou seja, o que Siqueira (2004) diz ser o convívio em sociedade, que por sua vez, para Miranda necessita de ser valorizado pela sociedade, pelo ambiente (pais, professores, família, amigos e etc.), por meio de elogios, prêmios e etc.

Luppi (2007), diz que existem três fatores que ajudam na motivação de um indivíduo: a vontade de mudar, relacionada à força psíquica interna, o incentivo, relacionado ao ambiente, à valorização que o ambiente dispõe para o indivíduo e, a rejeição a necessidade de ser reconhecido e o medo de não o ser. Ainda segundo a autora a motivação pode ser definida como um estado interno que faz com que desperte no indivíduo comportamentos para suprir suas necessidades.

A maior parte dos marginalizados o são por dois fatores: miserabilidade e desajuste social, condições que trazem ao sujeito um “*desalento típico daqueles que sabem que lutar sem chance é fracasso garantido*” (Falconi, 1998, p.45), o sujeito sente-se rejeitado antes

mesmo de tentar fazer parte de algo ou, na verdade, rejeitado pelo meio em que vive. O mesmo autor esclarece que não se pode exigir de alguém um comportamento que nunca foi ensinado a ele, do qual ele nunca teve exemplo em sua convivência diária.

Estes indivíduos marginalizados carecem de “*elementos básicos à promoção social*” (p.35), tais como participação em eventos culturais, de aprimoramento da educação e de lazer. A atividade sociocultural deve ser colocada à disposição deste público para que estes tenham maior participação na sociedade em que vivem, o que potencialmente diminuiria a sensação de não pertencimento ao grupo social (Falconi, 1998).

O presente trabalho justifica-se por ressaltar a importância do desenvolvimento de trabalhos científicos, na área da psicologia e como parte das responsabilidades sociais de outros pesquisadores e estudiosos, sobre o esporte como ferramenta eficiente para reabilitação social de menores marginalizados e para prevenção à criminalidade.

Objetivo

O objetivo geral do trabalho foi analisar e avaliar a produção científica sobre o uso do esporte como ferramenta de reabilitação social, incluídos na base de dados da CAPES (Dissertações e Teses), no período de 2000 a 2011.

Tendo como objetivos específicos, analisar as seguintes informações:

- a) Área(s) do conhecimento;
- b) Grau acadêmico;
- c) Tipo de pesquisa;
- d) Análise dos dados;
- e) Delineamento de pesquisa;
- f) Relação da conclusão com os objetivos.

Método

Material

Foi feita uma busca no Banco de dados da CAPES, utilizando como palavras chave: Esporte, Social, Reabilitação. A escolha por essa base de dados se deu devido ao fato de que no Brasil as pesquisas são realizadas nos cursos de graduação, pós-graduação, mestrado e doutorado. Dessa forma buscou-se analisar o que há de mais atual em termos de pesquisas nacionais tendo em vista que o Banco de Teses da CAPES disponibiliza os resumos de todas as teses e dissertações defendidas nos cursos de graduação, pós-graduação, Mestrado e Doutorado. Optou-se por trabalhar apenas com os resumos das teses e dissertações localizadas, produzidas entre os anos de 2000 e 2011.

Todos os resumos resultantes desta busca foram alvo da meta-análise. Utilizou-se uma ficha de Registro para atender aos objetivos específicos propostos.

Procedimento

Para a coleta de dados foram digitadas as palavras chave do tema desejado (esporte, social, reabilitação). Dentre os trabalhos localizados selecionaram-se somente aqueles que possuíam as características de desenvolvimento e discussão de análise do uso do esporte como ferramenta de reabilitação/reinserção social, independente da área na qual foi realizado. A análise dos dados das teses e dissertações selecionadas foi feita a partir das informações fornecidas na descrição do banco de dados CAPES e resumos apresentados pelo mesmo.

Utilizou-se uma ficha de registro, na qual foram analisados os dados relacionados ao resumo de cada trabalho e a descrição do banco de dados CAPES.

Analisaram-se nas tabelas questões de: Área(s) do conhecimento (Psicologia, Educação Física, Educação, Interdisciplinar, Psicologia Social e Programas de Atendimento Comunitário), Grau acadêmico (Mestrado/Doutorado), Tipo de pesquisa (Descritiva/Experimental/Teórica), Análise dos dados (Qualitativo/Quantitativo/Misto), Delineamento de pesquisa (Levantamento/Correlacional/Quase-experimental/Experimental) e Relação da conclusão com os objetivos (Atende/Atende parcialmente/Não atende).

Resultados e Discussão

Foram encontrados 11 trabalhos dentro desses 12 anos, em que 10 eram de dissertações de Mestrado e uma tese de Doutorado. Destaca-se que a produção localizada não permite uma análise estatística dos dados devido a sua escassez, portanto os dados foram analisados de modo descritivo e apresentado em forma de Tabelas e Quadro.

Tabela 1 Áreas de Conhecimento

Área de Conhecimento	F	%
Psicologia	2	18,18
Educação Física	1	9,09
Educação	3	27,27
Interdisciplinar	2	18,18
Psicologia Social	2	18,18
Programas de Atendimento Comunitário	1	9,09
Total	11	100

Na Tabela 1 observa-se predomínio de produção da área de Educação, com 27,27%. As áreas de Psicologia, Psicologia Social e Interdisciplinar representam cada 18,18% do total. Educação Física e Programas de Atendimento Comunitário, por sua vez, representam 9,09%.

Apesar dos resultados apresentarem as áreas esperadas, o número de trabalhos produzidos sobre o tema é mísero. O que demonstra um fraco interesse dos pós-graduandos por trabalhos multidisciplinares e de engajamento social.

Quanto ao grau acadêmico, 90,91% dos trabalhos encontrados eram dissertações para obtenção do título de Mestrado e 9,09% para teses de Doutorado, o que mostra um fraco interesse por parte dos doutorandos sobre o tema estudado.

Tabela 2 Tipo de Pesquisa

Tipo de Pesquisa	F	%
Descritiva	7	63,64
Experimental	1	9,09
Teórica	3	27,27
Total	11	100

Os dados da Tabela 2 apontam que 63,64% das pesquisas são descritivas e 27,27%, teóricas. Há apenas uma produção experimental, representando 9,09% do total das pesquisas analisadas.

Há apenas uma pesquisa experimental. Segundo Madeira, Assis-Maria e Witter (2007) mudanças na realidade podem apenas ser colocadas em prática quando são cientificamente evidenciadas sua eficiência e a qualidade de suas tecnologias de implementação. Portanto existe uma carência significativa de insumos para a comprovação de bons resultados com o uso do esporte para a re-inserção social do indivíduo marginalizado.

Quanto à análise dos dados, 100% das dissertações de Mestrado e teses de Doutorados encontrados eram dados qualitativos, o que comprova a carência de trabalhos experimentais, citado anteriormente.

Tabela 3 Delineamento da pesquisa

Delineamento	F	%
Levantamento	8	72,73
Correlacional	2	18,18
Experimental	1	9,09
Total	11	100

Os dados da Tabela 3 mostram que apenas um dos trabalhos encontrados é de cunho experimental, o que denota maior interesse em se realizar trabalhos que buscam apenas conhecer e interpretar a realidade, ou seja, descritivos (90,91%), deixando a necessidade de desenvolverem mais pesquisas que verifique a relação de causa e efeito. Não foram realizadas pesquisas de delineamento Quase-Experimental no período analisado.

Em apenas sete pesquisas (63,67%) foi possível analisar a relação entre conclusão e objetivos, pois no restante não foi exposto no resumo seu conteúdo.

Quadro 1 – Macro estrutura do resumo

Itens	<u>Sim</u>		<u>Não</u>		<u>Total</u>
	f	%	f	%	%
Frase de contextualização	9	81,82	2	18,18	100,00
Objetivo	11	100,00	0	0,00	100,00
Método	11	100,00	0	0,00	100,00
Principais resultados	10	90,91	1	9,09	100,00
Conclusão	7	63,64	4	36,36	100,00

Nos resumos dos trabalhos encontrados, pode-se observar que a maioria dos trabalhos se encontra dentro dos padrões esperados, porém ainda existem lacunas nas

informações cedidas por meio dos resumos.

Considerações Finais

Observou-se a necessidade de desenvolver mais estudos sobre o tema, considerando que em 12 anos, apenas 11 trabalhos foram encontrados, o que equivaleria a quase uma produção por ano. A área do conhecimento que tem o esporte como seu principal instrumento de trabalho, a Educação Física, assim como a área que tem o foco direcionado para a área social, Programas de Atendimento Comunitário, produziram cada uma, apenas um trabalho sobre o tema. Observou-se ainda que as mulheres desenvolveram mais trabalhos sobre o tema, o que pode ser justificado, pela predominância do gênero nos cursos de Psicologia, Psicologia Social e Educação (cursos que desenvolveram maior parte dos trabalhos encontrados). Localizou-se apenas um trabalho de doutorado produzido sobre o tema (na área da Educação), o que demonstra um fraco interesse dos doutorandos pelo assunto. Os pesquisadores se ativeram mais ao campo da obtenção e descrição dos dados, a partir de entrevistas e pesquisas teóricas, demonstrando optar por levantar estatísticas e expor situações em vez de se envolverem diretamente com as questões que o uso da prática do esporte para reabilitação social suscita.

A partir dos resultados obtidos e considerando que o esporte não é apenas praticado para manter uma vida saudável, nem apenas como trabalho em si, mas também como ferramenta para ocupar o tempo livre de crianças e adolescentes, permitindo que a partir da prática do esporte elas aprendam princípios, evitando que esse tempo ocioso seja direcionado para coisas que vão contra as normas da sociedade, levando-as muitas vezes para a rua ou marginalização. Vê-se a necessidade do fomento aos estudos sobre o uso do esporte como ferramenta de [re]inclusão social, de preferência em caráter interdisciplinar, em busca do desenvolvimento de projetos melhores e mais eficientes que visem a reinserção e prevenção da marginalização de indivíduos.

