INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Departamento de Psicologia Clínica

Laboratório de saúde Mental e Psicologia Clínica Social

ANAIS
VI JORNADA APOIAR

SAÚDE MENTAL E VIOLÊNCIA:
CONTRIBUIÇÕES NO CAMPO DA PSICOLOGIA CLÍNICA SOCIAL

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo
Claudia Aranha Gil
Organizadoras

CADERNO DE ANAIS DA VI JORNADA APOIAR:

SAÚDE MENTAL E VIOLÊNCIA:

CONTRIBUIÇÕES NO CAMPO DA PSICOLOGIA CLÍNICA SOCIAL

SÃO PAULO

14 DE NOVEMBRO DE 2008

PRÓ REITORIA DE CULTURA E EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA DA USP

INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA USP

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA

Catalogação na publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Jornada APOIAR (6.: 2008: São Paulo)
Caderno de anais da VI jornada APOIAR: saúde mental e violência: contribuições no campo da psicologia clínica social, realizada em 14 de novembro de 2008 em São Paulo, SP, Brasil / organizado por Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo e Claudia Aranha Gil. - São Paulo : Pró Reitoria de Cultura e Extensão Universitária : IP/USP, 2008.
340 p.

Inclui bibliografia.
ISBN: 978-85-86736-36-0

1. Psicologia clínica 2. Saúde mental 3. Infância 4. Violência 5. Aconselhamento I. Título.

RC467

APRESENTAÇÃO DA VI JORNADA

VI JORNADA APOIAR: SAÚDE MENTAL E VIOLÊNCIA: CONTRIBUIÇÕES NO CAMPO DA PSICOLOGIA CLÍNICA SOCIAL

Essa é a sexta Jornada que realizamos, e deverá ocorrer no dia 14 de novembro de 2008, no Instituto de Psicologia da USP. Vimos realizando um evento a cada ano, nos últimos anos, sem nenhum ônus aos participantes, contando sempre com um número muito grande de assistentes e participantes.

A Jornada APOIAR é desenvolvida pela equipe do APOIAR - um amplo Projeto, inserido no LABORATÓRIO DE SAÚDE MENTAL E PSICOLOGIA CLÍNICA SOCIAL (PSC DO IPUSP) e nessas jornadas são sempre divulgados projetos e pesquisas desenvolvidas, muitas das quais deram origem a teses de doutorado e dissertações de mestrado e monografias de especialização, nos distintos projetos do Laboratório, configurando-se assim as Jornadas APOIAR, também em oportunidade de intercâmbio científico, buscando sempre mostrar os desenvolvimentos que vão sendo conquistados.

A cada Jornada é preparada uma publicação com os trabalhos apresentados, divulgando-os e estimulando estudantes, profissionais e pesquisadores a conhecê-los e a dialogar conosco. A VI jornada APOIAR, terá como tema: SAÚDE MENTAL E VIOLÊNCIA: CONTRIBUIÇÕES NO CAMPO DA PSICOLOGIA CLÍNICA SOCIAL; extremamente relevante nos dias de hoje e que nos estimula a estudar, pesquisar e a desenvolver projetos de prevenção e intervenção. E o APOIAR vem crescendo.

A VI Jornada foi assim organizada: Contamos como conferencista na abertura com a Professora Maria Amélia Azevedo, que se dedica e luta há anos na área da violência doméstica contra crianças e adolescentes. Tendo se aposentado na USP, continua trabalhando, pesquisando, ensinando, enfim, lutando pela criança vítima de violência doméstica. Vale destacar que à frente do LACRI (Laboratório da Criança) do Instituto de Psicologia da USP, a professora veio formando centenas de profissionais na área, tendo inclusive alçado vôos para além das fronteiras de nosso país. Ela é uma pesquisadora reconhecida, tendo apoio da FAPESP em um importante Projeto

Temático, que trata da prevenção nessa área Pretendemos também prestar-lhe uma singela e justa homenagem.

As parcerias vem se desenolvendo na direção de instituições e organizações que lidam diretamente com o tema. As parcerias também se ampliaram na direção de outras universidades, inclusive de fora de nosso país. Nesse ano, teremos a oportunidade de contar com a participação da professora e pesquisadora da Universidade de Buenos Aires (UBA), Rosa Inês Colombo. Ela desenvolverá o tema Função Materna e Vitimização Infantil, onde tratará das hipóteses, procedimentos metodológicos e achados e dados obtidos; tipologias de pais e conclusões a respeito da temática. Vale destacar que estamos em pleno desenvolvimento de projetos de investigação em parcerias com professores e equipes latino americanas, e a VI Jornada será também o espaço para divulgar essas conquistas, em especial na vertente de que trata o evento.

No período da tarde, preparamos duas mesas redondas com as apresentações de alguns pesquisadores e profissionais parceiros do APOIAR.

Essas mesas deverão se constituir no espaço de divulgação dessas propostas e trabalhos; sendo ainda objeto de intercâmbio cientifico e profissional com todos os presentes. Vale destacar que por não ser possível que todas as instituições parceiras possam se apresentar oralmente, muitas comunicações deverão ser feitas também na forma de painéis.

Na primeira mesa, deverão participar o Professor Doutor Antonio Augusto Pinto Junior, da Universidade de Lorena e Diretor do Centro de Referência da Infância e da Adolescência (CRIA) de Guaratinguetá, que trará o tema da prevenção da Violência sexual doméstica a partir do estudo com agressores sexuais. Em seguida, teremos a contribuição de Mario Martini, Diretor do Educandário Dom Duarte, e Marli de Oliveira, psicóloga, ambos da Liga Solidária, instituição quase centenária de nossa cidade, (na origem Liga das Senhoras Católicas) que deverão discutir os desafios de organizações do 3ª setor no fortalecimento de equipes multi profissionais, para o enfrentamento a violência domestica. E a psicóloga Ilda Baptista que trará sua comunicação a respeito do Lar Jêsue Frantz, da cidade de Diadema, na Grande São Paulo, que discutirá o tema "Crianças deficientes vítimas de violência doméstica: desmascarando uma realidade" uma vez que coordena uma organização dedicada ao atendimento a crianças vítimas de violência doméstica e portadoras de deficiência.

Na segunda mesa da tarde, ainda terão participação parceiros do APOIAR, colegas de outras Unidades de Universidades Brasileiras: uma equipe coordenada pela Professora Doutora Jonia Lacerda e composta pelos psicólogos Antonio Serafim, Fabiana Saffi (do Núcleo de Psicologia Forense) e Adriane Bacellar que terão possibilidade de divulgar seus trabalhos, desenvolvidos no Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP, abordando o tema "Violência e desamparo social: Interfaces com a Instituição Psiquiátrica". E a equipe do PROVE, Programa do de Atenção à Vítima de Violência e Estresse do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina, será representada pela Psicóloga Rosaly Ferreira Braga Campaninni, desenvolverá temas ligados aos projetos e trabalhos desenvolvidos junto a pessoas vítimas de violência e estresse em nosso meio.

Teremos ainda no período da tarde, a ilustre presença do Professor da Universidade Lille 3 - Thamy Ayouch que tratará do tema "Violência na Clínica Contemporânea", sob a corrdenação da Professora Tania Maria Jose Aiello Vaisberg que também terá sua participção com o tema: "O sintoma da violência na psicopatologia winnicottiana".

Destacamos ainda, que participarão do evento crianças atendidas no projeto Amanhã-Ser que deverão fazer uma apresentação musical durante a Jornada.

.Como sempre, também outros trabalhos, pesquisas e projetos, incluindo temas diversos ligados à saúde mental, serão divulgados e apresentados na forma de pôsteres, de forma que os desenvolvimentos que vem ocorrendo no APOIAR, e com seus parceiros, sejam, assim, divulgados e conhecidos.

A Comissão de Professores, responsáveis pela premiação dos melhores painéis, deverão fazer a entrega dos diplomas de menção honrosa aos autores, ao final do evento. Deve-se destacar a relevância dos Professores que compõem a referida comissão: todos docentes do Departamento de Psicologia Clínica do IPUSP, cada um desenvolvendo sues projetos á frente de seus Laboratórios, participarão de evento. São eles: a Professora Associada Maria Abigail de Souza, e os Professores Doutores Avelino Luiz Rodrigues **e** Andrés Eduardo Aguirre Antúnez. Mais docentes do Departamento, membros do APOIAR e de outros Laboratórios também deverão nos honrar com suas presenças e enriquecerão o evento com suas participações.

Dessa maneira, o APOIAR vem buscando desempenhar sua vocação dentro da Universidade pública no que diz respeito à produção de conhecimentos, à formação, e à prestação de serviços á comunidade. A VI Jornada se configura em verdadeira manifestação dessa tríplice vocação.

Nesse ano, esperamos poder receber 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.

Pretendemos assm que todos os participantes da Jornada, bem como membros de organizações governamentais e não governamentais, estudantes, profissionais, enfim todos os assistentes, docentes do IPUSP, possam discutir o tema da violência, formas de prevenir e tratar, de forma a se criar, de fato uma oportunidade de crescimento, desenvolvimento, diálogo e troca, o que deverá trazer contribuições a todos, e, em especial aos que necessitam de nosso pensar, pesquisar, estudar e fazer.

Toda essa intensa atividade deverá dar origem a uma publicação, com ISBN, que pretendemos possa expressar as idéias dos distintos autores, de formações diversas, desde professores com muita experiência até estudantes que nos trazem suas reflexões, e que nos instiguem a todos em nossas próprias reflexões e práticas.

Encerraremos o evento com um coquetel, onde lançaremos um livro "APOIAR: NOVAS PROPOSTAS EM PSICOLOGIA CLÍNICA" que reúne a produação do APOIAR e seus parceiros, dentro do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social , e outras contribuições, o qual será lançado pela Editora Sarvier, e ocorrerá no salão da Biblioteca do IPUSP. Será a possibilidade de divulgarmos nossas propostas e projetos, e mais ainda a oportuidade de podermos partilhar a satisfação de poder concluir um dia de intenso trabalho em um momento de confraternização.

Desejamos mesmo que todos possamos, a partir de um embasamento teórico consistente, desenvolver pesquisas, conhecimentos teóricos, que convirjam para um mesmo objetivo: a busca de promover, no que estiver a nosso alcance, a saúde mental das pessoas envolvidas de alguma forma no fenômeno da violência.

Esperamos com a VI Jornada trazer, com a presença e participação efetiva,de fato, uma efetiva contribuição.

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

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

Presidente da Comissão organizadora da VI JORNADA APOIAR

PROGRAMA – 14 de novembro de 2008

8h30 – Distribuição de material

9h00 – Abertura

Emma Otta - Diretora do IPUSP

O APOIAR: pesquisas e intervenção na área da violência doméstica contra criança e adolescente - Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo – IPUSP (APOIAR)

9.30 – Conferência: *Violência Doméstica contra crianças e adolescentes (VDCA): ainda há o que se colocar neste debate?* - Maria Amélia Azevedo – IPUSP (Coordenadora do LACRI)
Coordenação: Antonio Augusto Pinto Junior- (UNISAL; CRIA; APOIAR)

10.20 - perguntas

10.30 - intervalo- café

11.00. - Conferência: *Função Materna e Vitimização Infantil* - Rosa Inês Colombo (Universidade de Buenos Aires – UBA)
Coordenação: Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo – (IPUSP, APOIAR)

11.50 – perguntas

12.10.– Apresentação: Crianças do Lar Escola Jêsue Frantz

12.20 – 13.20 - Intervalo para almoço

13.20 – 14.00 – visitas aos painéis expostos na Biblioteca do IPUSP – com a presença dos autores

14.00 – 1ª mesa *O APOIAR E OS PARCEIROS: Enfrentando a violência doméstic*a
Coordenação: Francisco Baptista Assumpção Junior - (IPUSP, PDD) Apresentações:

Desafios de organizações do 3º setor no fortalecimento de equipes multi profissionais, para o enfrentamento da violência doméstica - Marli de Oliveira e Mario Martini (Liga Solidária)

Crianças deficientes vítimas de violência doméstica: desmascarando uma realidade: Ilda Batista Dias – Diretora Presidente do Lar Escola Jêsue Frantz

Projeto Refazendo Laços - Luigi Bertoncini (São José dos Campos)

14.45 – 2ª Mesa: *O APOIAR e os parceiros: Desenvolvendo projetos de pesquisa e intervenção*
Coordenação: Marilia Martins Vizzotto - Apresentações

A prevenção da Violência sexual doméstica a partir do estudo com agressores sexuais - Antonio Augusto Pinto Junior- (UNISAL, CRIA, APOIAR)

Violência e desamparo social: Interfaces com a Instituição Psiquiátrica - Jonia Lacerda, Antonio de Pádua Serafim;Fabiana Saffi; Adriane Bacellar –(IPq - FMUSP)

Vitimas de Violência e Estresse: Pesquisando e Atendendo- propostas em saúde mental- Rosaly Ferreira Braga Campaninni (PROVE - UNIFESP)

15.30 – Perguntas

15.45- intervalo – café

16.15 - Conferência: *Violência na Clínica Contemporânea* - Thamy Ayouch (Université de Lille 3)

Coordenação e apresentação: *O sintoma da violência na psicopatologia winnicottiana* -Tânia Maria José Aiello Vaisberg (IPUSP, PUCCAMP)
17.45 – Perguntas

18.00 – Entrega dos prêmios aos melhores trabalhos apresentados em painéis e encerramento

18.15 -Coquetel e lançamento do Livro: Tardivo, L.S.P.C e Gil, C.A (org.) **APOIAR-NOVAS PROPOSTAS EM PSICOLOGIA CLÍNICA,** São Paulo, Ed. Sarvier, 2008 - Na sala Lígia Assumpção do Amaral - Biblioteca do IPUSP

COMISSÃO CIENTÍFICA:

Presidente: Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

Ana Luiza de Figueiredo Steiner

Antonio Augusto Pinto Junior

Antonio Geraldo de Abreu Filho

Claudia Aranha Gil

Francisco Assumpção Junior

Kayoko Yamamoto

Lídia Schwartz

Lucilena Vagostello

Marília Martins Vizzotto

Tânia Elena Bonfim

Tânia Maria Jose Aiello Vaisberg

COMISSÃO CIENTÍFICA– PREMIAÇÃO DOS PAINÉIS

Andrés Eduardo Aguirre Antúnez

Avelino Luiz Rodrigues

Maria Abigail de Souza

COMISSÃO DE APOIO:

Ana Angélica Roncolato

Antonio Raimundo Pereira Medrado

Helio Alvarez Felix

Laura Carmilo Granado

Lucilena Vagostello

Márcia Aparecida Isaco de Souza

Maria Aparecida Mazzante Colacique

Sandra Regina Gonsales Pereira

Silvia Karacristo

Valdeli Vieira

Wadad Hamad Leoncio

SUMÁRIO

TÍTULO DE TRABALHO E AUTORES	PÁGINA
ABERTURA	
O APOIAR: PESQUISAS E INTERVENÇÃO NA ÁREA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE - Leila Salomão De La Plata Cury Tardivo	21
FUNCIÓN MATERNA Y MALTRATO INFANTIL:UN ESTUDIO DE FAMILIAS EN RIESGO JUDICIALIZADAS EN TRIBUNALES DE MENORES - Lic. Rosa Inés Colombo	31
1ª MESA O APOIAR E OS PARCEIROS: ENFRENTANDO A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	
DESAFIOS DE ORGANIZAÇÕES DO 3º SETOR NO FORTALECIMENTO DE EQUIPES MULTI PROFISSIONAIS, PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA Marli De Oliveira E Mario MartINI	52
CRIANÇAS DEFICIENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: DESMASCARANDO UMA REALIDADE: Ilda Batista Dias	56
ATUAÇÃO NOS ORGANISMO DA SOCIEDADE CIVIL E PODER PÚBLICO COMO FORMA DE COMBATE A VIOLÊNCIA DOMESTICA CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE.Luigi Bertoncini	58

2ª MESA: O APOIAR E OS PARCEIROS: DESENVOLVENDO PROJETOS DE PESQUISA E INTERVENÇÃO

A PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA SEXUAL DOMÉSTICA A PARTIR DO ESTUDO COM AGRESSORES SEXUAIS - Antonio Augusto Pinto Junior; Leila Salomão De La Plata Cury Tardivo; Maria Amélia Azevedoviviane Nogueira Guerra 68

VITIMAS DE VIOLÊNCIA E ESTRESSE: PESQUISANDO E ATENDENDO-PROPOSTAS EM SAÚDE MENTAL- Rosaly Ferreira Braga Campaninni 80

VIOLÊNCIA E DESAMPARO SOCIAL: INTERFACES COM A INSTITUIÇÃO PSIQUIÁTRICA - Jonia Lacerda, Antonio De Pádua Serafim;Fabiana Saffi; Adriane Bacellar 88

CONFERÊNCIA

VIOLÊNCIA NA CLÍNICA CONTEMPORÂNEA : A NOVILÍNGUA- Thamy Ayouch 98

O SINTOMA DA VIOLÊNCIA NA PSICOPATOLOGIA WINNICOTTIANA –Tânia Maria José Aiello Vaisberg 117

PAINÉIS

PSICOLOGIA HOSPITALAR: HUMANIZAÇÃO E ONCOLOGIA -Simone Alves Garuti e Elaine S. N. Lange 128

A VIOLÊNCIA NO NAMORO - Thiago de Almeida 136

FAMÍLIAS RECONSTITUÍDAS E O SINTOMA DEPOSITADO NA CRIANÇA: A psicanálise de casais/famílias como abordagem de tratamento -Marjorie El Khouri; Luciana Ono Shima; Maria Galrão Rios;Isabel Cristina Gomes. 147

A CAPACIDADE DE PREOCUPAÇÃO: DISCUSSÃO DE UM CASO DE ADICÇÃO EM UMA PERSPECTIVA WINNICOTTIANA- Laura Carmilo Granado; Elaine de Souza Zanolo Manara; Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo 159

PROPOSTAS PSICOTERAPÊUTICAS PARA VÍTIMAS DO CIÚME PATOLÓGICO- Thiago de Almeida; Valéria Centeville 170

O PSICODIAGNÓSTICO INTERVENTIVO E O USO DOS INSTRUMENTOS PROJETIVOS COMO AUXILIARES NO PROCESSO TERAPÊUTICO - Kelly Regina Sobral; Maria Salete Lopes Legname de Paulo e Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo 181

A MUDANÇA DE CULTURA E A FORMAÇÃO DE SINTOMAS PSÍQUICOS - Ana Angélica Roncolato; Carolina Yuubi Yabase; Marcelo Vieira Matias; Julia Vasques Camargo da Silva; Silvia Beier Hasse e Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo 192

A IMPORTÂNCIA DO AMBIENTE TERAPÊUTICO PARA UM BRINCAR CRIATIVO: NOTAS SOBRE O CASO DE UM MENINO DE 7 ANOS - Ana Carolina Comin Vargas; Valdeli Vieira e Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo 200

REFLETINDO SOBRE A NOÇÃO DE SUBJETIVIDADE: "Cuidado de si" e Sujeito - Marcela Carolina Schild Vieira 208

REFLEXÕES SOBRE O ACOLHIMENTO E ESCUTA : PROJETO TUTOR – RELATO DE EXPERIÊNCIAS - Ana Luiza Steiner; Antonio Geraldo de Abreu Filho; Abrahão Quadros; Helga Cristina; Acaray Souza Bulle Oliveira e Leila Salomão de la Plata Cury Tardivo 222

PSICOTERAPIA BREVE DE IDOSO: UM TRABALHO COM PACIENTE COM DOENÇA RENAL - José Israel G. Rodrigues; Lídia Rodrigues Schwarz e Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo 229

MEIA-IDADE: CAMPO DE ESTUDO PSICOLÓGICO - Taís Stela Pozzo; Márcia Aparecida Isaco de Souza eLeila Salomão de la Plata. Cury Tardivo 237

DÍADE MÃE-FILHO: SOB O OLHAR SISTÊMICO E PSICODINÂMICO - Sonia M.M.O Nukui; Suzi Akemi Ando e Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo 248

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E EQUIPE MULTIDISCIPLINAR - Miriam Grajew; Melanie Mendoza; Carolina Padovani; Francisco Assumpção-Junior 258

ABRIGO DE ADOLESCENTES: O AMBIENTE AFETIVO ATRAVÉS DOS RELATOS DE FUNCIONÁRIOS E EDUCADORES - Paola Dottori; Déa Berttran; Dagmar Menichetti; Wadad Ali Hamad Leôncio e Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo 261

A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER E O TEPT NA FORMAÇÃO DA IDENTIDADE FEMININA - Ana Paula Malett Lima; Marcelo Feijó de Mello e José Paulo Fiks 270

O CAMINHO DAS FLORES: UM PASSEIO POR ENQUADRES DIFERENCIADOS - Thaís Mariana Arantes Ferreira e Andrés Eduardo Aguirre Antúnez 278

REFLEXÕES ÉTICAS SOBRE O TRATAMENTO E O DESENVOLVIMENTO DE UMA CRIANÇA ABRIGADA: A IMPORTÂNCIA DO ENCONTRO INTER-HUMANO- Denise Sanchez Careta e Ivonise Fernandes da Motta 286

A HISTÓRIA DOS GÊMEOS DANIEL E MATHIAS ABRIGADOS NO PRIMEIRO ANO DE VIDA: RETRATOS DE VIOLÊNCIA E DESAMPARO E NECESSIDADE DE INTERVENÇÕES EM CONTEXTOS INSTITUCIONAIS - Denise Sanchez Careta e Ivonise Fernandes da Motta 300

VIDA ADULTA: CRISES E TRANSFORMAÇÕES - Valéria de Angelis Vieira; Márcia Aparecida Isaco de Souza e Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo 308

ATENDIMENTO EM TRIAGEM E PLANTÃO PSICOLÓGICO: APRENDIZAGEM E PRÁTICA CLÍNICA - Maria Salete Lopes Legname de Paulo e Amanda Gonçalves Conde 314

O USO DO TAT COMO INSTRUMENTO DIAGNÓSTICO E MEDIADOR DE INTERVENÇÃO EM PSICOTERAPIA BREVE DE IDOSOS - Ana Maria Ferreira; Lidia Rodriguês Schwarz e Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo 324

O USO TERAPÊUTICO DA TRANSFERÊNCIA E CONTRATRANSFERÊNCIA - Erika Ferreira de Azevedo; Ana Maria Ferreira; Ana Angélica Roncolato; Marcia Aparecida Isaco de Souza e Leila Salomão De La Plata Cury Tardivo 333

PSICOTERAPIA BREVE PARA O IDOSO: UMA REVISÃO DA LITERATURA - Miriam Altman; Tania M.A.Campos e Kayoko Yamamoto 348

PSICOTERAPIA BREVE OPERACIONALIZADA EM IDOSO: UM ESTUDO DE CASO - Bernadete Bezerra Silva Imoniana; Lídia Rodrigues Schwarz e Leila Salomão De La Plata Cury Tardivo 360

ESTRESSE OCUPACIONAL E ASSÉDIO MORAL EM PROFISSIONAIS - BIBLIOTECÁRIOS - Maria Luiza Lourenço; Thiago de Almeida 366

INTERSUBJETIVIDADE E SAÚDE MENTAL: ASPECTOS PSICOSSOCIAIS NO ATENDIMENTO EM GRUPOS DE ATENÇÃO PSICOLÓGICA - Tatiana Benevides Magalhães Braga e Walter Cautella Júnior 375

PSICODINÂMICA DA ANOREXIA NERVOSA A PARTIR DA ANÁLISE DO FILME "THE KAREN CARPENTER STORY" - Erik Rissi Queiroz e Elaine S. N. Lange 386

O ATENDIMENTO PSICOLÓGICO À FAMÍLIA DE CRIANÇAS ABRIGADAS: ESTUDO DE CASO - Iara Delly Paschoaletti; Denise Sanchez Careta e Ivonise Fernandes da Motta 396

O BRINCAR COMO MARCA DA PRESENÇA VIVA DO TERAPEUTA: CONTRIBUIÇÕES AO DESENVOLVIMENTO PSIQUICO DE CRIANÇAS ABRIGADAS - Robson Thiago Barbosa Nakagawa; Denise Sanchez Careta e Ivonise Fernandes da Motta 404

INTERVENÇÕES PSICOTERAPEUTICAS NO ATENDIMENTO DE PACIENTE EM LIBERDADE CONDICIONAL - Maria Aparecida Mazzante Colacique e José Tolentino Rosa 408

FUNÇÃO MATERNA EM PSICOTERAPIA INFANTIL: RELATO DE CASO - Juliana H. Serrano; Valdeli Vieira e Leila Salomão De La Plata Cury Tardivo 417

QUEM CONTA UM CONTO DE FADA, AUMENTA UM PONTO NA HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL - Rita de Cássia Santos e Elaine Soares Neves Lange 420

EVOLUÇÃO E COMPREENSÃO DO CONCEITO DE PSICOSSOMÁTICA: UMA REVISÃO DA LITERATURA - Ariadny Oraggio Beraldi e Elaine S.N Lange 431

SOCIEDADE E DEFICIÊNCIA: COMPREENDENDO A CONSTRUÇÃO DO PROCESSO INCLUSIVO E OS SEUS RUMOS - Tadeu Barbosa Nogueira Júnior 439

ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS DE ESCOLA MUNICIPAL DE SÃO PAULO: CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES - Flávia Regina de Lima Medeiros; Luciana Mazagão e Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo 462

FALHA MATERNA PRIMÁRIA E IMPLICAÇÕES PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL: UM OLHAR CLÍNICO - Aline da Silva Tafner; Thaís Mariana Arantes Ferreira; Claudia Aranha Gil e Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo 473

CUIDANDO DO CUIDADOR: O DESENHO LIVRE COMO FENÔMENO TRANSICIONAL NO ATENDIMENTO GRUPAL DE CUIDADORAS DE UM ABRIGO -Denise Sanchez Careta e Ivonise Fernandes Da Motta 487

ENCONTRO CRIATIVO: RELATO DE UM CASO CLÍNICO - Mônica Solferini Moraes Barros; Claudia Aranha Gil e Leila Salomão De La Plata Cury Tardivo 505

A DEFICIÊNCIA INTELECTUAL PERSPECTIVADA ENTRE O DIÁLOGO SILENCIOSO DA SEXUALIDADE E O ESCAMOTEAMENTO DA VIOLÊNCIA - Edilaine Helena Scabello E Thiago De Almeida 511

CIÚME: O INFERNO DO AMOR POSSESSIVO" - UMA ANÁLISE SOB A PERSPECTIVA - DA TRÍPLICE CONTINGÊNCIA - Paulo Moralles Roveri e Thiago de Almeida 526

FATORES QUE INFLUENCIAM O DESENVOLVIMENTO DO NAMORO - Thiago de Almeida 543

UMA EXPERIÊNCIA DE TUTORIA A UM PACIENTE COM ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA) E SUA CUIDADORA - Isana Marília Ribeiro; Maria Suzana Carlsson Ribeiro; Antonio Geraldo de Abreu Filho; Ana Luiza Steiner; Abrahão Augusto J. Quadros; Helga Cristina Silva; Acary Souza Bulle Oliveira e Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo 555

UM RELATO SOBRE PSICOTERAPIA DE CASAL: DA DEMANDA EXPLÍCITA À DEMANDA IMPLÍCITA - Carolina de Almeida Agustinelli;Sílvia C. S. Karacristo; Valéria Maria Dalla Casa e Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo 572

RELAÇÕES ENTRE TRANSFERÊNCIA E ASPECTOS DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA TEORIA WINICOTIANA: APRESENTAÇÃO DE UM CASO CLÍNICO - FABIANA CRISTINA AMARAL DA FONSECA; CLAUDIA ARANHA GIL E LEILA SALOMÃO DE LA PLATA CURY TARDIVO 580

CONSIDERAÇÕES SOBRE BULIMIA E ANOREXIA: BREVE APRESENTAÇÃO DE CASO - Simone Marques Yamada; Claudia Aranha Gil e Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo 590

A TENTATIVA DE DAR VOZ AO SILÊNCIO DE UMA CRIANÇA VIOLENTADA - Sandra Regina Gonsales Pereira 595

PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA - Lidia Rosalina Folgueira Castro e Wilson de Campos Vieira 601

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE TRAÇOS AUTÍSTICOS (A.T.A.)":SEGUNDO ESTUDO DE VALIDADE- Francisco Baptista Assumpção Jr.; Julianna Di Matteo Gonçalves; Simone Cuccolichio;Letícia Calmon de Amorim; Flavia Rego; Claudio Gomes; Marcio Simone Falcão 605

VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS: DESAFIO PARA A SAÚDE PUBLICA - Leia Priszkulnik 614

AUTORES 622

ABERTURA

APOIAR: PESQUISAS E INTERVENÇÃO NA ÁREA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

Considerando que a violência doméstica contra crianças e adolescentes vem sendo, principalmente nos últimos trinta anos, motivo de polêmica, discussão e reflexão. Considerando ainda que a abordagem apresenta inúmeras dificuldades, por ser um fenômeno que se manifesta de maneira sigilosa, configurando um segredo familiar, e estar envolvida por dispositivos de velamentos ideológicos, que a revelam e ocultam ao mesmo tempo, a equipe do APOIAR vem desenvlvendo projetos de pesquisa e criando propostas de atendimento clínico junto a crianças vítimas dessa situação.

De acordo com Pinto Junior (2005), as próprias definições científicas deste fenômeno são complexas e muitas vezes contraditórias entre si, pois utilizam indiscriminadamente muitos termos (maus tratos, agressão, disciplina, abuso etc) que podem mascarar, deturpar, ou mesmo negligenciar a amplitude da violência doméstica contra crianças e adolescentes.

Considerando que a problemática, em sua manifestação, envolve relações assimétricas de poder, caracterizadas pela dominação, exploração e opressão; por isso mesmo uma forma de violência interpessoal, optamos pelo termo violência doméstica.

Para Adorno (1988)

> a violência é uma forma de relação social; está inexoravelmente atada ao modo pelo qual os homens produzem e reproduzem suas condições sociais de existência. Sob esta ótica, a violência expressa padrões de sociabilidade, modos de vida, modelos atualizados de comportamentos vigentes em uma sociedade em um momento determinado de seu processo histórico (p. 07).

Neste sentido, a violência doméstica mostra-se relacionada com a violência estrutural, pelas desigualdades de genero e geração. Por outro lado, mostra-se como uma violência de caráter interpessoal, ou seja, uma violência intra-classes sociais.

Considerando ser a violência doméstica contra crianças e adolescentes um fenômeno configurado na família enquanto espaço privado, numa esfera micro-política, e também um problema de relações sociais de gênero e geração, numa esfera macro-política, torna-se necessário trabalhar alguns pressupostos epistemológicos para uma visão não reducionista deste fenômeno.

A violência doméstica contra a criança e o adolescente decorre da interação de vários grupos de fatores: sócio-econômicos, culturais e psicológicos das pessoas envolvidas.

Além deste pressuposto, outras facetas também são considerados por Azevedo e Guerra (1998) para maior compreensão do fenômeno da violência doméstica contra crianças e adolescentes, tais como: é um fenômeno endêmico; nenhuma etnia, classe social ou religião está imune; não é característico da pobreza; é estatisticamente significativo e não marginal; pode envolver de forma cíclica várias gerações em sua reprodução; tem como característica a reiteração.

De maneira geral, a violência doméstica é uma forma de violência subjetiva e interpessoal, na qual o adulto transgride o seu poder disciplinador, negando e negligenciando as necessidades e direitos da criança e tolhendo-a de sua liberdade, colocando-a, assim, numa posição de mero objeto dos desejos do adulto.

Dentro desta perspectiva, adotamos a seguinte definição estipulativa da violência doméstica contra crianças e/ou adolescentes, elaborada pelo LACRI (Laboratório de Estudos da Criança) do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo- USP:

> Todo ato ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis contra crianças e/ou adolescentes que - sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima - implica de um lado numa transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, numa coisificação da infância, isto é, numa negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento. (Azevedo e Guerra, 1998, p. 177).

Assim, a questão implícita nesta definição parece-nos mostrar que, apesar da idéia da "sagrada família" e/ou "família perfeita" que povoa o imaginário popular, esta não está isenta de

responsabilidade, cometendo atos violentos contra seus membros, considerados mais fracos e vulneráveis, trancafiados num amplo "complô de silêncio", que mascara e esconde uma realidade trágica e injusta.

Dentre as modalidades da Violência Doméstica, a literatura indica a existência de cinco tipos, a saber: Violência Física, Violência Sexual, Violência Psicológica, Negligência e Violência Fatal (Azevedo e Guerra, 1998).

Nesta perspectiva, a violência doméstica contra a criança e o adolescente pode representar um verdadeiro fator de risco ao processo de desenvolvimento. A experiência de vitimização pode trazer sérias conseqüências para a vítima, implicando na perturbação da noção de identidade e outros distúrbios de personalidade e de adaptação social.

Sabemos que a violência doméstica contra crianças e adolescentes está longe de ser uma ocorrência marginal e que necessita de ações comprometidas, visando, além da construção de políticas públicas de prevenção do fenômeno, o desenvolvimento de instrumentos eficientes para a identificação e diagnóstico de crianças e adolescentes em situação de violência doméstica.

Por se tratar de um fenômeno que, ao longo de toda a história da humanidade, é cercado de mitos e tabus, a identificação da violência doméstica é quase sempre problemática e difícil. Como apontado anteriormente, sua abordagem apresenta inúmeras dificuldades em função de ser um fenômeno que se manifesta de maneira sigilosa, configurando um segredo familiar, e estar envolvido por aspectos ideológicos arcaicos. Assim, o enfrentamento eficaz do fenômeno exige a compreensão ampla e profunda da temática e da sistematização nos passos para identificar o processo de vitimização infantil.

Azevedo, Guerra e Pinto Junior (2003) apontam que no processo de investigação, o papel do profissional, e mais especificamente do psicólogo, é de vital importância, pois a ele cabe levantar evidências sobre a possibilidade da violência sofrida e sua natureza. O profissional deverá avaliar a gravidade do acontecimento, seu impacto sobre a vítima e os demais membros da família, buscando investigar, principalmente, o risco e o funcionamento psíquico desta vítima.

É através do que chamamos Avaliação Psicológica que o psicólogo investiga e conhece outro ser humano em seu contexto de vida. Segundo Pasquali (2001), a avaliação psicológica é o processo de investigação, análise e conclusão sobre o sujeito em contexto e fase da vida específicos, com a finalidade de compreendê-lo melhor e tomar decisão quanto a uma intervenção

necessária. Pasquali (2001) também aponta para a importância da avaliação psicológica na atuação do psicólogo para fins de investigação e tomada de decisão. Segundo o autor, a avaliação psicológica é uma prática que representa e difunde a Psicologia na sociedade, considerando que foi por meio dela que a Psicologia se apresentou e se firmou no meio científico e no mercado de trabalho.

Deve-se ressaltar que a Avaliação Psicológica envolve diferentes técnicas e procedimentos, como a entrevista, anamnese e os chamados testes psicológicos. Desta forma, o processo de avaliação psicológica pode incluir diferentes procedimentos de medidas para que se possa chegar a uma conclusão sobre o sujeito. Nesse sentido, a equipe do APOIAR vem desenvolvendo projetos de pesquisa sendvoltados para a valiaão psicológica do fenômeno.

São inseridos, a seguir, os resumos dos projetos de pesquisa que temos em desenvolvimento, alguns com resultados já obtidos e que vem sendo apresentados.

INVENTÁRIO DE FRASES NO DIAGNÓSTICO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: UM ESTUDO DE VALIDADE E PADRONIZAÇÃO NO CONTEXTO BRASILEIRO

A violência doméstica contra a criança e o adolescente tem sido, nos últimos anos, alvo de interesse e preocupação dos pesquisadores do desenvolvimento infantil, principalmente no que se refere às conseqüências e seqüelas 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 nas unidades básicas de saúde, ambulatórios, serviços de urgência e emergência etc. 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. A presente proposta de pesquisa objetiva a validação e adaptação de um instrumento argentino (Inventário de Frases), e que busca levantar indicadores de vitimização física e sexual em crianças e adolescentes, com a população brasileira. Para tanto, o Inventário de Frases será aplicado em uma amostra de 500 crianças, com idade entre 06 e 16 anos, vítimas de violência doméstica (física e sexual), no estado de São Paulo. Será utilizado um grupo controle também com 500 crianças da mesma faixa etária, sexo e escolaridade, sem suspeita de vitimização. Os dados

serão submetidos a tratamento estatístico, procedendo a análise de precisão e de validade do instrumento. Resultados parciais dese projeto são apresentados no livro a ser lançada no presente evento (Tardivo e Gil, 2008). Esse projeto tem o apoio da FAPESP (PROCESSO NO. 06/56308-0) e autora do instrumento, a profesora Rosa Inês Colombo autora nos honra com sua presença.

Participamos na condição de colaboradora de um projeto amplo da autoria de Maria Amelia Azevedo, que recebe nossa homenagem, e cujo resumo inserimos a seguir:

A CONTRIBUIÇÃO DOS AGRESSORES PARA PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA SEXUAL DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Antonio Augusto Pinto Junior; Maria Amélia Azevedo; Viviane Nogueira Guerra; Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo USP e Patrícia Regina Da Matta Silva

Pouco se tem estudado e construído sobre os agressores, como: porque escolhem suas vítimas e as mantém como tal. Assim, torna-se necessário o desenvolvimento de estudos que abordem e discutam a violência sexual infantil e sua prevenção a partir dos considerados protagonistas - os agressores sexuais domésticos. Este trabalho busca compreender a psicodinâmica, de agressores sexuais condenados e em cumprimento de pena em penitenciária no Brasil. Observam-se as formas pelas quais esses têm acesso às crianças e adolescentes e como perpetuam o segredo de suas ações. Entende-se que com essa compreensão, poder-se alcançar melhor direcionamento das ações em programas de prevenção. (projeto com apoio da FAPESP).

Outras pesquisas também estão em desenvolvimento:

O TESTE DE APERCEPÇÃO INFANTIL COM FIGURAS DE ANIMAIS (CAT-A) E TESTE DAS FÁBULAS DE DÜSS: CONTRIBUIÇÕES AO DIAGNÓSTICO DE CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NO CONTEXTO BRASILEIRO

Em função dos crescentes índices de violência doméstica contra crianças, e de suas consequências desastrosas no desenvolvimento das mesmas , tanto no que se refere à saúde física, como a saúde mental, além dos distúrbios de conduta muitas vezes associados à essa vivência, se torna indispensável o desenvolvimento de pesquisas com instrumentos psicológicos que auxiliem

na detecção e na compreensão do fenômeno. Essa pesquisa visa validar o emprego de duas técnicas projetivas tradicionais em Psicodiagnóstico Infantil – o Teste de Apercepção Infantil com Figuras de Animais (CAT-A) e o Teste das Fábulas de Düss, que buscam fornecer uma visão ampla do funcionamento psíquico de crianças, e possivelmente permitirão verificar os efeitos da violência doméstica sofrida, no desenvolvimento da personalidade das mesmas. Para tanto, os dois instrumentos serão aplicados em uma amostra de 100 crianças, com idade entre 06 e 10 anos, vítimas de violência doméstica (física e sexual), no estado de São Paulo. Será utilizado um grupo controle também com 100 crianças da mesma faixa etária, sexo e escolaridade, sem suspeita de vitimização. Os testes serão avaliados segundo os referencias de análise propostos pela pesquisadora (Tardivo, 1998), por 3 juízes que trabalharão de forma independente. Todos os dados serão submetidos aos tratamentos estatísticos, de forma a apontar as diferenças entre os grupos controle e experimental e ao mesmo tempo, poder-se-á verificar a qualidade dos referidos instrumentos clínicos no trabalho e psicodiagnóstico de crianças vítimas de violência doméstica em nosso contexto, se constituindo em contribuição a esse campo da ciência e da atuação profissional.

CONTATO COM AS INSTITUIÇÕES PARA AS PESQUISAS

Vimos realizando contatos e a partir desses, parcerias proficuas, e tambem observando situações dificeis, as quais passaremos a resumir em seguida, em especial para o projeto do Inventário de Frases.

Muitas vezes a equipe foi bem recebida pela Diretoria das Instituições e equipe técnica; porém, quando as crianças não residem no local e fazem atendimento ambulatorial; muitas vezes elas não retornam, mesmo quando chamadas. Nesses casos, quando as crianças estão sob a guarda de pais e responsáveis; esses devem assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Aí surgiu a dificuldade de o agressor ser um dos genitores; e a necessidade dess assinatura.Vimos também observando que o responsável que não é o agressor, muitas vezes assina o termo, embora alguns mostrem dificuldade. Isso evidencia o quanto esse tema deve ser tratado num âmbito mais amplo, e que acomete toda a família e a sociedade.

Nos contatos com as instituições conhecemos uma situação sofrida: um número significativo de crianças vítimas de violência doméstica e que apresentam deficiência, mental ou múltipla.

(Projeto Amanhã- Ser do Lar Jêsue Frantz de Diadema). Essas crianças não puderam ser sujeitos da pesquisa, porém seus irmãos, muitas vezes também vítimas, foram sujeitos da pesquisa. Vimos mantendo uma profícua parceria com essa instituição, que desenvolve um trabalho de extrema qualidade com essas crianças e suas famílias (vimos nos reunindo, dando capacitação, participando de eventos). Recebemos, com muita satisfação, esses parceiros na presente Jornada.

Procuramos por instituições em diversas cidades do Estado de São Paulo, quando sabíamos que estavam de alguma forma ligadas à temática. Esses contatos foram feitos com a presença da pesquisadora responsável, sendo que alguns foram iniciados por membros da equipe

Destacamos as instituições com as quais vimos mantendo parcerias e intercâmbios, como em Mogi das Cruzes. Lá foram feitos contatos e reuniões, com a presença da pesquisadora responsável, na Prefeitura da cidade, na Secretaria de Assistência Social; e liberada a aplicação, inclusive no Conselho Tutelar. Aqui vale a pena mencionar que foi realizada uma parceria ampla com o grupo, em especial de psicólogos, equipe muito interessada na temática .

Em São José dos Campos, estabelecemos uma parceria com o Programa Aquarela/ Projeto Refazendo Laços (PRL), participando de reuniões. O Professor Luigi Bertoncini vem apoiando a pesquisa e continua os contatos em cidades da região, e a equipe desenvolve trabalhos (de prevenção, e intervenção) na temática. Também pudemos participar de capacitações.

Em Cubatão estivemos em reuniões e a pesquisa foi autorizada desenvolvida junto a ACCEC. Participamos de uma mesa redonda no dia 18 de maio último em função do Dia Contra o abuso sexual de crianças. Os inventários são aplicados assim que as crianças chegam às instituições e também no Conselho Tutelar da cidade.

Em Guaratinguetá já existe uma parceria muito solidificada, sendo que os casos atendidos no CRIA (Centro de Referência da Criança e do Adolescente), sob a Direção do Professor Doutor Antonio Augusto Pinto Junior, vem sendo submetidos aos inventários. Também nesse município, estamos compondo parte do grupo controle com o apoio da Secretária da Educação.

Estamos trabalhando junto ao Educandário Dom Duarte e à Liga Solidária (antiga Liga das Senhoras Católicas). Temos todo o apoio da Direção e da Coordenação dessa Organização, no âmbito da pesquisa (e em outros), sendo que a Escola Municipal onde está sendo composto parte de grupo controle é anexa ao Educandário. Nas reuniões em que estivemos no Educandário, por conta da pesquisa, as discussões se ampliaram muito e vimos participando de um Fórum de

discussão sobre a temática. Recebemos todo o apoio na composição do grupo controle dessa pesquisa, e ao mesmo tempo, vimos atendendo crianças que necessitam pelo APOAIR no IPUSP.

Estabelecemos contatos junto a equipe do Centro de Referência às Vítimas da Violência do (CNRVV) do Instituto Sedes Sapientiae, onde diversos inventários foram aplicados. Essa equipe é coordenada por Dalka Chaves de Almeida Ferrari e é especializada no atendimento à criança e adolescente vítima de violência e também se dedica ao atendimento clínico dos agressores. Fazem esse trabalho, e se dedicam a pesquisas e à formação há anos, sendo que esse contato se configurou numa parceria muito rica para o conhecimento e aprofundamento do tema, tendo já participado de eventos por eles organizado. Os inventários foram aplicados junto às crianças e pais que são encaminhados a essa instituição.

Fizemos diretamente diversas reuniões com Serviços e Departamentos de Universidades, como o PROVE ligado ao Departamento de Psiquiatria da UNIFESP.

Estebelecemos um convênio nesse ano com a Divisão de Psicologia do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP, sendo que os inventários foram aplicados em crianças atendidas junto ao NUFOR, Núcleo de Psicologia Forense, um dos ramos do Serviço de Psicologia, que atende a crianças atendidas a partir de uma notificação e encaminhamento legal comprovada. Esse grupo tem todo o empenho e vem participando efetivamente na composição do grupo experimental das pesquisas em andamento, e estão presentes nessa Jornada.

Dessa forma, essas situações deverão dar origem a comunicações e a artigos onde poderemos descrever e refletir acerca da atenção à criança vítima de violência doméstica em nosso meio.

Podemos considerar que as situações, mais difíceis encontradas em outras instituições onde tivemos problemas, como mudanças de direção e coordenação de abrigos, dificuldades de acesso às crianças, desorganização nos serviços e atendimentos, enfim, até outras situações mais difíceis, não ocorreram por acaso, mas refletem a forma como a criança, em especial, a vítima de violência doméstica é tratada e encarada em nossa sociedade.

Por outro lado, há instituições e organizações extremamente dedicadas à infância e adolescência, e que se dedicam com afinco pelo desemvolvimento da criança e do adolescente que sofre a violência em suas variadas formas.

Nesses caderno de anais serão descritos diversos atendimentos clínicos que vem sendo realizados no APOIAR, no contexto do Instituto de Psicologia da USP, bem como muitas dessas porpostas.

A meta é, assim, desenvolver as pesquisas, e ampliar os atendimentos clínicos, em psicdiagnóstico e psicoterapia, no Centro de Atendimento Psicológico da USP.

O APOIAR como grande projeto inserido no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social, no Instituto de Psicologia da Universidaded e São Paulo, vem dessa forma, desenvolvendo porpostas de estudo, compreensão e intervenção junto a crianças e adoelscentes vítimas de vilência , além de outras formas de vilência com suas consequências na saúde menatl dessas pessoas.

Colomcamo-nos abertos ao diálogo, à troca e ao inetrcâmbio, esforçamo-nos para contribuir no desenvolvimento de uma clínica, que inclua as tarefas de avaliação, prevenção e intervenção bem embasada, considerando a relevância de tratar e encarar a criança e o adolescente como uma pessoa em situação de particular de crescimento e que deve, assim ser respeitada e tratada por todos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADORNO, S. *Violência e educação***.** São Paulo, 1988 (Mimeografado).

AGOSTA, C.B.; BALARINI, Z.; COLOMBO, R.I. *Abuso y maltrato infantil*: inventario de frases. Buenos Aires: Sainte Claire, 2001.

AZEVEDO, M.A.; GUERRA, V.N.A. *Infância e violência fatal em família*. São Paulo: Iglu, 1998.

AZEVEDO, M.A.; GUERRA, V.N.A; PINTO JUNIOR, A.A. *Descobrindo o desenho infantil*. São Paulo: IEditora, 2003.

PASQUALI, L. *Técnicas de exame psicológico* – TEP. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

PINTO JUNIOR, A e TARDIVO, LS.PLC – Violência contra crianças e adolescentes: reflexões sobre o pensar e o fazer do psicólogo clínico in ROSA, J.T. e MOTTA, I. F (org). *Violência r Sofrimento de crianças e adolescentes na perspectiva winnicottiana.* Aparecida, SP, Idéias e Letras, São Paulo;FAPESP,2008

PINTO JUNIOR, A.A. *Violência sexual doméstica contra meninos:* um estudo fenomenológico. São Paulo: Vetor, 2005.

TARDIVO, L.S. L.P´. C. PINTO JUNIOR, AA SANTOSt. M. R. Avaliação psicológica de crianças vítimas de violência doméstica por meio do teste das fábulas de Düss. *Psic*, Jun 2005, vol.6, no.1, p.59-66.

TARDIVO, L.S.L.P.C.; PINTO JUNIOR, A.A. Inventário de frases no levantamento de indicadores de abusos e maus tratos. *Anais do IV Encontro Mineiro de Avaliação Psicológica: teorização e prática*, p. 50-51, 2000.

TARDIVO, L. S. L. P. C. ; PINTO JR, A. A. ; ESTEVES, C . Mesa Painel: Inventário de frases en el contexto brasiliño: datos iniciales y proyecto de validad. Contextos y Diversidad Cultural, v. 1, p. 150-153, 2007.

TARDIVO, L. S. L. P. C. ; PINTO JUNIOR, Antonio Augusto . Inventário de frases no diagnóstico de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica, estudo de validade e padronização. *Psicologia Saúde & Doenças*, v. 9, p. 20, 2008.

TARDIVO, L. S. L. P. C. . Inventário de frases no diagnóstico de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: estudo de validade e padronização. Revista Psicologia, Saúde & Doenças, 2008.

TARDIVO, L.S.P.C E GIL, C.A (org.) **APOIAR-NOVAS PROPOSTAS EM PSICOLOGIA CLÍNICA,** São Paulo, Ed. Sarvier, 2008

FUNCIÓN MATERNA Y MALTRATO INFANTIL:

UN ESTUDIO DE FAMILIAS EN RIESGO JUDICIALIZADAS EN TRIBUNALES DE MENORES

Rosa Inés Colombo

Buenos Aires. Argentina

INTRODUCCIÓN

En la actualidad las intervenciones que se realizan en el ámbito judicial y social con niños maltratados en la Provincia de Buenos Aires, República Argentina, están ligadas a la separación de los mismos de sus progenitores. En líneas generales se envía a los niños a Hogares de tránsito o a Instituciones de menores. En una proporción casi imperceptible se procesa y condena a aquellos padres que cometieron delito hacia los niños, en la mayoría de los casos no se les retira su derecho a la patria potestad y por lo tanto se hace imposible entregar a estos niños a otras familias en adopción.

Lo más común en niños institucionalizados por maltrato infantil en nuestro medio es que se les ofrezca desde los juzgados y otras instituciones, tratamiento psicológico y una adecuada integración a la comunidad educativa.

No se plantean en estos ámbitos judiciales acciones directas o políticas preventivas con respecto a la contención, recuperación y seguimiento de las figuras parentales. Sin embargo la actividad asistencial y clínica nos muestra cómo se producen y reproducen las relaciones familiares de maltrato. En la mayoría de los casos tratados si bien las madres acuden a las instituciones de orden jurídico o asistencial, siempre se muestran como ajenas al problema, como habiendo sido incapaces de hacerle frente al maltrato de sus hijos debido a problemas personales o sociales.

Frente a este patrón recurrente presente en estas madres sólo se implementan actividades específicas de contención, tratamiento, y ayuda económica hacia esas madres. Luego, al tiempo de haberse instrumentado estos recursos las madres los abandonan, olvidan lo ocurrido, vuelven a sus parejas o buscan nuevas, no logran hacerse cargo de sus hijos, ni siquiera de las visitas a los hogares de tránsito, se sienten abrumadas por la exigencia de la justicia o de las

organizaciones que colaboran, vuelven a antiguos mecanismos defensivos y a sus antiguas redes sociales, ya que no han podido concretar nuevas y más eficaces redes de apoyo.

No sólo nos encontramos con niños nuevamente victimizados porque sus madres lo vuelven a abandonar o los llevan a sus casas donde fueron maltratados y los exponen nuevamente al agresor, sino que además comprobamos que estas madres, que no han logrado constituirse como tales, vuelven a formar pareja y a criar deficientemente otros hijos que vuelven al sistema judicial por abandono u otras formas de maltrato.

Desde la asistencia y desde el ámbito judicial se vuelve a tratar de proteger a los niños pero no se encuentra la manera de proteger a estas madres de un nuevo fracaso como tales, lo cual no sólo las involucra a ellas y a su destino, sino que incide sobre la vida de nuevos sujetos en formación y sobre la sociedad toda. Tampoco se trabaja sobre el apego no construido en esos niños, la mayoría presenta trastornos de apego inseguro (Barudy Dantagnan 2005)[3] los cuales no son reparados o reconstruidos dentro de las instituciones de acogida, trayendo aparejado el deterioro psíquico de los niños (Agosta, Barilari, Colombo 2002)[4]

Dentro de este particular enfoque de la situación actual observada este trabajo tiene por objeto realizar un análisis de las variables que intervienen en la relación existente entre la **Función materna y el Maltrato infantil.** Para ello se plantean las siguientes hipótesis:

1- En toda familia de niños víctimas de maltrato existe una disfunción parental ligada en la mayoría de los casos a una anomalía en la función materna.

2- Las dificultades en el desarrollo armónico de esta función materna dejan librado al niño a un espacio de vulnerabilidad que puede conducir al maltrato.

3- El maltrato infantil produce un daño psíquico que altera el desarrollo en el niño.

Para realizar el análisis de las variables que intervienen en esta problemática, nos apoyaremos en el estudio de casos de familias (niños y padres) sobre las cuales los Tribunales de Menores debieron intervenir judicialmente a raíz de denuncias acerca del maltrato a menores.

El trabajo clínico y asistencial de muchos años en esta problemática deja ver que en la mayoría de los casos en los cuales se ha producido un maltrato hacia los niños es posible encontrar una particular anomalía en la función materna. Partiendo de esta observación clínica es que

[3] Barudy y Dantagnan. Los buenos tratos en la infancia
[4] Agosta, Barilari y Colombo Inventario de frases

proponemos en este trabajo describir y establecer las relaciones existentes entre las variables que intrvienen, relacionadas con función materna y maltrato infantil, en una muestra particular de familias del Tribunal de Menores del Departamento Judicial de San Isidro de la Provincia de Buenos Aires.

Con las variables que hayan podido identificar y analizar realizaremos una sistematización que permita integrar la evidencia empírica con los aportes teóricos pertinentes.

Este análisis se propone como un aporte científico para quienes tengan la responsabilidad de construir políticas de salud y de protección hacia los niños que sufren maltrato y sus familias.

No se busca, de ninguna manera, culpabilizar a las madres, por el contrario, tiene como objetivo la protección de las mismas y la promoción de las capacidades necesarias para cumplir con su rol.

A partir de una intensa búsqueda de la relación existente entre las variables: **Función materna y Maltrato infantil,** objetivo de este trabajo, se pretenden realizar aportes a un posible diseño de políticas que se focalicen en la prevención del maltrato infantil a través de la protección y cuidado de las madres. Diagnosticar las anomalías en la función materna incluyendo la prevención primaria del maltrato permite intervenir cuando la madre lo necesita en función de la crianza de su hijo.

Trabajo de campo

Instrumento de evaluación

El objetivo de esta construcción fue poder recoger datos acerca de la relación existente entre los padres y sus hijos en los primeros años de vida. El primer paso en la construcción del instrumento de evaluación fue realizar una clasificación teórico práctica que permitiera aislar los factores de protección y de riesgo que llevaron a que el niño fuera sometido a una situación de maltrato.

Para lograr una buena categorización de los conceptos a utilizar en la entrevista se tomaron en cuenta los datos aportados por la bibliografía sobre el tema: maltrato infantil, familias de niños maltratados y potencial resiliente, así como la "Teoría del apego" de Bowlby y del "Ambiente facilitador" de Winnicott.

También se estudió el modelo trabajado por J. Barudy y M. Dantagnan (2005) en su trabajo con niños en situación de riesgo en España.

A partir de este primer rastreo bibliográfico que se sintetiza en los constructos teóricos desarrollados en los capítulos anteriores se realizó en una siguiente etapa la operacionalización de los conceptos en indicadores observables que pudieran ser evaluados mediante una entrevista a los padres de los niños judicializados.

Luego de haber realizado un análisis exhaustivo de las variables más significativas para la problemática bajo estudio se seleccionaron como las más relevantes las siguientes:

- Sostén
- Apego
- Ilusión
- Autonomía del sujeto
- Amparo
- Confianza
- Espejo
- Vulnerabilidad
- Madurez

Las variables antes enunciadas, surgen de los constructos teóricos definidos en el apartado número 5 de esta segunda parte (glosario) y explicados en los capítulos (...) en función a la temática "función materna y maltrato infantil".

- Base segura
- Ambiente facilitador.

En un tercer momento se construyó un inventario a utilizar como base de la entrevista a padres integrado por factores de protección y factores de riesgo. Se estudiaron los observables hallados tanto en las historias de vida recogidas de los legajos de las familias de los niños evaluados los cuales contenían sus historias clínicas, sus causas judiciales, asistenciales, los informes médicos, socio ambientales, psicológicos, psiquiátricos, como así también de las entrevistas individuales realizadas cada uno de los padres.

Se clasificaron estos observables en factores de riesgo y protección según su correspondencia con los aportes teóricos, según el siguiente detalle.

- Edad al tener el primer hijo
- Pareja estable

- Vínculo afectivo
- Control sobre los hijos
- Estructura familiar
- Roles parentales
- Maltrato infantil
- Violencia familiar
- Estructura yoica
- Rasgos de personalidad
- Trastornos psiquiátricos.

Como última etapa de construcción de este instrumento evaluativo se realizó una administración piloto a 30 padres con la finalidad de realizar los ajustes necesarios en cuanto a las características lingüísticas y conceptuales a fin de garantizar su validez ecológica. Como producto de los cambios realizados se arribó a la versión definitiva con la que se realizó la investigación.

Muestra

Las familias participantes en la investigación a realizar fueron seleccionadas de una población de 400 causas de niños víctimas de maltrato infantil judicializados en los Tribunales de menores de la provincia de Buenos Aires.

Caracterización de la muestra

N= 100

Edad	Entre 15 y 50 años	
Escolaridad	Primaria y secundaria incompleta	
Sexo	Masculino y femenino	
Lugar de residencia	Zona norte del Gran Buenos Aires	
Caracterización de la denuncia	Por maltrato infantil. Artículo 10. Maltrato físico. Abandono. Abuso sexual	

El tipo de maltrato asignado a cada caso fue el denunciado por el adulto responsable del niño y fue ratificado por el Tribunal de Menores.

Administración

Los padres participantes seleccionadas, fueron entrevistados en forma individual en el Tribunal de Menores por la Trabajadora social, la Médica psiquiatra y la Psicóloga quienes forman parte del Equipo técnico del mismo.

Cada uno de los profesionales utilizó dicho instrumento por separado en el contexto de sus propias entrevistas, luego realizaron informes que incluyeron los datos aportados por el instrumento utilizado.

Para garantizar la **confiabilidad** de los datos aportados por la técnica se realizó la contrastación de los indicadores señalados por los tres profesionales intervinientes. Se observó una estricta coincidencia entre la puntuación realizada por los evaluadores dando cuenta de una significativa **confiabilidad interjueces** del instrumento.

1° Procesamiento estadístico de datos

Una vez evaluados estos padres se volcó toda la información recogida por el instrumento en una matriz de datos que luego fue procesada por medio de distintos métodos estadísticos

En un primer trabajo estadístico fue el siguiente:

TIPOLOGIA DE PADRES

Porcentaje de personas del Grupo 1 con las modalidades más características en el agrupamiento

Variable	Modalidad	Porcentaje	
		MOD/CLA	Global
Trastornos psiquiátricos	Si	84.21	18.45
Estructuras bordeline	Si	78.95	22.33
Rasgos de personalidad paranoides	Si	47.37	11.65
No manda a sus hijos a la escuela	Si	84.21	49.51
Padres que no soportan las	Si	94.74	68.93

enfermedades			
Tipo de maltrato	TIPO=3	47.37	22.33
Padres que no soportan el tiempo de cuidado	Si	100.00	79.61
Padres que no soportan el tiempo de atención	Si	100.00	79.61

El 84.21% de las madres de este grupo tienen trastornos psiquiátricos.
El 78.95%, estructura borderline
EL 47.37%, rasgos de personalidad paranoide, etc.
En la otra columna se encuentran los porcentajes en los que estas características se encuentran en el total de la muestra.

Grupo 2

Tamaño del grupo: 33 personas (32.1 % del Total)

Porcentaje de personas del Grupo 2 con las modalidades más características en el agrupamiento

Variable	**Modalidad**	**Porcentaje**	
		MOD/CLA	**Global**
No fija horarios de salida	Si	93.94	50.49
No fija límites de horarios de comidas	Si	100.00	62.14
Padres que no soportan las enfermedades	Si	96.97	68.93
Padres que no soportan el tiempo de cuidado	Si	100.00	79.61

Padres que no soportan el tiempo de atención	Si	100.00	79.61
Padres con consumo de sustancias	Si	81.82	55.34
Hermanos parentalizados	Si	93.94	71.84
Padres incapaces de establecer reglas de convivencia	Si	100.00	82.52
Actitud de rechazo y desprecio en la entrevista.	Si	93.94	73.79
Trastornos psiquiátricos	No	96.97	81.55

GRUPO 2

El 93 % de los padres no fija horarios de salida

El 100% de los padres no fija horarios de comidas

El 96% de los padres no soportan las enfermedades

El 100% de los padres no soportan el tiempo de cuidado

2° Procesamiento estadístico de los datos

ANÁLISIS DE LA FRECUENCIA DE GRUPOS DE INDICADORES

Con los mismos datos obtenidos en la matriz de datos compuesta por los indicadores volcados a partir de la **Entrevista a padres** se hallaron las frecuencias de aparición de cada indicador.

En segundo término se emparejaron las muestras según el tipo de maltrato.

Luego se agruparon los indicadores según los factores de riesgo operacionalizados en la técnica. Para concluir se compararon los tipos de maltrato en función de cada indicador y grupo.

Datos hallados

Con respecto a lo observado en los datos obtenidos expresados a través gráficos de barras construidos a partir de la comparación de indicadores según los tipos de maltrato podríamos describir diferentes aspectos hallados en esta población estudiada.

Gráfico 1 Familia Monoparental

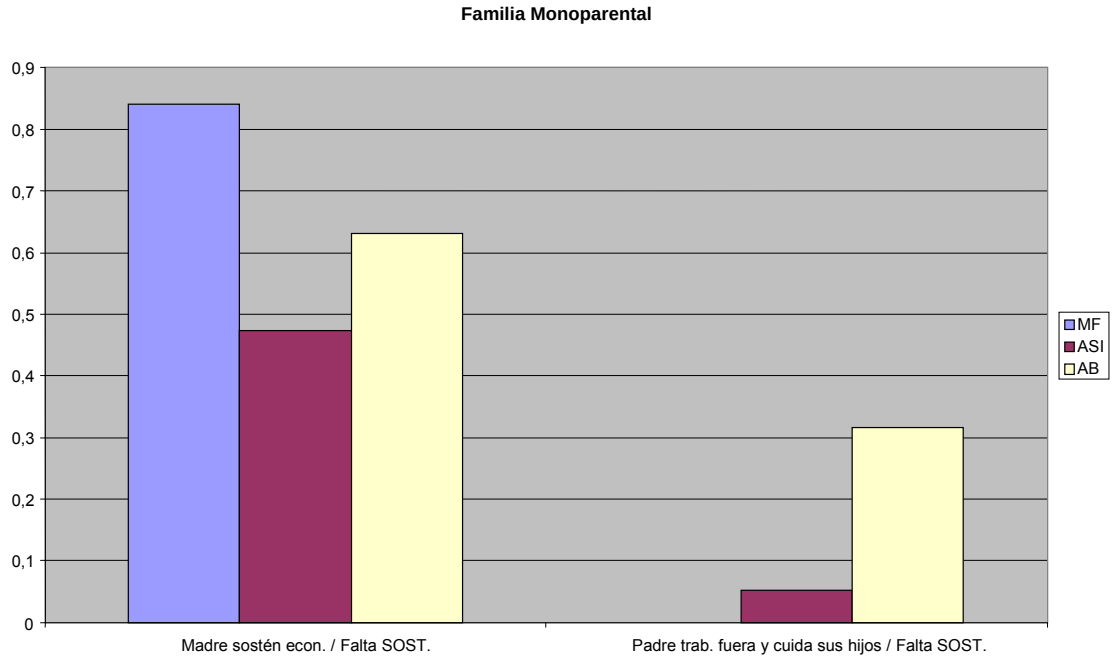


Gráfico 2 : Incapacidad de vínculo

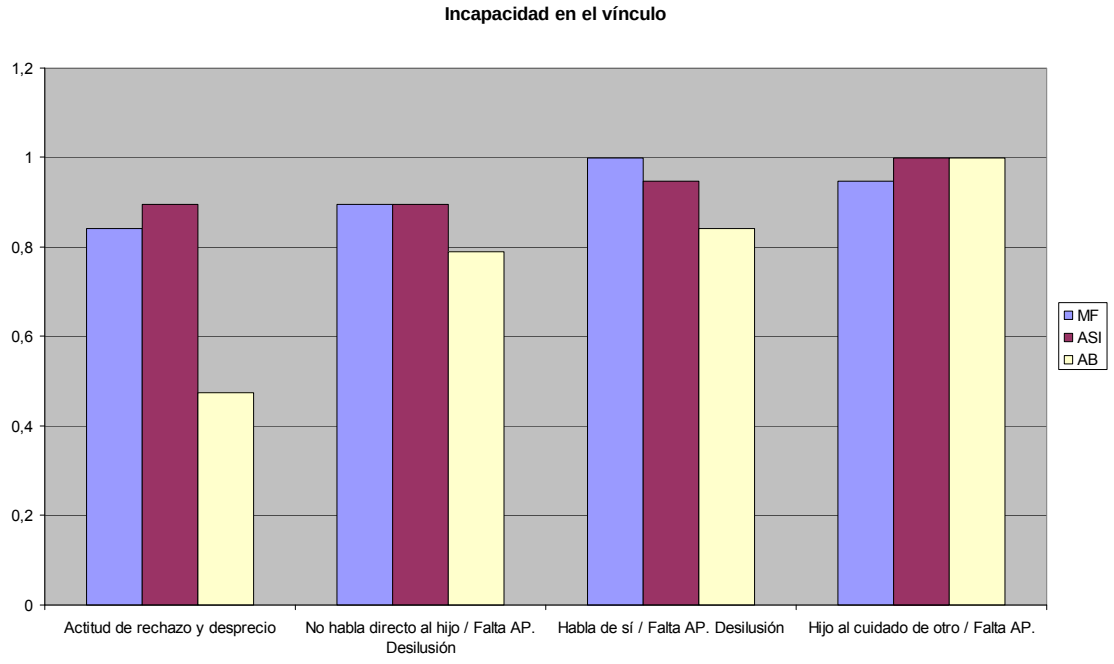


Gráfico 3 Falta de control sobre los hijos

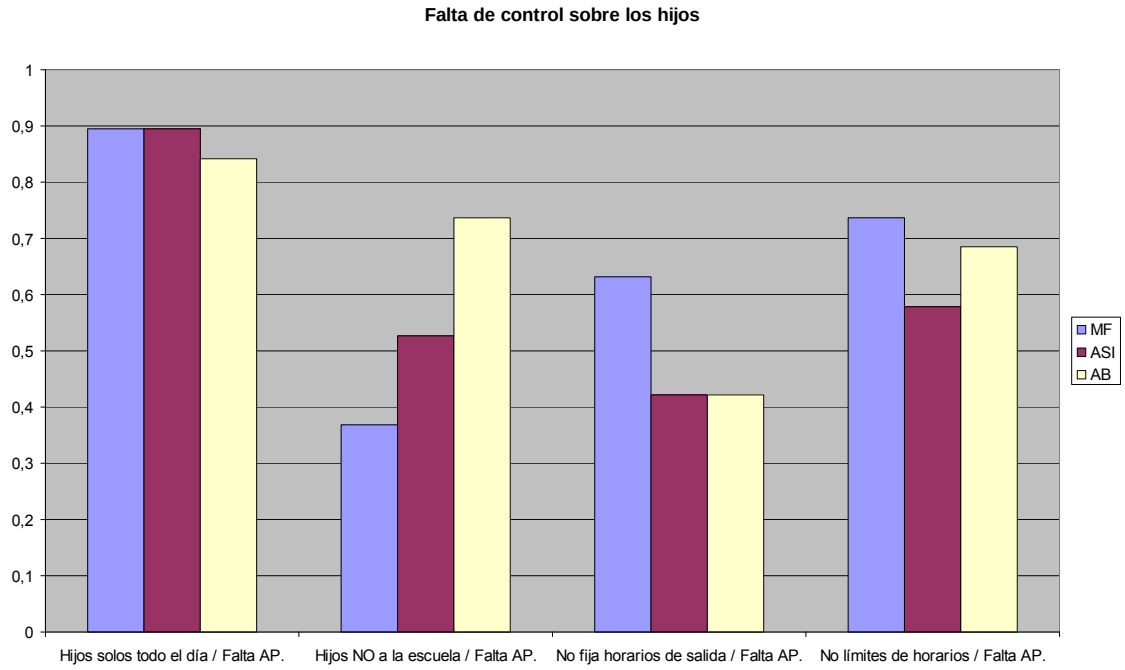


Gráfico4 Hermanos en función paterna

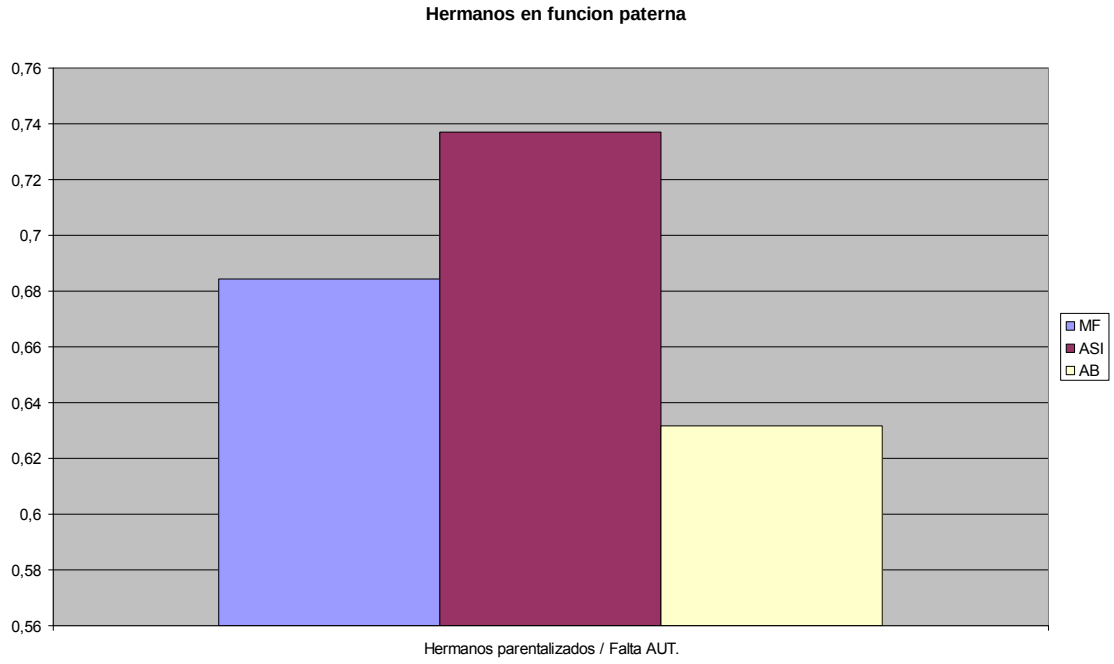


Gráfico 5 Historia familiar antisocial

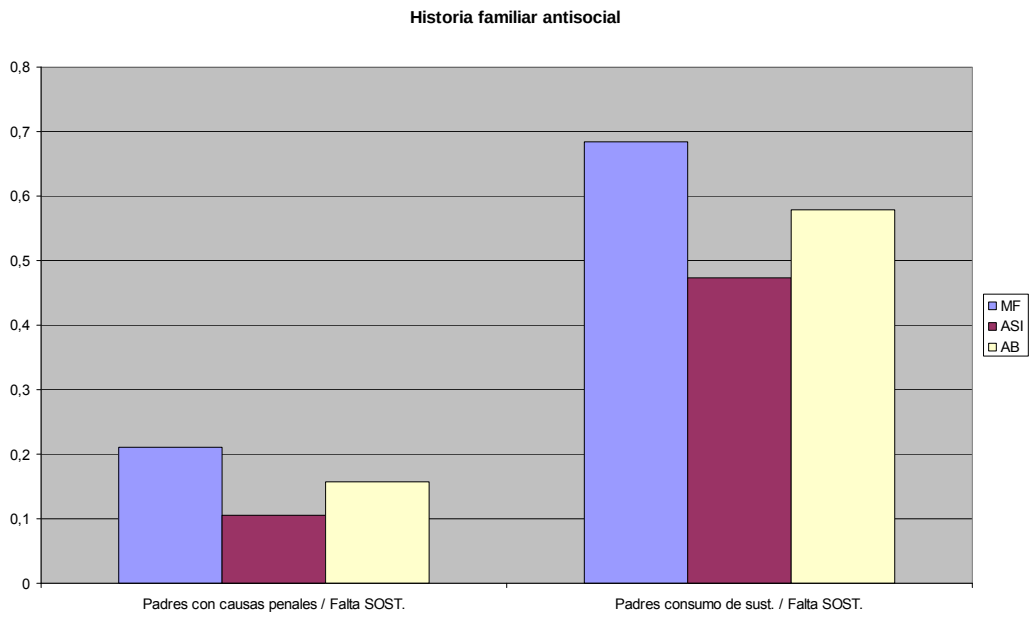


Gráfico 6 Baja tolerancia a la frustración

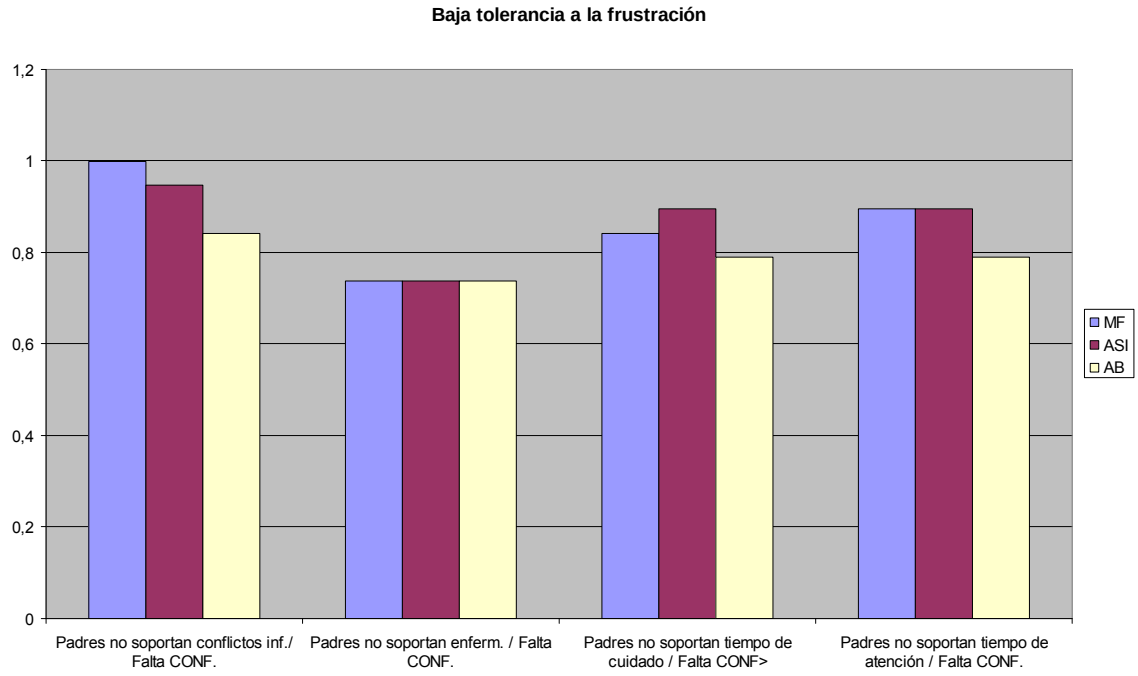
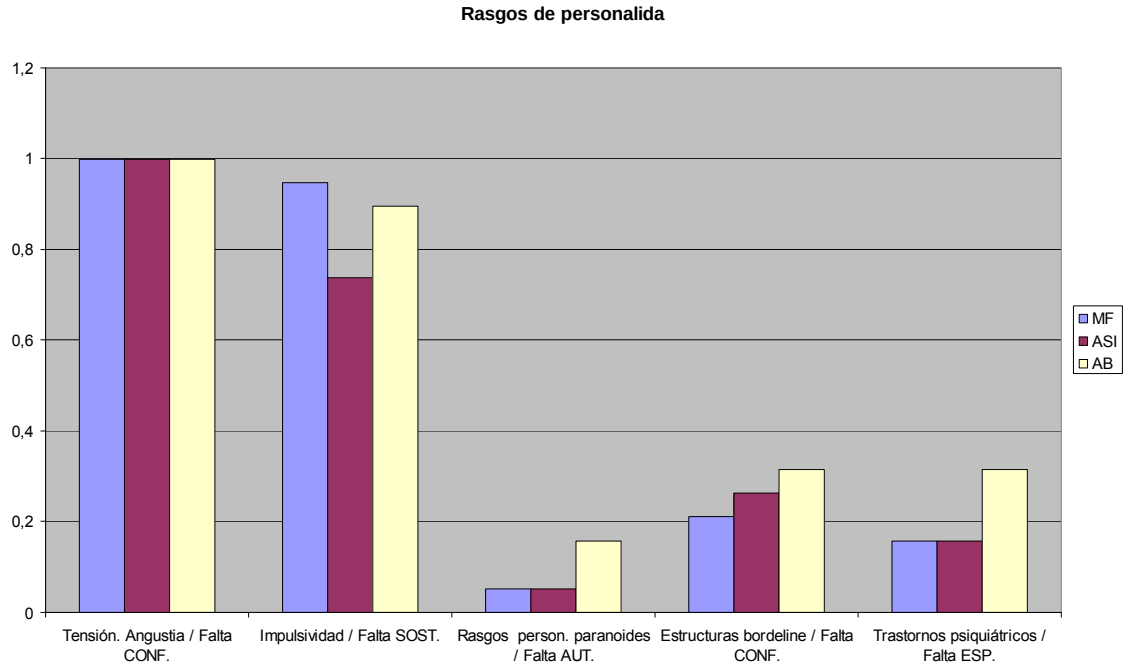


Gráfico 7 Rasgos de personalidad



Sistematización de datos obtenidos en la evaluación psicológica de niños y adolescentes, de entre 4 y 18 años, que tuvieron causa asistencial en un Tribunal de Menores de la Provincia de Buenos Aires.

Descripción de la muestra

Se trabajó con 400 niños judicializados en un Tribunal de Menores de la Provincia de Buenos Aires en el período 2004-2006.

Los mismos fueron clasificados según el tipo de maltrato sufrido en:

Niños que sufrieron **Maltrato físico,**

Niños que sufrieron **Abandono**

Niños que sufrieron **Abuso sexual infantil**

N=400

N= Edad	Entre 5 y 18 años	
Escolaridad	EGB Polimodal incompleto	
Sexo	Masculino Femenino	
Lugar de residencia	Departamento judicial de San Isidro	

A partir de la evaluación de estos niños y la consecuente obtención de los protocolos de los 400 niños evaluados se procedió de la siguiente manera:

De la muestra inicialmente propuesta se extrajeron los siguientes participantes que cumplían con todos los criterios de inclusión y exclusión:

N=259

N= Edad	Entre 5 y 18 años	
Escolaridad	EGB Polimodal incompleto	
Sexo	Masculino Femenino	
Lugar de residencia	Departamento Judicial de San isidro	

Instrumentos

De la totalidad de los instrumentos utilizados en la pericia psicológica de estos niños se tomaron para su sistematización y análisis los protocolos de las pruebas gráficas H T P Y Persona bajo la lluvia. Estas técnicas nos aportan variada información, son de fácil administración y no suelen provocar conflicto o malestar en los niños cuando las realizan.

Administración

Los niños fueron todos evaluados por el mismo evaluador perteneciente al Equipo técnico del Tribunal, garantizando de esta manera la validez y confiabilidad de la evaluación eliminando las variaciones intersubjetivas.

Luego de la entrevista al niño en la cual se recababan datos personales, de filiación, con respecto a la escolaridad, situaciones diarias y relaciones familiares, se le pedía la realización de técnicas gráficas.

1- SISTEMATIZACIÓN. (1° PROCESAMIENTO DE LOS DATOS) DESCRIPCIÓN DE INDICADORES GRÁFICOS DE CADA NIÑO.

1.Los casos fueron ingresados en una matriz de datos

2.El total de los casos fue clasificado en 3 grupos: AB N= 41 (abandono), ASI N= 111 (abuso sexual infantil) y MF N= 97(maltrato físico)

3.Se realizó el cálculo estadístico correspondiente para obtener la frecuencia de cada indicador para dicha muestra.

4.Se realizaron los gráficos de barras de cada subgrupo AB, MF y ASI

5.De cada grupo (subgrupo) se armaron nuevas tablas agrupando cada técnica gráfica por separado (PBLL, casa, árbol y persona).

6.Se realizaron gráficos de barras comparando los distintos tipos de maltrato para cada indicador.

4- Se realizó una Tabla comparativa entre indicadores, variables y frecuencia.

5- Se analizó en forma individual con cada indicador en los distintos tipos de maltrato y en los dos sexos (masculino y femenino). Por ejemplo "Dimensión pequeña" en la prueba gráfica "Persona" dentro del H T P, para el Maltrato físico, el Abandono y el Abuso sexual y se compararon dichas medias estableciendo el grado de significación de las diferencias halladas mediante la "prueba estadística de Tukey".

De la totalidad de indicadores hallados en cada técnica fueron seleccionados para este trabajo de investigación aquellos indicadores con probada relevancia para esta problemática de acuerdo a lo recomendado por la bibliografía existente e investigaciones anteriores (Agosta, Barilari, Colombo (1999, 2000, 2002, 2005) sobre el maltrato infantil.

Descripción de los datos hallados.

En primer término nos centraremos en analizar cada indicador gráfico hallado en las producciones de los niños explicando su valor representativo para la psicología según la bibliografía vigente y su relación con las variables planteadas en este trabajo.

Por ejemplo si tomamos el indicador *dimensión pequeña* en la prueba gráfica "persona" sabemos que según E. Hammer (1997) este indicador da cuenta de la percepción de desvalorización que sufre esta persona en relación con el medio que la rodea.

Nuestro trabajo de evaluación y clínico sumado a la bibliografía sobre el tema nos muestra cómo esta desvalorización está ligada a la vulnerabilidad. Un niño que se percibe desvalorizado no se cree capaz de enfrentar las acciones del medio hacia él lo cual lo vuelve vulnerable e incapaz de defenderse.

De la misma manera en la columna de *representación* se han volcado los *entidades* que la bibliografía (Hammer 1997) explica sobre cada uno de los indicadores y en la columna de variables la relación con aquellos constructos tratadas en este trabajo.

Tomamos como criterio de corte para el análisis de los indicadores hallados aquellos con una frecuencia mayor al 60% (ver anexo frecuencias clasificadas por técnica y sexo y agrupadas comparando los tipos de maltrato)

Persona bajo la lluvia	Ausencia de entorno	81%
	Ausencia de línea de base	71%
	Ausencia de paraguas	68%
Casa H T P	Ausencia de línea de base	72%
Persona H T P	Ausencia de línea de base	82%
	Ojos Vacíos	64%
	Dimensión pequeña	63%
	Trazo entrecortado y grueso	61%

2° Procesamiento de los datos

COMPARACIÓN DE GRUPOS DE MALTRATO POR INDICAOORES OBTENIDOS EN LAS TÉCNICAS DE EVALUACIÓN.

Se ha trabajado comparando los grupos maltratos, MF, AB y ASI, buscando diferencias significativas.

a-En primer término se trabajó con las muestras completas de niños victimizados divididos por sexo.

b- Se realizó un ensayo de hipótesis para la igualdad de medias utilizando el cuadro ANOVA.

c-En los casos en los cuales se rechazó la hipótesis (las medias son iguales) se utilizó la prueba Tukey para comprobar si las diferencias entre las medias eran significativas

d-En toda la prueba se utilizó un nivel de significación del 5% .α= 0,05

e-Se comprobó que de los 18 indicadores analizados para las cuatro técnicas gráficas, en 5 se encontraron diferencias entre las medias rechazando la hipótesis y en 4 de ellos las diferencias resultaron significativas(α=0,05)

Descripción de datos hallados

Tabla explicativa

INSTRUMENTO	INDICADOR	VARIABLE	DIFERENCIAS
PERSONA BAJO LA LLUVIA	DIMENSIÓN PEQUEÑA	VULNERABILIDAD	AB>MF
	AUSENCIA LÍNEA DE BASE	FALTA DE SOSTÉN	AB>MF
	AUSENCIA DE PARAGUAS	VULNERABILIDAD	ASI>MF
PERSONA	AUSENCIA DE LÍNEA DE BASE	FALTA DE SOSTÉN	MF>ASI

BIBLIOGRAFIA:

ABERASTURI, A. *El niño y sus juegos.* Buenos Aires, Paidós, 10° Reimpresión 1987

Ackerman, N. *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares*. Buenos Aires, Lumen, 10º edición, 1994.

AGOSTA-COLOMBO-BARILARI. *Abuso y maltrato infantil. Inventario de frases revisado*. Buenos Aires, 2º edición, Cauquén editora, 2005

Agosta-Colombo-Barilari. *Abuso y maltrato infantil. Pericia forense en niños maltratados. Entrevista inicial institucional.* Buenos Aires, Cauquén editora. 2004

Aisenson Kogan, A. *Introducción a la psicología.* Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión, 1996

BARATTA, A. *Criminología crítica y crítica del derecho penal.* Siglo veintiuno.

México 1998.

BARUDY, J. – Dantagnan, M. *Los Buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia.* Barcelona, Gedisa, 1° edición, 2005

BELLAK, L. Y BELLAK, S. S. *Test de apercepción infantil con figuras animales (CAT-A) para niños de 4 a 10 años.* Buenos Aires, Paidós, 1991

BERLINGUER, G. *Ética de la salud.* Buenos Aires, Lugar Editorial, 1° edición, 1996

BOWLBY, J. *La separación afectiva*. Barcelona, Paidós, 2° reimpresión. 1993

BOWLBY, J. *Una base segura*. Buenos Aires, Paidós, 1995

BRONFERBRENNER, U. *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona Paidós, 1987

CASTEX, M. *Daño psíquico y otros temas forenses.* Buenos Aires, Tekne, 1997

CASULLO, M. M. y Figueroa, N. *El Test de VADS de Koppitz (Normas regionales).* Buenos Aires, Ed. Guadalupe 1991

COLOMBO, R. BARILARI, Z. AGOSTA. C *Abuso y maltrato infantil. Indicadores en persona bajo la lluvia.* Buenos Aires, Cauquén editora, 3º edición, 2006

COLOMBO, R. *Psicología. El individuo y sus vínculos*. Buenos Aires, Sainte Claire Editora, 2° edición, 1999.

Convención sobre los derechos del niño ley N 23.849 UNICEF 1989

COSTA Y GAGLIANO *Tutelados y Asistidos.* Buenos Aires, Paidós, 2000

CROSSON TOWER, C. *Child abuse and neglect.* Allyn and Bacon. USA 1996.

CYRULNIK, B. *El Murmullo de los Fantasmas*. Barcelona, Gedisa Editorial, 2003

CYRULNIK, B. *De chair et d´ame.* Odile Jacob Paris 2006

DABAS-NAJMANOVICH. *Redes el lenguaje de los vínculos.* Duschatzky, S. (Compiladora) *Tutelados y asistidos.* Buenos Aires, Paidós, 2000

DUSCHATZKY. COREA. *Chicos en banda.* Buenos Aires, Paidós, 2001

ECHEBURÚA, ENRIQUE Y PAZ DE CORRAL. *Manual de Violencia Familiar*. Madrid. Siglo XXI De España Editores. 1998

FENICHEL, O. *Teoría Psicoanalítica de las Neurosis*. Piados.1966

FISHMAN, H. *Terapia estructural intensiva. Tratamiento de familias en su contexto social.* Buenos Aires. Amorrortu editores. 1994

FOUCAULT, M. *Los anormales.* Fondo de Cultura económica. Buenos Aires 2000. Capítulo III Clase del 22 de enero de 1975.

FRANK DE VERTHELYI, R. *Interacción y Proyecto familiar. Evaluación individual, diádica y grupal por medio del Test de la familia Kinética actual y prospectiva*. Barcelona, Gedisa Editorial, 1° reimpresión 2000.

FREUD, S. "Conferencias de introducción al psicoanálisis" (Parte III) (1916-1917) en *Obras Completas*, vol. XVI, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1998, 7º edición.

FREUD, S. "El yo y el ello y otras obras" en *Obras Completas*, (1923-1925) vol. XIX, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1997, 7º edición.

FREUD, S. "Trabajos sobre técnicas psicoanalíticas y otras obras" *(1911-1913)* en *Obras Completas*, vol. XII, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1998, 7º edición.

GIL, E. *The healing powerof play.*

GIL, E. *Tratamiento sistémico de la familia que abusa.* Editorial Granica. Buenos Aires 1997.

GLASER, F. *Abuso sexual en niños*. Paidós. Buenos Aires 1997.

GROSMAN - Mesterman. *Maltrato al menor. El lado oscuro de la historia familiar.*

GUIDDENS. *Consecuencias de la modernidad.* Madrid, Alianza editorial, 1993.

HAMMER, E. *Test proyectivos gráficos* Barcelona, Paidós, 2° Reimpresión 1997

HOOPER, C. *Madres sobrevivientes al abuso sexual de sus niños.* Nueva Visión.1994

KEMPE,R. *Niños maltratados*. Ediciones Morata. Madrid.1998.

KOPPITZ, E. *El dibujo de la figura humana.* Buenos Aires, Editorial Guadalupe, 12° edición, 2000

KOPPITZ. E. *Test Gestáltico Visomotor para niños.* Buenos Aire, Editorial Guadalupe, 15º edición, 3º reimpresión, 2000

LAFLUF, O *Clínica en Adicciones.* Buenos Aires, Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires, 1998

LEGISLACIÓN COMPLEMENTARIA. Ley 12.596 Violencia Familiar. Año 2000-2001

Lloyd deMause. *Historias de la infancia*. Madrid, Alianza editorial, 1994

LOSSO, R. *Psicoanálisis de la familia. Recorridos teóricos-clínicos.* Buenos Aires, Ed. Lumen, 1° edición, 2001

LUNA. M. *Qué hacer con menores y familias.* Buenos Aires, Lumen, 1998.

MALACREA, M. *Trauma y reparación*. Buenos Aires, Paidós, 2000

Microsoft® Encarta® 2006. © 1993-2005

OJEDa, N. *Actualizaciones en Resiliencia*. Buenos Aires, Universidad Nacional De Lanas, 2000

PERRONE, R *Violencia y abusos sexuales en la familia.* México, Paidós, 1997

PIAGET, J. Inhelder *Psicología del niño*. Madrid, Ediciones Morada, 14º edición, 1997

PIAGET, J *La psicología de la inteligencia.* Distrito Federal de México, Editorial Grijalbo, 1988

PIAGET, J *Seis estudios de psicología*. Colombia, Editorial Labor, 4º edición, 1995

RASCOVSKY,A. *El Filicidio.* Ediciones Orión. Buenos Aires. 1985

RAVEN, J. C. *Test de Matrices Progresivas (Escala coloreada) Series A, Ab y B.* Buenos Aires, Paidós, 1989

SANZ. MOLINA. *Violencia y abuso en familia*. Buenos Aires, Editorial Lumen, 1°

edición, 1999.

SAVANTI, ALICIA ZANOTTI DE. "Características de las familias de poblaciones marginales". Directora del programa de Educación de la Salud del Centro Misional Domingo Savio 1992

SHIRAR, L. *Dissociative children*. USA, Norton, 1996

Silva, G. *Resiliencia y violencia política en niños.* Buenos Aires, Universidad Nacional de Lanús, 1999.

VOLNOVICH, J. (Compilador) *Abuso sexual en la infanc*ia. Buenos Aires, Lumen, 2002

VYGOTSKY, L. *Pensamiento y lenguaje.* Buenos Aires, Ed. Fausto, 1998

WINNICOTT, D. *El hogar, nuestro punto de partida.* Buenos Aires, Paidós, 1° Reimpresión 1996

WINNICOTT, D. *Deprivación y Delincuencia.* Buenos Aires, Paidós, 3° reimpresión 2003

WINNICOTT, D. *Realidad y Juego*. Barcelona, Gedisa Editorial, 1999.

www.colpsiba.org.ar/downloads/leyes/CodigoEtica.pdf "Código de Ética Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires". Julio, 2006.

1ª mesa O APOIAR E OS PARCEIROS: Enfrentando a violência doméstica

DESAFIOS DE ORGANIZAÇÕES DO 3º SETOR NO FORTALECIMENTO DE EQUIPES MULTI PROFISSIONAIS, PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA -

Marli de Oliveira e Mario Martini

REDE COMUNITÁRIA – FORTALECENDO A PREVENÇÃO

A Rede Comunitária na Prevenção da Violência é fruto de muita reflexão, aproximação comunitária, formação sistemática da equipe, monitoramento e acompanhamento do desenvolvimento do trabalho, fortalecimento dos diferentes atores sociais com foco na rede e compartilhamento contínuo das ações realizadas.

O projeto "Rede Comunitária na Prevenção da Violência, Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes" está sendo desenvolvido pela organização Liga Solidária, em sua unidade social Educandário Dom Duarte.

É uma organização da sociedade civil que tem como base a educação, é de abrangência regional e atende ao público infantil até a terceira idade. Está localizada no bairro do Butantã, no distrito Raposo Tavares, esta região conta com 90.638 habitantes, sendo que 14.134 (15,60%) estão em situação de alta e muito alta vulnerabilidade social (5,6) * distribuídos nas 15 favelas da região. O Distrito Raposo Tavares apresenta carência de recursos nas áreas de educação formal e profissionalizante, lazer e saúde.

É um distrito composto por 9.597 adolescentes com idades entre 15 e 19 anos, onde apenas 10% das famílias possuem renda de até 3 salários mínimos.
Do total da população, 34% são alfabetizados com no máximo o ensino fundamental e somente 2,6% da população possui nível superior. Das pessoas responsáveis pelos domicílios, nota-se que 30% são mulheres.

* Conforme descrição do nível de vulnerabilidade, medido pelo IPVS da Fundação SEADE, 2004

Neste cenário, em maio de 2008, implantamos o Pólo de Prevenção à Violência Doméstica, Abuso e Exploração Sexual, com várias parcerias técnicas e apoio financeiro do Fundo Municipal da criança e do adolescente – Fumcad. Parcerias estas que muito vem contribuindo para o sucesso do projeto é sobre ele, o processo da sua construção e as ações desenvolvidas que faremos algumas reflexões.

Iniciamos em 2005 um processo de capacitação no tema violência doméstica. Este primeiro momento foi de aproximação do tema e o compromisso de sermos multiplicadores. O trabalho foi tomando corpo, expressando a solidão entre os profissionais envolvidos nos atendimentos.
Entre 2006 e 2007, realizamos um processo de sensibilização e capacitação para diferentes públicos, que envolveu: educadores da organização, profissionais do entorno como da saúde, educação e lideranças comunitárias bem como oficinas de sensibilização para as famílias das crianças e adolescentes inseridos nos programas do Educandário.

Ao longo desses anos, percebeu-se que o trabalho em rede é um mecanismo eficaz e transparente para socializar e principalmente trazer à superfície o problema da violência, abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes, uma vez que existe articulação, troca e disseminação de informações, além da ampliação do conhecimento técnico, que minimiza a solidão, um dos principais obstáculos no combate à violência.

A Rede Comunitária - Pólo de Prevenção à Violência Doméstica, Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes, é um projeto complexo no sentido de desenvolver várias ações na prevenção da violência.

Destacamos aqui o Conselho Consultivo que é composto por diversas autoridades: Polícia Civil, Polícia Civil, Guarda Civil Metropolitana, UBS'S - Unidades Básicas de Saúde-UBS São Jorge e Ubs Vila Borges, Escolas Pública da região, Hospital Professor Mário Degni, Conseg, Conselho Tutelar, Secretaria de Estado da Saúde/Programa de Saúde do Adolescente do Estado de São Paulo, Conselho Estadual da Condição Feminina, PMSP - Subprefeitura do Butantã, Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo/Vara de Pinheiros, Instituto de Terapia Familiar de São Paulo, Instituto Sedes Sapietiae, comissão de Direitos Humanos de São Paulo e várias organizações sociais da região.

Todos os componentes deste conselho que fazem parte desta rede podem ser considerados atores sociais. Juntos, esses atores conseguem buscar soluções e criar estratégias para o combate à violência em todas as suas formas.

Concomitante a esse trabalho, acontece a Central Articuladora, que mantém as informações da rede atualizadas, monitora os casos de violência a fim de acompanhar os diversos encaminhamentos e desdobramentos e organiza todas as capacitações com os educadores e atores sociais, além de disponibilizar ao público informações sobre serviços prestados pelas organizações que trabalham com o tema violência.

A Supervisão Técnica Comunitária, outra ação importante deste projeto é supervisionada pelo Instituto Sedes Sapie Sapietiae é um espaço de formação, orientação a todos os educadores e atores sociais da rede, que atuam na prevenção e nos atendimentos da violência. É também um espaço de troca e acolhida para todos os profissionais atuantes no trabalho de prevenção à violência.

Para o ano de 2009, a Liga Solidária pretende continuar todo o trabalho e capacitação de seus profissionais e dos diversos atores sócias que integram esse projeto, pois acredita que a disseminação do conhecimento pode quebrar barreiras e consolidar uma nova cultura baseada na percepção do outro em detectara violência mesmo quando não há verbalização do fato em si, no acolhimento com afeto e no posterior encaminhamento dos casos detectados. E acredita, acima de tudo, na sensibilização do poder público para a questão da violência, por isso a importância dos órgãos governamentais presentes no Conselho Consultivo.

As outras ações desenvolvidas pela Rede Comunitária:

- Oficinas “Educar Para a Cultura de paz e a Comunicação não Violenta, destinada as 370 crianças e adolescentes”;
- Oficinas com as 250 famílias onde se discute os vários tipos de violência e as formas de prevenção, trabalhando com a orientação;
- Plantão Psicossocial, espaço de acolhida e encaminhamento de casos de violência aos serviços da rede;
- Visitas Domiciliares, verificar as condições gerais das famílias das crianças e adolescentes atendidos pelo Educandário Dom Duarte;
- Seminários, aberto a todos os educadores e atores sociais atuantes no trabalho de prevenção da violência.

CRIANÇAS DEFICIENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: DESMASCARANDO UMA REALIDADE:

Ilda Batista Dias

O Lar Escola Jêsue Frantz, Entidade Beneficente, sem fins lucrativos, fundado em 08/09/1982 pelos Diretores –Fundadores Sra. Ilda B. Dias e Sr. Reginaldo Antônio Dias, tem como missão/valores oferecer assistência social, educação e promoção da saúde as crianças, adolescentes, Jovens, famílias e comunidade com vulnerabilidades e riscos, contribuindo para a formação da cidadania, desenvolvimento global e qualidade de vida. Iniciou com o apoio da comunidade e do comércio local e no decorrer de sua atuação, constituiu 06 Unidades nos Municípios de São Bernardo do Campo e Diadema. Obteve parcerias com o Governo Federal, Estadual e Municipal, Fundações, Associações e Empresas para o desenvolvimento dos serviços: Núcleo Infantil Rananan – atendimento educacional à 300 crianças de 01 a 06 anos, Núcleo Juvenil/IBD – Jornada ampliada à 60 crianças e adolescentes de 06 à 14 anos, Projeto Superação Jovem (Projeto Agente Jovem), com ações sócio-educativas a adolescentes e Jovens de 15 a 18 anos, Núcleo Social/ Projeto Brava Gente / PAIF, Programa Renda Cidadã, Programa Bolsa Família e Programa Viva Leite, com atendimento biopsicosocial à 550 famílias, Núcleo de Educação Especial Jêsue Frantz, com atendimento multiprofissional a 35 crianças/ adolescentes com múltiplas deficiências e transtorno mental.

Por fim, damos ênfase ao ***Projeto Amanhã-Ser*** idealizado em 2005 pelo Lar Escola Jêsue Frantz, no Município de São Bernardo do Campo. Em 2006, iniciou na Unidade II NAIHP – Núcleo de Atendimento Integrado Hellen Paula, na região Norte do Município de Diadema, executando atendimento as crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica. No ano de 2007, o ***Projeto Amanhã-Ser*** com a doação da Petrobrás via FUMCAD, ampliou o número de atendimentos e passou a focar a intervenção a violência doméstica associada a deficiência e transtorno mental, , implantando este serviço na Unidade IV do Lar Escola Jêsue Frantz, o NAIHP/ Centro, situado igualmente no Município de Diadema. O ***Amanhã-Ser*** objetiva suprimir toda forma de violência e exploração contra a criança e o adolescente com deficiência e/ou Transtorno mental, com ações de promoção e prevenção da Saúde e garantia dos direitos humanos e sociais, possibilitando atendimento biopsicossocial especializado e o acesso à cultura e ao lazer, as vítimas, seus familiares e autores de violência.

Por meio do Banco de Dados, criado pela nossa Instituição, verificamos que, das 202 crianças e adolescentes com deficiência e/ou transtornos mentais atendidos até o presente momento, apresentam o seguinte perfil: 44% são vítimas de dois ou mais tipos de violência doméstica. A deficiência mais freqüente é a deficiência mental (40,6%), seguido pelos transtornos mentais (31,3%). Suas famílias, em um modo geral sofrem distúrbios de alcoolismo, abuso de drogas, alterações de comportamento e consistem numa situação de baixa renda, apresentando vulnerabilidade social.

Para intervenção e prevenção a violência intrafamiliar, o ***Projeto Amanhã-Ser*** fundamenta-se no atendimento biopsicosocial sistêmico, quantitativo e qualitativo das crianças e adolescentes com deficiência física, mental, síndromes e/ou transtornos, vítimas de violência doméstica, suas famílias, autores de violência e comunidade local. Embasa-se nos conceitos da transdisciplinariedade, da autonomia, emancipação familiar e do protagonismo infanto-juvenil, atuando de forma preventiva e recuperativa.

Sua sistematização baseia-se nos modelos de atendimento do LACRI-USP e do Instituto Sedes Sapientiae, através do CNRVV (Centro de Referência às Vítimas da Violência), em conformidade com o Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990 e Lei da Pessoa com Deficiência nº7853 de 24 de outubro de 1989, artigo 16 da Convenção sobre os direitos da Pessoa com Deficiência, pela Assembléia Geral das Nações Unidas de 06 de Dezembro de 2006, Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004 e Norma Operacional Básica – NOB/SUAS.

ATUAÇÃO NOS ORGANISMO DA SOCIEDADE CIVIL E PODER PÚBLICO COMO FORMA DE COMBATE A VIOLÊNCIA DOMESTICA CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE.

Luigi Bertoncini

Inicio esta apresentação contanto uma história antiga:
Havia na margem de um rio dois pescadores, e em dado momento eles ouvem uma gritaria, e procurando de onde vinha, percebem que de dentro do rio, onde quatro crianças estavam se afogando. Mais do que de repente, eles pulam na água e nadam para tentar salva-las, conseguem pegar, com muita dificuldade, duas crianças, e levam para terra firme e as outras morreram afogadas rio abaixo. Quando ainda exaustos, percebem nova gritaria, eram mais quatro crianças dentro do rio, imediatamente eles retornam para água e nadam com dificuldade e salva apenas mais duas crianças e as demais morreram, e já sem forças percebem outra gritaria, eram seis crianças se afogando, novamente um deles pula na água e começa a nadar quando o outro vira de costas e começa caminhar, o que estava na água, inconformado pergunta ao amigo, "Você está louco vai me deixar aqui sozinho?" E ele responde: "faça o que puder, que eu vou subir o rio para pegar quem está jogando as crianças na água".

Participação de todos é fator primordial: A Constituição Federal de 1988, Título VIII, **Da Ordem Social,** Capítulo VII, da família, da criança, do Adolescente e do Idoso, no art. 227, "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", reconhece e declaram os direitos integrais da pessoa humana á criança e ao adolescente, mas com absoluta prioridade, estabelecendo, inclusive, prescrições que vedam qualquer violação ou abusos nos direitos constitutivos da personalidade individual. Impõe ao próprio Estado, à Sociedade e à Família o dever jurídico de garantir, especialmente, a inviolabilidade dos direitos autenticamente públicos subjetivos dos petizes.

É dentro deste panorama de direitos e garantias constitucionais que o Estatuto da Criança e do Adolescente instrumentaliza a obtenção concreta ao respeito, a observância, ao cumprimento dos direitos principais e substanciais destas pessoas em peculiar condição de desenvolvimento.

Assim, a lei número 8.069/90 (art. 132) apresenta como um dos mecanismos eficazes para zelar pelo cumprimento dos direitos dos destinatários da lei, o **CONSELHO TUTELAR.**

O Estatuto da Criança e Adolescente, em vigor no Brasil desde 1990, ainda demanda que a sociedade brasileira se mobilize, e muito, para que as grandes conquistas com relação aos direitos da criança e adolescentes ali apresentadas possam virar realidade cotidiana para as novas gerações.

A constituição federal de 1988, por si só não garante a efetivação dos direitos e da participação popular e comunitária, mas exige de todos os setores da sociedade um empenho e dedicação para que ações formem um contingente de pessoas que é necessário para a efetivação de todos os direitos humanos ou da pessoa humana, sobre tudo da criança e adolescente.

Já com o Estatuto da Criança e do Adolescente a situação é muito parecida, muitos afirmam que "é uma lei que só veio trazer problemas", pois os pais ou responsáveis não podem mais educar seus filhos, isso é, pois eles educam através da palmada ou agressão física ou o professor na escola que afirma não poder fazer mais nada depois desta lei, mas sabemos que isso tudo pode ser tratado de forma educativa e também pelo desconhecimento da lei, que prevê responsabilização daquele que comete alguma infração.

O Estatuto da Criança e do Adolescente está baseado na chamada Doutrina de Proteção Integral. O princípio que rege esta lei é de que a criança e adolescente devem ter todos os direitos que os adultos têm, aplicáveis à sua idade, e, além disso, devem contar com direitos especiais decorrentes da sua condição peculiar de desenvolvimento pessoal e social.

Estatuto da Criança e do Adolescente é a lei que regulamentou a Constituição Federal de 1988, artigo 227, no tocante aos direitos da criança e do adolescente, que adotaram a Doutrina da Proteção Integral, revogando a Doutrina da Situação Irregular, do Código de Menores.

Art. 1º "Esta Lei dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente"

Assim ECA define a proteção integral como a garantia, com absoluta prioridade, da efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à

profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (art. 4º ECA).

A Constituição Federativa do Brasil de 1988 trouxe ao cidadão brasileiro, muitas novidades no campo da cidadania e política, pois ele pode atuar de forma mais direta e decisiva no âmbito das políticas públicas e conselhos paritários, de controle social ou deliberativo.

A participação da sociedade e do cidadão é imprescindível na implantação e efetivação de todos os direitos fundamentais da criança e do adolescente, inclusive o Conselho Tutelar.

Participação esta que não se resume em ser candidato ao cargo de conselheiro tutelar ou escolher os conselheiros tutelares, mas saber que este é de vital importância na rede de proteção da criança e adolescente.

A participação também se dá nos conselhos deliberativos, como o conselho municipal de direitos, de saúde, de educação, da assistência e todos os que existirem no município.
No Art. 204 da CF 88: **"***As ações governamentais na área da assistência social* [...] *organizadas com base nas seguintes diretrizes:*
II - participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis".

Estar organizado e fazer parte de alguma organização já por si só garante certa atuação ou exercício de cidadania e participação, portanto é estar no processo de efetivação dos órgãos de controle sociais, é a forma que cada vez mais pessoas descobrem que podem transformar sua comunidade, sua sociedade e até interferir na política, tanto direta como indiretamente, sendo na escolha dos cargos eletivos como nos serviços públicos básicos e de média e alta complexidade.

Acredito que só haverá transformações na sociedade à medida que mais sujeitos se envolvam na política de forma organizada e estruturada, mas visando o interesse comum ou aquele que traga benefícios a coletividade.

Portanto o processo ativo de cada um na participação irá proporcionar maior transparência dentro dos serviços públicos e políticas públicas eficazes, agindo onde cada localidade assim definir e maximizando os recursos.
Na verdade, o que estamos assistindo em todo nosso país, é que ao mesmo tempo em que se foi constituindo um espírito de liberdade, em que as instituições representativas foram se fortalecendo,

em que a sociedade civil foi organizando-se, houve a colocação com mais força da demanda de igualdade. E mostrando que embora não exista a igualdade e, talvez, seja sempre uma utopia, foi se mostrando, progressivamente, que o que está acontecendo é que essas condições de liberdade propiciam maior luta contra a pobreza, maior participação e ao mesmo tempo, quando os ventos sopram favoráveis, é possível um desenvolvimento sustentado.

Portanto, o que se requer hoje é um Estado mais competente. Ora, Estado mais competente não pode existir se não houver um Estado e uma sociedade capazes de fornecer as bases técnicas, tecnológicas, culturais para que o Estado exista. Isso leva à questão imediata, que é a questão da Universidade, a questão da educação, a questão das transformações a partir da capacitação crescente da sociedade. Pensar o que é econômico, o que é social, o que é político, o que é investimento, o que vai para a economia, o que vai para o lado social. Esse pensamento segmentado já não funciona mais.

Há, diante de nós, uma série de desafios tremendos, em toda a nossa região. Mas tem havido também muita capacidade de reorganização e muita capacidade de colocar esses novos problemas numa perspectiva que dê uma saída prática. A questão é de como, onde, quando e para quem. Assim acredito do valor do ser humano e na capacidade de transformação através da educação e conscientização.

O enfrentamento a Violência contra Criança e adolescente é um desafio e uma luta desigual, pois cada vez mais pessoas são inculturadas pelos paradigmas da educação pela força, pela violência, pois são, algumas vezes, a única forma da qual estas pessoas conhecem.

Cada vez mais se tornam urgente as ações de prevenção e atendimento ao fenômeno da Violência Domestica, seja no setor público e com parcerias na sociedade civil e apoiado no terceiro setor.

Temos diversas formas de participação, onde cada setor tem a sua responsabilidade e dever, pois no Estatuto da Criança e do Adolescente **ART. 70 – "**É dever de todos prevenir a ocorrência de ameaça ou violação dos direitos da criança e do adolescente".

A efetivação de uma política de proteção se faz em vários níveis, ou esferas, no poder público, nos organismos de controle social e sociedade civil, onde está o terceiro setor.

Projetos de combate a Violência Doméstica, desde a prevenção, nos três níveis, como no tratamento (atendimento) é fundamental para que esta proteção de fato aconteça. Assim ações que integrem as diversas áreas de atuação é uma forma muito exitosa de se combater a Violência

Doméstica. Alguns exemplos temos visto pelos municípios, onde se está primando pela ação integrada de diversos profissionais, mas mais que isto as secretarias atuando em conjunto.

Acredito que a forma mais eficiente de se combater a Violência Doméstica é através da denuncia, podendo em alguns casos serem anônimas, ou conforme o art13. Estatuto da Criança e do Adolescente, onde a notificação pelos profissionais que atendem criança e adolescente seja em serviço público ou privado, ONGs, entidades sociais, enfim qualquer um tem o dever de notificar. A notificação compulsória é um dever ético, por isso os profissionais liberais e autônomos que atuam em consultórios particulares, como psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas e outros da área da saúde, quando têm conhecimento de casos comprovados ou suspeita de maus tratos ou violência contra criança e adolescente devem notificar o fato às autoridades competentes que são:

- Conselho Tutelar
- Vara da Infância e Juventude
- Ministério Público.

Quando o Estatuto da Criança e Adolescente estabelece que o Conselho Tutelar deve atender os casos de ameaça de direitos, quer registrar que este órgão também deve atuar de forma *preventiva* e não somente nas conseqüências de uma violação. Deve não só restabelecer o estado de direitos do sujeito, mas também agir de forma que este não venha a ser ultrajado ou negligenciado.

Aquele que denuncia não tem a obrigação, primeira, de apresentar fatos concretos e irrefutáveis da ocorrência de alguma violação.

A denuncia ao Conselho Tutelar não impede que as pessoas, entidades ou órgãos de atendimento tomem outras providências no sentido de proteger a criança ou o adolescente. Se estes estão precisando de atendimento médico, deve orientar o Conselho Tutelar que esta criança e adolescente seja encaminhada a um setor de saúde, caso se necessite de força policial, deve o Conselho Tutelar orientar que se acione a polícia.

Não é o Conselho Tutelar o único responsável por proteger a criança ou adolescente.

Assim o profissional tem o dever ético[1] e legal[2] de comunicar ou melhor notificar os órgãos competentes as suspeitas ou conhecimento de fatos de violência contra criança e adolescente

No manual de orientações do CRP-SP, capítulo IV, 2.1, também trata deste assunto de forma que o profissional não tenha receio ou omissão em cumprir com seu dever ético e também profissional.

Para o profissional que atende no consultório particular e recebe um caso com suspeita de VDCCA, ele deve fazer a notificação do caso ao Conselho Tutelar ou Vara da Infância e Juventude. Isso fará com que o profissional comece a atuar em rede e articulado com o Conselho Tutelar e equipe técnica da Vara da Infância e Juventude e outros profissionais que atendem dentro do serviço público, caso haja especificamente para este fenômeno.

Cabe reforçar que a postura do profissional é de acolhimento, acompanhamento e tratamento do caso, não cabe a este a função investigativa.

Esta função é dos órgãos competentes como Conselho Tutelar, Vara da Infância e Juventude, Ministério Público e Polícia civil.

É importantíssimo que o profissional disponha de conhecimento sobre o Estatuto da Criança e Adolescente, a rede de proteção municipal a criança e adolescente e do Sistema de Garantias de Direitos da criança e adolescente (SGDCA), bem como a ciência de que há outra instância capaz de cumprir o papel de "investigação".

No caso do profissional insistir em intervir e não notificar, ou seja, omitir a informação dos órgãos competentes pode ensejar representação dele para a autoridade judiciária sem contar com os danos severos á criança e adolescente.

[1]Código de ética profissional do psicólogo – art. 10.

[2]Estatuto da Criança e Adolescente art. 13 e 245 (penalizações).

Uma vez sabedor do fato (suspeita ou conhecimento), o profissional poderá ser qualificado como crime de omissão pela não notificação dos fatos que envolvam criança e adolescente, pois é só uma questão de tempo para que os maus-tratos cheguem à rede e acione a esfera judiciária.

Quando há uma notificação, o caso não sai da mão do profissional, pois ele continuará a atender a criança ou adolescente para continuar a desenvolver um tratamento de orientação, fortalecimento da família e também do agressor. Mas há casos em que se faz necessário abrir mão deste atendimento, pois a situação de violência é urgente.

Ao contrário do TABU que cerca este assunto, onde o profissional acredita que o que acontece no

atendimento não pode ser revelado por questão ética ou sigilo profissional, o Novo Código de Ética Profissional do Psicólogo (ago/2005) permite a quebra do sigilo profissional para casos de denuncia ou notificação de violência, além de que o profissional deve privar pela integridade física, emocional, social e psíquica da criança e adolescente.

A notificação é prevista no Estatuto da Criança e Adolescente, art.13, mas não deve ser feito sem uma retaguarda ou articulação com os serviços e/ou programas que tratam deste fenômeno, como o próprio Conselho Tutelar, a rede social, bem como o papel de cada ator social na garantia de proteção a criança e adolescente.

O trabalho tem que ser em conjunto, as diversas áreas devem se comunicar e se conhecer, com um único propósito de proteção e prevenção de maiores danos que a violência possa causar.

Objetivo é atender crianças e adolescentes vítimas de Violência Domestica e/ou abuso sexual extra familiar e suas respectivas famílias, visando o enfrentamento e superação da violência, auxiliando-os no desenvolvimento de sua auto-estima.

A notificação também deve manter uma rotina de contatos e trocas de informação com a rede de proteção e atendimento, tanto do profissional particular como os da rede pública e de entidades, para que haja uma sistemática no acompanhamento e tramite legais pertinentes no caso e a utilização de estratégias de ação, onde as famílias sejam sensibilizadas e se comprometam em permanecer no tratamento ou processo de atendimento.

Das informações da notificação:

A notificação também serve para alimentar o banco de dados do município dos seus órgãos públicos (vigilância Epidemiológica) e entidades de defesa, pois os fatos da Violência Domestica, devem dispor informações para estabelecer estratégias de ação e intervenção na política pública de atenção a criança e adolescente e melhoria da eficácia dos atendimentos e serviços, bem como a implementação e implantação dos projetos voltados a Violência Domestica e sexual contra criança e adolescente.

Como fazer a notificação:

Cada município deve dispor de instrumental próprio para notificação compulsória de Violência Domestica contra criança e adolescente que estabelece todas as informações necessárias para que a notificação seja preenchida, estas informações são encaminhadas para o Conselho Tutelar (1ª Via), Vigilância Epidemiológica (2ª Via), e prontuário da criança ou adolescente (3ª VIA).

Em casos de Violência sexual além destes órgãos também é envolvido o serviço de saúde pública para profilaxia de DST/AIDS/hepatite e contracepção de emergência, num prazo de 72 horas do fato ocorrido e outros serviços de atendimento específico e especializado que se fizer necessário no caso, inclusive acionamento da autoridade policial.

Conclusão:

Muito mais que realizar as terapias no consultório, criar vínculo com o paciente, conquistar sua confiança e estabelecer com ele formas de se relacionar consigo mesmo é a proteção a qual todos nós temos que garantir para criança e adolescente, principalmente as vítimas de Violência Domestica e o quanto uma notificação pode impedir a reprodução da cultura de violência a que está sujeita uma criança e adolescente, também interromper o ciclo de vitimização a que uma criança está submetida por alguém que tenta aniquilar o ser humano ali presente, e pode ser resgatado com apenas uma notificação que propiciará o desencadeamento de ações na rede de proteção.

A omissão é o pior dos crimes contra os direitos humanos.

Por isso notificar é mais que cumprir com a legislação e códigos é ter consciência tranqüila e compromisso com a integridade física, mental, afetiva e psíquica da criança e adolescente.

Mensagem final:

“*Se quisermos tomar decisões para o futuro,*
precisamos ser capazes de identificar nossos paradigmas atuais

e estarmos prontos para ir além deles.
Necessitamos desenvolver uma abertura para novas idéias.

Uma disposição para explorar modos diferentes de se fazer as coisas,
porque, somente com esse tipo de tolerância pode-se manter as portas para o futuro".

(Antônio Carlos Gomes da Costa, reportando-se a Kuhn-in
"Mais que uma lei, um novo olhar", 1997 p. 25/26).

2ª MESA: O APOIAR E OS PARCEIROS: DESENVOLVENDO PROJETOS DE PESQUISA E INTERVENÇÃO

A PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA SEXUAL DOMÉSTICA A PARTIR DO ESTUDO COM AGRESSORES SEXUAIS -

Antonio Augusto Pinto Junior
Leila Salomão de La PlataCury Tardivo
Maria Amélia Azevedo
Viviane Nogueira Guerra

Introdução

O presente estudo integra um amplo projeto temático de pesquisa: "Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes (VDCA): abrindo novos horizontes de prevenção na cidade de São Paulo", cujo objetivo é levantar subsídios para elaboração de programas eficazes de prevenção da VDCA, no município de São Paulo, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).

O referido programa de pesquisas está ancorado no modelo explicativo de Quarta Geração (Azevedo & Guerra, 2005), que fundamenta-se em três pressupostos epistemológicos: a multicausalidade, o sócio-psico-interacionismo e a historicidade na produção e reprodução do fenômeno.

A estrutura do programa envolve 04 subprojetos com os objetivos específicos:

Realizar pesquisa bibliográfica sobre o estado da arte da prevenção de VDCA nas modalidades física e sexual a nível nacional e internacional (Sub-Projeto 1).

Realizar pesquisa com agressores sexuais domésticos condenados, com a finalidade de levantar subsídios sobre sua personalidade e seu "modus operandi", com vistas a favorecer a prevenção primária, secundária e terciária da VDCA (Sub-Projeto 2).

1. Realizar pesquisa com profissionais da escola, procurando identificar e analisar os fatores de resistência e as dificuldades práticas na identificação, encaminhamento, orientação, acompanhamento de casos de VDCA, assim como em sua prevenção (primária, secundária, terciária), nas modalidades Física e Sexual (Sub-Projeto 3).
2. Proceder ao levantamento da opinião de dirigentes de programas de filantropia empresarial e/ou de avaliadores de projetos apresentados a tais programas, no que tange ao patrocínio de trabalhos de prevenção (primária, secundária e terciária) da VDCA (modalidades física e sexual) (Sub-Projeto 4).

Neste trabalho será apresentado os dados parciais produzidos pelo Sub-projeto 2, que objetiva levantar as contribuições dos agressores sexuais para a construção de projetos eficazes na área da VDCA e, mais especificamente, em sua modalidade sexual (VSDCA).

As pesquisas na área da VSDCA começaram a surgir na literatura científica principalmente na década de 1980. Registra-se a partir deste período uma vasta bibliografia sobre o tema, predominando uma preocupação significativa com o tratamento dos envolvidos, com ênfase na prevenção secundária e terciária e pouca atenção à prevenção primária.

Ao analisarmos a literatura, nacional e internacional, é possível perceber que muito pouco foi construído em termos de como os agressores escolhem suas vítimas e as mantém como tal. Este tipo de informação deve ser considerado como vital em programas preventivos, tendo em vista que se pode descobrir como agressores tem acesso às crianças e aos adolescentes e perpetuam o segredo de suas ações, auxiliando, portanto, um melhor direcionamento das ações a serem empreendidas em tais programas.

No referido sub-projeto interessa focar a prevenção da violência sexual doméstica, a partir da pesquisa com pais ou padrastos (condenados e cumprindo pena) que cometeram VSDCA contra crianças e adolescentes, a fim de identificar possíveis estratégias preventivas primárias em relação ao fenômeno, conhecer as motivações, os modos operandi, estratégias de abordagem e de manutenção do abuso pelo agressor. Além disso, procura compreender quais as Representações Sociais (RS) desta população acerca da Infância, pois, considerando que as RS fundamentam as atitudes de um grupo frente a um determinado objeto, a partir deste conhecimento também se pode pensar em estratégias de prevenção da VSDCA, construindo um outro lugar social para a Infância em nossa contemporaneidade, que não aquela da adultificação e erotização, como aponta Postman (1999)[5].

A Teoria das Representações Sociais (TRS) e o Procedimento de Desenho-Estória com Tema (PDE-T)

A teoria das Representações Sociais (TRS), de Moscovici surgiu, em 1961, com a obra seminal "A Representação Social da Psicanálise", resultante das experiências, das crenças e das trocas de informações presentes na vida cotidiana, visando desenvolver uma teoria menos

[5] Segundo Postman (1999), a concepção de infância, enquanto uma fase do desenvolvimento humano específica, está comprometida na pós-modernidade. Esse fato se deve basicamente às novas tecnologias (principalmente a mídia eletrônica) e à globalização que apagam as diferenças culturais e, conseqüentemente, as tradições históricas. A contemporaneidade traz, segundo o autor, o imediatismo tanto da informação quanto da busca do prazer, fazendo com que desapareçam as diferenças entre o adulto e a criança, esta última representada, atualmente, de forma adultificada e erotizada.

individualista e um posicionamento mais sociológico para a Psicologia Social. O que motivou Moscovici a desenvolver o estudo das RS dentro de um trabalho científico foi, principalmente, sua crítica aos pressupostos positivistas e funcionalistas das demais teorias que não davam conta de explicar a realidade em outras dimensões, principalmente na dimensão histórico-crítica (OLIVEIRA e WERBA, 1998, p.105).

Moscovici (1978) defende, assim, a idéia de que indivíduos e grupos não são receptores passivos de informações ou estímulos, como apregoa as teorias positivistas, mas participantes da sociedade, elaboradores de um pensamento social, (re)avaliando constantemente seus problemas e soluções. A partir do exposto, a TRS nasce como uma proposta de fortalecimento de uma Psicossociologia do conhecimento.

Baseado na concepção sociológica de Durkheim, Moscovici (1978) desenvolveu sua teoria com o intuito de modernizar as Ciências Sociais, substituindo o termo "representações coletivas", proposto por Durkheim, por "representações sociais", afim de tornar a ciência social mais adequada ao mundo moderno, pois para o autor, as representações sociais são típicas de culturas modernas, devido ao seu caráter dinâmico e por espalharem-se rapidamente por todo o grupo. Além das formulações de Durkheim, também contribuíram para a criação da TRS de Moscovici, a teoria da linguagem de Saussure, a teoria das representações infantis de Piaget e a teoria do desenvolvimento cultural de Vigotsky.

O conceito de RS é bastante complexo, de difícil compreensão, devido ao seu caráter transdisciplinar, ou seja, por ser objeto de estudo de diversas Ciências Humanas (Psicologia, Sociologia, Antropologia, etc.), em que cada uma a caracteriza de acordo com seus objetivos. Por isso, não há uma única definição para ela.

Para Oliveira e Werba (1998): "As Representações Sociais são 'teorias' sobre saberes populares e do senso comum elaboradas e partilhadas coletivamente, com a finalidade de construir e interpretar o real. Por serem dinâmicas, levam os indivíduos a produzir comportamentos e interações com o meio, ações que, sem dúvida, modificam os dois".

Segundo Spink (1993, p.302): "As representações sociais, sendo definidas como formas de conhecimento prático, inserem-se mais especificamente entre as correntes que estudam o conhecimento do senso comum".

Para Minayo (2004, p. 173): “as Representações Sociais, enquanto senso comum, idéias, imagens, concepções e visão de mundo que os atores sociais possuem sobre a realidade, são uma material importante para a pesquisa no interior das Ciências Naturais”.

Essa concepção da representação social, como um processo público de criação, elaboração, difusão e mudança do conhecimento compartilhado no discurso cotidiano dos grupos sociais é que foi utilizada no desenvolvimento deste estudo com agressores sexuais, buscando compreender quais as concepções adotadas por esta população especifica acerca da Infância e do ser criança.

Para se realizar um estudo sobre representações sociais faz-se necessário o uso de formas especiais para sua captação. Os estudos sobre representação social têm utilizado vários recursos de coleta de dados. Sobre isso, Arruda (2005), ao analisar a produção dos trabalhos apresentados na Jornada Internacional sobre Representações Sociais - JIRS (2003), verificou que, dentre os procedimentos de coleta de dados, os mais utilizados foram as entrevistas, questionários, análise de textos, grupos focais e os desenhos.

Principalmente utilizados por psicólogos, os desenhos são, segundo Aiello-Vaisberg (1997) procedimentos que facilitam o acesso às representações sociais, pois são constituídos por material ambíguo e pouco estruturados, em que o indivíduo está livre para responder, o que facilita a projeção destas representações.

Dentre variações no uso do desenho, destaca-se o Procedimento de Desenho Estória com Tema (PDE-T) que, segundo Aiello-Vaisberg (1997), é flexível e facilmente adaptável à pesquisa de objetos sociais diferentes em sujeitos com características variadas. Este instrumento foi desenvolvido a partir do Procedimento de Desenhos-Estórias de Trinca (1997), com objetivo de realizar pesquisas sobre representação social.

A aplicação desta técnica consiste em solicitar um desenho temático, de acordo com o objeto a ser estudado. Ao término do desenho, pede-se ao sujeito que invente uma estória e um título para ele.

A partir do exposto e considerando que a pesquisa sobre as RS a partir do PDE-T é indicada para o estudo de objetos sociais diversificados, a presente pesquisa utilizoo referido procedimento para a captação das concepções dos agressores sexuais sobre a infância.

Métodos

Para o referido estudo foi constituída uma amostra composta de 26 homens (agressores sexuais de crianças e adolescentes, condenados e cumprindo pena em unidade prisional do Estado de São Paulo)[6], com idades entre 27 e 56 anos de idade, sendo a maioria entre 31 e 40 anos (10).

Os participantes foram submetidos a aplicações individuais do Procedimento de Desenhos Temáticos, sendo dada a instrução para desenharem uma criança. Foi lhes solicitado em seguida que contassem uma história sobre o desenho e um título para a produção.

As unidades de produção foram analisadas de acordo com o referencial proposto por Azevedo, Guerra e Pinto Junior (2003) e Tardivo (2007), que apresentam um roteiro de análise de conteúdo e de atitudes presentes nos desenhos.

Assim, a análise foi dividida em duas partes:

1. Aspectos relacionados ao desenho, contemplando as seguintes categorias: Gestalt, Impressão Geral, Sinais Específicos Sexo da Figura Desenhada
2. Aspectos relacionados à história, contemplando a categoria: temas das histórias.

Resultados

Na categoria Gestalt, dos 26 desenhos temáticos realizados, 07 apresentaram formas harmônicas e 06 parcialmente harmônicas. Contudo, a maioria (50%) revelou gestalt bizarra, o que pode ser considerado indicativo de psicopatologia grave, de acordo com Grassano (1996). Estes dados vêm corroborar algumas pesquisas na área (Smith e Saunders,1995; Johnson,1998; Lung e Huang, 2004) que indicam que os agressores sexuais apresentam distúrbios severos de personalidade.

Ilustração 1: Evair

Perfil: 47 anos (36-40 na época dos fatos), branco, ajudante geral, Escolaridade: primário.

Trata-se de um caso de violência sexual praticado pelo pai contra quatro filhas de 8, 4 5 e 6 anos, em que por diversas, em ocasiões distintas, com abuso do pátrio poder, constrangeu as crianças, mediante violência presumida, em razão da idade e grave ameaça, a praticar e a permitir que com elas se praticasse atos libidinosos diversos da conjunção carnal. Além disso, também expôs as 4

[6] Deve-se ressaltar que a amostra inicial era de 30 participantes, submetidos a uma entrevista semi-dirigida. Ao término da entrevista foi solicitado aos participantes a realização do PDE-T e do Questionário Desiderativo, sendo que quatro negaram realizar os desenhos.

filhas mencionadas e o filho de 11 anos em perigo de vida ou a saúde, abusando de meios de correção ou disciplina.

Pena: 22 anos e 6 meses de reclusão

Desenho Temático



J- "É um muleque. Deve tá ai com uns 07 anos. Deve tá na escola. Vai querer dançar quadrilha e desenhei um chapéu na cabeça dele aqui, né? Só faltou a roupa, né? Não coloquei ai a roupa adequada da época. Vai ter uma festa junina, então tá se preparando, aí só tá faltando uma roupa pra ele (risos). É, vai chegar, vai dançar quadrilha, vai arrumar uma parceira; é coisa de escola, coisa de escola aí. Encaminhando a fase da adolescência que quer pensar em namorar.

Título: A festa junina.

Na categoria impressão geral, prevaleceram aspectos que sugerem: Agressividade (em 10 desenhos), seguidos daqueles que indicam Tristeza (09 desenhos. Apenas em seis desenhos foram identificados aspectos de figuras amistosas.Os achados corroboram o que é apontado por Kaufman, Hilliker e Daleiden (1996), Johnson (1998) e Lung e Huang (2004), que afirmam que muitos agressores sexuais incestuosos usam de coerção na abordagem da vítima, apresentando agressividade, violência e abuso de autoridade.

Ilustração 2: Leon

Perfil: Idade: 44 anos, Parda, Motorista, Escolaridade: 1º grau incompleto.

Trata-se de um caso de violência sexual praticado pelo pai contra a filha, de 12 anos, durante o período de agosto de 2001 e março de 2003, o que resultou na gravidez da vítima. Diante de

tentativas de aborto por parte do pai, sem o consentimento da menina, chegou a cortar a garganta da filha com uma faca, tentou matar seus três filhos e depois se matar.

Pena: 40 anos e 01 dia

Desenho Temático:



É um menino. Ele tem 17, 18 anos, ele não faz nada. Mas se fosse eu, eu taria trabalhando, por que eu sempre gostei de trabalhar. Então, do jeito que ele ta aqui, nesta posição, ele ta admirado, mas não taria trabalhando. Ele deveria fazer alguma coisa que passasse pela frente, se fosse eu no caso, algo interessante. Digamos, assim, um jardim, se eu tivesse desempregado, um pá de servente, alguma coisa.

Título: Eu falei sobre a minha pessoa ... Seria Leon

Na categoria Sexo das Figuras desenhadas, 16 participantes desenharam figuras do sexo feminino, 08 figuras do sexo masculino e em dois desenhos não foi possível identificar o sexo das figuras. Ao comparar o sexo da figura desenhada pelo sujeito, foi percebido que em 17 casos houve uma coincidência com o sexo da vítima de VSDCA.

Ilustração 3: Celso

Perfil: 40 anos, Pardo, Garimpeiro, Escolaridade: Fundamental incompleto.

Na noite do evento, o pai deitou sobre sua filha Cristiane de 12 anos e passou a esfregar o pênis na vagina da menina. O pai usava cobertor para cobrir e esconder o corpo. Chegou a abaixar a calcinha de sua filha, sendo que esta informou ter sentido um liquido molhar sua vulva. Naquele momento, a menina pediu várias vezes a seu pai que parasse, oportunidade que o mesmo correu para o banheiro.

Pena: 08 anos e 9 meses.

Desenho Temático:



Era uma vez uma criança, uma criança alegre, feliz e que vivia uma vida totalmente contente, feliz e que essa criança até um certo tempo viveu uma vida normal como todas criança sempre veve. Daí, certo tempo essa criança perdeu a mãe e com o passar do tempo perdeu o pai (...). Mais nunca vai se a mesma coisa nunca, porque uma criança mesmo tendo o pai e a mãe vai entra um vazio no coração dela no cantinho um vazio que ninguém preenche ninguém preenche aquele vazio seja mãe adotiva ou pai adotivo nunca vai preencher.

Título: não soube dar um título

No que se refere aos sinais ou indicadores específicos, prevaleceram: presença de aspectos relacionados a representação de uma infância adultificada (23 protocolos), com indicativos de adultificação, sedução ou erotização. Em apenas três protocolos foram identificados sinais de elementos associados à infância (brincadeira, inocência).

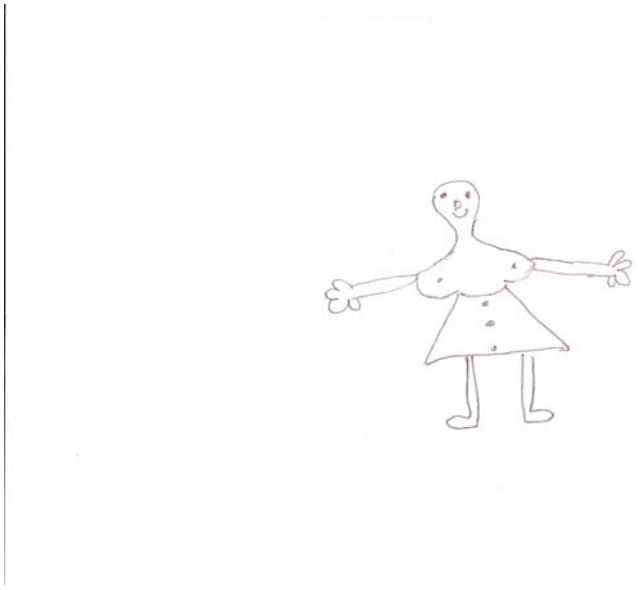
Ilustração 4: Joel

Perfil:36 anos, branco, serralheiro, Escolaridade: 1º. Grau incompleto

Trata-se de um caso de violência sexual praticado pelo pai, contra a filha de 8 meses, em 2002. O pai encontrava-se sozinho com a filha, oportunidade em que se dirigiu até o quarto da criança, retirou-a do berço, colocou-a em seu colo e despiu-a. Em seguida, tirou a sua calca, abaixou seu short e, "sentindo o pênis ereto" com uma das mãos tentou introduzir seu pênis no ânus da criança. Não conseguindo a penetração anal, o pai, então, introduziu seu pênis, permanecendo com o membro dentro da criança por cerca de cinco minutos, apenas retirando quando percebeu que iria ejacular fato que fez no chão da sala. Em razão do defloramento violento, a criança teve que passar por cirurgia, suportando lesões corporais de natureza grave (perigo de vida), conforme laudo de exame de corpo de delito.

Pena: 30 (trinta) anos.

Desenho Temático:



Aqui essa criança ela está, ela está com a mão aberta, ela tá pedindo socorro. Ela tá pedindo uma ajuda, mais ela num acha pessoa que, que não tenha aquela ajuda prá ajudar, ela se sente presa.

Título: inducação da adolescência

Da mesma forma, no que se refere às histórias dos desenhos, predominaram os temas relacionados à perda, sofrimento e carência (11 protocolos), infância adultificada (trabalho, namoro/sexualidade – 10 protocolos). Em apenas 05 desenhos foram identificados temas relacionados ao brincar. Estas duas últimas categorias apontam para a predominância de uma representação adultificada e sexualizada da Infância, o que pode ser influenciado por aquilo que Postman (1999) descreve como movimento de sepultamento do sentimento de infância em nossa contemporaneidade.

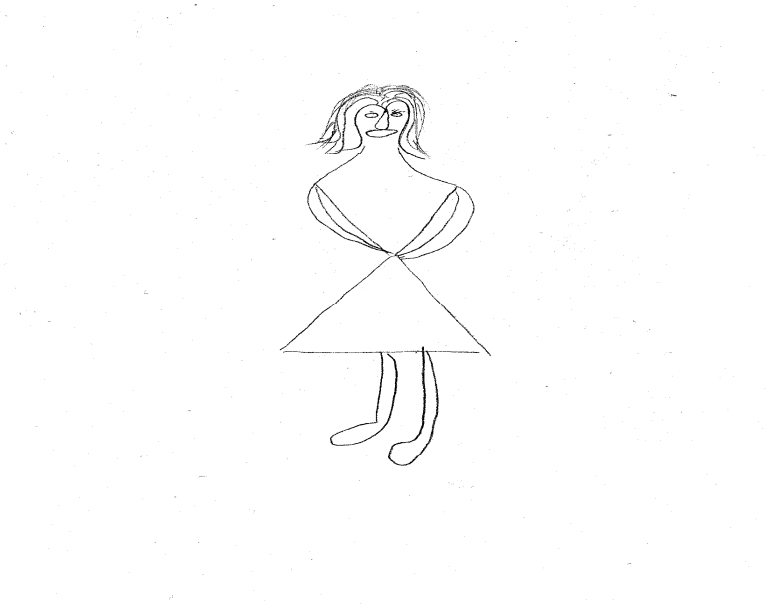
Ilustração 5: Jonas

Perfil: 50 anos, branco, auxiliar administrativo aposentado, Escolaridade: 1º. Grau incompleto

Trata-se de um caso de violência sexual praticado pelo pai contra a filha de 14 anos, a partir de março de 2003, durante o período noturno, em sua residência. Teria constrangido a vítima a praticar e permitir que com ele praticasse atos libidinosos diversos da conjunção carnal, mediante violência presumida, reiterando a cópula vaginal, o que ocasionou a gravidez em junho de 2005.

Pena: 25 anos

Desenho Temático:



Eu desenhei uma criança... é mulher ... É velha, 22, 23 anos, tem cara de velha já. É uma criança nesta idade, e agora no máximo estaria trabalhando, já estaria arrumando um trabalho, um emprego,

uma faculdade, estudo, né? Se tem condição, mas a maioria estaria no trabalho esta hora. Era o que eu pensava e isso aí: Dar estudo pra eles que eu não tive, dar pra eles, dar minha aposentadoria, dar pra eles um estudo, uma faculdade.
Título: A história de um pai que não conseguiu realizar o sonho de uma filha.

Discussão e Considerações Finais

Por meio do Procedimento de Desenho-Estória com Tema foi possível identificar vários aspectos nos desenhos e associações feitas.

Mesmo considerando o nível sócio econômico cultural baixo da grande maioria desse homens, são presentes indícios que podem ser definidos como bizarros na grande maioria (13), e alguns como parcialmente harmoniosos. Pelos desenhos e associações, a impressão geral se distribui predominantemente em figuras tristes e agressivas.

Outro aspecto relevante, que pode ter relações diretas com a violência praticada diz respeito ao grande número de desenhos de figuras femininas desenhadas, sendo que há uma grande coincidência entre o sexo da figura desenhada e o sexo da vítima do abuso. A grande maioria cometeu a violência contra filhas ou enteadas; apenas dois cometeram contra meninos.

Além disso, os temas nas histórias são distribuídos, com muitas alusões ao sofrimento, e ás perdas; carências e necessidade de proteção Ao mesmo tempo, alusões ao trabalho, á criança adulta.

Os dados mais relevantes que se evidenciaram nos desenhos e associações dizem respeito à concepção de uma infância extremamente adultificada, predominando elementos de adultos nos desenhos e nas associações na grande maioria. Aparecem também em considerável número aspectos diretamente ligados à erotização e à concepção da criança como sedutora.

Como conclusão, esse estudo confirma achados da literatura, que mostram a extrema imaturidade dos agressores sexuais, e ao mesmo tempo, a representação que os mesmos têm da infância: adultificada e muitas vezes responsabilizada pelo abuso.

É importante esse dado para embasar práticas preventivas e interventivas em famílias e populações de risco, considerando-se ainda que a violência doméstica contra a acriança é um fenômeno que se caracteriza pela reiteração.

Referencias Bibliográficas

AIELLO-VAISBERG, T.M.J (1997). Investigação de Representações Sociais. In TRINCA, W. *Formas de investigação em Psicologia*. São Paulo: Vetor, p.255-288.

ARRUDA, A. (2005). Pesquisa em representações sociais: a produção em 2003. In: MENIN, M.S.E.; SHIMIZU, A.M. (Orgs.). *Experiência e Representação Social:* Questões teóricas e metodológicas. São Paulo: Casa do Psicólogo.

AZEVEDO, M.A.; GUERRA, V.N.A. (1998). *Infância e violência fatal em família***.** São Paulo: Iglu.

AZEVEDO, M.A; GUERRA, V.N.A.; PINTO JUNIOR (2003). *Descobrindo o desenho infantil*. São Paulo: IEditora.

AZEVEDO, M. A; GUERRA, V. N. A. (2005) Políticas sociais e a violência doméstica contra crianças e adolescentes: breves incursões no panorama internacional. Em Azevedo, M.A. e Guerra, V.N.A. *Infância e Violência Doméstica:* fronteiras do conhecimento. São Paulo: Cortez.

JOHNSON, S. A. (1998). An overlooked factor in sexual abuse: psychological and physical force examined. *Journal of Offender Rehabilitation*, 28(1-2), 141-51.

GRASSANO, E. (1996). *Indicadores psicopatológicos nas técnicas projetivas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

KAUFMAN, K. L., HILLIKER, D. R.; DALEIDEN, E. L. (1996). Subgroup differences in the modus operandi of adolescent sexual offenders. *Child Maltreatment*, 17(1), 17-24.

LUNG, F. W.; HUANG, S. F. (2004). Psychosocial characteristics of criminals committing incest and other sex offenses: a survey in a Taiwanese prison. *Journal of Offender Therapy Comp. Criminol.*, 48(5), 554-60.

MINAYO, M.C.S. (2004). *O desafio do conhecimento*. São Paulo: Hucitec.

MOSCOVICI, S. (1978). *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.

OLIVEIRA, F. & WERBA, G. (1998). *Psicologia social contemporânea*: Petrópolis: Vozes.

POSTMAN, N. (1999). *O desaparecimento da infância.* Rio de Janeiro: Graphia.

SMITH, D. W.; SAUNDERS, B. E. Personality characteristics of father/perpetrators and nonoffending mothers in incest families: individual and dyadic analyses. *Child Abuse & Neglect*, 19(5): 607-617.

TARDIVO, L.S.P.C. (2007).O adolescente e sofrimento emocional nos dias de hoje. São Paulo: Vetor

TRINCA, W. (1997). Formas de investigação clínica em Psicologia. São Paulo: Vetor.

VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA E ESTRESSE: PESQUISANDO E ATENDENDO PROPOSTAS EM SAÚDE MENTAL

Rosaly Ferreira Braga Campanini

RESUMO

A violência e os eventos traumáticos fazem parte do nosso cotidiano. É um fenômeno nacional e vêm aumentando nas estatísticas criminais. No período entre 1980 e 2000 quase 600.000 pessoas foram vitimas de homicídios, dois terços delas na última década. Desde 2000 a taxa de homicídios é a principal causa de morte violenta no Brasil. Vítimas de assalto, seqüestro, estupro, agressão, violência familiar, dentre outros, complementam as estatísticas dos eventos traumáticos violentos. As cicatrizes invisíveis que a violência deixa nas pessoas, estão associadas ao aumento da morbidade física e mental da população.

O impacto na saúde mental pode levar ao desencadeamento de quadros como o Transtorno de Estresse Pós-Traumático, Depressão, Pânico e Abuso de substâncias numa porcentagem de vítimas das situações de violência.

Ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático, associam-se quadros como depressão e ansiedade. Além da revivência involuntária das cenas, a evitação de situações que faça lembrar o acontecimento tem como conseqüência um isolamento progressivo e os indivíduos manifestam um comprometimento funcional significativo com impacto no funcionamento ocupacional, familiar e social.

As dificuldades interpessoais decorrentes incluem, dentre outras, a baixa auto-estima, vulnerabilidade nas interações sociais, impossibilidade de confiar nos outros, temor em estabelecer relações de intimidade.

Diante desta estreita relação entre violência e saúde mental verifica-se a necessidade de estudos e assistência especializada no campo dos contextos em crise, através de diversas estratégias clínicas, às vitimas de violência e seus familiares.

A apresentação tem o objetivo de expor o trabalho clínico-terapêutico e de pesquisa com vítimas de violência desenvolvido no Programa de Atendimento e Pesquisa em Violência (PROVE) da Universidade Federal de São Paulo.

Violência e Eventos Traumáticos: da Estatística ao Impacto na Saúde Mental

A violência e os eventos traumáticos fazem parte do nosso cotidiano. São provocados por ações individuais com ou sem intenção (como um assalto ou um acidente de carro) ou por ocorrências na comunidade (desencadeado por fenômenos naturais como um tornado ou pelo próprio homem como guerra, terrorismo, etc.). No Brasil, o que presenciamos de uma forma crescente são os provocados por ações individuais (crimes ou acidentes de trânsito) e ocorrências como enchentes e desabamentos, em geral atingindo populações sitiadas em locais de risco.

A violência urbana é um fenômeno nacional e vêm aumentando nas estatísticas criminais. No período entre 1980 e 2000 quase 600.000 pessoas foram vitimas de homicídios, dois terços delas na última década. Desde 2000 a taxa de homicídios é a principal causa de morte violenta no Brasil. Dentre os principais indicadores de mortalidade por causas externas, segundo dados da Secretaria Municipal da Saúde de 2008, estão à violência no trânsito e os homicídios, sendo os jovens do sexo masculino (15 – 24 anos) os maiores alvos da violência urbana [Pupo, MC, 2008].

Vítimas de assaltos, seqüestros, estupros, agressões, violências familiares, dentre outros, complementam as estatísticas dos eventos traumáticos violentos. As cicatrizes invisíveis que a violência deixa nas pessoas, estão associadas ao aumento da morbidade física e mental da população.

O impacto na saúde mental pode levar ao desencadeamento de quadros como o ***Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT)***, associado à depressão, ansiedade e ao abuso de substâncias numa porcentagem de vítimas das situações de violência.

Do ponto de vista psicológico estas pessoas que desenvolvem o TEPT não conseguem elaborar as vivências traumáticas. A experiência permanece carregada emocionalmente de forma que as memórias traumáticas persistem em um estado de reverberação (memórias intrusivas). Além da revivência involuntária das cenas, estas conservam um caráter de atualidade (revivência) e os indivíduos precisam evitá-la a qualquer custo (evitação) levando a uma atitude disfuncional e desadaptativa. A evitação de situações que faça lembrar o acontecimento e a desconfiança com relação aos demais tem como conseqüência um isolamento progressivo e os indivíduos apresentam dificuldades interpessoais com impacto no funcionamento familiar, social e ocupacional. As dificuldades interpessoais decorrentes incluem, dentre outras, a baixa auto-estima, vulnerabilidade nas interações sociais, impossibilidade de confiar nos outros, temor em estabelecer relações de intimidade.

Inicialmente o TEPT estava relacionado a situações de guerra, porém estudos epidemiológicos evidenciaram que os eventos traumáticos desta ordem ocorriam além das guerras e que não eram exceções os quadros de violência descritos acima. O mesmo estudo demonstrou que o transtorno é desenvolvido por 15 a 20% dos indivíduos expostos a uma situação de violência grave [Kessler, RC et,al 1995].

Diante desta estreita relação entre violência e saúde mental verifica-se a necessidade de estudos e assistência especializada no campo dos contextos em crise, através de diversas estratégias clínicas, às vitimas de violência e seus familiares.

O Programa de Atendimento e Pesquisa em Violência (PROVE) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) criado há 4 anos, vem de encontro a estas necessidades com o desenvolvimento de pesquisas e de atendimento clínico-terapêutico com as vítimas de violência.

As Vítimas: Quem são? Como estão? Quando chegam ao tratamento?

Segundo levantamento de dados da população que buscou atendimento no PROVE no período de janeiro de 2004 até outubro de 2008 [Pupo, MC, 2008], **455** pacientes vítimas de eventos traumáticos, foram ou ainda estão sendo atendidos neste ambulatório. Com uma média de idade de 39 anos, a maior parcela das vítimas é do sexo feminino (70%), casadas, provenientes de todos os níveis socioeconômicos e faixas de escolaridade. Em relação à situação ocupacional atual, 15% dos pacientes se encontram em licença médica ou estão inativos e 10% desempregados.

Dentre os eventos traumáticos mais freqüentes desencadeadores do TEPT nestes pacientes, estão os assaltos, a perda de familiar assassinado e o abuso sexual. Os pacientes apresentam também comorbidade com depressão e ansiedade, comprometendo sua qualidade de vida e ajustamento social. Apresentam também índices de dor relevantes, pois são comparáveis aos índices de pacientes com artrite reumatóide, estreitando a relação entre a violência e o desenvolvimento de quadros de somatizacao e uma alta prevalência de eventos traumáticos na infância, com destaque, para o abuso sexual.

Uma pequena parcela (8%) chegou ao tratamento 1 mês após o evento ter ocorrido, a maioria (42%) até um ano depois e uma porcentagem significativa (25%) cinco anos ou mais do evento traumático ter ocorrido. Ainda, 67% destes pacientes procuram atendimento quando o quadro já está cronificado, dificultando a adesão e resposta ao tratamento.

Do Diagnóstico a Intervenção

Após a ocorrência da experiência de violência, somente algumas pessoas desenvolvem o transtorno de estresse pós-traumático. Por outro lado, nem sempre os sintomas têm início logo após a vivência do trauma, podendo ocorrer tardiamente, até meses depois do acontecimento. Eles podem ser divididos em grupos que incluem a reexperiência persistente do trauma, evitação persistente dos estímulos associados ao trauma, amortecimento da reatividade geral do indivíduo e persistência dos sintomas de hipervigilância.

Em geral, o TEPT tem curso flutuante que pode ser influenciado pela freqüência, intensidade e duração das situações traumáticas e por uma série de outros fatores. Dentre estes, existem fatores chamados de proteção que minimizam e/ou moderam o impacto frente à violência, possibilitando o desenvolvimento, a reestruturação emocional e o ajustamento do indivíduo. Por exemplo, a auto-estima, rede de suporte social, capacidade de enfrentamento, suporte familiar, etc.

Estudos demonstram que uma vez o quadro instalado, este tende a se cronificar, isto é, os sintomas persistem com o tempo. Aproximadamente 80% dos casos de TEPT tornam-se crônicos, dos quais 74% com mais de seis meses [Breslau, 2001]. São importantes as intervenções precoces com o objetivo de evitar que o quadro torne-se crônico.

Frente ao impacto imediato (até 48hs) da situação de violência, as pessoas apresentam uma reação normal de medo, angustia, tentativas de re-organização frente às perdas (materiais, psíquicas, emocionais). A ajuda neste momento tem o objetivo de auxiliar os indivíduos a resolverem as

necessidades imediatas (suporte, orientação, resgate da rede social existente, reorganização dos afetos, acolhimento), não tem o caráter de uma intervenção.

A literatura sugere que as intervenções psicoterapêuticas secundárias aconteçam após as primeiras 48 horas pós-trauma, visto que o sujeito desorganizado emocionalmente diante do impacto recente não conseguiria sustentar sua atenção e aproveitar o tratamento. Após este período os indivíduos estão mais preparados para receber intervenções preventivas secundárias. Para o melhor aproveitamento desta intervenção, o sujeito precisa estar ativamente engajado no processo de elaboração desta vivência. Depois de três meses, o individuo já desenvolveu estratégias de enfrentamento habituais e não adaptativas, aumentando as resistências e diminuindo a chance de remissão do quadro**.**

Devido às condições de gravidade do TEPT, assim como suas características atuais de padrão de resposta, remissão e recaída aos tratamentos disponíveis, sempre devemos considerar o tratamento combinando medicamento e psicoterapia. Quando comparadas as taxas de abandono os pacientes em uso somente de medicação apresentam uma taxa de 32% contra 14% dos pacientes em psicoterapia. [Van Etten & Taylor, 1998]. Num estudo realizado no Prove no período de 2004 a 2008 com intervenção de 16 semanas de psicoterapia de grupo, numa amostra de 40 pacientes com TEPT apenas 7,5% (3) abandonaram o tratamento[Campanini, RFB et al,2008]. Numero significativamente menor do que as taxas de abandono de outros tratamentos clínicos do PROVE, os quais apresentam 25% de abandono.

O Foco na Clínica

Tanto os pacientes na fase aguda como os crônicos se beneficiam das intervenções psicoterápicas, a maioria reverte o quadro, recupera dos sintomas e retoma o funcionamento familiar, social e ocupacional. O foco na clínica deve considerar o momento de ruptura na história do indivíduo, advinda de uma situação que provoca uma desestabilização em sua organização psíquica, levando a um prejuízo em seu funcionamento.

A utilização de psicoterapias breves, como a Terapia Comportamental Cognitiva, Terapia Interpessoal, Terapia Psicodinâmicas com os pacientes e/ou familiares apresentam bons resultados e são indicadas visto que as resistências do sujeito estão modificadas por esta ruptura o que também possibilita a construção ou reconstrução de novos lugares psíquicos. Ainda, diante deste intenso

sofrimento, o individuo tende a abandonar os benefícios secundários da doença, facilitando a resposta ao tratamento.

Para o sucesso da psicoterapia é fundamental o estabelecimento de uma aliança terapêutica com o paciente que possibilite o estabelecimento de um compromisso deste com o tratamento, seguido do engajamento familiar.

A Pesquisa de Psicoterapias no Tratamento do TEPT

Dentre as diversas abordagens de psicoterapia referidas pela literatura no tratamento do TEPT, a forma mais testada e com bons resultados é a terapia de exposição comportamental e a cognitiva, que é considerada o padrão-ouro para o tratamento [Mendes et al., 2008]. A terapia de exposição mostra-se eficaz na redução da gravidade do TEPT, ansiedade, depressão, bem como na evitacão de situações relacionadas ao trauma. Foa [1986] sugere que a exposição corrige associações e avaliações errôneas pela própria ativação do medo por intermédio do estímulo temido. Já a terapia cognitiva-comportamental tem como principal objetivo produzir uma reestruturação cognitiva a respeito da situação traumática bem como uma reorganização e modificações das memórias relacionadas ao trauma.

A pesquisa de outras formas alternativas de psicoterapia é fundamental para o tratamento dos pacientes resistentes e refratários aos tratamentos disponíveis, principalmente para aqueles que não aderem a estas abordagens e para aqueles profissionais que também não se identificam com esta forma de tratamento.

Recente ensaio clinico aberto [Robertson et al 2007] destacou a Terapia Interpessoal (TIP) como um tratamento muito eficaz para melhora dos sintomas de esquiva e conseqüentemente do funcionamento social e interpessoal. A TIP é uma terapia breve, focal e estruturada, desenvolvida por Gerald Klerman et al 1984, inicialmente no tratamento da depressão e adaptada posteriormente para uma série de outros transtornos. Tem como premissa que a doença ocorre sempre em um contexto interpessoal e social que influencia seu início, resposta ao tratamento e prognóstico. A TIP tem como objetivo a melhora da qualidade nas relações interpessoais do paciente e a remissão dos sintomas. A adaptação desta terapia para o tratamento de pacientes com TEPT tem como fundamento o fato de que ela está baseada em eventos de vida precipitadores e/ou mantenedores do transtorno e o TEPT é desencadeado por eventos de vida estressores externos.

Alguns autores sugerem a terapia de grupo no tratamento destes pacientes, por acrescentar um valor terapêutico no tratamento do significativo isolamento social e a desconfiança apresentada por eles. O grupo por sua configuração possibilita o desenvolvimento na capacidade de confiança, fornece apoio social e ajuda na expressão dos afetos em relação ao evento vivido. Os resultados preliminares avaliando a eficácia do tratamento em grupo no PROVE foram animadores, inclusive para os casos refratários, os quais o prognóstico tende a ser ruim, visto a baixa resposta e adesão ao tratamento.

Conclusão

Como dissemos inicialmente, a violência urbana e os traumas já fazem parte do nosso cotidiano e deixam marcas muitas vezes despercebidas pelas pessoas, que passam a não se reconhecerem e não serem reconhecidas. Trazem para si a responsabilidade pelo sentimento de incapacidade para lidar com a situação e são vistas como tal. As pesquisas clinicas com as vítimas de violência tem aumentado significativamente na última década com o objetivo de entender e propor intervenções que são necessárias para a reestruturação do funcionamento psíquico e interpessoal destas pessoas para que prossigam com suas vidas de forma saudável.

Referências Bibliográficas

Breslau, N. *The Epidemiology of posttraumatic stress disorder: What is the extend of the problem?* 2001, J. Clinical Psychiatry , 62 (suppl.17): 16-22

Campanini, RFB e cols. *Avaliação da Terapia Interpessoal em Grupo no tratamento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático*, 2008, Projeto de mestrado, Dept° de Psiquiatria da UNIFESP

Foa, E.B., Kozac, M.J. *Emootional Processing: exposure to correct information* ,1986. Psychological Bull. 99: 20-35

Kessler, R.C. et al., *Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey*. Archives General Psychiatry, 1995. 52(12): 1048-60

Klermann, G. et al, *Interpersonal Psychotherapy of Depression*, 1984. New York: Basic Books, Inc

Mendes, D., Mello, MF, Passarela, C, Ventura, P, Mari, JJ *Systematic review of the effectiveness of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder.* International Journal of Psychiatry in Medicine, 2008. accepted.

Prefeitura Municipal de São Paulo, *Coordenação de Epidemiologia e Informação*, Agosto 2008, Secretaria da Saúde, Boletim CEInfo em Dados

Puppo, M.C.*Desastres no Brasil, Assaltos e Homicídios: Atendimento as Vítimas*, I Simpósio Internacional de Violência e Saúde Mental, 2008. UNIFESP

Robertson, M. et al, *Open trial of interpersonal psychotherapy for chronic posttraumatic estress disorder*, 2007. Australian Psychiatry. 15(5): 375-379

Van Ellen & Taylor, *Comparative efficacy of treatments for post traumatic stress disorder: A meta-analysis*. 1998, Clinical Psychology and Psychotherapy, 5, 144-54

VIOLÊNCIA E DESAMPARO SOCIAL: INTERFACES COM A INSTITUIÇÃO PSIQUIÁTRICA

Antônio de Pádua Serafim
Fabiana Saffi
Adriane Bacellar
Jônia Lacerda Felíco

A violência embora seja perpetrada desde a antiguidade na história da humanidade, atualmente se configura em um fenômeno complexo e multifatorial que atinge todas as classes socioeconômicas, bem como pelas repercussões na saúde mental na vida da vítima, principalmente no tocante a infância quando inserida no ambiente familiar (ARBOLEDA-FLOREZ e WADE, 2001; SHARMA, 2003; ROCHE et al., 2005).

Neste sentido nos reportamos à violência doméstica que universalmente é compreendida como todo o tipo de violência *"praticada por um parceiro íntimo ou por outro membro da família, em qualquer situação ou forma"(BATISTA, 2003, p 139)* . Outro importante aspecto refere-se é ao sofrimento que imputa às suas vítimas e a possibilidade de impedir um bom desenvolvimento físico e mental da vítima.

Ainda segundo BATISTA (2003) vítimas de violência Doméstica apresentam auto-estima reduzida e se encontram imbricadas na relação com quem agride, seja por dependência emocional ou material. O agressor geralmente acusa a vítima de ser responsável pela agressão, causando grande culpa e vergonha. Observa-se ainda uma importante associação entre crianças e adolescentes em situação de rua por decorrência de violência doméstica.

Na vida adulta observa-se que os aspectos Psicológicos comuns em mulheres que são vítimas de violência doméstica se traduzem na manutenção da cumplicidade com as atitudes agressivas do parceiro. A dependência emocional é muito maior que a dependência financeira e é isso que impede a quebra dessa relação de violência (co-dependência);

Todavia, dentro do espectro da violência doméstica, a violência sexual representa um considerável fenômeno de investigação. Autores como TOMKIEWICZ (1997) ressalta que a violência ou abuso sexual se caracteriza pelo uso do corpo de um indivíduo, sem o consentimento deste, cuja finalidade é a satisfação do desejo sexual do transgressor. A motivação para o abuso sexual em

adultos é mais freqüentemente a degradação e humilhação da vítima do que a gratificação dos desejos sexuais do agressor. Em relação à criança e ou adolescente a ação do agressor vai desde as carícias dissimuladas à consumação do estupro (CASOY e SERAFIM, 2005) se configurando assim em um termo amplo, o abuso sexual. Em ambos os casos as conseqüências psicológicas e comportamentais irão a aparecer de imediato ou ao longo da vida, provocando desde desajustamento social a manifestação de uma patologia psiquiátrica (GARNO et al., 2005).

Segundo ROCHE et al., (2005) o termo abuso sexual foi utilizado pela primeira vez na França pelo médico-legista Ambroise Tardieu, em sua monografia o qual descreveu sinais físicos em uma criança brutalizada sexualmente. De acordo com ROCHE et al., (2005), em 1857 Tardieu havia estudado 632 casos de violência sexual (contra meninas e meninos), estudos estes que resultou numa descrição de todas as formas de maus-tratos comuns nos casos de violência contra a criança e o adolescente reconhecidos até os dias atuais.

Embora o trabalho de Ambroise Tardieu tenha sido o marco no contexto da violência sexual infantil, só há mais ou menos 40 anos atrás despertou o interesse científico e clínico (LEVENTHAL, 2003; KRUGMAN e LEVENTHAL, 2005; LABLÉ, 2005).

Neste contexto GABEL (1997) enfatiza que todo abuso sexual pressupõe, pelo menos, um ou mais dos seguintes itens: 1) o transgressor exerce um poder sobre a vítima, o que significa que o primeiro é mais ‘forte’ do que o segundo; 2) a vítima tem muita confiança no transgressor (implicando relação de dependência) e 3) existe o uso delinqüente da sexualidade, ou seja, o atentado ao direito que toda pessoa tem em relação ao seu próprio corpo.

A OMS Organização Mundial de Saúde considera o abuso sexual como um dos maiores problemas de saúde pública, caracterizado como um fenômeno de maus-tratos na infância e na adolescência, definindo essa violência da seguinte maneira:

“A exploração sexual de uma criança implica que esta seja vítima de uma pessoa sensivelmente mais idosa do que ela com a finalidade de satisfação sexual desta”.

Ainda de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o abuso sexual contra a criança e o adolescente pode ocorrer das seguintes formas:

a) ligações telefônicas obscenas do abusador para a criança;

b) ofensa ao pudor da criança (como por exemplo, a exposição dos genitais à criança);

c) imagens pornográficas apresentadas à criança;

d) relações ou tentativas de relações sexuais;

e) incesto;

f) exibição dos genitais do abusador para a vítima;

g) indução de prostituição de menores.

A importância de pesquisas no espectro da violência sexual se apresenta como uma prioridade, visto que é vasta a correlação entre as experiências de violência ou abuso sexual na infância e um conjunto de perturbações psicológicas e comportamentais na vida adulta (LINDSAY et al., 2001; MEYERSON et al., 2002; RADOSH, 2002; GARNO et al., 2005). Ressalta-se aqui que no Brasil há uma importante escassez de material de pesquisa sobre a violência sexual infantil, como pontua ADED et al., (2006).

Todavia o crescente número de publicações no tocante a violência sexual tem demonstrado uma significativa correlação entre saúde mental e relatos de violência sexual.

Autores como GABEL (1997), BRODSKY, et al., (2001), HORNOR (2002), HAMMERSLEY, et al., (2003) e GARNO et al., (2005) têm ressaltado que é cada vez mais freqüente queixas de abuso sexual de pacientes que procuram tratamento para diversos transtornos mentais e do comportamento, bem como os problemas clínicos do tipo disfunções sexuais.

O abuso sexual em crianças, por exemplo, é, reconhecidamente, um importante componente etiológico de vários distúrbios psiquiátricos. Estudando 100 mulheres com transtorno afetivo bipolar na Inglaterra GARNO et al., (2005) encontraram um percentual de 45% dos casso com histórico de abuso sexual. Já, de acordo com GABEL (1997), cerca de 33% de todas as meninas com doença mental sofreram de abuso sexual antes de completarem 8 anos de idade.

Ressalta-se, no entanto, que há um consenso na literatura que o abuso sexual, em si, seja o fator etiológico principal de vários transtornos mentais; todavia, há uma correlação positiva enquanto um fator facilitador de sintomas psiquiátricos em vários aspectos da vida da vítima.

Dentro do espectro da violência sexual contra crianças e adolescentes o abuso sexual compreende o fenômeno de maior ocorrência (WHIFFEN e MAcINTOSH, 2005). Nestes casos o abuso sexual se configura por uma série de situações como o “voyeurismo”, a manipulação da genitália, a pornografia, o exibicionismo, o assédio sexual, o estupro, o incesto e a prostituição infantil, dividindo-se em dois tipos básicos: abuso sexual sem contato físico e abuso sexual com contato físico.

Estudos realizados em diferentes partes do mundo sugerem que 7,36% das meninas e 3,29% dos meninos sofreram abuso sexual. A sua real prevalência é desconhecida, visto que muitas crianças não revelam o abuso, somente conseguindo falar sobre ele na idade adulta (PFEIFFER e SALVAGNI, 2005).

Outra importante conseqüência da experiência de abuso sexual é a sua estreita relação com a ocorrência de delitos na esfera sexual. Segundo GOVER e MACKENZIE (2003) há uma elevada freqüência de jovens delinqüentes mantidos em instituições penais com histórico de abuso, negligências e experiências traumatizantes no contexto familiar.

De acordo com SWANSTON et al., (2003) o abuso sexual infantil é considerado um fator de risco independente para algum tipo de comportamento delinqüente. Porém, para AYLWIN et al., (2003) há uma prevalência entre os abusadores sexuais reincidentes daqueles com histórico de abuso sexual na infância.

Considerando ainda a correlação abuso sexual infantil e criminalidade, SHARMA (2003) ressaltou que quanto mais freqüente e persistente o tempo de abuso, mais grave serão os problemas psíquicos, comportamentais e de relacionamento. Ainda para SHARMA (2003) há uma forte relação entre as seqüelas de vítimas de abuso sexual a comportamentos criminosos de transgressão dos costumes.

Frente ao exposto, a atuação de profissionais da saúde mental e sua interface com a violência sexual se faz altamente necessária. O incremento dos projetos de pesquisa como aporte para desenvolvimento de políticas de prevenção e de intervenção vem de encontro com a tendência mundial no combate e enfretamento da violência.

Sendo assim, o Serviço de Psicologia e Neuropsicologia e o Núcleo de Psiquiatria e Psicologia Forense (NUFOR) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP têm desenvolvido as seguintes ações:

Ambulatório NUFOR:

Criado há mais de dez anos, o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica - NUFOR - IPq, está voltado para o ensino, pesquisa e assistência no campo da Saúde Mental e sua interface com a Justiça e Cidadania, bem como na prevenção da violência, com ênfase na formulação de políticas públicas e parcerias com entidades estatais e privadas.

O Ambulatório NUFOR atua em duas vertentes: a unidade pericial e a unidade assistencial.

Unidade Pericial:

A Unidade Pericial desenvolve atividades periciais, em todas as suas vertentes, aplicações e possibilidades, objetivando articular a produção acadêmica com ações efetivas em termos de intervenção social. Conta com equipe multiprofissional, oferecendo uma visão global e crítica sobre a prática pericial e possibilitando acesso às modernas técnicas de intervenção.

A perícia é a aplicação dos métodos e técnicas da investigação psicológica com a finalidade de subsidiar ação judicial, seja esta de que natureza for. O "objeto" de estudo é biopsicossocial e, portanto, engloba aspectos psicológicos, biológicos, sociais e os componentes jurídicos.

A situação pericial tem algumas particularidades. Existem convergências e divergências entre, a postura clínica e a postura jurídica. Ambas as posturas admitem as mesmas técnicas e conhecimentos clínicos para entender o caso jurídico estudado.

No contexto clinico, quem procura atendimento tem um problema e recorre à ajuda profissional com o intuito de resolvê-lo. Dessa forma a finalidade é o tratamento e para tal deve-se interpretar os dados coletados do modo mais amplo possível. Assim o tratamento pode ser planejado, apoiando-se nos recursos saudáveis do sujeito, para se chegar ao que está em conflito. Já no contexto jurídico, o indivíduo não procura o profissional perito, ele é intimado a comparecer por uma autoridade e a submeter-se a uma avaliação. Portanto, muitas vezes, não existe colaboração do periciando. A finalidade da perícia não é o tratamento e sim responder a uma questão jurídica. Com isso devem ser expostas somente as informações e conclusões necessárias para tomada de decisão judicial.

A perícia deve ser realizada apenas por especialistas na área (peritos). Não basta o profissional ser simplesmente formado na área da perícia que pretende realizar ou ter sido nomeado para tal. É indispensável uma formação específica. É muito importante o conhecimento básico da legislação, inclusive do código de ética profissional, bem como saber responder adequadamente a um quesito e realizar a redação de laudo.

A grande demanda de atendimentos que do Ambulatório NUFOR provém da Secretaria de Segurança Pública e é composta de crianças vítimas de violência sexual, principalmente abuso sexual. A maioria dos casos que recebemos a violência não deixou seqüelas físicas, mas sim seqüelas psicológicas. O intuito da perícia nesses casos é descrever o estado emocional das vítimas.

Na perícia psicológica é possível detectar alguns sinais característicos de violência sexual como: choro excessivo sem razão aparente; irritabilidade ou agitação extrema na criança; mudança de humor; regressão a etapas do desenvolvimento já ultrapassadas; presença de medo; distúrbios do sono; apego excessivo a certos adultos; problemas escolares; brincadeira repetitiva de sexo (geralmente tende a ser bastante específica); masturbação excessiva; conhecimento sexual avançado para a idade; contatos sexuais múltiplos (adolescentes); manifestações ginecológicas; dano anogenital; queixa anal; mudança nos hábitos alimentares; distúrbios gastrintestinais; imagem distorcida do corpo; tentativa de suicídio; auto-mutilação; respostas ilógicas. Em relação a quadros psiquiátricos: transtorno do estresse pós-traumático, depressão, disfunções sexuais, dificuldade de aprendizagem, transtornos do sono, transtornos alimentares, ansiedade, fobias, abuso de álcool ou drogas; transtorno de personalidade.

É importante ressaltar que estes sintomas não ocorrem apenas em crianças vítimas de abuso sexual. Por esta razão a perícia e principalmente a conclusão a que chegue o perito deve ser muito bem elaborada.

Unidade Assistencial:

A unidade assistencial realiza Aconselhamento Psicossocial a vítimas de violência. O projeto é chamado PIPAS Programa de Informação e Prevenção do Abuso Sexual, que se caracteriza com uma metodologia psicoeducativa, com a finalidade do fortalecimento na proteção e assistência às vítimas da violência doméstica, em especial, do abuso sexual implantado desde novembro de 2004. O PIPAS compreende: realização da anamnese médica e psicológica, acompanhamento em psiquiatria clínica, aconselhamento psicossocial, fundamentado na abordagem do psicodrama breve em 16 sessões e orientação jurídica de casos com envolvimento ou queixa de violência doméstica.

Atendimentos no Serviço de Psicologia e Neuropsicologia:

Atendimento ambulatorial:

Os profissionais do Serviço de Psicologia realizam avaliação psicológica e neuropsicológica em pacientes atendidos pelos ambulatórios do Instituto de Psiquiatria. Alguns casos são crianças abrigadas, vitimas de violência doméstica. O intuito da avaliação é esclarecimento diagnóstico,

avaliar déficits cognitivos, orientação de pais e educadores, orientação de tratamento (ajuda na escolha deste, verificação de sua eficácia e orientação na escolha da técnica psicoterápica), auxílio para o planejamento de reabilitação e treinamento, seleção de pacientes para tratamento ou técnicas especiais. Como decorrência da avaliação, são feitos encaminhamentos para a assistência mais adequada.

Hospital-dia Infantil:

Destina-se a crianças e adolescentes (entre 7 e 16 anos) com transtornos emocionais graves ou quadros agudos que estejam interferindo no seu desenvolvimento psicológico e social e que por isso, requeiram um cuidado transdisciplinar mais intenso e constante dentro de um ambiente terapêutico.

O impacto social e na saúde decorrente da violência, se insere hoje em uma necessidade crescente da inserção de profissionais da saúde mental, no tocante ao desenvolvimento de estudos integrados que se revertam em programas de prevenção, informação e intervenção com finalidade de se reduzir danos.

Referências Bibliográficas

ADED, NL.; DALCIN, BLGS;. e al. Abuso sexual em crianças e adolescentes: revisão de 10 anos da literatura. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 33 (4): 204-213, 2006.

ARBOLEDA-FLOREZ, J.; WADE,TJ. Childhood and adult vitimization as risk factor for major depression. **International Journal of Law and Psiquiatry.** 24, 357-370, 2001.

AYLWIN, AS.; STUDER, LH.; et al. Abuse prevalence and victim gender among adult and adolescent child molesters. **International Journal of Law and Psiquiatry.** 26, 179-190, 2003.

BATISTA, F. Violência Doméstica: um problema de saúde pública entre quatro paredes. In Rigonatti, SP; Serafim, AP; Barros, EL. **Temas em Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica**. São Paulo, Vetor Editora 139-148, 2003.

BRODSKY, BS; OQUENDO, M; ELLIS, SP. The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. **American Journal Psychiatry.** 158, 1871-1877. 2001.

CASOY, I. SERAFIM, AP. Pedófilos e molestadores de crianças: *modus operandi* e assinatura em crimes especiais. **Livro de Trabalhos Completos da I Conferência Internacional Sobre Ofensas Sexuais**, Brasil, p. 79-86, 2005.

GABEL, M. Crianças vítimas de abuso sexual. São Paulo, **Summus**, 1997.

GARNO, JL.; GOLDBERG, JF.; RITZLER, BA. Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. **British Journal of Psychiatry**. 186:121-5, 2005.

GOVER, AR.; MACKENZIE, DL. Child maltreatmen and adjustment to juvenile correctional institutions. **Criminal, Justice and Behavior**. 30 (3): 374-396, 2003.

HAMMERSLEY, P; DIAS, A; TODD, G. Childhood trauma and hallucinations in bipolar affective disorder: preliminary investigation. **British Journal of Psychiatry**. 182, 543-547. 2003.

HORNOR, G. Child sexual abuse: psychosocial risk factors. **J. Pdiatri. Health Care**. 16: 187-192, 2002.

KRUGMAN, RD.; LEVENTHAL, JM. Confronting child abuse and neglect and overcoming gaze aversion: the unmet challengen of centuries of medical practice. **Child Abuse and Neglect**. 29 (4): 307-309, 2005.

LABLÉ, J. Ambroise Tardieu: The man and his work on child maltreatment a century before Kempe. Abuse and Neglect. 29 (4): 311-324, 2005.

LEVENTHAL, JM. The field of child maltreatment enters its fifith decade. **Child Abuse and Neglect**. 27: 1-4, 2003.

LEWIN, J. Estatística aplicada às Ciências Humanas. São Paulo, Harbra, 1987.

LINDSAY,WR.; LAW, J.; et al. Comparisson of physical and sexual abuse: histories of sexual and non-sexual abuse with intellectual disability. **Abuse and Neglect**. 25 (7): 989-995, 2001.

MEYERSON, LA.; LONG, P.; et al. The influence of childhood sexual abuse, physical abuse, family environment, and gender on the psychological adjustment of adolescents. **Abuse and Neglect**. 25 (7): 387-405, 2002.

PFEIFFER, L.; SALVAGNI, EP. Current view of sexual abuse in childhood and adolescence. **Jornal de Pediatria**. 81 (Supll): 197-204, 2005.

RADOSH, PF. Refelctions on women´s crime and mothers in prison: a peacemaking approach. **Crime and Delinquency**. 48 (2): 300-315, 2002.

ROCHE, AJ.; FORTIN, G.; et al. The work of Ambroise Tardieu: The first definitive description of child abuse. **Child Abuse and Neglect**. 29 (4): 325-334, 2005.

SHARMA, BR. Disorders of sexual preference and medicolegal issues thereof. **American Journal of Forensic Medicine and Pathology**. 24 (3): 277-282, 2003.

SWANSTON, HY.; PARKINSON, PN.; et al. Juvenile crime, aggression and delinquency after sexual abuse. **The British J of Criminology**. 43: 729-749, 2003.

TOMKIEWICZ, S. Violências e abusos sexuais em instituições para crianças e adolescentes. São Paulo, **Summus**, 1997.

WHIFFEN, VE.; MAcINTOSH, HB. Mediators of the link between childhood sexual abuse and emotional distress – a critical review. **Trauma Violence Abuse**. 6: 24:39, 2005.

Conferências

VIOLÊNCIA NA CLÍNICA CONTEMPORÂNEA : A NOVILÍNGUA

Thamy Ayouch

Modos de correspondência entre o subjetivo e o coletivo.

Gostaria de começar pela apresentação do campo onde tento desenvolver esta palestra sobre a violência lingüística. Realizo há alguns anos uma pesquisa sobre os modos de correspondência entre a psique individual, principio de subjetivação, e o campo social nas regras que o definem como *Polis*, agrupamento social estruturado. Suponho uma correlação entre os níveis individual e coletivo, permitindo encontrar na coletividade modos de organização do desejo individual, e no desejo individual uma estruturarão coletiva. Uma das finalidades deste trabalho é de retirar a psicanalise e a psicologia clinica do âmbito exclusivo do consultorio e da discussao sobre as estruturas edípicas.

- Assim, teria rastros da organização de desejos individuais na coletividade : teria uma política se dirigindo tanto ao desejo do individuo como ao desejo que se manifesta no campo social. Não seria absurdo, portanto, de pensar que o despotismo existente nas relações familiares ou conjugais procede do mesmo tipo de configuração libidinal que o despotismo no campo social. Claramente, não veríamos aqui uma causalidade linear ("Não bata em sua mulher, você trará os militares ao poder", "Você não estimulou a inteligência dos seus filhos, por isso chegou o Sarkozy ao poder!"), mas uma correspondência entre a configuração do desejo em cada um deste níveis. Deste modo, os grandes eventos históricos, os transtornos e tumultos, as revoluções ou as reações seriam movidos pela conexão de uma multiplicidade de desejos individuais apartados, repercutindo-se uns nos outros.
Por exemplo, poderíamos ler assim o episodio de Maio 68 na França: momento de revolta estudantil, operária, social, que permitiu a evolução de estruturas sociais, familiares, institucionais muito rígidas. Nesse episodio historico, a multidão de desejos individuais reprimidos, arrasados, isolados e submetidos a uma estrutura social que impunha muitas interdições, ecoa na manifestação local, simultânea, do desejo de grupos pequenos: primeiro estudantes isolados, logo politizados em pequenas formações (Partido comunista marxista leninista da França, anarquistas, trotskistas, etc.), logo a maioria dos estudantes, depois operários, e assim outras categorias da sociedade. Estes desejos assim entram em ressonância para questionar a organização social e política. Embora dispersos, eles estão reunidos por regras de organização similares, definindo um paradigma social a partir de feitos individuais.

- Simetricamente, esta correlação entre individuo e coletividade permitiria achar modos de organização do desejo individual pela coletividade: não seria só uma correspondência, mas uma relação de motivação direita. A estrutura do campo social, o modo de organização da coletividade, as modalidades do vínculo social, na *Polis*, teriam uma influencia direita sobre a organização subjetiva.

Nestes dois sentidos, precisa-se pôr em perspectiva o desejo nos níveis micro e macro-político. Uma das hipóteses fundamentais aqui é a primazia da intersubjetividade na construção da subjetividade.
A psique, na suas formas de edificação, afiguraria e reproduziria a organização socio-política. Reciprocamente, estas formas de organização da *Polis* espelhariam a estrutura da psique. Em outras palavras, o inconsciente é modelado pelo socio-político, e o político, num sentido vasto, é infiltrado de desejo inconsciente.

Porém, o que entendo por "o político" e "a política"?
A política, modo de exercer a autoridade numa sociedade, declina-se em feitos e praticas (o *ars politicum*) e em instituições estatais e societais. O paradoxo sobre o que fundamenta a política é de tornar o individuo dependente do grupo pela conservação dele. O regime político se define como maneira específica de regular as relações de poder num agrupamento social. Poderíamos aclarar o conceito de poder como a capacidade de influir sobre feitos e modificá-los numa relação a-simétrica, num contexto de distribuição desigual de faculdades, capacidades, recursos e prerrogativas. Mas como veremos, o poder se caracteriza pela dispersão de micro-poderes, os quais possuem uma forma de violência particular.
Etimologicamente, o adjetivo grego "politico" pode ser substantivado em tres gêneros : o masculino designa o homem político, o feminino a atividade dele, o neutro o corpo político, e o neutro plural, τά πολιτικά, o conjunto de assuntos políticos. Baseio-me sobre este sentido no uso do termo *Polis*: conjunto de assuntos que não dependam unicamente da governança, mas também da gestão das relações de poder e da organização social.

Direções de pesquisa

Face ao que foi dito, trato de desenvolver a minha pesquisa em varias direções:
1. Primeiro, uma genealogia coletiva da psique individual, uma formação coletiva de certos aspetos da subjetividade, conscientes, mas sobretudo inconscientes. Essa é a perspectiva dos textos "sociais" de Freud : *Totem e Tabu*, *Psicologia das massas e analise do Ego*, *O Futuro de uma ilusão*, *O mal-estar da civilização*, ou *Moisés e o Monoteismo*.
Alem da dimensão a-temporal que revelam estes textos, surge a ideia da situação no tempo e no espaço, das estruturas da psique, culturalmente ligadas à organização coletiva onde aparecem. Ao

mesmo tempo, esses textos ressaltam a ideia de uma historicidade das psicopatologias, ou, em outros termos, das formas adotadas pela psique individual em certas configurações político-sociais.
Isso é o que defendemos, Daniel Beaune e eu, no livro que estamos finalizando sobre as "loucuras contemporâneas". Tentamos reler a categoria nosográfica vaga e redutiva dos "estados limites" através de dois afetos principais: o tédio e a angustia, inscritos num contexto socio-histórico. Analisamos as novas formas de sofrimento psíquico como sintomas produzidos pelo sistema neo-liberal e pela crise social que esse provoca. Lemos estas psicopatologias do vínculo social como resultados de um contexto socio-histórico que define a realidade exterior e a realidade psíquica, os fatores concretos de mal-estar e os conflitos psíquicos. Uma evolução social, econômica, ideológica, em uma palavra, pólitica (no sentido que concerne à *Polis*) em direção de uma crise de sentido pos-moderna, reconfigura as modalidades do vínculo social. Estas novas formas de vínculo social, por sua vez, deixam uma marca na psicologia individual.