Referências

- BARBANTI, V. O que é Esporte?. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. Escola de Educação Física e Esporte da USP. São Paulo, 2003. Disponível em: <<http://sistemas.eferp.usp.br/myron/arquivos/7844237/e169c31d328f4fa63211594b6cbf6075.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2012.
- BURITI, M. de A.; Witter, C.; Witter, G. P. **Produção Científica e Psicologia Educacional**. São Paulo: Anadarco, 2007.
- CAMARGO, N. V. G. P. Pesquisador científico: avaliação de produção. In G.P. Witter (org) **Produção Científica**. Campinas: Ed. Átomo, 1997.
- FALCONI, R. **Sistema presidencial: reinserção social?** (Coleção Elementos de Direito). São Paulo: Ícone, 1998.
- LUPPI, L. **Responsabilidade social x motivação**. ed. 52, ano 5 2007. Disponível em: <http://www.responsabilidadesocial.com/article/article_view.php?id=553>. Acesso em: 01 mar. 2012.
- MADEIRA, E. B.; Assis-Maria, F. e Witter, G. P. Ensino de Ciências no Banco de Teses da Capes. In M. A. Buriti et al. (org.) **Produção Científica e Psicologia Educacional**. Guararema, SP: Anadarco, 2007.
- MIRANDA, R. **Psicologia do esporte**. 2008. Disponível em: <<http://www1.uol.com.br/vyaestelar/motivacao.htm>>. Acesso em: 01 mar. 2012.
- MOREIRA, W. Revista Ângulo e a produção científica e cultural da FATEA. In G. P. Witter: (org) **Produção Científica**. Campinas: Ed. Átomo, 1997.
- PÉCORA, G. M. M. Atividades acadêmicas de pesquisador. In G. P. Witter (org). **Produção Científica**. Campinas: Ed. Átomo, 1997.
- SIQUEIRA, A. C. de. **A motivação na gestão da qualidade total**. 2004. Disponível em: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_opiniao.php?codigo=AOP0019&area=d3>.

Acesso em: 01 mar. 2012.

VASCONCELO, A. L. **Fatores motivacionais de participação dos jovens no Projeto Esporte à Meia-Noite**. Universidade Católica de Brasília. Taguatinga, 2008. Disponível em: <<http://portalrevistas.ucb.br/index.php/efr/article/viewFile/982/845>>. Acesso em: 01 mar. 2012.

WITTER, C. **Metaciência e Psicologia**. In G. P. Witter (org.). Campinas: Ed. Alínea, 2005.

Túnel Do Tempo – Jogo Mediador Lúdico de Entrevista e Intervenção para Adolescentes e Pré-Adolescentes¹⁷⁹

Maria Salete Arenales-Loli¹⁸⁰

Jorge Luís Ferreira Abrão¹⁸¹

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo¹⁸²

Introdução

O método psicanalítico inicia-se em sua história de criação como um recurso utilizado no universo de pacientes adultos. A experimentação e posterior “prescrição e recomendação” para crianças e adolescentes conduzem a comunidade psicanalítica em novas e fundamentais reestruturações da técnica proposta.

Para compreendermos este método temos que necessariamente recorrer ao seu criador, Freud, e percorrer os trilhos de sua história no intuito de apreendermos em sua raiz possibilidades de possíveis adequações sem perder de vista pilares essenciais de sua sustentação como a noção do inconsciente, o sentido do sintoma e a matéria-prima básica para que possamos desenvolver nosso trabalho, o discurso do nosso paciente.

Quanto ao fato de ter relegado a hipnose como método terapêutico, Freud nunca hesitou em expressar-lhe um sentimento de gratidão, declarando nas Conferências Introdutórias (1916-17):

¹⁷⁹ Esse jogo foi criado pela Psicóloga Maria Salete Arenales Loli, e é base de sua pesquisa de Doutorado

¹⁸⁰ Estudante de Pós Graduação Nivel de Doutorado –UNESP - Assis

¹⁸¹ Professor Doutor – UNESP de Assis (orientador)

¹⁸² Professora Associada do IPUSP, co-orientadora da Tese de Doutorado de Maria salete Arenales Loli

“Nós, psicanalistas, podemos afirmar sermos os seus legítimos herdeiros e não esquecemos quanto estímulo esclarecimento teórico devemos à hipnose. Ainda devemos ser gratos à velha técnica da hipnose por nos ter mostrado os processos psíquicos simples da análise, numa forma individualizada ou esquemática. Só isto pode nos dar a coragem de construir, no tratamento analítico, situações mais complexas e de mantê-las claras diante de nós” (Freud, Vol XII, apud, Vol I, p.112).

Ao longo dos anos Freud abandonou cada vez mais a técnica da sugestão e veio a confiar em escala crescente no fluxo de ‘associações livres’ do paciente, abrindo caminho para análise dos sonhos, a compreensão de conceitos como o do ‘processo primário’ e possibilitando a criação de um novo instrumento técnico, o da interpretação e posteriormente da transferência. (vol. II, p. 24,25)

Com os seus casos de insucessos com a hipnose, Freud progressivamente construiu e elaborou o método psicanalítico, eis aqui o que é para mim, o grande fascínio e encantamento do pai da psicanálise: Poder ver e rever sua própria caminhada. O seu mérito não está simplesmente na criação deste instrumento, mas fundamentalmente na possibilidade de reconstruir continuamente solicitando novos recursos e novas adaptações da técnica com o devir, no contexto da atualidade (Arenales-Loli, 2007).

Já pleiteados por Freud com o método psicanalítico, inicia também este autor, o marco referencial da psicanálise de criança. Com o conhecido caso do “pequeno Hans” (1909) temos o início de trabalhos desta abrangência, embora com este caso clínico, a intenção inicial de Freud não era a de formular as bases desta modalidade de tratamento. A intenção com este trabalho era de confirmar suas hipóteses acerca da sexualidade infantil já postuladas nos “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1905), incentivando seus colaboradores mais próximos a reunir observações quanto a vida sexual das crianças cuja existência havia sido negada até então (Abrão, 2001p. 35,36).

De acordo com Abrão (2001, p.37), o valor deste caso como precursor da técnica da análise de crianças fora pouco enfatizado por Freud e a conduta técnica adota é a

recomendação de que o próprio pai conduzisse a análise de seu filho. Algo que atualmente soaria com estranheza era segundo Freud, uma condição essencial de um trabalho analítico com crianças, pois somava numa só pessoa o “carinho afetuoso com o interesse científico”.

Desta forma, nos primórdios da psicanálise, inúmeros analistas, como Carl Jung, Karl Abraham e Melanie Klein entre outros colegas da Sociedade Psicanalítica de Viena, analisavam seus próprios filhos não só como forma de comprovar as teorias sexuais infantis, mas também como profilaxia contra o aparecimento de futuros sintomas neuróticos.

Segundo os dados levantados por Abrão (2001) em seu livro: “*A História da Psicanálise de Crianças no Brasil*”, após estas contribuições iniciais, a psicanálise com crianças permaneceu alguns anos como uma área pouco explorada e normalmente abordada com reservas. Tal fato, segundo Abrão (2001,p.40) pode ser explicado, em parte, pela própria postura de Freud que apontava a psicanálise como um procedimento pouco apropriado para o tratamento de crianças.

Freud só retornará ao tema, com uma posição mais otimista, no ano de 1933, ocasião em que os fundamentos teóricos e técnicos de análise infantil já haviam sido desenvolvidos por Melanie Klein e Anna Freud, salientando a necessidade de adaptações da técnica (Abrão, 2001 p.40).

Melanie Klein inicia seu trabalho em 1919, quando começa a realizar uma educação psicanalítica com seu filho Erich, a quem atribui o pseudônimo de Fritz. (Abrão, 2001, p. 44). Numa segunda fase de trabalho com Erich, denominada de “análise” tinha por fundamento penetrar mais profundamente no inconsciente da criança, valendo-se de interpretações do conteúdo inconsciente expresso nos sonhos, fantasias e eventualmente no brincar de Erich. (Abrão, 2001, p.46).

Desta forma, o brincar como uma técnica psicanalítica a ser utilizada como um modo de se penetrar no inconsciente fora descoberto por Melanie Klein na sua atuação clínica e de certa forma, “ao acaso” e que fora posteriormente paulatinamente fundamentado e sistematizado por ela.

Em seguida, Klein inicia a análise de crianças segundo a técnica do brincar por ela desenvolvida com crianças de dois a seis anos o que lhe permite entrar em contato com o universo mental da criança tendo como forma privilegiada de expressão o simbolismo do brincar, que pode ser equiparado à associação livre do adulto.

Com relação ao atendimento psicoterápico do adolescente e pré-adolescente prosseguimos com a inserção das técnicas infantis e dos pacientes adultos para o atendimento clínico desta população específica sem nos questionarmos quanto à possibilidade de inadequação destes recursos para esta faixa etária.

Aminda Aberastury (1992) relata em seu livro “A criança e seus jogos”: “Por meio da atividade lúdica, a criança expressa seus conflitos e, deste modo, podemos reconstruir seu passado, assim como no adulto fazemo-lo através das palavras” defendendo a idéia do psicodiagnóstico pelo recurso da observação da hora de jogo e encerra este mesmo livro com um capítulo sobre o adolescente e o desprender-se dos brinquedos com a seguinte frase: “O adolescente não somente se despede dos brinquedos e de seu mundo lúdico, como também se desprende para sempre de seu corpo de criança (...)” (p.85).

A autora deixa-nos assim, indiretamente com uma dúvida, teórica e sofridamente prática aos profissionais que se debruçam nos atendimentos a esta faixa etária de como abordar tecnicamente os adolescentes.

Várias tentativas de manejo técnico para esta faixa etária já foram discutidas e elaboradas. Dentre eles destaca-se Winnicott em seu livro “Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil”, onde temos a oportunidade de observar diversos casos clínicos discorridos pelo autor utilizando o seu famoso “Jogo dos Rabiscos” com pré-adolescentes (12 anos).

Durante o jogo, Winnicott aproveitava para perguntar à criança se havia algum sonho que ela costumava sonhar frequentemente (Gorayeb, 2004).

Nas leituras das obras de Winnicott observa-se que este demonstrava-se preocupado com o instrumental psicodiagnóstico disponível ao analista na abordagem com crianças, pré-adolescentes e adolescentes debruçando-se nesta busca em diferentes momentos. Além do “Jogo do Rabisco” faz referências ao jogo “Eu sou o rei do Castelo!” (2005) ou até o uso de uma simples pedra decorativa de seu consultório é citada como

recurso interativo com esta população (Gorayeb, 2004).

Um aspecto importante a ser destacado é que existem determinadas peculiaridades com esta faixa etária que normalmente inviabilizam que a matéria-prima, no sentido psicanalítico do termo, ou seja, que o relato, as palavras apareçam espontaneamente no curso das sessões com estes pacientes:

Normalmente o adolescente e pré-adolescente não procura por um desejo próprio o tratamento psicoterápico. Geralmente o faz por encaminhamento dos pais, de um psicopedagogo, professores e/ou um médico de confiança de família, apresentando pouca ou nenhuma motivação para o tratamento e muitas vezes não apresentando um sofrimento manifesto. Enquanto psicoterapeutas temos conhecimento da diferença quanto ao resultado terapêutico em relação ao adolescente que vem ao consultório trazido por alguém e do adolescente que “sente não estar bem” e, então, solicita aos seus cuidadores a busca de um profissional da área da psicologia.