2. Uma outra maneira de articular a psique e a Polis e de pôr ênfase sobre o paralelismo constante entre sociedade e individuo: a subjetividade é informada pelo contexto institucional, social, mas reciprocamente, a aparição de uma fluidez psíquica, de defesas menos rígidas nos indivíduos possibilita as mudanças sociais. É essa a perceptiva de Cornelius Castoriadis, na correlação constante que estabelece entre psicanálise e política.
Coloco nessa pista precisa o trabalho que estou fazendo sobre o vínculo social e a violência. Trata-se de pensar a coerência da coletividade no que tange às vicissitudes da violência. Reciprocamente, tento relacionar os modos de violência vividos pelo sujeito com uma legitimação pela organização coletiva. Em todas as formas da coletividade, - seja *Polis*, massa, sociedade civil, grupo identificador, espaço político ou organização profissional, - o vínculo social passa por modalidades particulares, distribuindo as relações de poder e a violência que lhes fundamenta. Mecanismos de defesa particulares, processos de diversão, permitem consolidar o vínculo social oferecendo uma via particular de descarga pela violência, seja por mecanismos de sublimação, de formação reativa, narcisismo das pequenas diferenças, ou pela nomeaçao de um terceiro excluído, institucionalização do inimigo ou do bode expiatório, estratégias de eficácia profissional, conquistas de mercados, etc. Á base destas organizações coletivas aparecem formas de canalização da violência permitindo o estabelecimento de tal ou tal vínculo social, e, por conseguinte, modalidades subjetivas de gestão desta violência.

3. Finalmente, a terceira direção nesta pesquisa sobre a articulação entre psique e *Polis* é de questionar a posição da psicanálise como pratica de um certo modo institucionalizada – embora sempre reivindicando uma posição marginal e subjetiva. Trata-se de perguntar que formas de mudança da pratica analítica são provocadas pelas mudanças na *Polis* e na psique.

Mas não vou abordar este aspeto aqui, claro, por falta de tempo.

Então, a minha hipótese do inicio, fundamentada sobre textos de filosofia política, psicologia de grupos e psicanálise, consiste em afirmar que o modo de organização de um grupo, a sua coerência interna são sempre conseguidos pela atuação de uma forma de violência, agregando os membros do grupo.

Violencia e linguagem

Para lhes apresentar um dos aspetos desta pesquisa sobre a canalização da violência no grupo social, preciso, primeiro, recordar alguns sentidos da violência. Do latim *violare*, agir contra, derivado de *vis*, força, a violência designa uma força impetuosa, índice de impulsos incontroláveis. A tradição grega costuma separá-la de uma forma de naturalidade: para Aristóteles, o movimento espontâneo de um corpo, voltando por si mesmo ao seu lugar natural, é oposto ao movimento violento, força imposta que o afasta do seu lugar natural. A violência é o recurso ilegítimo à força, traduzindo um desvio, uma infração em relação a regras e normas consideradas como naturais. As línguas latinas, anglo-saxônicas e também germânicas (*Gewalt* < *Walt*, força, império) se remetem a esta determinação de força na violência.
Entretanto, as línguas semíticas revelam outras conexões. O substantivo árabe عنف se refere a uma forma de tratamento hostil, severo, horrendo e terrível. A violência esta definida aqui numa perspectiva essencialmente humana, como ruptura do vínculo amistoso. O hebreu אלימות parece relacionado com אלמ, que se refere ao silencio e o mutismo. A violência é o que reduz ao silencio, atos puros sem mediação nem palavras.

Porém existe uma violência da linguagem, no duplo sentido do genitivo subjetivo e objetivo: uma violência exercida sobre a linguagem, e desempenhada através da linguagem. É precisamente esta violência que eu gostaria de estudar aqui : proponho mostrar como, na França, e talvez de uma forma generalizável em outros paises, a coerência do grupo social tende a ser estabelecida sobre uma deformação da linguagem, permitindo assim canalizar a violência necessária para o grupo ficar coeso. Esta violência consiste em introduzir progressivamente na linguagem uma alteração majoritariamente aceita, que acaba por causar uma violência psíquica sem igual. Este processo se revela semelhante, em alguns aspectos, ao que George Orwell nomeava *novilíngua* (*Newspeak*) no seu romance *1984*.

Os mecanismos discursivos

Para desempenhar esta analise, precisa-se estudar os eventos discursivos próprios à época atual na França. Vou seguir aqui o método de Michel Foucault na *Arqueologia do saber*, para tentar, como ele, especificar os conceitos que permitem pensar a descontinuidade de uma época à outra, e por conseguinte, pensar a unidade discursiva própria à nossa época. O projeto proposto por Foucault é de descrever os eventos discursivos como horizonte para pesquisar as unidades que se formam neles. Antes de se dirigir a uma ciência, a romances, a discursos políticos, à obra de um autor, a enunciados científicos, ou seja, a unidades predefinidas, trata-se de se enfocar sobre "uma população de eventos no espaço do discurso em geral" (Foucault, *L'Archéologie du savoir*). Ainda que uma língua apresente combinações quase infinitas para produzir enunciados, o campo dos eventos discursivos de uma época é sempre finito, limitado, e, por conseguinte, obedece às regras de formações discursivas próprias à época. Os objetos, estilos, conceitos e temas de uma unidade discursiva seguem certa regularidade, mesmo que definida pela dispersão. Essa dispersão é o que permite sair das unidades predefinidas habitualmente (a medicina, a política, a economia, a literatura) para apontar e circundar novos conjuntos. Assim, uma formação discursiva é um sistema de dispersão descritível entre vários enunciados, ou, em outras palavras, uma regularidade, uma ordem de correlação, de posições, de funcionamento, de transformações, entre objetos, estilos, conceitos e temas de muitos enunciados.

Os objetos de uma formação discursiva (por exemplo: a loucura como conceito) existem sob as condições positivas de certas relações estabelecidas entre instituições, processos econômicos e sociais, formas de comportamento, sistemas de normas e técnicas. Essas relações não estão presentes nos objetos, nem somente nas palavras (na língua) ou nas coisas (na realidade), mas nos discursos, que são concebidos como praticas sistematicamente constitutivas dos objetos sobre os quais falam. Similarmente, os discursos não manifestam a unidade de um sujeito que pensa, sabe e fala, seja um sujeito transcendental ou psicológico, mas sim uma dispersão de sujeitos, articulando elementos discursivos que aparecem, se dissociam, se recompõem e se transformam para formar uma regularidade de conceitos, abordados em "estratégias" discursivas. Mais uma vez, saliento que esta abordagem dando ênfase à dispersão é a perspectiva que permite apreender o fenômeno de mudança da linguagem, que é meu foco nesta apresentaçao.
Outrossim, cabe ressaltar que habitualmente os sistemas de formação de enunciados não estão determinados por limitações de pensamentos ou de representações, nem vêm representar determinações formadas nos níveis das instituições ou das relações sociais. Ao contrario, os discursos vêm sublinhar e operar sistemas de praticas sociais, políticas, econômicas, institucionais jà presentes na sociedade.

Contudo, estas formações discursivas têm conseqüências reais sobre a língua e a evolução dela. A

minha hipótese aqui é a de que as formas discursivas atuais contribuem à redução das possibilidades lingüísticas, e à promoção de objetos, estilos, conceitos e temas fixos, através de um léxico reduzido. Isso proporciona um espaço de efetuação da violência necessária para a coesão grupal.

A novilíngua que esta aparecendo e o sistema de praticas que ela revela não se originam numa conspiração ou uma trama do poder, do governo, ou das autoridades.O traço específico das formações discursivas, como vimos, é a dispersão deles, refletindo a dispersão dos poderes que Foucault ressalta com freqüência (em obras como *Les mots et les choses*, *L'Histoire de la folie à l'âge classique*, ou *Surveiller et punir*).

Segundo Foucault, o poder é uma relação de forças, agindo por processos menores investindo muitas áreas, como a do corpo, estudada em *Surveiller et punir*. Para submeter os sujeitos, o poder exerce uma fina técnica de disciplina dos corpos pelo controle dos mínimos gestos (por exemplo através do sistema penitenciário, da organização do trabalho nos ateliês, nas escolas, nas casernas). Assim se estabelecem micro-penalidades ligadas a micro-poderes, numerosos, dispersos, procedendo de indivíduos como os pais, professores, médicos, etc., de instituições - hospitais, prisões, escolas - ou de discursos. Estes poderes estão irredutivelmente relacionados com saberes: é a prisão, por exemplo, que fabrica o conceito da delinqüência, ou o poder psiquiátrico que produz o conceito de doença mental. Assim, a micropenalidade dos sistemas disciplinares é revezada por um dispositivo de saber difundindo e instigando estas normas.

Vemos assim como as formações discursivas vêm corroborar e completar um sistema de poderes dispersos, que agregam todo tipo de organização grupal, e definem um modo de descarga da violência.

A meu ver, as formações discursivas atuais traduzem ataques ao vínculo social, vividos pelos nossos pacientes, que padecem das loucuras contemporaneas. Além do mais, aqui aparecem consequências particulares sobre a língua. As formações discursivas de hoje não são imagens de praticas sociais: a regularidade atual dos enunciados vem agir sobre estas praticas, e, coisa nova, alterar também a relação com a língua. Habitualmente, a língua tem sempre fornecido uma serie de modalidades para pensar essas praticas. Hoje, o feito mesmo de refletí-las é comprometido pela invenção de uma novilíngua, tentando reduzir as possibilidades de pensamento. Essa é a minha hipótese: a novilíngua atual não só revela uma formação discursiva própria a muitos campos (medicina, psiquiatria, ou ciência em geral, política, economia), representativa de um ataque ao vínculo social, mas também impede de pensar essas praticas e essas formações discursivas. Define-se habitualmente a violência como paralisia do pensamento, anulação da mobilidade psíquica, e do prazer em pensar. Perante esta impossibilidade do pensamento e da elaboração subjetiva, o resultado é a explosão do que nomeamos "loucuras contemporâneas", definidas pelo ato ocupando o lugar do pensamento, pela

situação limite entre inclusão social e marginalização, neurose e psicose, adaptação aos imperativos econômicos e sofrimento pessoal. Cabe aclarar, aqui, que não instituímos uma relação de causalidade direita entre a novilíngua e as loucuras contemporâneas, mas vemos aquela como uma manifestação sintomática do contexto em que surgem essas.

Foucault descreve o enunciado pela função enunciativa, ou seja pelo lugar determinado e vazio que ocupam, numa organização determinada de praticas, seus vários atores. O arquivo é então a compilação dos discursos, revelando as leis do que pode ser dito, o sistema de aparição de enunciados como eventos singulares. O arquivo define o modo de atividade dos enunciados, o sistema geral de formação e transformação dos enunciados. Ao meu ver, por causa desta contaminação da língua mesma pelo ataque do vínculo, os arquivos atuais riscam de se tornar escassos, ou pelo menos de mudar de função: se a novilíngua do paradigma vulgarizado cientifico, político e econômico seguir, não se poderá refletir sobre o sistema geral de formação e transformação de enunciados, porque não se terá novos enunciados. O próprio da novilíngua é de fazer desaparecer a função meta-enunciativa do enunciado, a função metalingüística da linguagem, ou, em outras palavras, de dissociar a atuação enunciativa da possibilidade de pensar. Numa progressão indo da pratica discursiva ao saber e logo à ciência, a ciência instituída pela novilíngua està ameaçada pela esterilidade desta língua.

O problema atual seria então que as formações discursivas da nossa época – falo pela França – passam por uma língua que aspira à neutralização da linguagem. Nesse sentido, e seguindo os termos de Foucault em as *Palavras e as coisas*, a *epistémè* atual ameaça de se tornar em falta de *epistémè*.

O escritor Eric Hazan chama esta novilíngua LQR, Lingua Quintae Respublica, referindo-se assim à *Lingua Tertii Imperii*, expressão usado por Victor Klemperer para nomear a propaganda nazista durante o Terceiro Reich. A violência exercida sobre a língua e pela novilíngua tem manifestações plurais, aparece numa formação discursiva que invade muitos âmbitos : mídia - radio, televisão, jornais, internet, - publicidade, comércios, mas também discursos políticos, técnicos, e pseudocientíficos. A primeira demão do dia é quando você acorda com as notícias na radio, alternadas por momentos de publicidade. Depois, você sai para receber a agressão de cartazes publicitários na rua e no metrô, e a impregnação se confirma quando você chega ao trabalho e escuta os intercâmbios dos colegas. Ao sair do trabalho, os anúncios do supermercado confirmam a inscrição desta novílingua garantindo a felicidade no consumo, e na noite, os comentários de políticos na televisão parecem rematá-la. Ao final do dia, você renuncia a pensar: as palavras que você incorporou não permitem-no.

O empobrecimento das formações discursivas é devido à invasão de um idioma provindo do liberalismo, estendendo a lógica empresarial a qualquer domínio, mas também de uma tradição do esporte, promovendo, de forma similar, uma "ultrapassagem" de si mesmo pelo esforço e a firmeza da vontade. Esta língua promovida pelo neoliberalismo para promovê-lo resulta da influência crescente de economistas e publicitários.
Mas o que entendo por "novilíngua", quando me refiro a esta propaganda midiatica?

A Novilíngua

No romance *1984* de George Orwell, novilíngua designa um idioma fictício criado pelo governo autoritário da Oceania, um dos três impérios restantes no mundo. Como escrevia Orwell no apêndice a 1984 "Os princípios da Novilíngua", o objetivo desta linguagem é de promover o modo de pensamento dos devotos de *IngSoc* (English Socialism, o partido único), mas também de tornar impossível qualquer outro pensamento, por falta de palavras adequadas.
O meio para fazê-lo é de construir palavras expressando exatamente e sutilmente tudo o que um membro do partido precisar expressar, e de excluir outros sentidos, e outros modos de chegar aos sentidos admitidos. Isso se consegue inventando novas palavras, eliminando palavras indesejáveis, ou suprimindo a polissemia de algumas outras. A palavra "livre" por exemplo, acaba por ser usada unicamente em expressões como "o cao esta livre de pulgas", e desaparecem os sentidos de liberdade política ou intelectual, já que não existem como conceitos.

Assim, esta linguagem é desenvolvida não tanto pela criação de novas palavras, como pela "condensação" e "remoção" delas ou de alguns de seus sentidos, com o objetivo de restringir o escopo do pensamento. Trata-se de suprimir todas as nuances da língua para conservar somente dicotomias (*pleasure and pain, happiness and sadness, goodthink and crimethink*), reforçando a influencia do Estado.

A novilíngua recebe então a missão de reduzir o âmbito e o alcance do pensamento, talhando a extensão e a compreensão das palavras, e também cancelando palavras inúteis.
Orwell divide a novilíngua em três classes de palavras: vocabulário A, B e C.

1.O vocabulário A, consistindo em palavras necessárias ao cotidiano (comer, beber, trabalhar, vestir-se, subir ou descer a escada, etc.), é composto de palavras jà existentes, cujo número é muito reduzido e cujo sentido é rigidamente definido. Essas palavras têm que ser expurgadas de qualquer

ambigüidade, ou polissemia. Por conseguinte, a linguagem é usada só de forma instrumental, e a palavra se transforma em signo designando uma única realidade fixa, excluindo qualquer hesitação semântica, ou criação interpretativa. As palavras são retiradas do contexto histórico ou etimológico delas para serem associadas a uma única realidade.

Na gramática aplicada a este vocabulário, destaca-se um aspeto. Os elementos são intercambiáveis: qualquer palavra pode ser usada como verbo, substantivo, adjetivo e advérbio. Por exemplo, na novilingua de *1984*, a palavra *thought* não existe, é substituída pelo verbo *think*, nas formações *goodthink* (pensamento seguindo os princípios do partido), *goodthinker*, *goodthinkful* e *crimethink*. Impede-se assim qualquer reflexão sobre a multiplicidade dos sentidos etimológicos e a evolução deles.

Portanto, não se precisa de palavras contrarias: qualquer palavra pode virar negativa ao acrescentar o prefixo "*un*", reforçado por "*doubleplus*" (*good*, *ungood*, *doubleplusgood*). Desaparecem assim todas as nuances entre palavras numerosas se referindo a realidades similares, para ficar só uma oposição binária.

2. O vocabulário B contém palavras deliberadamente construídas para objetivos políticos, com intenção de impor uma atitude mental quando se as utiliza. O mecanismo de construção delas é de concentrar muitas idéias em poucas silabas, fornecendo assim atalhos verbais potentes que permitem fazer atalhos no pensamento. São combinações de palavras como *goodthink* e *crimethink*, *Minipax* (Ministerio da Paz, ou seja da guerra), *sexcrime* (sexualidade imoral) ou *goodsex* (castidade), *Teledep* (departamento de teleprogramas), *ficdep* (departamento de ficção).

"*Oldthinkers unbellyfeel Ingsoc*", por exemplo, quer dizer "Aqueles com idéias formadas antes da Revolução não podem ter uma plena compreensão emocional dos princípios do partido Ingsoc (socialismo inglês)".

Muitas palavras do vocabulario B são eufemismos ou inversões : *Joycamp* (campo de trabalho forçado) ou *Minipax*.

Nessas palavras, a abreviação permite reduzir e mudar o sentido, e impossibilitar a maioria das associações ligadas a elas. A maioria das palavras B podem ser pronunciadas no mesmo ritmo, staccato e monótono, com a intenção de virar um discurso absolutamente independente de consciência.

A idéia dominante aqui era que uma vez que as pessoas não pudessem se referir a algo, isso passaria a não existir. Assim, por meio do controle sobre a linguagem, o governo seria capaz de controlar o pensamento das pessoas, impedindo que idéias indesejáveis viessem a surgir

3. O vocabulário C contém termos científicos e técnicos, rigidamente definidos e despojados de

qualquer sentido indesejável. São um jargão próprio a cada domínio de ciência, mas absolutamente privado de qualquer reflexão sobre a atitude da ciência, de qualquer epistemologia.

Mudanças linguísticas e violência

Vejamos agora como essas categorias podem ser aplicadas à novilíngua atual na França.
Comecemos por exemplos do vocabulário A. Na formação discursiva midiático-política na França, a palavra "República" segue esta evolução. Não é mais a *res publica*, a coisa pública, a organização política da sociedade, ou a configuração política onde o poder, não hereditário, é compartilhado e exercido pelos representantes de uma parte ou da totalidade do povo. A Republica vem designar, de forma unívoca, um sistema regido por especialistas, onde a distribuição dos saberes se sobrepõe exatamente à distribuição das posições. O presidente da Assembléia Nacional assim escreveu, numa perda total de sentido :

"A República, herdeira de todos os que expressaram a carência das liberdades individuais perante as forças do mercado, agora concilia a economia liberal e a ética dela, fundada sobre a recompensa do mérito ou da responsabilidade individual, com o serviço público e o interesse geral".

Portanto, os valores da República passam da defesa do bem-comum às iniciativas economicas pessoais, excluindo, todavia, qualquer forma de diferença subjetiva. É em nome da Republica - que no sentido da Revolução Francesa deve recusar qualquer forma de identificação étnica ou religiosa – que se proíbe usar o véu ou discriminar pela cor. Porém, a Republica exclui todos os que não participam à sua ordem econômica, marginalizados em guetos, e definidos como a população "originada da imigração". Perante essas contradições, o sentido dominante que fica na palavra Republica é a promoção do liberalismo econômico : as empresas são *republicanas*, a iniciativa individual é *republicana*, a recompensa do mérito é *republicana*. A técnica principal aqui usada é a repetição: nas mídia, nos discursos políticos, nos anúncios e pôsteres, a Republica é assim esvaziada dos seus sentidos históricos para ser ligada ao beneficio privado.

Isso acontece também para palavras vindo do vocabulário da Revolução Francesa: o termo "cidadão" passou de substantivo à adjetivo qualificando atitudes publicas e comportamentos comerciais conformes à mentalidade do momento. Assim, fala-se de "iniciativa cidadã", "empresa cidadã", "mercado cidadao", "café cidadao", "comité de empresa cidadã", etc.

Uma mudança similar de categoria gramatical aconteceu com a palavra "natureza", que passou de

substantivo à adjetivo e advérbio. O impacto é assim muito mais forte, para ocultar uma falta de consideração do outro ou um desprezo total por elementos considerados inúteis (literatura, filosofia, reflexão elaborada) sob um disfarce de ecologia e autenticidade. Os anúncios de supermercados encorajem a "comer natural", as imobiliárias vendem imoveis que permitem "viver natureza", e centros "ser natureza" propõem estágios de conhecimento de si e mensagens de equilibração de energias. Antes ter que explicar que a ideologia do natural pode ter extensões racistas e fascistas, que não existe natureza humana sem ser sempre retomada pela cultura simbólica, quando me dizem "Eu sou natureza", tenho vontade de responder pondo-me a caminhar a quatro patas…

Em relação à Revolução francesa, repete-se com muito lirismo a convicção nos "valores universais" que formaram a França. "Universal" é despojado do sentido do "que se estende à terra inteira", ou "do que reune muitos singulares sob uma natureza comum (homem, cavalo, etc.)", para equivaler à definição da essência francesa, uma mistura de tolerância inigualada, de direitos humanos e de terra de acolhimento. Lembremo-nos, todavia que estes valores foram vigentes só em momentos históricos reduzidos: alguns meses durante a Revolução Francesa, ou algumas semanas durante o episodio da Comuna de Paris. Em outros momentos, os estrangeiros têm sido no mínimo assediados, se não perseguidos, como sob o regime de Vichy ou atualmente, quando se castiga severamente o acolhimento de estrangeiros em "situação irregular". Recordo que o objetivo atual do ministro da imigração é de expulsar 25000 estrangeiros por ano, e de aumentar em 50% as operações de "acompanhamento à fronteira". Cabe ressaltar também que este Ministerio se chama "Ministère de l'immigration, de l'intégration, de *l'identité nationale* et du codéveloppement", suscitando a questão da natureza desta identidade nacional, tão ameaçada pela imigração que precisa figurar no ministério.

O capitulo da imigração é desgraçadamente comprido atualmente, e a atitude da França não tem nada de universal: em 2007, para dar só um exemplo, um emenda foi introduzida prevendo a execução de testes genéticos para estabelecer a filiação em caso de agrupamento familiar. Fica bastante claro que os "valores universais" da Republica não permitiriam tal intrusão na vida privada de cidadãos franceses - mas serão então de fato universais ao não serem aplicados a estrangeiros?…
Ainda neste campo de imigração, é instrutivo ver como a novilíngua institui termos precisos com sentido e referentes fixos. Os filhos de imigrantes vindo da África do Norte foram primeiro chamados "magrebinos", sejam de Trípoli, de Rabat, de Argel ou de Jerba (seria como dizer latino-americanos sem mais precisão). Logo, os filhos deles têm sido designados pela expressão deliberadamente não definida de população "derivada da imigração". Estranhamente, esta expressão não se aplica a descendentes de italianos, portugueses, polacos ou ingleses. Ela aponta expressamente os "magrebinos", e lhes abastece desta sulfúrica dimensão de perturbadores da

ordem: os "derivados da imigração" são com freqüência os que povoam com barulho os vestíbulos de prédios, as prisões ou os centros de retenção.
Na mesma evolução lingüística, destaca-se a expressão amalgamadora de "arabo-muçulmano", que, num processo similar, fabrica uma realidade inexistente, sistematicamente associada ao terrorismo. É em nome dos "valores universais" que se denunciam as ações terroristas sempre efetuadas por jovens "de origem arabo-muçulmana". Esta expressão fundamenta-se sobre a ignorância de muitos franceses, convencidos que Turcos, Iranianos Paquistaneses ou Indonésios são árabes, por serem muçulmanos, ou que não podem existir arabes cristãos, judeus ou simplesmente ateus. Aqui tem reminiscências das mitológicas "conspirações judeo-bolcheviques"…

Porem, “universal” segue sendo usado para indicar o brilho, o esplendor e a gloria da França quando esta se rebela contra valores que não são os dela. A ministra atual da habitação por exemplo denunciou muita vezes a “ideologia do *gender*” e a “ameaça *queer*” que vêm questionar a diferença sexual, valor *universal* da sociedade. Os mesmos valores universais justificam plenamente um direito de ingerência nos paises que carecem deles, na forma de guerras preventivas que multiplicam os bombardeios e as vitimas civis em nome da civilização. Era também em nome da civilização que se legitimava a colonização dos selvagens, a evangelização que lhes sacava do estado de falta de história, de cultura, e até de humanidade. Portanto, não é surpreendente que em fevereiro 2005 tenha sido promulgada uma lei impondo que os programas escolares de historia reconheçam “o papel positivo da colonização”…

Num processo similar de petrificação do sentido, a palavra "social", vindo de *socius*, aliado, e referindo-se originalmente aos assuntos ligados à sociedade (o Contrato social da filosofia política contactualista), está agora relacionada com as medidas tomadas para que os indigentes, chamados “modestos” ou “desfavorecidos”, aceitem sua propria situaçao. Numa promoção da compaixão e dos bons sentimentos, desenham-se "projetos sociais", "habitações sociais", "trabalhadores sociais", ou "prestações sociais", que não se chamam "socialistas", por serem antes populistas. Na mesma logica, existem também "planos sociais" nas empresas, que, ao serem sociais, permitem fazer admitir que as dispensas coletivas que estas empresas impoem acabam agindo pelo bem da sociedade. Paralelamente, a palavra é esvaziada de todo sentido: fala-se de "compromisso social" pelo capitalismo reformado, de "mediação social", ou de vigília "técnica e social" da policia.

Outro exemplo. O uso atual da "sociedade civil" (originalmente equivalente à sociedade, ou seja a população de uma cidade) refere-se a todo assunto que não pertencer ao mundo político ou estatal: organizações não governamentais, sindicatos, associações. Mas tanto promover as iniciativas da

sociedade civil não implica que a política dos políticos é degenerescente e corrompida, que a intervenção do Estado precisa ser limitada, na lógica da livre iniciativa liberal? Esconde-se assim o feito que as organizações da sociedade civil não são tão simplesmente um contra-poder, mas só a extensão da tecnologia moderna de outros poderes (a lista das ONG ligadas a interesses do poder estatal ou do mercado liberal é interminável).

Alias, a palavra "modernização", derivada do latim "*modernus*" (de *modo*: pouco depois, recente) não tem nada que ver com uma mudança do antigo ao mais recente (seguindo os humores da moda), mas é sempre apresentado como um processo imprescindível para evitar uma ruína certa. Evocam-se com tom profético e decidido as exigências de "modernização na empresa francesa", de "modernização das estruturas do Estado", de "modernização do mercado do trabalho", da economia ou do sistema da saúde, com o objetivo de esconder o fato de que ninguém sabe para onde vai a mudança, e convencer que a modernização é um processo seguido pelo bem da maioria.

Exemplos do vocabulário B seriam muito numerosos, e não específicos à França se considerarmos nessa categoria os acrônimos e siglas. Em muitas siglas, a abreviação permite de esconder o sentido das palavras plenas, impossibilitar a maioria de associações ligadas a elas, e de certa forma impedir de pensar nos níveis social, político, ideológico ligados a essas palavras talhadas. Os CDI e CDD (Contrato - de trabalho - a duração indeterminada ou Determinada) são realidades inamovíveis, os RMIstas (beneficiarios do Rendimento Mínimo de Inserção) são majoritariamente marginalizados, as PME (Empresas Pequenas e Médias) são o modelo da salvação francesa, o INSEE (Instituto Nacional de Estatísticas e Estudos Econômicos) é a boca da verdade, o INSERM (Instituto National da Saúde e da Pesquisa Medical) é a quintessência da ciência, as CPAM (Caixa Primária de Seguro Médico) são uma ruína para o Estado, os CRS (Companhias Republicanas de Seguridade) podem serem bestas legais, as CFA (Colônias da África Francesa) viraram Comunidade Francesa de África quando foram substituídas pelos melodiosos DOM-TOM (Domínios de além-mar, territórios de além-mar).

O vocabulário C tem desgraçadamente muitas extensões na França atualmente. Como em muitos paises, está culminando, no âmbito comum, o positivismo de uma perspectiva pseudocientífica, baseada sobre remanências de princípios ultrapassados da ciências da natureza: o cálculo e a medida, sistemas hipotético-dedutivos estabelecidos sobre a experimentação, a verificação e resultado. Em uma palavra, a eficácia objetiva. Todo assunto, até os das ciências humanas, está submetido a esta

perspectiva. O corpo humano, por exemplo, é abordado pela medicina como objeto físico sem nenhuma interioridade, entregue a experimentos intervindo sobre os sistemas para estabelecer regularidades objetivas reprodutíveis. O conhecimento aqui buscado não é puramente especulativo: articula-se a técnicas de intervenção, práticas medicais de controle e manipulação. Disso resultaram inumeros progressos para a medicina, mas aparece o perigo de reduzir o corpo a uma justaposição de partes compartimentadas, e extinguir a arte da clinica médica à custa de uma ciência reivindicando os princípios de exterioridade e neutralidade.

Hoje, na França, como em muitos paises, triunfa a instituição simbólica da ciencia positiva, evacuando qualquer questão de sentido em beneficio de meros problemas a resolver, de resultados concretos e rápidos.
Esta vulgarização de atitudes cientificas vem combinada com "conceitos" da economia empresarial e do "management", valorizando os critérios de rendimento, eficácia, operacionalidade, estimulo e resposta, mas excluindo qualquer epistemologia. Efetivamente, não tem nenhuma forma de reflexão sobre a cientificidade dos modelos impostos no campos da saúde física e mental, da educação ou da justiça. Prevalece uma ideologia cientificista nas representações coletivas, um neo-classisismo reducionista onde se encorajam a intervenção ativa, a transformação, a dominação, o controle, e a racionalização simplista. Na psicoterapia por exemplo, a patologia psíquica procede do lapso de esquemas cognitivos que precisam serem corrigidos, substituindo às causalidades erradas circuitos justos, ensinando novos condicionamentos, reduzindo tudo a causas e efeitos, ações e retro-ações, excluindo totalmente o sujeito.
Por isso triunfam as palavras de "racionalisação das operações", e "otimização" dos resultados", de "reestruturação" econômica ou dinâmica. A "crise", termo originalmente médico (momento agudo de uma doença, antes do restabelecimento… ou da morte) e logo econômico (a crise de 1929) é empregada para designar a habitação, o emprego, a educação, ou igualmente a carne bovina. Com a palavra "crise", estes problemas crônicos têm irredutivelmente uma solução rápida, a temporalidade da eficácia cientifica tendo que ser breve. Outra palavra científica, o crescimento, vem indicar, graças à autoridade incontestável das cifras, o objetivo não somente da economia mas de toda perspectiva política e social, com um cinismo real. Assim, como se escrevia no Monde de 25 maio 2005, "Apesar das guerras e da pobreza, o continente negro realizou em 2008 o crescimento mais alto em 8 anos". O crescimento é a única forma de tirar a França - ou outros paises - da sua "atonia econômica e social" (*Le Monde*, 6 dezembro 2004).

A palavra "performance" também derivada do âmbito desportivo, vem dar um toque cientifico aos desempenhos da organização de relações humanas numa empresa ou num serviço publico, à eficácia da universidade, ou à virtude da tecnologia de detecção de imigrantes clandestinos. Assim se

escrevia no *Figaro* "a detecção eletrônica nos caminhões, das emanações de gás carbônico pela respiração, ou a adoção do "heart beat detector", que permite localizar com maior *performance* os batimentos cardiacos" (16 novembro 2004).

A cientificidade das avaliações é incontestável: uma recente investigaçao do INSERM sobre os distúrbios de "comportamento" (palavra altamente científica) das crianças estabelece um vínculo indubitável entre as dificuldades de comportamento de crianças de menos de 3 anos e o risco de delinqüência ulterior. O governo avaliza esta investigação, recomendando uma detecção precoce nas creches com "cadernos de comportamento".

Similarmente, a lei de 25 de fevereiro 2008 estabelece uma " retenção de segurança" para pessoas consideradas como "particularmente perigosas": quando elas acabarem a pena numa prisão, são privadas de liberdade e encarceradas em estabelecimentos especiais. Um exame medico-psicológico e as estatísticas sobre a recidiva predizem o funcionamento psíquico e os atos delas, e as colocam em cárcere por antecipação, de atos que elas ainda não cometeram.
O presidente Sarkozy, grande sábio e científico, considerou publicamente a pedofilia e o suicidio dos adolescentes como determinados pela genética (uma outra palavra científica). Nesse uso reducionista e preditivo da genética, a solução é "a castração química" aos primeiros. Será a solução também a eliminação dos segundos já na infância, antes de se tornarem adolescentes, para não se suicidarem?

Eis então uma verdadeira formação discursiva combinando, como mostrou Foucault, vários campos, mostrando um eco entre instituições, processos econômicos e sociais, formas de comportamento, sistemas de normas e técnicas. Estas formas discursivas tendem a reduzir a linguagem a uma novílingua que busca a eficácia à custa da verossimilhança. Ao serem esvaziadas dos seus sentidos históricos, etimológicos, subjetivos, ao serem restringidas a um sentido fixo excluindo qualquer forma de associação, estas palavras impõem a aceitação de uma única realidade ao mesmo tempo que introduzem um empobrecimento do pensamento. A novilíngua exerce uma violência efetiva sobre o pensamento, para manter a coesão grupal.

Novilíngua e mecanismos psíquicos

Vejamos agora os mecanismos psiquicos que esta novilíngua convoca.
O primeiro deles é uma forma de denegação, através do uso do eufemismo. Fala-se de condições, pessoas, famílias "modestas", para não ter que reconhecer a indigência deles, de "reestruturação" para não admitir a crueldade da dispensa, ou de "parceiros sociais" para dar a impressão que

sindicatos e presidentes de empresas estão do mesmo lado. Outro exemplo, a palavra "reforma" permite acelerar a conversão de instituições públicas pela privatização. Alem do mais, o eufemismo serve para esconder um vazio conceitual com palavras cujo sentido foi esvaziado, e fazem assim evitar qualquer litígio. Não se fala mais de classes na sociedade, mas de “camadas” ou "categorias socio-profissionais", conjurando assim o espectro da rebeldia social, e substituindo aos oprimidos ou explorados a categoria dos "excluídos" (evidentemente sem excluidores : os excluídos são vitimas de si mesmo, já que numa sociedade onde cada um é uma pequena empresa, cada um é responsável da sua própria falência). Pelo mesmo motivo de conservação da coesão social, os patrões viram "managers" e "coaches" intuitivos e humanistas que não controlam e ordenam mas animam e acompanham no desenvolvimento pessoal.

A palavra “proximidade” justifica a intrusão da violência legal nas expressões “justiça de proximidade” ou “policia de proximidade”.

O segundo mecanismo psíquico explorado pela novílingua é a formação reativa: atitude ou habitus psicológico de sentido oposto a um desejo recalcado. A "escuta", a "pratica no terreno" são temas recorrentes nos discursos políticos, ainda mais reforçados pelos advérbios "concretamente" e "verdadeiramente". Nunca se falou tanto de "comunicação", "intercambio", "dialogo", que quando o vínculo social tendeu a ser substituído por uma engenharia de relações humanas. Cada empresa tem um departamento de "recursos humanos", que, se não fosse irônico, poderia ressoar como recursos petroliferos. Os discursos políticos intimam o multiculturalismo quando a sociedade é profundamente compartilhada em os franceses que não migraram e os que derivam da imigração. As empresas se elogiam pela sua "etica" de "rigor", "virtude" , e "transparência". Aparecem assim expressões absurdas por serem contraditórias, estipulando que "o mercado sofre", a guerra pode ser "humanitária", tem "bombas inteligentes", e "golpes cirúrgicos".

O mecanismo recíproco a esta formação reativa é identificação projetiva, através da dramatização ou de uma explosão retórica da violência, como se as moções agressivas recalcadas tivessem de se expressar de algum modo. A dramatização acontece com a multiplicação de expressões usando sem : "sem-direitos", "sem-papeis", "sem-teto", "sem-domicilio fixo", "sem-terra", "sem-emprego", que ressoam como os "sem fé nem lei". O tema da "seguridade", massivamente explorado nas campanhas políticas, aumenta a desconfiança em todo o desconhecido. O mais fragil tem que ser protegido pela policia, pelas leis anti-imigração, ou, nos anúncios, pelos detergentes de lã e leite hidratante. Metáforas belicosas são usadas por jornalistas e políticos: têm uma "guerra de civilizações", os usuários dos transportes públicos são "seqüestrados pelos grevistas", e tal comercio se glorifica de uma "ofensiva sobre os preços". Por causa dos "selvagenzinhos" que vivem neles, - majoritariamente filhos de antigos imigrantes, que ficaram fora do modelo da civilização

republicana, e que precisavam ser repreendidos e castigados - os subúrbios devem ser, afirma o presidente atual, limpos "ao Karcher" " (aparato limpador de alta pressão muito abrasivo). O objetivo dessa dramatização é de fazer aparecer a determinação dos locutores em ser fieis aos conceitos deles: seguridade, disciplina, firmeza, ordem.

Mas essa novilíngua revela também, como temos visto, um mecanismo perverso de duplo vinculo : os usuários sabem que os sentidos reservados às palavras da moda não são verdadeiros, e que as realidades vendidas não são autenticas. Porem, seguem acreditando. Este fenômeno é descrito como "duplipensar" por George Orwell, nestas palavras:

"Saber e não saber, ter consciência de completa veracidade ao exprimir mentiras cuidadosamente arquitetadas, defender simultaneamente duas opiniões opostas, sabendo-as contraditórias e ainda assim acreditando em ambas; usar a lógica contra a lógica, repudiar a moralidade em nome da moralidade, crer na impossibilidade da Democracia e que o Partido era o guardião da Democracia; esquecer tudo quanto fosse necessário esquecer, trazê-lo à memória prontamente no momento preciso, e depois torná-lo a esquecer; e acima de tudo, aplicar o próprio processo ao processo. Essa era a sutileza derradeira: induzir conscientemente a inconsciência, e então, tornar-se inconsciente do ato de hipnose que se acabava de realizar. Até para compreender a palavra "duplipensar" era necessário usar o duplipensar."

E descrição mais sintética:

"Duplipensar é a capacidade de guardar simultaneamente na cabeça duas crenças contraditórias, e aceitá-las ambas."

Ao aparecerem, estas palavras da novilíngua revelam algumas tendências, mas também contribuem a reforça-las, contaminando, por ondas sucessivas, outros ambientes, outras mídias, e outras categorias. Quando, numa sociedade, o discurso político põe ênfase sobre a democratização e a abolição ideológica das classes, mas permanecem diferenças de educação, de acesso à cultura ou de mobilidade social; quando a insegurança, a precariedade e o futuro improvável saturam as previsões dos governantes e empresários cujo riqueza ostentasível fica intacta, quando o encorajamento da iniciativa pessoal é acompanhado por uma condenação do "individuo egoísta" que terá promovido maio de 68, uma verdadeira "comunicação traumática" é assim estabelecida. Harold Searles veia neste tipo de comunicação um "esforço para virar ou outro maluco".
As injunções contraditórias são numerosas na sociedade atual: o êxito é valorizado mas só se estiver submetido aos critérios de rendimento econômico; a iniciativa pessoal é requerida mas se estiver conforme à normas particulares.

Com este desempenho da novilíngua, a linguagem usada é quase totalmente esvaziada do seu

sentido; as palavras ficam como signos referindo a realidades fixas e restringidas, mas que, ao mesmo tempo, podem mudar no contrario e revelar o vazio que ocultam. Poderíamos fazer a experiência da inanidade desta linguagem imitando-a :

"Este progresso histórico é uma reestruturação, uma mudança de posicionamento devida à avaliação estratégica de uma comissão de especialistas"

Esta frase poderia servir tanto na apresentação da necessidade de despedir empregados numa empresa, como na promoção dos novos serviços do hospital, na reforma da escola, na decisão de tomar medidas drásticas para encaminhar imigrantes à fronteira ou na vontade de ratificar os testes de tendência à delinqüência impostos a crianças de 3 anos.

Esta pratica ao mesmo tempo petrificada e vazia da linguagem fica bastante similar ao uso da linguagem pelo psicótico. Como indicava Freud, a psicose caracteriza-se pelo feito de tomar representações de palavra por representações de coisa. Resulta de uma falta de simbolização, e a impossibilidade da dimensão metafórica da linguagem. é precisamente esta dimensão que carece aqui.

Portanto, a prática lingüística da novilíngua, e as formações discursivas que ela revela e ecoa encaminham na direção de uma anulação séria da subjetividade e das possibilidades de simbolização e elaboração.

As "loucuras contemporâneas" mostram, ao meu ver, esta hesitação estrutural entre uma necessidade de adaptação social, econômica, profissional ás expectativas neoliberais, por um lado, e, por outro lado, a deflagração súbita e pontual da subjetividade em atos ou discursos loucos, exteriorizando a violencia padecida. Estas psicopatologias sociais revelam dois afetos principais apontando o vazio que provoca a novilingua: o aborrecimento, e a angustia.

Insistimos em chama-las loucuras contemporâneas para evitar a categoria pouco precisa de "estados limites". Referimo-nos também às duas experiências da folia articuladas pelo renascimento e a idade barroca sublinhadas por Michel Foucault. Uma experiência trágica, cósmica, revela a fascinante proximidade da loucura e o cortejo de verdades que traz com ela. Numa experiência crítica, pela distancia da ironia, a loucura escarnece das ciências desreguladas, das vãs ações humanas, do erro do poder. Escolhemos ver esta dimensão de loucura ao centro do homem e de humanidade ao centro da loucura, de loucura da sociedade e crítica da norma nas manifestações atuais da psicopatologia. Por isso retomamos o termo de "loucura", alem de qualquer classificação nosográfica desempenhando uma objetivação ou uma eliminação normativa destas formas.

O termo de loucura aponta uma realidade social: os malucos são apreendidos em comparação com "normais". Recapturamos esta separação entre loucura e normalidade, mas invertendo-a : as loucuras contemporâneas são as que vêm alterar uma norma e uma normação, e indicar um disfuncionamento

social, político e econômico.

Perante esta manipulação perversa da linguagem pela novilíngua, que podemos fazer? Primeiro não ceder da língua, como não se deve ceder do desejo, e tentar reativar o que Jakobson chamava a função poética da linguagem. A saída do pesadelo da novilíngua parece ligada a tres perspectivas que arriscam a remover a criatividade da linguagem : a poesia, o humor e a psicanalise. Um exemplo disso poderia ser achado no chiste judeu que Freud recorda em *Os chistes e a sua relação com o inconsciente* :

'Dois judeus encontraram-se num vagão de trem em uma estação na Galícia. "Onde vai?" perguntou um. "À Cracóvia", foi a resposta. "Como você é mentiroso!", não se conteve o outro. "Se você dissesse que ia à Cracóvia, você estaria querendo fazer-me acreditar que estava indo a Lemberg. Mas sei que, de fato, você vai à Cracóvia. Portanto, por que você está mentindo para mim?"'

E Freud acrescenta uma observação essencial :

« Mas a mais séria substância do chiste é o problema do que determina a verdade. O chiste, uma vez mais, aponta para um problema assim como faz uso da ambigüidade de um dos nossos conceitos mais comuns. Estaremos certos em descrever as coisas tal qual são sem nos importarmos em considerar a forma pela qual nosso ouvinte entenderá o que dissermos? »

Deixo vocês decidirem, em função da consideração que terei tido da sua compreensão, se falei a verdade…

VIOLENCIA NA PSICOPATOLOGIA WINNICOTTIANA

Tânia Maria José Aiello Vaisberg
Pontifícia Universidade Católica de Campinas

Resumo: O artigo aborda as contribuições psicopatológicas de D.W.Winnicott, indicando que tanto seguem delineamentos fundamentais da tradição psicanalítica como exibem aspectos de inegável originalidade. A questão da violência é abordada nos contextos da psicopatia e da existência inautêntica, sendo recomendados estudos que ampliem os modos pelos quais a ação do ambiente é considerada.

Palavras-chave: psicopatologia, violência, dissociação, psicopatia, D.W.Winnicott

Durante muito tempo, D.W.Winnicott foi conhecido como o "notável clinico" (Roudinesco,1998) responsável por um dos verbetes do clássico dicionário de Laplanche e Pontalis (1967), aquele relativo ao objeto transicional. Posteriormente, passou a ter seus textos cada vez mais lidos e citados, num movimento de reconhecimento crescente de sua obra como contribuição inovadora e dotada de varias virtudes. Atualmente, encontram-se, entre seus leitores, tanto aqueles que o consideram como autor menor que daria retoques finais a um edifício teórico cujas linhas de sustentação estariam, de há muito, garantidas, como outros, que lhe atribuem uma originalidade capaz de transformar paradigmaticamente a psicanálise que o antecedeu (Loparick,1997) ou mesmo de responder, por meio de suas teorizações, às críticas à metapsicologia enquanto construção mecanicista, determinista, reducionista que, se atendia às condições previstas por Kant para uma psicologia rigorosa que adotaria o modo de teorização da física (Fulgêncio, 2008), revelar-se-ia absolutamente incompatível com a natureza e complexidade do que visava explicar (Politzer,1928; Galimberti, 1979). De nossa parte, inserimo-nos entre aqueles que consideram que sua contribuição inigualável, na medida em que permite não apenas a resolução de importantes problemas epistemológicos, oriundos do uso de modelos metapsicológicos (Aiello-Vaisberg, 2004) , mas sobretudo levar a Psicanálise a cumprir de modo primoroso sua vocação original de saber que se contrapõe vigorosamente contra a psiquiatrização do sofrimento humano.

Chegamos ao estudo do texto winnicottiano pela via de uma preocupação com a extensão do saber psicanalítico, que sempre nos pareceu o mais completo e aprofundado referencial teórico, ao atendimento psicológico a usuários do sistema psiquiátrico e a pessoas acometidas por doenças orgânicas graves, em contextos institucionais. Cedo entendemos que não seria possível implantar o dispositivo analítico padrão, não apenas por razões econômicas, tendo em vista os altos custos da psicanálise, mas sobretudo em razão das necessidades emocionais destes pacientes, que não apresentam demanda no sentido de aumento do auto-conhecimento mas vivem sofrimentos emocionais importantes, que podem gerar conseqüências prejudiciais para si próprios e para aqueles que lhes são próximos. Esta constatação se tornou agudamente presente na medida em que acompanhamos os movimentos da reforma psiquiátrica brasileira que, adotando o modelo italiano, vem se caracterizando pela manutenção do dispositivo de medicação psiquiátrica e desenvolvimento de práticas sócio-educativas que visam reabilitação psicossocial, mas não se empenhou na criação de novos dispositivos clínicos, com objetivos propriamente psicoterapêuticos.

Assim, partimos em busca da configuração de um enquadre diferenciado de trabalho, que tanto permitisse, por exemplo, o atendimento a indivíduos diagnosticados como psicóticos como a pacientes soropositivos para o HIV ou em condições quase terminais de recepção de cuidados paliativos. Por esta via, chegamos à criação de um serviço clínico universitário, a "Ser e Fazer": Oficinas Psicoterapêuticas de Criação, do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo[7], no qual sessões preferencialmente grupais se configuram ao redor da apresentação de materialidades mediadoras e da instauração de um encontro inter-humano de características fundamentalmente sustentadoras. A eficácia clínica desta proposta vem sendo cuidadosamente examinada ao longo dos últimos onze anos, por meio da realização de investigações que deram origem a dissertações de mestrado, teses de doutorado e vários artigos. Sua concepção, como veremos a seguir, encontra seus fundamentos em idéias winnicottianas sobre o sofrimento humano, que a nosso ver se organizam como uma teoria que, mantendo-se rigorosamente psicanalítica, é altamente original, entre outras razões, porque se articula ao redor de um paradoxo fundamental, segundo o qual a sanidade depende diretamente da possibilidade de uma peculiar experiência de loucura onipotente nos primórdios da vida individual.

[7] O Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do Instituto de Psicologia da USP é coordenado pela Professora Livre Docente Leila Cury Tardivo.

A Teoria do Sofrimento Humano no Pensamento de D.W.Winnicott

Em estudos anteriores, demonstramos a existência, no discurso winnicottiano, de duas psicopatologias, que denominamos explícita e implícita (Aiello-Vaisberg,2006).

No que diz respeito ao plano do que está claramente explicitado, encontramos, em diversas passagens, uma teoriazação que reconhece a existência de três categorias diagnósticas: a neurose, a psicose e uma faixa, mais ou menos ampla, que incluiria depressivos, anti-sociais, *borderlines* e outros, ou seja, uma grande variedade de condições que não se encaixam nos dois diagnósticos anteriores. Trata-se, portanto, de uma formulação aparentemente conservadora ainda que, como veremos, invoque determinações causais que diferem radicalmente daquelas encontradas na literatura, em função da importância atribuída ao ambiente. Disto resultarão visões inovadoras, na medida em que quadros como a psicose e a psicopatia, que a psiquiatria moderna considera como expressões de dimensões endógenas ou genéticas, serão vistos como produtos de falhas ambientais sofridas em diferentes momentos do amadurecimento individual.

Por outro lado, é importante reconhecer que, na medida em que introduziu uma dimensão existencial no campo psicanalítico (Roussillon, 1999), Winnicott concebeu uma nova teoria do sofrimento emocional, que permanece até certo ponto implícita. Tal formulação, que guarda clara afinidade com a psiquiatria existencial (Friendenberg, 1975), expressa-se pela assunção de que o cerne da saúde se encontra na capacidade do indivíduo de se sentir vivo e real, estado que seria o exato oposto da dissociação ou afastamento de si.

Evidentemente, as psicopatologias explícita e implícita guardam entre si algumas diferenças, mas ambas são estritamente psicanalíticas, na medida em que 1) operam no sentido de conceber todos os quadros psicopatológicos como dotados de sentidos emocionais e, portanto, compreensíveis e 2) consideram as manifestações sintomáticas e caracterológicas como expressão da fixação a pontos do desenvolvimento psico-emocional. Estas duas condições são aquelas que diferenciam abordagens

psicopatológicas psicanalíticas de outras provenientes de outros referenciais teóricos (Ionescu,1994). Vale a pena examiná-las.

Desde o seu surgimento, a Psicanálise revelou-se um saber absolutamente antagônico à Psiquiatria, na medida em que esta última constitui seu objeto de estudo a partir da seleção de condutas com alto " índice de não compreensão do observador", enquanto a primeira proclamou, de saída, a inexistência de limites para a compreensibilidade do fenômeno humano, a partir da proposição de constructos teóricos tais como inconsciente e regressão, que permitem que luzes sejam lançadas sobre sintomas aparentemente destituídos de sentido (Bercherie, 1980). Esta operação, como já tivemos oportunidade de demonstrar (Aiello-Vaisberg, 1999), faz da Psicanálise uma verdadeira antipsiquiatria, na medida em que vem implodir com toda e qualquer tentativa de excluir a psicose do acontecer humano universal, estabelecendo uma continuidade inevitável entre sanidade, neurose e psicose. Deste modo, pode-se afirmar que a Psicanálise, sendo uma ciência humana, assenta-se sobre fundamentos eminentemente éticos de caráter inclusivo, que legitimam todas as práticas que operam num sentido de respeito à alteridade.

Na concretude da clínica – e da vida – a manutenção de uma visão essencialmente psicanalítica é um grande desafio, na medida em que nos defrontamos com condutas bizarras, absurdas, cruéis ou moralmente inaceitáveis. Infelizmente, temos a impressão de que manifestações dotadas de grande crueldade e violência vem se apresentando ou acompanhando demandas clínicas de modo cada vez mais freqüente. Diante de certos atos, que nos chegam em grande detalhe, porque facilitam a venda de jornais e revistas, lembramo-nos muitas vezes da manifestação de Kurt Schneider (1950), que defendia uma posição anti-psicanalítica declarando ser mais fácil aceitar que certos monstruosidades grotescas do comportamento derivem do mal funcionamento corporal e não da alma humana.

O uso do conceito de regressão como organizador teórico, que se faz de modo estreitamente ligado ao pressuposto segundo o qual todas as condutas são compreensíveis por fazerem parte do acontecer humano, é o segundo aspecto pelo qual as psicopatologias psicanalíticas se diferenciam das demais. Todas elas podem, assim, ser consideradas, como desenvolvimentos da primeira sistematização psicopatológica psicanalítica, que devemos a Abraham (1924), que consiste na identificação de pontos de fixação ao longo de um eixo temporal no qual se inscreveria o desenvolvimento da libido.

Fica, assim, claro, que a Psicanálise se diferencia de todos os demais referenciais teóricos, na medida em que encara o patológico como o avesso de processos maturacionais (Ionescu,1994) e não como irrupção de algo absolutamente novo.

Winnicott se mantém fiel a este modo de pensar a patologia como avesso do desenvolvimento. Entretanto, como abandonou o pensamento metapsicólogico, de caráter especulativo, que exigia a postulação de uma energia, defrontou-se com a tarefa de substituir a idéia de fases psicossexuais, que se definiriam em função de zonas erógenas, energeticamente ativadas pela libido, por uma teoria do amadurecimento pessoal, cujo caráter é claramente concreto e próximo ao acontecer humano. Por outro lado, uma visão mais clara do seu pensamento só pode ser obtida se nos lembrarmos de que, segundo o método psicanalítico, todas as manifestações de conduta, inclusive as sintomáticas, devem ser consideradas em função dos contextos de sentido nos quais se inserem. Assim, será necessário levar em conta a eclosão de comportamentos violentos de forma contextualizada se quisermos alcançar alguma compreensão acerca do que se encontra emocionalmente em jogo.

Evidentemente, cabe toda uma discussão sobre a natureza do que os diferentes autores denominam contexto. No caso de um Bergeret (1974), o contexto a partir do qual os sintomas se tornam passíveis de serem compreendidos é o da estrutura da personalidade. Em Winnicott, os sentidos dos sintomas tornam-se apreensíveis no contexto da teoria do amadurecimento pessoal que, como já apontamos, corresponde a um modo de teorização que exige um baixo índice de abstração.

Os Atos Violentos e a Questão do Sentido

Embora admitir que atos violentos, que muitas vezes chegam a horrorizar, tenham sentido e não se reduzam a efeito de defeitos neuronais ou genéticos, exija um grande esforço do psicanalista, este é o seu ponto de partida, este é o seu pressuposto. Muitas vezes, contudo, será o profissional verdadeiramente tentado a abandonar uma visão estritamente psicanalítica na busca por se proteger contra profundas dores que o contato com certos acontecimentos inevitavelmente causa. Assim, enquanto os leigos podem se refugiar mais facilmente na crença de que tudo se explica quando se declara que o autor de certas agressões é um “doente mental”, sabem aqueles que adotam o referencial psicanalítico que nas condições psicóticas mais regredidas dificilmente estão reunidas as

condições pessoais necessárias para a consumação da violência, enquanto, por outro lado, dão-se conta de que dificilmente os agressores podem ser diagnosticados como psicóticos. Aliás, não sobrevém tranqüilidade nem mesmo quando o diagnóstico de psicose pode ser utilizado, uma vez que sabemos o acontecer humano, enquanto experiência emocional, está sempre em jogo, esteja ou não presente a condição psicótica.

Encontramos, no contexto do pensamento winnicottiano, diferentes passagens que fornecem elementos valiosos para a compreensão do ato violento. Vale a pena ressaltar dois tipos de teorização: aquela relativa à psicopatia e aquela relativa à necessidade de se sentir vivo e real.

No que diz respeito à conduta anti-social, Winnicott chega à elaboração de uma teoria absolutamente original, conforme a qual esta problemática teria seu ponto de fixação num período do amadurecimento em que a criança, já capaz de aperceber-se de sua dependência, ver-se-ia privada de aportes ambientais necessários. Os comportamentos anti-sociais corresponderiam, assim, à busca do que lhes teria sido subtraído, expressando, paradoxalmente, esperança na reconstituição de boas condições de vida:

"Inicialmente, preciso tentar definir a palavra psicopatia. Estou usando essa palavra aqui (e acredito estar justificado em assim fazê-lo) para descrever uma condição do adulto que é a delinqüência mal curada. O delinqüente é um rapaz ou uma moça anti-social não-tratado. Um rapaz ou uma moça anti-social é uma criança privada de algo. A criança privada de algo é uma criança que teve algo suficientemente bom, e depois não mais o teve, o que quer que seja, tendo havido então suficiente crescimento e organização do indivíduo na ocasião da privação para essas privações serem percebidas como traumáticas. Em outras palavras, no psicopata, no delinqüente e na criança anti-social existem lógica na atitude implícita "o ambiente me deve algo". Pessoalmente, acredito que em cada caso de organização anti-social houve um ponto em que houve uma mudança, com o individuo capaz de perceber o fato. Essa apreciação naturalmente não é habitualmente consciente, mas o ponto de privação pode ser lembrado, a menos que seja perdido junto com inumeráveis privações sucessivas.Minha tese principal é que o ajustamento defeituoso e todos os derivados desse tipo de distúrbio consistem essencialmente em um ajustamento defeituoso original do ambiente à criança, não tendo ocorrido (esse ajustamento defeituoso) ainda de forma tão

precoce que possa produzir psicose. A ênfase é dada na falha ambiental e a patologia por isso está primariamente no ambiente e apenas secundariamente na reação da criança. A classificação dos delinqüentes e psicopatas deve logicamente ser feita em termos de classificação de falhas ambientais. É por essa razão que surge imediatamente uma confusão se se tenta colocar psicopatia, reincidência e tendência anti-social na mesma altura de neurose e psicose. (Winnicott, 1959, p.123)".

Por outro lado, detectamos uma segunda vertente, muitíssimo interessante, relativa à relação entre a violência e busca de um estado pessoal no qual seja possível sentir-se vivo e real. Encontramos aí um veio bastante rico para pensar certas formas de manifestação violenta, principalmente quando envolvem condutas auto e hetero-agressivas. Incluem-se, possivelmente, nesta categoria, muitos dos comportamentos que certas vertentes psicanalíticas consideram como distúrbios perversos, entre os quais destacamos certas formas de sado-masoquismo, bem como a pedofilia. Em todos estes casos, podemos constatar a ocorrência de movimentos no sentido da recuperação ou do alcance de um sentir que se mantém inacessível a quem não supera a inautenticidade e a dissociação defensiva:

"O conceito de falso self não é difícil de se entender. O falso self se constrói na base da submissão. Pode ter uma função defensiva, que é a proteção ao self verdadeiro. Como princípio governando a vida humana poderia ser formulado com as seguintes palavras: somente o self verdadeiro pode se sentir real, mas o self verdadeiro não deve nunca ser afetado pela realidade externa, não deve nunca se submeter.Quanto o falso self se vê usado e tratado como real há um crescente sentimento de futilidade e desespero por parte do indivíduo. (...) Em um extremo da anormalidade o falso self pode facilmente ser tomado como real por engano, de modo que o self real está sob ameaça de aniquilamento; o suicídio pode então ser a reafirmação do self verdadeiro" (Winnicott, 1959,p.122).

Encontramos bons exemplos deste tipo de situação no filme "Clube da Luta"(Fincher,1999), no qual um homem busca escapar de uma sobrevivência fútil, consumista e sem sentido pela via da recuperação de um sentir fisicamente doloroso, a partir do qual possa despertar. Configuração análoga aparece na película que tomou a biografia de um grande escritor japonês do século XX, Yukio Mishima, como tema (Schrader,1985). Uma história pessoal que começa com a sensação de ser uma máscara –e não uma pessoa verdadeira, e que progride por meio de inúmeras e variadas

tentativas de sentir-se vivo e real, que passam pela homossexualidade, pela fisioculturismo, por militância política radical para, finalmente, apostar no próprio suicídio como solução radical, ensina o quanto pode ser feito numa luta desesperada por uma existência autêntica. Vale aqui lembrar que a própria inclusão do suicídio como tentativa provavelmente também pode revelar motivações inconscientes passíveis de serem encontradas em homicídios quando não está bem estabelecida a percepção da existência de separação entre o si-mesmo e o outro.

Em contrapartida, o amadurecimento emocional traria, consigo, o desenvolvimento da capacidade de se preocupar (Winnicott, 1963), que é, de fato, a única forma verdadeira e confiável de superação da violência patológica. Tal capacidade se instala ao longo do processo maturacional, quando o lactente pode sentir a mãe como uma pessoa completa:

"A capacidade de se preocupar é uma questão de higidez, uma capacidade que, uma vez estabelecida, pressupõe uma organização complexa do ego, que não se pode considerar de outro modo que não seja uma conquista, tanto uma conquista do cuidado do lactente e da criança como uma conquista dos processos internos do crescimento no bebê e na criança. (Winnicott, 1963, p.71)".

Pode-se, assim, considerar que a possibilidade de assumir posicionamentos eticamente respeitosos, verdadeiro antídoto da violência, tanto voltada contra si como contra o outro, repousaria, em última instancia, sobre o grau de amadurecimento emocional alcançado pelo indivíduo. Ora, na medida em que este, por seu turno, seria tributário da existência de um ambiente suficientemente bom, torna-se fundamental refletir acerca das condições necessárias para sua instauração, o que nem sempre é tematizado na obra winnicottiana, que parece se limitar a considerar o entorno familiar, sem questionar o contexto social mais amplo, a exemplo do que pode se encontrado, por exemplo, na obra de Ronald Laing (Friedenberg,1975). Acredito que este seja um importante desafio a ser enfrentado por aqueles que tem encontrado em Winnicott um interlocutor instigante a partir do qual questões clínicas atuais podem ser pensadas de modo fecundo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abraham, K. (1924) *Teoria Psicanalítica da Libido.* Rio de Janeiro, Imago, 1970.

Aiello-Vaisberg, T.M.J. O Ser e o Fazer na Clinica Ampliada e a Radicalidade do Pensamento Psicopatológico de D.W.Winnicott. In D.Calderoni *Psicopatologias: Clinicas de Hoje.* São Paulo, Via Lettera, 2006.

Aiello-Vaisberg, T.M.J. *Ser e Fazer: Enquadres Diferenciados na Clinica Winnicottiana.* São Paulo, Idéias e Letras, 2004.

Aiello-Vaisberg, T.M.J. Encontro com a Loucura: Transicionalidade e Ensino de Psicopatologia. Tese de Livre-Docência. São Paulo,Universidade de São Paulo, 1999 www.teses.usp.br

Bercherie, P. *Structure et Histoire du Savoir Psychiatrique.* Belgique, Navarin, 1980.

Bergeret, J. *Personnalité Normale et Pathologique.* Paris, Dunod, 2003.

Bleger, J. *Psicologia de la Conduta.* Buenos Aires, Paidos, 1963.

Fincher,D. Fight Club. EUA, Fox 2000 Pictures, 1999.

Friendenberg, E. *As Idéias de Laing.* Tradução Álvaro Cabral. São Paulo, Cultrix,1975.

Fulgencio Jr, L. *O Método Especulativo de Freud.* São Paulo, EDUC, 2008.

Galimberti,U. *Psichiatria e Fenomenologia.* Milano,Feltrinelli,1979.

Ionescu,S. Catorce Enfoques de la Psicopatologia. Traduccion Maria Antonia Neira Bigorra. México, Fondo de Cultura Econômica, 1994.

Laplanche, J. e Pontalis, J.B. *Vocabulaire de psychanalyse.* Paris, PUF, 1967.

Loparick, Z. Winnicott e Melanie Klein: Conflito de Paradigmas. In I.M. Catafesta *A Clinica e a Pesquisa no Final do Século:Winnicott e a Universidade.* São Paulo, Universidade de São paulo, 1997.

Politizer,G. (1928) *Critique des Fondements de la Psychologie.* Paris, PUF, 2003.

Roudinesco, E. e Plon, M. *Dicionário da Psicanálise.* Tradução Vera Ribeiro e Lucy Magalhães. Rio de Janeiro, Zahar, 1998.
Roussillon, R. Actualité de Winnicott. In A. Clancier e J. Kalmanovitch *Lee paradoxe de Winnicott.* Paris, InPress, 1999.

Schrader, P. Mishima: A Life in Four Chapters. EUA, Warner Bros Pictures, 1985.

Schneider,K. (1950) *Psicopatologia Clínica.* Tradução Emanuel Carneiro Leão. São Paulo, Mestre Jou, 1968.
Winnicott,D.W. (1954) Aspectos Clínicos e Metapsicológicos da Regressão no Setting Analítico. *Textos Selecionados: Da Pediatria à Psicanálise.* Tradução Jane Russo. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1978.

Winnicott, D.W. (1959) Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica? *O Ambiente e os Processos de Maturação.* Tradução Irieno c.S.Ortiz.Porto Alegre, Artmed, 1983.
Winnicott, D.W. (1963) O desenvolvimento da capacidade de se preocupar. *O Ambiente e os Processos de Maturação.* Tradução Irieno c.S.Ortiz.Porto Alegre, Artmed, 1983.

PAINÉIS

PSICOLOGIA HOSPITALAR: HUMANIZAÇÃO E ONCOLOGIA

Simone Alves Garuti

Elaine S. N. Lange

SINOPSE DO FILME "UMA LIÇÃO DE VIDA"

Vivian Bearing (Emma Thompson) é uma professora universitária que leciona poesia inglesa. Exigente e precisa em seu trabalho, deixou-se abater quando recebeu o diagnóstico de câncer no ovário em estágio avançado.

Concordando em participar de uma experiência médica com uma nova droga, Vivian terá que conviver com terríveis efeitos colaterais; a dor e o sofrimento físico passam a fazer parte de sua vida. Para Vivian, este processo é devastador e superá-lo é seu novo desafio.

Vivian e Kelekian (Christopher Lloyd, um oncologista famoso, depois substituído na trama pelo médico residente) representam, de certo modo, celebridades em suas áreas de atuação. Essa notoriedade adveio especialmente do modo inflexível como ambos desenvolveram suas carreiras profissionais.

Durante o tratamento Vivian rememora e analisa suas reações frente à doença, o tratamento e fatos marcantes da sua vida.

Ela é tratada por Kelekian e Jason, que se importa somente com os resultados do tratamento com a nova droga, sem levar em conta os efeitos colaterais que causam na paciente.

Além dos médicos, Vivian é assistida por Susie (a enfermeira-chefe) e única pessoa no hospital que a trata com calor humano, calor este que ela nunca teve com seus alunos, mas que, neste momento de tanta dor e solidão, anseia intensamente.

INTRODUÇÃO

Ao refletirmos sobre a questão do adoecimento e, principalmente sobre o câncer, não podemos deixar de pensar na humanização do atendimento pela equipe profissional. Para isso, precisamos entender um pouco mais sobre o significado desse conceito.

De acordo com Deslandes (2004), o termo humanização tem alcançado espaço no contexto da saúde, a partir de maio de 2000, quando foi regulamentado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH, pelo Ministério da Saúde e também quando foi tema incluído na II Conferência Nacional de Saúde, tendo como objetivo aprimorar as relações entre profissionais, hospital e comunidade, visando à melhoria da qualidade e eficácia do serviço prestado por estas instituições. Entretanto, segundo a autora, o conceito de humanização da assistência, ainda necessita de uma definição mais clara, pois se assemelha mais a uma diretriz do que a um aporte teórico-prático.

A noção de humanização é entendida como a forma de assistência que valoriza a qualidade do cuidado, do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais, implicando numa valorização do profissional e do diálogo intra e inter equipes.

Por outro lado, alguns autores ressaltam que a prática dos profissionais de saúde vem desumanizando-se frente à doença, já que diante do avanço técnico-científico, a doença se tornou objeto do saber científico como algo isolado do indivíduo por ela acometido. Neste sentido, a dignidade do doente parece ter ficado em um segundo plano. (Backes; Lunardi; Lunardo Filho, 2006).

Embora a questão da humanização no atendimento hospitalar esteja em avanço, Franco (2005) nos alerta que é necessário humanizar o atendimento aos pacientes, bem como aos familiares, entretanto, torna-se fundamental que o conceito de humanização seja tratado na formação dos profissionais de saúde.

Corroboram com esta visão, Dóro et al (2004), pois segundo esses autores, exige-se que estes profissionais sejam tecnicamente competentes e humanamente acolhedores, no entanto, devemos nos atentar que a grade curricular das escolas de Medicina do Brasil não oferecem conhecimentos suficientes para uma eficaz compreensão das implicações biopsíquicas, culturais e sociais do paciente.

De acordo com Sucupira (2007), não se pode pensar isoladamente a relação médico-paciente na formação dos profissionais da saúde, sem que se redirecione todo o processo de educação, de tal forma que a aquisição de habilidades médicas se dê juntamente com a formação humanitária e ética destes profissionais.

Deste modo, estes profissionais terão condições para adotar uma postura, não somente ética, mas respaldada na dimensão da solidariedade, tão necessária para lidar com o sofrimento humano. E também, terão possibilidades de entender o paciente enquanto sujeito dotado de um sofrimento que precisa ser acolhido.

Segundo Backes et al (2006), a humanização requer um processo de reflexão sobre os princípios e valores que norteiam a prática profissional. Nesta perspectiva, além de um tratamento digno e acolhedor, podemos pensar na postura ética deste profissional, a qual deve permear todas as atividades dentro do contexto institucional, portanto, estes profissionais estão, cada vez mais, buscando respostas e subsídios que lhes possibilite a alcançar a dimensão humana nas relações profissionais.

Leite e Tanaka (2007), no trabalho realizado junto a profissionais de saúde, apontam que muitos destes profissionais da área médica, reagem com o esfriamento, outros se envolvem com os pacientes. Nesta relação surgem sentimentos de impotência e medo por estarem próximos da finitude e da dor diante desse convívio.

Por outro lado, muitos apresentam respostas de mudança e valorização à vida, devido à necessidade de trazer humanização a um contexto que requer cuidados, que vão além do conhecimento científico.

Segundo Backes et al (2006), embora o avanço tecnológico tenha possibilitado a melhoria da assistência hospitalar e de sua humanização, estes recursos parecem estar mais associados a propostas de investimentos na estrutura física dos hospitais, e não necessariamente em relação ao cuidado com o paciente. As mudanças e melhorias na estrutura física são necessárias, entretanto, estas não podem descaracterizar a dimensão humana, que deve ser a base de qualquer intervenção em saúde.

No entanto, é difícil falar em humanização no atendimento, quando os próprios profissionais não são tratados de forma humana. Os autores nos alertam que, para o profissional da saúde respeitar o outro em sua condição humana, é necessário que ele seja respeitado como pessoa, com condições adequadas de trabalho, remuneração justa e ser reconhecido em sua atividade.

Neste sentido, é importante considerar que muitas instituições, especificamente as públicas, têm um quadro de profissionais limitados, recursos materiais insuficientes e alto índice de insatisfação de seus funcionários.

Assim, a humanização como espaço ético, requer o cuidado com as relações profissionais saudáveis, pautadas no respeito e investimento na formação humana dos profissionais que compõem o quadro das instituições, além do reconhecimento do limites destes profissionais.

Além disso, quando falamos em câncer, não podemos nos esquecer da representação cultural e social da doença, nem de todas as fantasias a ela associadas e que mobilizam, tanto ao paciente, quanto aos profissionais que lidam diretamente com estes pacientes.

Como nos diz Paiva, (2000), é fundamental que o médico não se detenha somente na doença, mas de fato escute o paciente, porém, nem sempre isto é tão simples e fácil para este profissional, pois a sua relação com o paciente está permeada pelos conflitos de vida e de morte, que afetam não apenas o paciente acometido pelo câncer, mas a sua família e o próprio profissional, principalmente, quando este não tem espaço para lidar com seus próprios conflitos e sua própria finitude.

Franco (2005) salienta que se estes profissionais e familiares não tiverem conscientes de seus próprios medos, não tiverem elaborado os lutos de suas perdas, não terão possibilidade de se comunicar com o paciente. Neste sentido, Kóvacs (1991), afirma que é fundamental um trabalho com a equipe destes profissionais, cabendo muitas vezes este papel ao psicólogo, propiciando a estes profissionais espaço para compartilharem seus medos e incertezas.

Neste processo, cabe também ao psicólogo, acolher e compreender a dor do paciente, trabalhar com aspectos relacionados à sua identidade e autonomia, levá-lo a perceber-se além da dor e do adoecer, possibilitando-lhe ressignificar seus recursos adaptativos internos e com isso, fortalecer suas relações interpessoais (Miceli, 2002).

METODOLOGIA

Para a realização deste trabalho, utilizou-se o filme "Uma lição de Vida" a fim de se selecionar cenas pertinentes ao tema proposto. Através de metodologia de análise qualitativa, os dados selecionados foram analisados a partir do referencial teórico da Psicologia Hospitalar.

DISCUSSÃO

O filme aborda o caso de uma renomada professora – Vivian Berning- doutora em filosofia, que aos 48 anos de idade se depara com o diagnóstico de um câncer em estágio avançado no ovário.

Nas primeiras cenas somos surpreendidos pela forma brutal com que o diagnóstico é comunicado a paciente, o Dr. Kelekian, mantém uma postura fria relatando a paciente que a mesma tem um câncer. A forma como Vivian recebe o diagnóstico pelo médico é chocante. Assina o termo autorizando que seu corpo seja usado para a investigação médica.

Leite e Tanaka (2007), no trabalho realizado junto aos profissionais de saúde, apontam que muitos destes profissionais da área médica reagem com o esfriamento, outros se envolvem com os pacientes. Nesta relação surgem sentimentos de impotência e medo por estarem próximos da finitude e da dor diante desse convívio.

Outro aspecto que deve ser considerado é a própria instituição hospitalar. Os indivíduos que precisam de atendimento hospitalar acabam sofrendo com as exigências e limitações que a instituição hospitalar impõe, onde os pacientes precisam submeter-se as rotinas impostas, se tornando muitas vezes, um número de prontuário para a equipe, assim como observamos durante todo o filme, em várias cenas, na qual a equipe técnica nem ao menos olhava para a paciente, simplesmente, perguntavam: *"nome?"*

Em outra cena, mesmo estando visível a perda de cabelo da paciente, nenhum dos médicos que faziam parte da equipe percebeu, e isto nos remete à condição de invisibilidade da paciente diante desta equipe, que não a viam como sujeito, mas apenas como um órgão afetado pelo câncer.

Como pudemos observar o que ocorre na relação médico-paciente, nos parece estar baseado nas defesas da equipe, no que se refere a forma de lidar com a paciente.

Também não devemos nos esquecer a forma como a paciente age diante do adoecimento, da hospitalização, principalmente diante a eminência de um câncer.

Podemos observar estes aspectos em uma das cenas, na qual Vivian relembra uma de suas aulas, em que agiu de forma muito inflexível com um de seus alunos.

Nesta cena, a paciente parece reviver aspectos de sua própria vida, e começa a pensar nas suas condutas em relação a seus alunos, a partir da sua relação com a equipe médica. É como se a paciente olhasse para si mesma a partir do jovem médico, o Dr. Jason, que até então, estava tão preocupado em descobrir a cura do câncer, esquecendo-se dos pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar o filme, foi possível perceber, quanto esses personagens e suas especificidades podem oferecer possibilidades de compreensão sobre a necessidade de humanização no contexto hospitalar, na relação médico - paciente, e procedimentos médicos.

O que se observa a partir deste estudo é que o processo de hospitalização e o tratamento, de certa forma, tornam-se invasivos, confirmando assim que o paciente perde sua autonomia e, além disso, pode vivenciar este processo como um rompimento brusco de sua rotina, dos laços afetivos, que lhe proporcionam segurança.

Não podemos deixar de falar da relação médico - paciente, na qual, os médicos travam uma guerra não medindo esforços no combate a doença e no meio desta batalha o paciente é esquecido com um ser humano pleno, sendo reduzido apenas à doença.

O profissional de saúde, na prática de seu exercício, adquire uma indiferença para a dor do paciente, em outras palavras, o paciente é visto como um sintoma. Principalmente na cena em que o médico fala com a paciente sobre o seu diagnóstico, tratando-a com aparente frieza e apatia.

É de suma importância que esta equipe tenha noção de que o paciente hospitalizado possui uma vivência interna e externa sobre a sua condição, e dependendo de como está estruturado, a equipe pode causar maior ou menor sofrimento.

A relação entre a equipe e o paciente pode, futuramente, promover uma maior adesão do paciente ao tratamento.

A paciente em vários momentos sente que é apenas um ‘órgão’, o qual é examinado somente como objeto de pesquisa, resistindo a um tratamento extremamente invasivo, doloroso, muitas vezes vivenciado de modo pior do que a própria doença. A partir desta relação, a paciente começa a repensar sua própria vida, e surge o sentimento de culpa por não ter vivido de outra forma.

No entanto, a forma de vivenciar esta relação não depende apenas do momento atual do paciente, mas também das relações que o indivíduo construiu ao longo do seu desenvolvimento.

Podemos aferir que diante do adoecimento e da hospitalização o indivíduo entra em contato com aspectos de sua vida que não lhe foram perceptíveis durante sua existência. Essa condição faz com que o mesmo se depare com sua finitude.

Para isto, é necessário que a equipe médica e o paciente tenham condições de lidar, compreender e elaborar suas próprias perdas, frustrações e com a própria morte.

Ao considerarmos que estes profissionais necessitam de espaço para trabalhar as suas próprias questões, ressaltamos a importância de pensarmos e discutirmos sobre a situação da saúde

pública em nosso país, a fim de refletirmos sobre a importância da humanização no atendimento de pacientes hospitalizados, não só acometidos pelo câncer, mas sim, em todos aqueles que se encontrar em situação de vulnerabilidade física ou psíquica.

REFERÊNCIAS

BACKES, Dirce Stein, LUNARDI, Valéria Lerch; Filho Lunardi, W. D.A humanização Hospitalar: expressão da Ética. **Revista Latino Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto: v.14,n.1,2006.Disponível em <http//www.scielo.com.br >, Acesso em 12.11.07.

DÒRO, Maribel Pelaez et al. O Câncer e Sua Representação Simbólica**. Psicologia Ciência Profissão.** Brasília: v. 24, n. 2, 2004. Disponível em <http//www.bvs.com.br >, Acesso em 12.11.07.

DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar, **Revista Ciência saúde Coletiva**, Rio de Janeiro:v.9,n.1, 2004. Disponível em: http: <www.scielo.com.br>, Acesso em 12.11.07.

FRANCO; Maria Helena pereira(Org), **Nada Sobre Mim Sem Mim,Estudos Sobre Vida e Morte**.São Paulo: Livro Pleno, 2005.

KOVÀCS, M.ária Julia. **Morte e desenvolvimento Humano**. São Paulo: Casa do psicólogo,1991.

LEITE, Maria Luiza J; TANAKA, Ana Cristina .Análise da Tendência temporal da Mortalidade por Câncer de Útero no Estado de São Paulo**. Revista Brasileira de Crescimento humano**. São Paulo: v.17, n.1, 2007. Disponível em: <http//www.bireme.com.br >, Acesso em 05.01.08.

MICELI, ANA Valéria Paranhos. Dor crônica e Subjetividade em Oncologia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro: v.48, n.3, 2002. Disponível em <http//www.bvs.com.br >, Acesso em 12.11.07.

PAIVA. Lucélia,Elizabeth.Aspectos Psicológicos Relacionados á Oncologia. **Revista Latino Americana Enfermagem,** São Paulo: v.I, n.14, 2006. Disponível em <http//www.bireme.com.br >, Acesso em 15.01.08.

SUCUPIRA, Ana Cecília. A Importância do Ensino da Relação Médico-Paciente e das Habilidades de Comunicação na formação do profissional de Saúde e Educação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu: v. 11, n.23, 2007. Disponível em: <http//www.scielo.br >, Acesso em 15.01.08

A VIOLÊNCIA NO NAMORO

Thiago de Almeida

A questão da violência e as primeiras escolhas afetivo-sexuais que fazemos

Segundo estimativas no mundo toda a violência está entre as principais causas de morte do mundo todo. No entanto, embora os números sejam preocupantes, há uma quantidade de pesquisa incipiente no tocante a violência que é um fenômeno progressivo e que muitas vezes se manifesta no começo do namoro entre os jovens casais que se escolhem para seguir um caminho juntos e desenvolverem um relacionamento afetivo-sexual.

A escolha do parceiro, para um relacionamento como o namoro, é uma das mais importantes decisões que faremos ao longo da vida. Ainda que observemos a grande fragilidade da permanência e da satisfação em nos relacionamentos amorosos contemporâneos, pode-se constatar que cada pessoa passará pelo processo de escolha de parceiros somente umas poucas vezes na vida. Esta escolha pode ser francamente destrutiva ou altamente terapêutica, no sentido de poder impulsionar mudanças em direção à saúde, ou de estimular um funcionamento psicológico mais adequado. Daí decorre que uma das escolhas mais inadequadas que podemos fazer em se tratando de relacionamentos amorosos é estabelecermos um relacionamento com uma pessoa que é ou se mostrará violenta ao longo do curso do namoro. Day et al. (2003) nos colocam que há que se buscar, cada vez mais, desenvolver trabalhos e programas com abrangência mais ampla, para abarcar a vítima, o abusador e o restante do grupo familiar, em face das múltiplas facetas abarcadas pela violência.

Engane-se quem acredita que a violência nas relações íntimas é um fenômeno que está circunscrito ao casamento, com o homem a subjugar a mulher, embora estatisticamente a violência contra a mulher é muito maior do que a contra o homem. Em todas as partes do mundo, etnias, grupos religiosos, idades, classes sociais e gerações o fenômeno da violência está presente, embora não se possa negar que as mulheres sejam as mais atingidas pelas suas manifestações. Em outras palavras não é um fenômeno manifesto somente entre adultos, ou ainda, para determinadas etnias, classes sócio-econômicas mais ou menos abastadas e nem desaparece com a mudança de geração. As novas gerações provam o contrário e começam a se

agredir mutuamente já na adolescência em seus primeiros relacionamentos afetivo-sexuais estabelecidos. Denomina-se violência conjugal a violência entre marido e mulher, namorados ou ex-parceiros.

Chegam ao ponto de insultar, ameaçar e até apelar para a violência física, o que constitui um alerta de risco para a violência marital. Muito longe da violência conjugal ser um fenômeno também descrito apenas ao âmbito clínico, ela está nitidamente presente no cotidiano de muitas pessoas. Não raramente, no namoro, as agressões são mútuas e a vítima interpreta esses atos erroneamente como manifestações normais do descontrole emocional produzido pelo ciúme, e assim, minimizam o episódio. Praticamente todas as escolas da psicologia evidenciam a família como o palco do desenvolvimento dos futuros problemas e neuroses da pessoa, seguindo uma orientação psíquica e biológica, baseadas na fragilidade e dependência do ser humano. O que se é desconsiderado é que antes de uma díade se encaminhar para um relacionamento estável para consolidarem uma família, por exemplo, é que escolhas amorosas precisam ser feitas. E o ideal que essas escolhas pudessem não trazer problemas que lesem a integridade física ou psicológica de cada um de seus componentes.

O comportamento agressivo e a violência em relacionamentos íntimos

O comportamento agressivo manifesta-se logo na primeira infância. Geralmente o padrão é os meninos copiam o comportamento dos pais. Logo, não é uma coincidência que uma grande parte das mulheres de homens violentos tenham sido vítimas de violência na infância. As meninas, por exemplo, que foram surradas ou violentadas por pai, avô ou tio se não receberem orientação adequada, podem crescer com a idéia de que violência é uma conseqüência natural e inevitável do relacionamento amoroso. Dessa forma, uma das possibilidades é que essas meninas acabem, mesmo que inconscientemente, escolhendo parceiros violentos. Para quebrar esse círculo vicioso, só existe uma saída: tratamento psicológico das vítimas para que superem seus traumas.

Poder-se-ia pensar que devido à imaturidade e a falta de experiência, em consonância com os esforços de querer se integrar ao mundo adulto mais precocemente para dominar e controlar pudesse contribuir para a manifestação de comportamentos violentos para com os outros e, dessa forma, o adolescente recorre aos mecanismos de vitimação de suas parcerias constituídas. Mas e quando o agressor é uma pessoa adulta que está namorando? Observa-se que o agressor com estas

características recorre às mesmas estratégias de vitimação, ou seja, à violência psicológica e às tentativas de controle social da vida do(a) namorado(a).

A violência no namoro, e especialmente para as relações juvenis foi está sendo progressivamente considerada um problema social relevante e merecedor de atenção em si mesmo (CALLAHAN; TOLMAN; SAUNDERS, 2003). Muitas vezes escamoteada, especialmente em casos de violência psicológica contra o(a) parceiro(a), e quando os agressores não são declaradamente violentos e o quadro não parece se enquadrar em uma situação de violência, algumas agressões físicas ou psicológicas a um dos parceiros pode passar desapercebida. Mas, não nos enganemos, sob uma perspectiva linear, a violência implica no caráter lesivo ou destrutivo com um objetivo perfeitamente assinalado (BARBERÁ, 2004).

E a violência se estabelece e se atualiza a cada dia nos relacionamentos amorosos, às vezes sem que se perceba com clareza os inúmeros prejuízos que pode acarretar para a relação se não houver uma intervenção adequada. Zillman (1994) aponta que a violência pode ser impulsionada pelo mecanismo de frustração de expectativas e por necessidades que por algum motivo não foram contempladas, contudo o principal objetivo é maltratar para infringir sofrimento. De acordo com Barberá (2004, p. 215) "trata-se de uma vinculação marcada por um jogo relacional que obedece a uma necessidade de poder e competência". Nesse sentido, fundamentados em qualquer um dos pólos do eixo domínio-submissão, desenvolvem-se atitudes características que cerceiam, oprimem e estimulam o estabelecimento de uma culpa corrosiva naqueles que são vitimizados pelos diversos comportamentos violentos.

Faces da violência no namoro

O abuso pelo parceiro violento pode tomar várias formas, inclusive agressões físicas tais como golpes, tapas, chutes e surras, abuso psicológico por menosprezo, intimidação e humilhação constantes, coerção sexual, dentre inúmeras outras possibilidades. A violência é um fenômeno multidimensional e que apresenta várias conseqüências tanto para os algozes que a perpetram bem como para as pessoas que são prejudicadas por ela. Barberá (2004) sugere algumas categorias para entendermos melhor de que forma a violência pode se manifestar, que no seu exercício podem aparecer sozinhas ou ainda simultaneamente:

- Exercício da violência cotidiana por meio dos mecanismos de controle e autoritarismo.

De acordo com a autora situações de controle emergem sempre que não se satisfaz de que o fraco mantenha uma relação de estreita dependência com o poderoso, que o consegue, conseqüentemente, um *status* de superioridade que o reafirma. Quando os agressores exercem o controle ativo, o comportamento mais freqüentemente observado em suas vítimas é a passividade e o conformismo com a própria situação vigente.

A violência também pode se manifestar em um relacionamento por meio da imposição de mecanismos autoritários, isto é, quando um dos parceiros tenta impor sua autoridade para o outro. A partir de então, a relação se converte num campo de batalha declarado ou encoberto, no qual o(a) parceiro(a) que sai do roteiro previamente estabelecido para ele(a) pode ser severamente retaliado(a). O estabelecimento desta forma da violência geralmente é sutil e a primeira via que ela toma é o de controle ao parceiro, com ares de preocupação com o relacionamento e com o bem estar do próprio parceiro. Tão sutil que pode ser imperceptível para quem nunca sofreu a violência conjugal. Dessa forma, por meio de mecanismos de controle à liberdade da parceria constituída como, por exemplo, manifestar o ciúme como uma sinonímia do amor que sente, ou ainda, de sua preocupação com o parceiro ou com a relação, o comportamento violento do agressor se esconde por detrás da máscara da simpatia. Dessa forma, como ilustrações do comportamento de controle no que diz respeito ao ciúme é o isolamento forçado da mulher em relação à sua família e amigos, a vigilância constante de suas ações e a restrição de seu acesso a recursos variados. Os motivos da violência doméstica não são necessariamente magoar o parceiro, mas sim em manter o poder e controle sobre a vitima. Em geral, a simpatia é normalmente o único lado do agressor que o resto das pessoas conhecem. Esse quadro só muda quando o agressor perde o controle sobre o outro e permite que outras pessoas testemunhem suas agressões.

Seja como for, a agressão mínima, imperceptível a princípio, tende sempre a aumentar e se estender a inúmeras áreas do namoro. O comportamento agressivo é progressivo: pode começar com a tentativa "socialmente aceita" de estabelecer controle e poder sobre o outro, e aos poucos vai crescendo e se tornando mais destrutivo. Um exemplo disso é quando o namorado impõe para a parceira com que roupa devem andar juntos. Daí, para se ter controle em outras áreas da vida da parceira é uma questão de tempo, se ela se submeter a esses testes a sua capacidade de auto-afirmação, apenas evidenciando a assimetria que existe entre vítimas do controle e de seus vitimadores.

- Exercício da violência cotidiana por meio da chantagem afetiva.

Segundo Madanes (1993, apud Barberá, 2004) em nome do amor são construídas verdadeiras situações de tortura emocional, que, entretanto são negadas em razão do próprio amor. Nem por isso elas infringem menos sofrimento aos parceiros para a qual a chantagem afetiva é articulada para se conseguir algo. Pessoas de quaisquer idade e sexo, em todos os tipos de relacionamentos, podem sucumbir a este tipo de estratégia psicopatológica perpetrada conscientemente ou inconscientemente pelo seu perpetrador.

Exemplos de chantagens são os mais diversificados possíveis: pressão do chantagista, geralmente cercada de ameaças como, por exemplo, suicidar-se em oposição à resistência da vítima em atendê-lo por sentir ir contra seus princípios ou vontade. Quando o homem, por exemplo, exerce uma chantagem afetiva culpabilizando sua parceira, pode ocorrer desta assumir a culpa por não ter se comportado de acordo com o que acha que deveria fazer, ou mesmo, de acordo com aquilo que acredita ser capaz de realizar. Esta estratégia pode gerar muitos danos para a auto-estima dos parceiros para a qual a chantagem é dirigida. Uma ilustração mais proeminente acerca da chantagem é a manipulação das relações sexuais, sobretudo, quando o parceiro quer influenciar a pessoa com quem está namorando a aderir a esta prática bem antes do que naturalmente consentiria. Notadamente a chantagem emocional com vistas a se obter cópula e/ou favores sexuais está presente em outros relacionamentos e se torna uma ferramenta na qual parceiros podem violentar suas parcerias amorosas.

A pessoa chantageada, não raramente, assume o mal-estar do provedor para si mesma, sentindo-se responsável por ter "aparentemente" infringido algum sofrimento ao provedor da chantagem, quando na verdade, esta situação foi instalada na cabeça dessa vítima pelo seu vitimador. O denominador comum para os inúmeros casos de chantagem são os sentimentos compartilhados de desaprovação e de recriminação do vitimador em relação à vítima e esta passa a experenciar a vivência do fracasso que lhe foi imposta sem compreender ao certo que se trata de uma injustiça emocional a ela atribuída. Uma vez que a vítima ceda à chantagem, há uma alta probabilidade de repetição da situação, o que pode chegar a se tornar um ciclo vicioso.

- Exercício da violência cotidiana por meio da coação

Comete um erro quem imagina que o fenômeno da violência está representado significativamente pelo uso agressivo da força de determinada pessoa ou grupo contra uma outra pessoa ou grupo. O conceito de violência também além da força física usada indevidamente, à possibilidade ou ameaça de utilizá-la contra uma outra pessoa. Isso implica no conceito de coação.

A coação ocorre quando o agressor utiliza de quaisquer procedimentos para obrigar e procurar forçar a outra pessoa a realizar determinada situação contra a vontade desta pessoa.

O isolamento, por exemplo, imposto pelo parceiro agressor durante o namoro é também um importante fator de risco para a violência, embora muitas vezes não seja reconhecido como tal pelos jovens. O empenho no isolamento da vítima e até mesmo alguns comportamentos de *stalking* (*e.g.*, impedir contactos sociais com os pares) que configuram alguns dos sinais de risco que podem identificar a violência. No entanto, estes podem ser confundidos com manifestações de amor ao parceiro (LEVY apud CALLAHAN; TOLMAN; SAUNDERS, 2003). Também a falta de experiência relacional, associada à necessidade de emancipação e de independência dos jovens nesta fase (*e.g.*, condições que conduzem à procura de um tempo superior de relacionamento a sós e à tomada de decisões de forma autônoma), nem sempre facilitam o reconhecimento de uma condição de vitimação, tampouco a identificação de eventuais recursos para a gerir (*e.g.*, contacto com outros adultos ou pares) (MATOS et al., 2006).

O estudo da violência nos casais

A partir da década de 1990 começaram a surgir na literatura as primeiras referências a programas de prevenção contra a violência nas relações amorosas em casais juvenis. A maioria buscou, fundamentalmente, mostrar aos jovens a gravidade da violência e educá-los acerca de comportamentos não-violentos na intimidade. Por meio de ações diversas, procuraram, essencialmente, diminuir a probabilidade de os participantes se tornarem, no futuro, potenciais ofensores ou vítimas (JAFFE et al., 1992).

Os casais que vivenciam a violência em seus relacionamentos afetivo-sexuais constituem uma amostra representativa da capacidade do ser humano ao se adentrar nos labirintos da destruição, do sofrimento e do indefensável (BARBERÁ, 2004). Embora alguma controvérsia permaneça relativamente à sua real prevalência e distribuição em termos de gênero esta não é uma problemática rara nesse contexto dos relacionamentos amorosos. E assim, como na violência marital, a violência no namoro pode traduzir-se num impacto significativo para a vítima, resultando em danos diversos (GLASS et al., 2003), a curto e a longo prazo (*e.g.*, disfunções do comportamento alimentar, estresse pós-traumático, perturbações emocionais, comportamentos sexuais de risco).

A violência no namoro, bem como o processo de vitimação na família de origem pode ser melhor compreendida à luz da perspectiva da transmissão intergeracional da violência. Este tipo de explicação, que tem subjacente a noção de aprendizagem social, postula que o comportamento de cada indivíduo é determinado pelo ambiente em que este se insere, especialmente pelos membros da sua família, por meio de mecanismos de observação, reforço, modelagem ou coação (GELLES, 1997).

Prevenção da violência

Alguns estudos referentes à violência conjugal têm sido direcionados para a sua compreensão. Paralelamente a essa tendência, procurou-se enfatizar o aumento da conscientização do público acerca da violência entre parceiros; porém, muito ainda tem de ser feito, pesquisado e esclarecido, quando se fala em prevenção. Assim como as diversas manifestações da violência, os esforços preventivos ao nível da violência no namoro também podem assumir diferentes dimensões. Matos et al. (2006) citam alguns:

a) *prevenção primária*: trabalhar com as pessoas que não tiveram contato com realidades violentas ou experiências de vitimação, procurando ajudá-los a manter essa condição;

b) *prevenção secundária*: trabalhar especificamente com pessoas para as quais existe o risco de se tornarem vítimas ou agressores na intimidade (*e.g.*, adolescentes vítimas de violência parental, ou ainda, casos de adolescentes expostos à violência interparental);

c) *prevenção terciária*: trabalhar com indivíduos que já foram alvo de violência no namoro e que procuram ajuda para essa condição, de forma a reduzir esse impacto e a evitar uma nova vitimação e/ou trabalhar com indivíduos que perpetraram violência e que procuram, voluntária ou coercitivamente, interromper esse tipo de comportamentos. Deve-se ensinar, sobretudo as mulheres, a evitarem e a se defenderem de homens violentos. Mulheres com boa auto-estima saberão se posicionar adequadamente a homens que apresentem comportamento violento, por menor que seja.

Dessa forma, idéias errôneas como apalpões, toques contra a vontade da vítima e a pressão para ter relações sexuais, dentre todas as possíveis violências multiformes, freqüentemente não são considerados uma violação aos parceiros, porque consideram seu direito explorar o corpo do(a) namorado(a). Outra crença errônea que vitimiza muitas parcerias constituídas é que o ciúme é tido

como prova de amor e, portanto, algumas retaliações são bem-vindas para a harmonia do relacionamento.

Caso ocorram reincidências por parte do parceiro pelos comportamentos violentos, o melhor a se fazer é renunciar a relação para assegurar a própria saúde física e psicológica. Contudo, abandonar um relacionamento abusivo é um processo que, freqüentemente, inclui períodos de negação, culpa e submissão antes que a vítima finalmente compreenda que o abuso continuará a se repetir e passe a se identificar com outras mulheres na mesma situação. Este é o início do processo de ruptura e recuperação.

Os estudos que abordam o núcleo familiar e a sua relação com a violência têm demonstrado como os vínculos iniciais estão correlacionados com os comportamentos na vida adulta ante os amigos, pais, parceiros, comunidade, no envolvimento com as regras e normas culturais, e tanto na capacidade de amar quanto na de desenvolver atos de crueldade contra as pessoas mais próximas (WIDOW, 1996). Outro aspecto a ser evidenciado da prevenção da violência de gênero, de caráter mais amplo, passa pelo desenvolvimento de políticas governamentais, comunitárias e institucionais que estimulem relações de gênero paritárias, que estimulem a cooperação entre homens e mulheres, que promovam a autonomia e a resiliência das mulheres, bem como a resolução não violenta e eficaz dos conflitos entre parceiros (HAGE, 2000).

A violência no namoro é um importante preditor da violência conjugal (HAMBY, 1998), até mesmo porque partilha alguns dos fatores de risco associados à violência marital (KAURA; ALLEN, 2004) reforçam a importância da prevenção em fases relacionais precoces.

Considerações finais

Um dos mais graves problemas que atingem a humanidade é a questão da violência, por meio do uso intencional da força física ou do abuso de poder exercido contra as suas vítimas. Sobretudo, o abuso das condutas violentas no contexto das suas relações íntima é uma problemática que está chamando cada vez mais a atenção da sociedade devido ao número crescente deste fenômeno.

Observa-se que a violência física, em relacionamentos íntimos, quase sempre é acompanhada de abuso psicológico. A maioria das vítimas, especialmente mulheres que sofrem alguma agressão física sofrem, geralmente, vários atos de agressão ao longo do tempo. Será a noção de “justa causa”

que legitimará a violência para os agressores e que aparece com freqüência nas pesquisas sobre violência realizadas em muitos países?

Em geral, vítimas e agressores não percebem que a violência não é aceitável, contudo, essa percepção não isola nem erradica o problema. Freqüentemente parceiros vitimizados pelo agressor suportam altos limiares de violências impostos por seus parceiros e atingem o ponto de ignorar a violência sofrida, sobretudo, quando ela aparenta ser menor ou mesmo motivada pelo descontrole em algumas pessoas provocado por fatores como o ciúme. Logo, ao se pensar no tema violência conjugal, e ainda dentro de um grupo significativo de nossa população, os jovens namorados, exige-se pensar em *prevenção*.

A experiência do abuso da violência do parceiro pode comprometer consideravelmente a auto-estima da pessoa vitimizada, e a expõe a um risco mais elevado de padecer de problemas mentais, como depressão, fobia, estresse pós-traumático, tendência ao suicídio e consumo abusivo de álcool e drogas.

Especialmente as mulheres são as maiores vítimas do abuso da violência masculina. E há que se evidenciar que o medo da mulher é um aliado poderoso para o agressor. Exemplificando-se, o receio de perseguições e retaliações por parte do parceiro acaba por levá-las a se renderem ao domínio do namorado agressor, o que, não raro, impedem-nas de reagirem mais cedo. Então, como a violência vem geralmente acompanhada do segredo e da negação, favorece com que muitos casos sequer cheguem ao sistema de Justiça ou mesmo ao sistema de Saúde.

Segundo Greenspun (2002) ciclos de abuso no casal como agressão, perdão, reconciliação que se alternam demonstram que os laços amorosos podem prevalecer sobre a violência. No entanto, é importante salientar também que uma seleção de parceiro bem feita é tão importante quanto o próprio relacionamento, já que isto, *a priori,* economizaria o tempo e os investimentos de ambos os componentes numa relação insatisfatória, especialmente, para um de seus componentes (ALMEIDA, 2003). Deveríamos ter em mente que o amor, romance, namoro ou qualquer nome que utilizarmos para nos remeter a relacionamento afetivo-sexual, não pode ser encarado como uma recreação ou passatempo dos finais de semana, sendo tratado como uma extensão de nossas atividades profissionais.

Torna-se necessário, assim, que novas pesquisas sejam realizadas, face aos inúmeros aspectos envolvidos neste tema, garantindo assim, uma melhor observação do fenômeno da violência. Ainda assim, acredita-se útil e oportuna a divulgação deste trabalho na medida em que poderá contribuir

para a realização de outros estudos que visem aumentar e/ou verificar a generalidade dos resultados. Aproveitadas tais contribuições, novos estudos serão mais que bem-vindos.

Referências

ALMEIDA, T. *O perfil da escolha de objeto amoroso para o adolescente:* possíveis razões. 2003. (Trabalho de Conclusão de Curso). Departamento de Psicologia: UFScar, São Carlos, SP, 2003.

BARBERÁ, E. L. Violência e poder na vida cotidiana do casal. In: VITALE, M. A. F. **(***Org). Laços amorosos.* São Paulo: Agora, 2004.

CALLAHAN, M. R.; TOLMAN, R. M.; SAUNDERS, D. G. Adolescent dating violence victimization and psychological well-being. *Journal of Adolescent Research*, v. 18, p. 664-681, 2003.

DAY, V. P. et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul,* v. 25, n.1, p. 9-21, 2003.

GLASS, N. et al. Adolescent dating violence: Prevalence, risk factors, health outcomes and implications for clinical practice. *Jognn Clinical Issues*, v. 32, p. 227-238, 2003.

GELLES, R. J. *Intimate violence in families*. Thousand Oaks: Sage Publications, 1997.

GREENSPUN, W. Abraçando a controvérsia: uma abordagem metassistêmica ao tratamento da violência doméstica. In: PEGGY,
P. *Casais em perigo*: novas diretrizes para terapeutas. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002. p. 167-192.

HAGE, S. M. The role of counselling psychology in preventing male violence against female intimates. *The Counselling Psychologist*, v. 6, p. 797-828, 2000.

HAMBY, S. Partner violence. Preventive and intervention. In: JASINSKI, J.; WILLIAMS, L. (Eds.). *Partner violence* - A comprehensive review of 20 years research. Thousand Oaks: Sage, 1998. p. 211-260

JAFFE, P. G. et al. An evaluation of a secondary school primary prevention program on violence in intimate relationships. *Violence and Victims,* v. 7, n.2, p. 129-146, 1992.

KAURA, S. A.; ALLEN, C. M. Dissatisfaction with relationships power and dating violence perpetration by men and women. *Journal of Interpersonal Violence*, v. 19, n. 5, p. 576-588, 2004.

MATOS, M. et al. Prevenção da violência nas relações de namoro: intervenção com jovens em contexto escolar. *Psicologia teoria e prática*, v. 8, n.1, p.55-75, 2006.

WIDOW, C. S.; SHEPARD, R. L. Accuracy of adult recollections of childhood victimization: Part 1. Childhood physical abuse. *Psychological Assessment*, v. 8, p. 412-421, 1996.

ZILLMANN, D. Cognition-excitation interdependencies in the escalation of anger and angry aggression. In: POTEGAL, M.; KNUTSON, J. F. (Eds.), *The dynamics of aggression:* Biological and social processes in dyads and groups. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., 1994. p. 45-71.

FAMÍLIAS RECONSTITUÍDAS E O SINTOMA DEPOSITADO NA CRIANÇA: A PSICANÁLISE DE CASAIS/FAMÍLIAS COMO ABORDAGEM DE TRATAMENTO

Marjorie El Khouri

Luciana Ono Shima

Maria Galrão Rios

Isabel Cristina Gomes.

Introdução

A partir do estudo de casos de atendimentos psicológicos a casais e famílias realizados na clínica-escola do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (GOMES, 2007), esse trabalho tem por objetivo analisar as dificuldades inerentes às famílias reconstituídas, cada vez mais comuns na sociedade atual, e com isso pensar propostas para abordar essa problemática na clínica.

A proposta desenvolvida tem como método o estudo de três casos de atendimentos a casais e/ou famílias em que pelo menos um dos cônjuges tinha filhos de outros relacionamentos anteriores e cuja demanda por tratamento havia sido depositada em um desses filhos. Para isso foram analisadas as sessões desses atendimentos, realizados semanalmente, em psicoterapia psicanalítica de casal, iniciados em 2007/2008.

Quando os pais trazem à clínica um de seus filhos, com queixas geralmente escolares ou de comportamento, é possível notar que, dentre outros fatores, a dinâmica da família interfere no aparecimento do sintoma da criança, sendo importante, dessa forma, atentar-se ao sentido que esse sintoma tem dentro do contexto familiar. É nesse sentido que vamos abordar os casos clínicos nos quais a criança é colocada no lugar de porta voz dos conflitos familiares, mais especificamente nas famílias reconstituídas, em que ainda se fazem necessárias elaborações, esclarecimentos e delimitações de papéis.

Faz-se importante compreender o casamento na atualidade, contextualizando a história dessas famílias no mundo contemporâneo, dito pós-moderno, onde a relevância da conjugalidade na constituição familiar é fator decisivo, interferindo na saúde psíquica de cada membro da família.

O casamento é uma instituição antiga, que sofre influências políticas, sociais e religiosas. A partir da revolução industrial, em detrimento das relações públicas, houve um fortalecimento da família nuclear que passou a significar refúgio emocional para o homem. De acordo com Lasch (l99l) "a retirada para a fortaleza emocional da família, não teve lugar porque a vida familiar havia se tornado mais calorosa e atraente no século XIX, mas porque o mundo exterior assumiu uma aparência mais assustadora". Dessa forma, o casamento que antes tinha como finalidade principal a procriação, passou a atender propósitos econômicos e psicológicos do casal. Isso implicou que os casamentos arranjados dessem lugar à escolha do parceiro baseada em laços afetivos. Juntando-se a isso, o declínio na influência da igreja católica que determinava a indissolubilidade do casamento, permitiu um incremento nas possibilidades de relações conjugais, aumentando-se sua complexidade.

Sobre a importância do casal conjugal à formação do espaço psíquico do grupo familiar, Grajon (2000) coloca que "a partir do encontro e da aliança do casal, ele encontra sua fonte na genealogia dos dois parceiros a partir dos buracos, das falhas, malogros da filiação de cada um" (p.20). Nesse sentido:

> A transmissão forçada, imposta para cada um desde seu nascimento, quaisquer que sejam as modalidades, faz dela elo de uma cadeia geracional e a destina a um lugar que lhe é oferecido pelo grupo que a acolhe [...] O que é oferecido à criança, nos termos do contrato de vida, o que lhe é proposto, é um lugar a ocupar e uma carga a assumir, permitindo-lhe adquirir este lugar que a funda. (GRANJON, 2000, p.20)

Frente ao contexto do aumento no número de divórcios e da formação das famílias reconstituídas, surgem estudos que apontam que, quando os pais conseguem estabelecer uma relação de cooperação entre si após o divórcio, os filhos tendem a estabelecer vínculos mais saudáveis com o restante da família, incluindo madrastas, padrastos e irmãos (AHRONS, 2007), o que explicita a importância da dinâmica familiar e dos lugares ocupados por cada membro da família nesta dinâmica.

Uma vez apresentadas tais reflexões acerca das transformações ocorridas com o casamento e o surgimento das famílias reconstituídas, assim como da importância da consideração da dinâmica familiar, com suas noções de conjugalidade e parentalidade, e os papéis atribuídos a cada membro dentro da cadeia geracional, passamos à apresentação dos casos clínicos.

Casos Clínicos

Marina

Marina de 12 anos chega à clínica trazida pelo seu pai Felipe, com a queixa de que não consegue fazê-la obedecer às suas ordens, estando preocupado que a separação pudesse estar afetando seu comportamento. Além disso, a menina estava apresentando rendimento escolar insuficiente, sendo essa a principal queixa da mãe Roberta em relação à filha.

A partir da primeira entrevista com os pais já se evidenciou o quanto a separação conjugal destes havia determinado a separação parental, esta diretamente ligada à queixa principal trazida por Felipe: a desobediência de Marina. Apesar da separação ter ocorrido há seis anos, e ambos já estivessem com outros parceiros, ela estava muito viva em cada um dos pais da menina, ainda trazendo em suas falas e atitudes o peso das mágoas que não puderam ser elaboradas e compreendidas. É nesse sentido que Felipe se refere à separação como “um corte”, que impossibilitaria qualquer relação entre ambos. No entanto como fruto desse casamento, duas filhas

impediam que esse corte radical fosse completado, ficando ambas como representantes do fracasso da tentativa de Roberta e Felipe de serem felizes juntos para sempre, até que a morte os separasse.

Após essa primeira sessão os pais de Marina quiseram ser atendidos separadamente, ainda que nos atendimentos fossem chamados a responderem como pais de Marina, foi dessa forma que se deram os atendimentos ao longo de um ano, enquanto ocorriam sessões paralelas com a menina. No decorrer do processo terapêutico ficou mais claro o quanto essa cisão parental impossibilitava o compartilhamento da responsabilidade sob as decisões importantes na vida das duas filhas do casal, o que teve fortes conseqüências a ambas as garotas. O pai passou a receber as filhas em sua casa nos fins de semana, a cada quinze dias, e sua função ficou limitada a ser um expectador do que acontecia, dando apenas conselhos às meninas sem poder agir efetivamente. Isso se tornou especialmente grave, pois a mãe, claramente, não conseguia assumir uma função materna e muito menos seu novo cônjuge a função paterna.

Com isso, Felipe resolveu disputar a guarda de suas filhas na justiça, mas não obteve êxito. Os pais não entraram em um acordo quanto à guarda compartilhada. O que pode ser observado é que com o resultado, Felipe acabou desistindo de suas filhas, a responsabilidade sob suas vidas não estava mais em suas mãos. Foi nesse contexto que procurou a psicoterapia, pois como expectador podia ver que Marina não estava bem. E de acordo com sua percepção a menina havia piorado depois que a irmã, apenas três anos mais velha, passou um ano na casa dos avôs em outro estado. Sem nos deter nos motivos dessa viagem, ainda obscuros, o que fica evidente é o quanto essa irmã passou a exercer o papel de cuidadora, se for possível dizer de alguém quase da mesma idade (irmã menor).

Em relação ao atendimento de Marina, a escolha em atendê-la se deu principalmente pelo fato dos pais comunicarem aspectos dissonantes sobre a filha. Dessa forma, se fez importante que a terapeuta pudesse conhecer Marina, sendo possível contrapor sua própria visão à dos progenitores.

Isso teve grande relevância ao tratamento, pois a forma como os pais compreendiam os comportamentos da filha ocultava as reais demandas de Marina. De acordo com eles, a menina tinha uma personalidade inata que explicaria suas dificuldades na escola, sua indisciplina e seu comportamento agressivo. A mãe relata que a partir do primeiro mês de vida, Marina já manifestava seus primeiros traços agressivos. Isso mostra a maneira como os pais foram construindo uma visão sobre o comportamento de Marina, colocando-a no lugar de representante dos problemas familiares. Por isso a importância em apresentar aos pais um outro olhar sobre a menina, relativizando a compreensão sobre a filha. A partir disso foi possível pensar o significado das atitudes de Marina como uma forma de expressar aquilo que ela e, principalmente, seus pais não conseguiam colocar em palavras.

O atendimento com Marina foi encerrado, com proposta para orientação aos pais, que não foi aceita. No entanto, Roberta, posteriormente, procurou terapia de casal com seu novo cônjuge.

Gustavo

Márcia chegou à clínica-escola trazendo como queixa o seu filho Gustavo (6 anos), dizendo que este estava muito desobediente, recebendo constantemente reclamações da escola e que acreditava que isso decorria de problemas emocionais. Contou que a odontologista que o atendia na USP indicou este serviço de atendimento psicológico, chegando a comentar que este serviço também trabalhava com família. Ela trazia como causador dos problemas de seu filho o padrasto, seu companheiro Carlos, projetando tudo o que deu errado na sua vida nele.

Antes de se mudar para cidade de São Paulo, Márcia morava no interior de São Paulo, onde era casada com outro homem, com quem teve dois filhos, Renata (9 anos) e Gustavo, e de quem, posteriormente, se separou. Há seis anos ela conheceu Carlos, o qual dizia que o sonho dele era ser pai. Assim, ela conta que deu um filho para ele, mas que "ele matou o primeiro filho", pois ela perdeu o bebê enquanto brigavam. Quando ela ficou grávida dele pela segunda vez, ele a abandonou

por duas vezes. Carlos contou que acabou se afastando dela quando estava grávida por temer matar seu filho novamente, pois o clima entre os dois estava bastante tenso, mas que quando o seu filho Daniel (1 ano) nasceu o registrou.

Eles acabaram se mudando para São Paulo há dois anos atrás e começaram a enfrentar problemas econômicos aqui, pela dificuldade em arranjar emprego e pelo alto custo de vida. Márcia o culpava por tê-la colocado nessa situação e exigia que ele resolvesse, então, todos os problemas que os cercavam. A relação deles era permeada por muitas brigas e agressões tanto verbal quanto física, de ambas as partes, inclusive na presença das crianças. Ambos perderam totalmente o respeito pelo outro. E quando perguntados por que continuavam juntos, Márcia justificava pelo fator econômico e também contava que não queria que Daniel crescesse sem um pai, assim como Gustavo e Renata. Ela queria que seus filhos tivessem "amor de pai" assim como ela teve.

Márcia é bastante agressiva e projetava tudo de negativo em Carlos, queria que tudo fosse do jeito dela. Ela não se responsabilizava pelos seus atos e pelas suas decisões. Sentia-se "enganada" por Carlos, pois ela tinha visto-o como o "salvador", mas, como ele não correspondeu às suas expectativas ela se viu extremamente frustrada por ele. Carlos, por sua vez, se identificava com tudo aquilo que ela projetava nele, sentindo-se um intruso na vida dela e na casa onde moravam. Mostrava-se muito passivo e submisso. Por não conseguir enfrentar toda a agressividade dela, ele teve em diversos momentos o movimento de sumir de casa, principalmente depois de brigas muito fortes, sem manter contato durante um certo período, voltando tempos depois, quando acreditava que as coisas estariam mais calmas. Ele afirmava sentir dificuldade em conversar com Márcia devido às constantes ameaças por parte dela, tinha medo de falar algo e ela entender errado e isso originar outra briga.

Mesmo o casal morando junto, Carlos era obrigado a pagar pensão para o seu filho Daniel, devido aos seus constantes sumiços. Márcia vivia reclamando de ele estar com a pensão atrasada,

mesmo ele tendo usado o dinheiro para pagar as contas de casa. O pai de Gustavo e de Renata também não pagava pensão, mas a mãe não queria saber dele e nem exigir que ele pagasse pensão aos seus filhos.

Márcia costumava usar seus filhos para se proteger, "fazendo a cabeça" das crianças contra o companheiro. As crianças, então, ficavam estranhas com ele, e quando viam que o casal estava brigado elas já se posicionavam ao lado da mãe. Apesar da dificuldade conjugal entre os dois, Carlos e as crianças se davam bem, consideravam-no como pai. No entanto, apesar da exigência por parte da mãe de que seu marido também exercesse o papel de pai, quando este procurava fazê-lo, ela o desautorizava na frente das crianças. Assim, Renata, a filha mais velha de Márcia, não obedecia as decisões do padrasto. Renata, por sua vez, acabou assumindo um papel muito complicado para a idade dela, já que era a cuidadora dos irmãos mais novos. Como a mãe e o padrasto trabalhavam fora o dia inteiro, transferia-se para ela a imensa responsabilidade de ficar cuidando deles.

Apesar da mãe ter trazido como queixa as dificuldades de Gustavo, durante as sessões, Márcia e Carlos falavam muito mais das suas brigas e dificuldades enquanto casal, do que dos problemas e dificuldades do filho. As queixas da escola com relação a Gustavo revelam que este acaba mostrando na escola aquilo que presencia em casa: a dificuldade em se socializar, se concentrar e permanecer quieto, falar palavrões e ser agressivo com os colegas. Assim, podemos ver a importância de Gustavo como veículo denunciador da complicada dinâmica deste casal e, conseqüentemente, desta família.

Deste modo, tem-se trabalhado com o casal desde maio de 2008, no entanto, mais uma vez, Carlos saiu de casa sem dar notícias, dificultando a continuidade da psicoterapia com o casal.

Jefferson

Jefferson de 7 anos é trazido pela mãe Joana com a queixa de que não estava apresentando rendimento escolar satisfatório, além de alguns comportamentos estranhos, como se estivesse

regredido, nas próprias palavras da mãe “querendo voltar a ser bebe”. Isso havia começado após o nascimento da irmã de dois anos e logo a configuração familiar aparece como decisiva nos sintomas de Jefferson.

Eis a inusitada história da constituição dessa família: Joana que desde os treze anos saiu de casa para morar com seu primeiro namorado, que a maltratava e por isso se separaram. Aos dezessete teve seu primeiro filho resultado de um encontro casual. Aos dezenove teve seu segundo filho, cujo pai era um de seus clientes enquanto trabalhava como prostituta. Aos vinte anos repetiu a história e teve uma filha. Jefferson é seu quarto filho, do quarto pai. Joana com ajuda de sua mãe criou esses filhos. Quando esta foi passar um ano em seu estado natal, Joana quis um marido. Foi assim que Rodrigo entrou em sua vida. Este que havia sido deixado pelas suas duas últimas mulheres, também queria casar trazendo consigo um filho desse último relacionamento. Após algumas conversas resolveram morar junto. E em meio a brigas tiveram uma filha. Estão juntos há quatro anos.

Tanto Joana quanto Rodrigo traziam consigo idealizações sobre a formação dessa nova família. Mas quando se depararam com a realidade, muito distante dessas idealizações, as brigas começaram. Apesar de todos os filhos de Joana desejarem muito um pai, a entrada de Rodrigo nessa família não foi fácil, já que chegou impondo suas regras que eram respeitadas apenas com o uso de sua força física.

É nesse contexto familiar que Jefferson desenvolve seus sintomas. Um deles era o fato do menino dormir em sala de aula, pois tentando acompanhar o ritmo de sua casa acabava dormindo depois da meia-noite e tendo que levantar cedo para ir à escola, a solução encontrada era dormir na aula. O problema foi resolvido quando sua mãe e o padrasto resolveram colocá-lo para dormir à tarde.

Além disso, o casal reconhece que sua atenção está voltada para a filha caçula. Esta que desde cedo apresenta inúmeros problemas de saúde, a maioria respiratórios, ainda é fruto de um relacionamento que deu certo. Na fala da mãe aparece o desejo de ter tido uma família "tradicional", ou seja, um pai e marido provedor para ajudá-la na manutenção e educação dos filhos.

Em meio a essa complexidade de relacionamentos, o cuidado com esse menino de apenas sete anos fica comprometido. Sem nenhum sintoma que justificasse seu atendimento, as sessões estão sendo realizadas com o casal desde abril de 2008, que trazem relatos sobre a melhora de Jefferson. Rodrigo coloca que está mais próximo do menino, mais consciente de seu papel. Nas palavras da mãe a melhora se deve ao fato de que "com a diminuição das nossas brigas, que me faziam muito mal, sobrou espaço pro Jefferson. Agora que estou bem, posso tratar dos problemas dos meus filhos".

Discussão

Nos casos de famílias reconstituídas atendidos, têm-se não apenas relações complexas pelos seus vínculos, como também as dificuldades decorrentes da situação econômica em que essas famílias se encontravam, sem infra-estrutura, com a organização de espaço físico comprometida.

As mulheres desses casos esperavam que esses novos maridos oferecessem algo que não correspondia ao que eles de fato são. Elas buscavam neles o provedor da família, pais não apenas para seus filhos, mas também para elas. Dessa forma, esses homens acabavam ficando sobrecarregados, tanto na função que tinham que exercer, como no que lhes era projetado. Elas não conseguiam se relacionar com esses homens no que eles de fato podiam oferecer, ficavam à espera de que eles correspondessem as suas expectativas, as suas idealizações, depositando neles também a responsabilidade da superação das frustrações advindas dos relacionamentos conjugais prévios. Deste modo, tudo aquilo que eles tinham para oferecer e o que eles faziam por elas e pela nova

família, por não corresponder às expectativas delas, caía no vazio, o que acabava por despotencializá-los.

Essas expectativas parecem estar mais presentes nos casos em que o lugar de pai encontrava-se vazio na família primeira (monoparental materna), e a relação conjugal, assim, se vê envolta em conflitos e insatisfações, pois esses homens nunca conseguem preencher todas as expectativas femininas. Essas mulheres/ mães, cujos filhos não têm pais, têm que ser mais fortes por defesa, sobrevivência, enfim, para dar conta dessa situação e com isso, a idealização por esse homem/ pai acaba sendo mais intensa. Esses novos pais não conseguem preencher tamanha idealização, no entanto, sentem-se cobrados a corresponder a essas expectativas e, o fato de não conseguirem acaba fragilizando-os ainda mais.

Podemos observar nesses casos a prevalência da conjugalidade em detrimento da parentalidade. O casal passa a se preocupar muito mais com as questões que envolvem a vida a dois, na tentativa de que este relacionamento dê certo, ou imbuídos em suas brigas, deixando de lado o cuidado para com os filhos. Para os filhos, a entrada dos novos integrantes na família também é difícil, tanto para os casos em que o lugar de pai não era ocupado, quanto em relação a esse lugar já ter sido ou ainda ser ocupado. Por um lado temos a dificuldade da madrasta ou padrasto em exercer a função parental com seus enteados e por outro, a resistência por parte dos enteados em respeitar e aceitar esses novos integrantes da família.

Geralmente, busca-se nos novos relacionamentos uma reparação frente àquilo que não foi elaborado no relacionamento anterior. Os filhos que pertencem ao relacionamento que não existe mais ou que nunca existiu, carregam a marca do que foi perdido. Deste modo, esses filhos acabam ficando num lugar que incomoda os pais, pois representam, justamente, aquilo que não foi elaborado. Por isso, muitas vezes, se busca negar esses filhos que são sinônimos de perdas,

principalmente quando se tem filho(s) do novo casamento. Percebe-se, então, uma diferenciação pelo novo casal entre os filho(s) que tiveram juntos daqueles de relacionamento(s) anterior (es).

Conclusão

A partir dos casos analisados foi possível perceber o quanto os conflitos advindos dessa nova constituição familiar acabam, muitas vezes, por ser explicitados através do sintoma de um dos membros da família, geralmente o filho caçula, que assume o lugar de porta-voz desses conflitos. Em função disso, faz-se necessário a ampliação do olhar do clínico no sentido de não se focar apenas no membro da família portador do sintoma, mas se atentando à dinâmica familiar.

Concomitantemente, apesar de atualmente as famílias reconstituídas serem cada vez mais comuns, ainda se verifica, na clínica, a emergência de diversos conflitos que não se restringem apenas à relação conjugal. As famílias reconstituídas apresentam, no seu interior, uma maior complexidade, exigindo de todos os seus integrantes um grande esforço de respeito às diferenças. Nesse sentido, se faz essencial a consideração pela individualidade de cada membro e a delimitação das novas funções, não mais pautadas unicamente em vínculos biológicos. Há de se criar uma nova forma de exercer a parentalidade, processo que na contemporaneidade envolve maior complexidade, implicando níveis conscientes e inconscientes do funcionamento mental, que vai muito além do que costumamos denominar de função dos pais (SILVA, 2004).

O fortalecimento do casal conjugal é de extrema importância, visto que cabe a estes a função de manter o grupo familiar saudável e coeso. Atentando-se para que a satisfação na esfera conjugal não implique em uma perda ou deterioração da parentalidade. Torna-se, portanto, fundamental o cuidado com estas questões de forma que a reconstituição de uma nova família possa ser promotora de bem estar psíquico para os membros envolvidos, ao invés de produtora de sintomas, sofrimento e repetições.

Referências bibliográficas

GOMES, I. C. O complexo interjogo parental/conjugal nas famílias reconstituídas. IN: Anais do XI Simpósio APP - A Família na Pós-Modernidade e a Clínica em Psicoterapia Psicanalítica. São Paulo: APP, 2008, p. 26-31.

GOMES, I.C. *Uma Clínica Específica Com Casais*: contribuições teóricas e técnicas. São Paulo: Escuta / FAPESP, 2007.

CORREA, O. R. Os avatares da transmissão psíquica geracional (pp. 17-43). São Paulo: Escuta, 2000.

LASCH, C. *Refúgio num mundo sem coração. A Família: santuário ou instituição sitiada?* Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 1991.

SILVA, M.C.P. Prefacio à Edição Brasileira. IN: SOLIS-PONTON, L. (org.). *Ser pai, ser mãe – parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. Tradução de Maria Cecília P. Silva. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

A CAPACIDADE DE PREOCUPAÇÃO: DISCUSSÃO DE UM CASO DE ADICÇÃO EM UMA PERSPECTIVA WINNICOTTIANA[8]

Laura Carmilo Granado
Elaine de Souza Zanolo Manara
Profª. Drª. Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

RESUMO

Introdução: Winnicott caracteriza a capacidade para a existência de um sentimento de culpa como algo que depende do desenvolvimento emocional primitivo e que é possível com uma mãe que se faz presente ao longo do tempo. Diferencia essa capacidade de preocupação do senso moral "inculcado", ensinado posteriormente. **Método:** Este trabalho discute o caso de um usuário de drogas, do sexo masculino, de 31 anos de idade, atendido em quatro consultas terapêuticas por uma monitora uma colaboradora em um grupo com seis alunos do terceiro semestre do curso de Psicologia da USP, em um hospital psiquiátrico de São Paulo. **Resultados e Discussão:** O paciente parece não ter tido, ao longo do desenvolvimento primitivo, a oportunidade de desenvolver a capacidade de preocupação e seu conflito advém de uma contradição entre aos preceitos morais aprendidos, inclusive baseados na educação católica que teve, e sua incapacidade de preocupar-se, que poderia ser estabelecida com base em um cuidado materno suficientemente bom de uma mãe que sustenta o bebê ao longo do tempo. O paciente parece buscar, através do uso de drogas, o cuidado suficientemente bom que não teve na primeira infância. Uma análise que lhe proporcionasse esse cuidado talvez permitisse um desenvolvimento emocional a ponto de adquirir a capacidade de preocupação.

INTRODUÇÃO

[8] O presente trabalho é fruto de atendimentos a um paciente realizados em um hospital psiquiátrico pelas duas primeiras autoras com os alunos de graduação estagiando para a disciplina de Psicopatologia I do curso de Psicologia da USP, cujo relatório final auxiliou na construção deste trabalho. Os alunos são: Arnaldo Janiak Junior, Felipe Scavasin, Ilana Fenjves Joveleviths, Renato Costriuba, Roberto Propheta Marques, Yuri Nishijima. Nossos agradecimentos a eles.

Winnicott notou o potencial da exploração integral da primeira ou das primeiras entrevistas, a qual "pode conter material que se apresentará para análise durante meses e até mesmo anos" (WINNICOTT, 1965, p. 244). O autor considerou o seguinte:

> Se é dada a oportunidade de maneira adequada e profissional para uma criança ou para um adulto, no tempo limitado do contato profissional o cliente trará e exporá (embora de início somente como uma tentativa) o problema predominante ou o conflito emocional ou a espécie de tensão que aparece nesse momento da vida do cliente (WINNICOTT, 1971, p. 15).

Gil e Tardivo (2006) relatam o êxito na utilização de consultas terapêuticas, dentro da perspectiva winnicottiana. A exploração integral de poucas entrevistas, no contexto institucional com alunos em processo de formação caracterizou uma situação de aprendizado e intervenção.

Um caso atendido por uma monitora, uma colaboradora e alunos de graduação no contexto institucional dentro da proposta de Gil e Tardivo (2006) remeteu ao tema, desenvolvido por Winnicott, da preocupação.

Winnicott (1958/1983) considera a idéia freudiana de introjeção da figura paterna na gênese do superego demasiadamente simples e considera uma história precoce do superego a partir da compreensão do sentimento de culpa, que envolve conflito entre amor e ódio na relação entre duas pessoas, ainda, e não em situações triangulares.

Winnicott baseia-se em Melanie Klein para falar da posição depressiva. Segundo Klein,

> no quinto ou sexto mês de vida o bebê começa a temer o dano que seus impulsos destrutivos e sua voracidade causam, ou podem ter causado, a seus objetos amados... Ele experimenta sentimentos de culpa e a necessidade de preservar tais objetos e de repará-los pelo dano causado (KLEIN, 1971, p.15).

Os bebês possuem impulsos destrutivos que, segundo Klein (1971, p.4), "constituem parte integrante da vida mental, mesmo em circunstâncias favoráveis." Os bebês, em sua mais tenra idade, começam a integrar-se, tornando-se assim uma unidade. Conseqüentemente integram também os objetos e percebem que atacaram o objeto amado e, ao terem esta percepção, sentem-se culpados por

isto. O termo posição depressiva é utilizado pela autora para caracterizar e definir esta fase do desenvolvimento que tem relação com esse sentimento de culpa (KLEIN, 1971).

Segundo Winnicott (1954-5/2000), são necessárias algumas condições para que se possa alcançar a posição depressiva, que ele sugere chamarmos de estágio de preocupação[9], pois para o autor, " 'posição depressiva' é um nome ruim para um processo normal" (p. 358).

O bebê, no início, não tem a capacidade de perceber a dor ou o desprazer alheio, ele é impiedoso:

> a mudança da ausência de piedade para a piedade ocorre gradualmente, sob certas condições definidas de maternagem, durante o período entre os cinco e os doze meses de idade, e pode não se completar até um momento muitíssimo posterior, sendo possível descobrir-se em análise que isto nunca ocorreu (WINNICOTT, 1954-5/2000, p.359-360).

Após a conquista pelo bebê do status de unidade, a experiência erótica e a agressiva relativas a um único objeto podem ser combinadas em sua mente, atingindo-se a ambivalência. Combinam-se, assim, na mente do bebê, a mãe-ambiente e a mãe-objeto, que correspondem, segundo Winnicott (1963a/1983), aos estados de tranqüilidade e excitação do bebê. Essa integração é possível por uma maternagem suficientemente boa e após a sobrevivência da mãe por um período de tempo.

Winnicott afirma que com a junção destas duas funções da mãe na mente do bebê, podem surgir diversas dificuldades, as quais foram discutidas por Klein. O bebê não pode fazer ainda uma distinção clara entre intenção e realidade, o que pode lhe causar ainda mais ansiedades por acreditar que destruiu o objeto bom. Com a experiência da mãe suficientemente boa, que sobrevive aos ataques, o bebê começa a reconhecer a diferença entre o que é fato e fantasia, ou realidade externa e interna; com a sobrevivência da mãe, não porque o bebê a protegeu, mas devido a sua própria capacidade de sobrevivência, a vida instintiva pode tornar-se mais rica, podendo assim arriscar novas experiências (WINNICOTT, 1954-5/2000, 1963a/1983).

A experiência pulsional vivida pelo bebê gera dois tipos de ansiedades: uma relacionada ao objeto do amor pulsional, esta "ansiedade diz respeito à percepção que o bebê tem de que a mãe não é a mesma após alimentá-lo" (ABRAM, 2000, p.175), "há um buraco onde havia um corpo cheio de

[9] Alguns tradutores utilizam o termo "concernimento", outros "preocupação" ou ainda "envolvimento" para se referir ao termo em inglês *concern*. O termo "preocupação" foi utilizado no presente trabalho por mostrar-se mais adequado à compreensão do tema desenvolvido.

riquezas" (WINNICOTT, 1954-5/2000, p.363); e outra relacionada ao próprio interior do bebê. Ele se vê "às voltas com a contenda no interior do eu, uma briga entre o que é sentido como bom, ou seja, apoiando o eu, e o que é sentido como mau, ou seja, persecutório para o eu" (WINNICOTT, 1954-5/2000, p. 364).

Essa experiência pulsional pode ser, por exemplo, o ato de alimentar-se. O bebê ingere algo e "essa coisa é sentida como boa ou ruim conforme tenha sido ingerida durante uma experiência instintiva gratificante ou de uma experiência perturbada por um excesso de raiva devida à frustração" (WINNICOTT, 1954-5/2000, p.363). Relacionada à digestão física há a elaboração psíquica que demora algum tempo. Ela culmina no gesto de doação e a mãe, sustentando seu papel no decorrer do tempo[10] e recebendo tanto as coisas boas quanto as coisas más que o bebê tem a lhe oferecer, traz a possibilidade de reparação, de restituição. Estabelece-se nesta relação o que Winnicott chamou de '*círculo benigno*' (WINNICOTT, 1954-5/2000).

A conseqüência do fortalecimento dia após dia do círculo benigno é a de que o bebê se torna capaz de tolerar o buraco por ele imaginado no corpo da mãe como resultado da experiência instintiva. Aqui estará, então, a origem do sentimento de culpa:

> Na operação do círculo benigno, a compaixão torna-se tolerável para o bebê através do reconhecimento recém-despertado de que, havendo tempo, algo pode ser feito a respeito do buraco e das várias conseqüências dos impulsos do id sobre o corpo da mãe (WINNICOTT, 1954-5/2000, p.366).

O bebê, então, oferece um gesto restitutivo:

> Gradativamente, à medida que a criança descobre que a mãe sobrevive e aceita seu gesto restitutivo, torna-se capaz de aceitar responsabilidades pela fantasia total do impulso instintivo global que era impiedoso previamente. A crueldade cede lugar à piedade, e a despreocupação à preocupação (WINNICOTT, 1958/1983, p.26).

[10] Sustentar no decorrer do tempo é considerado um aspecto fundamental da maternagem que permite o surgimento da capacidade de preocupação esse aspecto essencial será discutido neste caso.

O indivíduo passa, assim, a ter capacidade de tolerar os elementos agressivos contidos em seu impulso amoroso primitivo. Preocupar-se, para Winnicott (1963a/1983, p.70), "indica o fato do indivíduo se importar, ou valorizar, e tanto sentir como aceitar responsabilidade". Isso se dá quando se estabeleceu a capacidade para a existência de um sentimento de culpa, e esta é a verdadeira culpa, e não algo "inculcado" do ponto de vista moral, ensinado posteriormente, como descreve Winnicott (1963b/2000).

Porém, muitos indivíduos apresentam um desenvolvimento sadio parcial e são incapazes de atingir preocupação ou sentimento de culpa, ou mesmo remorso. Neste trabalho, propomos a discussão de um caso no qual acreditamos não ter sido desenvolvida a capacidade de preocupar-se.

MÉTODO

Sujeito

Será discutido o caso de Paulo, de 31 anos, solteiro, diretor de uma escola. No momento dos atendimentos estava internado em um hospital psiquiátrico pela décima terceira vez devido ao uso abusivo de drogas, inclusive cocaína, mas principalmente crack. O uso de drogas se iniciou aos 15 anos de idade. As drogas tiveram papel fundamental no seu processo de socialização e no início de sua vida sexual, que era dificultada pelo fato de ser homossexual. Por volta dos 18 anos foi preso portando entorpecentes. A partir daí, deu-se um histórico de internações intermitentes, sempre relacionadas ao uso abusivo de drogas. Suas queixas ao longo dos atendimentos sempre tinham questões relativas a uma relação conflituosa com a mãe.

2.2 Procedimento

Uma das autoras foi monitora e a outra colaboradora em um grupo com seis alunos do terceiro semestre do curso de Psicologia da USP. Estes realizaram quatro consultas terapêuticas a este paciente internado em um hospital psiquiátrico. As consultas terapêuticas baseiam-se em uma perspectiva winnicottiana na qual foi criado um espaço para escuta e acolhimento em sessões de 50 minutos, uma vez por semana, ao longo do primeiro semestre letivo de 2008. Após cada atendimento, era realizada uma discussão entre os alunos, monitora e colaboradora sobre os principais aspectos surgidos na consulta. Ao final do semestre os alunos realizaram um relatório sob

orientação da monitora, com aspectos descritivos e psicodinâmicos do caso. Este relatório também foi utilizado para a elaboração do presente trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O paciente relata que "a adolescência foi um período em que as dificuldades de socialização, aliadas à sexualidade que aflorava com a descoberta de sua homossexualidade, geraram conflitos que culminaram no início do uso de entorpecentes". Ele diz que sua vida sexual, cujo início foi facilitado e intrinsecamente relacionado ao uso de drogas, sempre foi marcada pela promiscuidade. Relata que a mãe aceitou sua escolha sexual, embora explicitasse seu desejo de ter netos.

Criado em ambiente católico, no princípio da juventude o paciente escolheu seguir vida religiosa e foi encaminhado para um seminário. Diz que essa escolha foi um modo de lidar com as dificuldades de relacionamento, afastar-se das drogas e não enfrentar os conflitos que decorreriam de sua sexualidade. O seminário foi o período mais calmo da vida do paciente, período no qual desempenhava com afinco suas funções e era sempre elogiado pelos superiores, que recomendavam que seguisse vida sacerdotal. No entanto, após tomar contato com os estudos de Filosofia, o paciente passou por um período de questionamentos que culminaram em sua saída do seminário, já com relativa 'liberdade em relação à moral cristã' que, apesar disso, ainda influencia fortemente seus juízos morais, como relata.

Graduou-se em Filosofia e tornou-se diretor de uma escola estadual. O paciente não fala de amigos, limita-se a falar de relações com alguns familiares, predominando sempre as falas sobre seu relacionamento com a mãe. Nunca se casou, e relatou de modo ambíguo a adoção de uma filha: ora dava a entender que era sua filha adotiva, ora que era sua irmã, adotada por sua mãe. O paciente já se submeteu a análise com uma freqüência de três vezes por semana. Ele parece racionalizar aquilo que é discutido em análise e traz conclusões confusas.

Seu pai é estrangeiro, de ascendência eslava e a mãe brasileira. O paciente relata que o alcoolismo era traço comum tanto à sua mãe quanto ao seu pai. O pai faleceu quando o paciente tinha por volta de dois anos de idade. A mãe sempre demonstrou muita confiança para com o paciente em sua infância, confiança esta que o paciente julga ser muito próxima de desleixo e responsável por seu contato precoce com as drogas. Atualmente a relação com a mãe apresenta um caráter duplo: por um lado, durante as internações, a mãe se comporta de maneira bastante solícita e

atenciosa. Por outro lado, durante as épocas nas quais o paciente se encontra fora do hospital psiquiátrico, a presença da mãe é muito solicitadora, de forma a desagradar o paciente, que se queixa de extrema cobrança de responsabilidades burocráticas e familiares.

Este aspecto parece-nos fundamental para compreender a dinâmica deste paciente com relação ao uso de drogas. O paciente disse que quando está bem a mãe não só lhe dá responsabilidades, mas lhe exige uma postura de cuidador. Ele parece sentir como uma obrigação moral cuidar de sua mãe, que já tem 60 anos, mas, ao mesmo tempo, diz que não quer fazer isso, que não quer ter as responsabilidades que os outros esperam que ele assuma quando está bem. Ele diz sentir-se culpado por não gostar de assumir essa postura de cuidar da mãe.

Durante as consultas dissemos a ele que parece que usar a droga coloca-o na posição de alguém a ser cuidado, enquanto estar bem o coloca na obrigação de cuidar, o que lhe desagrada. Ele concorda e, então, conversamos sobre essa questão ao longo das entrevistas: o quanto o uso de drogas parece relacionar-se a uma busca de um cuidado suficientemente bom que não teve na primeira infância.

O paciente teve um contato, ao longo de toda a vida, com preceitos religiosos e morais. Assim, sente-se na obrigação moral de retribuir os cuidados maternos. No entanto, parece não ter tido, ao longo do desenvolvimento primitivo, a oportunidade de desenvolver a capacidade de preocupação, capacidade de ter senso moral. Winnicott (1958/1983, p.28), nos permite compreender claramente este funcionamento quando afirma que:

> em algumas pessoas, ou em parte delas, há um impedimento do desenvolvimento emocional nas fases iniciais, e conseqüentemente uma ausência de senso moral. Onde há uma falta de senso moral pessoal o código moral inculcado se torna necessário, mas a socialização resultante é instável.

A moralidade religiosa esteve presente ao longo da vida de Paulo, no entanto, parece vir como algo desvinculado de seu funcionamento psíquico, como um aspecto intelectualizado. Winnicott (1963b/1983, p. 94) diz que "há mais para se ganhar do amor do que da educação. Amor, aqui significa a totalidade de cuidado com o lactente ou criança, que favorece o processo maturativo".

Assim, vemos que o conflito do paciente com relação aos cuidados que não quer prover à sua mãe advém de uma contradição entre os preceitos morais aprendidos, inclusive em sua educação

católica, e a sua incapacidade de preocupar-se, que poderia ser estabelecida com base em um cuidado materno suficientemente bom.

Para Winnicott (1954-5/2000), o cuidado adequado, o sustentar ao longo do tempo, é essencial para que a moralidade se desenvolva na criança como um processo natural. Mais que ser sustentada, a criança precisa ser sustentada ao longo do tempo. O fator tempo é muito importante, "a mãe sustenta a situação de modo que o bebê tenha a chance de elaborar as conseqüências de suas experiências instintivas" (p. 356). A elaboração "demora algum tempo e o bebê pode apenas aguardar os seus resultados, entregue passivamente ao que se passa lá dentro" (p. 364).

O paciente parece ter-nos dito algo importante a respeito do funcionamento da mãe. Quando ele está razoavelmente bem, após sair da internação, sua mãe lhe exige cuidados, os mesmos cuidados que ela lhe proporcionou. O que podemos questionar é se no desenvolvimento precoce deste indivíduo, uma mãe que tão logo exige uma retribuição, pôde permitir que este bebê chegasse à elaboração de suas experiências instintivas, permitindo assim, em um momento posterior, desenvolver sua capacidade de preocupação e possuir um senso de responsabilidade para si e para outros. Essa nova busca de um cuidado materno suficientemente bom mantido ao longo do tempo, também malogra.

Além deste dado sobre o funcionamento da mãe, há o fato de ela ser alcoolista, o que deve ter trazido conseqüências sérias aos cuidados infantis. Para Winnicott (1954-5/2000, p. 366)

> quando o círculo benigno é quebrado e a mãe que sustenta a situação não é mais um fato, o processo passa a desfazer-se, tendo como conseqüência a inibição dos instintos e um empobrecimento geral da personalidade e em seguida também uma perda da capacidade de sentir culpa [...] sem o sentimento de culpa a criança pode continuar a ter prazeres sensuais instintivos, mas perde a capacidade de amar com afeição.

É a falta deste amor para com sua mãe que o paciente parece lamentar. Winnicott (1963a/1983, p.70) afirma que "preocupação indica o fato do indivíduo se importar, ou valorizar, e tanto sentir como aceitar responsabilidade". O paciente não consegue sentir responsabilidade e se importar de maneira autêntica com sua mãe. A posição ambígua com relação à criança que mora com eles (irmã/filha) talvez também retrate esse conflito entre a consciência moral versus incapacidade de ter um senso de responsabilidade para com o outro.

Com relação à inibição dos instintos, Winnicott (1963a) afirma que a presença consistente da mãe também tornaria o bebê cada vez mais audaz para experimentar seus impulsos instintivos, sua vida instintiva seria liberada e teria liberdade de expressão. Talvez o uso da droga também tenha um papel importante neste ponto. O uso da droga, além de colocá-lo na posição de alguém a ser cuidado para receber algo que não teve, parece vir liberar sua vida instintiva, que não tivera liberdade de expressão no desenvolvimento precoce.

Obviamente que estas questões sobre o desenvolvimento precoce se restringem a especulações teóricas, mas atualmente o que vemos é um indivíduo crescido do ponto de vista do desenvolvimento biológico e intelectual, no entanto, que parece não ter atingido diversos aspectos do desenvolvimento emocional, como a capacidade de se preocupar. O uso da droga como uma experiência instintiva, também o faz regredir e o coloca na posição de alguém a receber os cuidados maternos que não tivera nos estágios primitivos do desenvolvimento. Quando o paciente começa o processo de elaboração, a partir desta nova experiência de cuidado materno com o uso de drogas, antes que consiga concluir o que, no desenvolvimento precoce denomina-se ciclo benigno, a mãe exige cuidados para com ela. Assim, a ambivalência não é atingida, a elaboração psíquica não é concluída, o gesto restitutivo não ocorre.

Segundo Winnicott (1963a/1983, p. 74) "o fracasso da mãe-objeto em sobreviver ou da mãe ambiente em prover oportunidades consistentes para reparação leva a uma perda da capacidade de se preocupar e à sua substituição por ansiedades e defesas cruas tais como *splitting* e desintegração". Nesta perspectiva, é possível pensar também a fala do paciente em determinada sessão sobre o amor e ódio com relação à mãe: "eu amo minha mãe, mas eu também a odeio".

O cuidado suficientemente bom permitiria que o amor e ódio, coexistentes no bebê, se distinguissem, se inter-relacionassem e se tornassem controláveis a partir de dentro (WINNICOTT, 1954-5/2000). Não parece que a capacidade para ambivalência como uma conquista no desenvolvimento tenha sido atingida.

> O bebê abençoado com uma mãe que sobrevive, que reconhece um gesto de doação quando este ocorre, está agora em condições de fazer algo a respeito daquele buraco, o buraco no seio ou no corpo, criado imaginariamente no momento instintivo original. Aqui entram em cena as palavras doação e restituição...(WINNICOTT, 1954-5).

Essa pequena amostra que tivemos do comportamento da mãe, com relação à cobrança ao paciente logo que ele começa a melhorar, nos leva a indagar, o quanto essa recuperação é autêntica. O gesto restitutivo é uma doação que surge a partir do bebê em um *gesto espontâneo*. Ele parece não ser possível dentro dessa dinâmica do relacionamento. Assim, a recuperação biológica torna-se possível, mas não o desenvolvimento emocional que poderia ser possibilitado pelo cuidado suficientemente bom, o qual culminaria na capacidade de preocupação, que o paciente lamenta não ter. A mãe que proporciona circunstâncias favoráveis a esse desenvolvimento é aquela que continua "viva e disponível, disponível fisicamente e também no sentido de não estar preocupada com outra coisa" (WINNICOTT, 1963a, p. 73). Se a mãe de Paulo imediatamente solicita cuidados e vê-se preocupada com as próprias necessidades, o ciclo é rompido e não há a possibilidade de reparação, que seria possível a partir do acolhimento do gesto espontâneo. Quando a mãe cobra esse gesto, parece que o círculo benigno que poderia ser re-instaurado, é rompido e o paciente não alcança aquilo que ele parece buscar a partir do uso da droga: o cuidado suficientemente bom que necessitara na primeira infância.

CONCLUSÃO

Esse trabalho mostra o quanto um caso clínico traz de forma viva conceitos teóricos importantes sobre o desenvolvimento emocional. Muito do que foi dito parte de conjecturas teóricas que, no entanto, são extremamente úteis para o manejo e acolhimento daquilo que surge no atendimento clínico. A proposta de consultas terapêuticas de Winnicott, de fato, propiciou que o problema predominante do paciente fosse exposto e que houvesse um manejo desta questão. O fato de o trabalho ter sido realizado em uma instituição com alunos de graduação cursando a disciplina de Psicopatologia I permitiu que a articulação teórica fosse possível também aos alunos, vivenciando um atendimento clínico na prática.

O paciente, Paulo, parece ter um senso moral, porém, um senso moral inculcado e não o senso moral pessoal constituído de maneira natural ao longo do desenvolvimento. O senso moral inculcado provoca um grande conflito diante da falta de preocupação real e autêntica para com o outro.

É possível imaginar que um espaço de análise em que a presença do analista ao longo do tempo fosse uma realidade, talvez viesse a permitir o desenvolvimento emocional que ainda não foi atingido, ao proporcionar o cuidado que Paulo parece buscar através do uso de drogas. Este cuidado foi proporcionado ao longo das consultas terapêuticas e uma análise talvez lhe permitisse o

desenvolvimento emocional para atingir a capacidade de preocupação que, do ponto de vista moral, Paulo lamenta não ter.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAM, J. Preocupação. In: A linguagem de Winnicott: dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott. São Paulo, Revinter, 2000, p. 172-182.

GIL, C. A.; TARDIVO, L. S. L. P. C. Encontros e consultas terapêuticas: uma proposta de pesquisa intervenção no hospital psiquiátrico. *Trab. do I Simpósio Internacional de Pesquisa em Psicoterapias,* agosto, 2006.

KLEIN, M. Nosso mundo adulto e suas raízes na infância. In: *O sentimento de solidão.* Rio de Janeiro, Imago Editora, 1971.

WINNICOTT,D.W. (1965). O valor da consulta terapêutica, In: WINNICOTT, C.SHEPHARD, R.(org) *Explorações Psicanalíticas*. Porto alegre: Artes Médicas, 1994.

WINNICOTT, D.W. A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal (1954-5). In: *Da pediatria a psicanálise – obras escolhidas*. Rio de Janeiro, Imago Editora, 2000.

WINNICOTT, D. W. Psicanálise do sentimento de culpa (1958). In: *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.* Porto Alegre, Artes Médicas, 1983.

WINNICOTT, D. W. O desenvolvimento da capacidade de se preocupar (1963a). In: *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.* Porto Alegre, Artes Médicas, 1983.

WINNICOTT, D. W. Moral e Educação (1963b) In: *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.* Porto Alegre, Artes Médicas, 1983.

WINNICOTT, D. W. (1971) Parte um: introdução. In: WINNICOTT, D. W. *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil.* Trad. Joseti Marques Xisto Cunha. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1984.

PROPOSTAS PSICOTERAPÊUTICAS PARA VÍTIMAS DO CIÚME PATOLÓGICO

Thiago de Almeida
Valéria Centeville

> "Os ciumentos sempre olham para tudo com óculos de aumento, os quais engrandecem as coisas pequenas, agigantam os anões e fazem com que as suspeitas pareçam verdades." (Cervantes).

Entre todos os tipos de ciúme citados na literatura científica, o ciúme romântico, isto é, aquele que ocorre em relacionamentos amorosos, é um dos que tem despertado maior atenção de psicólogos e leigos. Segundo alguns teóricos, ele seria inerente, isto é, constitutivo da natureza humana de maneira com que todos nós seríamos ciumentos em maior ou em menor grau. Todos sentimos ciúme e não somente as pessoas que amam ou as que estão vinculadas afetivo-sexualmente a algum(a) parceiro(a). Ele pode ocorrer em quaisquer tipos de relacionamentos, mas está comumente associado aos relacionamentos amorosos (BRINGLE, 1995).

O ciúme romântico não somente é um dos mais importantes temas que envolvem os relacionamentos humanos, bem como um desafio para muitos destes (CENTEVILLE; ALMEIDA, no prelo). Dentre as mais diferenciadas emoções humanas, o ciúme é uma emoção extremamente comum (KINGHAM; GORDON, 2004). Todos nós cultivamos certo grau de ciúme e alguns especialistas dizem que algum nível de ciúmes é necessário em todo relacionamento. Afinal, quem ama cuida.

O sempre muito discutido e complexo fenômeno denominado “amor” geralmente é acompanhado de um outro fenômeno relacionado ao ciúme que é o de cuidado, de zelo para com a pessoa amada, concebido enquanto ciúme. Quem verdadeiramente ama, quem quer bem, cuida para que a pessoa amada se sinta realmente bem, acolhida, querida, respeitada. O ciúme normal é uma

função que cuida e protege o amor, alertando a consciência sobre seus diferentes estados e limites. Ele faz pensar sobre a beleza, a profundidade, a criatividade e as maravilhas do amor. Logo, todos nós, alguma vez, em um maior ou em um menor grau já o sentimos. As pessoas costumam dizer que o ciúmes é o tempero do amor, aquela pitada que o incrementa, mostrando que o interesse mútuo permanece aceso. O ciúme, então, se configura como um conjunto de emoções desencadeadas por sentimentos de alguma ameaça à estabilidade ou qualidade de um relacionamento íntimo valorizado. As definições de ciúme são muitas, tendo em comum três elementos:

1) ser uma reação frente a uma ameaça percebida;
2) haver um rival real ou imaginário e;
3) a reação visa eliminar e/ou diminuir os riscos da perda do *objeto* amado.

Para muitos, teóricos da área e para as pessoas em geral, o ciúme é uma manifestação de afeto, zelo ou até mesmo de amor que uma pessoa sente por outra. Contudo, como este desvelo pode variar na interpretação de uma pessoa para a outra, de forma análoga, o ciúme também o variará. Entre todos os tipos de ciúme citados na literatura científica, o ciúme romântico, isto é, aquele que ocorre em relacionamentos amorosos, é um dos que tem despertado maior atenção de psicólogos e leigos. Segundo alguns teóricos, ele seria constitutivo da natureza humana de maneira com que todos nós seríamos ciumentos em maior ou em menor grau. Ele pode ocorrer em quaisquer tipos de relacionamentos, mas está comumente associado aos relacionamentos amorosos. Portanto, desenvolve-se quando sentimos que nosso parceiro não está tão estreitamente conectado conosco como gostaríamos (ROSSET, 2004). Ainda no tocante ao ciúme, observa-se que a linha divisória entre imaginação, fantasia, crença e certeza freqüentemente se torna vaga e imprecisa. No ciúme as dúvidas podem se transformar em idéias supervalorizadas ou francamente delirantes. Depois das idéias de ciúme, a pessoa é compelida à verificação compulsória de suas dúvidas (BALONE, 2004).

Muito tem sido cogitado a respeito desse fenômeno chamado ciúme, que tantas vezes se instala em nós e em quem amamos, e que priva a tranqüilidade, a concórdia e a confiança de nossos relacionamentos que nos são caros. É importante falarmos a respeito de um tema como este porque provavelmente, em algum momento da vida, ou por ele seremos afetados por sentirmos ciúme, ou ainda, porque seremos vitimizados como alvo de uma pessoa ciumenta. Dessa maneira, em algum momento da vida, por nos depararmos com esta possibilidade é necessário sabermos a diferença entre o ciúme considerado ‘normal’ e o ‘patológico’, dentre outras propriedades do ciúme.

O ciúme patológico (ou Síndrome de Otelo).

O conceito de ciúme mórbido ou patológico, também chamado de Síndrome de Otelo, em referência ao drama shakeasperiano, escrito por volta do ano de 1603, compreende várias emoções e pensamentos irracionais e perturbadores, além de comportamentos inaceitáveis ou bizarros (LEONG et al, 1994). Envolveria muito medo de perder o parceiro para um rival, desconfiança excessiva e infundada, gerando significativo prejuízo no funcionamento pessoal e interpessoal (TODD; DEWHURST, 1955). Esses casos estão cada vez mais acorrendo à clínica, onde casais buscam suporte para sua dinâmica conturbada por esse fenômeno.

O que aparece no ciúme patológico é um grande desejo de controle total sobre os sentimentos e comportamentos do companheiro. Há ainda preocupações excessivas sobre relacionamentos anteriores, isto é, ciúme do passado dos parceiros, as quais podem ocorrer na forma de pensamentos repetitivos, imagens intrusivas e ruminações sem fim sobre fatos de outrora e seus detalhes (CAVALCANTE, 1997). Esses sentimentos envolveriam um medo desproporcional de perder o parceiro para um rival (real atual, ex-parceiros, ou mesmo, rivais imaginários), desconfiança excessiva e infundada, o que provoca um significativo prejuízo no relacionamento interpessoal. O ciúme patológico, então, corresponde a uma preocupação infundada, absurda e emancipada do contexto. Enquanto no ciúme não-patológico, o maior desejo é preservar o relacionamento, no ciúme patológico haveria o desejo inconsciente da ameaça de um rival (CAVALCANTE, 1997).

Um pensamento que ecoa pelo cotidiano é o dito que tudo o que é bom dura pouco. Por que, a despeito da imensa capacidade criativa e de se adaptar do ser humano, será que continuamos a recriar os mesmos relacionamentos, geralmente, fadados ao fracasso que tanto rejeitamos? Nesse sentido, o ciúme provém do medo de ser excluído de uma relação. Será mesmo verídica a necessidade de se passar à vida toda temendo o fim de um grande amor? Ou talvez, precisamos aceitar a idéia de que o amor não é para todos? Por que o ‘eu te amo’ de ontem parece não valer mais para hoje? Por que geralmente temos em mente que para encontrar e viver um amor que nos satisfaça precisamos ser dotados de sorte ou de algum tipo de poder mágico de encantamento? E o que nos acontecerá se perdermos a amada pessoa que nos é tão cara, de modo que ela passe a se

interessar por alguma outra pessoa que nos substituirá no mesmo papel que anteriormente representávamos para a vida dela?

O ciúme é um fenômeno intrínseco. Muitas causas são desconhecidas e muitas vezes não existem motivos, mas o ciúme existe em todos nós, mesmo que em pequenas proporções. Logo, o ciúme é uma emoção humana comum e universal, por isso, é mais difícil diferenciar o ciúme normal do patológico. Porém, enquanto o Ciúme Normal é passageiro e desencadeado por fatos reais, o Ciúme Patológico seria uma preocupação infundada, exagerada e absurda. No ciúme não-patológico o maior desejo é preservar o relacionamento, no Ciúme Patológico haveria o desejo inconsciente da ameaça de um rival (KAST, 1991).

Claro, porque se teme tal encontro com parceiros potencialmente mais atraentes e gratificantes do que nós mesmos, alimenta-se repetidas vezes a insegurança. Nesta intensificação progressiva e, por conseqüentemente, se encarar os relacionamentos amorosos como empreitadas de alto risco e, talvez com não tão significativos benefícios, vive-se em busca de se tirar o melhor de cada um, a cada momento, numa dinâmica contraproducente à qualidade de qualquer relacionamento. Dessa forma, acordos pré-nupciais já prevendo futuras rupturas e abandonos, palavras cada vez de menor valia e promessas cada vez mais rigorosamente supervisionadas a fim de serem cumpridas são realidades cada vez mais presentes na vida de inúmeros casais que clamam por uma atenção especializada, para que a qualidade e a própria estrutura do relacionamento não seja indelevelmente comprometida. Estas e muitas outras ruminações mentais a respeito do amor e seus desdobramentos, distorcem e afastam mais e mais as pessoas umas das outras ao invés de encaminhá-las para serem felizes juntas e unidas por um mesmo ideal.

Geralmente associamos a experiência do ciúme como uma emoção profundamente negativa que surge quando uma relação importante é ameaçada por um rival. Mas, será que o ciúme tem somente uma função negativa? Ele possui uma natureza paradoxal e, dependendo das suas dosagens e manifestações nos relacionamentos, servir tanto para aproximar casais, bem como para afastá-los. Alguns dizem ser o tempero de uma relação, e pode até ser, desde que em sua dosagem certa, levando-se em consideração que a falta de ciúme soa com um “estou nem aí”.

Algumas vezes, o ciúme e a preocupação em perder a pessoa com quem estamos nos relacionando, transforma-se, constantemente, no estopim do crime passional. Dessa forma, homicídios perpetrados contra esposas, companheiras, ex-esposas e ex-companheiras, abordando a relação conjugal e as matizes que determinam, como curso deste relacionamento, sucessões de atos

violentos que em alguns casos possam levar à morte. A dependência emocional, mais que a econômica, é que faz a mulher suportar agressões.

O ciúme patológico pode ser considerado também uma doença com conseqüências físicas e psicológicas para ambas as partes, para o ciumento e para a vítima do ciúme. Existem pessoas que passam do limite por medo de perder o bem amado ou simplesmente por insegurança e falta de confiança em si próprio ou no outro. Então, o ciúme patológico é uma reação complexa porque envolve um largo conjunto de emoções (dor, raiva, tristeza, inveja, medo, depressão e humilhação), pensamentos (ressentimento, culpa, comparação com o rival, preocupação com a imagem, autocomiseração) reações físicas (taquicardia, falta de ar, excesso de salivação ou boca seca, sudorese, aperto no peito, dores físicas) e comportamentos (questionamento constante, busca frenética de confirmações e ações agressivas e mesmo violentas). Trata-se de um problema que acomete ambos os sexos e não costuma obedecer nenhum nível social, econômico, religioso ou cultural específico, como poderiam pensar alguns. Quando a idéia de que estar num relacionamento amoroso implica, para algum dos seus partícipes, e o exercício da propriedade que os impele a inveredarem pelos caminhos do poder, da ganância, da posse e, sobretudo, da competição, talvez seja a hora de pensarmos em um diagnóstico de Ciúme Patológico.

O ciúme patológico pode causar inúmeros transtornos no contexto de um relacionamento amoroso, podendo prejudicar, inclusive, outros âmbitos da vida de uma pessoa, como o social, o profissional, o familiar e o íntimo, provocando, por vezes, sérios conflitos. Para CLANTON (1998) o adulto torna-se ciumento quando acredita que o casamento ou o relacionamento romântico no qual está inserido está ameaçado por um rival real ou imaginário. Levando-se em consideração o que foi colocado anteriormente, pode-se dizer que as pessoas ciumentas permanecem ambivalentes entre o amor e a desconfiança de seu parceiro, tomando- se perturbadas, com labilidade afetiva e obcecadas por triangulações, muitas vezes imaginárias. Dessa forma, os ciumentos conflitam entre o medo de descobrir a infidelidade real dos seus parceiros, e, não ocorrendo a situação da infidelidade, descobrir que sofre de uma forma de um delírio de ciúme (HINTZ, 2003). Os acometidos pelo Ciúme Patológico comumente realizam visitas ou telefonemas de surpresa em casa ou no trabalho para confirmar suas suspeitas. Os companheiros(as) desses pacientes vivem dissimulando elogios e presentes recebidos ou omitindo fatos e informações na tentativa de minimizar os graves problemas de ciúme, mas geralmente agravam ainda mais.

Pessoas excessivamente ciumentas estão em constante busca de evidências e de confissões que confirmem suas suspeitas, mas, ainda que confirmada pelo(a) companheiro(a), essa inquisição permanente traz mais dúvidas ainda ao invés de paz. Depois da capitulação, a confissão do companheiro(a) nunca é suficientemente detalhada ou fidedigna e tudo volta à torturante inquisição anterior, ruminando suspeita por algo mais (BALLONE, 2004).

Então, o que se manifesta no Ciúme Patológico é um grande desejo de controle absoluto sobre os pensamentos, sentimentos e comportamentos do(a) companheiro(a). Há ainda preocupações em demasia a respeito dos relacionamentos anteriores, as quais podem ocorrer como pensamentos repetitivos, imagens intrusivas e ruminações sem fim sobre fatos passados e seus detalhes e ainda de determinadas pessoas inseridas no cotidiano dos parceiros que são vítimas do ciúme patológico.

O criminologista e autor do livro *Amour et Crimes d'Amour (Amor e Crimes Amorosos)*, Etiène De Greeff, considera que quando o ciúme repercute em um relacionamento é impossível compreender o papel da razão e da lógica. Assim, as razões que o ciumento cita em seu discurso para uma traição em potencial podem parecer até bastante coerentes e pautadas na realidade, contudo, muitas vezes, são superficiais e se apóiam em premissas falsas (DE GREEFF, 1942/1973). Concordante a esta idéia para ASUÁ (1990) o ciúme é visto como um fator preponderante nas conflitivas conjugais, principalmente, nos casos de crimes passionais.

Freqüentemente, que até então era zelo e cuidado, a serviço de valorizar o amor e o vínculo da exclusividade entre os parceiros, acaba sendo expresso como vigilância cerrada e injustificadas punições aos parceiros. O ciumento permanece em um estado de constante vigília, ansioso, estressado e aflito, é intempestivo nas atitudes que toma, prevalecendo freqüentemente atitudes agressivas, acusadoras, desconfiadas, o que causa grandes problemas na evolução da relação. Esse descontrole pode levar os ciumentos a protagonizar cenas ridículas e constrangedoras em público. De uma forma geral, embora se verifique a conservação de convicções desajustadas, é comum a insensibilidade dos ciumentos intensos e excessivos à contradição quando colocados em uma situação de confrontamento com as crenças que fundamentam seu estado afetivo.

De acordo com CAROTENUTO (2004), a pessoa ciumenta não consegue manter uma relação de objetividade com os fatos, de maneira que eles são interpretados a partir de uma perspectiva obsessiva, favorável às suspeitas. Levando-se em consideração o que foi escrito anteriormente, podemos entender que uma emoção intensa como o ciúme patológico pode ultrapassar os limites de controle egóico e prejudicar a capacidade de raciocinar com clareza e

objetividade, o que pode conduzir o ciumento mórbido a atos violentos. Assim, O drama de Shakespeare, "Othelo: O mouro de Veneza" repete-se atualmente e se atualiza diariamente na lembrança e na interação de muitos casais vitimizados pelo ciúme patológico. Tanto que a este quadro sintomalógico bastante específico deu-se o nome de Síndrome de Otelo. Dessa forma, pode-se dizer que muitos Otelos e Desdêmonas situados no Terceiro Milênio encenaram e encenam um texto similar em sua relação afetiva-sexual com os parceiros na vida real. Para alguns o ciúme é visto como uma espécie de zelo, um sinal de amor, como um renovador de relacionamento desgastado e valorização do parceiro; para outros, denota de insegurança e auto-estima rebaixada.

De acordo com ADLER (1967) a finalidade do ciúme é roubar a liberdade do outro, fazê-lo andar em determinado trilho ou mantê-lo acorrentado. E costumeiramente observa-se esta tendência quando verificamos que em muitos casos o ciúme está totalmente relacionado ao poder, à dominação e ao aprisionamento do companheiro. Questionamos se o ciúme seria sempre negativo para o relacionamento ou se também teria seu lado positivo, dependendo da atitude do ciumento. Será que o ciumento que usa este sentimento para refletir sobre si mesmo e sobre seu o relacionamento vai tentar aprisionar e vigiar a pessoa que ama? Será que dominar o ser amado com práticas ciumentas evita a tão temida traição? Na prática clínica, observamos que nada é capaz de evitar a traição, pois até mesmo uma pessoa presa à cama por algemas pode pensar e se imaginar traindo seu parceiro. É claro que poucos casos chegam a um extremo desses, mas podemos observar que a pessoa que quer trair, acaba criando algum jeito de fazê-lo, por mais que seja vigiada e controlada. Às vezes, ocorre até mesmo a traição para assegurar sua autonomia em relação ao parceiro possessivo, para provar para si mesma que não tem dono ou que ninguém manda nela. Às vezes, há sentimentos de vingança contra a tentativa de aprisionamento.O ciumento vive em constante sofrimento, o que lhe causa estresse, descontrole emocional e o relacionamento fica tenso. Esse descontrole pode levá-lo a protagonizar várias cenas constrangedoras em público. Apesar do sentimento de culpa que carrega, seu pensamento obsessivo pode ocasionar a perda da(o) parceira(o). Logo, instala-se um paradoxo, pois todo seu sofrimento se resume no medo de perder o outro. No ciúme patológico a pessoa pode ir até ao delírio, construindo pensamentos que só existem na imaginação dela mesma. Mesmo que haja um motivo real para o ciúme, sua mente distorcida o faz ir além.

Como saber se o ciúme é normal ou se já está com ares de patologia? O ciúme normal é transitório e baseado em fatos reais. A pessoa cujo ciúme é doentio pode, do outro a procura de indícios de infidelidade, das mais diversas formas possíveis. A produtividade (vida laboral e/ou

acadêmica) do parceiro acometido pela Síndrome de Otelo fica prejudicada, e muitas vezes, severamente comprometida, pois não consegue pensar em outra coisa além das suas ruminações. Contrata investigador para segui-lo, ou segue-o pessoalmente. Faz tudo que uma mente descompensada, dominada pela desconfiança e insegurança podem conceber.

Esse modo distorcido de vivenciar o amor faz com que a pessoa experimente várias emoções e situações, assim como: ansiedade, depressão, raiva, vergonha, insegurança, explosões de amor, humilhação, culpa, desejo de vingança. Entretanto, é fundamental repreender o "ciumento" quando este ameaça a integridade física do outro.

A presença de ciúmes é saudável nas relações amorosas. O ciúmes serve como um sinalizador, uma medida da segurança que se sente na relação. Sua ausência, tanto quanto seu excesso pode prejudicar o relacionamento. No caso do ciúme normal, a honestidade e o reasseguramento do companheiro são importantes.

Muitas vezes reações de ciúmes são esperadas, por exemplo, na descoberta de uma infidelidade. Quando não há intimidade suficiente no relacionamento, o ciúme também pode se intensificar, pois o companheiro tenta desesperadamente se orientar em uma estrada onde a sinalização não é clara e por isto testa o relacionamento constantemente.

O ciúme, sentimento de dimensão variável, pode ser simples detonador de briguinhas bobas ou se transformar num estopim de crimes passionais (SANTOS, 1996). O ataque de ciúme possui uma função interpessoal, uma tentativa de controlar o outro. Para isso, joga com a culpa e o terror que o outro possa experimentar, para forçá-lo a amar o sujeito (BLEICHMAR, 1987).

A dependência afetiva e ou financeira, dentre outros motivos atribuídos pela vítima, postergam, a tomada de atitudes contra a violência. O que torna a violência um conflito crônico, aumento a tensão, a depressão, o ciúme e podendo levar a morte de um dos cônjuges. Soares (1999) apresenta alguns outros motivos pelos quais a vítima permanece em um relacionamento marcado pela violência: esperança de que o marido mude o comportamento, isolamento, negação social, barreiras que impedem o rompimento, crença no tratamento dos agressores, riscos do rompimento, autonomia econômica e o fato de que para finalizar a relação é necessário um processo moroso. Numerosos fatores contribuem para que muitas mulheres desistam de levar adiante suas denúncias. Entre eles, encontra-se a situação de fragilidade da vítima, o descaso dos órgãos competentes (a falta de boa vontade em prestar esclarecimentos à vítima por parte das autoridades), a burocracia a ser enfrentada pelo desconhecimento das leis, o medo das ameaças impostas pelo agressor, a falta de ter

para onde ir e a dificuldade em manter a si e a seus filhos. Há uma gama de motivos que levam a permanência em relacionamentos violentos, que acabam por desenvolver um ciclo, o qual, a pessoa encontra grande dificuldade em rompê-lo. A noção de posse das vítimas dos parceiros ciumentos, pelos agressores, em muitos casos é nítida, "é minha e de mais ninguém". Suas inseguranças são colocadas na relação e o distanciamento da pessoa dita "amada" é percebido como um risco a sua própria sobrevivência. Os agressores ao não conseguirem lidar e conter suas ansiedades e frustrações, acabam por delinqüirem. Desta forma, vai depender da maneira como esta relação adulta se construirá para que se criem ou não oportunidades para o desenlace de um delito grave. Este delito normalmente é o último elo de uma cadeia de acontecimentos de progressiva gravidade que podem ser alvo de uma ação preventiva por parte de agentes cuidadores (família, agentes de saúde formais e informais).

E o que fazer para acalmar o ciúme doentio?

1) O ideal é o ciumento colocar-se no lugar do outro, imaginando o quanto dói ser acusado de algo que no íntimo, tem-se a certeza da inocência;
2) Confiar mais em si mesmo, reconhecendo suas virtudes e cultivar suas qualidades;
3) Recuperar a auto-estima, que a esta altura já está quase totalmente ausente;
4) E, em caso de violência pelo(a) parceiro(a) motivado ou não a quadros de ciúme patológico deve-se denunciar o agressor. A grande maioria das mães que optam por essa alternativa não a faz de imediato. Elas costumam levar anos para terem coragem para enfrentar o marido e as conseqüências. Quando ocorre a denúncia, em cerca de dois terços dos casos, as mães levam a notícia do crime à autoridade policial e se separam do companheiro;
5) Reunir esforços para que a pessoa acometida pelo ciúme patológico inicie e permaneça, enquanto os sintomas perdurarem, um tratamento psicoterápico.

Os sentimentos de posse e exclusividade em relação ao outro também podem estar relacionados ao modelo familiar que a pessoa teve. Segundo ARAUJO (2005) a criança que foi criada por pais que focalizaram toda sua atenção nela, deixando de lado outros papéis em sua vida (como o de marido, esposa, profissional, por exemplo), terá dificuldades para se relacionar com mais de uma pessoa. Assim, ela tenderá a se relacionar apenas com uma pessoa, vivendo em função dela e

exigindo exclusividade, o que dificultará sua socialização e relacionamento amoroso, já que sentirá ciúme sempre que seu parceiro se relacionar com outras pessoas além dela. Levando-se em consideração as idéias desta autora, podemos pensar que um possível trabalho psicoterapêutico com o ciumento patológico poderia ser a compreensão de que existem outros modelos familiares mais saudáveis e mais abertos. A ampliação da sociabilidade do ciumento patológico poderia ser um caminho para a diminuição deste sintoma, assim como o aprendizado de dividir a atenção de sua companheira com outras pessoas.

Considerações finais

As causas do ciúme são diversas, pode ser incondicional ou até mesmo suscitado pela atitude do outro na relação. De qualquer forma, o denominador comum das consequências do mesmo é a dor causada pelo pensamento da perda (para acometidos e vítimas), além de ser um apelo ao amor. E, se não nos dermos o trabalho de refletir a respeito deste tema, talvez estejamos perdendo uma preciosa oportunidade para otimizar a qualidade dos nossos relacionamentos amorosos os quais tanto valorizamos e os quais queremos preservar por meio dos mecanismos do ciúme. E se assim, quer como vítimas ou como algozes, se não o admitirmos em nosso cotidiano, podemos deixar de investir no relacionamento que realmente nos é tão caro e libertarmos os parceiros vítimas de nosso "inexplicável" desassossego para que assim possamos recuperar parte de nós mesmos que talvez esteja se perdendo para um fenômeno que nos faz marionetes de nossas próprias emoções.

Desta forma, a prevenção e orientação são fundamentais. Ao compreendermos a complexidade do fenômeno psicossocial do ciúme para a violência entre os parceiros, poderemos melhor auxiliar os inúmeros casais que padecem desse problema em sua própria defesa, não só trabalhando com as vítimas, como também com os agressores, para que não perpetuem sua conduta.

Referências

ADLER, A. Traços agressivos de caráter. In: ADLER, A. *A ciência da natureza humana* Tradução G. Rangel; A. Teixeira. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1967, p. 174- 205, 1967.

ARAUJO, C. A. *Pais que educam*: uma aventura inesquecível. São Paulo: Gente, 2005.

ASUÁ, J. *Psicanálise Criminal.* Buenos Aires: Depalma, 1990.

BALLONE, G. J. *Ciúme Patológico*. Disponível em: <http://sites.uol.com.br/gballone/voce/ciume.html Acesso em: 15 de julho, 2004

BLEICHMAR, H. *O Narcisismo:* estudo sobre a emancipação e a gramática inconsciente. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

BRINGLE, R. G. Romantic jealousy. *Social Perspectives on Emotion*, v. 3, p. 225-251, 1995.

CAROTENUDO, A. *Amar Trair*: quase uma apologia da traição. São Paulo: Paulus, 2004.

CAVALCANTE, A. M. *O ciúme patológico*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997.

CENTEVILLE, V.; ALMEIDA, T. Ciúme romântico e sua relação com a violência. *Psicologia Revista,* v. 16. (no prelo)

CLANTON, G. Frontiers of jealousy research. In: CLANTON, G.; SMITH, L. G. (Eds.). *Jealousy.* Lanhan, New York, Oxford: University Press of America, 1998. p. 241-247.

DE GREEF, É. *Amour et crimes d'amour*. Bruxelles: C. Dessert, 1942/1973.

HINTZ, H. C. O Ciúme no Processo Amoroso. *Pensando Famílias*, v. 5, n.5, p. 45-55. 2003.

KAST, R. Pathological jealousy defined. *British Journal of Psychiatry,* v. 159, n.590, 1991.

KINGHAM, M.; GORDON, H. Aspects of morbid jealousy. *Advances in Psychiatric Treatment,* v. 10, p. 207-215. 2004.

LEONG, G. B. et al. The dangerousness of persons with the Othello Syndrome. *Journal of Forensic Sciences,* v.39, p.1445-1454. 1994.

ROSSET, S. M. *O casal nosso de cada dia*. Curitiba: Editora Sol, 2004.

SANTOS, E. F**.** *Ciúme* - O medo da perda. São Paulo: Ática, 1996.

SOARES, B. M. *Mulheres Invisíveis:* Violência conjugal e as novas políticas e segurança. São Paulo: Record/Civilização Brasileira, 1999.

TODD, J.; DEWHURST, K. The Othello Syndrome: a study in the psychopathology of sexual jealousy. *Journal of Nervous and Mental Disorder,* v.122, p. 367-374, 1995.

O PSICODIAGNÓSTICO INTERVENTIVO E O USO DOS INSTRUMENTOS PROJETIVOS COMO AUXILIARES NO PROCESSO TERAPÊUTICO

Kelly Regina Sobral
Maria Salete Lopes Legname de Paulo
Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

RESUMO

O objetivo deste trabalho é apresentar um relato de experiência de um caso atendido no Laboratório Apoiar, baseado na técnica do psicodiagnóstico interventivo dentro do modelo de Consultas Terapêuticas de Winnicott em uma perspectiva de psicoterapia breve, destacando-se a mudança de emprego dos instrumentos projetivos nesse processo, além da vertente diagnóstica. Foi utilizado na pesquisa o método clínico, com enfoque psicanalítico, por meio de um estudo de caso. A participante da pesquisa é uma mulher de 48 anos cuja queixa principal é a dificuldade de relacionamento amoroso. Como instrumento diagnóstico foi utilizado o Questionário Desiderativo e Procedimento de Desenho-Estória. O foco do trabalho foi o setor afetivo-relacional de acordo com a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada de Simon e os procedimentos projetivos atuaram de forma a facilitar e mediar o contato terapêutico. A simbologia apresentada nos testes foi utilizada durante todo o atendimento, favorecendo a facilitação de insights. Consideramos atingidos os objetivos estabelecidos no início do atendimento quanto ao foco do setor afetivo-relacional, dado que a paciente pode compreender e elaborar na transferência aspectos que influenciam suas relações amorosas, bem como, a sensibilização para um atendimento de longa duração. A separação e o desligamento foi angustiante para a paciente, mas ao mesmo tempo uma ótima oportunidade de fortalecimento e integração interna. O atendimento breve iniciou o processo de estruturação interna e foi importante para prepará-la de forma a poder usufruir mais do trabalho a longo prazo.

Palavras-chave: Psicodiagnóstico Interventivo; Técnicas Projetivas; Psicanálise; Psicoterapia Breve.

INTRODUÇÃO

O objetivo deste trabalho é apresentar a técnica do psicodiagnóstico interventivo por meio do relato de caso de uma paciente atendida no Laboratório Apoiar dentro de uma perspectiva de psicoterapia breve, destacando-se a mudança de perspectiva de utilização dos instrumentos projetivos nesse processo, além da vertente diagnóstica.

Cada vez mais tem se questionado o uso do psicodiagnóstico tradicional, baseado numa relação sujeito-objeto, com objetivo exclusivamente avaliativo. Segundo autores atuais, o psicodiagnóstico foi passando de uma visão puramente descritiva para uma posição compreensiva, objetivando uma análise psicológica globalizada do paciente, sendo estruturado de uma forma cada vez mais flexível a fim de dar conta das questões emergentes. De forma gradual, foi-se consolidando uma vertente que ampliou a abrangência do psicodiagnóstico, destacando seu caráter interventivo. Inicialmente essa intervenção concentrava-se na etapa de finalização do processo diagnóstico (a entrevista devolutiva) como um momento que levaria a modificações na dinâmica psíquica dos pacientes. Posteriormente, solidificou-se também uma linha de atuação em que a intervenção faz parte do processo diagnóstico desde o início, proposta essa adotada pelo Apoiar nos seus atendimentos em psicoterapia breve. (GIL, 2005; PAULO, 2004; TARDIVO, 2004)

No APOIAR, desde o primeiro encontro já se realizam intervenções que convidam a uma elaboração da situação vivenciada pelo paciente, podendo inclusive promover mudanças (VIEIRA et. al., 2007). O modelo de atendimento utilizado é o das Consultas Terapêuticas de Winnicott. Nesse modelo cria-se um contexto de acolhimento e "holding" que torna possível incluir as intervenções. Dessa forma, o paciente experimenta uma relação de sustentação desde o inicio do atendimento, possibilitando que o mesmo vivencie um processo de integração já nas primeiras consultas. Segundo Gil (2005, p.100) "o paciente gradualmente se surpreende com a produção de idéias e sentimentos que não estiveram anteriormente integrados na personalidade total".

Winnicott (1994) fundamenta teoricamente o valor terapêutico das entrevistas iniciais, mostrando que esse é um momento em que o paciente está muito mobilizado, buscando ser compreendido e disposto a mudanças. Dessa forma, as primeiras entrevistas possuem um potencial rico para ação e intervenção (PAULO e TARDIVO, 2007).

Os testes projetivos são instrumentos que facilitam a comunicação com o paciente nas primeiras consultas. Quando há acolhimento e o paciente sente a sustentação do "holding", a

experiência clínica do teste projetivo já se torna interventiva em si mesma, mobilizando aspectos que aguardavam um contexto de confiança para emergir. Por isso as associações e respostas têm muito mais sentido já como facilitadores das intervenções e favorecem a percepção do paciente.

Assim, o psicodiagnóstico interventivo possui uma postura em que o psicólogo divide suas impressões sobre (e com) o cliente, de forma que este participa do processo, abandonando a postura passiva "de sujeito" a ser conhecido (idem, ibidem).

Nas palavras de Paulo (2004, p.53):

> Psicodiagnóstico Interventivo é uma forma de avaliação psicológica, subordinada ao pensamento clínico, para apreensão da dinâmica intrapsíquica, compreensão da problemática do indivíduo e intervenção nos aspectos emergentes, relevantes e/ou determinantes dos desajustamentos responsáveis por seu sofrimento psíquico e que, ao mesmo tempo, e por isso, permite uma intervenção eficaz.

Desse modo o psicodiagnóstico interventivo mantém seu caráter avaliativo ao mesmo tempo em que se utiliza dos instrumentos de avaliação como ferramentas importantes facilitadoras e mediadoras no contato terapêutico. Dentro dessa forma de atuação, os instrumentos projetivos têm papel de destaque e são retomados com o paciente durante todo o processo terapêutico, sendo um meio de comunicação dos seus aspectos internos.

MÉTODO

Foi utilizado na pesquisa o método clínico, com enfoque psicanalítico, por meio de um estudo de caso.

Procedimento: O atendimento psicológico aconteceu no período de 4 meses, com a freqüência de um encontro semanal com a duração de 50 minutos. Durante o primeiro mês foi realizado o psicodiagnóstico de tipo interventivo e em seguida foi iniciado o atendimento, sendo proposto um foco, segundo a abordagem de psicoterapia breve, baseando-se na Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada de Simon (2005), focando-se o setor afetivo-relacional.Apesar de haver uma delimitação entre o processo psicodiagnóstico e o atendimento propriamente dito é importante

ressaltar que durante todo o atendimento foram feitas intervenções utilizando-se os instrumentos projetivos empregados no psicodiagnóstico.

Sujeito:

A participante da pesquisa é uma mulher de 48 anos cuja queixa principal é a dificuldade de relacionamento amoroso. A paciente já havia passado por um atendimento breve no laboratório Apoiar com outra psicóloga. O atendimento teve de ser interrompido por incompatibilidade de horário.

Instrumentos – Como instrumento de psicodiagnóstico foi utilizado o Questionário Desiderativo[11] (NIJAMKIN & BRAUDE, 2000) e Procedimento de Desenho-Estória de Trinca (1976).

RESULTADOS[12]

Berenice relatou que tinha um relacionamento desde os 18 anos com um homem mais velho, hoje com 83 anos, de quem continuava cuidando atualmente. Há cerca de 2 anos mantinha um relacionamento com um homem de 57 anos, Otávio, motivo de sua procura por atendimento psicológico. A paciente contou que no primeiro atendimento que realizou estava muito depressiva e com a terapia se sentiu mais forte, motivo pelo qual desejaria continuar.

A paciente não sabia dizer o que gostava no companheiro Otávio, dizendo que queria largá-lo nas não conseguia. No decorrer dos atendimentos foi trabalhado com ela os fatores que a ligavam ao homem com quem se relacionava e qual o temor de se separar dele. Foi percebido que seu maior medo em terminar o relacionamento era a solidão.