Somado a falta do próprio desejo em estar em tratamento, acrescenta-se uma das características típicas e normais desta faixa etária, a saber, “a postura mental de onipotência e a negação da dependência”. (Mondrzak,, 2007) que provavelmente os impedem de revelar e expressar ao profissional psicoterapeuta seus questionamentos, suas inseguranças e as próprias angústias.

Neste sentido, caberá nos questionar se ainda podemos prosseguir com a inserção das técnicas infantis e/ou dos pacientes adultos para o atendimento clínico de adolescentes. Expressões através do desenho são ótimos canais para os adolescentes mais novos, porém, é comum escutarmos com os maiores de 16 anos: “Não me venha com desenhos! ou “Eu não gosto de desenhar” em suas primeiras colocações na sessão, anunciando e denunciando uma inadequação técnica.

A criação do Jogo Túnel do Tempo¹⁸³

O jogo “Túnel do tempo” foi criado frente a uma demanda significativa de adolescentes e pré-adolescentes na minha prática clínica. Comecei paulatinamente a elaborá-lo e a empregá-lo durante o atendimento desses clientes que adentravam no consultório aversivos ao uso de um material lúdico infantil, rejeitando tal técnica psicoterápica como “coisas de criança”. No entanto, apresentavam-se ainda imaturos a uma verbalização clássica de sentimentos e associações, como utilizada com os indivíduos adultos.

Sabemos que, para essa faixa etária, o uso exclusivo da comunicação verbal é, em geral, inviável e faz-se necessário a criação de mediadores que facilitem ao adolescente ou pré-adolescente expressar e simbolizar seus próprios sentimentos.

Entre os recursos disponíveis, utilizo técnicas projetivas e/ou expressivas como: HTP; Procedimento de Desenhos-Estórias (D-E) (Trinca & Tardivo, 2002); Procedimento de Desenhos de Família com Estórias (DF-E) (Trinca, 1991); Jogo do Rabisco (Winnicott, 1984)¹⁸⁴ no primeiro momento do psicodiagnóstico com o público adolescente e pré-adolescente.

No entanto, ao prosseguir o processo psicoterápico de muitos adolescentes, eu sentia falta de um recurso clínico que viabilizasse a expressão de sentimentos, de relatos de suas histórias pessoais e a exposição completa de determinados fatos, que são as matérias-primas de uma psicoterapia.

Segundo Medeiros (apud Ribeiro, 2011) há atendimentos que pedem o uso da materialidade e caberá ao terapeuta a “apresentação” da materialidade. Há atendimentos

¹⁸³ Essa parte do texto será escrita em primeira pessoa, já que se trata da experiência da autora Maria Salete Arenales Loli na criação do jogo e na sua experiência clínica com seus pacientes.

¹⁸⁴ Winnicott demonstrava-se preocupado com o instrumental psicodiagnóstico disponível ao analista, debruçando-se nesta busca. As suas descrições sobre sua criação tendem a ser modestas, como “o jogo dos rabiscos é simplesmente um meio de se conseguir entrar em contato com a criança”. No entanto, ao meu entender Zimerman (2004) concede-lhe uma condição mais apropriada: “considero esse jogo de extraordinária importância como um modelo de técnica psicanalítica, no sentido de que, em uma situação analítica, o analista e o paciente devem exercer uma atividade lúdica do tipo que podemos chamar de ‘rabisco verbal’, até conseguirem um insight”.

para os quais o uso de procedimentos que favoreçam a comunicação por meio de materialidade não faz sentido, não são necessários entre a dupla terapêutica. Estas diferenças remetem ao uso da cada paciente em relação à palavra e aos objetos sendo que alguns se beneficiam mais com o uso de palavras, enquanto outros usam objetos para favorecer a comunicação no setting.

Para exemplificar, Ribeiro (2011) cita um caso clínico em que o uso da música serviu como mediador dialogado facilitando a expressão da comunicação.

Pessoalmente, não considero adequado o uso de jogos de características comerciais para essa faixa etária, pois muitas vezes acabam dispersando o foco do nosso atendimento: os fatos, os sentimentos e as angústias. É certo que tal conteúdo latente também aparece no decorrer desses jogos, porém como num trabalho de garimpeiro, em meio a uma grande enxurrada de lama encontram-se algumas pepitas de ouro ali perdidas.

Apesar do material clínico que tais jogos comerciais podem propiciar ao processo psicoterapêutico, sua utilização rotineira pode favorecer a emergência de conteúdos a serviço da resistência, como muito bem salienta Garcia (2007).

Desta forma, minhas escolhas de facilitadores de contato eram argila, massinha, recortes de revistas para a expressão de determinados sentimentos. No entanto, sentia falta de algo mais direto e incisivo neste diálogo.

Mobilizada pelo anseio de me colocar num papel mais diretivo e ativo enquanto psicoterapeuta de adolescentes, inspirada inicialmente nas minhas experiências com as frases incompletas de Rodolfo Bohoslavsky em *Orientação Vocacional* e a disposição que percebia dos adolescentes em completá-las, criei e desenvolvi o jogo "Túnel do Tempo", tendo em vista as necessidades clínicas peculiares dessa faixa etária.

É fundamental destacar que a dificuldade na verbalização marcante nessa faixa etária trata-se de um recurso a ser desenvolvido, uma passagem do não-verbal para o verbal. Neste sentido, as observações de Garcia (2007, p.103) são extremamente oportunas: O autor observou que, “em linhas gerais, esses pacientes tendem a ser mais superficiais no contato com seus afetos. São pacientes que fazem desse recurso, um modo de se manterem estáveis com suas defesas”. Outrossim, destaca que não considera “esta

característica como sendo sempre uma resultante de patologia, mas, sim, como um modo de organização comum deste momento da evolução”.

Objetivo do jogo

Como muito bem define Aberastury (1992) e se pode certificar em qualquer clínica infantil, a criança é capaz de estruturar, brincando, a representação de seus conflitos básicos, suas principais defesas e fantasias de doença e cura, deixando, em evidência, já nos primeiros encontros do acompanhamento, o seu funcionamento mental e, deste modo, muitos fenômenos que não seriam obtidos pela palavra, poderão ser observados pelo brincar.

Com o jogo e suas frases que provocam questões de diferentes instâncias, o psicoterapeuta terá em suas mãos um recurso que instiga o adolescente a refletir sua própria vida e o mundo que o cerca com possibilidade do surgimento de reminiscências e de novas associações. A cada nova questão, o psicoterapeuta poderá e deverá elaborar outras novas questões de natureza instigante ao adolescente para que possa abrir diferentes vértices de percepção dos fatos analisados, fazendo inclusive assinalamentos e interpretações que considere pertinente a cada caso no decorrer do próprio jogo.

Assim, o jogo propõe uma abordagem mais ativa com o adolescente já que aguardar pelo insight somente por meio de técnicas não diretivas e técnicas puramente reflexivas poderá resultar num longo e árduo trabalho para o psicoterapeuta e especialmente para o adolescente.

O jogo tem três temas básicos: passado, presente e futuro. As questões relativas ao passado auxiliam o adolescente nas recapitulações e expressões de conteúdo catártico que, com o trabalho psicoterapêutico, permite o adolescente a reconstruir os fatos de significados psicologicamente importantes.

Com auxílio desse recurso auxiliando no processo psicoterápico, constatou-se a possibilidade de se instigar lembranças e levantar os seguintes aspectos sobre a vida desses adolescentes:

Dados da rotina familiar (passada e atual);

Relatos de acontecimentos significativos;

Relatos de pessoas significativas para a sua formação;

Dados da adaptação escolar e social;

Detecção de medos e angústias;

Dados de manifestações de culpa e reparação;

Manifestações de alguns sintomas clínicos;

Descoberta e reconhecimento de habilidades próprias;

Projetos de vida futura (ou a inexistência destes), sonhos e ideais.

Observou-se que, com as questões elaboradas, foi possível o levantamento de novos dados de sintomas clínicos não observados com a utilização do recurso de entrevista individual e com os pais.

Por outro lado, além de auxiliar no processo de psicodiagnóstico do adolescente e pré-adolescente, entendo que a maior contribuição deste jogo se dá na possibilidade de tornar-se um canal de intervenção ao psicoterapeuta.

O jogo propõe ser um auxiliar no processo psicodiagnóstico interventivo, já que muitas das frases incompletas propostas possibilitam novas alternativas de intervenções psicoterápicas e, muitas vezes, o surgimento de associações livres por parte do púbere.

Considero fundamental esclarecer o objetivo do jogo ao adolescente e deixar claro que o psicoterapeuta tem a função de auxiliá-lo a ser um observador de si mesmo e que faremos isto com o auxílio do jogo buscando através desta atividade um conhecimento melhor de si mesmo. Mas como poderíamos ajudá-lo? Proporcionando-lhe condições de responder tais questões como: quem sou eu? O que querem de mim e o que posso dar? Ou, o que querem de mim e eu não posso dar? Que recursos posso extrair de meus

potenciais para viver com mais serenidade, autonomia e responsabilidade no mundo adulto que se aproxima? O que posso ser agora e no meu futuro próximo?

Entendo que o psicoterapeuta deverá esclarecer ao adolescente que as brincadeiras utilizadas pelas crianças nos revelam evidências do seu funcionamento mental. O adulto verbaliza (talvez não todos) com mais facilidade os seus sentimentos e emoções. O adolescente fantasia, e deste modo iremos, juntos ao mundo dos seus pensamentos, descobrir aspectos inimagináveis de sua pessoa para recolhermos a “matéria-prima” do nosso trabalho psicoterápico.

Frases “pouco produtivas”

No uso deste material, constatei que existem frases “pouco produtivas”, porém, por sua efetividade em alguns casos clínicos procurei mantê-las como uma alternativa de busca de dados. Um exemplo neste sentido se refere à exploração dos programas de televisão vistos na infância. Praticamente, são unânimes em mencionar os clássicos desenhos animados, sem muitas consequências.

Por outro lado, dois casos que não fizeram referência a estes clássicos infantis foram significativamente propulsores para um novo patamar da investigação clínica. Um deles refere-se a uma adolescente que somente assistia à programação de adultos, como novelas e telejornais, por “sentir-se na responsabilidade de acompanhar a mãe já que esta ficou muito sozinha após a separação conjugal”.

Em outro caso, um pré-adolescente de 12 anos comandava a própria casa ameaçando fisicamente os pais e estes, temendo sua força física fruto de um intenso treinamento – agiam como serviçais do filho. O problema era gravíssimo, pois, além dos pais comprarem tudo o que ele desejava, o adolescente determinava todas as ordens na casa que destruía em suas explosões de raiva. Quando o questionei sobre as programações de televisão da infância respondeu-me com firmeza: “Com três e quatro anos eu assistia a tudo quanto é filme de luta e violência”, especificando os detalhes sangrentos de alguns vídeos. Admirada com a sua segurança nessa lembrança, procurei explorar se não seria somente uma fantasia. Indagava-me: como uma criança de três anos teria acesso a vídeos de lutas e violência? Ao questioná-lo responde: “Meu pai locava direto

e reto, acho que ele queria que eu aprendesse alguns truques de defesa...”.