No Teste Desiderativo, a paciente demonstrou claramente a dependência com relação ao outro, com respostas positivas que demonstraram a preocupação em agradar, possivelmente com o objetivo de ser bem tratada (*cachorro, porque é bem tratado; flor, porque todo mundo admira; comida, porque dá prazer às pessoas*). As respostas negativas, que representam os aspectos internos negados pelo paciente, apontaram para o medo da rejeição dos outros, de demonstrar seus aspectos

[11] Teste ainda não aprovado pelo Conselho Federal de Psicologia, porém com uso recomendado em programas de pesquisa, como é o caso.
[12] Os nomes dados são fictícios

destrutivos (não gostaria de ser ruim*, pois pessoas ruins são odiadas; égua*, termo pejorativo que demonstra desdém do outro; *rua, onde todo mundo pisa; merda, por ser sujo e fedido causa repulsão nas pessoas; arruda, atrai as coisas ruins dos outros*).

As respostas de Berenice se assemelharam às respostas de pacientes deprimidos, denotando a presença de aspectos destrutivos não elaborados e a necessidade de ser aceito pelos outros.

Conforme a paciente trouxe em seu relato, os aspectos que apareceram no teste, as repostas do teste foram retomados no atendimento, de forma que esta integrasse melhor seus conteúdos internos.

No Procedimento de Desenho-Estória a paciente demonstrou aspectos como conflitos, egoísmo, desamparo com relação às pressões do ambiente, regressão e fixação em estágio primitivo.

No primeiro desenho produzido apresentou uma casa com teto e porta pequenos, indicando uma dificuldade de fantasia e podendo indicar uma dificuldade de insight no processo terapêutico. Como prognóstico também o teste indicou uma dificuldade de acesso à paciente (porta sem maçaneta, escada para chegar a casa), mas apesar da dificuldade esse acesso era possível, pois havia portas e janelas.

No segundo desenho um fator importante foi o inicial esquecimento da paciente em colocar portas nas casas, indicando uma oscilação entre uma abertura e um fechamento para o ambiente, reforçando uma hipótese de dificuldade de acesso aos aspectos profundos. Quando falado com a paciente sobre esse aspecto do teste, ela própria apontou para um cercado desenhado em torno dos quiosques que fizera no desenho, demonstrando que a interpretação fizera sentido para ela e sua resposta denotou um indicativo de alteração psíquica.

Os dois desenhos apresentados constituíram paisagens paradisíacas compondo um sonho da paciente e nenhum apresentou figura humana. Quando questionado esse fato, Berenice reiterou não haver ninguém ainda, indicando que a paciente vivia na fantasia, no sonho, em vez de se satisfazer com dados da realidade. Esse aspecto do desenho foi retomado diversas vezes com a paciente durante os atendimentos a fim de mostrar como a dificuldade no âmbito afetivo-relacional, foco do trabalho, muitas vezes ocorria porque a paciente buscava uma vida idealizada.

O foco do atendimento foi, como já mencionado, a questão dos relacionamentos afetivo-sexuais da paciente, fator mais enfatizado por ela durante as sessões. Ao ser firmado um contrato de três meses de trabalho Berenice expressou na transferência que sentia a finalização do processo

como uma rejeição da terapeuta, demonstrando o medo de rejeição apresentando no resultado de seu teste desiderativo.

Foi trabalhado com a paciente que a dificuldade nos relacionamentos devia à sua incapacidade de tolerar frustrações, de compreender que uma relação implica em situações que trazem satisfação, mas há também as decepções. Mais uma vez o desenho produzido pela paciente foi retomado, evidenciando que ela procurava um ideal, um sonho em que tudo é perfeito. Foi falado que ela estava vivendo pensando num futuro que não tinha ninguém como no desenho e deixava de ver as coisas que tinha no momento, de ver a realidade. A paciente falou que talvez ela se preocupasse muito com o futuro, que talvez devesse ficar menos preocupada de ficar sozinha.

O tema da solidão foi retomado com a paciente, sendo dito para ela que embora fosse bom ter uma companhia, essa incapacidade de ficar sozinha mostrava que alguma coisa estava desintegrada dentro dela, de forma que ela precisava ser completada por um outro. A paciente colocou que nunca termina as relações, de forma que sempre tinha pra onde correr se terminasse com Otávio. Foi colocada para ela a dificuldade que ela tinha de lidar com perdas, por isso nunca terminava.

É importante salientar que a paciente demonstrava intensa dependência com relação ao que a terapeuta pensava sobre a vida dela, querendo que a terapeuta decidisse por ela. Foi colocado que assim como nos relacionamentos, na terapia ela também buscava alguém que a completasse.

No decorrer dos atendimentos foi percebido que Otávio assumia a função de colocar limites na paciente, que ela estava buscando isso em algo externo, porque ainda não tinha internalizado esse controle. Essa questão foi trabalhada com a paciente, falando-se que ela precisava internalizar esses limites de forma que não precisasse buscar isso no externo e pudesse procurar um relacionamento não mais por dependência, de modo a ter mais liberdade na escolha de um parceiro. A paciente concordou de uma forma racional e a terapeuta colocou, utilizando o símbolo da casa no Desenho-Estória, que tinha uma cerca e uma escada para ela ser acessada, que era difícil entrar nos conteúdos profundos dela, que havia uma cerquinha que fazia com que ela acessasse esses conteúdos de uma forma apenas racional. A paciente refletiu um pouco e pareceu entrar mais em contato com os conteúdos internos dela, tentando elaborar o que foi dito.

Foi discutido com a paciente também que esta queria terminar com o Otávio, mas procurava arranjar um jeito de fazer isso sem nenhum sofrimento. Foi conversado que mudanças, perdas, sempre geravam certo sofrimento no começo, mas eram necessários para que se pudesse

crescer. A paciente pareceu ser muito tocada com as palavras da terapeuta, refletindo e dizendo que era isso mesmo, que ela ia sofrer um pouco, mas era necessário, que tinha que tolerar o sofrimento, que ela tinha muito medo do sofrimento, de ficar sozinha. Ficou refletindo sobre o que foi dito, reafirmando que era isso mesmo.

O medo da solidão também foi mostrado na transferência e isso foi trabalhado com a paciente. Em um dos atendimentos, a paciente falou de seu marido de 83 anos, que poderia ficar deprimido quando colocado numa clínica, se sentindo abandonado e logo em seguida questionou sobre o fim do atendimento. Foi colocado que quando a paciente falava do marido, também estava falando dela, do que sentia com relação ao término do atendimento. A paciente concordou.

O processo de psicoterapia breve ajudou a paciente a compreender melhor suas questões internas e a se fortalecer para enfrentar mudanças que seriam importantes em sua vida. Contudo, como existiam questões profundas que não poderiam ser elaboradas num modelo de atendimento breve, um dos focos do trabalho foi uma sensibilização da paciente para uma psicoterapia a longo prazo. No início, embora a paciente quisesse continuar fazendo a terapia, não manifestava muita motivação em investir nesse atendimento, procurando sempre a situação mais confortável. No fim do atendimento, a própria paciente foi atrás de um psicólogo particular, mostrando que a sensibilização havia sido bem sucedida.

No processo de finalização do atendimento aspectos do teste projetivo aplicado no início do processo e presentes durante todas as etapas foram retomados pela própria paciente. No último atendimento Berenice falou que como ela tinha colocado no desenho, "*ela tinha uma cerquinha em volta dela e tinha aberto a cerquinha com a terapeuta, de forma que era difícil encerrar o processo*". A dificuldade em "terminar a relação", tal como acontecia em sua vida, foi manifestada na terapia, com a paciente dizendo que ligaria para a terapeuta para dizer como estava. Essa dificuldade foi apontada para a paciente, a fim de que ela pudesse percebê-la. Foi enfatizado que a experiência de terminar com a terapeuta seria muito importante para que ela pudesse lidar com as perdas em sua vida. O sentimento de tristeza da paciente em se separar da terapeuta foi acolhido de forma que ela pudesse elaborá-lo. Dessa forma trabalhou-se a angústia de separação provocada com o fim da terapia e a paciente foi encaminhada para um trabalho de longa duração.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este trabalho demonstrou o funcionamento de um atendimento baseado no psicodiagnóstico interventivo, salientando-se a utilização das respostas dos instrumentos projetivos durante todo o processo terapêutico. Por meio do procedimento projetivo, o terapeuta utiliza-se da própria configuração simbólica do paciente para comunicar-lhe seus aspectos subjetivos, o que proporciona a facilitação de insights. Dessa forma, o instrumento projetivo atua de forma a facilitar e mediar o contato terapêutico.

Quanto ao conteúdo dos atendimentos a questão dos relacionamentos afetivo-sexuais encobria um aspecto latente que constituía a dificuldade da paciente em lidar com a angústia de separação, manifestada na forma do medo da solidão. Segundo Quinodoz (1993), quando a angústia de separação é excessiva, é vivida como um temor trágico de se ver só e abandonado, fonte primária de dor psíquica e de sentimento de luto. Segundo esse mesmo autor, essa angústia é decorrente da falta de estruturação de um objeto bom internalizado.

A dificuldade da paciente em se desvencilhar dos relacionamentos que não lhe traziam satisfação ocorriam devido ao medo da solidão. Esse medo também foi mostrado na transferência, com relação a dificuldade de aceitar o contrato de trabalho de três meses e as angústias expressas com a aproximação do término do atendimento.

As respostas negativas do teste desiderativo da paciente demonstraram que havia aspectos destrutivos não elaborados. Podemos sugerir que esses aspectos dificultaram a internalização do objeto bom, prejudicando a elaboração da posição depressiva pela paciente. Segundo Quinodoz (1993):

> ...na posição depressiva, existe um grau maior de diferenciação e de separação entre o ego e o objeto, e após repetidas experiências de perda, de recuperação e de re-criação, um objeto bom é estabelecido com segurança dentro do ego. Esse símbolo é utilizado para superar uma perda que foi aceita porque o ego se tornou capaz de renunciar ao objeto, fazer seu luto, e o símbolo é então percebido como uma criação do ego (p.85).

Sem a internalização do objeto bom, a paciente demonstrava profunda dependência do outro, buscando no externo o que a completasse, o que ficava evidente tanto na busca de um

companheiro como na relação terapêutica. Na terapia, a paciente não conseguia saber o que queria por si mesma e utilizava-se de todos os artifícios para saber o que a terapeuta pensaria, diria ou faria se fosse ela, demonstrando uma falha na identidade.Como o trabalho envolvia aspectos profundos da paciente, os quais dificilmente poderiam ser resolvidos numa modalidade de atendimento breve, parte do objetivo da terapia foi uma sensibilização da paciente para um trabalho de longa duração a fim de que a mesma conseguisse adquirir a capacidade de internalizar a qualidade de sustentação do objeto.

Para Winnicott (1983):

> Estar só na presença de alguém pode ocorrer num estágio bem precoce, quando a imaturidade do ego é naturalmente compensada pelo apoio do ego da mãe. À medida que o tempo passa o indivíduo introjeta o ego auxiliar da mãe e dessa maneira se torna capaz de ficar só sem apoio freqüente da mãe ou de um símbolo da mãe (p.34).

A paciente demonstrou a necessidade ainda presente de contar com a sustentação da "analista-mãe". Esse aspecto foi fundamental para justificar o encaminhamento para uma psicoterapia a longo prazo.Devido a falta de sustentação, a separação e o desligamento no término do processo foi angustiante, mas ao mesmo tempo uma ótima oportunidade de fortalecimento e integração interna.

Segundo Quinodoz (1993), contrastando com as vivências de angústia, esta capacidade de viver a solidão como um revigoramento, em relação a si mesmo e aos outros, surge quando a presença do objeto ausente é internalizada. Esse processo progressivo de internalização constitui o resultado específico da elaboração das repetidas experiências de separações seguidas de reencontros.

Levar o paciente a lidar com as perdas de forma a obter o que Quinodoz denomina *portance*, processo iniciado neste trabalho, seria o objetivo do atendimento de longa duração, ajudar a paciente a adquirir a capacidade de auto-sustentação do objeto internalizado, o que é percebido como um ganho de autonomia em relação à dependência e como uma afirmação da identidade do analisando que se sente vindo a ser verdadeiramente ele mesmo.

CONCLUSÃO

Podemos concluir com este trabalho que o Teste Desiderativo e o Procedimento de Desenho-Estória podem ser utilizados como instrumentos importantes de mediação do contato terapêutico no processo de psicodiagnóstico interventivo. Por meio do material dos testes foram trabalhados aspectos como a visão idealizada de felicidade da paciente, sua a dificuldade de abertura para o ambiente, bem como a dificuldade de entrar em contato com os próprios conteúdos internos.

Consideramos atingidos os objetivos estabelecidos no início do atendimento quanto ao foco do setor afetivo-relacional, dado que a paciente pôde compreender e elaborar na transferência aspectos que influenciam suas relações amorosas. Sabendo, contudo, dos limites de um atendimento breve, um dos objetivos do trabalho foi a sensibilização para uma psicoterapia de longa duração o que também foi plenamente atingido.

Este trabalho sustenta a importância da continuidade de pesquisas clínicas em psicoterapia e psicanálise com a utilização de instrumentos projetivos, a fim de que cada vez mais a riqueza desses instrumentos seja empregada em nossa clientela, ampliando o alcance do nosso trabalho, sobretudo na modalidade de atendimento breve.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

GIL, C.A. *Envelhecimento e depressão*: da perspectiva psicodiagnóstica ao encontro *terapêutico.* Dissertação (Mestrado). São Paulo: IPUSP, 2005.

NIJAMKIN, G.C.; BRAUDE, M.G.. *O Questionário Desiderativo*. (L.S.P. C. Tardivo, Trad.). São Paulo: Vetor, 2000.

PAULO, M.S.L.L.de. *O psicodiagnóstico interventivo com pacientes deprimidos*: alcances e possibilidades a partir do emprego de instrumentos projetivos como facilitadores do contato. Tese (doutorado).São Paulo: IPUSP, 2004.

PAULO, M.S.L.L.; TARDIVO, L.C. O Encontro Inter Humano: relato de experiência clínica em Hospital Psiquiátrico. *Anais da V Jornada APOIAR: SAÚDE MENTAL NOS CICLOS DA VIDA*.

(P.348-358) São Paulo: Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social, Departamento de Psicologia Clínica – IPUSP, 2007.

QUINODOZ, J.M. *A solidão domesticada*: a angústia de separação em psicanálise. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

SIMON, R. *Psicoterapia breve operacionalizada:* teoria e técnica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

SOUZA, M.A.I. et al. A importância da acolhida inicial em forma de consultas terapêuticas.*Anais da V Jornada APOIAR: SAÚDE MENTAL NOS CICLOS DA VIDA.* (P.164-176) São Paulo: Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social, Departamento de Psicologia Clínica – IPUSP, 2007.

TARDIVO, L.C. *O adolescente e sofrimento emocional nos dias de hoje* : reflexões psicológicas - encontros e viagens. Tese (Livre Docência). São Paulo: IPUSP, 2004.

Trinca, W. *Investigação clínica da personalidade: o desenho livre como estímulo de apercepção temática.* Belo Horizonte: Interlivros, 1976.

VIEIRA, V. A et al. Entrevistas iniciais: Atendimentos Clínicos diferenciados. *Anais da V Jornada APOAR: SAÚDE MENTAL NOS CILCOS DA VIDA.* (P.183-188) São Paulo: Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social, Departamento de Psicologia Clínica – IPUSP, 2007.

WINNICOTT, D.W. *Consultas Terapêuticas em Psiquiatria Infantil.* Rio de Janeiro: Imago, 1984.

_____ A capacidade para estar só. In: _____ *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

_____ O valor da consulta Terapêutica. In: _____ *Explorações Psicanalíticas.* Cap. 41, p. 244-248. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

Maria Salete Lopes Legname de Paulo

Endereço: R. Dr. Bacelar, 231 / cj 46

Fone: 11 – 5083-3023 - V. Clementino – São Paulo

E-mail: mlegname@usp.br

A MUDANÇA DE CULTURA E A FORMAÇÃO DE SINTOMAS PSÍQUICOS

Ana Angélica Roncolato
Colaboração [13]
Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

RESUMO

A cultura tem um papel fundamental na formação da identidade dos indivíduos, sendo que a mudança de uma cultura para outra pode ser considerada um fator estressante, podendo vir a desencadear sintomas psíquicos mais graves. O objetivo do artigo é discutir a influência da mudança de cultura na formação de sintomas psíquicos a partir de atendimentos realizados em uma instituição psiquiátrica da cidade de São Paulo (SP), como atividades de estágio da disciplina de psicopatologia do curso de graduação em psicologia da Universidade de São Paulo.

Palavras-chave: cultura; formação de sintomas; psicopatologia.

A CULTURA E A FORMAÇÃO DE SINTOMAS

A cultura tem um papel fundamental na formação da identidade dos indivíduos. Ela pode ser considerada uma configuração de imagens e de outros elementos simbólicos desenvolvidos e aceitos pelos membros de uma sociedade ou grupo social para, individualmente, funcionar como orientação no comportamento, e, para o grupo, servir de matriz comunicacional que tende a coordenar e sancionar os comportamentos. (HUGHES, 1992, apud ASSUMPÇÃO Jr, 1999) A cultura influencia tanto comportamentos como os processos cognitivos.

Considerando a criança um ser que se desenvolve a partir de aspectos genéticos e socioculturais, Assumpção Jr (1999) coloca que a relação da criança com o mundo que a cerca será permeada por significados pessoais e sociais que irão constituir sua identidade. Os valores culturais enfatizam o que é essencial em determinados grupos, vinculando a auto-estima e a responsabilidade de decisão do indivíduo para que ele escolha o caminho previamente determinado. Se a cultura

[13] Estudantes de graduação do IPUSP Carolina Yuubi Yabase; Marcelo Vieira Matias; Julia Vasques; Camargo da Silva Silvia Beier Hasse

adquire esse valor nas escolhas do indivíduo, pode-se produzir um acobertamento do sentido real e individual do que é encontrado, sendo esse acobertamento influenciado pela cultura (ASSUMPÇÃO Jr, 1999).

Pensando-se no valor que adquire na constituição do indivíduo, observa-se que a mudança de uma cultura para outra pode ser considerada um fator estressante, podendo vir a desencadear sintomas psíquicos mais graves. As migrações internacionais foram incrementadas a partir do desenvolvimento do sistema de transporte e das telecomunicações, que ofereceram maior mobilidade às pessoas em todo mundo. Atualmente milhões de pessoas vivem fora do país de origem. Pode-se afirmar que o século XXI é marcado pelo crescimento intenso das migrações, incluindo como fatores a pobreza e a busca por melhores condições de vida. Esses indicativos podem ser observados na clínica psicológica em que a busca de indivíduos migrantes em situações de conflito é grande.

O objetivo deste artigo é discutir a influência da mudança de cultura na formação de sintomas psíquicos a partir de atendimentos realizados em uma instituição psiquiátrica da cidade de São Paulo (SP), como atividades de estágio da disciplina de psicopatologia do curso de graduação em psicologia da Universidade de São Paulo.

Parkes (1971 apud Helman, 1994) aponta que as transições psicossociais mais propícias ao estresse são aquelas que produzem efeitos prolongados, que ocorrem num período curto de tempo e que afetam grande parte dos pressupostos individuais que as pessoas portam sobre seu mundo. Mudanças, como as migrações, envolvem muitos aspectos relativos ao espaço vital do indivíduo, bem como relações sociais, status profissional, segurança, problemas de moradia, tornando o indivíduo mais propenso à resposta ao estresse. O autor aponta que a cultura pode tanto proteger o indivíduo quanto torná-lo mais vulnerável ao meio. Determinadas crenças, valores e práticas culturais podem aumentar o número de fatores estressantes aos quais o indivíduo se expõe. Cada sociedade possui os seus valores e os indivíduos tentam atingir as metas definidas, os níveis de prestígio e padrões de comportamento que o grupo cultural espera de seus membros. A emigração de uma cultura para outra é uma experiência estressante que envolve rupturas importantes, obrigando o imigrante a enfrentar o isolamento, desamparo, sensação de insegurança e um bombardeio de estímulos incompreensíveis. Além de ter deixado família, amigos e o lugar que conhecia, grande parte de seus pressupostos sobre o mundo não tem validade. Enquanto que determinados valores culturais do emigrante podem atuar como proteção contra o estresse – como a valorização da união

familiar – a experiência da emigração geralmente significa uma profunda transição psicossocial, podendo assemelhar-se em alguns casos ao luto ou à deficiência. (HELMAN, 1994)

Para viver em sociedade, o homem deve reprimir parte do seu desejo: aquilo que não se ajusta às normas e interdições delimitadas pela cultura. Esse sacrifício só pode ser suportado uma vez que o sujeito se prende a certas fantasias, construções do inconsciente que substituem o reprimido. Estas fantasias são um importante motor para a formação de sintomas, dentro da própria cultura (MONTEIRO, 2000). Embora a cultura proteja o ser humano na sua disputa com a natureza, ela também estressa, causando conflitos, frustrações no indivíduo. Por outro lado, permite ao homem que alcance sua individualidade, além de fornecer a sensação de inserção no meio social através de seus valores e hábitos compartilhados e sua história única de vida, associada à história mais ampla da sociedade em questão. Esse sentimento de pertencer a uma cultura, de fazer parte, é importante, pois permite ao homem uma sensação de eternidade e continuidade, por fazer parte deste todo que continuará independente de si mesmo. Pensando nessa perspectiva, a ruptura num contexto de mudança cultural, pode gerar transtornos e o surgimento de novos conflitos, por não mais pertencer ao seu meio de origem e por estar se inserindo em um novo ambiente no qual não possui história e não está inserida à priori.

Na Classificação Internacional de Doenças (CID 10), o “Transtorno de adaptação” (F 43.2) está descrito como sendo um “estado de sofrimento e de perturbação emocional subjetivos, que entravam usualmente o funcionamento e o desempenho sociais, ocorrendo no curso de um período de adaptação a uma mudança existencial importante ou a um acontecimento estressante.” O fator de "stress" pode afetar a integridade do ambiente social do sujeito (luto, experiências de separação) ou seu sistema global de suporte social e de valor social (imigração, estado de refugiado); ou ainda representado por uma etapa da vida ou por uma crise do desenvolvimento (escolarização, nascimento de um filho, derrota em atingir um objetivo pessoal importante, aposentadoria). A predisposição e a vulnerabilidade individuais desempenham um papel importante na ocorrência e na sintomatologia de um transtorno de adaptação; admite-se, contudo, que o transtorno não teria ocorrido na ausência do fator de "stress" considerado. As manifestações, variáveis, compreendem: humor depressivo, ansiedade, inquietude (ou uma combinação dos precedentes), sentimento de incapacidade de enfrentar, fazer projetos ou a continuar na situação atual, assim como certa alteração do funcionamento cotidiano. Transtornos de conduta podem estar associados, em particular nos

adolescentes. A característica essencial deste transtorno pode consistir de uma reação depressiva, ou de uma outra perturbação das emoções e das condutas, de curta ou longa duração.

Guimaraes e Celes (2007) afirmam que a subjetividade humana não pode ser concebida fora da sociedade na qual se desenvolve. Os autores apontam que Freud escreveu sobre cultura e sociedade em diversos textos e que o processo fundamental para a inserção do homem na cultura é a identificação. O indivíduo é inevitavelmente influenciado pelo grupo, a vida grupal produz alterações na vida psíquica. Essas alterações podem ser expressas através de sintomas como, por exemplo, a intensificação da emoção e a redução da capacidade intelectual.

Além disso, na dinâmica grupal, verificam-se quadros de regressão da atividade psíquica, como se pode observar em crianças. Para Freud, a formação da relação grupal, ou a condição de um indivíduo se vincular a um grupo, não encontra explicação na existência de um instinto social. Ele descarta a idéia de que uma pulsão social primária seria responsável pela constituição de grupos, rejeitando qualquer explicação de cunho natural. Assim, o psicanalista esclarece os mecanismos pelos quais o homem se encontra em situação grupal e investiga (a) a influência do grupo na vida mental do sujeito (ou seja, a interferência e a importância que o grupo tem na constituição psíquica) e (b) a natureza da alteração mental que o grupo força no indivíduo.(GUIMARAES e CELES, 2007)

Essa pressão grupal pode gerar traumas no indivíduo. Fulgencio (2004) discute a questão de trauma em Freud e Winnicott, colocando que, para Freud, a noção de trauma envolve a existência de um indivíduo amadurecido, ou seja, exige a presença de uma unidade que reconhece em seu interior uma excitação que é vivida como algo a ser eliminado; vivida como um conflito entre desejos de uma mesma unidade, desejos irreconciliáveis; mais ainda, esse indivíduo já precisa estar maduro para estabelecer relações com objetos externos a ele (objetos por meio dos quais as intensidades vividas podem encontrar seu fim, a eliminação da tensão).

Já para Winnicott, o trauma representaria uma ruptura na linha da vida. Trata-se, para ele, de um acontecimento que diz respeito à preservação e continuidade do si mesmo numa relação inter-humana. Winnicott concebia o trauma em termos *relacionais*, caracterizando-o não pelas intensidades energéticas, mas sim pela significação que determinado tipo de relação inter-humana teria em termos da continuidade do sujeito e da confiabilidade no ambiente. Ao considerar o trauma nessa outra perspectiva das relações inter-humanas e do amadurecimento pessoal, tanto na saúde quanto na patologia, Winnicott também recoloca o problema clínico do tratamento das pessoas que sofreram ou sofrerão traumas. (FULGENCIO, 2004)

MATERIAL CLÍNICO

A partir do atendimento de *Fernanda* (nome fictício), paciente hospitalizada em uma instituição psiquiátrica na cidade de São Paulo, pode-se pensar nas questões previamente levantadas. *Fernanda* foi atendida pelos estagiários da disciplina de psicopatologia juntamente com a monitora. Os atendimentos foram realizados de acordo com o modelo de consultas terapêuticas de Winnicott (1984).

O autor aponta que além da função diagnóstica, as primeiras entrevistas possuem um grande valor terapêutico. Quando possui uma visão mais objetiva do terapeuta, o paciente comparece mais disposto, trazendo material relativamente não-defendido do que trará nas sessões subseqüentes, possibilitando ao psicoterapeuta um espaço maior de ação e intervenção. Winnicott coloca que o principal objetivo da consulta terapêutica é oferecer um setting humano a partir da postura diferenciada do terapeuta, reforçando a importância da capacidade de *holding* do terapeuta, de empatia, esperando e dando espaço para o paciente, mostrando-se humano, mas também fazendo uso de técnicas interpretativas quando julgar necessário ao caso. (WINNICOTT, 1984)

Fernanda deu entrada na instituição, por ter tido uma crise, o que denominava "paranóia" e foi encaminhada para internação. A paciente tinha idéias persecutórias com pessoas no seu trabalho e na residência que estava morando e relatava, ainda, uma situação em que ficara andando por uma avenida pela madrugada procurando uma determinada pessoa do trabalho. Neste episódio, envolveu-se com pessoas estranhas que chegaram a roubá-la.

Fernanda é de nacionalidade brasileira, mas a partir dos três meses de idade passou a viver nos Estados Unidos com os pais. Durante os atendimentos, contou a respeito de sua família. Sobre o pai, disse que era violento, que torturava verbalmente ao longo de sua vida tanto a esposa quanto os filhos, havendo violência física contra a mãe em algumas ocasiões. Ela possuía um bom relacionamento com a mãe, que se responsabilizava por defendê-la do pai em muitos momentos. Os pais já faleceram e ela demonstra um grande ressentimento, principalmente, pela morte da mãe. Atualmente, relata a pouca proximidade com o irmão e tios de quem, segundo ela, não pode esperar ajuda. Assim, ela relata que aprendeu a defender-se sozinha e a não esperar ajuda do outro.

Aos 52 dois anos, *Fernanda* veio para o Brasil em função de conflitos pessoais e financeiros. Após o falecimento da mãe, já não conseguia contar com seu irmão e tios. Os sintomas surgiram logo no início de sua chegada ao Brasil: quando ouvia pessoas ao seu redor conversando, ela dizia

ter a impressão de que estavam comentando a seu respeito de uma forma pejorativa, sempre relacionada à questão dela ser estrangeira chamando-a de "gringa, loira". A própria paciente levantou a hipótese de sentir essa perseguição pelo fato de não saber português. Inclusive, relatou que recebeu uma proposta de trabalho na Inglaterra e que lá seus sintomas persecutórios poderiam cessar, pois sua língua seria compreendida. A paciente não apresentava transtornos de linguagem, o discurso era articulado e mostrava coerência, mas tinha, em alguns momentos, dificuldade em falar e entender o português. Apesar disso, a comunicação fluiu normalmente, pois a maioria dos integrantes do grupo falava inglês e a paciente se sentia compreendida, mesmo nos momentos em que conseguia se expressar somente em sua língua-mãe.

Conforme se passaram as consultas terapêuticas, ao relatar as situações que havia vivenciado, a paciente já demonstrava maior senso crítico, percebendo que não se tratava de episódios "normais". A vinda ao Brasil pode indicar uma fuga da situação de uma crise financeira e familiar que estava enfrentando nos Estados Unidos. No entanto, não contava com o choque cultural, advindo das dificuldades de adaptação lingüística e de costumes. Esta dificuldade de entender os demais, e de ser entendida, pode ter se constituído num fator estressante que desencadeou os seus sintomas. Pode-se perceber, dessa forma, que os sintomas apresentados por ela estavam diretamente ligados ao fato de ter deixado sua cultura e se inserido em um novo contexto que lhe pareceu estranho e pouco acolhedor.

Fernanda encontrou no grupo de estagiários uma escuta diferenciada. Em muitos momentos se emocionava, relatava as situações vividas em inglês e o fato de ser compreendida pelo grupo lhe foi muito confortante. Com o vínculo estabelecido, compartilhou suas angústias, seus medos e foram realizadas intervenções circunscritas que fizeram muito sentido para ela. Ao receber a alta hospitalar, a paciente foi encaminhada para outro serviço da USP – APOIAR – que é um projeto inserido no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do Instituto de Psicologia da USP.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do caso, pode-se pensar que a mudança cultural da paciente pode estar relacionada aos sintomas que a mesma apresentou. Percebeu-se que ela possuía um histórico familiar complicado, com dificuldades acentuadas no relacionamento com o pai, o que ela aprendeu a lidar ao longo de sua vida guardando para si suas mágoas e buscando formas de continuar. Dessa forma,

embora a diferença cultural possa ter tido alguma relação com a formação dos sintomas, possivelmente não tenham sido a causa.

Fernanda atribuía seus sintomas ao choque cultural, mas é possível se pensar que esta foi a saída encontrada por ela. A partir de sua história, observou-se que ela sempre guardava tudo para si e seguia em frente, sendo difícil para ela sentir o sofrimento diante das situações difíceis. A mudança de cultura pode ter afetado parte de seus pressupostos individuais, desencadeando a crise.

É importante colocar, ainda, que a experiência de realização de consultas terapêuticas em hospital psiquiátrico mostrou-se como um enquadre apropriado, considerando a questão de que as internações têm pequena duração e nem sempre oferecem espaços como este aos pacientes. Possibilitando um ambiente de *holding,* o paciente se sente acolhido em suas angústias e consegue pensar em alternativas para a sua vida após internação. Neste caso apresentado, o grande diferencial foi o fato de que, em muitos momentos, a paciente precisou comunicar-se em sua língua mãe, o inglês, para expressar seus sentimentos e foi compreendida pelo grupo, sendo, dessa forma, extremamente terapêutico.

REFERÊNCIAS

ASSUMPÇÃO Jr., F. B. Identidade e cultura em psiquiatria da infância. Infanto – Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência. 7(1): 32-35, 1999.

CELES, L. A. M.; GUIMARAES, V. C. O Psíquico e o Social numa Perspectiva Metapsicológica: O Conceito de Identificação em Freud. *Psicologia: Teoria e Pesquisa Jul-Set 2007, Vol. 23 n. 3, pp. 341-346.*

FULGENCIO, Leopoldo. A noção de trauma em Freud e Winnicott. Natureza Humana 6(2): 255-270. Jul.- dez. 2004.

HELMAN, C.G. Cultura, Saúde e doença. 2ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

MONTEIRO, Dalva de Andrade. A função paterna e a cultura. Trabalho apresentado na XII Jornada do Círculo Psicanalítico da Bahia, novembro/2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. Manual de classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: Centro da OMS para classificação de doenças em português- USP, 1995.

WINNICOTT, D. W. Consultas Terapêuticas em Psiquiatria Infantil. Rio de Janeiro: Imago, 1984.

A IMPORTÂNCIA DO AMBIENTE TERAPÊUTICO PARA UM BRINCAR CRIATIVO: NOTAS SOBRE O CASO DE UM MENINO DE 7 ANOS

Ana Carolina Comin Vargas
Valdeli Vieira
Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

Introdução

Determinadas características da relação mãe-bebê se apresentam, segundo as concepções winnicottianas, como fundamentais para o desenvolvimento da criança. Um ambiente estável, uma mãe que se adapte bem às necessidades de seu filho, construindo uma relação de confiança e fidedignidade, possibilitaria a formação do que Winnicott[14] chama de espaço potencial a ser preenchido criativamente pelo brincar, pelas experiências do viver, pela experiência cultural. Portanto, o brincar criativo, o experimentar, originam-se naturalmente do estado relaxado e seguro, que estaria, por sua vez, relacionado à separação eu-outro junto à possibilidade de desenvolvimento de um self autônomo[15].

Uma mãe que responda adequadamente às necessidades do bebê permite, no início do desenvolvimento, a ilusão de que ela faz parte dele, havendo uma não separação do eu-outro ou mãe-bebê, o que possibilitaria a vivência pelo bebê da "ilusão de que existe uma realidade externa correspondente à sua capacidade de criar"[16]. Este existir ilusório de uma realidade externa como criação junto à onipotência de controle do real se daria por meio do brincar, possibilitado, por sua vez, pelas características do ambiente proporcionado ao bebê.

Esta ilusão inicial caracterizada pelo brincar, tal como compreendido por Winnicott[17], propiciada pela boa adaptação da mãe às necessidades do filho, permitirá ao bebê, posteriormente, a aceitação do fracasso da mãe e a experiência da frustração a partir de uma adaptação às suas necessidades que será gradativamente e inevitavelmente incompleta. Nesse mesmo sentido, esta

[14] Pg147. Winnicott, D. O Lugar em que Vivemos. In: *O Brincar e a Realidade*. RJ, Imago: 1975.
[15] *Id.Ibidem*.
[16] Pg27. *Idem* Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais. In: *O Brincar e a Realidade*. RJ, Imago: 1975.
[17] *Idem*. *O Brincar e a Realidade*. RJ, Imago: 1975.

ilusão inicial possibilitaria a desilusão gradativa do bebê em relação à separação eu-outro e à separação da realidade interna e externa que se daria por meio do brincar.

Este brincar, marcado pelo interjogo entre a realidade psíquica pessoal e a experiência de controle de objetos reais, volta-se à exploração criativa do mundo. No brincar, indo-se e vindo-se à mãe, indo-se e vindo-se ao mundo, delineia-se aos poucos uma separação do eu e do não-eu, da realidade interna e da realidade externa, constituindo-se entre um e outro uma área intermediária que, ao mesmo tempo, permite a separação e garante a união entre um e outro.

Com o crescimento e desenvolvimento do indivíduo no sentido de uma existência autônoma, este passa a se constituir como unidade, integrado, construindo-se esta capacidade de separação dentro-fora cuja aceitação é, no entanto, sempre incompleta. Esta incompletude é caracterizada por uma tensão constante entre a realidade externa e a interna que é aliviada pela área intermediária da experiência, por este espaço intermediário de repouso que está em relação de continuidade com o brincar.[18]

Contudo, o desenvolvimento da criança no sentido de um existir autônomo e criativo encontraria sua base na qualidade de suas relações primárias, no sentimento de confiança e relaxamento que seriam fruto de um ambiente estável e seguro. Sendo este ambiente considerado o ideal, deparamo-nos na clínica com as vicissitudes do relacionamento familiar e da conjugação entre as características do ambiente, as possibilidades parentais e a singularidade da criança. Casos que nos apresentam a particularidade dos caminhos de desenvolvimento possíveis e as saídas encontradas pela criança para lidar com o ambiente a ela proporcionado.

O presente artigo visa discutir aspectos de um caso clínico cujo paciente é um menino de 7 anos inserido num ambiente familiar marcado pela instabilidade emocional, pela agressividade paterna, pela dificuldade parental de estabelecer limites nas relações familiares e delimitar papéis, havendo, ainda, uma vinculação das características deste ambiente com a queixa inicial parental que os teria levado à procura de um acompanhamento psicológico para a criança. Tendo como queixa o "nervosismo"(sic) e irritabilidade do menino considerados excessivos pelos pais, com comportamento marcado pela rigidez, observamos, no decorrer dos atendimentos, a dificuldade da criança no ato de criar, estando seus sintomas ligados à frustração em sua busca de controle sobre o mundo ao tentar torná-lo previsível à sua maneira, havendo ainda, uma complexidade do processo de

[18] *Idem* Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais. In: *O Brincar e a Realidade*. RJ, Imago: 1975.

discriminação mãe-criança com a manutenção da dependência da criança em relação à mãe por parte da última.

Caso Clínico

A queixa inicial dos pais de Lucas[19], com sete anos, que levou os pais à procura de acompanhamento terapêutico no Centro de Atendimento Psicológico do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (CAP-IP-USP), com atendimentos realizados por meio do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social (APOIAR), envolvia uma preocupação em relação ao comportamento irritadiço e "nervoso" (sic) da criança em diversas situações.

Inicialmente tal queixa surgiu associada ao receio parental de que o "nervosismo"(sic) e a irritabilidade de Lucas considerados exagerados, com cenas de "escândalo, gritos e choro" (sic), estivesse apontando para um diagnóstico semelhante ao do pai, a saber esquizofrenia e transtorno bipolar, associação feita devido à aparente semelhança de comportamentos percebida e relatada, principalmente, pela mãe. Referem que tais sintomas se manifestam acentuadamente em situações em que recebe "não", quando perde em jogos, principalmente com o pai, ou quando está brincando com outras crianças ao querer "mandar" (sic) na brincadeira, sendo considerado pelos pais muito "rígido" (sic).

A mãe questiona-se, por vezes, por que seu filho não consegue brincar, criando histórias, tal como ela fazia quando era pequena. Os sintomas relatados pelos pais os envolvem diretamente e ocorrem marcadamente no âmbito familiar, não havendo queixas significativas de comportamentos inadequados em situações escolares, nas quais é considerado bom aluno, com bom comportamento.

A família se constitui pelo pai e mãe biológicos de Lucas, que não se definiam nem como casados, nem como separados, bem como, pela meia irmã por parte de mãe de 20 anos que morava na casa. Em relação ao ambiente familiar, constatou-se, por meio de entrevistas com os pais, uma situação de instabilidade da relação parental marcada por episódios de violência do pai em relação à mãe presenciados pelo filho, pela inconstância do casal enquanto tal, havendo separação de moradia oscilante.

A presença do pai não era constante e nem previsível, assim como, suas reações ao comportamento do filho variavam de acordo com seus estados emocionais. A agressividade do pai

[19] Nome fictício.

era associada diretamente pela mãe ao "nervosismo" (sic) de Lucas, havendo um temor de que este pudesse apresentar o diagnóstico psicopatológico do pai.

Durante a investigação clínica com os pais, observou-se um forte receio da mãe de que a criança, futuramente, se voltasse a ela com a mesma agressividade com que o pai se voltara. Pôde-se observar uma relação de dependência da criança quanto aos cuidados maternos, na qual a mãe a mantinha em uma posição infantilizada, limpando-o ainda quando ia ao banheiro, partilhando do mesmo quarto de dormir, posição esta sustentada pela mãe como uma maneira de mantê-lo sob seu controle. No decorrer das entrevistas, a mãe expressa este receio e se questiona como seria quando esta situação ocorresse, quando ele se tornasse tão violento quanto o pai. Apesar de, posteriormente, esta dependência regressiva da criança pelos cuidados e atenção da mãe se tornar uma queixa materna, ao mesmo tempo, era mantida por ela como uma forma de proteção própria frente ao medo de "perder o controle" sobre o Lucas caso cultivasse sua independência, o que possibilitaria a ele se voltar agressivamente sobre ela.

No caminhar dos atendimentos individuais com Lucas pudemos observar as saídas pelas quais ele pôde lidar, por um lado, com o ambiente marcado pela instabilidade e insegurança e, por outro, com a extrema dependência e zelo materno.

Nas primeiras sessões, Lucas diz compreender o motivo de estar ali como devido aos momentos em que fica "muito nervoso" (sic) e, segundo o que sua mãe lhe dissera, estaria ali para melhorar este aspecto, para "ficar mais calmo" (sic). Considera-se sério e não gosta de "brincadeiras sem graça" (sic) como, por exemplo, quando um parceiro altera as regras de um jogo durante as brincadeiras, pois, fica "muito nervoso" (sic). Conta, exemplificando, ocasiões em que está brincando de "pique-esconde" e alguém muda os "piques" no meio da brincadeira após haver um combinado prévio dos locais.

Durante todo o processo de terapia pudemos observar, em diferentes momentos, certa rigidez no brincar, com a necessidade de constante estabelecimento de regras claras, dificuldade de lidar com o que foge às regras e, principalmente, com a imprevisibilidade inevitável deste outro, a terapeuta, que se apresenta a ele como a ele diferente.

No decorrer das 47 sessões realizadas, observou-se, aos poucos, uma transformação no lidar com os objetos do mundo no contexto clínico, desde a utilização da caixa lúdica, como dos brinquedos, do espaço da sala e do próprio enquadre. Paulatinamente pudemos observar a construção de maior flexibilização e mudança de comportamento no meio familiar e social.

Durante as primeiras sessões de ludoterapia, demonstrava uma considerável cautela e rigidez. Aproximava-se da caixa lúdica limitando-se a pegar apenas os brinquedos que estavam por cima, sem explorá-la. Escolhia jogos a princípio, e, aos poucos, no decorrer das sessões, passou a optar pelos bonecos de pano, criando histórias onde determinava o papel da terapeuta, o que iria fazer e o que deveria dizer. Caso esta fizesse algo diferente do que ele esperava, irritava-se, insistindo para que a situação ocorresse como ele queria. Demonstrava uma tentativa de controle expressiva durante as brincadeiras no sentido de tornar previsível seu acontecer.

Posteriormente, observou-se, durante muitas sessões, uma repetição das brincadeiras, com utilização de histórias semelhantes, com personagens cujos nomes haviam sido anotados em uma folha de papel, sendo sempre os mesmos utilizados, bem como o cenário da casa da família era montado sempre da mesma maneira; qualquer mudança na caixa[20], mesmo que pequena (como a falta de algum objeto ou a existência de outro com outras características), era percebida e reclamada. A família com a qual brincava era extensa, o cenário constituía-se, principalmente, da cozinha marcada pelo fogão e a trama da história envolvia o filho super-poderoso contra o pai, com força para bater nele e desobedecê-lo, causando medo na mãe e no pai. Ele parte para longe da casa, sozinho, aventurando-se. A mãe fica em casa, cuidando de tudo e o pai vai atrás do filho. Em um momento o pai possui a força, e em outro o filho o supera, ambos em constante competição e medição de forças.

Em sessão acompanhou-se o movimento deste recontar histórias de Lucas, trabalhando para a manutenção do *setting*, garantindo um ambiente acolhedor e seguro, permitindo o acontecer do brincar, bem como certa previsibilidade do acontecer das sessões da maneira como se apresentava necessário.

No entanto tal busca, por parte da terapeuta, pela estabilidade do ambiente terapêutico como resposta às necessidades de Lucas tornou-se um fator de atenção. Num dado momento, a pasta reservada a Lucas, onde continham alguns de seus desenhos e os nomes escritos dos bonecos da família utilizados a cada sessão, pasta esta que estava sob os cuidados da mesma (não havia uma caixa lúdica individual onde ficaria seguramente guardada) foi extraviada. A terapeuta pôde então, dar-se conta de quanto estava, contra-transferencialmente, esforçando-se para manter os parâmetros do enquadre, não se permitindo "falhas" nesta missão (impossível).

[20] A caixa lúdica utilizada inicialmente era partilhada com outras crianças, não havendo possibilidade de controle e constância dos objetos ali postos. Posteriormente, fez-se necessário uma caixa lúdica individual. Apenas a pasta com folhas de papel foi constante durante toda a terapia.

A ausência da pasta causou à terapeuta extrema angústia que teve como benefício fazê-la perceber a auto-exigência em manter um ambiente artificialmente estável para o Lucas, sendo qualquer desvio vivido como "imperdoável". Tal percepção possibilitou, a partir da ausência da pasta, trabalhar com a criança o imprevisível e, justamente, a falta inevitável de controle total sobre o mundo e sobre as pessoas a partir de situações no brincar e jogar das sessões, bem como, de situações por ele contadas.

Ao longo de todo esse processo, a cada dia, foi se tornando possível a introdução, por parte da terapeuta, de falas próprias durante o acontecer das histórias, valendo-se de sua criatividade e do seu brincar para se colocar como um outro que poderia responder diferentemente do esperado, com certo grau de imprevisibilidade.

No decorrer da terapia, observou-se o desenvolvimento de uma maior flexibilidade no lidar de Lucas com o enquadre analítico, ou *setting,* bem como, em seu potencial criativo. Passou a explorar as possibilidades, surpreendendo ao chegar antes da terapeuta na porta da sala, escondendo-se no corredor, trazendo boneco seus à sessão, até modificando os móveis da sala de lugar, valendo-se do espaço de maneira menos comedida, explorando outras maneiras de estar em terapia que antes tendiam ao já conhecido. Ao mesmo tempo, as situações de "nervosismo" (sic) de Lucas foram se transformando, sem, porém, deixarem de existir, tal como gostariam os pais.

Contudo, este sintoma de Lucas mostrou-se, por um lado, atrelado a episódios em que se evidenciava sua falta de controle quando suas ordenações do mundo por meio de regras e da rigidez não correspondiam ao seu desejo. Frente às condições do ambiente familiar, não havia um estado de relaxamento que lhe possibilitasse a exploração criativa do mundo, sendo restringido o brincar e o ato criativo que pressupõe. Por outro lado, a agressividade presente neste "nervosismo"(sic), em situações com os pais, esteve relacionada à sua busca pela diferenciação, pelo se mostrar diferente daquilo que os pais esperavam, vivendo a ambivalência do sentimento de querer continuar a ocupar o lugar de "bebê" que sua mãe o colocava, ao mesmo tempo em que queria se diferenciar e constituir-se como ser autônomo.

No entanto, um novo entendimento pôde ser construído em relação ao seu chamado "nervosismo" e "irritação". A identificação entre comportamentos de pai e filho expressa na fala dos pais, principalmente da mãe, evidenciou a necessidade de possibilitar aos pais a percepção e compreensão de Lucas em sua singularidade e necessidades.

Um trabalho pôde ser realizado com os pais, primeiramente com atendimentos de orientação parental, ocorridos frequentemente apenas com a mãe, visando a compreensão da queixa inicial, abordando-se algumas ambivalências do sentimento e ações maternas tal como anteriormente relatadas. No decorrer das orientações, houve encaminhamento para atendimento familiar que correu em paralelo com o atendimento individual de Lucas, para, posteriormente, a mãe ser encaminhada para um atendimento individual.

Conclusão:

Adaptando-se às necessidades do bebê, devido ao amor, a mãe o permite experimentar a confiança que caracterizará o espaço potencial, permitindo a experimentação e um viver criativo, bem como, a utilização de objetos reais para neles e com eles ser criativo. Sem tal oportunidade de confiança e experimentação, não existirá uma área em que possa brincar, resultando numa ausência do uso criativo de objetos e na incapacidade de brincar.[21]

Poderíamos afirmar, no entanto, que as condições para a exploração criativa não estariam apenas nas características da relação mãe-bebê, mas no próprio contexto familiar em que a criança se desenvolve. No caso de Lucas, a presença da mãe se fez marcante, sendo, porém, estimulada a dependência, a não diferenciação com vistas à manutenção do controle da criança pela mãe, ao mesmo tempo, em que um ambiente sem delimitações foi-lhe apresentado.

O comportamento de Lucas poderia ser entendido como resposta tanto à instabilidade do ambiente, como à dependência mantida pela mãe. Tornar o mundo previsível por meio das regras e da busca pelo controle era uma forma de lidar com ele, na tentativa de organizar o mundo ao seu redor. A expressão dos sintomas queixa dos pais se dá quando o paciente se depara com uma impossibilidade de controle sobre pessoas ou situações. Ao mesmo tempo, frente à dificuldade da mãe em perceber a criança como ser singular Lucas, por vezes, "gritava" a sua diferença para se fazer enxergar.

Segundo Winnicott[22] o processo de diferenciação exige um grau de agressividade que possibilite colocar para fora os objetos que não são mais considerados como próprios. Lucas encontrava-se em um processo de constituição da identidade, onde sua agressividade surgia em

[21] *Id.ibidem*.
[22] *Idem*. *A família e o desenvolvimento individual*. 3ªed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

alguns momentos numa tentativa do mesmo de se discriminar do outro, no sentido do estabelecimento de um self autônomo.

Por fim, consideramos que a função do analista neste atendimento seria permitir a experimentação de uma confiança do sujeito para com ele, estabelecendo-se um vínculo; a manutenção de um *setting* que permita à criança o espaço para o brincar é fundamental.[23] Cabe ao analista conceder as condições necessárias ao paciente para que trabalhe em análise, com uma provisão ambiental especializada, sendo, muitas vezes, essencial a manutenção e constância do *setting*.[24] Neste caso clínico, ter proporcionado um ambiente marcado pelo cuidado com o enquadre se mostrou importante, pois, garantiu um espaço seguro para a exploração criativa, para a experimentação, numa constante e crescente construção do brincar e do desenvolvimento de um ser autônomo.

Referencias Bibliográficas:

WINNICOTT, D.W. *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

WINNICOTT, D.W. Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais. In: *O Brincar e a Realidade***.** Rio de Janeiro: Imago, 1975.

WINNICOTT, D.W. A importância do Setting no encontro com a regressão na psicanálise. In: WINNICOTT, CLARE; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (orgs). *Explorações Psicanalíticas: D.W. Winnicott*. Porto Alegre: Artes Medicas Sul, 1994.

WINNICOTT, D.W. *Tudo começa em casa*. 3ªed. Ed.Martins Fontes, 1999.

WINNICOTT, D.W. *A família e o desenvolvimento individual*. 3ªed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

[23] *Idem.* A Localização da Experiência Cultural. In: ***O Brincar e a Realidade***. RJ, Imago: 1975.
[24] *Idem*. *A importância do Setting no encontro com a regressão na psicanálise*. In: Winnicott, Clare; Shepherd, R.; Davis, M. (orgs). ***Explorações Psicanalíticas: D.W. Winnicott***. Porto Alegre: Artes Medicas Sul, 1994.

REFLETINDO SOBRE A NOÇÃO DE SUBJETIVIDADE:

"Cuidado de si" e Sujeito [25]

Marcela Carolina Schild Vieira

Resumo

Ao tratar dos elementos envolvidos na experiência clínica, desde as tentativas de conceituação teórica, dos procedimentos investigativos, das propostas de atuação, recorrentemente se faz questão à posição do analista e do analisado. A sugestão de um modelo dialético entre essas dimensões presentes na análise abre caminho extenso para debate, mas afinal, quem é esse sujeito que falamos em psicanálise?

A proposta é seguir um caminho de busca e reflexão epistemológica sobre a noção de subjetividade em sua especificidade no pensamento psicanalítico, que ao longo da sua historicidade recebeu abordagens e compreensões com significativas distinções. Contudo, neste estudo, a proposta é partir do reconhecimento que a temática sobre a noção de subjetividade está para além dos pressupostos freudianos.

Serão apresentados alguns recortes sobre entendimentos possíveis conferidos ao termo subjetividade e seus efeitos na da história das idéias, assim como apontamentos sobre as formas de subjetivação em relação aos pressupostos em regência. A análise terá como eixo principal a tensão entre a idéia de "cuidado de si" e constituição subjetiva.

Palavras-chave: subjetividade, "cuidado de si", sujeito.

[25] Trabalho realizado como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade de São Paulo soba aorientação do Prof Dr Daniel Kuperman.

Introdução

Assim como uma dobradura de papel pode assumir belas figuras, que ampliam nosso acervo criativo e nos enriquece subjetivamente, ela também pode ter como destino o desperdício. Na arte do Origami, dobrar exige responsabilidade sobre as marcas deixadas no papel, uma dose de cautela e outra tanta de ousadia. Ao mesmo tempo em que encanta nossos sentidos por sua beleza e agilidade, trata-se de uma fração representativa, um símbolo, que não alcança a coisa em si. A dedicação aplicada às dobraduras de papel é semelhante no processo de confecção de uma teoria, que tem em seu leito a frustração da condição de apresentar o erro, dado que o problema permanece inatingível... Ou, talvez, por suscitar a impotência ao trazer apenas uma mínima dobra de verdade, servindo à tendência de simplificar o complexo.

O início escolhido parte daquilo que corresponde ao sujeito para a psicanálise e como podemos reconhecê-lo. Para que esse projeto possa avançar é fundamental elevar ao máximo o que pretende ser uma reflexão teórica, que vislumbra aproveitar das teorias aquilo que nos melhor serve à prática clínica, possível pela disponibilidade para o contato com diferentes pressupostos. Na medida em que é nesse diálogo que furamos a verdade - apesar da angustia não enganar, ela pode faltar - a proposta é buscar nas diferenças os pontos que impulsionem esta reflexão.

Continuando, então, quem é o sujeito para a psicanálise?

Para desenvolver a questão faremos a tentativa de seguir por duas entradas, favorecendo conforme o entendimento suscitado encontros, desencontros e alternâncias. A primeira delas corresponde à dimensão que a experiência subjetiva assume em diferentes momentos do humano. De acordo com Figueiredo (2007), o psicológico[26] seria uma invenção no sentido de abarcar aquilo que parte do que o "*sujeito supostamente unitário e soberano*" teria retirado de sua condição, tornando-se o objeto das psicologias. As formulações de Foucault encontradas, principalmente em "A Hermenêutica do Sujeito", parecem contribuir significativamente com este estudo em razão do exercício de compreensão da noção de "Cuidado de Si", como função formadora do sujeito.

[26] O termo *psicológico* aqui utilizado faz referência ao modo como o autor o apresenta em sua obra, mas que mantêm para esse estudo uma aproximação direta com os elementos que compõem a noção de subjetividade.

Para a segunda entrada tomarei o termo *infans* para especificar sobre um tempo da criança em constituição, biologicamente imaturo, que percorre o processo singular de sua subjetivação a partir do laço entre o organismo humano e seu cuidador, operações próprias da *relação primordial*. Neste momento evidenciamos a supremacia que as relações humanas possuem para o processo de subjetivação, decorrente de uma série de operações psíquicas que ao deixar suas marcas estruturam todo um modelo de funcionamento. Parece evidente, a partir do ponto acima tratado, que não se nasce sujeito, mas que uma subjetividade se instala e para isso algumas condições precisam ser garantidas. Não sendo exagerado pensar que a possibilidade para ser é o início de tudo para o sujeito, onde a noção de existência pela possibilidade de atribuir a si próprio algo do mundo, o eu sou, é posterior ao momento do ser por garantia de outro ser humano.

Lacan trata de forma bastante assertiva o que poderia ser um primeiro operador dessa passagem no trecho abaixo, retirado de "O estádio do espelho como formador da função do eu" (1949)[27]:

> *"A assunção jubilatória de sua imagem especular por esse ser ainda mergulhado na impotência motora e na dependência da amamentação que é o filhote do homem nesse estágio de infans parecer-nos-á pois manifestar, numa situação exemplar, a matriz simbólica em que o [eu] se precipita numa forma primordial, antes de se objetivar na dialética da identificação com o outro e antes que a linguagem lhes restitua, no universal, sua função de sujeito."*

Com essa postulação fica também em suspenso o aspecto relativo à conexão entre esses processos de identificação primária e aqueles que se darão a seguir pelo próprio dinamismo do sujeito que entra em marcha, de forma a representar uma marca ativa em sua constante influência nos movimentos conseguintes. Aceitamos então alguns pontos que nos permitem transitar pela tênue linha entre aquilo que assegura que o sujeito possa advir, ou seja, sua possibilidade de subjetivação, até aquilo que passa a configurar o ponto de aprisionamento do ser ao desejo do outro. Vale apontar também como importante aspecto para a constituição subjetiva aquilo que é próprio da antecipação frente à insuficiência, onde o intermédio cultural é a via que permite ao ser pertencer à rede humana.

[27] Lacan, *Escritos*, 1998, p.97.

Cabe nesta etapa apontar sobre os aspectos envolvidos na constituição subjetiva, que pretende desde o início incluir o outro, não mais o outro da relação trazida até o momento, mas qualquer outro, daquilo que a noção de alteridade promove. Parece um caminho importante a ser percorrido, mantendo contato com o trajeto adotado pela própria psicanálise em sua história, com referências à questão estrutural do trabalho clínico que passeia pelas noções de transferência, empatia e intersubjetividade.

Entendemos então que o campo de atuação da psicanálise está para além da noção clínica correlativa ao espaço do consultório, correspondendo a uma dimensão mais ampla e que em sua operação necessita de pressupostos que assegurem uma prática adequada ao dinamismo imposto pelos processos humanos. Sobre isso parece apropriado trazer uma formulação de Foucault (1982), abordando a necessidade de entendimento do conjunto de práticas do sujeito desenvolvidas desde a época helenística e romana ao mais atual, contribui e provoca:

> *" E acredito que, se não retornamos a história das relações entre sujeito e verdade do ponto de vista do que chamo, de modo geral, as técnicas, tecnologias, práticas, etc, que as compuseram e regraram, compreenderemos mal o que se passa com as ciências humanas e, se quisermos usar este termo, com a psicanálise atual."*[28]

Continuaremos a partir daqui.

O sujeito

Não é o ângulo reto que me atrai,
Nem a linha reta, dura, inflexível criada pelo o homem.
O que me atrai é a curva livre e sensual.
A curva que encontro no curso sinuoso dos nossos rios,
nas nuvens do céu,
no corpo da mulher preferida.

[28] FOUCAULT, M. *A hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Martins Fontes. 2004a. p. 232.

De curvas é feito todo o universo,
O universo curvo de Einstein.

(Poema da Curva, Oscar Niemeyer)

Na obra de Freud não se encontra uma definição explícita da noção de sujeito, no entanto, podemos dizer que sua referência é constante comparecendo como sinônimo de Eu, de um "si-mesmo". Mas em todos os casos representa um fundamento clínico, *"isto é, a base material das operações que integram o trabalho da cura, a saber, a interpretação, a transferência, a resolução e, por fim, o desfecho do tratamento analítico"* [29].

A psicanálise assim como outros campos de saber, apesar de propor uma ética distinta, muitas vezes falha pela tendência de naturalizar seus objetos garantindo seu conhecimento e modelo de atuação. Essa configuração se mostra frágil e gera a necessidade de garantir o incessante processo reflexivo sobre a genealogia de seus conceitos. É disso que se ocupa Foucault em a "Hermenêutica do Sujeito", onde se encontra formulada duas questões que serão aqui aceitas por sugerir uma posição de negatividade fundamentais para esse estudo, são elas: *"O que é o sujeito da verdade?"* e *"Qual a relação do sujeito com a verdade?"*.

A título de melhor nos situarmos no percurso que se dará a seguir, é importante apontar o que é próprio da genealogia como *"projeto de uma inserção dos saberes na hierarquia do poder próprio da ciência, uma espécie de empreendimento para dessujeitar os saberes históricos e torná-los livres, isto é, capazes de oposição e de luta contra a coerção de um discurso teórico, unitário, formal e científico"* [30]. Ao balizar a pesquisa por resgates cronológicos estamos considerando aquilo que permanece em vigência sobre a discursividade, relacionando-se dessa forma com as formações subjetivas e sociais a que se está imerso.

---

[29] Cabas, A. G., *O sujeito no discurso analítico - seus fundamentos - (de Freud a Lacan - da questão do sujeito ao sujeito em questão).* Rio de Janeiro, 2006.

[30] FOUCAULT, M., *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes. 2002. p.16

O eixo central de análise da historicidade das práticas da subjetividade presente desde a filosofia grega, helenística e romana, encontra-se no tema sobre o cuidado de si. Temos, como tratado por Foucault, na noção de *epiméleia heauto* todo um modo de ser, uma atitude de si para consigo, para com os outros e para com o mundo determinando uma forma de atenção e de olhar para o que se passa no pensamento. Através dessa recuperação do que era necessário ser realizado para que o sujeito tivesse acesso à verdade salientamos a proposta de uma ocorrência fundamental, é somente através de certas operações e transformações que a capacidade de acesso à verdade se desenvolveria. E nesse sentido cabe ao sujeito trabalhar na operação de algo em si, de efetuar uma mudança, uma transformação, e arcar com as despesas desse processo que visa o acesso à verdade.

Esse pressuposto, *ocupar-se de si mesmo*, era para os gregos um dos princípios mais importantes para a vida na *polis*, uma das regras mais cultuadas para a conduta social e uma arte da vida. No entanto, Foucault verifica que o preceito do *cuidado de si* não tem na contemporaneidade o sentido atribuído pelos gregos, onde é dada maior importância ao princípio moral "*conheça-te a ti mesmo"*. O *cuidado de si* fica assim submetido ao *conheça-te a ti mesmo* pela força do que se convencionou o "momento cartesiano"[31], em que o indivíduo como é dado reuni condições para a verdade, não prevalecendo mais a necessária transformação antes tão exultada.

Quando o princípio délfico, *gnôthi seautôn*, aparece está a serviço da cautela, da prudência, diante das tarefas e exigências a que se está submetido ao longo da vida. Um saber que coloca o indivíduo em condições de assumir funções e de agir contra seus rivais. Foucault organiza que a mudança de sentidos ocorreu por uma conjuntura de aspectos, dentre eles cabe destacar a atribuição da prática de si como uma passagem, o momento que inaugura a vida adulta, e não mais como processo presente durante toda a existência. Outro aspecto se deve à dimensão política: estar atento a si correspondia a estar apto na ocupação com os outros, a mudança ocorre pela passagem da atenção ser de si para si mesmo; consequentemente as relações sofrem transformações em razão desse modelo estabelecido consigo próprio. Importante salientar que houve nessa passagem também uma mudança de sentido quanto àquilo que passa a ser entendido por verdade. Procurando aproximar de forma simplificada, pode-se atribuir num primeiro momento a verdade como acesso ao próprio ser

[31] Na página 15 de "A Hermenêutica do Sujeito", Foucault faz uma ressalva quanto ao caráter simplório da nomeação do corte realizado e giro compreensivo da noção de cuidado de si conforme o ideal grego como "momento cartesiano".

que se mantêm como agente transformador, e no momento seguinte da verdade como conhecimento, domínio sobre os objetos.

Na medida em o sujeito cartesiano era posicionado como agente de busca da verdade e da consciência a serviço - e limitada - a conhecer a si própria na perspectiva tratada anteriormente, o advento das postulações freudianas foram transgressoras. O Eu descentralizado proposto por Freud não pode mais saber e alcançar a sabedoria total sobre si, é *"um "eu" irremediavelmente divido pela irreversível instalação da realidade do inconsciente"* como nos disse Kupfer ao tratar justamente do efeito perturbador na concepção de subjetividade em ação.

A partir do movimento de questionamento frente a esse sujeito autônomo, encontra-se nas discussões do grupo francês entre os anos 50 e 70, juntamente com a tradição freudiana, a projeção dada por Lacan à noção de sujeito do inconsciente. Citando Kupfer novamente, *"O sujeito do inconsciente foi formulado por Lacan como um lugar, uma função, que, ao se revelar à revelia do Eu, denuncia um desejo desconhecido por esse Eu "que suporta" essa subjetividade. Não designa, portanto, nenhuma personalidade ou um ser"*.

Do nascimento do sujeito

A escolha do título para essa etapa do trabalho corresponde à intenção de marcar teoricamente, justamente, quando é que o sujeito nasce para a psicanálise. Tomaremos uma concepção mítica temporal para enfrentar a questão acima, ao considerar possível destacar um momento específico em que o sujeito apareceria como representante singular do desejo e passaria a compreender uma subjetividade.

Diante da incompletude orgânica nos primeiros anos de vida e da questão sobre a concepção da gênese psicológica, dentre as postulações que Lacan organizou há o que chamou de *fase do espelho*, momento em que uma série de relações imaginárias seriam fundamentais no processo de subjetivação. Enfatizando que os processos transcorridos nessa fase são fundamentais para a constituição do nó imaginário para o homem e, necessariamente, contando com a presença do outro para que uma metamorfose das relações do indivíduo com seu semelhante possa ocorrer[32]. Com isso

[32] Lacan, J., *Sobre a causalidade psíquica* (1946). Escritos, Rio de Janeiro, 1998.

Lacan promove um aporte teórico que retira a autonomia do indivíduo sugerida em algumas leituras da obra de Freud, colocando o surgimento do Eu de fora para dentro e não de dentro para fora. Talvez o mais importante não seja definir o sentido pelo qual o processo ocorre, mas ao confrontar o pressuposto freudiano Lacan nos oferece uma abertura para a dupla via, coloca em movimento o par e retoma a dialética.

É interessante destacar uma passagem freudiana que parece conter parte dos elementos que sustentam nossa questão, nela são retomados alguns impasses existentes nessa análise e que devem ter servido, provavelmente, a outros autores em seus apontamentos metapsicológicos:

> *"É uma suposição necessária a de que uma unidade comparável ao Eu não esteja presente no indivíduo desde o início; o Eu precisa ser desenvolvido. Todavia, as pulsões auto-euróticas estão presentes desde o início, e é necessário supor que algo tem de ser acrescentado ao auto-erotismo, uma nova ação psíquica, para que se constitua o narcisismo".* [33]

A partir desse trecho pode-se realizar uma infinidade de desdobramentos, mas para a proposta aqui lançada é preciso fazer alguns recortes. Primeiramente vamos ressaltar a importante referência quanto à necessidade que algo seja desenvolvido no indivíduo, pois este ainda não pode ser tomado como Eu logo após seu nascimento. Além disso, merece destaque a idéia de uma nova ação psíquica que precisa acontecer para o advento da constituição subjetiva, além dos processos de identificação.

Com a radical proposta de Lacan ocorre uma inversão nesta compreensão, pois o outro funcionando como espelho realiza aquilo que o bebê ainda não pode realizar, lhe oferece uma imagem que o forma e informa, iniciando o processo de identificação articulado pela libido. Por meio dessa presença alienada, onde o indivíduo é o desejo do outro, o *infans* se identifica e se

[33] Freud, S., *A Guisa de Introdução ao Narcismo (1914)*, Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente, Imago, Rio de Janeiro, 2004.

experimenta. A partir dessa alienação vai se configurando uma possibilidade de circulação do desejo no bebê, desejando o desejo do outro [34].

Trata-se do primeiro movimento do processo de realização do sujeito, a chamada operação de alienação, como proposto por Lacan em *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* [35]. Nesse texto aborda um tempo em que estando a criança alojada na alienação plena, em que os estados de ausência/ presença se recobrem, seu único recurso apaziguador das urgências vitais e da tensão fisiológica delas advinda é a expressão do grito. Grito que por ainda não constituir demanda ressalta justamente onde está a importância da presença da figura mobilizada pelo desejo, que irá antecipar uma subjetividade no bebê que ainda não se encontra lá, mas que com o advento deste investimento poderá se instalar.

Sob essa perspectiva, isso que configura a relação primordial, do enlaçamento da mãe e o bebê, se desenrola dentro de um esquema em que Outro materno em condições suficientes de investimento libidinal se assegura na suposição de que ali, naquele organismo, há um sujeito que deseja.

Um pouco mais sobre o nascimento do sujeito...

"(...) Para o bebê chegar a nascer como sujeito, ser falante, é necessário não somente que a mãe o suponha sujeito de alguma coisa, ou seja, falante, senão que lhe ofereça a chance de pedir e de representar o que ele não é (...)".

(Alfredo Nestor Jerusalinsky) [36]

[34] Lacan, J.*, Formulações sobre a causalidade psíquica* (1946), Escritos, 1998.

[35] Lacan, *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1964). Seminário XI.

[36] Jerusalinsky, A. N., *O Nascimento do ser falante*. In: O bebê e a modernidade: abordagens teórico-clínicas. Casa do Psicólogo, São Paulo, 2002.

Falar sobre o nascimento do sujeito é falar de um reconhecimento materno, uma vez que isso introduz marca pelo movimento de apreensão realizado na dupla e que para a criança é experimentada como sendo o acesso à sua própria imagem. Esta imagem será tomada como elemento do mundo e que fará a função de constituir seu interior, num processo de identificação imaginário e alienante. É dessa confusão imaginária com o Outro materno primordial que as contribuições da organização da fase do espelho como proposto por Lacan nos é valiosa, pois enfatiza que dessa relação especular, imaginária, ocorre a captura do Eu Ideal.

Num segundo momento, ao dar-se conta que o outro lhe escapa e que alguma coisa cai, pois o que ela deseja não aparece mais ali onde estava, a criança deixa de ser onipotente e nessa fase ocorre a ligação do Eu às situações sociais. Essa operação instaura uma divisão psíquica irreversível no sujeito frente à repetição do desaparecimento da mãe, de forma que os significantes que acompanham esse processo são as primeiras marcas subjetivas. É onde se instalaria a matriz simbólica, a partir das marcas que possibilitaram seu grito se transformar em apelo pelo traço do significante, permitindo a constituição para o sujeito do Ideal de Eu [37].

Na perspectiva em desenvolvimento não faz mais sentido pensar em uma relação dual como até esse ponto, pois para que seja feito esse corte é preciso um terceiro elemento. É pela triangulação que haverá lugar para a fala e para a lei, não tardará em reconhecermos essa operação como própria da função do pai. Dessa maneira, produz-se uma operação psíquica de separação entre a criança e a mãe possibilitando o surgimento do sujeito como representante do desejo. Refere-se aqui a segunda operação de realização do sujeito como postulada por Lacan [38], a operação de separação, em que ocorre a descoberta da falta no outro.

Sobre a relação primordial

"Esse sentido se tornará figurado no decorrer do tempo, mas é sem dúvida desse alicerce do real, sobre o

[37] Lacan, J.*, Observações sobre o relatório de Daniel Lagache* (1960), Escritos, 1998.

[38] Idem 7.

qual se apóia a relação dita primordial, que nós guardamos essa espécie de cicatriz, absolutamente indelével, sob a forma do que chamamos de amor."
(Graciela Cullere-Crespin) [39]

A idéia de dedicar um trecho específico à relação primordial tem por objetivo marcar, ou talvez de resgatar a marca que todo ser humano possui, quanto à impossibilidade de sobrevivência sem ajuda de um semelhante. As indagações quanto ao que há de tão fundamental para o indivíduo na ligação com o outro traz à tona o aspecto de dependência absoluta frente à prematuridade experimentada nas primeiras etapas da vida. É dessa experiência de dependência absoluta, devido à impossibilidade de sobrevivência sem a ajuda de um semelhante, que a chamada relação primordial vivenciada faz uma marca.

De acordo com Lacan (citado por Crespin), o outro da relação primordial poderia ser distinguido de duas maneiras: o Outro com 'O' maiúsculo, para designar uma instância e não uma pessoa física, e o outro com 'o' minúsculo, para tratar de cada sujeito como "representante único e não-esgotável do grande Outro ao qual pertence" [40]. Assim, o grande Outro de forma simplificada corresponde ao universo simbólico no qual o indivíduo se encontra circulando, estando a mãe como pequeno outro servindo para o bebê como grande Outro.

Diante da gama de necessidades que o bebê apresenta para a mãe que o ouve gritar, aquilo não é somente uma descarga ruidosa, é um chamado que ela irá responder e desse encontro primordial o bebê é promovido ao estatuto de sujeito falante. Quanto à idéia de sujeito falante, é uma maneira de referir aos processos que necessitam ocorrer no humano uma vez que somos desprovidos de uma cadeia comportamental previamente registrada. A complexidade nas relações humanas, no que toca ao desenvolvimento, refere-se também à subjetividade que atravessa as experiências e

[39] Cullere-Crespin, G., *A Clínica Precoce: contribuição ao estudo da emergência do psiquismo no bebê. A Clínica Precoce: O Nascimento do Humano*, Casa do Psicólogo, São Paulo, 2004. P. 18

[40] Idem 15. P. 22.

promove desdobramentos singulares. Citando Crespin, ela nos aponta que o "fato de podermos recorrer a um sistema significante para nos orientar no real, e que ao mesmo tempo regula nossas relações com o outro, é que faz os psicanalistas dizerem que os humanos são seres de linguagem, presos na linguagem" [41].

Conclusões

Trabalhar na relação entre Foucault e psicanálise sempre exige delicadeza e coragem, é preciso suportar o risco e ser preenchido com um sentimento bastante parecido com aquele necessário para efetuar as dobraduras de Origami. Há em Foucault um premente diálogo com as idéias de Freud, considerando os efeitos que tais pressupostos instalaram na discursividade, assim como uma crítica importante quanto à idéia de tratamento que a prática psicanalítica se ocupa.

Foucault reconhece no movimento de retorno a Freud, empreendido por Lacan no início da década de 1950 quanto à reelaboração da teoria do sujeito, uma profunda modificação e renovação da teoria. Indica que "*seria interessante tentar ver como se dá, através da história, a constituição de um sujeito que não é dado definitivamente, que não é aquilo a partir do que a verdade se dá na história, mas de um sujeito que se constituiu no interior mesmo da história, e que é a cada instante fundado e refundado pela história"* (FOUCAULT, 2005, p.10).

A proposta do trabalho não era realizar um estudo comparativo quanto ao que essas teorias dialogam entre si, suas aproximações, embates, mesmo que alguns momentos isso tenha recebido destaque. O objetivo foi buscar uma articulação entre elas para pensar a constituição subjetiva, a noção de subjetividade e indicar o que disso refere-se à contemporaneidade.

Dentre as conclusões merece destaque o entendimento da noção de sujeito como um processo a ser constituído por meio do trabalho do Outro, atuando e assegurando que operações psíquicas

[41] Idem 15. P. 20.

fundamentais de formação possam ocorrer. São pelas marcas efetuadas por essas operações que o sujeito poderá regular, organizar e determinar um modo de relação com os outros, com os objetos e com o próprio pensamento, de forma que se encontra uma instauração o funcionamento desejante. Disso passamos ao caráter daquilo que necessita ser transformado, trabalhado e que em nada se relaciona com procedimentos automáticos, evolucionistas e autônomos.

Para além de apresentar conclusões que tamponem o espaço criativo, espera-se que o trabalho possa contribuir com a manutenção da questão a cerca do sujeito em psicanálise. Entendendo que o este tema é permanentemente dialético.

Referências Bibliográficas

BERNARDINO, L. M. F., *As Psicoses Não-decididas da Infância: Um Estudo Psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

BERNARDINO, L. M. F. e ROHENKOHL, C. M. F. (org.), *O bebê e a modernidade: abordagens teórico-clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

CABAS, A. G., *O sujeito no discurso analítico - seus fundamentos - (de Freud a Lacan - da questão do sujeito ao sujeito em questão)*. Rio de Janeiro: 2006.

CULLERE-CRESPIN, G., *A Clínica Precoce: O Nascimento do Humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

FIGUEIREDO, L. C., *A invenção do psicológico – quatro séculos de subjetivação 1500*-1900. São Paulo: Escuta, 2007.

FOUCAULT, M., *A verdade e as formas jurídicas*. Rio de Janeiro: 3. ed., NAU Editora, 2005.

_____.*A hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

_____. *Arqueologia do saber.* Rio de Janeiro: *3*. ed. Forense Universitária, 1987.

_____. *História da sexualidade II: o uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

_____. *História da sexualidade III: o cuidado de si*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FREUD, S., *Pulsões e destinos da pulsão (1915)*, Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente. Rio de Janeiro: Imago, 2004.

KUPFER, M. C. M., *Notas sobre o diagnostico diferencial da psicose e do autismo na infância*. São Paulo: Psicol. USP vol. 11, 2000.

LACAN, J., *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. Seminário XI, *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor,1998.

MARIGUELA, M., *Dossiês - Cuerpo, Lenguaje y Enseñanza; Área Temática: Diferenças e Subjetividades em Educação.* Campinas: ETD – Educação Temática Digital, v.8, n. esp., p.204-226, jun. 2007 – ISSN: 1676-2592. 224

QUEIROZ, T. C. N., *Do desmame ao sujeito*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. P.200.

VORCARO, A., *Crianças na Psicanálise: clínica, instituição, laço social*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

WINNICOTT, D. W., *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artmed, 1983.

REFLEXÕES SOBRE O ACOLHIMENTO E ESCUTA
PROJETO TUTOR – RELATO DE EXPERIÊNCIAS

Ana Luiza Steiner
Antonio Geraldo de Abreu Filho
Abrahão Quadros
Helga Cristina
Acaray Souza Bulle Oliveira
Leila Salomão de la Plata Cury Tardivo
Alunos Tutores e Colaboradores[42]

Este trabalho é fruto de uma longa jornada que teve seu início em 2003 ao se formar a parceria entre a Associação de Esclerose Lateral Amiotrófica (ABRELA) e o Laboratório de Saúde Mental e Psicologia - APOIAR – Atendimento Psicológico Clínico Individual e Grupal. Na época, a ABRELA era presidida pela Dra Helga Cristina Almeida da Silva que ao se encontrar com a Profª Leila Cury Tardivo revelou sua preocupação para com o sofrimento psíquico dos pacientes com Esclerose Lateral Amiotrófica, seus familiares e profissionais de saúde envolvidos com este trabalho. Esta preocupação veio ao encontro dos objetivos do APOIAR assim como de outros projetos abrigados no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social, que tem como eixo principal a formação do psicólogo no campo da saúde mental em sua acepção mais ampla, ou seja, compreender e intervir em situações a pessoas em estado de sofrimento, como também em produzir conhecimentos técnico científico, que na área da Psicologia Clínica se faz de forma indissociada da prática. (TARDIVO; GIL, 2005).

A ABRELA também partilha desses objetivos, pois trabalha em forma de parceria com instituições de ensino e pesquisa, organizando, realizando e participando de seminários, congressos nacionais e internacionais, visando assim divulgar informações sobre a ELA (Esclerose Lateral Amiotrófica) e seu tratamento, bem como oferecer treinamento continuado aos profissionais de saúde.

[42] Ana Carolina Simionato Costa; Charlene Keiko Rezende; Cristiane Izumi; Guilherme Borges Valente ; Henrique Nagao Hamada;Isana Ribeiro;Márcia Juliana da Silva Barbosa; Nathália Nabor Ramacciotti; Paulo Oliveira; Rodrigo Bronze dos Santos; Suzana Ribeiro; Tatiana Thais Martins

A partir de 2003 essa parceria se concretizou através do Projeto Tutor e posteriormente com participações em congressos nacionais e internacionais, simpósios e demais pesquisas atendendo assim os objetivos da parceria de acolhimento e suporte emocional aos pacientes com ELA, seus cuidadores e familiares, além da construção de conhecimentos e divulgação dessa doença ainda desconhecida em nosso país.

A palavra TUTOR reflete a essência do projeto, que na sua definição tem como significado "estaca ou vara que se enterra no solo para amparar uma planta de caule frágil, flexível ou volúvel", ou seja, o tutor é aquele que vai amparar, acolher, olhar e escutar o paciente com ELA, bem como seus cuidadores, familiares, incluindo também os profissionais da área de saúde que lidam com a ELA.

O grupo de tutores é formado por graduandos e profissionais de Psicologia que em dupla vão às casas dos pacientes. A proposta inicial para os alunos que ingressam no projeto é que haja no mínimo doze encontros consecutivos, mas o que temos notado é que estes encontros se prolongam por mais de um ano e que, alguns deles acompanharam o paciente e sua família até o momento de sua morte. Estes alunos são supervisionados pelos coordenadores do projeto semanalmente com discussões clínicas dos atendimentos.

A Esclerose Lateral Amiotrófica caracteriza-se pela degeneração progressiva dos neurônios motores do cérebro, tronco encefálico e da medula espinhal, não havendo ainda prognóstico de cura. Há diversas formas de apresentação clínica da doença, mas a mais encontrada é a forma clássica, correspondente a 56% de incidência e que se inicia pelos membros superiores. O diagnóstico da doença é baseado nos sintomas relatados pelos pacientes e por exames neurológicos. Há uma prevalência de 6 por 100.000 pessoas e o início da doença é geralmente entre 40 e 60 anos de idade, sendo mais freqüente o sexo masculino. Nas diversas formas de manifestação da doença, a fraqueza muscular é um dos primeiros sintomas e, na maior parte dos casos, inicia-se pelos membros superiores, mãos e braços, geralmente iniciando-se de um lado. Esses membros tendem a ficar mais finos devido à perda progressiva da massa muscular. Na progressão da doença, há o surgimento de cãibras, reflexos involuntários e rigidez muscular. Nos estágios mais avançados há alteração de fala, diminuição de volume da voz, tosse por facilidade em engasgar com os alimentos. A fase final da doença é caracterizada por imobilidade, disfagia, insuficiência respiratória e, muitas vezes, comunicação restrita a um código obtido com comunicação dos olhos. A partir do diagnóstico, na forma clássica, o óbito se dá em torno de três anos por insuficiência na musculatura respiratória. A ELA não afeta a capacidade de raciocínio, pois os neurônios atingidos são os motores e o paciente

mantém-se consciente até o fim. Apesar de não haver cura da ELA até o momento, pode-se melhorar a sobrevida e a qualidade de vida, com medicações e a intervenção da equipe multidisciplinar, composta por médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, etc. (ABRELA 2007).

Viver essa enfermidade é gerador de grande sofrimento psíquico não só para os pacientes, mas também para seus respectivos cuidadores, familiares e profissionais de saúde que lidam com a ELA. Essa constatação é relatada pelos alunos na apresentação e discussão semanal da visita feita por eles nos encontros com os coordenadores e demais alunos.

Apresentamos o relato de uma dupla de alunos em seus primeiros atendimentos a um paciente com 38 anos de idade, que trabalhava, era casado e ao ser diagnosticado com a doença separou-se e foi morar na casa dos pais.

"Um sujeito que perde os movimentos do corpo de tempos em tempos, perda que se acumula, que se soma e que leva a cada dia se aproximar mais da total imobilidade. Sujeito que construiu uma vida prezando sua independência em relação à família, que fez da obtenção dessa independência um motivo de vida. Sujeito que se construiu na dedicação ao trabalho, na busca de novos e constantes desafios, que fez seus lazeres com provações do seu corpo físico a desafios de limites.

Sujeito do controle, de si e dos outros em torno de si. Esse sujeito acometido por uma doença paralisante, literalmente paralisante, que o leva a ter de contar com o corpo de outro como extensão de seu próprio corpo. Esse sujeito que enfrenta, por exemplo, toda vez que vai " fazer xixi" e tem que chamar alguém para que isso possa ocorrer, a diferença entre ele e outro, enfrentar esse outro que é outro. Logo esse sujeito que controla, que preza por sua independência, fica à mercê desse outro".

Esse paciente que atendemos há mais de um ano, que enfrentou ter que colocar uma sonda gástrica, que teve que comprar uma cadeira de rodas por não poder mais andar sozinho, que teve que voltar para a casa dos pais, que teve que se submeter aos totais cuidados de sua mãe, que diz ser controladora e teimosa, mostrou o quanto está sofrendo por se deparar, a cada dia, com suas limitações e dependências das pessoas que o cercam.

Nesse relato fica evidenciado o quanto é difícil lidar com essa doença, ainda mais se tratando de um caso diferenciado por ser o paciente muito jovem, bem como a dupla de alunos também é formada por dois jovens deparando-se com questões existenciais e de intenso sofrimento para ambos.

Botega (1996) coloca que o surgimento de uma doença, seja ela aguda ou crônica, transforma-se num fator de ruptura no que diz respeito à integridade psicossocial do indivíduo, na medida em que este se sente impedido e limitado para dar prosseguimento à sua vida, deixando de ser dono de si próprio, tornando-se escravo de suas limitações, do seu corpo e de seu tempo. A doença sinaliza a mortalidade do ser humano, a finitude do corpo e a percepção de não ter mais controle do físico e da vida. O processo do adoecer, de perdas físicas, sociais e psicológicas é gerador de grande sofrimento psíquico.

Em nossa experiência clínica observamos que no decorrer dos encontros realizados, a doença passa a ter um papel secundário, pois o que acaba surgindo é o drama humano de cada um.

A doença e o processo do adoecer carregam em si um significado próprio para cada indivíduo, ou seja, a forma como cada pessoa adoece está diretamente relacionada ao modo como organizou seu curso de vida, levando-se em consideração aspectos de ordem biológica, psicológica, social e cultural presentes no seu viver; diferenças genéticas de cada indivíduo; interações entre fatores genéticos e ambientais; características de personalidade; relacionamentos afetivos e vínculos familiares entre outros fatores. (Zimerman, 2000).

O relato que se segue exemplifica as questões relacionadas às vivências mais profundas em que a doença passa a ser "a porta de entrada" nos encontros realizados:

> *"...como estava chovendo muito cheguei à casa de Pedro (nome fictício) com parte da calça, com o tênis e a meia molhados. Pedro me emprestou uma calça e meia e sua mãe, secou na secadora minha calça. Depois desse início um tanto conturbado começamos a conversar. Ele falou bastante de sua infância, das artes que fazia com o irmão. Também falou bastante dos ataques que seu irmão lhe deferia e o quanto isso o incomodava. Até que com uns 17 anos ficou mais forte que o irmão e acabou esse apanhar. Contou da vez que ele e o irmão fugiram de noite para irem num escritório que tinha perto de sua casa ver um computador super moderno para a época. O segurança da rua que os conhecia foi contar para seus pais e quando estava no escritório tentando entrar, seu pai chegou. Conta que esse dia apanharam de seu pai. Pedro comentou também que sua mãe era a*

que mais batia nele, mas que por estar muito acostumado a apanhar várias vezes do irmão, apanhava rindo. De todos os atendimentos feitos com Pedro, penso que esse foi o que ele mais falou sobre sua infância. Não quanto a conteúdo, mas quanto à forma que contou sobre fatos de sua vida, de forma muito envolvida e bastante emocionada, diferente daquela forma de contar que mais parecia um contar uma história sobre si. Pedro também comentou da relação que tem hoje com sua mãe, fato que até a trouxe para uma sessão há uns meses atrás. Perguntei como andava agora a relação dele com a mãe, me disse que está melhor de lidar, que agora, quando não concorda com o que ela fala ou sugere fazer, ele reclama ou ignora. Percebi que isso é algo que o ainda o incomoda bastante de forma que falaremos muito sobre isso. Nos despedimos e marquei o dia que voltarei a atendê-lo.''

Outro relato de alunos que atendem um paciente de 73 anos com a doença mais avançada e que através dos atendimentos estabeleceram um bom vínculo, o que possibilitou compartilhar a dor e o sofrimento do grupo familiar através da escuta e do acolhimento.

"Depois de alguns minutos de conversa o enfermeiro veio buscar o Sr. Cesar na sala. Assistimos o enfermeiro retirar Sr. Cesar da poltrona e colocá-lo na cadeira de rodas. D. Vera, sua esposa, ficou comovida com este fato e começou a falar o quanto era difícil ver o marido nesta situação. Disse que ele não merecia passar por aquilo, que sentia revolta, mas que "Deus sabe o que faz". D. Vera parece sentir raiva, mas entende isso como um pecado e em seguida contradiz o que falou anteriormente. Ficamos ainda falando um pouco sobre essa tristeza com ela, e também sobre a tristeza do Sr. Cesar. D. Vera diz que muitas vezes o vê chorando silenciosamente, concordamos com ela, porque algumas vezes também vemos Sr. Cesar com lágrimas nos olhos, como naquele mesmo dia. Conversamos também a respeito da visita do príncipe do Japão ao Brasil e D. Vera se mostrou bastante interessada em saber, pois lhe fazia muitas perguntas a respeito".

Outro exemplo do desenvolvimento da escuta e do olhar dos alunos que permitiu captarem e compreender o sofrimento da paciente que percebia muito além da sua própria fala.

"Apesar da paciente relatar que tem se sentido muito bem nos últimos dias, em sua fala as tutoras notaram um ar melancólico e nostálgico, principalmente quando ela comenta que "a

vida é assim e que temos que aceitar o que Deus manda"; quando disse que tem 77 anos e já viveu bastante e quando comenta a respeito da cunhada que, apesar de ser mais nova, está morrendo. Neste caso, a religião parece servir como um ponto de apoio fundamental com o qual a paciente lida com as dificuldades de sua vida, seja para aceitar sua doença, seja para lidar com a morte anunciada de sua cunhada que parece ser alguém bastante importante em sua história de vida".

Na V Jornada APOIAR (Tardivo, 2007) escrevemos sobre "Uma trajetória de crescimento – Projeto Tutor" em que um aluno participante do projeto fez o seguinte relato relato:

"Já estou atendendo um paciente, e não poderia simplesmente deixá-lo por questões particulares minhas com o projeto. Mais que uma questão de ética, é uma questão de postura frente ao ser humano e frente à própria atuação em Psicologia. Por que digo postura e não ética? Pois a ética quase sempre passa uma imagem de regras, já uma postura, demonstra um modo de ser, o que é mais profundo e forte. Assim, adotando uma postura voltada para o paciente, segundo uma Psicologia crítica e capaz de melhorar a qualidade de vida das pessoas, continuo no projeto, orgulhoso de poder participar desses atendimentos e experiências, acreditando na construção de uma Psicologia voltada para a promoção da saúde e qualidade de vida."

Com a exposição desses relatos tivemos a intenção de refletir nosso percurso através dos atendimentos realizados pelos alunos como forma não só de revelar o quanto eles amadureceram durante o processo enquanto futuros psicólogos, como também em agradecê-los pela disponibilidade de continuarem no Projeto Tutor, trajetória árdua, mas humanizante, durante esses cinco anos consecutivos de sua existência. A maioria dos que participaram, e participam do Projeto Tutor revelaram uma imensa disponibilidade em lidar com o sofrimento humano e, certamente, essa experiência irá acompanhá-los por toda vida profissional.

REFERÊNCIAS

ABRELA - Associação Brasileira de Esclerose Lateral Amiotrófica. Manual de Atualização, informação e documentação: referência – elaboração. São Paulo, 2007

BODEGA ,N.J. Psicologia Médica,Balint, Monitor Psiquiátrico. v.2p.1-2,1996

TARDIVO,L.S.P.C E COLABORADORES: Anais da V Jornada APOIAR:Saúde Mental noa Ciclos da Vida.Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social ,São Paulo,2007.

STEINER, A.L.F. et al. *ABRELA E APOIAR – Relato de Experiências.* In: Tardivo; L.S..P.C; Gil; C. A. et al. Anais da III Jornada Apoiar: Atendimentos Clínicos Diferenciados e Inclusão: O Papel da Psicologia Clínica Social. Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

ZIMERMAN, D.E. – Velhice: Aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

PSICOTERAPIA BREVE DE IDOSO: UM TRABALHO COM PACIENTE COM DOENÇA RENAL

José Israel G. Rodrigues

Lídia Rodrigues Schwarz

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

RESUMO

O crescimento da população idosa brasileira tem sido acelerado nas últimas décadas e causado aumento da sua demanda pelos bens e serviços, públicos e privados, inclusive na área da saúde mental. Os idosos com menor poder aquisitivo têm procurado mais pela assistência psicológica oferecida institucionalmente. O Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social, APOIAR, do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, oferece em seu Grupo de Idosos, atendimento com Psicoterapia Breve para idosos. Este artigo baseia-se no trabalho psicoterápico realizado no APOIAR com uma senhora com 69 anos de idade, de origem nipônica, acometida por insuficiência renal acentuada e crônica, compensada por hemodiálise. Foram realizadas seis entrevistas diagnósticas em que se concluiu que a paciente apresentava-se com humor depressivo crônico, resistência ao tratamento renal (hemodiálise) a que se submetia há dois anos, e relacionamento familiar difícil. A Psicoterapia Breve teve por foco o fortalecimento da auto-estima da paciente. Foram realizadas doze sessões de atendimento individual. A psicoterapia foi mediada pela aplicação do Questionário Desiderativo, de Bernstein. Ao término do atendimento a paciente relatou melhor relacionamento com os familiares e se mostrou resignada à continuidade da hemodiálise em prazo indeterminado, enquanto se mantinha na expectativa de que um transplante de rim lhe fosse autorizado.

Palavras-chave: Idoso, Atendimento institucional, Saúde Mental, Psicoterapia Breve, Questionário Desiderativo de Bernstein

O envelhecimento humano ganhou importância em vários países, na segunda metade do Século XX, com a percepção do crescimento populacional do idoso.

Esse crescimento populacional revela-se no número absoluto de idosos e no aumento da sua proporção na população total, caracterizando assim um envelhecimento populacional (UCHÔA & COSTA, 1999, apud SCHWARZ e TARDIVO, 2007).

Os brasileiros com idade igual ou superior a 65 anos são considerados idosos e seu contingente apresentou um crescimento de 2,8% em sua participação na população em 1960. Esse percentual foi de 3,1% em 1970; de 4,0% em 1980; de 4,8% em 1991 e de 5,1% em 2000. As projeções divulgadas pela Organização Mundial de Saúde – OMS (2005) indicam que a população idosa brasileira deverá levar o Brasil à sexta posição mundial com maior contingente de idosos até 2025. (SCHWARZ e TARDIVO, 2007).

O envelhecimento populacional evidencia a importância da adoção de medidas preventivas para se evitar um crescimento proporcional da população de idosos doentes e o custo correspondente de atendimentos médicos (JACOB-FILHO, 1998, apud BERTOLINI, 2001).

Psicanálise e Psicoterapia Breve

A psicanálise fundamenta-se na existência de um "inconsciente dinâmico" (FREUD, 1923), em que existem fatos psíquicos não percebidos pela consciência, com o potencial de interferir no desenvolvimento do indivíduo e nos seus comportamentos, desde a primeira infância até a idade adulta.

Mas o tratamento psicanalítico do idoso era considerado inadequado para Freud (1905/1972, p. 274),

> A idade dos pacientes tem assim grande importância no determinar sua adequacidade ao tratamento psicanalítico, que, por outro lado, perto ou acima dos cinqüenta a elasticidade dos processos mentais, dos quais depende o tratamento, via de regra se acha ausente – pessoas idosas não são mais educáveis –

Contrariamente a esse ponto de vista, opina Abraham (1927/1970, apud GIL, 2005) ao escrever sobre a psicanálise para idoso. Para ele, a probabilidade de sucesso ou de insucesso no tratamento psicanalítico estava mais relacionado ao tempo de constituição da neurose do que ao

tempo de vida do paciente.

Mais recentemente Bianchi (1993, apud BERTOLINI, 2001, p. 106), estudioso do envelhecimento humano afirma

> [...] não se deve perder de vista, que na sua totalidade, o aparelho psíquico é instrumento de criação de sentido e que, embora o peso do passado da infância na determinação das relações seja muito grande, é possível que capacidades criativas possam ser reveladas tardiamente, tanto quanto ser mantidas ou perdidas.

Segundo Simon (2000), a prática da psicanálise nas últimas décadas tornou-se sensível a fatores diversos, como as vicissitudes da economia, crescimento urbano e demográfico, e congestionamento do tráfego nas grandes cidades, que impuseram uma revisão de sua técnica, obrigando à redução do número de sessões e do seu custo.

As psicoterapias breves têm como referência a psicoterapia psicanalítica (modalidade terapêutica da psicanálise) geralmente com duração longa (ou não limitada), mas dela se diferenciam sob diversos aspectos teóricos e técnicos, caracterizando-se, porém todas elas pela adoção de um número reduzido ou pré-determinado de sessões em dado intervalo de tempo, o que a torna mais acessível a maior número de pacientes, especialmente àqueles com menor poder econômico.

Segundo Safra (2000), a psicoterapia breve passou a ser utilizada com maior freqüência pelos que visavam à prevenção e ao atendimento de clientes em instituições na década de 30 do Século XX, nos Estados Unidos da América. Desde então a eficácia da psicoterapia breve tem sido objeto de estudos e pesquisas, sob diversas perspectivas teóricas, os quais validam a sua utilização dentro do enquadre teórico desses trabalhos.

No entanto, Safra (2000, pp. 135/136) considera

> complicado definir uma modalidade de trabalho clínico tendo-se como referência um conjunto de procedimentos técnicos, advindos de um procedimento clínico tido como ideal. Acredito ser importante nos debruçarmos sobre a especificidade do encontro humano e sobre o que é demandado em situações em que uma ajuda especializada é buscada. [...]. Compreendi ao longo dos anos como o ser humano, independentemente de

> sua idade, busca no outro a formulação, a função que necessita para elaborar o enigma existencial que o toma. [...] Nessas situações, procurava compreender o impasse existencial em que se encontravam, e a partir desse aspecto fazia a intervenção necessária: uma história, uma colocação franca, uma interpretação, uma sugestão de leitura etc... A necessidade determina a intervenção.

Questionário Desiderativo de Berstein

O Questionário Desiderativo de Berstein (QDB) é uma adaptação do Teste Desiderativo de Pigem e Córdoba (1946) realizada por Jaime Berstein em 1956, fundamentada numa técnica projetiva verbal e tem por finalidade a investigação de conteúdos emocionais. O QDB leva o examinando a escolher imaginariamente ser algo diferente de uma pessoa, mediante a mobilização de suas fantasias desiderativas (CABRERA, 1999).

As instruções do QDB solicitam ao sujeito responder a um determinado número de questões que obedecem a padronizações previstas. As respostas devem ser referenciadas a cada um dos reinos animal, vegetal e de objeto (inanimado) e podem ser resumidas assim:

1+ ”Se você não pudesse ser uma pessoa, o que mais gostaria de ser?” e “Por que você gostaria de ser (o que foi respondido em 1+)?”.

1- “Se você não pudesse ser uma pessoa, o que não gostaria de ser?” e “Por que você não gostaria de ser (o que foi respondido em 1-)?”

A utilização do QDB no caso clínico de Psicoterapia Breve, comentada neste artigo, teve por objetivo motivar na paciente em atendimento a expressão de fantasias desiderativas (desejos ou rejeições), nas suas respostas ao questionário, que pudessem ser utilizadas pelo psicólogo como instrumento para a superação de resistência ao tratamento, apresentada pela paciente.

Caso Clínico – Dados obtidos nas entrevistas

A paciente Maria (nome fictício), com 69 anos de idade, brasileira, filha de imigrantes japoneses, foi acolhida no APOIAR em 2007, para avaliação e acompanhamento, por solicitação médica, devido a comportamento histriônico (expressão de forma exagerada e dramática de sentimentos) apresentado em sessão de hemodiálise. A paciente apresenta grave insuficiência renal há dois anos, compensada por hemodiálise três vezes por semana em sessão de três horas. O

comportamento manifestou-se em face de iminência de ampliação da duração da sessão de hemodiálise (para quatro horas). Como alternativa, fixou-se a duração atual de três horas e meia por sessão e rigoroso regime alimentar.

À insuficiência renal acrescentam-se extensa e incorrigível deficiência visual, afecções no estômago e no fígado e labirintite. Algumas dessas debilidades resultaram de diabetes contraída em gestação, há trinta anos. A paciente anda com dificuldade, apoiando-se em bengala e sente dores quando tem de permanecer sentada, devido a traumatismo crônico na coluna vertebral. Os vasos sangüíneos periféricos dos braços apresentam deformações e estão permanentemente doloridos em decorrência do processo de hemodiálise. Esse conjunto de debilidades físicas incomoda a paciente há mais de dois anos, provocando nela uma condição física geral debilitada.

Adicionalmente a paciente relatou dificuldade crônica de relacionamento com o esposo, de mesma idade e origem, aposentado, mas ativo profissionalmente. Essa dificuldade ampliou-se com o agravamento da saúde dela. Ao esposo é atribuído um comportamento de retraimento psicológico generalizado e frieza emocional com a paciente. O casal tem uma filha com 30 anos de idade, solteira, que reside com eles e assiste a paciente. A filha é graduada em Química, mas trabalha em outra área, em função terceirizada, com baixo nível de remuneração. A mãe culpa-se pelas dificuldades pessoais enfrentadas pela filha. O esposo assume financeiramente as despesas domésticas, mas deixa a administração do lar sob responsabilidade da paciente e da filha. A paciente recebe aposentadoria modesta, com a qual assume suas despesas pessoais.

Concluídas as entrevistas, verificou-se que Maria efetivamente apresentava-se com humor depressivo, grande labilidade emocional, resistência ao tratamento renal (hemodiálise) a que se submetia há dois anos, e relacionamento familiar difícil. Acertou-se em seguida a realização de uma psicoterapia breve a ser realizada em 12 (doze) sessões, em que o foco, sugerido à paciente e por ela aceito, seria o fortalecimento de sua auto-estima.

Caso Clínico – Resumo parcial de sessões

Maria relatou nas cinco primeiras sessões um histórico de relações pessoais atuais aflitivas, algumas delas já descritas nas entrevistas, ampliando-o com a inclusão de ocorrências traumáticas vivenciadas em anos anteriores com o esposo e com a filha, bem como de algumas reminiscências resgatadas desde sua infância. Tal relato permitiu a Maria expressar novamente determinados sentimentos de alegria, ou de tristeza, e nestes lacrimejou. Também relatou sentimentos de contrariedade e raiva no relacionamento com esses familiares imediatos, há vários anos, embora tais

relatos não se evidenciassem como ressentimentos muito intensos nas sessões (às vezes, a paciente sorria de si mesma). Quando o psicoterapeuta destacava a contenção emocional que tinha havido ou estava ocorrendo, a paciente reportava-se à educação rigorosa recebida de seu pai. A paciente apresentou relatos repetidos nessas sessões, os quais geralmente eram desprovidos de uma emotividade correspondente. Às vezes permanecia silenciosa e sisuda por vários minutos. Ao ser informada que aparentemente estava tendo dificuldade para trazer material novo para a sessão, a paciente sorria timidamente e dizia não ter muito o que falar. Nessas circunstâncias, o psicoterapeuta fazia perguntas relativas à atividade diária da paciente com o objetivo de eliciar nela a expressão de sentimentos. Às vezes, tal questionamento estimulava a paciente a um longo desabafo, às vezes, ela emitia respostas breves e voltava a ficar em silêncio.

Esses comportamentos de resistência foram comentados em reunião supervisionada no Grupo de Idosos, na qual ficou estabelecida a conveniência de aplicação de um instrumento psicológico projetivo que motivasse a paciente à manifestação das suas fantasias e sentimentos. Considerada a incapacidade visual da paciente, o psicoterapeuta optou pelo Questionário Desiderativo de Bernstein (QDB), cuja aplicação é verbal (questões e respostas). Em comum acordo com a paciente, após a descrição do QDB e explicação da sua utilização na psicoterapia, ficou acertada sua aplicação na sessão seguinte (6ª sessão).

Resumo de sessão em que houve mediação de resposta obtida no QDB

Maria mostrou-se, na sexta sessão, preocupada com o comportamento de sua empregada doméstica em relação aos próprios filhos. A paciente já criticara esse comportamento em sessão anterior, considerando-o irresponsável. Lamentou em seguida ter apenas uma filha. Ela queria ter mais um filho, mas a concepção não ocorrera. A paciente voltou a referir-se aos filhos da doméstica, repetindo-se e desviando o relato de suas questões próprias. O psicoterapeuta recorreu então às respostas obtidas no QDB, visando estimular a paciente a associá-las a sua própria vida, sempre tendo em vista o fortalecimento da auto-estima, como foco do tratamento.

Conclusão

A aplicação do Questionário Desiderativo de Bernstein (QDB) na sexta sessão de uma Psicoterapia Breve motivou a paciente à expressão de suas fantasias desiderativas. Ao recordar parcialmente essas fantasias na sessão seguinte a paciente expressou também sentimentos associados a sua vida. Assim, a mediação do QDB nas sessões de Psicoterapia Breve, objeto deste caso clínico,

mostrou-se eficaz na superação de resistência ao tratamento, caracterizada pela repetição freqüente de relatos efetuados em sessões anteriores. Na última sessão, a paciente mostrou-se com aspecto sereno e disposta à continuidade do procedimento de hemodiálise, conformando-se a recusa dos médicos em não lhe autorizarem a realização de um transplante de rim, enquanto as condições de saúde dela não suportarem esse tipo de cirurgia. A paciente também relatou mais facilidade na expressão de suas emoções no relacionamento com a filha e com o esposo. Tais dados sugerem que os objetivos da Psicoterapia Breve foram atingidos no tratamento de paciente idoso, com saúde debilitada cronicamente. Três meses após a conclusão da psicoterapia, constatou-se que a paciente ainda estava submetida à hemodiálise e mantinha suas condições psíquicas estabilizadas satisfatoriamente.

Referências bibliográficas

BERTOLINI, L. B. DE A., Relações entre condições emocionais e qualidade de vida do idoso. In *Mudanças – Psicoterapia e Estudos Psicossociais*, v. 9, p. 86-135, jul / dez. 2001.

CABRERA, A. M. Q*uestionário Desiderativo.* Adaptação brasileira Ana Maria Cabrera. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

FREUD, S. *Sobre a Psicoterapia.* Edição Standard Brasileira. v. VII, Rio de Janeiro: Imago, 1905/1969.

FREUD, S. *O Ego e o Id.* Edição Standard Brasileira. v. XIX, Rio de Janeiro: Imago, 1923/1969.

GIL, C. A. *Envelhecimento e depressão: da perspectiva psicodiagnóstica ao encontro terapêutico.* Dissertação de mestrado apresentada no IPUSP, 2005.

OCAMPO, M. L. S.; ARZENO, M. E. G. *O Processo Pscodiagnóstico e as Técnicas Projetivas.* São Paulo: Martins Fontes, 1981.

SCHUST, M. C.; GRASSANO, E. Índices diagnósticos e prognósticos no Teste Desiderativo a partir do estudo das defesas. In Ocampo, M. L. S.; Garcia Arzeno, M. E., *O Processo Pscodiagnóstico e as Técnicas Projetivas.* São Paulo: Martins Fontes, 1981.

SCHWARZ, L. R. e TARDIVO, L. S. P. L. C. *Psicoterapia Breve de idosos: A importância do diagnóstico na delimitação do foco*. In: *V Jornada APOIAR: SAÚDE MENTAL NOS CICLOS DA*

VIDA, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo: 2007.

SAFRA, G. Psicoterapia Breve: uma reflexão. In: *Psichê – Revista de Psicanálise,* Ano IV, n. 5, p. 133/139, 2000.

SIMON, R. *Psicoterapia Psicanalítica ou Psicoterapia Breve?* In: *4º Encontro do Curso de Especialização em Psicoterapia Psicanalítica.* Universidade de São Paulo, 2000.

MEIA-IDADE: CAMPO DE ESTUDO PSICOLÓGICO

Taís Stela Pozzo
Márcia Aparecida Isaco de Souza
Leila Salomão de la Plata. Cury Tardivo

RESUMO

A compreensão de meia-idade não é um consenso na área científica, tende-se adotar uma concepção biopsicossocial para abranger as vicissitudes inerentes à questão. A conceituação compreende várias terminologias, destacando-se: maturidade, meia-idade e passagem do meio. A concepção de curso de vida é empregada ao entendimento desta temática. Levam-se em conta as mudanças que a meia-idade pode acarretar ao psiquismo, concomitantemente às questões sócio-culturais em que o indivíduo está inserido. Portanto, fatores psicológicos; aspectos biológicos, inclusive o confronto com o próprio envelhecimento; bem como o novo posicionamento frente à família e sociedade; coloca o indivíduo num paradoxo, que pode acarretar uma espécie de "crise", no caso a chamada "crise de meia-idade", que pode ser sentida como árdua, devido a revisão e resignificação de todos os fatores envolvidos, mas que, também, pode passar a ser uma oportunidade para o crescimento pessoal e amadurecimento. Desta maneira, o desenvolvimento da ciência psicológica, como o de outras áreas do Saber, torna-se não só necessário, mas fundamental para a compreensão de indivíduo, uma vez que a meia-idade, se firma como intrínseca à vida humana.

Palavras-chave: meia-idade; desenvolvimento humano; envelhecimento; maturidade.

INTRODUÇÃO

A transição entre o ápice da fase adulta e a entrada na terceira idade nos faz pensar na concepção de meia-idade. No entanto, seria um tanto simplório desconsiderarmos os aspectos inerentes a este período, reduzindo-o como apenas uma fase transitória do ponto de vista cronológico.

Numa perspectiva mais complexa, se deve levar em conta a compreensão biopsicossocial da meia-idade, considerando as vicissitudes e a dinâmica dos aspectos envolvidos.

A compreensão de meia-idade não é um consenso na área científica. Observa-se uma dissonância desde o nome empregado para sua conceituação, até mesmo sua abrangência em si.

Aspectos de cunho biológico têm como premissa o envelhecimento do corpo rumo à mortalidade, no entanto a meia-idade feminina é especialmente co-relacionada à chamada menopausa, o que seria mais correto pelos parâmetros da medicina como sendo período de climatério.

Verificam-se dados relativos às questões sócio-culturais da meia-idade, como sendo uma fase de reorganização da vida profissional e produtiva, bem como do reposicionamento de seu papel social e familiar.

Já os aspectos psicológicos, na meia-idade, são aqueles que se depara com uma grande mudança, caracterizada pela revisão da: identidade, sexualidade, desejo, identificação e resignificação das projeções, dentre outros processos e funcionamentos psíquicos, aqui embasados nos preceitos da corrente psicodinâmica.

Diante disto, o objetivo do presente é discutir a importância da perspectiva multifatorial no estudo da meia-idade tanto pela Psicologia quanto pelas áreas afins.

Conceituação e definição

O conceito e, conseqüentemente, a definição de meia-idade é relativo no meio-científico. O enfoque percorre desde uma percepção biológica até a psicológica. Alguns autores tendem a dar ênfase ao desenvolvimento humano, em contrapartida há aqueles que defendem a dialética entre os diversos aspectos envolvidos, na tentativa de neutralizar, sem que um dado se sobreponha a outro.

Marraccini (1999) considera que a meia-idade é a ocasião em que se dá o "balanço existencial", integrando passado, presente e futuro, mas principalmente uma oportunidade de mudança.

A nomenclatura de "passagem do meio" é adotada por Hollis (1995) como a definição mais adequada. Considera esta questão, fundamentalmente, com base na psicanálise, como uma experiência psicológica, do que um evento cronológico,

Já Fiske (1981) menciona "maturidade", embora reconheça, também, o termo meia-idade. No entanto, comenta, que maturidade, caso venha a ser efetivamente definida, será uma espécie de 'média' da capacidade que o indivíduo de meia-idade dispõe para pensar, fazer e sentir, que ao ser consideravelmente aumentada produzirá uma sensação de "consciência aumentada".

A mesma autora ressalva que estudos de Erick Erikson, na década de 50, já descreviam estádios do desenvolvimento da vida adulta, que foram apresentados em sua obra: *Infância e Sociedade*. Todavia, estes estádios não eram dimensionados à questão de uma idade definitiva, mas sim numa co-relação entre auto-avaliação e mudança no modo de pensar e se comportar, e nesta dicotomia, origina-se o que se pode chamar de "crise"; sendo este conceito: a abertura, a oportunidade para o verdadeiro potencial de crescimento, como descrito por Roger Gould, também, aludido por Fiske, ao falar da "crise de meia-idade".

Hollis (1995) afirma que crise da meia-idade, como 'passagem do meio', é caracterizada pela redefinição e reorientação da personalidade, num rito de passagem entre a adolescência prolongada da primeira fase adulta até a velhice e, por fim a mortalidade.

Marraccini (1999) comenta as idéias do psicanalista E. Jaques, desenvolvidas no início da década de 90, na qual aponta a necessidade da condição criativa do indivíduo para o enfrentamento da 'crise da meia-idade', uma vez que este se depara com o envelhecimento e, assim, com novas conjunturas externas, envolvidas num paradoxo eminente, ou seja, a constituição psicológica de maturidade e independência, deixando para traz a jovialidade e a infância, dando ingresso à plenitude da fase adulta que se confronta com a percepção da realidade, uma vez que se depara com a noção da própria morte.

No entanto, nota-se uma tendência à concepção do tema sob a luz do conceito de "curso de vida", pois, segundo Bassit e Witter (2006), levando-se em conta este parâmetro, ao estudarem o envelhecimento, concluem que o curso de vida tem como característica o conceito heurístico, que abrange uma gama de fenômenos, incluindo o psicológico, biológico, histórico e social, além das questões da diversidade e heterogeneidade.

Contudo, deve-se levar em conta que meia-idade, transpõe a uma questão puramente conceitual, já que há tantos fatores co-relacionados com a temática, que nos faz pensar numa questão fundamentalmente empírica, que coloca o indivíduo num novo lugar de sua própria existência.

Meia-idade: um novo lugar.

Independente da concepção em si, parece haver uma unanimidade quanto às intercorrências, mudanças e reposicionamentos que a meia-idade desencadeia àquele que a vivencia.

Conforme Carmo (1989), embora recente o estudo psicológico do desenvolvimento humano, ou seja, desde a concepção à morte, correlacionando aspectos biológicos e sociais, assim como referenciais históricos e culturais, fazem com que a área psicológica venha a se dedicar na compreensão das mudanças evolutivas ao longo da vida.

Ao entendermos que o curso de vida, não só considera um passar subseqüente entre fases do desenvolvimento, mas sim como o entendimento da dinâmica de sua totalidade. Podemos pensar em envelhecimento como sendo um fenômeno à condição humana, uma vez que a partir do nascimento até nos depararmos com a morte física, estamos num constante envelhecer.

Moreira e Nogueira (2007) destacam que a meia-idade ou maturidade é vivenciada como uma etapa da vida, em que a sensação que se tem é de transição, essencialmente caracterizado por um paradoxo, uma vez que: não se tem a vitalidade do corpo jovial, embora, não se tenha a percepção das limitações físicas do idoso; ainda não se é velho, porém, a juventude é sentida como algo passado. As autoras complementam:

> "Nessa fase do ciclo vital, ocorre o despertar para o envelhecimento e os sujeitos vivenciam transformações de ordem física, psicológica e social que trazem uma diversidade de descobertas, novos conflitos existenciais, novas responsabilidades, novos cuidados e novos desafios impostos pela necessidade de se adaptar a tantas mudanças e se preparar para um futuro desconhecido."

Ainda nesta visão, Jorge (2005) ressalta que as "teorias contemporâneas, que visam à compreensão do processo de vida do indivíduo ao longo de sua biografia entendem esse trajeto de vida como resultado de progressões e regressões, de perdas e ganhos, de continuidades e rupturas". E, complementa citando Messy (1993), que traz à tona as perdas das referências identificatórias, assim como da juventude, da beleza física e da saúde do ponto de vista orgânico; assim, a maneira de lidar com o envelhecimento dependem não só dos recursos internos, mas, também, de fatores da vida social, econômica e cultural que o indivíduo pode introjetar.

A desorientação da crise da meia-idade desencadearia, de acordo com Leão e Giglio (2002), na "dissolução de projeções de conteúdos inconscientes e na insatisfação com a maneira como a pessoa está utilizando sua energia vital".

Na literatura específica, denota-se um maior número de estudos que contemplam a meia-idade da mulher, em comparação com os estudos dedicados exclusivamente aos homens, talvez por uma maior evidência nas transformações da noção de mulher.

Como cita Carvalho e Coelho (2006), muitos são os desafios de mulheres no período da maturidade, na qual destacam alguns fatores: o cuidado ou perda dos pais; divórcio ou viuvez; trabalho / aposentadoria, com uma possível dependência financeira ou assumem a responsabilidade por outros; crescimento dos filhos, conseqüentemente, a saída destes da cena do convívio família. Discorrem, também, sobre as perdas reais e simbólicas das mulheres que se deparam com a o término da capacidade reprodutiva, decorrentes do climatério, que tendem a se situar em duas condições socialmente contraditórias, sendo a juventude e a velhice, que trazem consigo toda uma significação de que a jovem é valorizada, enquanto a mulher madura é desmerecida.

Além destas questões, podemos pensar num contexto contemporâneo, de que a cobrança social pela preservação e valorização da beleza física, faz com que esta mulher busque a utopia da jovialidade, numa obsessão com o corpo e imagem.

Este aspecto pode ser avaliado a partir de um estudo feito por Carmo (1989) e outro por Moreira e Nogueira (2007). No primeiro, a autora destaca que mulheres de meia-idade mostravam-se satisfeitas com o próprio corpo; o que contradiz o segundo estudo uma vez que os indivíduos de meia-idade, especialmente mulheres têm sido o alvo preferencial da indústria da beleza e são as grandes consumidoras, num interesse demasiado pelo belo, novo e produtivo.

Assim podemos, considerar que a influência e os imperativos sociais estão nitidamente contribuindo para um novo reposicionamento da mulher, frente ao seu envelhecimento.

Outro elemento, que podemos pressupor como, suscetível à condição do indivíduo na meia-idade, é a reorganização da maternidade ou paternidade, uma vez que é sabido que, na pós-modernidade, a instituição familiar no tocante de seu modelo ou padrão, vem sofrendo consideráveis transformações, especialmente pelo novo papel social da mulher.

O contexto social, que por sua vez tem uma mobilidade diante das transformações histórico-culturais, contribui para a constituição do indivíduo, que fruto deste, também, intervém diretamente na sociedade como um todo, numa dualidade dinâmica.

Diante desta visão, a idéia de meia-idade, deve ser levada em conta, englobando os processos que deste contexto social emergem. Assim, com as transformações do século XX, o desenvolvimento da própria ciência, a abertura da política e econômica propiciada pela própria globalização, assim como a diversidade sexual, cultural, além dos avanços tecnológicos. Todos estes fatores, de alguma maneira contribuem para uma nova concepção de indivíduo, portanto, de suas diferentes fases, inclusive da meia-idade.

Conforme citação de Jorge (2005) foi nas décadas de 60 e 70, que mudanças no ocidente, englobando a sociedade brasileira, se solidificaram, com destaque para: o movimento feminista, revolução sexual e novos padrões de costumes.

Agrega-se, também, a possibilidade da mulher ingressar no mercado de trabalho, de maneira mais tangível, o que conseqüentemente a fez se qualificar, portanto a buscar mais conhecimento acadêmico, além do cultural. Por sua vez, com a ausência da figura da mulher diretamente ligada à maternidade, talvez faça com que o homem tenha que se resignificar e conquistar uma nova posição.

Não podemos deixar de lado, uma grande parcela destes indivíduos de meia-idade, que chegam a esta fase, sem ter filhos, por qualquer que seja o motivo. Ou, então, aqueles que têm outra condição sexual, distinta da heterossexualidade.

Se não considerarmos estas conjunturas, desmereceremos um campo de análise considerável, além de estimularmos uma espécie de 'pré-conceito' normativo e impregnado de um prejuízo ético-moral.

Ainda, quanto à sexualidade, outro aspecto, que pode ser inerente a esta fase é um reposicionamento, ou reedição de elementos de seu desenvolvimento sexual, através dos filhos, especialmente do Complexo de Édipo, de acordo com os pressupostos da psicanálise, uma vez que estes começam a enamorar, dando ingresso à figura dos cônjuges, numa configuração triangular, ou seja, pais-filhos-genros.

Jorge (2005) aborda a desigualdade entre os gêneros, que "é revelada se considerarmos diversas situações, entre as quais o relacionamento mãe-filho dentro do erotismo adulto, a consciência precoce da diferença entre mãe e pai, até as imagens globais de homem e mulher (masculino e feminino) construídas em âmbito cultural."

Além disso, a possibilidade de uma nova geração, a prole dos filhos, coloca a mulher de meia-idade numa condição precoce, num status de avó, que talvez não esteja preparada, o que aumenta sua responsabilidade como um todo, como ressalvam Carvalho e Coelho (2006).

Jorge (2005) quanto às relações interpessoais, menciona um novo posicionamento, na qual a tendência é a introspecção [acréscimo à seletividade] de seus laços sociais, os restringindo.

Assim, na reorganização familiar pode haver um estreitamento da afetividade com o parceiro e/ou certo distanciamento dos filhos, o que interfere, também, diretamente na condição psicológica do indivíduo.

São inúmeras as questões que podem ser destacadas acerca da meia-idade, no que tange o psiquismo, já que para pensarmos o homem, devemos nos debruçar numa releitura de boa parte do conhecimento científico produzido, até o momento. Mas, por uma questão de delineamento e restrição, abordam-se alguns outros fatores de cunho psicológico à questão da meia-idade, mas ressalta-se a magnitude do potencial do tema à Ciência.

Assim, como cita Moreira e Nogueira (2007), podemos destacar, que:

> "A experiência de envelhecer suscita medos, temores e receios, os quais se expressam na forma de preocupações e apreensões com o futuro e com a velhice que se aproxima. Emergem o medo da solidão, da morte, de doenças, da dependência física e psíquica, de perder os espaços e papéis conquistados, dos conflitos intergeracionais, da redução do poder aquisitivo e da eventual piora das condições de vida no futuro."

Complemento com a descrição de Brehony (1999, p.11) que elucida outros aspectos de suma importância, de uma maneira ampla, porém sucinta, sendo:

> "A maioria das pessoas sente alguma mudança física, de relacionamento, ou profissional, durante os anos da meia-idade, muitas das vezes sob a forma de um casamento infeliz, de casos amorosos ou de divórcio; ansiedade que pode não ter uma fonte nítida; depressão; insatisfação na carreira ou no trabalho; desilusão; ou desespero. Há quem sinta esses sintomas num nível muito intenso, como uma verdadeira crise da meia-idade; outros evitam uma crise plenamente desenvolvida, mas ainda assim notarão uma diferença sutil de atitudes,

> sentimentos e comportamentos. Muitas pessoas simplesmente se referem a um vazio que é ao mesmo tempo profundo e inexplicável."

Giglio e Leão (2002) citam ao falar de perdas que "se, por um lado, isso nos mostra o esgotamento de uma área de projeção da identidade, por outro, pode ser a possibilidade de renascimento".

A Ciência como um todo, especialmente, a Psicologia deve se ater em acompanhar as tendências e emergências que a própria vida nos apresenta, como a concepção de meia-idade. Além disso, desenvolver uma condição que propicie a qualidade de vida, bem-estar aos indivíduos que nesta fase estejam.

Como cita Teixeira e Neri (2007) um dos fatores que, aparentemente, influenciaram a condição de envelhecer, de forma bem-sucedida abrangem a "percepção de que as crenças pessoais proporcionam significado para a vida e a percepção do status de saúde em diferentes graus".

Para acompanhar, em consonância, a condição individual, o coletivo deve se ater às políticas públicas, que carecem de atenção para propiciar atendimento adequado à meia-idade, bem como a terceira-idade. Já que, conforme Banhato et al. (2008), o Brasil, nas últimas décadas, tem tido transformações demográficas, em que há um aumento do índice de adultos e idosos, estabilidade da população jovem, aumento da expectativa de vida e melhores resultados quanto à diminuição da natalidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A meia-idade se sobrepuja a conceituações, uma vez que se torna inerente à vida, portanto, adquire caráter empírico, ou como considera Neri (2001): "trata-se de um fenômeno universal, um processo de mudanças intrínsecas ao desenvolvimento humano, mas heterogêneo, pois cada pessoa, como ser único, experiencia e desenvolve singularmente seu próprio processo de envelhecimento".

Agrega-se que, as mudanças sócio-culturais, a elevação da expectativa de vida, a expansão e desenvolvimento da Ciência que tem como objeto de estudo o ser humano, incluindo desde áreas médica e genética, como a filosofia e a psicologia, além de outros que aqui não foram contemplados de maneira mais abrangente, por uma limitação ao tema principal, são fatores essenciais a serem analisados, para que o indivíduo e seus fenômenos sejam compreendidos numa nova perspectiva, na qual a meia-idade emerge com urgência para a compreensão de ser humano.

Contextualizando a meia-idade, aprecia-se a idéia de que crise, nem sempre é um momento de perda ou conflito, pode-se a partir do amadurecimento, fazer com que a meia-idade ou a crise, como citado, seja uma revisão ou resignificação, e assim desencadear um novo lugar ao indivíduo, este processo ora pode ser sentido como árduo, mas que num segundo momento, o posicionará numa outra condição, muito mais densa e integrada de seu psiquismo, possibilitando o alcance de certa plenitude, dando um amplo sentido à vida, rumo ao envelhecimento "bem-sucedido" até a mortalidade.

Assim, a psicologia, como Ciência, deve se apreender ao estudo dos fatores inerentes e dinâmicos da meia-idade. E, ainda, estabelecer uma dialética, com outras áreas que contemplem o tema, visando desenvolver e acompanhar as tendências e urgências que a própria vida nos apresenta, como a concepção de meia-idade. Além disso, propiciar a qualidade de vida, bem-estar aos indivíduos que se encontrem neste momento peculiar.

REFERÊNCIAS

BANHATO, E. F. C. *et al*. Aspectos sociais e de saúde de idosos residentes na comunidade de uma cidade brasileira**.** ***Psicol. Am. Lat****.,* v. 12, mar. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X20080 00100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 out. 2008.

BASSIT, A. Z.; WITTER, C. Envelhecimento: objeto de estudo e campo de intervenção. In. WITTER, G. P. (Org.). **Envelhecimento**: referenciais teóricos e pesquisas. Campinas: Alínia, 2006. 300 p.

BREHONY, K. A. **Despertando na meia-idade:** tomando consciência do seu potencial de conhecimento e mudança. São Paulo: Paulus, 1999. 495 p.

CARMO, M. T. B. **Aspectos psicológicos da meia-idade em mulheres universitárias.** 1989. 160 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1989.

CARVALHO, I. S.; COELHO, V. L. D. Mulheres na maturidade e queixa depressiva: compartilhando histórias, revendo desafios. ***Psico USF,*** v. 11, n. 1, jun. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext& pid=S1413-82712006000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 out. 2008.

FISKE, M.. **Meia-idade:** a melhor época da vida? São Paulo: Haper & Row, 1981. 128 p.

LEÃO, M. A. B. G.; GIGLIO, J. S. Psicodinâmica da mulher trabalhadora de meia-idade em fase de pré-aposentadoria. ***Psico USF,*** v. 7, n. 2, dez. 2002. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8271200200020 0007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 set. 2008.

HOLLIS, J. **A passagem do meio:** da miséria ao significado na meia-idade. 2ª ed., São Paulo: Paulus, 1995. 170 p.

JORGE, M. M.. Perdas e ganhos do envelhecimento da mulher. ***Psicol. Rev. Belo Horizonte***. Belo Horizonte, v. 11, n. 17, jun.. 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682005000100004&lng=pt&nrm =iso>. Acesso em: 14 out. 2008.

MARRACCINI, E. M. **Mulher:** significados no meio da vida. 1999. 269 f. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1999.

MESSY, J. A pessoa idosa não existe; uma abordagem psicanalítica da velhice. São Paulo: Aleph, 1993. In: JORGE, M. M.. Perdas e ganhos do envelhecimento da mulher. ***Psicol. Rev. Belo Horizonte***. Belo Horizonte, v. 11, n. 17, jun. 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-1168200500010 0004&lng=pt&nrm =iso>. Acesso em: 14 out. 2008.

MOREIRA, V.; NOGUEIRA, F. N. N. Do indesejável ao inevitável: a experiência vivida do estigma de envelhecer na contemporaneidade. ***Psicol. USP****,* São Paulo, v. 11, n. 19, mar. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script= sci_arttext&pid=S1678-51772008000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 out. 2008.

NERI, A. L. (Org.). **Maturidade e velhice**: trajetórias individuais e sócio-culturais. Campinas: Papirus, 2001. 200 p.

TEIXEIRA, I. N. D'A. O.; NERI, A. L. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. ***Psicol. USP,*** São Paulo, v. 19, n. 1, mar. 2008, Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-5177200800010 0010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 out. 2008.

DÍADE MÃE-FILHO: SOB O OLHAR SISTÊMICO E PSICODINÂMICO

Sonia M.M.O Nukui

Suzi Akemi Ando

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

I. INTRODUÇÃO

A experiência clínica, enquanto psicólogas no atendimento da díade mãe-filho na área de Atendimento Breve Famíliar, no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – Apoiar, proporcionou algumas reflexões que apontaremos no decorrer do artigo.

O atendimento é oferecido às famílias, independentemente da configuração das mesmas. Orienta-se que todos devem participar do processo. Porém, o atendimento poderá ocorrer numa **Situação Estável:** na qual todos os membros pertencentes a um determinado tipo de família participam do início ao fim dos atendimentos, ou numa **Situação Flutuante**: na qual podem ocorrer momentos durante os atendimentos em que um dos membros, pode ser atendido separadamente. O uso de instrumentos pode ser necessário e dependendo do caso, pode-se utilizar o Desenho de Famílias com Estórias - DF-E (TRINCA, 1997).

As sessões são realizadas em co-terapia (dois terapeutas intervêm junto à família), buscando compreender as queixas familiares (conteúdos manifesto e latente). De acordo com a demanda, os terapeutas junto ao grupo planejam a condução dos atendimentos.

A comunicação dos sentimentos e das questões familiares pode ser expressa verbalmente, por escrita ou por atividades lúdicas (desenhos, jogos, etc). Realiza-se feedback ao final do processo e entrevista de *follow up* após três meses do término dos atendimentos.

Pode ocorrer de trabalhar o lado cognitivo saudável consciente ou o lado operacional concreto dos membros da família, com alguns tipos de intervenções, tais como: acolhimento, reasseguramento, interpretativas, injuntivas, interrogativas, entre outras, tendo como fundamento as

considerações de Fiorini (1982) sobre os tipos de intervenções verbais do terapeuta.

Este artigo se baseia em aspectos teóricos e técnicos da Abordagem Sistêmica, juntamente com a Abordagem Psicodinâmica. Realizou-se esta escolha, por entender que as idéias provindas destas abordagens, podem ser vistas como relacionais e auxiliar no desafio da compreensão da díade mãe-filho.

Segundo Xavier (2004) na **Abordagem Psicodinâmica** são consideradas idéias e temas centrais da psicanálise, destacando as influências inconscientes das experiências prévias e do relacionamento interpessoal. Isto contribui para que diferentes experiências clínicas na relação com a família sejam experimentadas, ora o grupo é o paciente, ora um dos membros é o paciente no *setting* terapêutico.

De acordo com Capra (1996), na **Abordagem Sistêmica,** a família é vista como um sistema, que mantém relações de interdependência entre si, em que o todo não pode prescindir de suas partes, bem como as partes não podem prescindir do todo.

Desse modo, os membros familiares formam um todo integrado e funcional, mantendo relações de interdependência entre si, e, também se interconectando a todos fenômenos naturais e sociais como um circuito de retroalimentação. Portanto, o comportamento e a comunicação de cada indivíduo afetam e são afetados pelo comportamento de cada uma das outras pessoas.

Ao trabalhar com as famílias, objetiva-se a resolução do conflito que impede que as inter-relações fluam, ao mesmo tempo, busca-se levar os membros a compreenderem seus modos defensivos e as ansiedades que permeiam suas relações. Para, assim, livrá-los de possíveis projeções e identificações.

II- APRESENTAÇÃO DA FAMÍLIA

A família é composta pela mãe L. (40 anos) e seu filho B. (8 anos) que foram encaminhados com a seguinte queixa: a mãe alegou que precisava de apoio para lidar com o filho. O pai de seu filho fora diagnosticado com Transtorno Bipolar. Cabe ressaltar que L. tem uma filha mais velha (18 anos) fruto de outro relacionamento. No decorrer dos atendimentos, sugeriu-se a participação da mesma no processo terapêutico, que não aceitou tal sugestão por motivos de trabalho.

A família iniciou o atendimento em 09 de novembro de 2007, realizando três sessões, que teve como propósito explorar o significado da queixa. Desse modo, foi possível realizar algumas intervenções (do tipo interventivo esclarecedor) sobre o que percebíamos da psicodinâmica a partir de suas reflexões e vivências.

Os atendimentos retornaram em março de 2008. Após um atendimento uma das psicólogas, por motivos particulares, deixou o projeto. Desta maneira, os dois atendimentos foram conduzidos apenas por uma psicóloga. Posteriormente, uma outra psicóloga adentrou ao grupo em co-terapia, realizando mais sete atendimentos.

III- HIPÓTESE PSICODINÂMICA

O casal estava separado "mais ou menos". Ele vivia na casa da esposa, o que gerava grandes discussões. Portanto, a mãe buscava apoio para tentar definir a separação que não se concretizava. Acreditava que tal situação prejudicava o filho, pois o mesmo ao presenciar os desentendimentos, vinha tendo comportamentos agressivos e hostis como os de seu pai.

De acordo com Winnicott (2001) quando há ameaça de rompimento ou desintegração da estrutura familiar, ainda que isso não determine o surgimento de distúrbios clínicos nas crianças, pode-se conduzir a um crescimento emocional prematuro e estabelecimento precoce da independência.

Já durante os primeiros atendimentos, a mãe posicionou-se ativamente solicitando a separação. O pai passou a morar em outro local, vindo visitar o filho durante os finais de semana.

A díade mãe-filho apresentava uma desorganização relacional, que repercutia numa confusão na comunicação. Compreende-se que ocorria uma ligação simbiótica, dificultando a delimitação das fronteiras dos papéis.

Considerando aspectos oriundos da Teoria Sistêmica, em especial, do modelo estrutural, é possível afirmar que as fronteiras desta família mantinham-se confusas.

> As fronteiras de uma família aglutinada são muito difusas, fracas e de fácil travessia. Tal situação resulta num funcionamento inadequado das tarefas a serem executadas pelos subsistemas. (…) A diferenciação de seus membros e de seus subsistemas é extremamente pobre. (…) A função das fronteiras de

> proteger a diferenciação é danificada e, portanto, a individuação é radicalmente dificultada, levando a uma percepção indiferenciada do outro e de si mesmo (MINUCHIN, 1982, p. 35).

De modo geral, por haver confusão no desempenho dos papéis, a comunicação tornou-se comprometida, a ponto da mãe se posicionar efetivamente frente às escolhas e aos desejos do filho, dificultando espaço para que o mesmo se posicionasse. Uma destas atitudes, pôde ser demonstrada durante os atendimentos, quando a mãe oferecia lenços de papel ao filho, sem que este houvesse solicitado.

Ao analisar pontos desta díade, sob a luz do referencial kleiniano, compreende-se que a mãe revivia seu conflito (questões maternais) em suas relações atuais, em especial, com o filho mais novo, se identificando e projetando seus desejos no mesmo. Em contrapartida, o filho correspondia, o que dificultava a individuação.

Segundo Laplanche & Pontalis (2004), a expressão identificação projetiva foi mencionada por Melanie Klein para nomear o que se traduz "por fantasias em que o sujeito introduz sua própria pessoa totalmente ou em parte no interior do objeto para o lesar, para o possuir ou para controlar*"*. (p.232).

Para Cramer (1974), a criança pode ser considerada como um sistema aberto, sendo possível observar a atividade de círculo que liga ela e seus pais através de projeções, introjeções e identificações. O que ele denominou como área de conflito mútua.

Considerando tais aspectos, tornou-se possível compreender que a mãe se colocava no papel de mãe "ideal", se desdobrando nos cuidados maternos, na tentativa de proporcionar o melhor para os filhos, com intuito de superar sua própria mãe, compensando o que acreditava não ter experimentado enquanto filha. "*Ah, minha mãe era costureira, trabalhava muito, quase não tinha tempo para a gente, tínhamos que nos virar e ajudar nos afazeres domésticos".(sic).* Em outros momentos, a mãe também se colocava no lugar de "mãe" do marido, se responsabilizando pelos cuidados, já que afirmara que os pais dele não se importavam com a doença do filho (Transtorno Bipolar). Tais sentimentos e comportamentos dificultavam a concretização da separação.

Por outro lado, o filho aceitava as projeções e se identificava introjetivamente, se posicionando como um bebê que se recusava a crescer, para não decepcionar a mãe e mantê-la num

cuidado permanente. Em outros momentos, se identificava com o pai, alterando o humor, desse modo, mantendo uma dualidade de papéis.

No decorrer do processo, mediante as intervenções, a mãe pôde compreender que realmente se colocava no lugar de "mãe ideal", dificultando o crescimento do filho. Ao mesmo tempo, percebeu o quanto havia se sacrificado pelos filhos, sem aparente reconhecimento, o que a deixava indignada: "*Cansei de ser a mãe boazinha, que faz tudo, e os filhos não reconhecem, estou chateada"* (sic).

Nesta configuração, mãe e filho apresentavam dificuldades ao se defrontarem com seus desejos e sentimentos. Possivelmente, o filho em sua fantasia, ocupava o lugar de substituto do pai. Em contrapartida, a mãe pôde reconhecer que reforçava os desejos do filho, ao afirmar*: "Em casa, parece que ele quer ser o homem da casa".* Ambos dormiam no mesmo quarto, compartilhando a mesma cama, vivendo uma relação permeada por desejos edípicos.

Segundo Winnicott, (2001) "numa situação triangular, o menino pode conservar o amor pela mãe tendo à frente a figura do pai […] na ausência de uma terceira figura, a criança só tem duas alternativas: ser engolida ou afastar-se violentamente" (p. 135).

Laplanche & Pontalis (2004) define o Complexo de Édipo como:

> Conjunto de desejos amorosos e hostis que a criança sente em relação aos pais. Sob a sua forma dita positiva, o complexo apresenta-se como na história de Édipo-Rei: desejo da morte do rival que é a personagem do mesmo sexo e desejo sexual pela personagem do sexo oposto […] O Complexo de Édipo desempenha papel fundamental na estruturação da personalidade e na orientação do desejo humano (p.77).

Ao trabalhar as questões édipicas, o filho alegava: "*Eu gosto de ficar com ela, abraçadinho, porque tenho medo do escuro, tenho medo de bichos (besouros) entrarem no quarto e me pegarem".*(sic). Compreendeu-se que a fobia aos besouros refletia o sentimento de culpa, acarretando o medo da "castração". Desse modo, ao se comportar como um bebê, refreava os desejos pela mãe.

Segundo Laplanche & Pontalis (2004)

> […] o menino teme a castração como realização de uma ameça paterna em resposta às suas atividades sexuais, surgindo daí uma intensa angústia de castração […] O complexo de castração está em estreita relação com o complexo de Édipo e, mais especialmente, com a função interditória e normativa (p.76).

Corroborando com tais apontamentos, Lourenço (2005) mencionou que Freud, ao tratar sobre complexo de Édipo, estabeleceu que o complexo de castração marca o início e o desfecho dos sentimentos edípicos tanto para as mulheres como para os homens. No caso dos meninos, configura-se como punição, parecendo levar a uma renúncia dos desejos edípicos e não a uma elaboração que realmente os dissolva.

Ao passo que mãe e filho percebiam o funcionamento, houve a mudança de quarto. Inicialmente, ambos se mostraram animados com a nova situação, em especial, o filho ao alegar: *"vai ser legal, vou poder fazer bagunça, mas, eu vou ficar no mesmo quarto, minha mãe é quem vai mudar"*. No entanto, à medida que trabalhávamos a individuação da díade, houve dificuldades em se ajustarem à nova situação. Utilizaram, sobretudo, como mecanismo de defesa, a "revolta", que gerou inconformismo e ressentimento.

Se por um lado, a mãe demonstrava revolta, mencionando o quanto havia se sacrificado pelos filhos, por outro lado, foi capaz de buscar apoio junto às terapeutas, para assim avaliar e refletir sobre sua conduta em relação aos filhos.

Em contrapartida, o filho revoltou-se ao perder o lugar de "bebê" e de "substituto do pai", tendo que enfrentar seus medos. Por conseguinte, nos últimos atendimentos estabeleceu uma transferência negativa, ao mencionar que não compreendia os questionamentos que eram realizados por uma das terapeutas, quando esta solicitava sua opinião sobre o que a mãe relatava durante os atendimentos. Desse modo, tornou-se resistente, chegando a faltar em duas sessões e até expressando para sua mãe que não participaria mais dos atendimentos.

Por considerar as resistências do filho, apontou-se para a mãe, em uma das sessões em que compareceu sozinha, que os sentimentos de B. eram compreensíveis, já que o mesmo passava por momentos permeados por muitas dúvidas e enfrentamentos. Sugeriu-se que reassegurasse ao filho, que o mesmo era esperado para o próximo atendimento, e, que poderia usar o espaço terapêutico

para manifestar seus sentimentos, como desejasse, por meio de desenhos, jogos, falando ou se mantendo calado. Contudo, seria respeitado em sua decisão, caso não quisesse comparecer.

Segundo Zimerman (1999) todas as análises estão sujeitas a períodos difíceis que sugerem impasses. Entretanto, se houver por parte do terapeuta, empenho em compreender e interpretar, "estes impasses serão relativamente fáceis de superação"(p.326). Desta maneira, os períodos difíceis, ao invés de serem configurados como uma transferência negativa, tornar-se-ão aliados do terapeuta.

Na penúltima sessão, o filho compareceu, trazendo consigo um jogo chamado "Detetive", ressaltando que gostaria de jogar conosco. Concordamos e B. ganhou a partida. Aproveitando a questão simbólica , foi apontado que assim como no jogo, nos tornamos detetives, fazendo perguntas difíceis para ele, possivelmente, descobrindo seus segredos. De acordo com Andolfi (1996), o jogo durante o atendimento psicológico possibilita que a criança exprima e se comunique aos outros as suas necessidades e humor.

Segundo Klein (1997):

> A criança expressa suas fantasias, seus desejos e suas experiências reais de um modo simbólico, através de brincadeiras e jogos. […] se desejarmos compreender o brincar da criança corretamente em relação ao seu comportamento como um todo durante a sessão analítica, não devemos nos contentar em pinçar o significado dos símbolos isoladamente na brincadeira, por impressionantes que sejam tão frequentemente, mas, devemos considerar todos os mecanismos e métodos de representação empregados (p.27).

No último atendimento, foram trabalhadas questões relacionadas ao desligamento, enfatizando que se finalizava um processo, como tudo na vida, onde há sempre um começo, um meio e um fim.

Torna-se importante ressaltar, que nos últimos atendimentos, B. posicionou-se ativamente. Se antes aceitava prontamente qualquer movimento de ajuda provinda de sua mãe (quando esta oferecia o lenço de papel), passou a recusá-lo. Outrossim, a mãe relatou que o filho passou a manifestar suas opiniões, por exemplo, recusando a participar de atividades esportivas que não lhe agradavam mais. É possível conjecturar que, se antes o filho aceitava prontamente as sugestões de sua mãe, após o reconhecimento de seus desejos e necessidades, pôde se individualizar, livrando-se das projeções.

Assim, pôde olhar para a mãe como sendo diferente dele, sentindo-se liberado para crescer e realizar as próprias escolhas.

Por último, considerando os aspectos trabalhados da relação mãe-filho, percebeu-se a necessidade de encaminhar a mãe para Psicoterapia individual. Compreende-se que além das questões interfamiliares, permeavam conflitos intrapsíquicos, sobretudo por parte da mãe, dada sua dificuldade anterior com as figuras objetais. Por outro lado, B. recebeu alta dos atendimentos familiar e individual.

IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De modo geral, percebeu-se que a família (representada pela díade mãe-filho), encontrava-se numa posição de indiferenciação de papéis, sobremaneira, dificultando a percepção dos sentimentos e desejos de cada um dos membros familiares.

Ainda que o objetivo primeiro fosse trabalhar aspectos da relação mãe-filho, não se furtou em considerar outros pontos abordados por estes, em relação aos outros membros familiares (pai e filha). Ademais, no decorrer dos atendimentos, foram observados aspectos da relação da mãe com as primeiras figuras objetais. Portanto, em alguns momentos, a mãe foi atendida em separado, podendo verbalizar seus sentimentos e percepções em relação às figuras parentais.

Mediante as intervenções realizadas, é possível afirmar que a mãe pôde reconhecer seus reais sentimentos, vindo a realizar insights ao manter-se numa posição de mãe "ideal" ao proporcionar gratificações para os filhos, e, em alguns momentos, para o ex-marido.

Desta maneira, a dinâmica de funcionamento de mãe-filho, era influenciada e influenciava todas as demais relações estabelecidas, dentro do setting terapêutico, ou fora dele. Portanto, buscou-se trabalhar com as representações que eles mantinham sobre as outras pessoas com as quais conviviam.

Compreende-se que muitas das dificuldades vividas pela díade mãe-filho estavam sedimentadas em conflitos intrapsíquicos da mãe, já que a mesma revivia e repetia conflitos passados em suas relações atuais.

Corroborando essas conjecturas, recorremos as postulações descritas por Cerveny (2001):

> Uma das contribuições que nos parece importante nesse estudo é trazer para a Terapia Familiar Sistêmica as possibilidades de detectar as repetições por meio dos padrões interacionais. Transformar a experiência de repetir num processo de conhecimento pode levar a mudanças significativas em um tempo menor dentro da terapia. Muitas vezes, em uma sessão de casal ou família, quando os indivíduos se dão conta de suas repetições, já começa um processo de mudança (p. 33).

Por fim, compreende-se que havia uma rede de relações na qual se compactuava sentimentos inconscientes, causando dificuldades na comunicação e na percepção dos papéis desempenhados. O objetivo enquanto terapeutas ao adentrar neste sistema, foi trabalhar alguns aspectos da dinâmica familiar que se mostravam obscuros.

Considera-se que o objetivo foi alcançado, mãe-filho demonstraram mobilização para defrontar com as dificuldades na relação. Logicamente, que esse movimento não se configurou facilmente, incialmente, ocorreram sentimentos negativos tais como: revolta, inconformismo e descontentamento. Contudo, à medida que reconsideraram alguns aspectos, o processo de mudança se iniciou concretamente com a mudança de quartos.

V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDOLFI, M. M. D. **Terapia Familiar - Um enfoque interacional.** Campinas- Workshopsy, 1996.

CAPRA, F. **A Teia da Vida- Uma Nova Compreensão Científica Dos Sistemas Vivos.** São Paulo - Cultrix, 1996.

CERVENY, C.. M. **A família como Modelo- desconstruindoa patologia.** São Paulo, Ed. Livro Pleno, 2001.

CRAMER, B. Interventions thérapeutiques brèves avec parents et enfants. Psychiatrie de l. enfant. 1974, 17 (1) 53-117.

FIORINI, J.H. **Teoria e Técnica das Psicoterapias**. São Paulo: Editora Martins Fontes**,** 1982.

KLEIN, M. A. **Psicanálise de Crianças.** Rio de Janeiro. Editora Imago, 1997.

LAPLANCHE & PONTALIS. **Vocabulário da Psicanálise**. São Paulo: Editora Martins Fontes,

2004.

MINUCHIN,S. **Famílias: Funcionamento e Tratamento.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

WINNICOTT, D. W. **A família e o desenvolvimento individual.** São Paulo: Editora Martins Fontes, 2001.

XAVIER,I. A. **O período de latência no grupo familiar.** Trabalho apresentado em anais do serviços escola na cidade Bauru. 2004

ZIMERMAM, D. E. **Fundamentos Psicanalíticos: Teoria, Técnica e Clínica**. São Paulo: Editora Artes Médicas Sul Ltda.,1999.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Miriam Grajew; Melanie Mendoza; Carolina Padovani; Francisco Assumpção-Junior

INTRODUÇÃO

Todo diagnóstico é uma tentativa de compreensão do homem em seu mundo (Jaspers, 2006). Como um operador eficaz para o clínico, a hipótese diagnóstica, fruto de sua investigação, permite a relação, por uma lógica, de uma série de sinais diferenciados a um conjunto de modelos psicopatológicos próprios. Estrutura-se por critérios de exclusão e de agrupamento, constituindo entidades distintas e diferentes da normalidade (conceito estatístico). O DSM (***Diagnostic and Statistical Manual) fornece critérios de diagnóstico, incluindo componentes descritivas, e de tratamento, via sistema multiaxial:***

Eixo I – Transtornos Clínicos;

Eixo II – Transtornos de Personalidade e Retardo Mental;

Eixo III – Condições Médicas Gerais;

Eixo IV – Problemas Psicossociais e ambientais;

Eixo V – Avaliação global de funcionamento.

À uma equipe multidisciplinar compete a avaliação das medidas sistemáticas dos fatores sociais, biológicos e psicológicos do indivíduo, por meio da qual estabelece-se um diagnóstico, bem com as estratégias de tratamento e intervenção.

OBJETIVO

A partir de casos com queixa escolar e comportamental, pretende-se discutir que uma mesma queixa pode proporcionar diagnósticos e funcionamentos diferentes e, portanto, intervenções distintas.

MÉTODOS

Avaliação de 6 casos atendidos pelo Projeto Distúrbios do Desenvolvimento (PDD) do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP), com queixa escolar e comportamental, mediante critérios diagnósticos do DSM - IV. Os pacientes são inicialmente avaliados por um psiquiatra e encaminhados para a avaliação psicológica. Esta consiste em entrevistas com os pacientes e com os responsáveis; pedido de relatórios escolares; técnicas gráficas, testes projetivos e psicométricos visando a uma compreensão abrangente do paciente e de seu meio.

RESULTADOS

Eixos	**M/16 a**	**M/13 a**	**M/10a**	**F/7a**	**M/14a**	**F/13a**
1	T. Conduta	T. Conduta	S. Asperger	T. Conduta	T. Conduta	T. Conduta
2	Déficit de F. executiva		Q.I. acima da média		Déficit viso-motor-espacial; Déficit process. auditivo	
3			S. Menière	Quadro convulsivo		
4	Família estável; dinâmica satisfató-ria.	Família estável; dinâmica insatisfa-tória e diver-gente quanto às normas.	Família estável; dinâmica insatisfa-tória e diver-gente quanto às normas.	Família estável; dinâmica insatisfa-tória e divergente quanto às normas. Histórico de Abuso.	Família estável; dinâmica insatisfató-ria	Família estável; dinâmica insatisfa-tória e divergente quanto às normas.
5	65	45	60	40	35	40
Inter-vem-ção	Orienta-ção à família	Psico-terapia individu	Psico-terapia individual	Psicotera-pia individual	Psicotera-pia individual, psicomo-	Psicotera-pia individual e orientação

indi-cada		al e familiar	e orientação familiar	e orientação familiar. Medicaçã o	tricista, medicação	familiar.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O processo de avaliação clínica e de diagnóstico são centrais para o estudo de psicopatologias e para o tratamento de transtornos psicológicos (Barlow & Durant, 2008). Dos dados apresentados temos 6 casos com a mesma queixa e com configurações muito distintas nos 5 eixos. Desta observação podemos estruturar e fundamentalizar o encaminhamento do caso, o que nos permite estabelecer uma hipótese diagnóstica, definindo nossas intervenções.

Pretende-se, com este trabalho, esclarecer a importância do diagnóstico diferencial e da equipe multidisciplinar, tendo em vista que uma mesma queixa permite-se pensar em diferentes diagnósticos, funcionamentos, personalidade e meios sociais, o que estrutura diferentes condutas terapêuticas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

JASPERS, K **Psicopatología General**, México: Fondo de Cultura Económica, 2006.

BARLOW, D. H. & DURAND, V.M. **Psicopatologia: Uma Abordagem Integrada**, São Paulo: Cengage Learning, 2008.

ABRIGO DE ADOLESCENTES: O AMBIENTE AFETIVO ATRAVÉS DOS RELATOS DE FUNCIONÁRIOS E EDUCADORES

Paola Dottori
Déa Berttran
Dagmar Menichetti
Wadad Ali Hamad Leôncio
Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

RESUMO

Estudo qualitativo sobre o ambiente afetivo de um abrigo de adolescentes. Através de entrevistas com os responsáveis e funcionários da instituição, verificar se é possível promover um espaço para o acolhimento afetivo e desenvolvimento emocional destes adolescentes com histórico de abandono e sofrimento. O ambiente suficientemente bom promove cuidados adaptativos, levando o adulto a se identificar com o adolescente e perceber como ele se sente. Os educadores/cuidadores desempenham um papel fundamental nesta tarefa. Os dados apresentam um potencial afetivo de envolvimento pessoal dos funcionários com os abrigados; mas, estes se percebem sem a qualificação profissional necessária para suas tarefas cotidianas. Portanto, os educadores e demais funcionários também necessitam de cuidados e preparo específico (capacitação profissional) para se desenvolverem e contribuírem para um ambiente suficientemente bom.

Palavras-chave: abrigo, adolescentes, educadores, cuidadores, ambiente afetivo.

INTRODUÇÃO

O objetivo inicial de nossa pesquisa foi conhecer o ambiente em que estão inseridos

adolescentes abrigados de 12 a 18 anos em determinada instituição. Em nossa pesquisa anterior (Berttran & al, 2008) descrevemos o contato com estes adolescentes procurando retratar suas vivências de perdas e abandono ao longo de suas vidas.

Em um segundo momento, nosso enfoque concentrou-se em conhecer o ambiente em que viviam, estudando aspectos da estrutura física e de espaço afetivo através de um esquema de observação que levasse em conta os aspectos preconizados no Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Brasil, Lei nº. 8.069/90). Realizamos entrevistas com os responsáveis pelo abrigo, profissionais, funcionários e educadores para verificar como se davam os laços afetivos entre eles e os adolescentes, se proporcionavam um espaço autêntico para que estes pudessem expressar o sofrimento referente ao abandono, à família, às perdas, à sua situação, etc., respeitando-os como sujeitos singulares. Neste artigo, destacamos principalmente os aspectos relacionados aos vínculos que os educadores/cuidadores estabelecem e como se percebem em relação ao seu preparo e capacitação profissional.

Estas informações podem contribuir para verificar se o abrigo funciona como *ambiente suficientemente bom* que facilita a expressão dos adolescentes e os acolhe em suas angústias. Winnicott (1967) mostrou a importância de um ambiente suficientemente bom, onde ocorrem cuidados adaptativos importantes para o crescimento de uma criança através de adultos que se identificam com ela e percebem o que está sentindo, possibilitando a integração e desenvolvimento individual que inscreve cada indivíduo como um ser único.

Em nossa experiência de visita a diversos abrigos, observamos os esforços e a dedicação de muitos educadores e responsáveis para transformar a instituição em um lugar mais acolhedor e saudável. Mas percebemos também em muitos abrigos a ausência de profissionais qualificados e de métodos mais científicos e atualizados nas práticas que possam contribuir para aliviar o sofrimento e para instrumentalizar os educadores. O abrigo pode ser um lar acolhedor e possibilitar vínculos significativos sem a negação das dificuldades das crianças e adolescentes.

Segundo Leôncio (2002), 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 intensifica os problemas emocionais 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 transformação de uma instituição em um ambiente acolhedor que desenvolve relações de

confiança e de acolhimento deve ser construída como um esforço em conjunto de todos: monitores, cozinheira, diretores, profissionais e outros técnicos. A preocupação com o envolvimento afetivo de cada um e a abertura para um espaço de escuta pode ser tão ou mais importante para estes adolescentes do que as rígidas normas de horários e rotinas sem tolerância e compreensão.

A história dos abrigos no Brasil sempre esteve ligada a uma cultura assistencialista e de exclusão. Antes das orientações preconizadas pelo ECA, muitos abrigos funcionavam como grande depósito de crianças, onde cada uma era apenas um número.

A colocação de crianças ou adolescentes em abrigos, segundo o ECA, ocorre nos casos em que o Estado ou a família não estejam cumprindo seu papel de educadores e provedores de proteção integral; essa medida deve ser, no entanto, provisória e excepcional. Ainda segundo o ECA, o abrigo deveria atuar como um agente que procuraria a preservação dos vínculos familiares; ou, a integração em família substituta, quando esgotados os recursos de manutenção na família de origem. E, desenvolver atividades em regime de co-educação, não desmembrar grupos de irmãos , e, evitar, sempre que possível, a transferência para outros abrigos; atender os abrigados de maneira personalizada e em pequenos grupos, garantir sua participação na vida da comunidade local, prepará-los gradativamente para o desligamento e permitir a participação de pessoas da comunidade no processo educativo.

Se cumpridas tais premissas para o funcionamento, o que nem sempre é observado nos abrigos, a instituição torna-se, em parte, facilitadora do desenvolvimento emocional de crianças e adolescentes, que já vêm com histórico afetivo bastante comprometido em face do abandono, maus tratos, falta de perspectivas e oportunidades para se tornar sujeito de sua própria história.

Portanto, são funções complexas para as pessoas envolvidas nessas tarefas sem o devido preparo para as dificuldades enfrentadas. Em muitas instituições, esta falta de capacitação leva ao estabelecimento de regras tão rígidas de conduta que impedem outras formas de agir e de sentir o cotidiano presente, sem consideração pelas reais necessidades das crianças e adolescentes. Esta rigidez no atendimento aos adolescentes recebidos pode levá-los à perda de identidade (Arpini, 2001). Assim o ambiente pode ser marcado por despersonalização, um lugar impessoal que não possibilita o reconhecimento do ser e a formação de vínculos significativos, reproduzindo a lógica da exclusão e do abandono (Berger, 1984, apud Arpini, 2006).

Cuidadores/educadores desempenham um papel fundamental, uma vez que estão em contato diário e permanente com os adolescentes que ali residem. No entanto, não costumam

ser valorizados diante da importância e significado da sua função. Selecionar pessoas preocupadas, que possam envolver-se emocionalmente com o adolescente, e que se sintam comprometidas com a vida e o desenvolvimento do indivíduo abrigado parece ser um ponto que faz importante diferença.

O contato intenso que os cuidadores têm com as crianças e adolescentes durante o período de abrigamento faria deles um importante mediador (Oliveira, 1997), participando ativamente de sua reinserção em família (de origem, extensa ou substituta), o que seria um papel fundamental na defesa do direito de convivência familiar (ECA, 1990).

Além disso, verifica-se a dificuldade em reconhecer o processo adolescente (Oliveira, 2006) que necessita de ambientes favoráveis para se relacionar e desenvolver suas potencialidades e habilidades.

Segundo Levisky (1998), a nossa sociedade coloca-se de modo contraditório frente aos jovens, impondo modelos idealizados e incrementando os conflitos de uma fase que por si mesma já implica em contradições. A adolescência reatualiza os primeiros vínculos com as figuras parentais na tentativa de solucionar conflitos primitivos e buscar novas fontes de identificação. Formam-se os grupos onde cada jovem está à procura de si mesmo. Sentindo-se seguro com os seus pares, ele expressará suas idéias, seus impulsos, expandindo o seu horizonte intelectual e social.

As transformações da adolescência são matizadas em cada cultura pelas vivências e oportunidades de acesso ao mundo adulto. No caso de adolescentes abrigados, a situação de vulnerabilidade está sempre presente nas histórias marcadas pelas dificuldades, pelas rupturas vivenciadas em ambiente hostil e violento. A situação de abrigamento pode ser uma esperança de proteção e de adaptação social, mas, sobretudo, de ser visto por um outro e de expressar as suas dores e solidão.

Nesse sentido, os educadores e os adultos que trabalham no abrigo influenciam e farão parte da história do adolescente. A qualidade deste vínculo revelará a sensibilidade, a flexibilidade para o processo específico que o adolescente abrigado vivencia e as possibilidades de superação das perdas como aberturas para o futuro. Assim um abrigo pode oferecer um espaço potencial de desenvolvimento para os adolescentes, oferecendo um encontro criativo, na conceituação de Winnicott (1975). A equipe como um todo pode estar envolvida nesta tarefa de se encontrar e acolher o adolescente, descobrir a sua singularidade e o seu potencial.

RELATOS DAS ENTREVISTAS COM OS EDUCADORES E PROFISSIONAIS

Em nossa pesquisa, foram realizadas entrevistas semi-dirigidas com cinco educadores: duas entrevistas com cada educador, sendo uma referente a aspectos pessoais e profissionais, e, a outra, sobre o vínculo que estabelecem com os adolescentes abrigados. A abordagem utilizada, de orientação psicanalítica, define que também devem ser considerados na pesquisa a relação estabelecida entre pesquisador e entrevistados, bem como o *setting* e as observações sobre a transferência e contratransferência (Menichetti, 2003), dentre outras especificidades. Esta abordagem também foi norteadora dos questionários elaborados para realização das entrevistas.

No abrigo estudado, convivem adolescentes de 12 a 18 anos, sendo a maioria constituída por egressos da FEBEM, usuários e ex-usuários de drogas, moradores de rua e não aceitos nos outros abrigos da rede. Este perfil de adolescente exige, na prática, a tomada de decisões que demandam do cuidador capacitação e conhecimento em áreas diversas para exercer seu papel de forma acolhedora, empática e profissional.

Em relação ao trabalho das pesquisadoras, a equipe mostrou-se disposta a colaborar para compreender o que ocorria no abrigo e como poderiam contribuir para as mudanças, estabelecendo também um vínculo positivo e de confiança.

Selecionamos alguns dos aspectos analisados que explicitam os vínculos e afetos com os adolescentes. De um modo geral, verificamos que a equipe mostrou-se comprometida com a vida dos jovens abrigados, buscando estabelecer vínculos positivos. Demonstraram seu afeto e interesse de diferentes maneiras, como na explicação de um dos cuidadores sobre o quanto conhece os adolescentes: *"Olho para ele e já sei quando ele está triste, pensativo, quando alguma coisa doeu nele... Ele abre um sorriso assim de manhã, ai pronto, eu sei que está tudo bem"*.

São relatos que mostraram como alguns cuidadores identificam-se com os abrigados e procuram corresponder oferecendo cuidados adaptativos. "*Eu tinha prometido pra mim mesmo, antes de sair de casa, que eu ia levar a qualquer custo esse moleque pra ver a mãe dele, né, aí eu fui, me enfiei lá no Jockey pra levar esse menino"*.

Expressaram ainda como procuram suprir as perdas e ausências de figuras parentais: *"Chamo os meninos de 'filho'"*.

Outro educador procurou contar como se relaciona com os adolescentes: *"... há um vínculo, a palavra mais certa... Acho que a forma como a gente lida com eles. Aqui a gente tem eles como*

parte da nossa família, mesmo. Mesmo que a gente tenha o lado profissional, de não envolve-los com a nossa família, a gente trata como se fosse meio que filho nosso".

Outro ponto importante refere-se ao carinho oferecido: *"Sou mãezona mesmo, sou de por no colo, de abraçar, de beijar, de levar no portão, de dar tchau, me preocupo muito com eles".*

Quando o educador valoriza o vínculo positivo: *"... com alguns eles têm um vínculo muito forte, comigo eles têm. Com outros nem sabem quem entrou ou saiu. Aqueles que param, escutam, dão abraço, carinho, que se preocupam, tento orientar.*Por *incrível que pareça eles respeitam, valorizam, da maneira deles. Pelo menos eu me sinto respeitada".*

Nas entrevistas, analisamos que a fala dos cuidadores é quase sempre carregada de afeto, indicando um potencial positivo. No entanto, verificamos que não recebem apoio, supervisão ou capacitação, o que parece sabotar um trabalho mais comprometido com os adolescentes, além de enfraquecer, em diversas situações, o vínculo estabelecido entre abrigados e cuidadores por falta de orientação adequada. O diálogo é confundido com permissividade, e, ao não serem estabelecidos limites, a autoridade confunde-se com autoritarismo (Rotondaro, 2002). Evidentemente, um espaço que sirva de referência para o próprio funcionário amenizaria tais ameaças ao estabelecimento do vínculo entre cuidadores e abrigados.

Nesse abrigo não encontramos profissionais qualificados exercendo suas funções como psicólogo, assistente social, pedagogo, etc. Ao contrário, parecia existir um certo descrédito e desvalorização de uma postura mais científica para lidar com os conflitos do abrigo. Acreditamos que tal inadequação se deve à tradição histórica assistencialista das instituições, onde era suficiente dar cama e comida aos que nada têm, subvalorizando os estudos e pesquisas científicas sobre as instituições e abrigos no sentido de transformação de suas práticas. Também verificamos essa tendência nos abrigos que visitamos. Neles não encontramos profissionais qualificados que poderiam contribuir para a análise da instituição e de seus vínculos, assistindo e cuidando dos funcionários. As dificuldades em relação à equipe foram registradas nas entrevistas: "*Eu prefiro mil vezes lidar com os meninos do que com os funcionários, gente".*

Analisamos então os depoimentos que mostram a falta de capacitação profissional da equipe cuidadora e como eles se percebem no papel de educadores: "*Mas hoje eu entendo que só isso não basta. O trabalho social tem que ter tolerância, compreensão, perseverança, estratégias [...] Uma parte tem a ver com as próprias pessoas, com problemas psíquicos, emocionais, de cultura, eu tenho uma visão muito mais ampla hoje em dia [...] Atualmente não há nenhuma orientação".*

"*Eu vejo a mão-de-obra daqui muito desequilibrada nesse sentido.... A mão de obra não tem manejo de como fala com o adolescente. Ele acha que menosprezando, rebaixando, mais ainda do que eles já estão, que eles vêm do chão, que ele vai levantar a moral deles".*

"[...] pegam uma pessoa e colocam ela aqui sem preparo nenhum e às vezes a pessoa nem tem uma faculdade, não tem nenhuma experiência de vida culturalmente falando....Como um cego pode guiar outro cego?".

Portanto, existe a necessidade de serem cuidados também, de serem orientados em suas funções, de poderem também se expressar e mudar as práticas de educação. São pessoas que se envolvem com os destinos da instituição e dos abrigados e precisam também de assistência enquanto cuidadores.

Esta colocação é marcante pela proporção generalizada que tomam as queixas apresentadas pelos cuidadores na medida em que não são ouvidos. Assim como para os meninos, é perpetuada para os funcionários a condição de falta de voz e de poder de transformar a situação. Como proteção e defesa, os cuidadores muitas vezes ficam insensíveis à realidade vivida e desesperançosos quanto ao alcance de seu trabalho.

De acordo com os resultados e discussões apresentadas em relatório anterior (Dottori & al, 2007), pontuamos que a demanda principal deste abrigo refere-se a habilitar seus funcionários a otimizarem seu papel de *holding*, de acolher o adolescente e facilitar sua livre expressão, conforme enfatiza Winnicott (1983), sobre a importância de proporcionar à criança e ao adolescente tais condições favoráveis a seu desenvolvimento.

CONCLUSÕES

A partir desta pesquisa junto aos funcionários e educadores em abrigo de adolescentes, constatamos a importância do ambiente que acolhe e cuida de forma adaptativa. No entanto, para a complexa tarefa de cuidar de adolescentes com uma história de perdas em todos os aspectos, é preciso capacitar e formar pessoas que se dispõem a esse trabalho.

Cuidar dos cuidadores seria um ponto de extrema importância, onde se pudesse discutir juntos a prática do trabalho em uma instituição de abrigo, cheia de particularidades e ainda em construção. A falta de investimento no profissional, ao mesmo tempo em que torna o trabalho dos cuidadores mais vulnerável a decisões pouco profissionais, os expõe à impotência e ineficiência frente à população que atende. Este contexto gera desamparo e desesperança nos cuidadores e nos

adolescentes com quem lidam, e, ainda, diminui sua auto-estima e auto-controle diante das situações estressoras no abrigo, fato que evidentemente tem conseqüências bastante danosas no cotidiano da instituição.

REFERÊNCIAS

ARPINI, D. M. *Repensando a perspectiva institucional e a intervenção em abrigos para crianças e adolescentes*. Psicol. Cienc. Prof. 2003, vol. 23, no. 1, p.7-15. ISSN 1414-9893. Disponível em: <http://www.revistacienciaeprofissao.org> Acesso em: 13 mar. 2006.

BERGER, M. V. B.; GRACINO, E. R. *Aspectos históricos e educacionais dos abrigos de crianças e adolescentes: a formação do educador e o acompanhamento dos abrigados.* 2005. Disponível em: <http://www.histedbr.fae.unicamp.br/art17_18.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2006.

BERTTRAN, D.; DOTTORI, P.; MENICHETTI, D.; LEÔNCIO, W. A. H. e TARDIVO, L. S. de L. P. C. Adolescentes abrigados: retrato falado a partir de estudos de casos. In: *XVII Encontro Latino-americano sobre o Pensamento de Donald W. Winnicott – Ressonâncias.* São Paulo, 2008.

BOWLBY, J. *Cuidados maternos e saúde mental.* São Paulo: Martins Fontes, 1995.

BRASIL. *Estatuto da Criança e do Adolescente.* Lei nº. 8.069/90, de 13 de julho de 1990. Brasília, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/. Acesso em: 20 mar. 2006.

DOTTORI, P.; BERTTRAN, D.; MENICHETTI, D.; LEÔNCIO, W. A. H. e TARDIVO, L. S. de L. P. C. Adolescentes Abrigados: esboços para um retrato observado. In: *V Jornada APOIAR: SAÚDE MENTAL NOS CICLOS DA VIDA.* Anais, p. 254-258. São Paulo, 2007.

LEÔNCIO, W. A. H. *Retrato de vivências emocionais de crianças recém-abrigadas*: observações psicanalíticas por meio do Procedimento de Desenho-Estória. Dissertação de Mestrado. São Paulo: IP-USP, 2002.

LEVINSKY, D. L. *Adolescência. Reflexões psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

OLIVEIRA, M. K. *Vygotsky: aprendizado e desenvolvimento, um processo sócio-histórico.* São Paulo: Scipione, 1997.

OLIVEIRA, R. C.S. *Quero voltar para casa: o trabalho em rede e a garantia do direito à convivência familiar e comunitária para crianças e adolescentes que vivem em abrigo.* São Paulo: AASPTJ, 2007.

OLIVEIRA, A. P. G. O ambiente de abrigo como *holding* para adolescentes. In: Proceedings of the I Congresso Internacional de Pedagogia Social, 2006, São Paulo, 2006. Available: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000092006000100004&lng=en&nrm=iso Acesso em: 14 mai 2008.

ROTONDARO, D. P. *O abrigo pode ser um ambiente facilitador do desenvolvimento de crianças e adolescentes? Grupo psicoterapêutico como instrumento de trabalho.* Dissertação de Mestrado em Psicologia. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

WINNICOTT, D. W. (1967). O conceito de indivíduo saudável. In _____. *Tudo começa em casa.* Tradução de Paulo Sandler. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade.* Tradução de J. O. Abreu e V. Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1967.

WINNICOTT, W. D. *O ambiente e os processos de maturação.* Tradução de Irineu Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. ????

A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER E O TEPT NA FORMAÇÃO DA IDENTIDADE FEMININA

Ana Paula Malett Lima
Marcelo Feijó de Mello
José Paulo Fiks

RESUMO

A situação da violência doméstica contra a mulher no Brasil e no mundo é tema de apreensão para a época presente. Trata-se de um fenômeno surpreendentemente contemporâneo, embora recorrente na história da humanidade.

Além disso, é de fundamental importância que se compreenda este fenômeno não apenas no âmbito sócio-cultural; mas, também, como se constrói a estrutura de gênero em seu desenvolvimento psíquico.

Este texto levanta questões a respeito da mulher como figura importante para esta análise dentro deste contexto familiar, e, que, através dela, temos informações do quanto este lar está em falência. E, ainda, o quanto o seu feminino está desconstituído de seus valores originais e apossado pela história do patriarcado. E seguir este caminho traz a ela marcas de lembranças sofridas que na maioria das vezes acarreta para sua vida perdas e danos irreversíveis representados pelo Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT).

Palavras-chave: violência doméstica, feminino, Transtorno do Estresse Pós-Traumático.

História da Violência: um problema da humanidade

Ao longo da história da humanidade, não se conhece nenhuma sociedade que não tenha em seu registro situações de violência no individual, em grupo ou em sociedade. Uma violência que sempre esteve marcada pela briga de poder na busca de definir quem é o mais "forte" e quem é o mais "fraco", dominador e dominado. (MACHADO, 1998)

A violência tem como um facilitador à sua contaminação, o poder de dominação que já se pressupõe ser atingido aquele que se encontra em situação de inferioridade, ou seja, a violência contra a mulher, que está presente em qualquer parte do mundo independente de classes sociais, econômicas ou raçiais, mostra em números altíssimos de casos de espancamentos e até de mortes que ocorrem baseados nesta condição. (MEDEIROS in MARTÍN e OLIVEIRA, 2005)

Isto está bem caracterizado através da "violência de gênero" que historicamente descreve a mulher como sendo uma figura de pouca importância para o social dando a ela apenas um significado quando esta se torna mãe.

Infelizmente, a violência reina; e, a cada dia se alastra aceleradamente não só na sociedade, mas, também, no âmbito intrafamiliar, que é a forma mais complexa de violência por se tratar de um âmbito que configura proteção, afeto, segurança e por estar ligada a pessoas próximas.

Além disso, suas formas de expressão: violência física, violência psicológica, violência sexual e violência econômica abarcam a totalidade da constituição psíquica acarretando graves danos psicológicos não só à mulher como, ainda, aos seus dependentes.

É importante considerar o fato de que estes maus tratos e o próprio abuso sexual começam já na infância e se perpetuam na fase adulta. Repercutindo não só no contexto familiar como mais tarde na sociedade. Formando um quadro cíclico de possíveis repetições.

Há um questionamento mundial do por que a violência doméstica não ser de fácil erradicação, uma vez que independe de classe social e cultural. (OMS, 2002)

Talvez uma resposta plausível esteja na formação da identidade feminina da mulher ao longo da história que começa na relação com sua mãe e permeia o social, trazendo a ela crenças e paradigmas a seu respeito. (NEUMANN, 2002)

Essa estrutura deve ser analisada com cuidado sob um olhar questionador, porém, afetivo.

A Trajetória do Feminino na História:

Há evidências arqueológicas, antropológicas e históricas que revelam a mulher como o centro da vida humana durante milênios em todas as culturas antigas do mundo inteiro.
A mulher era tida como Criadora Divina e representante na Terra como tal, através de seus atributos como sua capacidade de perceber os sinais cósmicos e de se comunicar com as forças da natureza, pelo fato desta ter a reverência em gerar um novo ser através do seu sangue menstrual e criar em seu próprio corpo o alimento capaz de nutri-lo.
Durante 35000 anos Deus foi representado como mulher através do símbolo da Mãe.

No ***Período Paleolítico***: as mulheres eram representadas por uma Deusa cuja força era a figura da Mãe como mantenedora e criadora de todas as formas de vida.
O seu poder estava associado aos mistérios da vida e da morte porque se acreditava no poder regenerador e restaurador da Grande Mãe.
Foi um período pacífico e harmonioso sem vestígios de armas, marcado pela colaboração e não pela competição. Uma sociedade igualitária e centrada na proteção das crianças.
As distribuições das tarefas ocorriam de forma natural entre homens e mulheres. Os únicos problemas que existiam eram os climáticos.

No ***Período Neolítico***: é marcado pela saída das cavernas e a construção da primeira habitação, homens e mulheres vivenciam novas experiências. Exemplo: a agricultura.
No início, a agricultura era praticada pelas mulheres que descobriram que ao jogar sementes na terra, elas brotavam. Depois passou para os cuidados dos homens por conta das ferramentas pesadas.
Neste período foi marcante a extensa arte que revelava detalhes do cotidiano das pessoas, suas crenças em relação à vida e à morte, o lado da religiosidade.
Ainda a mulher é cultuada como Deusa, mas sua representação já aparece nas estatuetas junto com a figura do marido ou do filho.
Era uma sociedade matrifocal e matrilinear, ou seja tudo estava centrado na figura materna e da mulher e os filhos recebiam o nome da mãe porque não sabiam quem era o pai. Mas não existia domínio de um sexo sobre o outro.

O culto para a Grande Mãe se transforma em um complexo sistema de rituais, mitos, símbolos, recomendações e proibições divinas.

Nasce aqui a dualidade na Deusa, senhora da luz e da sombra. Mas sem sinais de violência, crueldade, armas e sim de celebração à vida.

Cabia à mulher a responsabilidade de união entre o masculino e o feminino como complementação.

A duração deste período se deu por 10000 anos, a partir daí começou uma grande mudança, a sociedade de parceria dá lugar a sistemas sociais de dominação, violência e autoritarismo hierárquico e patriarcal.

Em 5000 a. c. surgem as tribos bárbaras e com elas a estagnação cultural. Inicia-se aqui as destruições em larga escala de tudo o que se entendia por costumes e crenças para a vida daquela população.

Europa Antiga: ruptura ao culto das deusas pela a invasão dos povos Kurgos que trazem consigo seus deuses que eram violentos, vingativos, coléricos e faziam o uso do poder da espada.

E ainda, com direito à pilhagem, estupros das mulheres, massacre das crianças e destruição das propriedades.

A sociedade de matrilinear passa a patrilinear, ou seja, distribuição da riqueza pela força e superioridade do masculino.

As mulheres são usadas como troféus de guerra, sacrificadas para o trabalho pesado e com suas deusas transformadas em arquétipos da violência dos deuses masculinos. Nasce aqui a posição de submissão ao modelo do guerreiro.

Em 400 a. c., na Palestina, a mitologia bíblica serviu de fundamento para a estruturação do judaísmo, cristianismo e islamismo que modificada e adaptada para um estado teocrático e patriarcal difamava o papel social da mulher.

Os mitos foram deturpados e fragmentados em contradições e incoerências da bíblia: 1º. - Criação simultânea do homem e da mulher e 2º. - Criação de Eva da costela de Adão.

Eva se recusa a aceitar as imposições patriarcais e sofre as punições como consequência de seu "pecado" pela dominação do masculino do Deus vingativo.

Apesar das perseguições aos cultos das deusas, a veneração não desapareceu por completo, exemplo disso a figura de Maria mãe de Jesus.

A imagem da mãe que embala seu filho divino é mortal e virgem, e além disso a exaltação da dor e do sofrimento.

Portanto, a virgem como valor feminino e a sexualidade personificada por Maria Madalena, símbolo do pecado mortal.

Em 200 a. c., tudo que era considerado feminino significava inferioridade, perigo e que precisava de controle e dominação. A mulher como origem de todos os males, pois impingiu a saída do Paraíso e trouxe sofrimento à humanidade.

Século XII, *Período Trovadoresco*: traz a revalorização dos valores femininos. Porém, a igreja tomou medidas drásticas para romper a possibilidade da volta de um feminino sensível e conectado à natureza. É um período marcado pela perseguição às mulheres e pela sua difamação através da "caça às bruxas" (*O Martelo das Feiticeiras*).

O termo bruxa existiu porque se acreditava que a sexualidade destas mulheres exerciam um poder e enfraqueciam os homens com quem se deitavam. Muitas foram queimadas vivas.

Por muito tempo a mulher seguiu estigmatizada e enfraquecida em seu poder feminino.

Além disso, sob controle masculino em pertencer à sociedade, sendo-lhe atribuídas as tarefas domésticas bem como os cuidados dos filhos.

***Período da Escravatura*:** suas curiosidades e experiências, inclusive as sexuais, eram descobertas com os escravos e escravas.

***Século XIX*:** iniciou-se o movimento feminista que desafiou a supremacia masculina e a submissão feminina.

***Século XX*:** surgem novos conceitos de interpretação das relações humanas. E com isso, a reintegração dos valores considerados femininos para esta nova mulher. Ou seja, reencontrar a Deusa Interior parece ser necessário para a mulher compreender sua dimensão na construção do seu feminino. E para então, poder criar o seu próprio modelo.

Formação Psicológica da Mulher com seu Feminino

Diante de tantas crenças milenares e sem um modelo compreendido, o aspecto psicológico da mulher necessita encontrar ou reencontrar um real caminho para se construir e se definir em seu valor.

Alguns fatores que contribuem para o feminino de hoje:

- com a negação do Sagrado Feminino, uma herança dos seus ancestrais, a mulher ficou empobrecida e desnutrida na sua integridade o que pode gerar graves danos à sua saúde psíquica individual e coletiva.
- "o exílio psíquico feminino": uma representação dos ferimentos produzidos pela supremacia do masculino das sociedades patriarcais.
- dependência e co-dependência, uma característica presente na relação das mulheres.
- a dificuldade de ter autonomia, uma configuração possível na relação com sua mãe.
- a "herança" materna quanto ao aprendizado da inferioridade feminina numa visão histórico-social.
- o casamento como uma saída do contexto ao qual está inserida.
- construção da identidade de gênero, uma aprendizagem social e familiar.
- dificuldades no contato com o próprio corpo e a construção da sua imagem corporal feminina.
- a mãe como um "tu" semelhante para esta filha. Dificuldade em separar-se dela e tornar-se um ser individual.
- a presença do pai como fator importante dentro do eixo familiar.

Esses itens fazem parte do pensamento e da contribuição da psicologia analítica que tem o desenvolvimento feminino como base da sua plataforma de estudo. (HILLMAN, 1990)

O Transtorno do Estresse Pós-Traumático - TEPT como Consequência na Violência Doméstica

Descrição

O Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) está associado com a exposição a um evento de extremo estressor traumático envolvendo a experiência pessoal direta ou indireta que ponha em risco a própria integridade física. (PROVE – UNIFESP, 2003)

Sintomas

Intenso medo, impotência, revivência do evento traumático, esquiva de estímulos associados com o trauma, embotamento da responsividade geral, dificuldade para recordar as memórias traumáticas, hipervigilância, irritabilidade, dificuldade com o sono, resposta de sobressalto exagerada, e outros.

Conceituar e discutir o Transtorno de Estresse Pós-Traumático é bastante interessante para um estudo antropológico e sociológico do mundo contemporâneo. (BALLONE, 2002, p.103). É talvez o maior prejuízo não material que a violência gera ao cidadão. O seu prejuízo emocional é maior e mais durável do que qualquer outra forma de querela material possível de ocorrer.

Na violência doméstica, o TEPT ocorre de maneira crônica, tornando a mulher uma vítima direta de suas consequências e também uma representante de vários dos seus sintomas.

Importante considerar que difere a gravidade de acordo com o trauma vivido por ela. Geralmente mulheres que sofreram abuso sexual na infância tendem a ter um quadro de TEPT mais grave, representado por um estado crônico de raiva e vingança. E anos de violência trarão repercussões e danos significativos em sua vida psicológica, moral e social.

Portanto, mulheres vítimas de violência doméstica devem procurar por tratamento especializado para que possam compreender esta dinâmica adoecida.

“Onde o amor impera, não há vontade de poder; e onde o poder predomina, o amor está ausente. Um é a sombra do outro”. (C.G.Jung)

Bibliografia

BAUDRILLARD, J. e MORIN, E. A Violência do Mundo. Rio de Janeiro: Anima, 2004.

BALLONE, J. G.; NETO, E. P. e ORTOLANI, I. V. Da Emoção à Lesão. São Paulo: Editora Manole, 2002.

COUTO, S. Violência Doméstica. Minas Gerais: Autêntica, 2005.

FAUR, M. O Legado da Deusa. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos, 2003.

HILLMAN, J. Anima. São Paulo: Cultrix, 1990.

JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN. Violência Doméstica e Sexual en Castilla y León: Prevención y Protección Institucional. Salamanca: Gráficas Varona, 2001.

LEONARD, L. S. A Mulher Ferida. São Paulo Summus Editorial, 1997.

MARTÍN, M C. e OLIVEIRA, S. Marcadas a Ferro. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005.

NEUMANN, E. O Medo do Feminino. São Paulo: Paulus, 2000.

PRIORE, M. D. História das Mulheres no Brasil. São Paulo: Editora Contexto, 2004.

SCHRAIBER, L. B. D'Oliveira, A.F.L.P. Violence against women: interfaces with Health care, v.3, n.5, 1999.

VIANNA, L. A. C.; BOMFIM, G. F. T. e CHICONE, G. Autoestima de las Mujeres que sufrieron violências. Rev.Latino-am Enfermagem 2006 set.-out; 14(5).www.eerp.usp.br/rlae

ZAMPIERI, M. A. J. Codependência. São Paulo: Editora Ágora,
2004.