Como procedo com outras questões que considero pertinentes, peço autorização ao adolescente e exploro alguns fatos na sessão com os pais, que mesclo no decorrer do meu trabalho clínico. Ao relatar tal “memória” desse adolescente, o pai me confirma: “Fiz isto mesmo, você acredita? Que burrice, né? Eu imaginava que deste modo o estava preparando para a vida, para que ninguém batesse nele na escola, eu não queria um filho fraco, eu apanhava na escola e não queria um filho que apanhasse como eu...”.

E com esse conteúdo sobre os filmes de sua infância – aparentemente banal a sessão com pai, mãe e filho, possibilitou-me tratar de temas decisivos no caminhar deste tratamento psicoterápico. O pai, temendo que seu filho repetisse sua dramática história, projeta seus próprios temores infantis e o filho obrigou-se a atos violentos na escola e no grupo de amigos como uma clara manifestação da expectativa paterna. Em sessões posteriores com este adolescente, constatei claramente a idéia de que, caso não cumprisse sua vida deste modo, deveria se defender de uma possível repulsa parental.

Com um ano e meio de acompanhamento (ajuda que, curiosamente fora solicitada pelo próprio adolescente) as crises de violência cessaram e assim se mantém há quase dois anos. Observo, neste caso, como o recurso do jogo agilizou o processo psicoterápico, levando-o a descobrir que o mundo não é um grande “ringue” e que pode nele se manifestar de muitos modos que não apenas como um “galo de briga”, destruindo e destruindo-se.

Quando inserir o jogo no processo psicoterápico

Constato que o próprio processo do jogo facilita o estabelecimento de uma aliança terapêutica de modo bastante visível, talvez por propiciar um diálogo de intenso conteúdo sem prolongados silêncios no decorrer da sessão. No entanto, considero que um bom *rapport* deva ser elaborado antes do início do jogo. Opto por incluí-lo, em média, entre a quinta e oitava sessão de atendimento em diante, como uma alternativa de complemento aos tradicionais instrumentos de psicodiagnóstico da personalidade e da psicodinâmica familiar. Assim, quando inicio a aplicação do jogo, já possuo uma noção e um parecer

sobre alguns sintomas do adolescente e sua queixa.

Idade dos participantes

“Há um menino, há um moleque, morando sempre no meu coração. Toda vez que o adulto balança, ele vem pra me dar a mão”. (Letra e Musica de Fernando Brant/ Milton Nascimento, LP "Miltons" 1988.)

Apesar de citar, na caixa do jogo, a utilização dele para a faixa etária dos 12 aos 19 anos, na minha prática clínica o utilizei para clientes com idades entre 12 e 21 anos.

É certo que algumas questões não são oportunas para determinados adolescentes na faixa etária dos 12 anos. Como citei anteriormente, o psicoterapeuta pode projetar, nestes casos, questões sobre o futuro, obtendo-se assim, uma diversidade de importantes fantasias para o trabalho clínico.

A experiência lúdica do jogo foi uma alternativa nos casos de clientes acima dos 20 anos mesmo que já estivessem frequentando uma faculdade, pois revelavam dificuldade de expressão verbal e associativa. Tratava-se de clientes que se mantinham firmes em abordar somente os sintomas de um transtorno, como uma manifestação da síndrome do pânico, repetindo as sensações físicas do sintoma a cada nova sessão, ou que insistiam somente em relatar seus cotidianos com raras expressões afetivas.

O lúdico

A idéia do tabuleiro foi uma adaptação encontrada no material lúdico infantil para mesclar os três tempos, passado, presente e futuro. No início, se tratava somente de frases incompletas que eram preenchidas pelos adolescentes e se tornava esgotante permanecer num único período de um destes três tempos.

Nota-se também que o adolescente se distrai com o jogar do dado, o contar das casas, o avançar do pino no tabuleiro e se envolve com o certo suspense que surge com o tempo das cartas a serem retiradas e o tema por vir. Com este recurso auxiliar, abordar assuntos que geralmente são fonte de angústia, ansiedade e, especialmente, de esQUIVA

por parte do adolescente, mostrou-se viável em alguns casos.

O breve espaço de tempo entre as atividades de rolar do dado e o avançar no tabuleiro, apresenta-se como pausa extremamente pertinente entre uma questão e outra.

No primeiro tabuleiro elaborado para o jogo (que acabou não sendo lançado) havia um quebra-cabeça central e um item “perde-tudo”. O item “perde-tudo” inserido na metade e no final do tabuleiro, atingia aspectos de frustração de modo muito eficaz.

Em alguns casos, observei o “alívio” e os comentários quando o pino passava “raspando” por esta casa do “perde-tudo”. Notava-se também, a “decepção” quando caía no espaço do “perde-tudo” e o adolescente havia de recomeçar a sua frase do quebra-cabeça.

Quando oportuno, intervenções podiam ser realizadas pelo psicoterapeuta utilizando-se do próprio jogo. Recordo-me de uma adolescente com uma história de abandono sequencial: primeiro pela mãe que a deixa com a avó materna para reconstruir sua vida e casar-se novamente; depois pela avó que morre. Foi “adotada” pelo pai (ausente até então) que, num determinado momento, também muda de cidade, deixa a criança com a outra avó para casar-se novamente e constituir sua nova família.

Nessas histórias de seguidas perdas, ao viver no jogo o “perde-tudo”, expressa em seguida um temor a cada jogada do dado para que não caísse no item do passado: “Ai... não posso de novo perder mais uma peça” (o tempo do passado tinha apenas um ponto no quebra-cabeça) e a própria adolescente observava angustiada, quando descobriu que no final do tabuleiro existia mais um “perde-tudo. Fiz uma breve referência às suas perdas e neste momento a cliente adentrou no assunto e pudemos falar de suas difíceis perdas reais, e vários sentimentos expressos em choros puderam ser abordados naquela altura do jogo, especialmente o medo de mais uma vez não ser realmente adotada pela avó paterna (com quem mora atualmente) e então novamente ser rejeitada.

Obviamente que, ao inserir o “perde-tudo”, me centrei somente na questão lúdica. Não havia imaginado as possibilidades que este recurso pudesse me proporcionar em termos terapêuticos, ou seja, uma simulação das “perdas” reais da vida. Assim, na elaboração do novo tabuleiro fiz questão de inserir aspectos que pudessem mobilizar

possibilidades distintas de trocas: você escolhe um tempo; o terapeuta escolhe um tempo para você; volte duas casas, etc.

Em síntese, procurava arquitetar um recurso que integrasse aspectos dos resquícios lúdicos dessa faixa etária, daquela criança interna que ainda quer brincar e jogar, com aspectos que pudessem fortalecer e desenvolver o verbal e então prosseguirmos nesta caminhada do não-verbal ao verbal dentro do contexto clínico.

Tendo em vista este objetivo, será comum iniciarmos o jogo com alguns adolescentes e não finalizarmos formalmente até as últimas frases incompletas, posto que neste exercício, as monossílabas e tudo que era respondido comumente com “normal!”, começa a ter denominações e a ser expresso com o falar de si. Para estes casos, o jogo atingiu seu objetivo.

Referências

- ABERASTURY, A. *A criança e seus jogos*. Porto Alegre: Artes Medicas, 1992, p.85
- ABERASTURY, A. *Psicanálise da criança: teoria e técnica*. 8ª.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992, 287p.
- ABRÃO, J.L.F. *A História da Psicanálise de crianças no Brasil*. Escuta. 2001. 233p.
- ARENALES-LOLI. *Da mesa farta à mesa da cirurgia – reflexões quanto ao preparo emocional com foco na cirurgia da obesidade*. São Paulo: Vetor Editora. 2007, 183p.
- ARAÚJO, M. F. Estratégias de diagnóstico e avaliação psicológica. *Psicologia: teoria e prática*, 9(2), 2007, p. 126-141.
- BOHOSLAVISKY, R. *Orientação vocacional – a estratégia clínica*, 1987, 7. Edição, 222p.
- FREUD, S. Publicações Pré Analíticas e Rascunho inéditos (1886-1897). In S. Freud, *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. I, pp. 77 112). Rio de Janeiro: Imago. 1977.
- FREUD, S. Estudos sobre a Histeria (1893-1895). In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. II, pp.). Rio de Janeiro: Imago. 1974.
- FREUD, S. Dois Verbetes de Enciclopédia. In: *Edição Eletrônica Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, 1923. Rio de Janeiro: Imago, 2003. 1CD-ROM.
- GARCIA, J. C. Experiência analítica com pré-adolescentes: método dinâmico interativo. In:

- GARCIA, J. C. *Desafios para a técnica psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2007, p. 103 -109.
- GORAYEB, R. O Observador Engajado. *Revista Viver Mente & Cérebro. Coleção Memória da Psicanálise*, São Paulo. 2004, n. 5, p. 78-83.
- MACEDO, D. P. S; WEHBE, R. B. Z; DOLCI, I. A. Adultescência: prolongando a adolescência na fase adulta. In: DOLCI, I. A; ABRÃO, J. L. F. (org.). *Adolescência universidade: questões atuais*. São Paulo: Arte & Ciência. 2008, p.15 – 44.
- MONDRZAK, V. S. Adolescentes “pseudo-pseudomaduros”: um estudo da clínica psicanalítica na atualidade – *Revista Brasileira de Psicanálise*, vol. 41, n.2, 2007 p. 63 -70.
- PAULO, M. S. L. L. *O psicodiagnóstico interventivo com pacientes deprimidos: alcances e possibilidades a partir do emprego de instrumentos projetivos como facilitadores do contato*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo. 2004.
- RIBEIRO, D.P.S.A. O uso do mediador dialogado na clínica psicanalítica com crianças In: II *Congresso Brasileiro de Ludodiagnóstico*, v. 2, n.2, 2011. São Paulo.
- SANTIAGO, M. D. E. Psicodiagnóstico: uma prática em crise ou uma prática na crise? In: ANCONA-LOPEZ, M. (org.). *Psicodiagnóstico: processo de intervenção*. São Paulo: Editora Cortez. 1995, p. 9-37.
- TARDIVO, L. S. P. C. O adolescente e sofrimento emocional nos dias de hoje: reflexões psicológicas – *Encontros e Viagens*. Tese de Livre Docência. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo. 2004.
- TRINCA, W. *et al.* Estudo histórico sobre desenhos de família. *Rev. Bras. de Pesq. Psicol.* 1991, 3,3,30-38.
- TRINCA, W.; TARDIVO, L. S. P. C. Desenvolvimento do procedimento de Desenhos- Estórias (D-E). In: CUNHA, J. A. *et al.* *Psicodiagnóstico-V*. São Paulo: Artmed. 2002, p. 428-438.
- WINNICOTT, D. W. *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago. 1984, 427 p.
- ZIMERMAN, D. E. *Manual de técnica psicanalítica: uma revisão*. São Paulo: Artmed. 2004, 471p.