O CAMINHO DAS FLORES: UM PASSEIO POR ENQUADRES DIFERENCIADOS[43]

Thaís Mariana Arantes Ferreira
Andrés Eduardo Aguirre Antúnez

RESUMO:

Com intuito de investigar a interface entre o *setting* psicanalítico e o *setting* no acompanhamento terapêutico, nos questionamos se o cuidado oferecido ao paciente em ambiente externo ao consultório, comumente utilizado no Acompanhamento Terapêutico, atua como impasse para que se dê um processo analítico. Para discutir o tema apresentaremos um acontecimento clínico intitulado *O caminho das flores*, no qual, a partir de uma fala da paciente, a terapeuta intuiu a imagem de *um lugar* específico a ela conhecido e convidou a paciente a visitá-lo. Tal vivência possibilitou à paciente uma experiência de criação e encanto sustentada pela relação transferencial, de modo que pôde retomar seu devir. A dupla experimentou um impacto estético nessa travessia de um *setting* a outro que, antes de se tornar um possível impasse, possibilitou um rearranjo importante na vida da paciente e nas reflexões clínicas da terapeuta.

"Percorrer os territórios do mundo
é desconstruí-lo para torná-lo próprio"
(Safra, 2005, p. 94)

Ao estruturar a psicanálise como prática clínica Freud desenvolveu uma compreensão da estrutura psíquica do paciente, possibilitando, dessa forma, que o processo diagnóstico não se restringisse à classificação nosográfica das doenças mentais.

Podemos pensar em dois "lugares" na teoria elaborada pelo autor: o primeiro deles abriga a *técnica psicanalítica*, com os conceitos e mecanismos psíquicos descritos e a maneira pela qual os dados trazidos pelo paciente podem ser trabalhados; o segundo abriga o *setting,* facilitador do processo psicanalítico.

[43] Trabalho apresentado no XVII Encontro Latino-americano sobre o Pensamento de Donald W. Winnicott, organizado pela SBPSP, 17 e 18 de Outubro de 2008.

Zimmermann (2001, p. 382) comenta que o termo *setting,* também traduzido como enquadre, "pode ser conceituado como a soma de todos os procedimentos que organizam, normatizam e possibilitam o processo psicanalítico. Assim, ele resulta de uma conjunção de regras, atitudes e combinações, tanto as contidas no contrato analítico, como também as que vão se definindo durante a evolução da análise, como os dias e horários das sessões, os honorários com a respectiva modalidade de pagamento, o plano de férias...".

O *setting* adequado à psicanálise exige que o analista cumpra certos procedimentos, que Winnicott (2000, pp.382-383), ao observar o contexto clínico de Freud, enumera da seguinte maneira:

Diariamente, numa hora marcada, cinco ou seis vezes por semana, Freud colocava-se à disposição do paciente. (Esse horário era planejado de modo que fosse conveniente para ambos.)

O analista estaria com certeza lá, na hora, vivo e bem.

Durante o tempo previamente combinado (cerca de uma hora) o analista permaneceria acordado e estaria preocupado com o paciente.

O analista expressaria o seu amor pelo interesse positivo assim demonstrado, e seu ódio pelo estrito cumprimento dos horários de início e fim, e também através dos honorários. O amor e o ódio eram expressos honestamente, ou seja, não negados pelo analista.

O objetivo da análise seria o de entrar em contato com o processo do paciente, compreender o material apresentado e comunicar essa compreensão verbalmente. A resistência implicaria em sofrimento, e poderia ser atenuada pela interpretação.

O método do analista era o da observação objetiva.

Esse trabalho era realizado dentro de um quarto, não num corredor, um quarto silencioso e não sujeito a barulhos repentinos e imprevisíveis, mas não absolutamente silencioso nem imune aos ruídos domésticos normais. O quarto estaria adequadamente iluminado, mas nunca por uma luz direta no rosto e nem por uma luz variável. O quarto certamente não seria escuro, e estaria agradavelmente aquecido. O paciente deitaria num divã, ou seja, estaria confortável (caso isto lhe fosse possível), e haveria provavelmente um cobertor e um jarro de água.

O analista (conforme sabemos) mantém o seu julgamento moral fora do relacionamento, não tem desejo algum de intrometer-se com detalhes de sua vida pessoal e de suas idéias, e

não deseja tomar partido nos sistemas persecutórios, mesmo quando estes aparecem na forma de situações verdadeiramente compartilhadas em termos locais, políticos etc. Naturalmente, se houver uma guerra ou um terremoto, ou se o rei morre, o analista não ficará desinformado.

Na situação analítica o analista é bem mais confiável que as demais pessoas na vida cotidiana. De um modo geral, ele é pontual, não propenso a ataques de fúria nem a apaixonar-se compulsivamente etc.

Para o analista há uma clara demarcação entre fato e fantasia, de modo que sonhos agressivos não o magoam.

É possível contar com a ausência da retaliação.

O analista sobrevive.

Tais elementos, para que sejam constitutivos de um enquadre analítico tradicional, devem permanecer invariáveis ao longo de todo o processo de análise. Etchegoyen (2004, p.294), ao se referir à situação analítica como "conjunto de relações que incluem o processo e o enquadre", ressalta a necessidade, para a análise, de que o enquadre nunca seja determinado pelo processo analítico. Isto porque a psicanálise se coloca em oposição às técnicas ativas, e entende que o enquadramento deve ser um elemento imóvel, firme e também elástico; lembrando que tal elasticidade não se refere à inclusão de parâmetros a partir do processo, e sim a mínimas modificações em virtude da realidade, da contratransferência, e que não tenham a finalidade de obter mudanças estruturais no paciente.

Winnicott se mostra mais disponível às alterações no *setting* analítico, e isso pode ser facilmente observado no capítulo "Quando a primavera chegar", do livro homônimo, de Masud Khan (1991), ao indicar Khan para o tratamento de Veronique, uma garota que estava internada em uma clínica por recusar alimentação. Winnicott aconselhou Khan a atendê-la na própria clínica e, ainda, a usar as roupas de equitação que este tinha, pois a garota era cavaleira e, segundo Winnicott, se sentiria muito mais segura ao ver os trajes de Khan, do que com qualquer palavra que este pudesse dizer.

É senso-comum que trajes de equitação não são vestimentas representantes da neutralidade, mas, ainda assim, Winnicott considerou a importância que estas roupas teriam para favorecer um o estabelecimento de um bom vínculo entre Veronique e Khan, o que é imprescindível para o processo

analítico, já que o contato com outro ser humano traz a possibilidade de uma aproximação com a própria verdade e, a partir daí, a evolução e a simbolização da vida psíquica (Safra, 2005).

Para Winnicott, o analista precisa dar ao paciente a oportunidade de reparar falhas ocorridas no desenvolvimento emocional primitivo, e isso se dá através da interpretação e do oferecimento, ao analisando, de algo que supra as funções necessitadas, para que o desenvolvimento psíquico possa ser continuado.

Muitas vezes, Winnicott atendeu seus pacientes em um *setting* bastante diferenciado. O garoto Ilro, por exemplo, foi atendido por Winnicott com o intermédio de uma tradutora, já que os dois não falavam a mesma língua. Mas o envolvimento da dupla no processo era de tal ordem que as ocorrências externas eram pouco relevantes; tanto que eles até se esqueciam de que havia uma tradutora presente. O envolvimento da dupla e a concentração de ambos no jogo a ser realizado (jogo do rabisco) criava ali o assim chamado espaço potencial, de modo que a realidade compartilhada ficava à espera. A própria folha de papel em branco estava lá assinalando o espaço potencial, fazendo o convite a um tipo de processo em que ambos estariam implicados.

Uma modalidade de atendimento clínico cuja característica mais evidente é a utilização de um enquadre que pouco se assemelha ao proposto por Freud é o **Acompanhamento Terapêutico**. Nele os elementos externos não são tão invariáveis; ao contrário, transita-se em espaços públicos e espaços da particularidade do paciente (sua casa, sua família, etc.).

Foi com o intuito de investigar a interface entre o *setting* psicanalítico e o *setting* no acompanhamento terapêutico, em um trabalho de Iniciação Científica, que começamos a nos questionar se o cuidado oferecido ao paciente em ambiente externo ao consultório, comumente utilizado no Acompanhamento Terapêutico, atuaria como impasse para que se dê um processo analítico.

Para explorar melhor as possibilidades do uso desse enquadre diferenciado, apresentamos um caso clínico que intitulamos “O caminho das flores”, no qual a terapeuta ofertou uma intervenção fora do *setting* tradicional, mas que teve início a partir dele:

A paciente A. estava sendo atendida pela terapeuta há aproximadamente um ano, semanalmente, na Clínica Psicológica Durval Marcondes, do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. O atendimento se dava nos moldes das disciplinas de atendimento clínico do curso de graduação em psicologia.

Naquela manhã, A. estava bastante desorganizada. O momento de sua vida exigia que ela tomasse decisões importantes e, ao mesmo tempo, a remetia à sua infância sem sua mãe – que havia falecido – e aos projetos que não pôde realizar, devido às dificuldades que a vida lhe impusera.

Em meio a um discurso desorganizado, A. falava em um tom de revolta e desespero que precisava "encontrar o caminho das flores". Tal frase, pronunciada repetidas vezes por ela, trazia ao pensamento da terapeuta a imagem de uma determinada praça, por onde já havia passado diversas vezes, mas que, certo dia, havia a surpreendido com a beleza das flores que brotaram em meio à folhagem alta.

Já havia se passado mais da metade da sessão que durava 50 minutos, quando a terapeuta interrompeu a fala de A. convidando-a para ir a "um certo lugar" em sua companhia. Explicando-lhe que sua fala havia reavivado a lembrança de um determinado lugar, a terapeuta disse que gostaria muito de poder compartilhar esta imagem com a paciente.

As duas deixaram a clínica e foram seguindo a pé até a praça, que ficava bem perto. A terapeuta guiava o percurso e A. seguia com sua fala, do mesmo modo que ocorria antes, no consultório.

A terapeuta ouvia o que A. dizia, mas também se preocupava muito com sua ação, afinal, não tinha certeza se naquela época do ano a praça estaria florida ou não.

A. falava ininterruptamente, até que a dupla dobrou a última esquina e pôde visualizar a praça, que estava lindamente repleta de flores amarelas, brancas e lilases.

Antes que a terapeuta pudesse dizer que aquele era o lugar onde ela gostaria de levar a paciente, A. parou de falar e de caminhar e, deslumbrada pela beleza do que via, disse: "Olha só que lugar mais lindo!".

A terapeuta respondeu que, ao buscar o "caminho das flores", era para aquele lugar que ela a transportava. A. emocionou-se bastante e ficaram, as duas, contemplando aquela natureza que invadia a alma com sua beleza. Depois de algum tempo voltaram para a clínica, para que A. se encontrasse com suas duas filhas, que também eram atendidas no mesmo horário, por outras terapeutas.

Antes de saírem da praça, porém, A. pediu que a terapeuta ensinasse a ela o caminho da clínica até a praça, pois ela queria levar as duas filhas lá também. Era um caminho bastante simples, e conforme as duas iam andando de volta à clínica a terapeuta foi apontando alguns pontos de referência do caminho pelo qual já haviam passado na ida. Porém, A. não se lembrava de ter passado

por aqueles lugares. Era como se não tivessem saído do consultório; como se o jardim tivesse entrado magicamente na sessão.

Na sessão seguinte, não falaram da experiência vivida, mas suas marcas ficaram claras: A. estava bem mais organizada e havia tomado importantes decisões, que ela adiava há tempos. Conseguia olhar para as dificuldades e pensar sobre elas, mas não estava mais paralisada pela desesperança, pois agora sabia da existência real, criada e compartilhada do "Caminho das Flores".

De acordo com Safra (2005, p. 14), há momentos em que "*mais do que um processo de decifrамento das produções do paciente, há uma apresentação do self em gesto e em formas imagéticas (formas sensoriais) sustentados pela relação transferencial, na qual o indivíduo se constitui e se significa frente ao outro*". Naquele momento de desorganização, acreditamos que a paciente não conseguiria assimilar uma interpretação verbal acerca do "caminho das flores", pois isso esbarraria nas falhas de seu desenvolvimento primitivo. "*Como falar de significados reprimidos, se há até mesmo a ausência da capacidade de significar e de dar sentido?"*, indaga Safra (2005, p.14).

Analogamente à experiência do fenômeno transicional, a vivência situou-se em uma região neutra que não poderia ser questionada. A não-verbalização sobre a vivência possibilitou que o objeto se mantivesse como criação original da paciente, o que "*o preserva em sua riqueza semântica e em sua potência transformadora, sem reduzi-lo a um ou a alguns significados alcançados por um processo de tradução ou interpretação*" (Safra, 2005, p.21).

A paciente chorava muito e dizia necessitar do "caminho das flores", como o bebê que chora desejando o seio materno. A terapeuta ofereceu o "caminho" real, como a mãe que oferece o seio real ao seu bebê[44]. A intervenção foi feita a partir de um objeto criado pela própria paciente – como o bebê que cria o seio da mãe, ao aluciná-lo e recebê-lo como realidade externa. A ilusão pôde ocorrer porque o "caminho das flores" era, ao mesmo tempo, um objeto do mundo e um objeto concebido pela paciente. A partir deste encontro entre objeto real e objeto subjetivo, a paciente pôde retomar seu devir, pois ela criou uma forma imagética que, quando somada ao contato com o outro significativo (terapeuta) foi constitutiva.

Winnicott (1971, p.19), ao falar sobre objetos e fenômenos transicionais, nos diz que "*É verdade que a ponta do cobertor (ou o que quer que seja) é simbólica de algum objeto parcial, tal como o seio. No entanto, o importante não é tanto seu valor simbólico, mas sua realidade*". Ao

[44] Faz-se relevante dizer que com esta analogia não estamos querendo atribuir ao "caminho das flores" uma função simbolizadora do seio materno.

desejar o "caminho das flores", a paciente buscava uma realização simbólica deste desejo, e a terapeuta, percebendo a necessidade da paciente de sentir reconhecidos e compartilhados os seus símbolos individuais, pôde aproximar-se do idioma pessoal[45] da paciente, apresentando-a em realidade o que esta apresentava como objeto subjetivo. Segundo Safra (2005, pp. 23-24), "*Trata-se de uma concepção do campo simbólico que vai considerar importante não tanto o significado de um determinado símbolo, mas fundamentalmente sua possibilidade de veicular uma experiência, uma vivência. É a função simbolizante que permitirá ao indivíduo seu atravessamento nas diferentes modalidades de estar no mundo: do estado subjetivo à realidade compartilhada*".

No caso clínico apresentado, uma intervenção fora do *setting* analítico tradicional possibilitou à paciente retomar seu devir e de forma alguma atuou como um impasse. Mostrou-nos, ainda, que ao estarmos interessados na questão da constituição do *self* ou de sua evolução, podemos priorizar uma abordagem que possibilite o próprio ato da criação.

Referências:

ETCHEGOYEN, R. H -O enquadre analítico. In: R. H. Etchegoyen, *Fundamentos da técnica psicanalítica* (pp. 294-299). Porto Alegre: Artmed. .2004.

KHAN, M. M - Quando a primavera chegar. In: M. M. Khan, *Quando a primavera chegar: despertares em psicanálise* (pp. 43-71). São Paulo: Escuta., .1991).

SAFRA, G. *A face estética do self.* São Paulo: Unimarco., 2005.

SAFRA, G. *A hermenêutica na situação clínica*. São Paulo: Edições Sobornost., 2006.

[45] Safra (2006, p.20) define o termo "idioma pessoal", de sua autoria, como "*a maneira pela qual a singularidade do ser humano aparece em seu modo de ser, em seus gestos, em sua linguagem e em seu estilo pessoal*"

WINNICOTT, D. W. Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto psicanalítico. In: D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise* (pp. 374-392). Rio de Janeiro: Imago, 2000.

WINNICOTT, D. W. . Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: D. W. Winnicott, *O brincar e a realidade* (pp. 13-44). Rio de Janeiro: Imago, 1971.

ZIMMERMANN, D. E. (2001). *Vocabulário contemporâneo de psicanálise.* Porto Alegre: ARTMED.,2001

REFLEXÕES ÉTICAS SOBRE O TRATAMENTO E O DESENVOLVIMENTO DE UMA CRIANÇA ABRIGADA: A IMPORTÂNCIA DO ENCONTRO INTER-HUMANO.

Denise Sanchez Careta
Ivonise Fernandes da Motta

Este trabalho propõe uma análise reflexiva sobre aspectos éticos presentes na conduta da administração e das funcionárias cuidadoras de uma Instituição-Abrigo dirigida a uma criança de cinco anos, abrigada desde os sete meses de vida. As relações humanas denunciam a necessidade de uma assimilação emocional quanto ao encontro inter-humano, isto é, a inclusão do outro como ser humano que assim, revelar-se-ia então, a conduta ética (Levinás, 1998). Objetiva-se propiciar ao leitor uma reflexão sobre a condição de Ser Humano, a qual é intrínseca a todos, bem como sobre a questão da humanidade e a relação entre os indivíduos calcada na ética acima de tudo. Tais reflexões são discursadas articulando-se o pensamento de Winnicott. Concluiu-se que é emergencial que a Instituição-Abrigo propicie um ambiente favorável para esta criança, de forma a possibilitar o seu desenvolvimento, como, também, reformule condutas, as quais guiadas pela Ética.
Palavras-chave: Ética, Winnicott, Desenvolvimento, Ser Humano, Abrigo.

"É o momento do reconhecimento da mãe/Outro (M/Other) ou como sugere Humberto Eco, quando começa a ética"

Outeiral, J., 2001.

Começo este texto contando um caso; sim, um caso real, ou melhor, um estudo de caso que compõe a pesquisa[46] de Mestrado. Pedro, um dos participantes, aquele que se encaixava plenamente no perfil da pesquisa: criança de até cinco anos de idade, que permaneceu com a mãe até os sete

[46] Estudo de caso pertencente à Pesquisa Científica de Mestrado da autora, em fase de elaboração. Título: Investigações Psicanalíticas sobre o Contato Inicial Materno: Relatos de Crianças Abrigadas no Primeiro Ano de Vida.

meses de vida, tendo sido abrigada em seguida e permanecido na Instituição até então. Essa era a composição do perfil para poder enquadrar-se na pesquisa. Sim, Pedro, esse garoto que eu não conhecia e que já iria me ajudar.

Seleciono este caso por chamar a atenção para o tratamento ético com relação ao próximo, focalizando o seu desenrolar abarcando a ética como referência.

A apresentação que obtive de Pedro por parte da Instituição foi a mais desanimadora possível. Ouvi da assistente social: "... é um caso perdido, ele é difícil, ninguém agüenta, é agressivo, bate, cospe, você vai ver... A mãe só toma goró, uma alcoólatra, ninguém sabe... o irmão passa no psiquiatra, a irmã é calada e ele não tem jeito!". E continua: "tem quase cinco anos, anda há um ano só, usa fraldas e agora é que começou a falar; quando chegou aqui e, até hoje, tudo o que come evacua em seguida, não mastiga, os pés virados para dentro, chagas por todo o corpo, ele chegou aqui e até hoje tudo o que come evacua em seguida. Não, não é fácil".

Após essa apresentação, comecei a imaginar como seria esse garoto. Como ele iria participar da sessão de três horas lúdicas e da aplicação do procedimento de desenhos-estórias[47]? Ficava-me perguntando.

Ao chegar o dia combinado, fui informada de que Pedro estava com diarréia e febre, mas segui para o encontro, pois ele já havia sido medicado e eu gostaria de conhecê-lo. Chegando à Instituição, a secretária recebeu-me dizendo: "Cuidado com o Pedro, ele é terrível, agressivo". Respirei fundo e lá fui eu...

Vale a pena relatar o espaço que foi arranjado para desenvolver os atendimentos com Pedro. Utilizo a palavra 'espaço' porque não encontro outra mais adequada: não é uma sala, pois não tem paredes até o teto e nem portas, e também não tem divisões, mas um mezanino, pois se encontra no pavimento superior de uma sala. Quando entrei nesse local com minha caixa lúdica repleta de materiais, olhei e não acreditei: baratas, o espaço estava cheio de baratas e não me utilizo de nenhuma metáfora, eram baratas mesmo, muitas, todas mortas, mas dezenas delas, perdi as contas próximo do cinqüenta! Comecei a varrer tudo aquilo, como poderia trazer uma criança ali? A sujeira era imensa, surpresa eu estava, pois havia avisado antecipadamente que iria começar os atendimentos naquele dia e aquele local fora determinado previamente pela própria assistente social.

[47] Instrumentos de avaliação compostos para investigação do desenvolvimento emocional integrantes da pesquisa científica de Mestrado da autora.

Além do mais, aquele espaço compunha a Instituição, um local que abriga crianças. Só me restava varrer as baratas. Tentei arrumar minimamente o local, pois de outra forma não poderia estar com Pedro ali. O máximo feito foi varrer e retirar aquela enorme quantidade de baratas.

Depois dessa experiência, fui ao encontro de Pedro... Quando cheguei no dormitório, encontrei numa pequena sala algumas crianças sentadas num sofá grande, outras pelo chão e outras ainda olhando em direção à televisão, que mal se podia escutar. Lá estava um garoto amarrado num carrinho de bebê, mas um garoto crescido e não um bebê. Fui até a "tia" que limpava o local e perguntei sobre o Pedro, quem era o Pedro? A tia apontou: "É aquele lá". Adivinhem quem era? Isso mesmo, o garoto amarrado no carrinho de bebê! Aproximei-me cautelosamente, pois já haviam me avisado como ele era. No entanto, fui recebida por Pedro com um enorme sorriso. Amarrado naquele carrinho, ele batia os pés, pois estava eufórico e queria sair.

A "tia" que limpava o local era a responsável pelas crianças naquele momento, e foi buscar um calçado para Pedro num amontoado de tênis que havia próximo dali. Pedro foi logo me dando a mão, queria sair. Depois de colocado o tênis, "abriram-se as porteiras", e o que saiu de lá foi um garoto que queria brincar... Fomos de mãos dadas até o local para o atendimento.

Não vou me ater, neste momento, ao conteúdo dos atendimentos, pois não é o objetivo da discussão, mas continuarei explorando o contato com Pedro. A todo momento perguntava-me: Quem é esta criança? Sorridente, acompanhando-me, não questionava, só queria brincar.

Enfrentamos dificuldades quanto à linguagem, pois Pedro expressava-se pouco verbalmente, mas comunicava-se, podia retratar a sua originalidade por meio dos símbolos do seu brincar: gritava, alimentava-se e alimentava-me com a mamadeira, mostrava sua agonia ao dizer que tinha medo.

Enfim, foram quatro encontros com a caixa lúdica – ele não concordou em desenhar –, realizados do começo ao fim sem nenhum tipo de agressão, percorrendo todo o período de cinqüenta minutos totalmente envolvido num sofrimento humano grandioso, pois era o que retratava o seu brincar. Não um brincar fantasioso, e sim uma gama de vivências reais retratadas com vivacidade. Bastava acolher a sua comunicação, estar diante do outro como ele realmente poderia ser.

A cada novo encontro lá estava Pedro, amarrado no carrinho de bebê. Ele chegava a correr, com suas pernas tortas, quando íamos para o atendimento. Fui percebendo que ficar amarrado no carrinho de bebê funcionava como punição e ameaça, e não só como a única forma de contê-lo, como dizia a "tia".

Sentia-me incomodada ao ver Pedro no carrinho de bebê e a cada vez que ia buscá-lo para os atendimentos ouvia reclamações sobre a criança, todas as vezes por parte dos cuidadores e funcionários. Conversava com as "tias" sobre a razão de Pedro estar amarrado e muitas vezes ser deixado num corredor olhando para uma parede branca, um vazio total. Estas alegavam que esse era o jeito de lidar com ele. Não satisfeita, conversava com a assistente social e ela dizia que ele não sossegava.

Nesse ínterim, assumiu um coordenador, filho da fundadora, cuja primeira atitude foi tentar impedir a continuidade da minha pesquisa. Após alguma insistência, permaneci na instituição.

Encerrados os atendimentos, segui com o material para análise psicodiagnóstica. Percorrendo todo o prontuário de Pedro, localizei a clínica-escola que ele freqüentava. Sem dúvida, fiz contato. Ouvi: "Ah, o Pedro, é um psicótico". Mais uma vez fiquei totalmente imersa na conclusão que tinham sobre Pedro; naquele momento era somente um psicótico.

Durante as supervisões com a orientadora, nada percebíamos de psicótico, e Pedro continuava amarrado "a fim de ser contido", segundo as cuidadoras, e restrito a ser um caso perdido e psicótico. Ética era a palavra que menos poderia ser empregada nesse cenário real.

Com relação ao abrigo, em uma reunião com seu coordenador, foi-lhe entregue um relatório explicativo sobre as condições emocionais de Pedro que enfatizava o comportamento repudiante de amarrá-lo no carrinho de bebê, bem como outras privações e negligências que acometiam essa criança. Foram também propostas condições favoráveis, porque antes de tudo a criança era, ao contrário do que o qualificavam, um **SER HUMANO**.

Foi realizada então uma reunião com a coordenadora da escola especial que Pedro freqüenta, quando lhe foi apresentado seu quadro emocional, que se baseia em reações psicóticas[48] quanto ao ambiente, o que nos faz pensar que essa seria a sua única alternativa de sobrevivência. Foi mostrado também que, se o ambiente não fosse facilitador para com a criança, este certamente deixaria de ser um quadro reativo e passaria a ser estrutural. Bem, a coordenadora nada sabia sobre as vivências reais de Pedro no abrigo e passou a agendar encontros quinzenais com o coordenador a fim de acompanhar a criança com eventuais orientações e, também, incentivar o treino do controle esfincteriano, o qual já foi iniciado na escola, com respostas favoráveis.

Algumas providências foram tomadas: a psicoterapeuta de Pedro foi informada sobre seu quadro emocional, e a professora responsável foi orientada a propiciar condições favoráveis e

[48] Winnicott (1994) descreve a psicose como uma organização defensiva relacionada a uma agonia primitiva devido às reações (intrusões) ambientais na fase pré-concern.

exploratórias quanto ao ambiente. Foram feitas reuniões nesta clínica-escola para esclarecimentos sobre o caso. Quanto ao abrigo, não houve muitas esperanças, somente promessas de melhora de conduta para com a criança.

Enfim, esta é a história de Pedro, um garoto, um ser humano, um excluído!

COMENTÁRIOS

Talvez, poder-se-iam mencionar postulados teóricos sobre a Ética. Porém, esta narrativa tem como estratégia a substituição da teorização de forma a podermos pensar claramente, com base no real, o que é a Ética.

Gostaria de enfatizar que o objetivo deste escrito não consiste na compreensão do quadro emocional de Pedro, o que num outro momento pode ser pauta de uma nova discussão, por isso não vou me ater ao conteúdo das horas lúdicas. Entretanto, o que me prende é um estágio anterior ao que Pedro se encontra emocionalmente. O que me causa uma mescla de atenção e pavor é: o que será de Pedro enquanto Ser Humano?

Proponho articular o pensamento de D. W. Winnicott (1999, p. 23) sobre o viver criativo: “Para ser criativa, uma pessoa tem que existir e ter um sentimento de existência”. E ainda: “Em conseqüência, a criatividade é o fazer que, gerado a partir do ser, indica que aquele que é está vivo”. Como então assimilar a condição de existência de Pedro? Como pensar a Ética em relação a Pedro? Articular esse pensamento é tentar compreender que o ambiente circundante de Pedro não lhe possibilita rumar para um viver criativo, pois não há sequer esperanças, por parte dos que estão à sua volta, quanto à sua possibilidade de existência; pior que isso, não há incentivo para seu possível desenvolvimento.

Partindo-se do postulado teórico de Winnicott (1983) sobre a constituição do indivíduo em interação com o ambiente e, conseqüentemente, podendo pensar que esse ambiente é humano, como fica o campo da Ética enquanto tratar o outro e não perder de vista que o outro é um ser humano? No caso desta apresentação, considerar Pedro enquanto Ser Humano é anterior ao que ele possa apresentar como condições emocionais.

A compreensão deste texto deve ser feita à luz da Ética, considerando-se: a humanidade anterior a rotulações, a humanidade como intrínseca das relações, a humanidade enquanto receber o outro. Esta é a preocupação do desenrolar da existência de Pedro, um sobrevivente!

Encontramos, na literatura de Winnicott (1982), um momento grandioso quando o autor se refere aos movimentos iniciais do bebê, definido como motilidade, inerente à fonte de energia de um indivíduo, fator este que elucida ao referir-se às raízes da agressividade como requisitos essenciais ao desenvolvimento do indivíduo:

> Por conseguinte, existe em toda criança essa tendência para movimentar-se e obter alguma espécie de prazer muscular no movimento, lucrando com a experiência de mover-se e encontrar algum obstáculo (WINNICOTT, 1982, p. 264).

É curioso pensar, com base nessa citação, o que ocorreu e o que ocorre com Pedro, pois embora o autor esteja referindo-se aos momentos iniciais do desenvolvimento do bebê, estamos diante de uma criança de cinco anos que se encontra impedida de caminhar, não metaforicamente, e vê desconsiderada a possibilidade de seu desenvolvimento, fato este reconhecido pela teoria winnicottiana como essencial. Não será isso falta de humanidade para com o outro e, portanto, ausência total de ética para com o Ser Humano? Sim, um extermínio do outro, segundo Levinás (1998), o qual aborda em sua literatura que a Ética elenca a preocupação primeira para com o ser humano.

Continuando a pensar no conceito de motilidade de Winnicott, é interessante a importância atribuída pelo autor aos movimentos, apresentados como sinal de vivacidade, os quais estão presentes desde o início da vida do indivíduo – até mesmo na vida intra-uterina os movimentos do bebê são classificados como sinal de vivacidade.

Logo, pode-se articular isso com a situação atual vivida por Pedro. Diante de sua regressão, a estimulação de seus movimentos – visto que anda somente há um ano –, propiciando condições para que fique livre para explorar o ambiente, seria o esperado e condizente com a afirmação do autor quanto à importância dos movimentos e a agressividade sendo interpretada como saúde, isto é, um aspecto vivaz. E pensar que durante todo o tempo Pedro está sendo privado de explorar o ambiente, literalmente de andar, ficando restrito a permanecer amarrado no carrinho de bebê como explicação, por parte da Instituição, para contenção de sua hiperatividade e agressividade! Então, Pedro, quando

"descobre" o que é o andar e que ele pode caminhar – quando fica livre do carrinho de bebê –, vai obviamente querer explorar intensamente o ambiente.

Podemos até arriscar uma comparação com a criança que começa a andar, quando ouvimos da mãe que ela não pára, não se cansa, quer andar o tempo todo. Podemos pensar também que ela está explorando intensamente o ambiente, e que Pedro, mediante esse atraso e apresentando-se tardiamente com tal necessidade de explorar, tem que conviver com o impedimento dos cuidadores da Instituição, que insistem em privá-lo dessa possibilidade de desenvolver-se. Tal conduta é um exemplo gritante de um ato antiético para com o semelhante. Não ser considerado pelo outro e ter inibida a possibilidade de seu desenvolvimento, bem como estar inserido num ambiente desfavorável e não suficientemente bom – retrato atual de Pedro –, segundo a visão winnicottiana, é um quadro que corrompe completamente a ética para com o ser humano, visto que é uma criança que não recebe o tratamento como ser humano antes de tudo.

Oferecer um ambiente destinado a crianças, como é o caso do abrigo, e manter um local repleto de baratas, uma quantidade enorme que pressupõe que o local não era limpo há tempos, é uma alarmante condição antiética, pois não há nenhuma consideração pelo outro e contraria todas as leis de higiene e condições básicas de saúde.

Além disso, o fato de Pedro ser considerado pelo abrigo como uma criança totalmente comprometida emocionalmente e tratado com discriminação, sem esperanças e desacreditada, aliado à visão da escola e da clínica-escola em classificá-lo como um psicótico e, em decorrência, não merecedor de qualquer investimento, bem como privá-lo da possibilidade de reintegração e de uma possível recuperação, é uma verdadeira negligência e, portanto, uma conduta antiética para com o ser humano.

Negligência é a palavra que Pedro conhece desde o início de sua vida, pois foi com essa declaração que se decretou o motivo pelo qual foi abrigado. Mais uma vez nos deparamos com a falta de ética.

Por isso, a proposta desta discussão, de pensarmos como o outro pode agir em relação ao seu semelhante, e antes mesmo de compreender as patologias e o quadro emocional de Pedro, é a seguinte: é emergencial que esta criança seja percebida como um ser humano, merecedor de atenção e esperanças quanto ao seu desenvolvimento, visto como uma criança que vive em nosso meio, dele compartilha e possui todo o direito de desenvolver-se.

Corromper o Ser, impedindo-o de ser Humano, de forma a inibir o gesto espontâneo e o viver criativo (Winnicott, 1999), é assim um agir sem Ética, é a ausência de Ética, é excluir o outro. Considero, com base nesse pensamento, que Pedro é uma vítima da falta de Ética, um personagem real da possibilidade de destruição do outro que o humano possui!

Por isso, é interessante ressaltar as palavras de Outeiral (2001, p. 32) quando, em seus escritos, cita Humberto Eco frisando que "quando o outro entra em cena, nasce a Ética", pois a condição de humano pressupõe o subsídio de ser ético, considerar o outro como humano, estar diante do outro como outro e não como si mesmo, tornando-se assim uma coexistência.

Pensar em ética é pensar em Pedro como um Ser Humano e não como os derivados que muitas vezes substituem a sua condição primeira, que é de ser Humano, isto é, não um desacreditado, um excluído, mas sim um Humano, que habita nosso mundo e faz parte da humanidade.

É importantíssimo pensarmos na relação com o Outro, considerando-o como Ser. A teoria winnicottiana enfatiza essa importância desde os primórdios da constituição do indivíduo, e destaca que a partir da relação com o Outro, da interação com o ambiente e com o objeto é que caminhamos para o desenvolvimento do Ser, podendo-se rumar para um viver criativo.

Notamos que, de acordo com a teoria de Winnicott, a importância da presença do Outro como facilitador para o transcorrer do desenvolvimento psíquico é essencial. Para tanto, elege-se um momento brilhante em que o autor destaca a importância do olhar para a constituição do Ser, do estar diante do Outro de modo a facilitar nele o seu reconhecimento como Ser. Segundo Winnicott (1975, p. 7), "Quando olho, sou visto; logo, existo. Posso agora me permitir olhar e ver[49]...".

Podemos pensar então o quão significativa, importante, rica e essencial é a relação com o outro, olhar em direção ao outro, considerando-o como outro, podendo assim criar-se a verdadeira existência, e refletindo-se à luz da teoria de Winnicott, como apropriar-se da história de Pedro sem questionarmos seu desenvolvimento emocional, como também ressaltarmos suas vivências como as de um seqüestrado da postura anti-ética, pois desde o início é um excluído do outro.

As vivências reais de Pedro, tais como a exclusão da família de origem, a exclusão e desesperança vivida na Instituição, a condição ambiental propriamente dita em termos de higiene e

[49] O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil (1975, p. 157). D. W. Winnicott apresenta a referência do uso do espelho no desenvolvimento do ego, utilizando-se o espelho como o rosto da mãe.

qualidade de vida, bem como a rotulação de ser somente um psicótico, tanto na escola como na clínica-escola, um desacreditado esquecido no universo dos desfavorecidos, convidam-nos a refletir sobre o sofrimento humano. Sobre o tema, destaca-se a apresentação de Safra (2003, p. 58):

> O mundo humano perde de vista a condição humana, esquece-se, por exemplo, de que em algumas situações de sofrimento o indivíduo precisa de atenção. Atenção é uma possibilidade de se estar frente ao outro e se deixar afetar pelo outro, de ouvi-lo e de responder a ele.

Acredito que a ética possa ser pensada em termos de sofrimento humano, pois excluir um Ser da condição de humano é um ato que infringe totalmente a ética. Continuando a pensar no sofrimento humano, a corrupção da humanidade dirigida a Pedro faz com que focalizemos o quanto podemos encontrar situações sugestionadas primeiramente à condição ética vivida, acompanhada de uma análise posterior de suas organizações psíquicas. O sofrimento humano descrito neste caso real tenta abordar primeiramente a condição de vida e impedimento real de ser tratado, visto e ouvido como um Ser e, posteriormente, as condições emocionais que complementam esse sofrimento.

Gostaria que este texto propiciasse uma reflexão sobre a ética, mas a ética que está muito próxima de nós, não somente de postulados teóricos, mas a ética cotidiana, a que nos circunda e a que nos faz pensar o Outro, visto que estar diante do Outro é o que nos faria aproximarmos da condição de seres humanos.

Interessante, também, é inserirmos nesta análise o olhar direcionado à contextualização social, ressaltando a problemática da exclusão social como um fenômeno que abarca várias condições de oprimidos, muitas vezes rotulados que ocupam categorias de não semelhantes e estigmatizados.

Declara Vaisberg (2004), em seus escritos, a importante passagem da exclusão de pacientes psiquiátricos no campo da loucura, visão esta que, articulada à problemática atual discursada neste comenos, vem reassegurar o fato de que, na compreensão da extensão social, nos deparamos com situações degradantes como a exposta, que ilustram o contexto social sendo margeado pela contextualização do oprimido. É notória a citação da autora, reproduzida a seguir:

> Os achados desses estudos coincidem com o que tenho presenciado no hospital psiquiátrico, tanto quando converso com pacientes, que não desperdiçam a eventual disponibilidade de quem possa ouvir suas histórias de vida, como quando se escutam observações de psiquiatras e enfermeiros, tendentes a desqualificar os problemas relacionais alegados, entendendo que o paciente é, fundamentalmente, um doente, na acepção precisa do termo. É facilmente observável, entre os profissionais, a crença de que os pacientes enfrentam os problemas que todo mundo enfrenta, mas não conseguem lidar satisfatoriamente com eles, em virtude de serem loucos (VAISBERG, 2004, p. 223-224).

Proponho uma rápida viagem ao início deste relato, com a finalidade de indicar um recorte à figura concebida de Pedro perante os funcionários, cuidadores, professores, enfim, as pessoas que o circundam. É interessante a semelhança de estarmos retratando um oprimido, um desafortunado, utilizando-nos da terminologia winnicottiana.

Ainda percorrendo a trajetória de Vaisberg, é importantíssimo o que a autora discorre sobre a contextualização social que abarca a condição do excluído, pois enfatiza que podemos nos familiarizar com este tema, em situações diversas, além da loucura e da institucionalização de crianças que passaram por privações. Chama-se a atenção para os casos também da soropositividade (Aids), o desemprego, a pobreza, a homossexualidade, além de outros, como indicativos de representações preconceituosas e estereotipadas que vêm acelerar o repúdio desta condição inaceitável: a posição de excluído (idem, p. 222).

Vale a pena ilustrar a citação de Vaisberg que elucida a compreensão do universo da loucura, com uma visão extremamente vinculada ao olhar humanicista, e que se aproxima dos pontos elucidados, permeados pelo chamado à questão da humanidade, da referência de Pedro:

> ... o que dizem os pacientes que temos pesquisado é: a loucura é algo que pode acontecer com qualquer pessoa. É interessante ressaltar que, quando se referem à vida, estão abordando exatamente o cotidiano, enquanto experiência dramática, vincular e coexistencial, correspondente ao nível especificamente humano de análise das diversas ciências humanas, no qual

> se configuram propriedades e qualidades de conduta que já não falam do ser e do viver, mas da existência, ou melhor, da coexistência, como fenômeno absolutamente incomparável ao que se encontra nos níveis inferiores da organização da complexidade fenomênica. É no reino da vida em comum e da vida de todo dia, desta vida que toma tempo, onde se entrecruzam sonhos, esperanças, projetos, dificuldades, desencontros, sofrimentos e traições, que os pacientes localizam acontecimentos que os arremessam nos abismos das agonias impensáveis do enlouquecimento. É predominantemente desde seus amores infelizes e de seus projetos frustrados, ou como dizem, da "vida cruel" e do "coração magoado", que vem brotar um sofrimento tão insuportável que pode lançá-los numa louca viagem para fora do cotidiano compartilhado e da coexistência (VAISBERG 2004, p. 225-226).

Faço um convite ao leitor, com base na citação apresentada, a embarcar no universo psíquico de Pedro, na condição preponderante de sua rotulação, inserido no âmbito da psicose. E também pensar que, através da reflexão do campo da loucura, se decrete a presença da existência humana dotada de dignidade e respeito.

Como uma das possíveis argumentações a respeito da exclusão social, cito ainda a compreensão desta autora sobre o problema da exclusão social, calcada além dos estudos da Sociologia e da Antropologia, nas ciências humanas, a qual declara, sob o ponto de vista da psicopatologia psicanalítica, a problemática da exclusão que apresento a seguir, propondo uma articulação com a discussão sobre a estigmatização, que, escancaradamente, seleciona Pedro como personagem:

> ... nesse campo, a problemática da exclusão tem sido focalizada como fenômeno pertencente à psicodinâmica das estratégias paranóides de defesa psicótica. Nessa linha, para fazer frente a intensas angústias de fragmentação, que assolariam um indivíduo que não tenha contado com condições e tempo para melhor se pré-organizar psiquicamente, ocorreria uma divisão imaginária radical entre o bom e o mau, de modo a permitir

> que, mediante a ação de operações defensivas, se localizasse toda a maldade em território imaginário "not-me", mais ou menos vasto. O excluído corresponderia, portanto, ao depositário da projeção da maldade, de modo que sua varredura consistiria num ato absolutamente legítimo, em justo banimento do mal" (VAISBERG, 2004, p. 12-13)

Ora, talvez Pedro venha a ser um depositário, como ilustrado no pensamento da autora, denunciando, assim, o sofrimento da exclusão, da estigmatização, o apropriado da maldade, que isenta, conseqüentemente, aqueles que se colocam no campo dos afortunados, inseridos no contexto social e diferenciados por esta cisão imaginária.

Assim, impulsionada pela situação inaceitável de Pedro, conduzo esta reflexão com a finalidade expressa de poder contribuir para possíveis reformulações nas Instituições Assistenciais, bem como por outras situações que, além desta, guiada pela visão da conduta humana, sugira a emergência da propagação do pensamento ético presente nas relações e inserida na visão da contextualização social.

Por fim, permeando o contexto social como alicerce para a compreensão das instituições, enfatizo o pensamento de Winnicott, quando descreve a condição esperada da criança que passa por privação e que é alocada em instituições como substitutas de seu lar de origem:

> "... os objetivos são, em primeiro lugar, prover teto, comida e roupa a crianças que foram negligenciadas; em segundo lugar, criar um tipo de vida em que as crianças tenham ordem em vez de caos; e, em terceiro lugar, impedir para o maior número possível de crianças a ocorrência de um choque com a sociedade, até que a soltem no mundo... " (WINNICOTT, 1999, p. 207).

Nessa passagem do pensamento winnicottiano, destaca-se a emergência dos cuidados institucionais, como provedores de assistência e preparação, para a inserção do indivíduo no contexto social, possibilitando-lhe abraçar a realidade social como pertinente a essa provisão.

Entretanto, nesta apresentação, nota-se a negligência maior, endereçada à criança em destaque, como simbologia de uma estigmatização e exclusão, situação essa causadora de repúdio

e indignação, que vem conquistar um espaço dentro do nosso universo pensante e propor condições mais favoráveis de inclusão social aos desfavorecidos que foram usurpados de melhores condições de vida.

A VOCÊ, PEDRO, UM SOBREVIVENTE!

Referências

LEVINÁS, E. *Da existência ao existente.* Campinas: Papirus, 1998.

OUTEIRAL, J. "A ética e o verdadeiro e o falso *self* ou quando o outro entra em cena, nasce a ética". In: _____; HISADA, S.; GABRÍADES, R. *Winnicott: seminários paulistas.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001, p. 27-35.

SAFRA, G. "Psicanálise do *self* e sofrimento humano". In: AIELLO-VAISBERG, T. M. J. ; AMBROSIO, F. F. (Orgs.). *Trajetos do sofrimento: rupturas e (re)criações de sentido.* São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2003, p. 55-59.

VAISBERG, T. A. "Limites da compreensibilidade da conduta: loucura e sociedade". In: *Ser e fazer – enquadres diferenciados na clínica winnicottiana*. Aparecida: Idéias e Letras, 2004, p. 205-241.

VAISBERG, T. A. "Sofrimento humano e práticas clínicas diferenciadas". In: *Ser e fazer – enquadres diferenciados na clínica winnicottiana*. Aparecida: Idéias e Letras, 2004, p. 9-21.

WINNICOTT, D. W. "O medo do colapso (*breakdown*)". In: _____; WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (Orgs.). *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994, p. 70-76.

WINNICOTT, D. W. "Vivendo de modo criativo". In: *Tudo começa em casa.* São Paulo: Martins Fontes, 1999, p. 23-51.

WINNICOTT, D. W. “Primeira parte: estudos sobre o desenvolvimento”. In: *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1983, p. 19-98.

WINNICOTT, D. W. “As raízes da agressividade”. In: *A criança e seu mundo.* Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos – LTC, 1982, p. 262-270.

WINNICOTT, D. W. “A criatividade e suas origens”. In: *O brincar & a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975, p. 95-103.

WINNICOTT, D. W. “O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil”. In: *O brincar & a realidade.* Rio de Janeiro: Imago, 1975, p. 153-162.

WINNICOTT, D. W. “A criança desapossada e como pode ser compensada pela falta de vida familiar”. In: *Privação e delinqüência.* São Paulo: Martins Fontes, 1999, p. 207.

A HISTÓRIA DOS GÊMEOS DANIEL E MATHIAS ABRIGADOS NO PRIMEIRO ANO DE VIDA: RETRATOS DE VIOLÊNCIA E DESAMPARO E NECESSIDADE DE INTERVENÇÕES EM CONTEXTOS INSTITUCIONAIS[50]

Denise Sanchez Careta
Ivonise Fernandes da Motta

INTRODUÇÃO

Este estudo teve como objetivo investigar o desenvolvimento psíquico de gêmeos abrigados no decorrer do primeiro ano de vida. Foram separados ao nascer, tendo como histórico inicial para Daniel, a ausência do contato materno logo após o nascimento, onde permaneceu hospitalizado até os oito meses de vida e seguiu para o abrigamento; e para Mathias, a descontinuidade do contato materno e familiar aos dez meses de vida, seguida pelo abrigamento. Os gêmeos estavam com cinco anos de idade, próximos da adoção, durante a pesquisa. Trata-se de estudos de casos, embasados pelo método psicanalítico, à luz dos pensamentos de Winnicott. Por meio do diagnóstico psicológico, com o emprego das técnicas projetivas Hora de Jogo e Procedimento de Desenhos-Estórias (Careta, D. S. 2006), buscou-se a compreensão da vida intrapsiquica dos gêmeos. Foram realizados cinco encontros com cada criança no abrigo[51].

Segundo Winnicott (1950/2002:199), os efeitos decorrentes no desenvolvimento da criança quando um lar é desfeito ou ainda quando nunca existiu um ambiente inicial sustentador, forte e facilitador são retratados significativamente como a possibilidade de o ódio ser reprimido ou de perder-se a capacidade de amar. As organizações defensivas também podem ser instaladas, tanto a regressão para fases anteriores do desenvolvimento emocional que se apresentaram mais satisfatórias

[50] Parte da Dissertação de mestrado da autora: Careta, D. S. *Análise do desenvolvimento emocional de gêmeos abrigados no primeiro ano de vida: encontros e divergências sob a perspectiva winnicottiana*. Dissertação de mestrado. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2006.
[51] O estudo do desenvolvimento emocional dos gêmeos poderá ser consultado na Dissertação de Mestrado da autora (Careta, D. S. 2006) em www.teses.usp.br

quanto um estado de introversão patológico; também as cisões de personalidade podem ser instaladas[52].

Winnicott (1947) reconhece também que nos ambientes institucionais, ou alojamentos, conforme sua denominação, por não haver estabilidade constante de cuidadores, os resultados tendem a ser desfavoráveis em termos de saúde mental.

> "*Sem alguém especificamente orientado para as suas necessidades, a criança não pode encontrar uma relação operacional com a realidade externa. Sem alguém que lhe proporcione satisfações instintivas razoáveis, a criança não pode descobrir seu corpo, nem desenvolver uma personalidade integrada. Sem uma pessoa a quem possa amar e odiar, a criança não pode chegar, a saber, amar e odiar a mesma pessoa e, assim, não pode descobrir seu sentimento de culpa nem o seu desejo de restaurar e recuperar. Sem um ambiente humano e físico limitado que ela possa conhecer a criança não pode descobrir até que ponto suas idéias agressivas não conseguem realmente destruir e, por conseguinte, não pode discernir fantasia de fato. Sem um pai e uma mãe que estejam juntos e assumam junta a responsabilidade por ela, a criança não pode encontrar e expressar seu impulso para separá-los nem sentir alívio por não conseguir fazê-lo*. (WINNICOTT; 1947/2002:63-64)."

Prosseguindo com Winnicott (1950/2002: 207-210), o autor tece importantes comentários sobre o abrigamento de crianças. Ressalta que a instituição tem como objetivo principal a provisão de um teto, de alimentação e vestuário para aquelas crianças que são separadas de seus lares, além de outros objetivos atrelados à exigência de disciplina e rigor, mas que além desses aspectos há a necessidade de acrescentar mais humanidade nas relações quando se abrigam crianças. Winnicott (idem) afirma que "as crianças podem descobrir humanidade entre elas próprias, e podem chegar até a dar valor à severidade, na medida em que implica estabilidade".

Vale lembrar que toda criança tem potencial para desenvolver-se, mas é a provisão ambiental suficientemente boa que fornecerá os alicerces para a evolução e o progresso do desenvolvimento: "É a tendência inata no sentido da integração e do crescimento que produz a saúde e não a provisão ambiental". A provisão ambiental facilitará, assim, a tendência inata da criança. Winnicott (1963/1983:81) afirma:

[52] Por mais que citemos esses fenômenos patológicos emergentes de forma simples, é necessária a compreensão de que se trata de uma apresentação breve, pois cada um deles representa amplo comprometimento do percurso evolutivo natural.

> "*A mãe e o pai não produzem um bebê como um artista produz um quadro ou o ceramista um pote. Eles iniciam um processo de desenvolvimento que resulta em existir um habitante no corpo da mãe, mais tarde em seus braços, e após no lar proporcionado pelos pais [...] Os pais dependem das tendências hereditárias da criança.*".

DISCUSSÃO

A partir da análise dos dados observamos marcantes divergências do funcionamento psíquico dos gêmeos: Daniel apresentou continência frente às angústias depressivas emergentes facilitando o emprego de intervenções, com prognóstico favorável e; Mathias, em razão da incontinência frente às angústias despertadas, as intervenções, por muitas vezes, foram evitadas de modo a afastar a quebra do sistema defensivo operante, constituindo-se em um prognóstico não tão favorável. Os gêmeos foram adotados em 2004. Após um ano de convivência com o casal adotivo, Daniel permaneceu com os pais adotivos e Mathias foi devolvido ao abrigo.

Observamos também aspectos importantes referentes às relações afetivas patológicas no contexto institucional e, por isso, não podemos deixar de levantar como hipótese a influência também de fatores patológicos do ambiente institucional para a compreensão das análises do desenvolvimento emocional dos gêmeos, pois sabemos que aspectos do ambiente tanto podem favorecer como dificultar o desenvolvimento psíquico.

Dessa forma, podemos hipotetizar que, além dos aspectos clínicos analisados do funcionamento psíquico dos gêmeos, os aspectos patológicos do ambiente institucional podem também ter exercido considerável influência no percurso do desenvolvimento dos irmãos. É extremamente importante focalizar, em estudos posteriores, a dinâmica da instituição, pois observamos clivagens, angústias de abandono e de separação, além de intensas identificações projetivas, especialmente com as cuidadoras das crianças, semelhantes aos dados encontrados na investigação com os gêmeos.

Dialogamos com Bleger (1989:20) que atesta a impossibilidade de conceber o ser humano sem conexão com a natureza e seu meio social e estabelece sua condição de *ser concreto*, o que esclarece que significa pertencer a determinada cultura, grupo, e que ao estabelecer a condição de pertencer a um determinado grupo não se apresenta casualmente, mas sim, por outro lado, "que integra seu ser e sua personalidade: não se deve estudar a consciência ou a atenção in abstract e sim a conduta concreta de tal indivíduo ou de tal grupo, em tais considerações concretas e num dado momento".

Considera ainda o autor (idem) que, pela condição de ser social, o homem está em constante interação com os demais indivíduos, o qual atribui a essa organização de experiências o conjunto das relações sociais, e a esse conjunto, aquele que vem preconizar o ser humano em sua personalidade.

Pensamos que nos últimos tempos já se têm analisado as carências que o contexto institucional apresenta bem como as implicações decorrentes do desenvolvimento psíquico das crianças em condições de abrigamento, e o que se faz necessário é justamente a aplicabilidade de intervenções diretamente junto à instituição, de tal forma que os sintomas apresentados sejam alvo de assistência psicoterapêutica, pois, além de propiciar melhores condições emocionais para o corpo funcional do abrigo, as crianças em condições de abrigamento também se beneficiarão de melhores condições ambientais para o desenvolvimento, para a evolução do crescimento emocional e, conseqüentemente, para maiores possibilidades para o estabelecimento da saúde mental.

Atrelada a esse aspecto de melhores condições ambientais como aspecto facilitador para o desenvolvimento, pensamos também em focalizar a importância de assistência aos bebês abrigados no início de vida. Considerando o processo evolutivo, sugerimos que as cuidadoras fossem orientadas para a importância do desenvolvimento inicial infantil, os cuidados necessários fundamentais nesse período de vida, além do grupo ser assistido por intervenções psicoterápicas. Evidentemente, não descartamos os períodos seguintes, mas é importante minimizar as constantes intrusões ambientais iniciais, de tal forma que o ambiente se apresente mais sustentador nessa etapa primitiva do desenvolvimento infantil, pois talvez muito se contribua para o desenvolvimento da saúde mental, haja vista a extensa permanência das crianças em condições de abrigamento, tal como Daniel e Mathias.

Temos observado um olhar pouco empregado à instituição, sendo que esta necessita de cuidados e sustentação, evidentemente alastrando-os para os que ali são abrigados. Não pretendemos

nos estender, mas apenas citamos a necessidade de as políticas públicas elegerem como meta o desenvolvimento da saúde mental, e que também o ECA possa ser empregado em sua totalidade, além da prioridade para melhores condições de vida e de trabalho para a população, pois é assustador o avanço do número de crianças que são abrigadas e ainda que possuem famílias, e com a superlotação em abrigos, pela demanda acelerada, naturalmente os cuidados apresentam-se precários e deficientes.

Retornemos a Bleger (1989:20) que afirma por ser o meio ambiente do ser humano um ambiente social, provêm deste último os estímulos fundamentais para a organização de suas condições psicológicas. Ao pensar o aspecto relacional entre a instituição e o ser humano, Bleger escreve (1984:55):

> "O ser humano encontra nas distintas instituições um suporte e um apoio, um elemento de segurança, de identidade e de inserção social ou pertença. A partir do ponto de vista psicológico, a instituição forma parte de sua personalidade e na medida em que isto ocorre, tanto como a forma em que isto se dá, configuram distintos significados e valores da instituição para os distintos indivíduos ou grupos que a ela pertencem. Quanto mais integrada a personalidade, menos depende do suporte que lhe presta uma dada instituição; quanto mais imatura, mais dependente é a relação com a instituição e tanto mais difícil toda mudança da mesma ou toda separação dela."

Pela experiência com Daniel e Mathias (Careta, 2006), observamos também que o processo de adoção de crianças deve ser mais bem estruturado. Começamos por abordar o quadro de ansiedades e angústias que mobilizam as crianças frente ao desligamento do abrigo, haja vista sua extensa permanência nesse contexto. As crianças precisam de assistência psicoterapêutica também nessa fase que repercute uma nova separação, em que angústias são mobilizadas supostamente tanto pela revivência de desligamentos anteriores como pela inserção em novos lares. Observamos esses estados ansiógenos tanto em Daniel como em Mathias.

Da mesma forma, o casal candidato à adoção precisa ser assistido nessa etapa. Deve ser dados plenos esclarecimentos, especialmente quanto à quebra de idealizações que possam acompanhar o interesse pela adoção, pois adotar uma criança é também adotar os problemas e dificuldades inerentes a ela, naturalmente desencadeados pela ação do abandono e da separação do lar de origem.

Pensamos ainda que o acompanhamento psicológico deva se alastrar tanto para o casal de pais adotivos como para a criança adotada, prioritariamente após a adoção, pois a devolução da criança acontece fundamentalmente nesse período de convivência, chamado de "guarda provisória", que antecede a adoção definitiva. Acompanhamos com Mathias a danosa repercussão de uma nova separação e de um novo abandono. A dificuldade é mútua: tanto para o casal de pais adotivos como para a criança adotiva, pois ambos necessitam de adaptabilidade, precisam construir abruptamente uma relação familiar.

Por isso, sugerimos que o processo de adoção seja alvo de novos estudos para que se proclamem melhorias, de tal forma que tentem evitar esse ato desprezível de devolver um ser humano, que se equipara, nesse momento, a um objeto do qual não se gostou, um ato devastador para a saúde mental.

Outro aspecto também de importância resultante da experiência com os gêmeos refere-se a considerar os laços consangüíneos entre irmãos inseridos no contexto institucional. Daniel e Mathias se aproximaram somente aos cinco anos de idade e em razão da adoção, o que revela mais uma vez características do ambiente institucional permeadas por aspectos de dissociação que merecem atenção e intervenção. Pensamos que priorizar o desenvolvimento dos laços consangüíneos é primordial para estabelecer as relações afetivas e os vínculos familiares, e supostamente também para facilitar a convivência de irmãos em lares adotivos.

Assim como Bleger conceitua que o ser humano vive desde a vida intra-uterina numa profunda compenetração com a vida de um outro ser humano, o que o torna desde o início um ser social, Winnicott também conceitualiza a importância da presença de um ambiente suficientemente bom inicial como facilitador ao desenvolvimento das potencialidades da saúde do bebê, assim sustentado por uma relação natural, verdadeira e fusional com outro ser humano, prioritariamente a mãe. Por isso, o ambiente deve ser investigado visando o alcance da saúde mental.

CONCLUSÃO

Concluímos que as crianças, mesmo em situação de abrigamento, apresentam aspectos saudáveis propulsores para a saúde e que podem aproveitar experiências boas do ambiente, por isso o contexto institucional merece assistência, principalmente psicológica, a fim de favorecer o ambiente e o desenvolvimento das mesmas. Enfatizamos a necessidade de as políticas públicas elegerem como meta o desenvolvimento da saúde mental, e que também o ECA possa ser empregado em sua totalidade, além da prioridade para melhores condições de vida e de trabalho para a população, pois é assustador o avanço do número de crianças que são abrigadas e que possuem famílias, e com a superlotação em abrigos, naturalmente os cuidados apresentam-se precários e deficientes.

***

Gêmeos, cada um com sua singularidade, cada um com seus mecanismos psíquicos e com forma de viver diferenciada. Gêmeos, que iniciaram a vida de forma separada, e essa separação se propaga até a atualidade. Semelhantes pela ação do abrigamento, mas divergentes em sua constituição emocional. Similares quanto à necessidade de escuta e de assistência psicoterapêutica, mas díspares na interação ambiental. Enfim, gêmeos, meninos sobreviventes, permeados por poucos encontros, mas com significativas divergências.

REFERÊNCIAS

BLEGER, J. Psicologia institucional. In: _____. *Psico-higiene e psicologia institucional*. Porto Alegre: Artmed, 1984, p. 31-70.

_____. (1963) A psicologia e o ser humano. In: _____. *Psicologia da conduta.* 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. p. 13-21.

CARETA, D. S. *Análise do desenvolvimento emocional de gêmeos abrigados no primeiro ano de vida: encontros e divergências sob a perspectiva winnicottiana*. Dissertação de mestrado. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2006, 248p.

WINNICOTT, D. W. (1947) Tratamento em regime residencial. In*:* _____. *Privação e delinqüência.* 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002. p. 59-80.

_____. (1950) A criança desapossada e como pode ser compensada pela falta de vida familiar. In*:*

_____. *Privação e delinqüência*. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002. p. 195-213.

_____. (1963) Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In: _____. *O ambiente e os processos de maturação.* Porto Alegre: Artmed, 1983. p. 79-87.

VIDA ADULTA: CRISES E TRANSFORMAÇÕES

Valéria de Angelis Vieira
Márcia Aparecida Isaco de Souza
Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

No decorrer do desenvolvimento do ser humano existem crises que são esperadas, pois fazem parte do processo de maturação e crescimento. Por serem esperadas, o indivíduo e o grupo acabam por autorizá-las e legitimá-las. Para Erikson (1976), as etapas da vida são muitas e se iniciam com o nascimento, trazendo desafios que devem ser aceitos, visando a adaptação contínua às exigências do ambiente e, consequentemente, o equilíbrio necessário para a fase em que se encontra. Por outro lado, durante o desenvolvimento também ocorrem fatos inesperados que provocam um desequilíbrio, desencadeando uma crise.

A "crise" na sociedade ocidental é vista como um período desastroso da vida do ser humano, porém inevitável, uma vez que é pré-condição para se alcançar o estágio seguinte do próprio desenvolvimento. Quando nos referimos à palavra crise, nos referimos a um período de transformação e transição entre duas etapas da evolução do ciclo de vida.

Mas se por um lado as crises geram desequilíbrios, elas também estimulam a busca de soluções, a busca do equilíbrio perdido, levando o ser humano a adaptar-se às mudanças internas e externas, o que é um fator preponderante no desenvolvimento emocional.

A crise, segundo G. Caplan (1964), pode ser definida como um período de desorganização no funcionamento de um sistema aberto, precipitado por circunstâncias que, transitoriamente, ultrapassam as capacidades do sistema para se adaptar interna e externamente. Assim, o indivíduo em crise está em um estado temporário de perturbação e desordem, cuja principal característica é a incapacidade para enfrentar um determinado problema por meio dos métodos com os quais está acostumado. O indivíduo em crise encontra-se em conflito para manter o equilíbrio com o meio.

Inicialmente, ao utilizar o conceito de crise, Caplan (1964), referia-se às reações de uma pessoa frente a eventos traumáticos e imprevisíveis, tais como, separação, morte, entre outros.

Para Rappaport (1965), a crise é definida como uma perturbação temporária de um estado de equilíbrio, enquanto para Erikson (1976), a palavra crise refere-se às várias etapas do desenvolvimento normal do ser humano, através das quais evoluímos e damos significados às nossas vidas. São oito etapas, das quais quatro correspondem ao período da infância à pré-adolescência (bebê: do nascimento até os 18 meses, deambulador: 18 meses até 3 anos, primeira infância: dos 3 aos 5 anos e idade escolar: dos 6 aos 12 anos) e as outras quatro ao período da adolescência à velhice (adolescência: dos 13 aos 20 anos, adulto jovem: dos 20 aos 40 anos, adulto médio: dos 40 aos 65 anos e terceira idade: a partir dos 65 anos).

Desta forma, observamos que o termo *crise* é utilizado tanto para as fases do desenvolvimento e da evolução (mudanças internas ou previsíveis), quanto para os períodos de transição inesperados da vida do ser humano (mudanças externas ou imprevisíveis). Em ambos os casos ocorrem um acúmulo de pressão que ameaça romper o equilíbrio funcional dos mecanismos adaptativos do ego, levando-o a um enfraquecimento temporário de sua estrutura, impedindo ou dificultando a utilização dos métodos habituais de solução de problemas e solicitando respostas novas, até então, inexistentes no repertório do indivíduo.

O indivíduo que consegue resolver adequadamente sua crise, acaba obtendo recursos que o prepara para enfrentar melhor as situações críticas futuras, enquanto que aquele que não a enfrenta adequadamente, torna-se um indivíduo mais vulnerável, frágil.

Segundo Maldonado (1980), a solução elaborada por uma pessoa ao superar uma crise pode ser saudável ou doentia, implicando melhora (novo nível de integração e amadurecimento da personalidade) ou piora (maior grau de desintegração, desorganização e desajustamento da personalidade). E é por isso, que podemos dizer que uma situação de crise representa perigo e oportunidade. Nas sociedades orientais, a palavra crise é representada pelos ideogramas "Oportunidade e Crescimento" focalizando um momento de transição.

Para Caplan (1984) podemos reservar o termo *crise* para os períodos de vida mais dramáticos ou revolucionários e empregar o termo *transição existencial* para os períodos em que, como as crises, são passagens de uma situação para outra, mas que acontecem de modo mais tranqüilo, mais suave. Na verdade toda crise é uma transição, porém, nem toda transição se constitui numa crise. As transições são marcos importantes na vida de uma pessoa, que também envolvem mudanças significativas, reorganizações, aprendizagem – ter um filho, casar-se, iniciar vida profissional,

descasar-se, aposentar-se, entrar na menopausa - são exemplos de situações de transição que podem ou não ser vividas como crise.

As transições podem resultar de decisões e escolhas da pessoa e também de acontecimentos inesperados que independem da vontade ou decisão. Muitas vezes uma crise eclode em função de uma superposição de transições que, separadamente poderiam ser passadas com razoável tranqüilidade e juntas formam uma crise. Também pode acontecer que uma situação no início vivida como uma transição venha a transformar-se numa crise quando há violenta quebra da expectativa, seja por um acidente inesperado, seja porque a realidade se revela muito diferente das fantasias construídas sobre ela.

Lillibridge e Klukken (1978 apud Wainrib & Block, 1998) referem que a crise pode ser entendida como uma alteração no equilíbrio do indivíduo quando a resolução de problemas fracassa e ele se vê incapaz de contornar os conflitos circundantes. Na mesma linha, Slaikeu (2000) diferencia as crises vitais do desenvolvimento das crises circunstanciais. As primeiras são caracterizadas por ocorrerem nos momentos de passagem de uma fase de crescimento para a outra, inerentes ao desenvolvimento, caso haja uma interferência satisfatória na realização desta passagem. Quanto às crises circunstanciais, Gilliland & James (1973 apud Wainrib & Block, 1998), referem que estas surgem com a ocorrência de eventos raros e extraordinários, que um indivíduo não tem como prever ou controlar.

O motivo que desencadeia uma crise não é definido por uma situação única ou por um conjunto de circunstancias, mas pela percepção do indivíduo sobre o acontecimento e pela sua capacidade ou incapacidade para enfrentar a situação (Slaikeu, 2000).

Simon (1989) propõe uma classificação etiológica das crises, conforme o fator que lhe deu origem. O autor dispensa a diferença entre crises de desenvolvimento e acidentais e as classifica como *crises por perda* e *crises por aquisição*, independentemente de seu aspecto descritivo (desenvolvimento ou acidental). Assim, propõe que a crise se deve ao aumento ou redução significativa do espaço no universo pessoal (conjunto formado pela pessoa mais a totalidade de objetos externos - outras pessoas, bens materiais ou espirituais e situações sócio-culturais).

Dentro desse enfoque, ambas as formas de crise têm em comum a angústia diante do novo e desconhecido, divergindo apenas pelos sentimentos predominantes nas situações de perda ou de aquisição. Nas crises por perdas os sentimentos predominantes são de depressão e culpa, enquanto que nas crises de aquisição os sentimentos predominantes são de insegurança, inferioridade,

inadequação. Nas primeiras, há o risco de o indivíduo tentar aliviar-se por auto-agressão ou projeção da culpa em alguém menos resistente, nas últimas os riscos são de fuga direta ou fuga indireta (SIMON, 1989).

Uma pessoa em crise não tem escolha: apenas tem que mudar, em alguma direção e de uma maneira nova. Para CAPLAN (1964), é possível ajudar qualquer pessoa a superar uma crise de forma satisfatória, independente das suas características de personalidade ou caráter. Isso implica em crer menos no determinismo e mais no tipo de ajuda que pode ser oferecida. Em termos gerais, a ajuda eficiente num período de crise consiste em encorajar a livre expressão dos sentimentos de tristeza, ansiedade e hostilidade para que possam ser elaborados. A perturbação do comportamento que, via de regra, se verifica não deve ser confundida com sintomas de doença mental, mas deve ser considerada como uma luta interna que busca o reajustamento da personalidade.

Simon (1989) propõe intervenções preventivas para o enfrentamento das crises. No caso das crises por perda, é possível ajudar o indivíduo a aceitá-las, resignar-se à frustração, lidar com a depressão e a culpa e, decorrido algum tempo, que se considere individualmente apropriado, estimulá-lo a retomar o interesse pelo universo pessoal diminuído em conseqüência da perda. Nas crises por aquisição, o objetivo da prevenção seria o de ajudar o indivíduo a aceitar o ganho, a livrar-se de projetos pretensiosos e com ambição moderada, de maneira a ampliar seu universo pessoal tanto quanto possível dentro da realidade (conforme sua capacidade e condições ambientais). E ainda, no caso do aumento do universo pessoal estar provocando crise por aquisição de responsabilidade acima da capacidade real do sujeito de assumi-la, mostrar-lhe que pode renunciar ao ganho ajudando-o a descobrir as “ciladas do narcisismo e da voracidade” (Simon, 1989 p 61).

Durante toda a vida passamos por momentos nos quais o equilíbrio é rompido devido a acontecimentos e fatos inesperados. Em muitas destas situações, o evento inesperado não nos impede de fazer uso de recursos acumulados durante o processo de desenvolvimento para enfrentá-lo. Porém, em outras situações, o acontecimento requer uma resposta, uma atitude que ainda não faz parte de nosso repertório de conhecimento, levando-nos a crer que não temos condições de resolvê-lo, instalando-se, desta forma, uma crise.

A breve exposição a seguir, de dois casos atendidos no APOIAR, um deles já encerrado e outro ainda em atendimento, permite-nos refletir sobre o enfrentamento de crises desencadeadas por separação conjugal. Ambas as pessoas, L., sexo masculino, 45 anos e H, sexo feminino, 50 anos,

procuraram pelo serviço de atendimento do APOIAR, pois haviam sido comunicadas que seriam deixados por seus respectivos companheiros em função do término do relacionamento.

No primeiro caso, "L" já havia tomado conhecimento da traição por parte da esposa há alguns meses, quando decidiu questioná-la. Não tendo negado o fato, "L" não viu outra possibilidade além da separação, embora não a desejasse de fato. Como disse, *"foi pego de surpresa"*, pois acreditava que já se encontrava em uma "fase de estabilidade".

Para H, a situação foi um pouco diferente: embora tivesse muitas indicações de que sua relação com o marido não estivesse *"às mil maravilhas",* decidiu continuar *"levando a vida do mesmo jeito"*. O marido já mantinha uma relação extraconjugal, quando decidiu sair de casa sem ao menos justificar sua atitude. Nunca assumiu esta nova relação, embora o vínculo familiar entre ela e a ex-esposa não permitisse manter ignorância sobre o fato.

Com intenso sofrimento e indignados com as atitudes de seus ex-parceiros, "L" e "H", inicialmente, sentiam-se perdidos, muito frágeis e incapazes de elaborar a situação de separação.

"L" havia dado início a um tratamento medicamentoso e já conseguia falar sobre suas dificuldades que não se resumiam a sua separação. Estava desempregado e sentia-se solitário também em função de seus filhos terem saído de casa e dos conflitos com sua filha adolescente. A partir da 8ª. sessão foi possível perceber alguma evolução: "L", ao reorganizar seu armário, deu-se conta de que havia um espaço vazio, mas ficou satisfeito pois poderia reorganizar suas coisas de outra maneira. A partir daí a reorganização de seu mundo interno foi iniciada e até o final dos atendimentos (12ª sessão) parecia ter reconquistado seu equilíbrio.

"H" encontra-se na 9ª sessão, questiona sobre sua responsabilidade no término do relacionamento que mantinha há 21 anos e, em certa medida, cobra-se por não ter dado importância aos sinais de que sua relação não estava bem. O momento também tem sido aproveitado para reavaliar sua relação com o pai, com o qual mantém uma relação conflituosa.

Baseado na Obra de Winnicott (1985), o Projeto de Consultas Terapêuticas têm se mostrado uma importante contribuição no que denominamos de intervenções precoces. Propõe, dentro de um referencial psicanalítico, o acolhimento do paciente que está sofrendo, levando o terapeuta a desempenhar uma função mais ativa, que é o que proporciona ao mesmo uma maior capacidade de compreensão de seu momento de vida. Verifica-se desta forma, que a utilização de novos *settings* para a realização da psicoterapia de orientação psicanalítica, podem ser não somente uma alternativa

técnica, mas sobretudo, representa uma alternativa de compreensão do sofrimento humano, trazendo benefícios àquele a ela submetido (Knobel, 1989).

Referencias Bibliográficas

Caplan, G. (1964) *Princípio da Psiquiatria Preventiva* Zahar Editores Rio de Janeiro

Erikson, E.H. (1976*) Identidade, Juventude e Crise* Zahar Editores Rio de Janeiro

Knobel, M. (1986) – *Psicoterapia Breve*. EPU: São Paulo

Maldonado, M.T. (1980). *Psicologia da Gravidez.* 16ª. Edição. São Paulo: Saraiva.

Oliveira, M. K. (2004) *Ciclos da Vida – Algumas questões sobre a Psicologia do Adulto.* Universidade de São Paulo São Paulo

Seminotti, E. P. , Paranhos, M.E., Thiers, V.O. (2006). *Intervenção em Crise e Suicídio: Análise de Artigos Indexados*. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Simon, R. (1989). *Psicologia Clínica Preventiva Novos Fundamentos.* São Paulo: EPU.

Tardivo, L.S.P.C; Gil, C. A e Cols (2005) *Anais da III Jornada APOIAR: Atendimentos Clínicos Diferenciados e Inclusão : O Papel da Psicologia Clínica Social* Universidade de São Paulo São Paulo

Winnicott, D.W. (1984). *Consultas Terapêuticas em Psiquiatria Infantil.* Rio de Janeiro: Imago.

ATENDIMENTO EM TRIAGEM E PLANTÃO PSICOLÓGICO: APRENDIZAGEM E PRÁTICA CLÍNICA

Maria Salete Lopes Legname de Paulo
Amanda Gonçalves Conde

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo expor a experiência de estágio na área de "Triagem e Plantão Psicológico", da clínica-escola da Faculdade de Psicologia da Universidade Metodista de São Paulo. Apresenta uma breve descrição desse serviço psicológico oferecido à comunidade, cujo atendimento é efetuado por estagiários. Relata também a preocupação do supervisor de estágio em integrar, dentro da universidade, as tarefas que lhe são atribuídas de ensino da prática clínica, pesquisa científica para aprimoramento do trabalho e responsabilidade com a população atendida pelo serviço em questão. Aborda como transmitir a importância da "triagem" de pessoas em estado de sofrimento psíquico, salientando o valor da primeira entrevista como espaço potencial para o contato com o mundo interno do paciente, e como possibilidade de confiança, para um movimento progressivo no processo de desenvolvimento. Utiliza como fundamentação a teoria de Winnicott e o modelo de Consulta Terapêutica para as primeiras entrevistas. Relaciona também a diversidade de experiência clínica obtida pelos estagiários que leva à possibilidade de utilização de diferentes recursos técnicos, integrando ética profissional, fundamentação teórica pertinente à área de atuação e discussão da parte prática com os aspectos técnicos envolvidos nos atendimentos. Em seguida, para ilustrar essa exposição relata material clínico ilustrativo do atendimento de um paciente no modelo proposto. Os resultados têm mostrado que a experiência dos alunos confirma o estágio em "Triagem e Plantão Psicológico" como uma contribuição para a formação dos futuros psicólogos para atuação na clínica contemporânea, principalmente no âmbito institucional.

Palavras-chave: Clínica-escola; Psicologia; Consulta Terapêutica; Plantão psicológico; Triagem.

INTRODUÇÃO

Este relato visa apresentar aos colegas docentes, supervisores e estagiários a proposta de estágio e atendimento em "Triagem e Plantão Psicológico" da Universidade Metodista, como um trabalho voltado à formação do psicólogo clínico aliado ao cuidado com as manifestações do sofrimento psíquico de pessoas que necessitam de suporte psicológico.

Funcionamento da clínica

NEPAP – Núcleo de Estudos, Pesquisa e Atendimento em Psicologia – é a clínica-escola da Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia da Universidade Metodista de São Paulo, onde ocorrem os estágios clínicos de Psicologia, Fonoaudiologia e Nutrição. Em Psicologia os alunos têm a oportunidade de exercer a prática em: Triagem e Plantão Psicológico; Psicodiagnóstico; Psicoterapia Individual e Psicologia Comunitária.

Os alunos do VII semestre do curso de Psicologia iniciam o estágio em psicologia clínica com a disciplina de "Triagem e Plantão Psicológico", que constitui a primeira experiência de atendimento clínico do aluno, bem como representa o primeiro atendimento que o paciente recebe.

Triagem é o nome dado à porta de entrada do paciente à clinica, ou seja é a primeira situação de atendimento para uma pessoa em dificuldades. No que diz respeito ao plantão psicológico, consiste no permanecimento dos estagiários na clinica de prontidão para o atendimento de paciente que por algum motivo compareciam na clínica sem marcação prévia do atendimento, caracterizado geralmente por casos de urgências.

A proposta de desenvolver um projeto de estágio obrigatório incluindo a triagem e atendimento inicial dos pacientes é uma experiência recente, implantada há 2 anos no curso, por isso este relato tem uma importância de reavaliação, do ponto de vista do supervisor e do ponto de vista do estagiário.

O aluno cumpre duas horas de plantão na clínica por semana, na qual ele aguarda o atendimento de pacientes já agendados ou que procurem consulta espontaneamente naquele momento. Os alunos são organizados em dupla de trabalho e o atendimento de triagem é feito em duas entrevistas. Na entrevista inicial o estagiário anota os dados de identificação do paciente e/ou responsável, estabelece o enquadre de trabalho, informa à pessoa a rotina de funcionamento da clínica; investiga o motivo da consulta, o histórico da problemática, tratamentos já efetuados e todos

os dados relacionados, bem como colhe a assinatura do termo de livre consentimento se a pessoa concordar em disponibilizar seus dados para eventuais pesquisas futuras.

O grupo de supervisão reúne-se em dia e horário diferente do atendimento e têm em média 12 ou 15 alunos e 1h40 de supervisão, com a finalidade de discutir a fundamentação teórica necessária ao trabalho e a ética profissional aplicada à atuação clínica relacionadas aos atendimentos realizados na semana, de forma integrada.

O objetivo do estágio é iniciar o aluno na atividade clínica e auxiliá-lo no desenvolvimento do raciocínio clínico compreensivo, que sustenta a compreensão dos casos em função de suas necessidades de encaminhamento, para outra área dentro da instituição, ou fora da Universidade para profissionais credenciados que oferecem os serviços profissionais a um valor acessível.

Para complementar esse triangulo de trabalho existe o supervisor responsável pelo caso e pela orientação do grupo de estagiários. Os supervisores seguem diversas orientações teóricas quanto a fundamentação do seu trabalho. Neste relato estamos expondo a experiência de atendimento de orientação psicanalítica.

Fundamentação Teórica

A fundamentação teórica para oferecer a prática ao aluno e atender ao paciente em sua necessidade é a teoria psicanalítica de Winnicott, que valoriza o grande potencial das entrevistas iniciais.

A entrevista clínica é o principal recurso de que dispõe o psicólogo no exercício do diagnóstico da personalidade e tem se apresentado como instrumento de aplicação do método científico. A observação direta do paciente, como a relação interpessoal e os fatores subjetivos que intervêm na entrevista, mesmo que não se recorra a nenhuma medida especial, são elementos diagnósticos relevantes para a aquisição da experiência e raciocínio clínico. Além disso, consideramos a entrevista diagnóstica como uma medida com potencial terapêutico, visto que a possibilidade de falar livremente de si com alguém que não julga, mas se propõe a compreender já é algo novo e um fator interventivo. (Bleger, 1975; Ocampo, 1995; Winnicott, 1984).

O embasamento teórico segue o modelo de “Consulta Terapêutica“ de Winnicott (1984), considerando que as primeiras entrevistas possuem elementos de motivação do paciente que mobilizam importantes aspectos da vida mental, que necessitam ser trabalhados e rearticulados. Essa disponibilidade do paciente também favorece a capacidade de insight de suas dificuldades, se o

material da primeira consulta for bem aproveitado pelo psicólogo. Valorizamos desde o início a possibilidade de o estagiário atuar de forma interventiva e compreender a importância da função de *holding*, ou sustentação, para que o paciente sinta-se acolhido e compreendido desde os primeiros atendimentos.

De acordo com Winnicott (1984) as primeiras entrevistas são de grande importância além de possuírem um valor terapêutico, pois sua exploração integral possibilita o encontro dos mais diversos desafios em função da unicidade de cada caso. Nesse momento o autor destaca ainda que a aprendizagem de sua proposta e do manejo das entrevistas não ocorre através da exposição de casos, pois embora possam aparecer semelhanças cada caso é único e deve ser considerado como tal.

Winnicott (1984) relata que sua proposta dificilmente pode ser chamada de técnica devido a sua flexibilidade por dois motivos: a diversidade dos casos e a liberdade existente no intercâmbio entre paciente e terapeuta.

São nas primeiras consultas, que de acordo com o autor o terapeuta ocupa uma posição de objeto subjetivo, se tem uma oportunidade maior de estar em contato com esse paciente investigando o motivo de sua entrevista e a depender desta propiciar alguns momentos de intervenção. Isso ocorre, de acordo com Winnicott (1984), pois tanto o adulto como a criança ao se depararem com um problema e este estiver sendo gerador de tensões no momento, são estes problemas que aparecerão no material da consulta.

Winnicott (1984) aponta que em determinados casos podem ocorrer a partir da entrevista uma dissolução da dificuldade apresentada, enquanto que em outros casos a entrevista é uma prévia para um atendimento psicoterápico a longo prazo.

As consultas terapêuticas são caracterizadas por um curto prazo com o paciente, na qual ocorrem intervenções a partir da demanda de cada paciente, sendo que na realização das intervenções a interpretação do inconsciente não é o ponto mais importante neste momento. Além disso as entrevistas são marcadas por um domínio maior do paciente e não do terapeuta.

A experiência do paciente de falar livremente de si mesmo para uma pessoa que não julga já é por si só um fator interventivo. Alguns autores, como Martoy et al. (2002) consideram a entrevista clínica como ferramenta útil para o diagnóstico interventivo, pois a técnica pode favorecer o alívio ou melhoria de sintomas, pelo fato do paciente estar sendo atendido num espaço individual e pelo intercâmbio de um profissional que sustenta o processo transfero-contratransferencialmente. A escuta clínica e o olhar atento do terapeuta que busca revelar o oculto e se aproximar da real

demanda e motivo da consulta gera um movimento no encontro com o outro que habilita a refletir sobre aquilo que gera sofrimento. O objetivo da situação clínica é transformar o desconhecido em conhecido e a novidade desse encontro promove mudanças no campo intersubjetivo enquanto se constrói com o outro uma nova versão de sua história no tempo presente.

Salientamos as idéias de Kehdy (2001) e Paulo (2004) e seus pressupostos acerca dos benefícios da adaptação e flexibilização dos conceitos e técnica psicanalítica aplicada ao contexto institucional. Acrescentamos também as propostas de atendimento em enquadres diferenciados para as entrevistas iniciais de Tardivo (2000), que utiliza a consulta terapêutica e o psicodiagnóstico interventivo no contexto institucional.

Dessa forma, a experiência de triagem fica enriquecida tanto para o estagiário, como para o paciente, considerando que um dos objetivos é abreviar os atendimentos sem perder a profunda compreensão da dinâmica emocional subjacente aos sintomas e problemática apresentadas.

Nessa proposta os alunos são preparados para perceber e aproveitar o valor terapêutico da entrevista inicial, na medida em que, segundo Winnicott, o psicólogo tem nesse momento o valor de objeto subjetivo para o paciente, como alguém que vai ajudá-lo.

Experiência Clínica.

E a partir desses conceitos os norteadores para a realização do estágio e de todos os atendimentos ao longo do semestre desde a realização e a descrição dos entrevistas realizadas, que segundo Winnicott (1984), devem ser redigidas logo após o atendimento para que não se percam detalhes importantes e, além disso, não se correr o risco de se colocar mais as emoções e impressões do terapeuta ao invés do que real conteúdo do paciente.

Os alunos têm, nessa modalidade, uma experiência enriquecedora quanto à diversidade dos atendimentos realizados, tanto quanto à faixa etária, quanto à variedade da problemática vivenciada.

Material Clínico

O exemplo ilustrativo é de um grupo de supervisão ocorrido recentemente, tivemos pacientes variando de um menino de 2a6m, com queixa de agressividade e hiperatividade até uma mulher de 70 anos com sintomas de depressão grave. A grande amplitude de faixa etária possibilita a

fundamentação teórica e discussão de técnicas específicas para abordagem das diversas fases do desenvolvimento humano.

Além desses, a diversidade de casos clínicos abrangeu dificuldades de aprendizagem; transtorno do déficit de atenção; dificuldades geradas por limitações físicas em pessoas portadoras de necessidades especiais; dificuldades de relacionamento em crianças, adolescentes e adultos; dois casos de mulheres portadoras de amor patológico, sofrendo de forma anormal devido à separação; vários casos de depressão, sendo um deles grave com quatro tentativas de suicídio; além de síndromes genéticas causadoras de transtornos de conduta e comportamento. Essa ampla variedade de problemas leva à pesquisa de textos e artigos científicos que enriquece e complementa o conhecimento teórico específico dos alunos com as leituras efetuadas e que fazem parte das tarefas obrigatórias semanais.

Os atendimentos são efetuados com base no conceito de "consulta terapêutica" de Winnicott, o que significa que as entrevistas são pautadas na relação interhumana, de modo a possibilitar o surgimento da emoção necessária em presença do outro, utilizando estratégias clínicas e a própria relação para lidar com a angústia e o sofrimento. Nessa perspectiva muitos atendimentos tornam-se "triagem interventiva", pois não é possível hoje em dia separar rigidamente a fase diagnóstica da terapêutica.

Método

No presente estudo foi utilizado o método clínico, através do estudo de dois casos expostos. Sendo estes parte da experiência dos estagiário de psicologia do VII.

Apresentação

O relato abaixo descreve alguns trechos do atendimento da paciente que chamare4mos de Kátia, de 23 anos, em sua primeira consulta de triagem. Trata-se de uma paciente com deficiência visual na qual o motivo da consulta apresentado foi o relacionamento interpessoal e depressão.

" (...)

K – Eu sempre fui meio estourada, é que nos últimos dois anos tem piorado muito. (...)

E – Você me contou um pouco do relacionamento com sua irmã, com amigos e com a sua mãe?

K – Minha irmã fala que eu sou muito mimada, e isso acontece porque a minha mãe me mostrou um mundo que não existe, pois eu quero que as coisas sejam sempre do meu jeito e lá fora não é bem

assim. (...) Há uns dois anos o clima ficou ruim lá em casa, foi na época que tive um aborto, mas agora está bom. Nossa! Que engraçado! É o mesmo período da piora dos sintomas! Eu nem tinha percebido!.

Por meio deste atendimento e deste momento em especial abre-se a possibilidade terapêutica da consulta e do contato e reflexão acerca dos acontecimentos que possivelmente tenham desencadeado ou lhe causado suas angústias e sofrimentos.

O segundo caso a ser exposto diz respeito ao atendimento de um menino de 2 anos e 6 meses, o paciente mais novo atendido neste grupo, com queixa apresentada pela mãe de agressividade e hiperatividade. A proposta inicial era de uma triagem breve, porém a partir das angústias trazidas pela mãe viu-se a necessidade de algo mais interventivo. Foi realizada, assim, uma Triagem Interventiva em 3 sessões. Durante este atendimento houve um acolhimento inicial com a mãe buscando oferecer um espaço de escuta para a sua demandas e ansiedades no que diz respeito à queixa apresentada em relação a seu filho.

Ao longo das entrevistas foram feitas observações da criança em interação com a mãe. Ao final a própria mãe percebeu sua postura em relação à criança, contrapondo-se à postura da terapeuta. A mãe percebeu que estava sendo muito permissiva e que sua atitude tinha efeitos no comportamento de seu filho. Percebeu a necessidade de impor limites e demonstrar autoridade, porém para que isso fosse possível ela também necessitava de ajuda.

Na ultima entrevista houve uma sensibilização para psicoterapia pessoal e o paciente foi encaminhado para Ludoterapia enquanto a mãe foi encaminhada para psicoterapia individual, ambos oferecidos na própria clínica.

DISCUSSÃO

Nos casos descritos acima podemos considerar a proposta de Aiello-Vaisberg et. Al. (2005), que afirma que ser um psicanalista significa fazer algo mais apropriado para a situação, realizando assim uma triagem interventiva, que em vez de apenas coletar dados para atendimentos psicoterápicos futuros, realiza uma proposta interventiva de acordo com a demanda do paciente naquele momento.

Segundo a mesma autora, o enquadre clínico funciona como um mundo temporário com espaço do acontecer humano em termos de experiência emocional. Nesse sentido esses enquadres psicanalíticos diferenciados, visam "configurar-se como ambiente capaz de favorecer a expressão subjetiva, tendo em vista uma provisão de cuidado psicoterapêutico" (Winnicott (1962 in Aiello-Vaisberg et al 2005).

Nos atendimentos realizados, ilustramos como em ambos os casos houve a possibilidade de se favorecer e observar a expressão subjetiva dos pacientes e na medida em que foi possível fornecer um cuidado terapêutico por meio dos *insigth*s que emergiram após o contato do paciente, a partir de seus relatos, com suas próprias demandas e queixas.

O caso ilustrativo do menino de 2a6m, que a mãe procurou por problemas de agressividade é um exemplo em que as intervenções foram necessárias desde o primeiro momento, pois a mãe teve que participar da entrevista juntamente com a criança e a necessidade de atendimento para ambos ficou evidente logo de início. Alguns casos, como este, por exemplo, efetua-se a triagem em três entrevistas, pois faz-se necessário prolongar um pouco para a sensibilização da mãe. Desse modo, criança e mãe são encaminhadas da triagem para a psicoterapia, sem a necessidade do processo psicodiagnóstico intermediário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto podemos considerar a importância da diversidade no processo ensino-aprendizagem, pois por meio dessa troca de experiências entre os estagiários do grupo e seus diferentes casos clínicos foi possível presenciar, direta ou indiretamente, uma riqueza de experiência para início da prática clínica.

A diversidade dos casos também viabilizou uma rica fundamentação teórica, pois a partir de cada novo caso exposto eram realizadas pesquisas de forma a se entender, da melhor maneira possível, as queixas apresentadas.

Além disso foi possível a aprendizagem de um novo enfoque teórico que não consta da grade curricular do curso, tendo como beneficio a adaptação e flexibilização dos conceitos e técnica psicanalítica aplicada ao contexto institucional.

O atendimento prático sob a luz da teoria Winnicottiana contribuiu para uma compreensão e entendimento a respeito da importância das primeiras entrevistas e os efeitos terapêuticos que as

mesmas podem ocasionar, embora o atendimento tenha sido a curto prazo. A consulta terapêutica, nesse sentido, também integra as vivências dos estagiários, a sustentação emocional e compreensão do paciente, sempre tendo em vista a preocupação do atendimento em triagem, ou seja, acolher, intervir e encaminhar de acordo com a necessidade de cada paciente.

CONCLUSÃO

Consideramos atingidos nossos objetivos de oferecer e alcançar aprendizagem teórica e prática clínica com os alunos de VII semestre do curso de Psicologia da Universidade Metodista de São Paulo por meio do estágio em "Triagem e Plantão Psicológico". Concluímos que as "consultas terapêuticas" aplicadas às entrevistas de triagem podem integrar a vivência do estagiário e possibilitar ao paciente uma compreensão e sustentação emocional que lhes dá a experiência interna de serem realmente "atendidos" em suas necessidades.

Além disso, o grupo de supervisão oferece continência aos alunos em suas dúvidas éticas, procedimentos técnicos e ansiedades pertinentes à primeira experiência de atendimento.