A violência no espelho da espetacularização midiática

*Drielle de Santana Fonseca*¹⁸⁵

*Carlos Alberto Ferreira Danon*¹⁸⁶

Resumo

Este trabalho traz reflexões sobre a violação dos direitos humanos pela mídia televisiva de Salvador, em especial a discussão sobre violência e subjetividade que envolve os sujeitos na contemporaneidade. Faz uma intersecção entre o veículo brasileiro de comunicação de massa especificamente, o programa televisivo *Se liga Bocão* e os direitos humanos, com o propósito de problematizar as repercussões políticas, culturais e subjetivas que o discurso midiático violento promove aos sujeitos individuais e coletivos. Sugere que o discurso televisivo popular tem como artifício disseminar a violência nas transmissões diárias e repetitivas dos telejornais para criar no sujeito, enquanto telespectador, um sentimento coletivo de insegurança social incitá-lo a clamar por uma justiça cada vez mais agressora e punitiva. Assim, o sujeito gera o combate da violência pela violência, reproduzindo a continuidade da estrutura de violência sem a percepção das condições socioeconômicas e culturais da conjuntura política.

Palavras-chave: Violência; Mídia; Direitos Humanos; Subjetividade.

INTRODUÇÃO

A proposta deste trabalho é abordar o processo de institucionalização da violência difundidos nos meios de comunicação de massa, mais especificamente através da mídia televisiva, no programa “Se Liga Bocão”.

Trata-se de um estudo exploratório descritivo através de revisão bibliográfica. Foram selecionados artigos originais para reunir as informações, organizá-las e avaliá-las

¹⁸⁵ Graduanda de Psicologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

¹⁸⁶ Professor Adjunto da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – EBMSp.

criticamente. A extração dos dados foi feita nas bases eletrônicas, como scielo e de livros que abordam questões pertinentes ao tema. As combinações e unitermos utilizados foram: violência, mídia, subjetividade e telespectador.

Para tanto, será discutido o que seriam os meios de comunicação de massa e sua importância, assim como sua interface com a violação dos direitos humanos e constitucionais, sendo o trabalho baseado no acompanhamento assistido do programa durante o mês de dezembro de 2011 a janeiro de 2012, semanalmente; e, nos meses de fevereiro a maio de 2012, quinzenalmente. Essa dinâmica foi para poder identificar a cronologia e a maneira que ocorria a exibição das imagens dos custodiados da justiça.

O programa Se Liga Bocão é um telejornal de edição regional, apresentado de segunda-feira à sexta-feira, veiculado na Rede Record de Televisão, no estado da Bahia, no horário das 12 horas, momento em que as pessoas se reúnem em seus lares ou mesmo no trabalho durante o intervalo intrajornada não só para refeição, mas também para servirem de plateia ao programa.

O público alvo é caracterizado por indivíduos de baixa renda, convenientemente do mesmo contexto sócio-econômico daqueles que são vítimas da exposição abusiva da imagem na televisão. Este público ora se apresenta como telespectador, ora como foco dos holofotes. (FERREIRA et al., 2011.)

As cenas transmitidas mostram imagens de becos e ruelas da periferia; o desbravamento das avenidas estreitas pela atuação impetuosa da polícia; e, ao fundo o olhar curioso daqueles que sem algemas em punho, surgem à frente das câmaras na expectativa de se reconhecerem durante a exibição do programa. Esse processo de reconhecimento é algo fundante, que está relacionado aos processos identitários do próprio indivíduo e da forma como se percebe dentro do contexto social.

Ainda dentro deste espetáculo sensacionalista destacam-se aqueles que estão na mira dos holofotes, sofrendo a força inquisitiva das autoridades policiais e os abusos do apresentador, que desejam 'ao vivo' extrair uma confissão de um suposto crime e incitar no público o agressivo desejo por justiça punitiva. Essa estratégia promove um estado de insegurança e frustração com a própria imagem identitária percebida como corrompida pelo

sujeito, o que leva a atitudes de mais violência ou apatia.

Os apresentadores, na maioria das vezes com apoio da autoridade policial, coagem de forma arbitrária os indivíduos em conflito com a lei, obrigando-os a expor sua imagem com entrevistas e fotografias vexatórias e humilhantes. Esse uso indevido da imagem dos custodiados da justiça, desconsiderando todo primado básico do Estado Democrático de Direito, viola, pois, explicitamente, o princípio da dignidade da pessoa humana, tão amplamente protegido pela nossa Carta Magna.

Assim, percebe-se que a mídia televisiva enquanto instrumento de formação da subjetividade do sujeito no contexto social cria um ambiente propício para manutenção de um sentimento coletivo de insegurança e medo, validando, dessa forma, uma ação estatal opressora e autoritária.

1 VIOLÊNCIA E A ATUAÇÃO PUNITIVA DO ESTADO

A etimologia da palavra “violência” procede do substantivo latino *violentiae* e significa veemência e impetuosidade e remete a *vis*, que significa força. A palavra violência, segundo o pensamento grego, remete ao termo latim *Violentia*, estar relacionada ao verbo *violare* que significa violar, transgredir e profanar.

Isto evidencia o elo entre o normativo e o religioso, este relacionado com a lei divina, expressando a ordem sagrada do mundo; aquele se referindo ao que se convencionou como uma medida verdadeira associada ao senso de justiça estabelecida na lei social.

(DRAWIN, 2011:17)A violência faz parte da construção do sujeito sendo inerente a existência humana. A partir dos ensinamentos freudianos e dentro da perspectiva do aparelho psíquico (*id*, *ego* e *superego*) é impossível pe ocial. (ROSÁRIO et AL., apud FREUD, 2011.)

Na perspectiva de Foucault (2011), a violência era, paradoxalmente, um instrumento utilizado pelo Estado para punir os transgressores das normas. O autor cita que em meados do século XVIII, a Europa utilizava a espetacularização punitiva, utilizando na maioria das vezes mecanismos de tortura, como forma de inibir o animus de outros sujeitos praticarem

delitos. Assim, condenava-se a conduta violenta praticada pelos delinquentes, mas se legitimava a violência praticada pelo Estado opressor. Foucault, na obra *Vigiar e Punir* (2011), cita que o cerimonial da pena promovia a exposição do responsável pela conduta socialmente rechaçada de forma ultrajante, submetendo-o a sanções cruéis, tais como, esqueteamento em praça pública. O objetivo era mostrar à sociedade não somente a força estatal para reprimir a prática criminosa, mas também inibir a prática desses delitos.

Embora na contemporaneidade não haja explicitamente o referido cerimonial punitivo, a espetacularização ocorre através de um ritual velado, sobretudo através da exposição dos custodiados da justiça pela mídia televisiva. Essa prática midiática cria um ambiente favorável para a ocorrência de arbitrariedade na aplicação de sanções.

2 A MÍDIA NO PROCESSO DE SUBJETIVAÇÃO

“A mídia tem o papel de formar, informar e transformar, mas também pode deformar os estilos de identidades, subjetividade e sociabilidade.” (PAIVA, 2004).

Infere-se, dessa forma, que é necessária uma percepção crítica e reflexiva des ta abordagem midiática. Pois, a maneira como os acontecimentos são transmitidos cria repercussões políticas e/ou de valores em longo prazo entre as pessoas, gerando no telespectador o ideário de que sua realidade restringe-se ao que é transmitido pela televisão. Conforme Hall, uma das dimensões da identidade na contemporaneidade reflete o espelho, ou seja, o se reconhecer. Nessa dinâmica, a mensagem subliminar do programa provoca uma situação de autoconhecimento e identificação negativa que pode promover um sentimento individual e coletivo de reconhecimento de si e de seu grupo como uma dimensão marginal.

Subjetividades é uma construção histórica e social que orienta o pensar e o agir do sujeito. Neste contexto, muitas vezes, o indivíduo é levado a realidades deletérias, reflexo, sobretudo, de uma percepção pré-moldada que orienta o seu pensamento em dissonância com a verdadeira realidade. Essa forma de pensar torna-se imperativa em virtude do poder das moldagens históricas e sociais fortemente influenciadas pelos instrumentos midiáticos. (SANTOS, 2010).

Nessa perspectiva, a mídia produz na sociedade ideologias restritas e convenientes

a determinadas classes e grupos identitários. Um instrumento engenhoso e assustadoramente eficaz para entranhar no imaginário social a criminalização da pobreza, a demonização das classes subalternas e a necessidade de um Estado policial.

É este o contorno mais pernicioso da mídia no atual sistema penal. (SANTOS, 2010). A construção do discurso midiático, embora seja direcionado ao outro, reflete o interesse dos grupos que são representados por aqueles que controlam a mídia e não ao público alvo da mensagem midiática. Assim, há a focalização do outro, mas no olhar do próprio espelho de quem controla e direciona a mensagem. Nesse sentido Paiva (2004) critica a mídia como uma expressão do “monopólio da fala” e como uma “máquina de narciso” que inibe a fala do outro, tendendo a dissolver os regimes de solidariedade, pois multiplica os espelhos do mesmo no imaginário social.

Guattari (2004) sugere que a mídia enquanto meio de comunicação em massa representa a principal ferramenta de dominação da modernidade. Entretanto, a recepção não é completamente passiva ou alheia a formação de opinião e atitude reversa. Assim, o poder do receptor consiste em perceber no processo comunicativo o sentido tendencioso das informações. De igual modo, Pastana (2005), traz que o crime representado pela imprensa revela magnitude e o sentido de algumas distorções, que acabam influenciando a imagem da criminalidade sobre a sociedade, daí a importância do receptor submeter o conteúdo do que lhe foi transmitido à análise crítica.

3 CONFRONTO DE DIREITOS: LIBERDADE DE IMPRENSA E PROTEÇÃO À IMAGEM

O artigo Art 5º da Constituição brasileira de 1988, em seu inciso IX afirma que “é livre a expressão da atividade intelectual, artística, científica e de comunicação, independente de censura ou licença”. Porém, ser “livre” não significa negar ou transgredir direitos constitucionais. Mesmo porque a liberdade não significa fazer o que bem entender. Nenhum direito é absoluto, nem mesmo o direito a vida.

Toda liberdade está sujeita a valores éticos e por isso não pode ser justificativa para violações e crimes. Ainda no Art. 5º da Constituição brasileira, o inciso X aponta que “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas assegurado o

direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação”.

Neste aspecto, a Convenção Americana de Direitos Humanos – O Pacto de São José da Costa Rica, de 1969, ratificado pelo Brasil em 1992 – estatui que “toda pessoa acusada de um delito tem direito a que se presuma sua inocência, enquanto não for legalmente comprovada sua culpa. Toda pessoa tem direito ao respeito da sua honra e ao reconhecimento de sua dignidade. Ninguém pode ser objeto de ingerências arbitrárias ou abusivas em sua vida privada, em sua família, em seu domicílio ou em sua correspondência, nem de ofensas ilegais à sua honra ou reputação. Toda pessoa tem direito à proteção da lei contra tais ingerências ou tais ofensas.”

Apesar do exposto, é possível perceber na mídia televisiva de todo o Brasil transgressores dos direitos humanos, pois se tornou corriqueiro noticiários onde os custodiados da justiça são identificados e acusados sem ao menos ter sido julgado pelo juiz. E que ainda sendo, não justificaria o uso indevido da exposição dos mesmos.

Para equacionar este aparente conflito de direitos constitucionais, a jurisprudência moderna, sobretudo o Supremo Tribunal Federal (STF), vem aplicando o princípio da proporcionalidade. Este princípio consiste em valorar, no caso concreto, a aplicação preponderante de um ou outro direito quando da ocorrência de aparente conflito de postulados constitucionais. Desta forma, aplicar-se-á os institutos de adequação, necessidade, e razoabilidade para referida valoração. A questão é se o direito à imagem deve ser afastado em prol da liberdade de imprensa. (VICENTE; ALEXANDRINO, 2008)

Haverá situações em que o interesse público exigirá a exposição da imagem do indivíduo, para, dentre outros facilitar as investigações ou mesmo a identificação de outras vítimas. Todavia, sob este pretexto não se pode expor os custodiados da justiça a situações desumanas e degradantes ofendendo inclusive a dignidade da pessoa humana.

Os excessos cometidos pelos telejornais não devem ser somente evitados, mas, sobretudo, punidos. Na tentativa de findar a violação dos direitos humanos e pressionar os programas televisivos por maior qualidade de conteúdo em específico o SE LIGA BOCÃO que em 2008, alguns movimentos sociais, sendo estes, o negro e o da área da infância, provocaram o Ministério Público do Estado da Bahia (MPE-Ba) para conter a onda de

abusos pelo programa. Na época, foi realizado um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) junto à emissora. O mesmo não foi cumprido, ensejando, posteriormente, denúncia pelo MPE-Ba contra a mesma. (FERREIRA et e al., 2011.)

À mídia compete facilitar a circulação da informação com elementos que favoreçam o debate e a análise da sociedade, mas jamais, o papel julgatório e/ou condenatório. Violar direitos individuais abre precedente para a ocorrência de abusos e arbitrariedades de toda forma. Assim, em nome da liberdade de imprensa e de expressão não se pode invadir o campo da intimidade e privacidade do indivíduo a todo custo, sem respeitar os direitos constitucionalmente tutelados pelo Estado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mídia televisiva influencia significamente na criação da subjetividade do telespectador. Especificamente nos telejornais investigativos, que tem apel A mídia televisiva influencia significamente na criação da subjetividade do telespectador. Especificamente nos telejornais investigativos, que tem apelo sensacionalista, com jogo de sons e imagens, o público é influenciado pelas informações televisivas imputando nestes a busca incessante por justiça punitiva, com maior rigor na atuação do Estado. Este processo de subjetivação induz o indivíduo a uma percepção de caos social, marcado pela violência e a barbárie dos crimes, em sua maioria homicídios de caráter hediondo, ou seja, aqueles de maior reprovabilidade social.

No que tange a violação da dignidade humana, no programa Se liga Bocão, foi possível identificar o desrespeito aos cidadãos em adversas situações. A natureza dessa programação tem como artifício disseminar a violência nas transmissões diárias e repetitivas dos telejornais para criar no sujeito, enquanto telespectador, um sentimento coletivo de insegurança social, de incitá-lo a clamar por uma justiça cada vez mais agressora e punitiva.

Este caos social decorre, sobretudo, da má distribuição de renda, dos processos discriminatórios (racismo, misoginia, homofobia, xenofobia, entre outros.) no âmbito da cultura e da tímida política social do país.

O tema desta pesquisa não se exaure em um trabalho de conclusão de curso de graduação. Acredita-se, porém, que os possíveis vícios metodológicos, com certa

contaminação pelas impressões pessoais dos pesquisadores não sejam capazes de ocultar a relevância da pesquisa, sobretudo porque os esforços empregados não tinham o objetivo de esgotar o assunto, mas sim motivar análises críticas mais específicas e, fundamentalmente, auxiliar o Estado na promoção de políticas públicas eficientes na proteção e segurança da sociedade.

REFERÊNCIAS

- CRUZ, S. F. Mídia e direitos humanos: tensionamentos e problematizações em tempos de globalização neoliberal. *Rev. Katálysis* vol. 14 nº 2 Florianópolis July/Dec. 2011.
- DRAWIN, R. C. O. Paradoxo Antropológico da Violência. In: *Faces da Violência na Contemporaneidade: Sociedade e Clínica*. Barbacena, MG: Ed. UEMG, p. 12-32, 2011.
- FERREIRA, M. G., SAMPAIO, A. O., MAGAÇHÃES, D. R., CARIBÉ, P. A. *A construção da violência na televisão da Bahia : um estudo dos programas Se liga bocão e Na Mira*. Salvador: UFBA, 2011.
- FISCHER B. M. R., O desejável conhecimento do sujeito. In: *Adolescência em discurso: mídia e produção da subjetividade*. Porto Alegre: UFRGS/FACED, 1996. p.67-76.
- FOUCAULT, M. O corpo dos condenados. In: *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. (Trad. de Raquel Ramalhete). 39. Ed. Petrópolis, RJ : Vozes, 2011.
- GUATTARI, Félix. Micropolítica cartografias do desejo. In: *Produção de subjetividade e individualidade*. 4. Ed. Petrópolis: Vozes, 2004. p.31-36.
- MOREIRA, O. J. *Reflexões sobre o conceito de violência: da necessidade civilizatória à instrumentalização política*. Barbacena, MG: Ed. UEMG, p. 3342, 2011.
- NEGRINI, M., TONDO, R. Jornalismo televisivo e espetacularização: uma análise. In NEGRINI, M., TONDO, R. *Jornalismo televisivo e espetacularização: uma análise do discurso do Programa Brasil Urgente*. Disc. Scientia. Série: Artes, Letras e Comunicação, S. Maria, v. 7, n. 1, p. 35-43, 2006.
- PAIVA, C. C. . *Do local ao global. Imagens do Nordeste na Idade Mídia*. INTERCOM 2006.

São Paulo, v. 1, p. 1-15, 2006.

PAIVA, C. C., MAGALHÃES, M. Estilos de Identidade nas redes sociais de relacionamento. *Culturas Midiáticas*, v. 2, p. 110-124, 2009.

PAIVA, C.C. *De olho nos traficantes, malandros e celebridades: um estudo de mídia e violência urbana. Biblioteca on-line de ciências da comunicação*, 2004.

PAULO, V., Alexandrino M. *Resumo de direito administrativo descomplicado*. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método 2008.

PORTO, G.S.M. Violência e meios de comunicação de massa na sociedade contemporânea. *Sociologia*, Porto Alegre, ano 4, nº 8, jul/dez 2002, p.152-171.

RAMOS, S., PAIVA, A. *Mídia e violência: tendências na cobertura de criminalidade e segurança no Brasil*. Rio de Janeiro: IUPERJ, 2007.

ROSÁRIO, A. B., NETO, F. K., MOREIRA, J. O. Faces da Violência na Contemporaneidade: Sociedade e Clínica. Barbacena, MG: Ed. UEMG, p.168, 2011. SCHWERTNER, F. S. Análise das condições de produção de Cidade dos homens: articulações entre Educação e Comunicação. *Educ. Pesqui.* vol.33 no.1 São Paulo Jan./Apr. 2007

STRASBURGUER, V. C. A violência e o comportamento agressivo na mídia. In: *Os adolescentes e a mídia: impacto psicológico*. Trad. Dayse Batista – Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

STUCKER, A. *A construção do real no telejornal Aqui Agora*. São Paulo: PPGCOM-ECAUSP, 2008.

A Intervenção Retificadora para Mulheres Vítimas de Violência Doméstica

Prof. Dr. Roberto Evangelista

Amanda Domingues

Ana Cláudia Scatigno

Bruna Michels

Cecília Leach Pimentel

Maitê Hammoud

Mariana Romano

Resumo

A violência doméstica é uma realidade imutável para muitas mulheres brasileiras. Vítimas de seus parceiros e cônjuges, elas costumam sofrer inúmeras agressões verbais, psicológicas, morais, patrimoniais e físicas até que finalmente algumas delas são capazes de recorrerem à polícia lavrando formalmente uma denúncia. Através de um ambiente acolhedor na 2ª Delegacia de Defesa da Mulher DDM, estagiárias-plantonistas de psicologia propõem por meio de uma escuta atenta e qualificada, um convite a reflexão às mulheres vítimas de violência doméstica, cujo propósito, é promover um projeto de futuro por meio do empoderamento delas na tomada de decisões, frente à quebra do ciclo de violência vivida com o seu parceiro. A técnica utilizada nos atendimentos é a *Intervenção Retificadora proposta* por Couto, constituída de quatro momentos: a queixa, a demanda, a intervenção retificadora e por fim a criação de um enigma. O estudo realizado de forma qualitativa por meio da hermenêutica-dialética e instrumentalizado por um diário de campo compreendeu a análise dos diálogos das participantes nos atendimentos durante o plantão psicológico na DDM, especificamente no período de Março a Novembro de 2012. Constatou-se que nem sempre é possível alcançar o objetivo de mudar a posição subjetiva da mulher frente aquilo de que se queixa, uma vez que, em alguns casos, demandam maior espaço de tempo, abertura e desejo em quebrar efetivamente o ciclo de violência vivido com o seu parceiro-

sintoma.

Palavras Chave: Violência Doméstica, acolhimento, intervenção retificadora.

Introdução

No Brasil, a agressão contra as mulheres ocorre a cada 15 segundos e os companheiros são responsáveis por quase 70% dos assassinatos do sexo feminino. Em 2009, mais de 400 mil mulheres denunciaram seus parceiros pelo telefone 180, serviço da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. A Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180) registrou mais de 343 mil chamadas de Janeiro a Junho de 2010. O número é 112% acima do registrado no mesmo período do ano anterior (161 mil casos). No primeiro semestre de 2010, segundo SPM (Secretaria de Políticas para as Mulheres), o Ligue 180 registrou 62 mil relatos de violência. Entre eles, violência física (36 mil ocorrências); violência psicológica (16 mil casos); violência moral (7,5 mil relatos); violência sexual (1.280 ocorrências); violência patrimonial (826 casos); cárcere privado (239 relatos) e situações de tráfico (229 ocorrências). O número de denúncias cresceu 112% (de 161,8 mil para 343 mil) em relação ao mesmo período de 2009. Em 72% das situações, as mulheres continuam a viver com o agressor. Já 14,7% dos agressores são ex-namorados ou excompanheiros. Fonte: www.sepm.gov.br (FERNANDES, M., 2010, p.30)

- mais intrigante desses dados estatísticos é que eles são baseados apenas nos casos documentados formalmente. Estima-se que as estatísticas devam ser superiores aos números apresentados acima.
- aumento estatístico no número de denúncias da população de mulheres vítimas de violência doméstica na busca por medidas protetivas é atribuída à regularização e à divulgação da Lei Maria da Penha, implantada no Brasil, em 2006

A violência que é reconhecida como manifestação das relações de poder historicamente desiguais entre homens e mulheres e quando praticada no âmbito doméstico

e familiar esconde uma de suas faces mais perversas. Esse tipo de violência que diariamente incide sobre as mulheres tem especificidades, graves dimensões e consequências.

Em termos jurídicos (Código Penal Brasileiro), ela pode ser considerada como constrangimento moral exercido sobre alguém através de ameaça ou como ofensa à integridade corporal e à saúde de outrem, podendo disso decorrer lesões corporais de maior ou menor gravidade. Presume-se violência se a vítima não pode oferecer resistência. (COUTO, S., 2005, p.22)

As palavras de Maria da Penha expressam bem os sentimentos e limitações das mulheres vítimas de violência doméstica:

"A violência contra a mulher obedece a um ciclo, devidamente comprovado, que se caracteriza pelo "pedido de perdão" que o agressor faz à vítima, prometendo que nunca mais aquilo vai acontecer. Nessa fase, a mulher é mimoseada pelo companheiro e passa a acreditar que violências não irão mais acontecer [. . .] Diante dessas proibições, que praticamente eliminavam minha convivência com outras pessoas e especialmente com meus familiares, havia também uma delimitação do espaço. Para lidar com a última situação eu já estava preparada, mas, sentir-me prisioneira em meu próprio lar, tendo minhas atitudes tolhidas e vendo-me sob o total arbítrio do próprio marido, era não somente terrível de aceitar, como também agravava a insuportável sensação de impotência." (PENHA, M., 2010, p.29)

Este ciclo de violência é caracterizado por quatro estágios. O primeiro é o acúmulo de tensão, que é seguido pelo segundo estágio, o de explosão violenta, que pode ser agressão física, ameaça de morte e agressão psicológica. O terceiro estágio é a lua de mel, momento em que o agressor pede desculpas e faz de tudo para agradar a parceira. Depois, há o reinício do ciclo.

Sônia Couto, psicanalista e professora de Psicologia, ao iniciar com seus alunos um trabalho de Plantão Psicológico na Delegacia Especializada de Crimes contra a Mulher, em Belo Horizonte, percebeu algumas dificuldades típicas nos atendimentos: acreditava-se que a intervenção policial poderia dar um fim à agressão; entretanto, não se levava em

consideração que ela é resultado de um processo em que todos os envolvidos têm a sua parcela de responsabilidade. A expectativa das mulheres era de que "algo pudesse ser feito por alguém que representasse a lei ao outro" e a maior dificuldade encontrada, nos atendimentos, foi o total desconhecimento da vítima de sua parcela de responsabilidade na construção do relacionamento que culminava por permitir a agressão física do parceiro-sintoma.

Pensando nisso, a autora constatou que um trabalho prévio deveria ser feito com a vítima antes mesmo de tomar como foco principal a agressão. Assim, há a possibilidade de empoderamento da mulher em que ela percebe sua responsabilidade na construção das situações de violência, sua posição subjetiva de submissão se torna consciente e ela é capaz de manifestar seu desejo de ajuda, que pode ser encontrada na psicoterapia. O sujeito consciente de sua responsabilidade na direção de sua própria vida poderá buscar as mais diversas propostas para elaboração de suas dificuldades.

Através disto percebeu que seria necessária a construção de uma técnica que atendesse o perfil das vítimas e objetivos do atendimento. Propôs então a *Intervenção Retificadora* com o objetivo de promover uma mudança na posição do sujeito nas reiteradas relações de violência doméstica.

Essa intervenção acontece em quatro fases. Na primeira a mulher traz a queixa, discorrendo sobre suas lamentações e reclamações. Nesse momento, a vítima precisa ser acolhida pelo terapeuta, trazendo em seguida a demanda. Esta surge após a vítima ter esgotado sua primeira expressão (a queixa) e de sentir-se acolhida. Com isso é aplicada a intervenção retificadora, que seria a terceira fase, ou seja, é feito um convite para essa mulher refletir sobre si mesma. Ela deve motivar o sujeito a procurar a sua participação efetiva naquilo de que se queixa e, por fim, o quarto momento é o da criação de um enigma, que será precipitado pela intervenção retificadora. Esse enigma está vinculado a um despertar no sujeito para a existência de algo a ser decifrado por ele e a compreensão da queixa como um sintoma é que fará com que essa vítima inicie o processo de reflexão sobre si, para poder decifrar qual o sentido da sua queixa. É esperado que, no final desse processo, o sujeito retificado seja capaz de uma mudança na posição subjetiva frente aquilo de que se queixa, o que possibilitará uma tomada de decisão em busca de mudança e

superação da sua relação amorosa.

O convite à reflexão em busca do enigma que a mantém vinculada a este ciclo permite a mudança na maneira de perceber as relações conjugais auxiliando na busca de novas formas de lidar com elas, facilitando assim, o abandono de uma posição de escravidão e a prevenção da repetição na busca de outro parceiro." (COUTO. S, 2005).

Isto posto, a autora esclarece:

... percebi que um trabalho prévio na delegacia deveria ser realizado antes mesmo de tentar focar na agressão. Um trabalho que possibilitasse um mínimo de "responsabilização" da vítima pela situação da qual se queixava, pois o discurso quase que invariavelmente gira em torno de uma única fala:

"Façam com que ele pare de me bater!" Com isso, a minha orientação aos alunos sofreu uma torção, deixando de tornar como foco a cena da agressão, mas sim a posição subjetiva de submissão, conivência e construção de um relacionamento mantido por um gozo desconhecido. Se a vítima puder se responsabilizar, poderá buscar as ajudas que lhe possam ser mais convenientes, seja da Psicoterapia Breve, seja de Psicoterapia Psicanalítica ou trabalho de Psicoterapia em Grupos. O que estou portanto apresentando, é um trabalho que tem como objetivo essa mudança subjetiva, a partir do qual o sujeito consciente de sua responsabilidade na direção de sua própria vida, poderá buscar as mais diversas propostas para elaboração de suas dificuldades". (COUTO.S, p.13, 14)

Esta reflexão de COUTO foi a chave para o trabalho de Intervenção Retificadora que utilizamos em nossos atendimentos na 2. DDM de São Paulo e que constatamos não só a sua veracidade quanto a originalidade em nossa pesquisa.

Partindo desta premissa e da interlocução com outros autores psicanaliticamente orientado, EVANGELISTA (2010) propõe a criação de um Serviço de Plantão Psicológico às mulheres vítimas de violência doméstica na 2. Delegacia de Defesa da Mulher, onde este serviço propicia a abertura de um espaço dentro de um tempo para expressão da subjetividade da mulher vitimizada, respaldado por uma comunicação significativa entre a

dupla analítica (plantonista de psicologia mulher vítima de violência doméstica) o trabalho proposto na Delegacia da Mulher de acordo com EVANGELISTA (2010) e com a utilização dos conceitos teóricos-técnicos de Couto (2005), possibilita uma oportunidade para as vítimas quebrarem o ciclo de violência que vivenciam com o seu agressor, como também, viabiliza empoderar-se de si mesma e, em certa medida, construir um projeto para o amanhã.

As mulheres, ao serem estimuladas à reflexão, podem a nosso ver ter uma tomada de consciência de sua participação no ciclo de violência e, com o suporte psicológico, receberem apoio, acolhimento frente suas queixas e questionamentos que a levem a uma possibilidade de empoderamento na relação violenta estabelecida e mantida com o seu parceiro-sintoma.

Por fim, a luta contra a violência é árdua. Não é apenas responsabilidade da vítima, mas de toda sociedade. São necessárias mudanças educacionais e culturais nas estruturas mais profundas de nosso comportamento, sendo o nosso trabalho, apenas uma contribuição, decididamente, relevante socialmente.

Objetivos

O estudo objetiva analisar a contribuição da intervenção retificadora enquanto meio para promoção do empoderamento as mulheres vítimas de violência doméstica quando estas se apresentam para a lavratura do Boletim de Ocorrência ou para a busca de orientação, na DDM.

Método

Por meio de atendimentos psicológicos consubstanciados pela técnica de *Intervenção Retificadora*, e realizados pelos estagiários de Psicologia, o serviço do Plantão Psicológico foi constituído e, em decorrência, o estudo foi realizado. A coleta dos dados a partir dos protocolos de atendimentos compreendeu o período de Março à Outubro de 2012. Os dados subsidiados pela hermenêutica-dialética respeitou as falas e as descrições precisas dos diálogos das participantes da pesquisa.

A população deste estudo foram mulheres vítimas de violência doméstica que

buscam a delegacia com a finalidade da emissão do boletim de ocorrência ou orientação, independente da idade, classe social, ou tipo de relação que possua com o agressor.

Como instrumento de estudo, foi utilizado um diário de campo contendo o diálogo dos atendimentos realizados com fins de análise e discussão do mesmo, podendo subjetivamente verificar o aproveitamento das vítimas naquele espaço com fins de reflexão e empoderamento de suas decisões.

Os aspectos éticos utilizados durante este estudo foram a notificação verbal à vítima sobre a identificação estagiários de Psicologia e na abordagem deste primeiro contato com a vítima, expressar objetivamente a opção dela participar ou não do atendimento e da pesquisa. Todas as participantes assinaram o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*.

Resultados e Discussão

As contribuições da intervenção retificadora para o empoderamento das mulheres vitimas de violência domestica estão relacionadas à dificuldades na tomada de suas decisões, da estruturação de um projeto para futuro e a quebra do ciclo de violência doméstica.

Em estudos apresentados por Couto, à respeito da violência doméstica foram expostos e discutidos quatro momentos onde há a apresentação do discurso de vitimização, dirigido para a demanda em que o terapeuta faz uma escuta compreensiva do pedido de solução que é feito pelo cliente. A vítima apresenta um impasse para a mudança e espera a solução por parte do terapeuta, onde o mesmo deve despertar no cliente a reflexão sobre a sua importância, estruturação e conservação das violências sofridas, o que até o presente momento apenas se atribuía ao outro, onde ele decifra seu estado atual para uma busca por mudanças.

Porém é importante ressaltar que nem sempre isso ocorre, tendo em vista que na maioria das vezes o processo de empoderamento da vitima chega apenas no primeiro e segundo momento, uma vez que a evolução para os próximos momentos se deve a um tempo maior por parte do terapeuta e abertura e interesse do cliente.

Neste sentido, destacaremos alguns fragmentos dos diálogos das participantes deste estudo que viabilizam reflexões sobre a contribuição e os impasses da técnica de

intervenção retificadora apoiada por apontamentos subjetivamente expressos por nós estagiários dos atendimentos e autores deste estudo

Muitas das mulheres vítimas de violência doméstica chegam a Delegacia com uma Demanda Policial e é essencial que o estagiário possua este conhecimento e uma escuta atenta para que possibilite neste momento a reflexão da vítima.

A intervenção terapêutica como um processo de mudança propõe quatro momentos que tentaremos explicar ilustrando com trechos de alguns dos atendimentos realizados em nosso Plantão Psicológico:

A queixa neste momento a vítima discorre sobre seu problema e o estagiário deve ficar atento a qualquer brecha que possa ocasionar uma reflexão para o engate ao próximo momento aqui a vítima ainda não se percebe como tendo uma participação ativa naquilo do qual se queixa:

A vítima que chamaremos neste relato de Paloma, chega à delegacia buscando orientações de como fugir do estado, pois seu antigo parceiro estava lhe fazendo ameaças de morte após diversas agressões físicas que já fizera.

"Paloma: [...]Me traiu muitas vezes, me bateu muitas vezes, bebe demais e envolveu toda a minha família nisso [...]

Plantonista: O que você acha que a manteve neste relacionamento por dois anos?

Paloma: Não sei, acho que a esperança de ter uma família, dos meus filhos terem um pai. .. acho que o que me manteve por todo esse tempo foi esperança de que pudéssemos ser uma família e de que ele cumprisse as promessas que me fazia quando brigávamos. Tantas vezes terminamos e voltamos, sempre com novas promessas e a gente acaba acreditando e se dedicando ... eu comprei a casa, pagava a prestação da casa e ele a prestação do carro. Acho que queria que déssemos certo e tudo isso se realizasse"

Plantonista ... "O que você acha que a manteve neste

relacionamento por mais de dois anos". A plantonista permite chamar Paloma para uma reflexão diferente sua participação nestes dois anos de relacionamento onde se coloca na posição exclusiva de vítima de violência doméstica: traída, agredida, etc a partir do material que ela traz é mais fácil trabalhar o empoderamento, responsabilizando-a pela sua participação ativa no relacionamento, organização de suas idéias e trabalhando os conteúdos trazidos na fala, no caso as fantasias de família.

Ilustraremos a Demanda que surge após a vítima ter esgotado sua primeira expressão, a queixa. A demanda deve ser compreendida, é um pedido, um desejo de mudança daquela situação ao terapeuta.

Chamaremos de Lia o caso que utilizaremos para ilustrar a demanda:

"Lia: Eu só quero que ele pare de me bater!"

Também podemos perceber este momento em outro caso a mulher que chamaremos de Alice:

"Alice: Fui percebendo que na vida dele ninguém prestava, só ele. Sabe, ele só se importa com coisas materiais, não gosta de ninguém, ele não me ama, eu sei disso, fico repetindo isso mil vezes na minha cabeça todos os dias.

Plantonista: Porque você fica repetindo isso na sua cabeça mil vezes?

Alice: Porque queria que ele fosse diferente, que ele mudasse de verdade.[...]"

COUTO indica que a sinalização da demanda feita ao terapeuta é o momento para o início do terceiro momento Intervenção Retificadora considerando a demanda como o desejo de uma solução.

Para ilustrarmos o terceiro e o quarto momento A intervenção Retificadora e O Enigma utilizaremos trechos de uma vítima que chamaremos de Camila.

Camila demonstra-se resistente em conversar com as estagiárias do Plantão e busca a Delegacia para fazer um boletim de ocorrência contra seu ex-marido que a agredia repentinamente nos dias em que ela buscava o dinheiro de sua pensão naquela data ele

havia a empurrado contra o portão de sua casa deixando uma grande marca em suas costas.

- O que chamou muito a atenção neste atendimento foi à resistência inicial de Camila no começo do atendimento como também seu interesse no desenrolar da conversa. Começa a relatar diversas agressões conforme as chamadas às reflexões da plantonista:
- "Plantonista: Você ainda gosta dele?"
- Camila: Não ... tudo acabou pra sempre depois do que ele fez ... certa vez começou a torcer meu dedo até quebra-lo. Até hoje meu dedo não responde bem aos meus comandos, vocês estudam isso e sabem que ficam um trauma para sempre"

A partir do momento que ela fala sobre o trauma que ficou para sempre ela começa a nos contar outras lembranças:

"Camila: Eu não quero mais que ele veja meus filhos ... uma vez ele pegou minha filha no colo e quando ela o abraçou ele teve uma ereção. Eu logo vi e questionei e ele se defendeu dizendo que tinha tomado Viagra no dia anterior ... e foi apenas um efeito reflexo.

Uma noite também, eu o vi pelado do lado do berço do meu filho. Acho que foi Deus que me acordou e me permitiu acordar antes dele fazer qualquer besteira.

Quando o vi, ele saiu correndo ... No outro dia me disse que estava ali para matar uma barata que estava na parede ... mas se era só uma barata, porque ele fugiu? Porque não continuou ali e matou a tal barata?

É claro que ele ia fazer merda ... e tenho muito medo de contar tudo isso ... mas vou. Tenho medo que algum dia meus filhos me questionem na adolescência de que não tenham um pai por minha causa e todos os meus esforços e sacrifícios nunca sejam reconhecidos ... como já vi acontecer com outras mulheres. Porque um dia sei que eles vão me cobrar, e vai saber o que eles vão pensar. .. aí vou acabar

tendo passado por todo esse sofrimento, sacrifícios ... para eu ficar como bruxa? Como errada?

Emociona-se e não consegue conter as lágrimas e angústias.

Plantonista: Camila, seu filho tem 1 ano e meio e sua filha tem 4 anos, correto?

Camila: Sim.

Plantonista: Então porque você está pensando nisso agora? Dá mesma forma que nos contou que passa muito tempo pensando no passado, ficar pensando no futuro assim tão distante, nos faz perder a oportunidade de pensar no presente ... e dessa forma ... como que fica o dia de amanhã? E o presente, o aqui e agora?

Camila: É verdade. Vocês tem serviço de suporte Psicológico? "

Entregamos o endereço da Clínica Psicológica da FMU associada com o nosso Serviço de Plantão Psicológico para dar prosseguimento ao pedido de Camila nesta nova demanda não mais só policial e sim terapêutica a fim de perceber que lhe habita e quem vos fala.

Plantonista: esse é o pai que eles tem certo, e o que pode ser feito a partir disso?

Camila: Não só o pai que eles tem, como também o pai que eu escolhi. .. "

Neste momento, identificamos que o terceiro passo foi concluído a Intervenção Retificadora. A vítima percebeu que precisa de ajuda para solucionar sua problemática e mais, percebeu também parte de sua responsabilidade na problemática existente ("O pai que eu escolhi"), tornando-se parte dele, agora, tornando-se parte na solução dos mesmos empoderamento.

Plantonista: Isso mesmo, por isso é tão importante pensarmos sobre isso. Assim como você contou sobre seu ex-marido, contou de um antigo namorado que também era agressivo ... Parece uma repetição ! Surpresas, todos nós podemos ter, boas e ruins, mas precisamos refletir sobre nossas escolhas e a nossa manutenção nessas escolhas, que

somente aparentemente parece ser ao acaso. O que pensa a respeito disso?

Camila: Eu sei, o pastor da minha igreja conversa muito comigo sobre isso, assim como você está conversando ... diz que preciso selecionar mais, escolher melhor os lugares onde vou porque isso ajuda na escolha de que tipo de pessoa vou procurar conhecer.

O meu grande medo é ficar sozinha, sei que não sou nova e já tenho filhos ... minha ansiedade é tão grande, que acabo escolhendo o primeiro que aparece e sei que não posso fazer isso ... sou muito sozinha, sustento minha família, passo muito tempo fora de casa trabalhando ... e sei que é bom ter família mas não é a mesma coisa"

Vê-se aqui o quarto passo a criação de um enigma pois percebemos que uma lembrança buscou a outra, isto é, a necessidade de ajuda revelada pela trouxe a lembrança de seu desamparo e a escolha do primeiro homem que aparecesse para obturar o seu buraco, a sua fenda. Entendemos, portanto que o enigma que Camila poderá solucionar agora em Psicoterapia psicanaliticamente orientada é a procura do desvelamento dessa sua fenda existencial em que se encontra emaranhada junto ao seu parceiro-sintoma.

A escuta deve ser atenta, o material expresso pelas vítimas muitas vezes é trazido na forma simbólica e cabe ao plantonista saber realizar esta leitura entre linhas para então promover o sentido de continuidade no percurso daquele que lhe procura durante os atendimentos.

Considerando que este é um encontro humano foram identificadas algumas dificuldades: em alguns atendimentos houve limitação de tempo impossibilitando a qualidade do atendimento e reflexão da vítima sobre a queixa e a demanda apresentada; em outros momentos foram detectados mecanismos de defesa possivelmente decorrente de fatos traumáticos embotamento afetivo ou cisão ou seja, o discurso da vítima não expressava nenhum tipo de emoção para preservação psíquica decorrente do trauma o que dificultava o convite para a reflexão. Por fim, pudemos notar que nem sempre é possível alcançar o objetivo de mudar a posição subjetiva da mulher vitima frente aquilo de que se queixa, uma vez que, em alguns casos, pode demandar maior espaço de tempo, abertura e interesse efetivo para a quebra no ciclo de violencia vivido com o parceiro-sintoma.

Bibliografia

- COUTO, S. M. de A. *Violência Doméstica Uma Nova Intervenção Terapêutica*. Belo Horizonte: Autêntica, 2005.
- EVANGELISTA, R. *Notas de aula ministrada no curso de graduação de Psicologia da FMU de São Paulo na disciplina de estágio supervisionado Psicologia Preventiva e da Saúde*
Projeto: Plantão psicológico com consultas terapêuticas ou repetidas no aporte psicanalítico: do *holding* à intervenção terapêutica retificadora, 2011.
- FERNANDES, M. da P. M. *Sobrevivi... posso contar! Maria da Penha*. Fortaleza: Armazém da Cultura, 2010.
- SILVA, D. M. P. Jogos Colusivos nas varas da família. São Paulo. *Psyché*, v. 11, n. 12, p.123-136, dez. 2003.
- CARDOZO, M., *Manual de Normas Acadêmicas*, UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL. São Caetano do Sul, 2008.