Finalmente, esperamos que este relato estimule outros trabalhos, que continuem na expansão de novos conhecimentos e novas abordagens da transmissão da prática clínica dos problemas emocionais e compreensão dos mecanismos subjetivos envolvidos no sofrimento psíquico da contemporaneidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIELLO-VAISBERG, T.M.; AMBROSIO, F.F. O ser e fazer na clínica Winnicottiana. *Mudanças: Psicoterapia e Estudos Psicossociais*. [S.l.]: UMESP. Semestral. VOL. 13 (2), 271-471. 2005.

BLEGER, J. *Temas de Psicologia: entrevistas y grupos*. (5ª ed.). Buenos Aires: Nueva Visión. 1975.

KEHDY, S. As intervenções nas psicoterapias psicanalíticas. In: *V Encontro do Curso de Especialização em Psicoterapia Psicanalítica: A clínica em psicoterapia psicanalítica*, (pp.18-25). São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. 2001.

MARTOY, A.M. e Col. *Diagnósticos y Intervenciones. Enfoques teóricos, técnicos y clínicos en la prática psicológica.* Tomo I e II. Montevideo: Psicolibros, 2002.

OCAMPO, M.L.S.; GARCIA ARZENO, M.E.; & PICCOLO, E.G. e col. *O Processo Psicodiagnóstico e as Técnicas Projetivas*. (8ª ed.). São Paulo: Martins Fontes. 1995.

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 (Doutorado em Psicologia Clínica), Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2004.

TARDIVO, L.S.P.C. Apoiar: fundamentos e propostas. In: _____ (Org.) *Anais da Jornada Apoiar: Propostas de Atendimento*. São Paulo: Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo: São Paulo, 2000, p. 6-10.

WINNICOTT, D.W. (1971). *Consultas Terapêuticas em Psiquiatria* Infantil, (J.M.X. Cunha, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. 1984.

O USO DO TAT COMO INSTRUMENTO DIAGNÓSTICO E MEDIADOR DE INTERVENÇÃO EM PSICOTERAPIA BREVE DE IDOSOS.

Ana Maria Ferreira

Lidia Rodriguês Schwarz

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

RESUMO

O presente trabalho propõe abordar resumidamente a bibliográfica mais significativa encontrada sobre o processo do envelhecimento, em especial, a entrada do sujeito na meia-idade, alguns de seus aspectos psicológicos e sociais, bem como a contribuição do uso de técnicas projetivas (Teste de Apercepção Temática − TAT) como combinação no atendimento em Psicoterapia Breve. O teste projetivo foi utilizado como mediador terapêutico, além de ferramenta diagnóstica. O interesse por este tema foi suscitado por material de atendimento clínico realizado no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social – APOIAR – pertencente ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, cujo modelo de atendimento pautado é o de Psicoterapia Breve de referencial psicanalítico, ou seja, apoia-se no uso de procedimentos psicoterápicos fundamentados na psicanálise, porém com técnica e objetivos diferenciados. Apresentamos também um caso clínico ilustrativo do procedimento sugerido. Consideramos que o uso de técnicas projetivas, como o TAT, pode favorecer a compreensão da psicodinâmica do paciente e fornecer subsídios para o planejamento e desenvolvimento da Psicoterapia Breve em pacientes idosos e de meia idade.

Palavras-chave: Envelhecimento, Psicoterapia Breve. Teste de Apercepção Temática. Técnicas projetivas.

Introdução

Projeções demográficas apontam para um significativo crescimento da população de idosos no mundo, gerando preocupações quanto as suas repercussões, principalmente em ambientes de

pobreza. Como descrito por Veras et al. (2005), trata-se de um segmento bastante heterogêneo, cujas projeções são de que em 2020, no Brasil, essa proporção social atinja 32 milhões de pessoas, correspondendo a sexta maior população idosa do mundo. De acordo com os autores, o declínio nos índices de fecundidade e taxas de mortalidade resulta no processo de envelhecimento populacional, o que tem provocado um considerável aumento de pessoas idosas nos países em desenvolvimento.

A partir de estudo sobre o envelhecimento populacional, Ramos et. al. (1987) também avaliam este crescimento e concluem que chegaremos ao ano 2025 com uma população de cerca de 34 milhões de pessoas acima de 60 anos, uma população maior do que a de qualquer estado brasileiro na atualidade. Essas pessoas serão as nascidas a partir de meados deste século e que hoje se encontram no apogeu de suas vidas produtivas, muitas em posição de decisão sobre os rumos políticos e econômicos da nação. Para estes autores, cabe a essa geração trabalhar para que se inicie um planejamento a curto, médio e longo prazos, visando ao estabelecimento de uma política de bem-estar social e de cuidados à saúde da população de idosos no Brasil.

A delimitação quanto ao início do envelhecimento tem apresentado muitas divergências, inclusive entre as pessoas que o vivenciam. Sendo marcado por transformações biológicas que ocorrem em qualquer organismo vivo, trás consigo mudanças que podem ser acompanhadas ou não por doenças sem uma ligação com o tempo de vida do sujeito.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica o envelhecimento em quatro estágios:

- Meia idade: 45 a 59 anos;
- Idoso(a): 60 a 74anos;
- Ancião: 75 a 90 anos;
- Velhice extrema: 90 anos em diante.

De acordo com Papaléo Netto (2002), o limite de idade entre o indivíduo adulto e o idoso é 65 anos para nações desenvolvidas e 60 anos de idade para os países em desenvolvimento. Conforme o autor, é este o critério cronológico adotado na maioria das instituições que procura dar aos idosos, atenção à saúde física, psicológica e social.

Papaléo Netto (2002) afirma que o envelhecimento (processo), a velhice (fase da vida) e o velho ou idoso (resultado final) constituem um conjunto cujos componentes estão intimamente relacionados. Nas palavras dese autor, ao contrário do que ocorre nas demais fases, o

envelhecimento não possui um marcador biofisiológico de seu início, a demarcação entre a maturidade e o envelhecimento é arbitrariamente fixada mais por fatores sócio-econômicos e legais do que fisiológicos. Conforme o autor, respeitando-se estas limitações e dentro de uma visão biogerontológica, o conceito de envelhecimento é:

> Um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte, (PAPALÉO NETTO, 2002, p.10).

A partir destas proposições, abordaremos inicialmente o processo de envelhecimento de forma resumida, ou seja, a análise bibliográfica mais significativa sobre o processo do envelhecimento, alguns de seus aspectos psicológicos e sociais.

O conceito de envelhecimento

É necessário ressaltar que o processo de envelhecimento se dá de diferentes formas no mundo. Cada sociedade possui aspectos culturais e econômicos que lhes são peculiares e que influenciam diretamente na qualidade de vida dos sujeitos nela inseridos, interferindo no modo como cada um irá envelhecer, ou seja, na forma como se dará esse processo. Muitos são os termos criados para se referir à "velhice": meia idade, idade madura, maturidade, melhor idade entre tantos outros, o que denota o preconceito existente e o desejo de um afastamento dessa fase da vida.

No campo de estudos sobre o envelhecimento, o diálogo entre as ciências da saúde e as ciências sociais, tal como a Antropologia, tem contribuído de forma intensa no que se refere à relativização da visão homogênea e universal predominante nas sociedades. Veras et al. (2005) reconhecem no processo de envelhecimento, vulnerabilidades decorrentes de perdas biológicas diferenciadas por gênero, idade, grupo social, raça e regiões geográficas, além do momento em que elas se iniciam, e ponderam que ao documentar o envelhecimento em diferentes culturas, permitiu-se perceber a diversidade de formas de envelhecer. A velhice deixou, portanto, de ser vista como um fato natural, biológico, no qual o sujeito se submete passivamente, transformando-se em um fenômeno cultural e diversificado em sua perspectiva, consideradas as referências pessoais e culturais.

Neste sentido, Beauvoir (1990) em seu estudo sobre a velhice, compartilha desse pensamento ao afirmar que o sentido e o valor da velhice são definidos pelo sentido que os homens dão à sua existência.

Conforme a autora:

> (...) se a velhice, enquanto destino biológico, é uma realidade que transcende a história, não é menos verdade que este destino é vivido de maneira variável segundo o contexto social. E complementa que: (...) a involução senil de um homem produz-se no seio de uma sociedade e que esta involução depende do estreitamento da natureza dessa sociedade e do lugar que ocupa o indivíduo em questão (BEAUVOIR, 1990, p.16-17).

As representações sobre o envelhecimento, o status e o tratamento dispensados aos que envelhecem ganham significados diferentes nos diversos contextos e épocas (LORDA, 1995). Conforme o autor, ao longo dos tempos, a velhice passou a ser vista de maneira pouco favorável e, com o cessar de atividades, o processo de envelhecimento passou a ser encarado de forma preconceituosa e estereotipada.

Conta esse autor que a visão que a sociedade tem destas pessoas remonta aos tempos dos babilônios, dos hebreus e da antiga Grécia, nos quais a vulnerabilidade de pessoas idosas, a atitude em relação à velhice e a luta entre gerações, aparecem entre os escritos antigos. Conforme Lorda, ao longo da história do ser humano, dois problemas básicos em torno da velhice surgiram: vantagens e inconvenientes inerentes a essa fase e formas de impedir o processo de envelhecimento.

A literatura da antiga Grécia proporciona uma idéia bastante clara a respeito da sua concepção de velhice. O ideal de beleza, força e juventude relegavam aos anciãos, cuja virtude era a sabedoria, um lugar inferior. Para os gregos, a morte e a velhice estavam nos Keres (os males da vida), os quais eram os mais implacáveis e inevitáveis. A velhice tinha o caráter de castigo. Já para o mundo romano, os anciãos tinham um papel essencial nas tomadas de decisão, possuíam a autoridade na figura de "pater família", chefe absoluto que exercia direito sobre todos os membros da família, com uma autoridade sem limites.

Nossa história está intimamente ligada à temporalidade. O tempo, tão difícil de se definir e impossível de alcançar, marca o envelhecimento e leva o ser humano em direção a finitude. A vida se desenvolve entre o nascimento e a morte e é o tempo cronológico que a define. Tempo este visto por muitos como um "inimigo" que não se experimentou. Desde o nascimento a vida se desenvolve de maneira que a idade cronológica passa a se definir pelo tempo que avança. O tempo é definido como uma eternidade quantificável. A consciência da temporalidade e as limitações corporais sempre estiveram presentes na condição humana.

Goldfarb (1998) descreve que, ao olhar-se no espelho, o idoso vê refletida uma imagem ligada a uma deterioração, uma imagem com a qual ele não se identifica, que não inspira júbilo, nem alegria, apenas estranheza. Ocorre uma discrepância entre a imagem inconsciente do corpo e a imagem que o espelho lhe devolve. A pessoa não reconhece o velho em si, o velho do espelho pode se tornar uma outra pessoa, um "outro velho que eu não quero ser". O corpo passa a revelar uma velhice não esperada, que assusta por se apresentar como uma grande ameaça, sinalizando que o ser está próximo de não mais existir.

De acordo com a autora, o sujeito que envelhece sabe perfeitamente que aquela imagem lhe pertence, diante da qual experimenta uma certa estranheza, um susto, como se a imagem fosse de outro: há uma falta de reconhecimento como imagem, não como sujeito.

Neste sentido podemos pensar que a revelação do envelhecimento, ou ainda a descoberta dos primeiros sinais que marcam o tempo no corpo, traz a estranheza do sujeito que se descobre como um outro. É o outro do espelho quem denuncia a sua condição. Esta descoberta promove uma ruptura, na qual o sujeito se flagra modificado, sendo acometido pela angústia.

O uso do teste projetivo TAT (Teste de Apercepção Temática)

A escolha na aplicação de um teste se dá pela teoria que o embasa, que sustenta a sua ação e dá forma à interpretação que se faz de seus resultados.

Dentro do campo da psicologia, o uso de testes projetivos visa a investigação da personalidade. A grande maioria contém estímulos ambíguos e pouco estruturados o que permite ao examinando apresentar em suas respostas todo tipo de projeções, e não só necessidades e conflitos internos. Verificamos em Laplanche e Pontalis (2001) que o termo "projeção" não pertence exclusivamente ao vocabulário psicanalítico. Tem hoje uma utilização muito extensa, quer em psicologia, quer em

psicanálise, compreende diversas acepções que são mal distinguidas umas das outras, como tem sido observado. Conforme esses autores (2001), este termo ficou conhecido quando Freud (1895-1896) em sua obra *Novas Observações sobre as Psiconeuroses de Defesa* invocou a projeção para explicar as manifestações da psicologia normal e patológica. A projeção é descrita como um processo de defesa que consiste em atribuir os próprios impulsos, sentimentos e afetos a outras pessoas e ao mundo exterior, o que permite ao sujeito ignorar os fenômenos "indesejáveis" como pertencentes a si próprio.

O TAT é considerado uma técnica projetiva que consiste em apresentar uma série de pranchas, previamente selecionadas pelo examinador, ao sujeito que deverá contar uma história sobre cada uma delas. Segundo Murray (1938; 1943), o TAT elicia fantasias como resultado da projeção de experiências passadas e necessidades presentes, em resposta a um estímulo ambíguo. Assim, o TAT propicia a emergência de aspectos emocionais que podem ser analisados e que esclarecem estados emocionais característicos do sujeito naquele momento. Nesse sentido, as histórias costumam revelar componentes importantes da personalidade, decorrentes das tendências psicológicas de interpretar uma situação ambígua pautado em suas próprias experiências passadas e desejos atuais, além de expressar seus sentimentos e necessidades conscientes e inconscientes, baseado também em suas experiências anteriores.

É importante salientar que a escolha do TAT, neste trabalho, teve como objetivo possibilitar uma investigação mais profunda da psicodinâmica do paciente, sendo combinado com entrevistas diagnósticas, o que permitiu a delimitação do foco a ser abordado em Psicoterapia Breve.

Este trabalho foi desenvolvido no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social – APOIAR – pertencente ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, cujo objetivo é atender à demanda institucional e à comunidade que a ele recorrem, pautado no modelo de atendimento de Psicoterapia Breve de referencial psicanalítico, ou seja, apoia-se no uso de procedimentos psicoterápicos fundamentados na psicanálise, porém com técnicas e objetivos diferenciados. Este laboratório envolve vários projetos, dentre eles o atendimento psicoterápico a pessoas que estão adentrando na meia-idade e na velhice. O paciente que nos procura recebe acolhimento de seu sofrimento psíquico e é estimulado a refletir e elaborar suas questões, visando mudanças e adaptação.

Baseado na proposta de Simon (2005), esse modelo de atendimento busca a detecção das

situações-problema e investigação de suas adequações, verificando as situações-problema atuais e anteriores e cogitadas interações psicodinâmicas. Neste sentido, a proposta principal é a de oferecer aos pacientes a possibilidade de entrar em contato com os problemas que os levaram a procurar ajuda, seja um retorno ao equilíbrio anterior à crise; seja uma mudança de funcionamento psíquico que promova um novo equilíbrio em conformação às suas necessidades.

O modelo de atendimento é estruturado de acordo com uma seqüência de procedimentos, num processo breve de aproximadamente quatro entrevistas diagnósticas iniciais, com finalidade de acolhimento e também de intervenção. Utilizamos a entrevista semi-dirigida para a coleta de dados de identificação e queixa principal. Somadas a estas, foram realizadas 12 sessões de 50 minutos, com contrato estabelecido desde o início do processo. Essas etapas não são rigidamente seguidas, mas se referem a um modelo flexível e adaptado às necessidades e estado emocional de cada paciente.

Caso clínico

O material clínico apresentado a seguir refere-se ao atendimento de um senhor de 50 anos, com alguns dados da entrevista inicial e queixa principal, significativos para compreensão do trabalho.

O paciente, do sexo masculino, é de origem oriental, casado há 20 anos, sem filhos, possui nível superior de escolaridade e, atualmente, encontra-se desempregado, incorrendo, segundo ele, em grandes prejuízos financeiros e morais. Sua busca pelo serviço de atendimento psicológico ocorreu pela dificuldade em manter-se no mercado de trabalho, ainda que demonstre boa capacidade de execução das tarefas. O paciente relatou ter sido demitido com grande freqüência nos últimos tempos, sem qualquer justificativa apresentada pelos contratantes e acredita que isto se deva a sua dificuldade de vinculação com seus superiores imediatos.

As histórias narradas na aplicação do TAT eram pobres e curtas e seu tempo de reação e elaboração eram excessivos. O tempo de latência era longo, com histórias não estruturadas, sugerindo ansiedade, hesitação e inibição perturbadoras. Foram observados indicadores de grande labilidade emocional. Percebeu-se também pouca ou quase nenhuma capacidade de simbolização. Os relatos eram autobiográficos e seugerem sentimentos de fraqueza, desamparo, carência afetiva, medo, impotência frente às dificuldades e abandono, além da acentuada preocupação intelectual, embora houvesse o desejo de superação de obstáculos.

A análise clínica demonstrou que seu conflito principal girava em torno de questões anteriores, encontrando-se fixado em fases infantis, com imago materna caracterizada por ter uma única função, ou seja, a cobrança do sucesso intelectual, mostrando-se pouco afetiva. Evidenciaram-se conflitos entre pensamento e ação, com tendência a permanecer no nível do pensamento, grande intelectualidade prejudicando a demonstração de afetos, fossem estes positivos ou negativos.

Entre os mecanismos de defesa predominaram a negação da própria agressividade e repressão de qualquer pulsão, sexual ou agressiva, embotamento afetivo, e indícios de tensão interna.

A análise do TAT confirmou as observações e hipóteses levantadas nas entrevistas iniciais de diagnóstico e permitiu a delimitação do foco para o trabalho em psicoterapia breve: a manifestação de suas emoções e o fortalecimento do ego.

Durante o tratamento, o paciente apresentou boa vinculação com o terapeuta e intenso comprometimento com o tratamento. Conseguiu entrar gradativamente em contato com seus sentimentos e dificuldades afetivas, passando a demonstrar mais suas emoções, a falar mais de seus sentimentos e também buscou ampliar e, principalmente, retomar relacionamentos profissionais e vínculo familiar.

Consideramos que o uso de técnicas projetivas, como o TAT, pode favorecer a compreensão da psicodinâmica do paciente e fornecer subsídios para o planejamento e desenvolvimento da Psicoterapia Breve em pacientes idosos e de meia idade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEAUVOIR, S. *A Velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

GOLDFARB, D. C. *Corpo, tempo e envelhecimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

GOLDFARB, D. C. Psicanálise e envelhecimento In: *Revista Kairós*, São Paulo, Caderno Temático 2, ago. 2002, p. 13-38.

LAPLANCHE, J. *Vocabulário da psicanálise*/Laplanche e Pontális: sob a direção de Daniel Lagache: tradução de Pedro Tamen – 4º ed. – São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LORDA, C. R.; SANCHEZ, C. D. *Recreação na Terceira Idade* – Rio de Janeiro: Editora Sprint, 1995.

MURRAY, H. *Teste de Apercepção Temática*. Cambridge: Harward University Press, 1943.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da Velhice no século XX: Histórico, definições do campo e termos básicos. In: *Tratado de Geriatria e Gerontologia***.** FREITAS, E. V. (Cols.) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 2-12.

RAMOS, L. R.; VERAS, R. P.; KALACHE, A.. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 21, n. 3, 1987 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101987000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 Ago 2007.

VERAS, R.; CAMARANO, A. A.; LIMA E COSTA, M. F.; UCHOA, E.. Transformações demográficas e os novos desafios resultantes do envelhecimento populacional. In: MINAYO, M. C. de S.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. *Críticas e Atuantes: ciências sociais e humanas na América Latina***.** Rio de Janeiro, Fiocruz, 2005. p.503-518.

O USO TERAPÊUTICO DA TRANSFERÊNCIA E CONTRATRANSFERÊNCIA

Érika Ferreira de Azevedo
Ana Maria Ferreira
Ana Angélica Roncolato
Marcia Aparecida Isaco de Souza
Leila Salomão De La Plata Cury Tardivo

RESUMO

Apresentamos, com este trabalho, uma breve revisão bibliográfica sobre os conceitos de transferência e contratransferência, tendo em vista a sua relevância para a problemática do manejo técnico e sua influência na situação clínica. O estudo foi realizado por meio de atendimentos psicoterápicos, atividade prática de cuidado em saúde, desenvolvida no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social – APOIAR – pertencente ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Este ensaio tem como proposta realizar uma revisão dos conceitos de transferência e contratransferência chegando à releitura sobre a qual as autoras se apoiaram para manejar as demandas dos casos atendidos que ilustram este trabalho. Consideramos evidente a relevância de ser aprofundado o conhecimento a respeito das reações emocionais tanto do paciente como do terapeuta na relação analítica. Tal estudo trouxe benefícios para os tratamentos dos pacientes, contribuindo não apenas para a compreensão, por parte dos profissionais, dos conflitos psíquicos do paciente, mas também das próprias sensações perturbadoras que podem interferir na sua capacidade terapêutica.

Palavras-chave: Transferência, contratransferência, psicanálise, terapia breve.

INTRODUÇÃO

Dentre os vários núcleos e grupos de pesquisa pertencentes ao Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social – APOIAR – localizado no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, encontra-se um que oferece psicoterapia breve como forma de prevenção secundária de psicopatologias. Neste sentido, uma situação problema é identificada e trabalhada para que o indivíduo viva melhor. Segundo os Seminários Teóricos sobre Terapia Breve Operacionalizada, oferecidos pala Professora Kayoko Yamamoto (2006), através do nosso Laboratório:

> Uma situação problema é um problema de adaptabilidade atual do indivíduo e por isso os objetivos da terapia breve são diferentes daqueles da de longo prazo. Terapia de longo prazo visa mais uma resolução de conflitos ligados à reestruturação de personalidade. Na psicoterapia breve você circunscreve os objetivos a uma situação que emergiu no contexto atual.

Nesta prática, a referência na teoria psicanalítica entra em concordância com a proposta de psicoterapia psicanalítica de Ryad Simon (2001), como:

> Ciência do tratamento psíquico; ou seja, aplicação da teoria psicanalítica, com técnica deliberadamente voltada para favorecer a *cura* do paciente, quer signifique isso remissão ou alívio dos sintomas, ou melhora da eficácia adaptativa, obtida através de reconstrução mais restrita ou mais ampla da personalidade (p. 6).

Entretanto, não se trabalha como na terapia psicanalítica esperando que eventualmente o paciente gere uma interpretação espontânea. O paciente trás a queixa e esta é circunscrita fazendo-se uma interpretação priorizada. Contudo, não se deixa de apoiar na teoria psicanalítica como forma de compreender os fatores intrapsíquicos geradores da desadaptabilidade. Embora se procure trabalhar conflitos do presente, é inevitável ter de lidar com a transferência e a contratransferência, seja para a realização do diagnóstico como para a condução do tratamento.

Em grupo de supervisão de casos clínicos tratados de acordo com as proposta acima do APOIAR, uma das terapeutas fez a seguinte observação sobre o andamento de seu caso, “não sei se estou realmente conseguindo trabalhar a transferência em prol do bem estar desta paciente”. O grupo apontou que o sentimento da terapeuta – sua impotência perante o problema da paciente – dizia exatamente respeito ao sintoma histérico da paciente em fazer com que o outro se sentisse impotente,

incapaz de ajudá-la (Quinet, 1991). Até que ponto aquela reação dizia respeito a algo não trabalhado da terapeuta que estava *atrapalhando* o tratamento da paciente? E até que ponto aquele sentimento despertado na terapeuta não poderia ser utilizado para justamente apoiar o diagnóstico e tratamento da paciente?

O presente ensaio propõe-se a realizar uma revisão dos conceitos de transferência e contratransferência chegando à releitura sobre a qual as autoras se apoiaram para manejar as demandas dos casos atendidos que ilustram este trabalho.

A transferência preexiste à psicanálise e se manifesta com freqüência na vida e de maneira privilegiada no amor. Este processo bastante presente na prática clínica, seja como obstáculo considerável, também pode ser utilizado como um valioso recurso para a condução do tratamento, ou seja, a compreensão parcial da história de vida do paciente, seu desenvolvimento e funcionamento psíquico.

Verifica-se em Laplanche e Pontális (2001) que, o termo "transferência", não pertence exclusivamente ao vocabulário psicanalítico, mas tem um sentido muito geral, próximo de transporte, um deslocamento de valores, de identidade, mais que um deslocamento de objetos. Conforme o autor, existe especial dificuldade em propor uma definição de transferência, porque a noção assumiu, para muitos autores, uma extensão bastante grande. Os autores conceituam transferência como "o processo pelo qual os desejos inconscientes que se atualizam sobre determinados objetos no quadro de um certo tipo de relação estabelecida com eles e, de um modo especial, no quadro da relação analítica. (...) Trata-se de uma repetição de protótipos infantis, vivida com um marcado sentimento de atualidade" (Laplanche e Pontális, 2001, p.514).

No século XIX Freud concebia a psicanálise como uma atividade que, ao revelar ao paciente o trauma ou os traumas iniciais do conflito, tornando-o consciente das condições para a emergência dos sintomas, promoveria o desaparecimento da doença psicológica. Para tal, o próprio paciente deveria ou se lembrar de tais eventos ou fornecer pistas por meio de associações de palavras e reações afetivas, o que permitiria ao analista reconstruí-los. Freud notou que, de alguma maneira o paciente apresentava "resistências", um obstáculo à análise, evitando o acesso aos resíduos que conduzissem ao trauma inicial e suas circunstâncias. Observou que, no decorrer do tratamento, ocorriam mudanças na disposição do paciente com relação ao médico, as quais envolviam fortes componentes emocionais, que podiam interromper o processo de associação verbal livre.

Sobre esta perturbação na relação entre médico e paciente, Freud (1895) refere que em sua experiência pessoal, esta ocorre em três casos principais: caso ocorra um afastamento pessoal, ou seja, a paciente sente que foi abandonada; pode ocorrer se a paciente tiver medo de uma ligação intensa ao médico, perder a sua independência em relação a ele, e mesmo de tornar-se sexualmente dependente dele; num terceiro caso (...) se a paciente assustar-se ao verificar que está transferindo à figura do médico as idéias aflitivas que surgem do conteúdo da análise. Freud observa que:

> Esta é uma ocorrência freqüente e, na realidade, em algumas análises, regular. A *transferência* ao médico verifica-se através de uma *falsa ligação.* (Freud, 1895, p. 360).

Esta foi a primeira vez que o termo "transferência" foi utilizado no sentido psicanalítico de uma forma de resistência, conforme nota. O paciente passava a ter sentimentos intensos pelo analista, desviando-se daquilo que deveria ser seu trabalho: o de recordar. Percebemos, neste momento, que a transferência, dada a sua imprevisibilidade, é vista como um transtorno ao tratamento. Trata-se de um obstáculo intruso e perturbador, que deve ser descartado para que prossiga o trabalho de investigação psicanalítica.

Alguns anos depois, em publicação pós-escrita (1905 [1901]) ao Caso Dora, o termo transferência volta a ser mencionado no tratamento psicanalítico. Freud relata que o fragmento do caso publicado não seria suficientemente apropriado para demonstrar o valor da terapia psicanalítica. E prossegue em suas considerações: "(...) Podemos dizer com segurança, que durante o tratamento psicanalítico, a formação de novos sintomas é invariavelmente interrompida. Contudo, os poderes criadores da neurose não foram destruídos; empenham-se na criação de uma classe especial de estruturas mentais, em sua maior parte inconscientes, às quais podemos denominar "*transferências*".

Sobre esta questão, o autor pondera:

> Que são transferências? São as novas edições ou fac-símiles, dos impulsos e fantasias e se tornam conscientes durante o andamento da análise; possuem, entretanto, esta particularidade, que é esta característica de sua espécie: substituem uma figura anterior pela figura do médico. Em outras palavras: é renovada toda uma série de experiências psicológicas, não como pertencentes ao passado, mas aplicadas à pessoa do médico no momento presente. O conteúdo de algumas dessas transferências é diferente de seus

> modelos apenas no tocante à substituição. Estas, então – conservando a mesma metáfora – são simplesmente novas impressões ou reedições. Freud (1905 [1901] p. 113).

Em 1909 Freud, reconhece a transferência como agente terapêutico, ao descrever que esta surge espontaneamente em todas as relações humanas e de igual modo nas que o doente conserva com o médico. Para Freud, é ela, em geral, o verdadeiro veículo da ação terapêutica, agindo tanto mais fortemente quanto menos se pensa em sua existência. A psicanálise, portanto, não a cria; apenas a desvenda à consciência e dela se apossa a fim de encaminhá-la ao termo desejado, e conclui: não posso certamente deixar o assunto da transferência sem frisar que este fenômeno é decisivo não só para o convencimento do doente, mas também do médico. (Freud, 1909, p.48).

Em pouco tempo, porém, a transferência, indesejável, se tornou um organizador do processo psicanalítico, logo passou a ocupar tanto para ele como para a maior parte dos psicanalistas, um papel de decisiva importância na cura, até tornar-se a sua análise a tarefa central. Em 1912 Freud escreve:

> Os impulsos inconscientes não desejam ser recordados da maneira pela qual o tratamento quer que o sejam, mas esforçam-se por reproduzir-se de acordo com a atemporalidade do inconsciente e sua capacidade de alucinação. Tal como acontece nos sonhos, o paciente encara os produtos do despertar de seus impulsos inconscientes como contemporâneos e reais; procura colocar suas paixões em ação sem levar em conta a situação real. O médico tenta compeli-lo a ajustar esses impulsos emocionais ao nexo do tratamento (...) Essa luta entre o médico e o paciente, intelecto e a vida instintual (...) é travada, quase exclusivamente, nos fenômenos da transferência. (...) Não se discute que controlar os fenômenos da transferência representa para o psicanalista as maiores dificuldades; mas não se deve esquecer que são precisamente eles que nos prestam o inestimável serviço de tornar imediatos e manifestos os impulsos eróticos ocultos e esquecidos do paciente. (Freud, 1912, p. 143).

Citando Freud, Ryad Simon (2001) define assim a transferência, "... uma série completa de experiências psicológicas são revividas, não como pertencentes ao passado, mas dirigidas à pessoa

do médico no momento atual" (p.5). Em terapias de referencial teórico psicanalítico, como a proposta de terapia breve do APOIAR, transferência é algo que se deve *trabalhar*. Simon (op cit.) ainda afirma que:

> As transferências vividas com pessoas vitais do presente podem ser interpretadas em seus aspectos defensivos ou irrealisticamente gratificantes, trazendo *insight* sobre as origens inconscientes em relação do passado ou na fantasia. (...) Essas interpretações podem levar à mudanças da adaptabilidade das relações afetivas com os objetos externos atuais (p.9).

Na situação analítica, e isto serve para a terapia breve de referencial psicanalítico, o terapeuta está *mexendo* com o inconsciente do sujeito e por isso é mais fácil ainda que esta relação se estabeleça e que o paciente reviva suas fantasias no consultório.

O termo contratransferência percorreu um caminho semelhante ao da transferência. Inicialmente representava para o psicanalista um perigo para a sua condição de profissional e um obstáculo ao prosseguimento do trabalho analítico. As poucas referências diretas de Freud à contratransferência são desta natureza.

Em 1910 Freud comenta as inovações relacionadas ao médico e à técnica psicanalítica.

> As outras inovações na técnica relacionam-se com o próprio médico. Tornamo-nos cientes da "contratransferência" que, nele, surge como resultado da influência do paciente sobre os seus sentimentos inconscientes e estamos quase inclinados a insistir que ele reconhecerá a contratransferência, em si mesmo, e a sobrepujará. (Freud, 1910, p.130).

Posteriormente, em recomendações aos médicos que exercem a psicanálise, Freud já mostra reconhecer o valor no reconhecimento dos efeitos da contratransferência. Freud postula que o médico deve voltar o seu próprio inconsciente, como um órgão receptor, na direção do inconsciente transmissor do paciente e conclui que como o receptor o inconsciente do médico é capaz, a partir dos derivados que se comunicam, reconstruir esse inconsciente que determinou as associações livres do paciente. (Freud 1912, p.154).

Ainda aos médicos, em "Sobre o amor transferencial", Freud alerta para os perigos de se deixar sentimentos ternos em relação ao paciente, uma vez que não existe um controle completo de si próprio. E ressalta que, em sua opinião, não se deve abandonar a neutralidade para com o paciente, que se adquiri por manter controlada a contratransferência. Segundo Freud, é desastroso para a análise que o anseio da paciente por amor seja satisfeito, quanto que seja suprimido e recomenda que o caminho que o analista deve seguir é o de cuidar para não se afastar do amor transferencial, mas deve recusar-lhe qualquer retribuição. Para Freud, é necessário manter um firme domínio do amor transferencial, tratando-o como algo irreal, como uma situação que se deve atravessar no tratamento e remontar às suas origens inconscientes e que pode ajudar a trazer tudo que se acha muito profundamente oculto na vida erótica da paciente para sua consciência e, portanto, para debaixo de seu controle. (Freud, 1914, p. 214).

Tal como Freud, o uso da contratransferência foi combatido por Melanie Klein. Segundo Gallo (1994), a recusa deste uso por Klein era justificada pelo fato de que "poderia constituir uma licença para o analista projetar defensivamente qualquer de seus sentimentos no paciente" (p.63), atribuindo todos os seus sentimentos ao mesmo. Ou seja, uma intrusão na relação analítica de aspectos neuróticos do analista que não foram suficientemente analisados. Conforme a autora, Klein refere o termo "contratransferência" três vezes ao longo de sua obra, alertando para os perigos dos sentimentos contratransferências como algo que pode interferir negativamente no trabalho do analista e chama a atenção deste para não se desviar de seu papel de interpretar as transferências positiva e negativa e as ansiedades que surgem. Klein sempre enfatizou a postura de abstenção que deve ser assumida pelo analista.

Por Simon (2001), citando Freud, contratransferência diz respeito a "todos os sentimentos que o analista vivencia na relação com o paciente" e é muitas vezes vista como um tabu, algo a ser jogado para escanteio, como na afirmação de Simon do mesmo artigo, "admito que contratransferência expressa sempre uma perturbação da capacidade do terapeuta de sustentar seu estado de atenção livremente flutuante" (p. 15). Freud (1910) deixa claro que nenhum terapeuta deveria aventurar-se a tratar algum paciente por análise antes de realizar sua própria análise para que suas resistências – apresentadas na contratransferência, principalmente quando o terapeuta não se dá conta dela – não atrapalhe o andamento do tratamento.

Já Winnicott (1993), em seu artigo sobre o ódio na contratransferência, coloca que na análise, em alguns momentos, os fenômenos contratransferências serão os mais importantes. Aponta a

necessidade de análise do próprio analista para que possa manter a objetividade com relação ao que o paciente traga, mas coloca ainda a necessidade do terapeuta odiar objetivamente o paciente, não negar esse sentimento em si. O autor discorre sobre o paciente que tem facilidade para ser odiado, sendo este o próprio sintoma ativo, inconscientemente determinado e também é sentido pelo terapeuta. Diante disso, o terapeuta deve estar preparado para suportar essa tensão sem que o paciente se dê conta do que está fazendo e, para isso, é necessário se dar conta de seu próprio medo e ódio, como a mãe de um bebê ainda não nascido. Winnicott (1993) fala que o paciente pode nunca ter tido experiências iniciais satisfatórias e o analista tenha que ser o primeiro a fornecer certas coisas que são essenciais no meio ambiente. Para ser amado, pode-se procurar ser objetivamente odiado; produz-se ódio no outro para testar sua capacidade de amar, como o teste que o bebê faz com sua mãe. O filho também precisa saber do ódio de sua mãe e a mãe deve tolerar as coisas ruins que o bebê faz, assim como o terapeuta deve ter paciência, tolerância e confiança de uma mãe devotada reconhecendo os desejos do paciente, suas necessidades, colocando de lado seus próprios interesses, sendo disponível, pontual e objetivo. (Winnicott, 1993)

Nos círculos de atendimento sob referencial psicanalítico, é difícil admitir a ocorrência da contratransferência. O terapeuta é muitas vezes colocado como detentor do saber e da capacidade de não vinculação afetiva com seu paciente esquecendo-se de sua própria condição de sujeito, sendo assim, o paciente não deixa de ser um objeto para ele, no sentido psicanalítico da palavra. A tendência da psicanálise clássica é restringir a contratransferência e quando citada, como algo patológico por parte do psicoterapeuta indicando-lhe a necessidade de mais análise; mesmo dentre aqueles que *quase* vieram a aceitá-la como talvez algo a ser *utilizado* no processo terapêutico.

Segundo Rocha (1994), Bion tem de início "posição favorável ao uso da contratransferência como instrumento para obter compreensão do mundo interno do paciente" (p.121), embora venha relegar à contratransferência a posição de última saída "até que se apresente algo melhor" (p.122). Seu argumento é de que, como algo inconsciente, não se sabe, por definição, o significado dela, de minha própria contratransferência e; portanto, não se pode utilizá-la, mas sim as respostas emocionais com relação ao paciente sobre as quais certamente baseiam-se as interpretações.

A psiquiatra polonesa Paula Heimann também falava em resposta emocional do analista ao paciente dentro da situação analítica como "um dos mais importantes instrumentos para seu trabalho. A contratransferência do analista é um instrumento para pesquisar o inconsciente do paciente" (Oliveira, 1994, p. 85). Mas qual a diferença entre "resposta emocional" e "contratransferência"?

Enquanto Bion parece estabelecer uma linha divisória, Heimann trabalha os dois conceitos como sinônimos.

Afora a diferença de conceituação, a grande questão é como colocar-se diante da contratransferência. Enquanto autores clássicos como Klein, Bion e o próprio Freud (Rocha *op cit*) conclamam a necessidade que o analista volte para a análise se a contratransferência é uma questão, Heimann conclama uma posição ativa por parte do psicoterapêuta em relação aos seus sentimentos para que sua própria subjetividade possa ser sua maior aliada no tratamento do paciente. Paula Heimann insiste na idéia de que se o terapeuta trabalha sem consultar seus sentimentos, acabará por apoiar-se em interpretações pobres. Segundo ela, já que a terapia se trata de uma relação entre duas pessoas, se sua sensibilidade emocional (do terapeuta) estiver livremente ligada ao paciente – aceitando a contratransferência – poderá seguir os "movimentos emocionais e fantasias inconscientes do paciente" (Oliveira, 1994, p. 91). Isto não significa simplesmente *deixar rolar* qualquer sentimento sem auto-análise e reflexão sobre o que isto quer dizer para o paciente. Contudo, também não é a mesma coisa que ignorar este sentimento e coloca-lo à margem do trabalho analítico, seja ele de longo prazo ou como referencial de terapia breve.

Paula Heimann, citada por Portas (2003), observa que considerado histórico, o "contra" da contratransferência implica em elementos adicionais para além da idéia de *controle de sentimentos que o analista experimenta por seu paciente.* Conforme Portas, para Heimann, ao contrário, ela propõe uma operacionalidade para a contratransferência, enquanto ferramenta privilegiada de observação clínica. O contra da contratransferência implicaria em co-essencialidade ou co-existência, uma contraforça não oposta, mas afirmativa, delimitadora, móvel que implica em confronto de diferenças, necessitando um corpo que se posicione frente a isso. Conforme a autora, Heimann trabalha com a suposição básica de que o inconsciente do analista entende o inconsciente do paciente, um *rapport.* A autora afirma que com Heimann, a contratransferência passou a ter um estatuto de instrumento privilegiado, contanto que o analista seja capaz de admitir os sentimentos que nele emergem, sem, porém descarregá-los, ao contrário do paciente, a fim de submetê-los ao trabalho de análise.

Ainda em Portas (2003) verificou-se que a questão da contratransferência também é retomada por Pierre Fédida (1988). Conforme a autora, Fédida afirma a contratransferência enquanto instrumento privilegiado de escuta e de seleção do material a ser interpretado. Para que uma interpretação possa ser o ato, o analista escuta com a angústia. E complementa que é essa

possibilidade de seleção que marcaria a assimetria da própria função do analista: “lugar de recepção e de produção de transferências”.

É interessante notar que, os autores clássicos citados parecem versar sobre a definição de contratransferência, e até de transferência, como reações isoladas de um paciente e de um terapeuta. Contudo, sabemos que na clínica contemporânea, a preocupação maior deveria centrar-se no vínculo terapeuta-paciente e na relação estabelecida entre estes. Como colocam Zaslavsky e Santos (2005), o encontro analítico passou a ser estudado como uma relação que produz um impacto emocional mútuo. Se considerarmos que a relação analítica é uma relação de duplo impacto, pensamos nas transferências do paciente dirigidas ao terapeuta e dos sentimentos neste despertados – contratransferência. E concluem que: a contratransferência permite que o analista escute, através de seus sentimentos, não só o que o paciente diz, mas, mais ainda, o que ele não diz, por ignorá-lo no plano consciente.

Em artigo que discute a “Contratransferência em psicologia e psiquiatria hoje”, Zaslavsky e Santos (2005) postulam que este é um conceito que modifica a teoria em psicanálise tornando-se a teoria da dupla, do vínculo, dos fenômenos que ocorrem no par analítico. Os fatos se referem não mais a um indivíduo, mas a uma interação entre dois indivíduos, só sendo compreendida enquanto produto de dois. Os autores apontam que a contratransferência refere-se não apenas aos sentimentos do analista na sessão, mas significa a utilização, de forma ampla, da subjetividade do próprio analista/terapeuta/clínico para a compreensão mais profunda do seu paciente. De um modo mais completo, abarca não somente fenômenos visíveis à superfície, mas, principalmente, inclui sentimentos e significados inconscientes de cada indivíduo, ocultos, obscuros, mas determinantes e definidores de seu comportamento. (Zaslavsky e Santos, 2005)

Figueiredo (2003) fala de uma *contratransferência primordial*, que seria um deixar-se colocar diante do sofrimento antes mesmo de se saber do que e de quem se trata, corresponde à disponibilidade humana para funcionar como suporte de transferências e de outras modalidades de demandas afetivas e comportamentais profundas e primitivas, vindo a ser um deixar-se afetar e interpelar pelo sofrimento do outro, o que define como sendo condição para possibilidade do psicanalisar. Ele aponta que um bebê é o suporte para as transferências de seus pais, não é apenas um objeto de seus cuidados desinteressados, e de que é a partir dessa condição que uma subjetividade se organiza, na forma de uma resposta à transferência, assim, a idéia de contratransferência primordial

pode ser inscrita no campo da teoria psicanalítica como um aspecto referente à constituição do psiquismo do sujeito.

Note-se que estes últimos autores lidam com a contratransferência como algo intrínseco da relação terapêutica ficando claro que não dá para isolá-la como reação do terapeuta a ser negada e "trabalhada" em análise. A psicanálise clássica oferece os seguintes diagnósticos como referências para o desenrolar do tratamento psicoterápico, independente de instituir-se este como psicanálise ou simplesmente psicoterapia breve de referencial psicanalítico: neurose, psicose e perversão; e dentro da neurose, dois tipos clínicos: histeria e obsessão. Lê-se nos referenciais teóricos e se ouve nas sessões de supervisão que se deve "trabalhar com a transferência". Pensando hoje que a relação terapêutica se dá no vínculo paciente-terapeuta onde as reações e emoções de ambos fazem parte da construção deste diagnóstico, por que não dizer que "deve-se trabalhar a contratransferência" também, e dentro do tratamento? Mas como? A experiência clínica lançou alguma luz sobre esta nova possibilidade.

Ricarda* chegou ao serviço queixando-se de ser "sozinha e não ter ninguém" e estar "cansada de resolver tudo sozinha". Ao longo das sessões, trabalhamos o fato de que na verdade ela buscava este caminho, colocando-se na posição de *vítima*, bem típico ao diagnóstico de histeria, e dificultando mais sua vida, mais do que realmente era necessário. Foi apontado e elaborado como ela não deixava que as pessoas a ajudassem. Na própria sessão de terapia, ela dificultava o trabalho terapêutico, na verdade, justamente tentando fazer o oposto, indo para a sessão dizendo "já pensei em várias coisas, anotei e pensei no que eu poderia fazer". A transferência também, afinal, lá estava ela colocando a terapeuta nesta posição de sujeito impotente. Interessante no processo terapêutico desta paciente não foi apenas o momento em que a terapeuta se vê neste papel impotente, assumindo a relação contratransferencial, mas como a evolução do sintoma pode ser visto pela atualização contratransferencial: num primeiro momento, a sensação da psicóloga é de impotência, incapacidade de ajudar a paciente; no decorrer do trabalho a profissional assume um papel de mãe, de colo, só possível porque houve um trabalho, não na transferência isolada, mas no *vínculo* criado – e este envolvendo a transferência – para flexibilizar os papéis e permitir que a paciente arriscasse uma nova posição ali, mostrando, então, contato com a *situação problema* no caso dela e possibilidade de otimizar sua adaptabilidade.

* *Nome fictício*

Outro caso atendido no mesmo serviço foi o de Fernanda*, sentindo-se em muitos momentos da terapia uma resistência em atendê-la, como se ela demonstrasse *pouco caso* com a terapia e como se o trabalho realizado não estivesse alcançando os resultados esperados, sendo que uma de suas queixas ao procurar o APOIAR ser a de estar "afastando" as pessoas ao seu redor. Em uma das sessões a paciente inicia o atendimento relatando ter trocado e-mails com o ex-namorado e que este havia lhe encaminhado um texto cujos dizeres eram: "o inferno das pessoas seria quando elas vissem apenas sua imagem como reflexo dos outros". Neste momento a paciente coloca que acreditava estar sendo o inferno dos outros. Irritava-as e tocava em suas feridas, pois já haviam feito isso com ela, e pensava que o ex-namorado havia encaminhado o texto para lhe "alfinetar", uma vez que ela havia despertado a aversão nele. Questiona-se se o ex-namorado não estaria sendo seu reflexo e agindo dessa forma para se defender como ela mesma fazia com as pessoas. O sentimento de aversão experimentado nas sessões foi depositado pela própria paciente, que pela dificuldade em lidar com as "feridas" causadas pelas pessoas em sua vida, despertava no outro, sentimentos negativos, pois essa era sua forma de defesa. Por já ter sido machucada por muitas pessoas significativas em sua vida, não queria vincular-se novamente a outra pessoa querida representada pela terapeuta e depois ser "ferida" novamente. Tinha que, por isso, despertar nesta, sentimentos negativos e aversivos a fim de não ter que lidar com suas próprias carências e desejos. Os sentimentos despertados na terapeuta serviram de material que pode ser trabalhado na própria terapia. Evitar tais influências implicaria em deixar de fora elementos essenciais, amputando a terapeuta de parte de sua capacidade preceptiva.

Uma terceira experiência clínica pode ser ilustrada com o seguinte caso. Trata-se de Valéria*, uma jovem senhora de 33 anos, casada, que procurou o serviço psicológico por dificuldades profissionais, referindo assedio moral por parte de sua chefia imediata, sentia-se desmotivada no trabalho, nas tarefas domésticas além de peculiar desorganização financeira. A partir dos relatos da paciente, percebeu-se a existência de conflitos bastante primitivos que interferiam em sua vida. Uma idealização do passado se refletia no presente. Na relação terapêutica, percebeu-se uma rápida vinculação. Entretanto, apesar de haver verbalizado grande interesse pelos atendimentos, foram freqüentes as ausências e atrasos nas sessões, alguns justificados, outros não, principalmente quando se aproximava o término do processo proposto. Certo descontrole permeava os atendimentos, sempre *negociados* pela paciente, e que de alguma maneira, suscitavam na terapeuta muitos questionamentos, além de sensações de angústia, inquietação com relação à

* Nome fictício
* Nome fictício

paciente e impotência ao trabalho terapêutico que estava sendo realizado. Ao longo dos atendimentos, percebeu-se que os apelos da paciente no que se referiam às reposições de sessões perdidas, atrasos e saídas antecipadas, tornaram-se constantes, eram muito parecidos com as *negociações* feitas por ela em sua vida profissional e financeira. Em muitos momentos foi pontuado pela terapeuta, a repetição daquela dinâmica nas sessões à paciente que inicialmente reagia com angústia, mas que também eram prontamente *contornadas* com promessas de um maior comprometimento seguidas de um pedido de reposição. Num último atendimento, pré-estabelecido, a paciente questionou se aquele seria mesmo o último encontro, o que foi confirmado. Ela sorriu e disse: "eu sei que é o último e vou gostar muito de poder voltar a te encontrar, mas será que poderíamos ter mais um encontro? Talvez eu ainda tenha mais coisas para te contar e eu queria te dar um presente"

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As autoras consideram evidente a relevância de ser aprofundado o conhecimento a respeito das reações emocionais tanto do paciente como do terapeuta na relação analítica. Tal estudo trouxe benefícios para os tratamentos dos pacientes, contribuindo não apenas para a compreensão, por parte dos profissionais, dos conflitos psíquicos do paciente, mas também das próprias sensações perturbadoras que podem interferir na sua capacidade terapêutica. Ficou clara a importância da possibilidade de o terapeuta entrar em contato empático com tais pessoas, ao mesmo tempo em que preserve sua capacidade de pensar e de se posicionar frente aos sentimentos despertado em ambos. Essas capacidades são fundamentais para o bom desenvolvimento da relação terapêutica que, por sua vez, é uma das principais ferramentas na situação clínica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

CASTRO, R. M. O. Transferência/contratransferência: "terreno movediço". In: *Revista Brasileira de Psicanálise* v. 39, n. 3: 9-16.

ETCHEGOYEN, R. H. *Fundamentos da técnica psicanalítica.* trad. (de) Cícero G. Fernandes. – Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

FIGUEIREDO, A. C. *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: A clínica psicanalítica no*

ambulatório público. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.

FIGUEIREDO, L. C. *Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea*. São Paulo: Escuta, 2003.

FIGUEIREDO, L. C. Transferências, contratransferências e outras coisinhas mais ou esquizoidia e narcisismo na clínica psicanalítica contemporânea ou a chamada pulsão de morte In: *Pulsional Revista de Psicanálise* ano XVI, n. 168: 58-81, abr. 2003.

FREUD, S. *A dinâmica da transferência* (1912). In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1969. v. 12, p. 143.

_____. *As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica* (1910). In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1969. v. 11, p. 125-136.

_____. *Cinco lições de Psicanálise* (1910 [1909]). In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1969. v. 11, p. 46-51.

_____. *Estudos sobre a histeria (Breuer e Freud)* (1893-1895). In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1969. v. 2, p. 360.

_____. *Observações sobre o amor transferencial (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III)* (1915 [1914]). In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1969. v. 12, p. 207-222.

_____. *Pós-escrito do Caso Dora* (1905 [1901]). In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1969. v. 7, p. 113.

GALLO, S. R. Melanie Klein. In. Figueira, S. A.(org*).* *Contratransferência de Freud aos Contemporâneos*. – São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994. p.-63-84.

KNOBEL, M. *Psicoterapia Breve*. São Paulo: EPU, 1986.

LAPLANCHE, J. *Vocabulário da psicanálise*/Laplanche e Pontális: sob a direção de Daniel Lagache: tradução de Pedro Tamen – 4º ed. – São Paulo: Martins Fontes, 2001.

MIJOLLA, A. de *Dicionário Internacional da psicanálise: conceitos, noções, biografias, obras, eventos, instituições*, sob a direção de Cabral, A.: tradução de Cabral, A. Rio de Janeiro: Imago, 2005. v. 1-2.

OLIVEIRA, B. S. M. de Paula Heimann. In. Figueira, S. A.(org). *Contratransferência de Freud aos Contemporâneos.* – São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994. p.-85-106.

PASTORI, S.S. O lugar do analista In: *Pulsional Revista de Psicanálise* ano XVI, n. 168: 82-87, abr. 2003.

PORTAS, V. As sutilezas da contratransferência. In: *Pulsional Revista de Psicanálise* ano XVI, n. 168: 12-22, abr. 2003.

QUINET, A. *As 4 + 1 Condições de Análise*. Jorge Zahar Editor, 1991.

ROCHA, R.B. "Bion e a Questão da Contratransferência". In: *Contra-transferência: de Freud aos Contemporâneos*. Sérvulo Augusto Figueira (org). Casa do Psicólogo, 1994.

ROUDINESCO, E.; Plon, M. *Dicionário de Psicanálise*. Roudinesco/Plon: tradução Ribeiro, V.; Magalhães, L. supervisão de Jorge, M.A.C. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

SIMON, R. "Manejo da Transferência e da Contratransferência na Psicoterapia Psicanalítica". 2001 (p. 5-17) in: Anais: *5º Encontro do Curso de Especialização Em Psicoterapia Psicanalítica*. Universidade de São Paulo.

SIMON, R. *Psicoterapia Breve Operacionalizada: teoria e técnica*. 1ª ed – São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

WINNICOTT, D. W. *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: F. Alves, 1993.

YAMAMOTO, K. *Introdução à Psicoterapia Breve Operacionalizada*. Seminários.

ZASLAVSKY, J. e Santos, M. J. P. Contratransferência em psicoterapia e psiquiatria hoje. In: *Revista Psiquiatria* RS, set/dez 2005; 27 (3): 293-301.

PSICOTERAPIA BREVE PARA O IDOSO: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Miriam Altman
Tania M.A.Campos
Kayoko Yamamoto

RESUMO

Esse estudo examina a produção científica referente à Psicoterapia Breve voltada à população Idosa na América Latina, Caribe e Brasil nos últimos dez anos (1998 a 2008). Classificamos os dados levantados em seis dimensões de análise: países relacionados à pesquisa na área, periódicos de indexação, temas estudados, abordagem teórica e modalidade de atendimento, modalidade de produção científica e objetivos das pesquisas. O material analisado foi composto de 21 resumos de artigos de periódicos indexados à BVS-psi, ULAPSI e SIBInet. Pesquisamos nessas bases de dados através dos seguintes verbetes: psicoterapia breve idoso, psicoterapia idoso, psicanálise e envelhecimento. Os resultados foram discutidos em termos do objetivo proposto.

.

INTRODUÇÃO

A velhice está em pauta desde a Antigüidade. No entanto, só a partir do século passado ocorreram a emergência e a consolidação do estudo do envelhecimento, o que deu lugar a Gerontologia.

No Brasil, de acordo com Paschoal (1996), o segmento idoso da população vem tendo significativo aumento a partir dos anos 60, quando começou a crescer em ritmo mais acelerado do que as populações adulta e jovem. O desenvolvimento da medicina e da tecnologia fez surgir condições para que se ampliasse cada vez mais a expectativa de vida das pessoas; e este fato, associado à redução da fertilidade que vem se dando nessa mesma época, criou uma verdadeira transição demográfica. Portanto, a tendência que se evidencia é que a pirâmide etária da população brasileira assuma a forma de um barril à semelhança do que ocorreu nos países de Primeiro Mundo.

Nos países desenvolvidos um quinto da população tem mais de 60 anos, e, à diferença do que ocorreu no Brasil, o crescimento da população idosa se deu de forma gradual, sem contar que são

bem menores as diferenças sócio-econômicas e culturais entre os indivíduos e classes (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD [OPAS], 1998).

Por sua vez, na América do Sul e na América Central, a taxa de envelhecimento populacional nas últimas décadas tem sido maior do que a de crescimento da população total. E o aumento da população idosa se deu de forma muito rápida e permeada por problemas decorrentes das desigualdades e pobreza. (OPAS, 1994, 1998).

Segundo Medeiros (2004), um importante aspecto a ser tratado quando se buscam soluções para o aumento da população idosa são os impactos que causa no sistema previdenciário e no sistema público de saúde do país. Daí a relevância que assumem, atualmente, as pesquisas voltadas para o conhecimento da população idosa brasileira, pois só com base em seus resultados é possível formular propostas que resolvam os problemas relacionados a essa faixa etária, como a criação de uma rede de proteção à velhice, dentre outras. A mesma autora observa que vivemos um momento de ambigüidade; pois, se, a ciência tem feito um esforço permanente para prolongar a vida humana, o Estado e a família não têm como cuidar dos idosos, que, por sua vez, parecem ter perdido o seu lugar na sociedade.

Os aposentados têm uma diminuição em sua renda e vivenciam situações de pobreza. A maioria deles se depara, também, com a escassez de recursos institucionais, pois os órgãos competentes ou estabelecem outras prioridades ou desconhecem a atribuição que possuem de lhes dar a atenção necessária.

No âmbito da Gerontologia, por se tratar de uma área de conhecimento recém-criada e de rápido crescimento, há necessidade de se avaliar, direcionar e aglutinar sua produção. Por outro lado, a inexistência de articulação entre os diferentes programas e bibliotecas, tem mantido na obscuridade a produção acadêmica sobre esse assunto, o que contribui para que seja minimizado o seu aproveitamento.

Essa inexistência de articulação é constatada no trabalho realizado por Anita Néri (1997), importante autora que vem se dedicando às áreas da psicologia do envelhecimento e à Gerontologia. Ela analisou 36 relatos sobre envelhecimento obtidos através de pesquisas, os quais fazem parte de teses e dissertações defendidas em programas de pós-graduação de cursos de Psicologia, vinculados à Universidade de São Paulo, à Universidade Estadual de Campinas e à Pontifícia Universidade Católica, dos *campi* São Paulo e Campinas.

Durante a realização dessa análise, essa autora localizou, nos acervos dessas universidades, trabalhos sobre velhice voltados para diferentes áreas do conhecimento − tais como Enfermagem, Saúde Pública, Fonoaudiologia, Sociologia, Antropologia, Jornalismo, Comunicações e Propaganda − sem que possuíssem nenhuma vinculação entre si.

Por sua vez, Goldstein realizou, em 1999, com o objetivo de rastrear a pesquisa em Gerontologia realizada no Brasil, um levantamento de teses e dissertações sobre velhice. Deixando de lado aqueles realizados pela área médica com enfoque geriátrico, ela constatou a existência de 232 trabalhos, elaborados em diversas áreas do conhecimento. E essa pesquisa foi bastante importante, pois, com base no levantamento que realizou do trabalho científico produzido nos últimos 25 anos, a autora examinou, com cuidado, as direções para as quais se encaminhou a pesquisa gerontológica. Concluiu que os temas identificados e que ainda suscitam interesse são: relação cuidado-cuidador, demências em geral e Alzheimer, cognição e memória, estresse, opções de lazer, desejos e preferências de consumidores idosos, meta e sentido de vida**.**

Martins (1998) fez um levantamento bibliográfico, sobre o atendimento ao idoso em psicoterapia breve. Concluiu que "Tomando-se em consideração o campo das psicoterapias, constatam-se esforços no sentido de revisar posicionamentos teóricos e de ajustar técnicas e estratégias para o atendimento clínico a idosos" (p. 28).

O presente estudo foi realizado visando o levantamento da produção científica referente à Psicoterapia Breve do Idoso na América Latina, Caribe e Brasil. O estímulo para realização deste trabalho partiu da leitura do artigo de Martins (1998), em que esta fez uma revisão da literatura sobre a psicoterapia do idoso a partir de periódicos indexados ao Psychological Abstracts (1990-1996) − bibliografia de países dos EUA e Europa. Em seu artigo, a autora sugere que este fosse realizado em países da América Latina.

Ao examinarmos a literatura concernente aos atendimentos em Psicoterapia Breve voltados para a população idosa, constatamos que pouca coisa tem sido produzida no Brasil e na América Latina. Por isso resolvemos estender e incluir em nossa pesquisa outras modalidades de atendimento. Dessa forma, neste artigo temos como objetivo o levantamento dos tipos de atendimento que são oferecidos aos idosos, seja psicoterapia breve ou outras formas de psicoterapia.

MÉTODO

O método utilizado foi o documental, que utiliza documentos como objeto de estudo. A técnica empregada neste tipo de estudo é a Bibliometria, que busca quantificar o processo de

comunicação científica e analisa, dentre outros aspectos, o volume de publicações (ANTUNES et al., manuscrito submetido para publicação).

MATERIAL

O estudo foi realizado com base em resumos de artigos de periódicos indexados à BVS-psi, ULAPSI e SIBInet, produzidos nos últimos dez anos (1998 a 2008). Esta pesquisa identificou artigos publicados somente nos países da América Latina e Caribe.

PROCEDIMENTO

Pesquisamos nas bases de dados − BVS-psi, ULAPSI e SIBInet − através dos seguintes verbetes: psicoterapia breve idoso, psicoterapia idoso, psicanálise e envelhecimento.

Dessa pesquisa resultaram 21 resumos de artigos publicados no período de 10 anos, de 1998 a 2008.

Seguindo o mesmo método adotado por Martins (1998), decidimos submeter os dados levantados em seis dimensões de análise: países relacionados à pesquisa na área, periódicos de indexação, os temas estudados, abordagem teórica e modalidade de atendimento, modalidade de produção científica e objetivo da pesquisa.

RESULTADOS

Os dados submetidos às seis dimensões de análise utilizadas para o exame da produção científica na área, resultaram na tabela 1, onde são destacados os periódicos mais utilizados na divulgação dos estudos em psicoterapia do idoso.

Tabela 1 – Distribuição dos artigos encontrados por periódico de indexação

Periódico	Quantidade
Lilacs	10
Indexpsi periódicos	06
Dedalus	03
Scielo	01
Sirpep	01
Total	21

O periódico com maior número de publicações foi o Lilacs, ficando em 2º lugar o Indexpsi.

O Brasil, conforme tabela 2, figurou como o mais especializado na matéria respondendo pelo maior número de publicações, sendo que nos outros países pouca coisa tem sido produzida.

Tabela 2 – País de origem da produção

Brasil	16
Uruguai	02
Colômbia	01
Cuba	01
Espanha	01
Total	21

A tabela 3 ilustra os temas vinculados aos estudos em psicoterapia de idosos.

Tabela 3 – Temas pesquisados

Estudo e avaliação das psicoterapias Geriátricas	10
Depressão	03
Apoio Social	02
Envelhecimento	02
Idosos Institucionalizados	01
Estresse	01
Sexualidade	01
Co terapia	01
Total	21

O tema que mais apareceu foi o ligado ao “estudo e avaliação das psicoterapias geriátricas”. Evidenciaram-se estudos de mensuração da eficácia de diversas modalidades de atendimento (cognitiva, psicodinâmica, multidisciplinares, grupo, psicofarmacológica). Por exemplo, Lucero (2006) avalia tratamentos multidisciplinares, citando a importância de várias abordagens, como a

cognitiva comportamental, fenomenológica, sócio-cultural e musicoterapia para o tratamento e orientação do idoso em situações como aposentadoria e doenças crônicas. Já Scazufca (2002) verifica a eficácia das psicoterapias cognitivo-comportamentais e interpessoal versus a farmacologia no tratamento dos idosos com depressão.

Por outro lado, Gil (2006) investiga a utilização de instrumentos projetivos como mediadores no Psicodiagnóstico Interventivo de idosos com sintomas depressivos. Schwarz (2006) estuda o envelhecimento bem sucedido e afirma que é preciso uma competência adaptativa em todas as áreas, visando o alcance de metas significativas de vida. Gil (2006), Schwarz (2006) e Altman (2006) oferecem propostas de atenção psicológica dirigidas ao idoso que sofre, as quais são desenvolvidas no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social (APOIAR) do IPUSP, sob a coordenação da Profa. Leila S. de La Plata Cury Tardivo. Essas propostas visam a compreensão e intervenção junto a pessoas idosas em situação de sofrimento psíquico. Altman (2006) avalia a eficácia da Psicoterapia Breve Operacionalizada para Idosos, com idade acima de 60 anos, verificando o sucesso desse tipo de intervenção.

Na tabela 3, temos ainda estudos a respeito da depressão em idosos e, novamente, o trabalho de Scazufca (2002) ressalta que a psicoterapia é de grande relevância para os idosos, além de ser preferida por eles. Os medicamentos e tratamentos farmacológicos apresentam reações adversas e vários desconfortos para o idoso. Essa autora ressalta que existe escassez de pesquisas bem conduzidas metodologicamente nessa área. Gil (2006) procura compreender o idoso com sintomas de depressão. O trabalho dessa autora reflete uma mudança de perspectiva de uma vertente psicodiagnóstica para encontros terapêuticos com enquadres diferenciados em psicanálise, baseados em Winnicott A autora percebeu, a partir dos encontros terapêuticos, a possibilidade dos pacientes saírem da depressão sentindo-se mais sábios e integrados.

Quanto à abordagem terapêutica, obtivemos os seguintes resultados, como se vê na tabela 4.

Tabela 4 – Abordagem ou modalidade psicoterapêutica

Psicoterapia de grupo	11
Psicoterapia breve	04
Terapia cognitiva	02

Terapia corporal	01
Acompanhamento terapêutico	01
Múltipla	01
Psicanálise/psicodinâmica	01
Total	21

A abordagem terapêutica que mais se verificou foi a psicoterapia em grupo, em várias modalidades. Citamos Henriques (1998) que propõe uma terapia grupal para fortalecimento egóico em que os pacientes expressam seus conflitos e ansiedades decorrentes da idade avançada. A autora relatou como resultado o fortalecimento da auto-estima através do intercâmbio de vivências.

O trabalho de Lopez-Masó (1999) apresentou uma proposta de intervenção com idosos deprimidos, com o objetivo de melhorar o estado de ânimo negativo através de dinâmica de grupo com temas pré determinados e diminuiu em 80% dos casos as idéias suicidas, além de melhorar relacionamentos familiares. Destacamos também o trabalho de Eizirik (2001), o qual discute o tema da sexualidade em uma sessão de grupo de base psicanalítica. Esse autor coloca a relevância do tema e constata que, quando o grupo é um continente positivo para o tema, existe possibilidade de elaboração desses aspectos que estavam reprimidos.

Dentro da mesma modalidade grupal, Anacleto (2005) através de um estudo numa instituição para idosos, observa que a grupoterapia é possível e viável desde que haja flexibilidade na técnica.

Em segundo lugar surgem as psicoterapias breves. Martins (1998) realizou um estudo com 14 Sujeitos, com idade entre 50 e 64 anos e verificou os resultados da psicoterapia breve psicodinâmica de idosos, através de alguns instrumentos, dentre eles a Escala Diagnóstica Operacionalizada (EDAO). A EDAO mostrou utilidade, sobretudo diagnóstica para discriminar as áreas mais problemáticas passíveis de focalização durante as Psicoterapias Breves. Esse trabalho discute questões referentes aos critérios de indicação terapêutica, adequação da metodologia utilizada e semelhanças/diferenças entre os desempenhos dos idosos e dos demais adultos. Apontou também para a importância da continuação das pesquisas em nosso meio sobre processos terapêuticos para idosos, ressaltando a necessidade de adaptações teóricas e técnicas à psicoterapia breve voltada para as especificidades dessa clientela.

Gavião (1996) chama a atenção para a adequação da Psicoterapia Breve para idosos, os quais vivem maiores restrições em seus relacionamentos, resultado tanto das perdas sofridas durante suas

vidas como da consciência da proximidade da morte. Essa autora discute, além disso, a eficácia da psicoterapia psicanalítica para o idoso e aponta para algumas especificidades transferenciais para essa faixa etária. Em sua tese de doutorado (GAVIÃO, 2002), investigou as experiências emocionais e suas manifestações na etapa final da vida, sob uma perspectiva psicanalítica, através do método de Rorschach. Essa autora concluiu que, contrariamente aos preconceitos sobre a velhice, os idosos nesse estudo revelaram uma flexibilidade do funcionamento lógico-emocional que favorece a elaboração da finitude de seus vínculos com a vida.

Ainda dentro do Laboratório APOIAR, no IPUSP, foram produzidos artigos como os de Altman, Schwarz e Tardivo (2005) − "Atendimento em Psicoterapia Breve de Idosos no Apoiar"; Altman (2006) − "Uma proposta de atendimento psicológica ao Idoso"; Altman, Yamamoto e Tardivo, (2007) " Psicoterapia Breve Operacionalizada aplicada a pessoas idosas" (no prelo). Esses artigos versam sobre o material clínico pesquisado neste trabalho e as aplicações da EDAO e da Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO) para a faixa etária.

A seguir, citamos as terapias cognitivo-comportamentais. As intervenções nessa abordagem são de tempo limitado, com duração de quatro meses a um ano. Caracterizam-se como intervenções sócio educativas, tais como: ensino de relaxamento, modificação de atitudes e identificação de pensamentos disfuncionais. Exemplificando, citamos o trabalho de Guarido (2003) que desenvolveu um estudo para estimulação cognitiva em idosos com atenção aos aspectos emocionais e à qualidade de vida. As auto-avaliações após o tratamento apontaram melhora na auto-confiança e auto-estima. Essa autora sugeriu a indicação desse modelo para a clínica de idosos.

Quanto às modalidades de produção científica que originaram os artigos, as "pesquisas" despontam em primeiro lugar, seguidas das "discussões teórico-práticas".

Tabela 5 – Distribuição de artigos sobre psicoterapia de idosos, em função da modalidade de produção científica que os originou

Pesquisa	11
Discussão teórico-prática	04
Estudo teórico	04
Comunicação da prática	02

Total	21

Dentre as contribuições já referidas, a maioria se constitui originárias de pesquisas. Guarido (2003) procura estudar a efetividade de um programa de tratamento para modificação de atitudes em idosos, na cidade de Cadiz (Espanha), com duração de quatro meses em psicoterapia de grupo. Conclui que esse tipo de tratamento é eficaz para melhorar a qualidade de vida na velhice. Ribeiro (2002), relata um trabalho de psicoterapia de grupo, realizado numa instituição particular para idosos, com duração breve, e discute uma vivência em co-terapia.

Em relação aos objetivos da pesquisa, temos:

Tabela 6 – Objetivos da pesquisa

Processo e resultado	12
Processo	04
Diagnóstico e processo	02
Resultado	02
Resultado e follow-up	01
Total	21

Observamos que a maior parte das pesquisas teve por objetivo a investigação de “processo e resultados”, e, em último lugar, “resultado e follow-up”.

DISCUSSÃO

Os dados evidenciaram o Brasil como o país de maior expressão no que se refere à produção científica na área, seguido do Uruguai.

Quanto aos temas, nos chamou a atenção a quantidade de trabalhos, na maioria pesquisas, que trataram da “avaliação das psicoterapias geriátricas”, explorando-se tarefas e desafios ligados ao atendimento do idoso e a eficácia ou não de diversas modalidades terapêuticas.

Esse fato nos fez pensar na relevância do tema envelhecimento, que vem acontecendo de forma rápida e impactante em nosso país. Denota também, a nosso ver, a preocupação das Universidades e dos pesquisadores em se debruçarem sobre esse tema e verificarem que tipo de atendimento é mais adequado ao idoso.

Através deste estudo, percebemos que o idoso pode se submeter a qualquer modalidade terapêutica e ter um bom aproveitamento desde que sejam levadas em conta suas especificidades.

Em segundo lugar, evidenciaram-se os temas sobre depressão quando se enfoca a população idosa. A depressão é apontada na literatura como uma psicopatologia expressiva dessa faixa etária.

Notamos que, quanto à abordagem terapêutica, há escassez de trabalhos em Psicoterapia Breve individual e predominância de trabalhos terapêuticos em grupo, os quais, na sua maioria, são de tempo limitado e se mostram bastante eficazes**.** Poderíamos levantar a hipótese de que os trabalhos em grupo institucionais se devem à grande demanda, havendo porém falta de profissionais preparados para o trabalho em saúde mental com idosos.

Quanto à modalidade de produção científica, a "pesquisa" apareceu com maior índice. Isso pode demonstrar o interesse crescente dos profissionais/ pesquisadores em conhecer melhor essa área em franco desenvolvimento. As pesquisas encontram-se voltadas para o "processo e resultado"; pouco se tem estudado sobre "acompanhamento e follow-up". Pensamos que isso se deve ao fato das pesquisas em psicoterapia para idosos estarem ainda num estágio inicial e identificamos a necessidade de estudos com o objetivo de fazer "acompanhamento e follow - up".

Levando-se em conta o nosso objetivo inicial que era rastrear a Psicoterapia Breve voltada ao idoso, percebemos a escassez desse tipo de atendimento para essa população. Consideramos que num país como o Brasil, tão carente de atendimento em saúde mental, existe a necessidade de maior atenção para terapias breves que tenham um alcance maior para os idosos. Desenvolvendo a sua pesquisa de Mestrado, Altman (2008), com esse objetivo, verificou a eficiência da Psicoterapia Breve Operacionalizada para idosos e recomendou que se fizesse maiores estudos e pesquisas mais abrangentes.

Ao mesmo tempo, está em andamento uma pesquisa maior, ligada ao CNPq, de um grupo de pesquisadores da Universidade de São Paulo coordenado pela profa. Dra Kayoko Yamamoto e pelo Prof. Titular Ryad Simon, em que o objetivo é verificar a eficiência da Psicoterapia Breve Operacionalizada para a faixa etária de 18 a 50 anos. Simon (2005) foi o criador dessa modalidade de Psicoterapia Breve, a qual tem se mostrado bastante útil, tanto no desenvolvimento de pesquisas quanto na aplicação clínica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALTMAN, M.; SCHWARZ, L.; TARDIVO, L. S. L. P. Atendimento em Psicoterapia Breve de idosos no APOIAR. In: III JORNADA APOIAR: Atendimentos clínicos diferenciados e inclusão: o papel da Psicologia Social, São Paulo, v. 1, p. 191-194, 2005.

ALTMAN, M.; YAMAMOTO, K.; TARDIVO, L. S. L. P. Uma proposta de atendimento psicológico ao idoso: Aplicações da Psicoterapia Breve Operacionalizada. In: Formas de atenção psicológica dirigidas ao idoso; II CONGRESSO BRASILEIRO PSICOLOGIA: Ciência e Profissão, 2006, São Paulo: Uninove, v. 1. p. 3912-3912, 2006.

ALTMAN, M. *Psicoterapia Breve Operacionalizada com idosos:* Uma investigação teórico clínica. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2008.

ALTMAN, M.; YAMAMOTO, K.; TARDIVO, L. S. L. P. Psicoterapia Breve Operacionalizada aplicada a pessoas Idosas. In: *Mudanças*. No prelo.

ANACLETO, M. I. C. et al. Grupo com idosos: uma experiência institucional. In: *Revista SPAGESP*, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, jun. 2005.

ANTUNES, A. E. A. et al. Violência em saúde mental: uma análise bibliométrica (*manuscrito submetido para publicação*). No prelo.

EIZIRIK, C. L. et al. Psicoterapia de grupo e sexualidade na velhice. In: *Rev. Bras. Psicoterapia*, Porto Alegre, v. 3, n. 2, p. 167-175, 2001.

GAVIÃO, A. C. D. *Envelhecimento e psicoterapia psicanalítica*: um estudo-piloto através do método de Rorscharch. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. 1996.

GAVIÃO, A. C. D. *A passagem do tempo e suas ressonâncias íntimas*. Tese (Doutorado) Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. 2002.

GIL, C. A.; TARDIVO, L. S. L. P. O Psicodiagnóstico interventivo de idosos com depressão: o uso de instrumentos projetivos. In: Formas de atenção psicológica dirigidas ao idoso; II CONGRESSO BRASILEIRO PSICOLOGIA: Ciência e Profissão, São Paulo, 2006.

GOLDSTEIN, L. L. *A Pesquisa sobre Velhice.* Trabalho apresentado no I Congresso de Geriatria e Gerontologia do Mercosul, em Foz do Iguaçu, PR. 1999.

GUARIDO, E. L. et al. Desempenho cognitivo do idoso: desenvolvimento de uma proposta de intervenção. In: *Revista Ciências Médicas*, v. 12, n. 4, p. 287-297, out./dez. 2003.

HENRIQUES, M. A. L. Fortalecimento egóico observado em idosos submetidos à psicoterapia grupal em clínica escola. In: *Psicologia Rev*., São Paulo, n. 6, p. 135-141, maio, 1998.

LÓPEZ-MASÓ, I. D. M.; HERNÁNDEZ, H. M. R. Propuesta de intervención para ancianos deprimidos. In: *Revista Cubana de Medic. Gener. Integral*, Ciudad de La Habana, v. 15, n. 1, ene./feb. 1999.

LUCERO, R.; CASALI, G. Transtornos afectivos en el adulto mayor. In: *Rev. Psiquiatria del Uruguay,* v. 70, n. 2, p. 151-166, diciem. 2006.

MARTINS, R. C. Psicoterapia do Idoso: uma revisão da literatura. In: *Estudos de psicologia,* v. 15, n. 1, p. 27-36, 1998.

MEDEIROS, S.; CASTRO G. Y. A existência do velho na cidade de São Paulo: mapeando a população idosa na região metropolitana de São Paulo. In: *Kairós*, v. 7, n. 1, pp. 23-49, jun. 2004.

NÉRI, A. L. *A pesquisa em Gerontologia no Brasil*. Análise de conteúdos de amostra no período de 1975-1996. In: Texto Contexto, v.6, n.2, p 69-10,1997.

RIBEIRO, L. C. Uma experiência em co-terapia em uma instituição de idosos. In: *Rev. SPAGESP*, Ribeirão Preto, v. 3, n. 3, p. 245-246, 2002.

SCAZUFCA, M.; MATSUDA, C. M. C. B. Revisão sobre a eficácia da psicoterapia vs. farmacoterapia no tratamento da depressão em idosos. In: *Rev. Bras. Psiquiatria,* São Paulo, v. 24, supl. 1, abr. 2002.

SIMON, R. *Psicoterapia breve operacionalizada*: teoria e técnica. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

SCHWARZ, L. R; TARDIVO, L. S. L. P. Psicoterapia breve em idosos jovens. In: Formas de atenção psicológica dirigidas ao idoso; II CONGRESSO BRASILEIRO PSICOLOGIA: Ciência e Profissão, 2006, São Paulo: Uninove.

Organizacion Panamericana de la Salud (OPAS), Restrepo, H. E., e Pérez, E. A. La atencion de los ancianos: um desafio para los anos noventa. *Publicacion Científica n. 546.1994*

Organizacion Panamericana de la Salud (OPAS). *Plan de accion em salud e envejecimiento*: Los adultos mayores em las Américas,1999-2002. Washington, DC. 1998.

PASCHOAL, M.P.S. Epidemiologia do envelhecimento. In: NETTO, M. P. *Gerontologia*: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu,1996.

PSICOTERAPIA BREVE OPERACIONALIZADA EM IDOSO: UM ESTUDO DE CASO

Bernadete Bezerra Silva Imoniana

Lídia Rodrigues Schwarz

Leila Salomão De La Plata Cury Tardivo

INTRODUÇÃO

A Psicoterapia Breve Operacionalizada é uma técnica que começou a ser desenvolvida pelo professor Ryad Simon nos anos 70, a partir de um trabalho de psicoterapia de grupo desenvolvido com estudantes da Escola Paulista de Medicina. Esse trabalho tinha como objetivo a implementação de um programa de prevenção de distúrbios mentais e, após anos de pesquisa, Simon, desenvolveu a E.D.A.O., uma escala para avaliação diagnóstica composta de quatro setores.

A Psicoterapia Breve Operacionalizada tem como base a concepção evolutiva de adaptação, sendo que o diagnóstico baseia-se na eficácia adaptativa do paciente. A respeito dos quatro setores, Simon assinala que: o setor AR (Afetivo-Relacional) compreende o conjunto de respostas emocionais do paciente relacionadas às suas relações interpessoais e com relação a si mesmo; o setor SC (Sócio-Cultural) abrange as atitudes e ações do paciente diante das instituições, costumes e valores do meio em que vive; o setor Pr (Produtividade) refere-se às respostas diante do trabalho ou estudos desenvolvidos pelo sujeito e o setor OR (Orgânico) indica como se encontra o estado físico e os sentimentos, atitudes e cuidados com o próprio corpo.

A Psicoterapia Breve Operacionalizada foi concebida levando em consideração a nossa realidade econômica e social, isto é, é uma técnica psicoterápica conciliável com os orçamentos institucionais, sendo um dos métodos breves que possibilitam a assistência a um maior número de pessoas que necessitam de um atendimento pontual na área de saúde mental.

Malan (1981, p.17) cita que "o número de pessoas que precisariam ser ajudadas devido a doenças mentais é de centenas de milhares ou milhões em qualquer país do mundo civilizado".

Simon (2005) chama atenção para a necessidade de atendermos um volume grande de indivíduos necessitados de atendimento psicológico, levando-se em consideração influências diversas como: empobrecimento da classe média, crescimento urbano e demográfico desmesurado,

congestionamento do tráfego, mudanças culturais e tecnológicas que induzem ao desejo de resultados rápidos.

Esses e outros fatores estimularam a criatividade para a criação de técnicas de psicoterapia mais compatíveis com a realidade da população e dos orçamentos institucionais, sendo uma delas a Psicoterapia Breve Operacionalizada.

Malan (1981) cita que o objetivo central do tratamento da crise é mostrar ao paciente que suas reações são desadaptadas, procurando tratar a crise atual de maneira mais realista. As crises, segundo Simon (2005), são desencadeadas pela ocorrência de fatores (internos, externos, positivos ou negativos) sendo que o sujeito não conta com repertório de respostas adequadas. As diferentes formas de crise têm em comum a angústia diante do novo e do desconhecido.

Simon (1989, p.60) afirma que "nas situações geradoras de crise por perdas, os sentimentos predominantes são de depressão e culpa. Nas crises provocadas por aquisição os sentimentos predominantes são de insegurança, inferioridade e inadequação". Esse autor complementa dizendo que frente a pressões emocionais intensas mobilizadas por situações críticas, há risco de comprometimento de todas as áreas vitais do indivíduo. É justamente nesses casos que a intervenção preventiva pode ser aplicada. Ainda, segundo Simon (1989, p.61), os objetivos principais da prevenção nas crises são: "nas crises por perda, ajudar o sujeito a aceitá-las, resignar-se à frustração, lidar com depressão e culpa (...). Nas crises por aquisição, ajudar o indivíduo a aceitar o ganho, escoimado de projetos pretensiosos (...), e com ambição moderada (...) de modo a ampliar seu universo pessoal tanto quanto possível dentro da realidade".

Segundo Yoshida (1990, p.33) "a idéia é levar o sujeito a encontrar respostas adequadas à situação, retornando à eficácia adaptativa anterior a crise ou melhorando-a". Essa autora afirma que a delimitação da situação-problema em determinado setor ou setores envolvidos tem como objetivo levar o paciente a encontrar formas mais adequadas de respostas frente àquele tipo de situação. A mesma autora, citando Simon, relata que para programas preventivos faz-se necessário o uso de psicoterapias breves, e de preferências aplicadas a situações de crise, pois assim, pode-se agilizar os atendimentos e estendê-los a um maior número possível de pessoas.

Objetivo

Este estudo tem por objetivo apresentar uma reflexão acerca de um caso de atendimento de Psicoterapia Breve Operacionalizada em idoso.

MÉTODO

Paciente: Vânia (nome fictício); sexo: feminino; idade: 70 anos

Local de atendimento: Clínica-escola do Instituto de Psicologia da USP, dentro do Projeto APOIAR/Idosos.

Procedimento: Foram realizadas seis entrevistas semi-dirigidas para definição da Situação-Problema. Posteriormente, foram realizadas doze sessões de atendimento psicoterápico individual − Psicoterapia Breve Operacionalizada − cada uma com 50 minutos de duração e com freqüência de uma vez por semana.

Estudo do Caso

A paciente Vânia tem 70 anos, 1º grau completo, é aposentada especial há cerca de 20 anos devido a problemas de saúde (coluna). Separada há 18 anos, tem duas filhas, sendo que a mais velha é casada e tem uma filha de 12 anos, e a filha mais nova é solteira e tem uma filha deficiente física (a falta de oxigenação no cérebro durante o parto gerou paralisia infantil) com 14 anos. A separação ocorreu após a paciente descobrir casos extraconjugais do marido. Vânia é a terceira filha entre quatro irmãos (dois homens e duas mulheres). Atualmente só tem uma irmã mais velha, porque os dois irmãos solteiros morreram. A paciente, após a aposentadoria, continuou trabalhando como babá de uma garota, dos cinco aos 15 anos, filha/neta de empresárias do setor de diversão (salas de cinema). A paciente parou de trabalhar há três anos porque a mãe da garota considerava que não havia mais necessidade da filha ter uma babá. Vânia relata que não exercia apenas a função de babá, fazendo muitas vezes o trabalho de governanta na residência da família. Atualmente mora com a filha mais nova e a neta e para completar a renda faz doces para revender na vizinhança.

QUEIXA

A paciente foi encaminhada pela Faculdade de Odontologia com queixa de bruxismo (ranger dos dentes). De início, era somente à noite e atualmente é o dia todo. Vânia diz que percebe que range os dentes, principalmente, quando está nervosa.

Dados relevantes de cada setor adaptativo:

No setor Afetivo-Relacional (Ar), Vânia apresentava-se como “pouquíssima adequada”. Relatava sentir mágoa em relação ao marido por ser mulherengo. Quando estava grávida da primeira filha descobriu que ele tinha relações extraconjugais, resolveu na época não ter mais filhos, mas acabou engravidando novamente. A segunda filha nasceu prematura. Após algum tempo separou-se do marido. Este passou a viver com uma pessoa mais jovem com a qual tem um filho, mas de quem

hoje está separado. O ex-marido freqüenta a casa da paciente nos fins de semana para visitar as filhas e as netas. Vânia já solicitou a separação legal, mas o ex-marido não aceita. No que se refere à relação amorosa com o ex-marido, a paciente relata que houve um grande empenho por parte dele no início do casamento. A paciente teve dois namorados antes de conhecer o ex-marido, de quem ele tinha muito ciúmes. Vânia diz ter ficado muito magoada com o ex-marido quando descobriu a traição, mas ele a convenceu a retomar o casamento.

No setor Produtividade (Pr), a paciente encontrava-se "pouco adequada". Vânia relatava estar magoada com o fato de ter sido dispensada pela patroa, mas sentia saudades do trabalho em função do bom salário que recebia e que possibilitava uma boa qualidade de vida.

No setor Sócio-Cultural (Sc) a paciente encontrava-se "pouco adequada", dizia não ter amigos, mantendo um bom relacionamento com sua irmã mais velha.

No setor Orgânico (Or) a paciente apresentava uma adaptação "pouco adequada" por não conseguir controlar o ranger de dentes. Relata que o bruxismo se acentuou após parar de trabalhar há mais ou menos três anos, e que este comportamento lhe traz sentimento de raiva. Toma medicação para dor nas costas e para pressão alta e faz acompanhamento médico. *Situação-Problema*:

Focou-se o setor Afetivo-Relacional (Ar). Trabalhou-se os sentimentos, principalmente a ansiedade e o comportamento hiperativo que se refletia no setor Orgânico (Or).

Análise

Durante as primeiras sessões ocorreu resistência por parte da paciente em falar a respeito dos seus sentimentos, tendendo a desviar o assunto para fatos ocorridos com as filhas e as netas. No início das sessões, quando perguntada como estava e como tinha passado a semana, respondia que estava bem, embora sua expressão facial fosse inalterada e fria e sua postura corporal rígida.

De acordo com Simon (2005), a postura do terapeuta na P.B.O. é basicamente ativa e, se o paciente falar de temas irrelevantes, intervêm-se para levá-lo de volta a um assunto que interessa ao desenvolvimento da compreensão das soluções inadequadas. Se o paciente evita um assunto, o terapeuta deve usar da persuasão para encorajá-lo a enfrentar a questão temida.

Com o decorrer das sessões, a paciente começou a falar a respeito de seus sentimentos, demonstrando o que sentia também através da sua expressão facial. Relatou a sua frustração por não poder trabalhar, mexer com vendas, algo que gosta e que não pode mais fazer por ter assumido cuidar da neta. Expressou também o quanto se sente incomodada quando o ex-marido vem para sua casa nos fins de semana e exige toda a atenção para si. Durante o tratamento a paciente começou a

expressar seus sentimentos em relação à sua família, e afirmou ter o sonho de comprar novamente uma casa (em função de falta de pagamento perderam a casa própria que tinham).

A partir desses dados, pode-se perceber que a paciente começou a buscar soluções para suas angústias e ansiedades e a fazer projetos de vida.

Durante o processo, indícios de transferência negativa foram observados (a paciente passou a comentar que poderia vir mais a terapia em função de dores nas costas) o que foi trabalhado no sentido de se assegurar à paciente que a terapeuta estava lá para ajudá-la e que ela não seria abandonada, nem traída. O trabalho teve continuidade e a paciente passou a relatar que se sentia bem e que a terapia estava ajudando, pois era "um espaço onde posso falar as coisas" (sic).

Com o decorrer das sessões, foi possível perceber que houve melhora em relação à queixa inicial de bruxismo. No final do processo a paciente relatou que estava feliz e tão bem que não notava mais o comportamento de bruxismo. Nas últimas sessões a terapeuta percebeu que a paciente estava mais ativa, manifestando de forma mais espontânea seus sentimentos, expectativas e estava mais atenta em relação a si própria e aos seus direitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode ser observado, pelo presente estudo, que a paciente, que de início apresentava o setor Afetivo-Relacional (AR) pouquíssimo adequado, evoluiu para adequado, porque conseguiu manifestar seus sentimentos, expectativas, sonhos e objetivos. Essa evolução afetou também a Produtividade (Pr) e o setor Sócio-Cultural (SC), melhora observada a partir dos seus relatos sobre o prazer que tem sentido no trabalho atual (que não interfere na sua rotina diária). No setor Orgânico (Or) observou-se melhor adaptação em função da redução do bruxismo.

Levando-se em consideração que o objetivo deste estudo é uma reflexão sobre os benefícios da Psicoterapia Breve Operacionalizada em idosos, os resultados observados sugerem que a P.B.O. seja utilizada na assistência psicológica a essa faixa etária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MALAN, D. *Fronteiras da Psicoterapia Breve*.Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

SIMON, R. *Psicologia Clinica Preventiva: Novos Fundamentos*. São Paulo: EPU, 1989.

SIMON, R. *Psicoterapia Breve Operacionalizada − Teoria e Técnica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

YOSHIDA, E. M. P. *Psicoterapias Psicodinâmicas Breves e Critérios Psicodinâmicos*. São Paulo: EPU, 1990.

ESTRESSE OCUPACIONAL E ASSÉDIO MORAL EM PROFISSIONAIS BIBLIOTECÁRIOS

Maria Luiza Lourenço

Thiago de Almeida

Atualmente, o estresse ocupacional é um problema que ataca profissionais de todas as áreas de atuação, sendo que alguns profissionais podem ser mais afetados que outros. Muitos profissionais da área da saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos), da área financeira (bolsa de valores, investidores, etc), policiais, vendedores, pessoas que trabalham com público em geral, freqüentemente se queixam do desgaste e do estresse a que são submetidos durante o período de exercício laboral, durante o dia a dia, o corpo a corpo com usuários, clientes, fornecedores e outros, além, de muitas vezes este embate também existir entre seus pares e principalmente com seus superiores. O profissional bibliotecário, o arquivista, o documentalista, enfim, os profissionais da informação, também estão sujeitos a esses estresses ocupacionais, como qualquer outro profissional.

De acordo com LACANNA (2008) o custo elevado dessa situação não se restringiria apenas ao indivíduo, a sua saúde e bem-estar, mas a organização e a sociedade em geral pelo efeito sobre a produtividade. Observa ainda a autora que o efeito global do ambiente de trabalho sustenta-se por complexa interação entre fatores físicos, psicossociais e organizacionais, com uma via final comum em termos da psicofisiologia individual do trabalhador, portanto, é importante estudar e estar atento às estratégias de enfrentamento que o indivíduo desenvolve perante as constantes variações de trabalho.

É importante que as chefias se conscientizem que muitos dos sintomas apresentados pelos seus funcionários como cefaléia, insônia, dores no corpo, palpitações, fadiga, alterações

gastrointestinais, tremores, resfriados constantes associados ou não a sintomas psíquicos tais como baixo nível de concentração e memória, confusão, perda do humor, depressão, raiva, medo e irritabilidade, não são apenas excusas para não executar aquilo que se espera dele em seu expediente, mas podem ser sinalizar os efeitos deletérios do estresse ocupacional.

O profissional da ciência da informação e a questão do estresse ocupacional

Profissionais da área da informação, enfrentam em seu dia problemas com os usuários/clientes, com os superiores, com subordinados, com os colegas de trabalho, fornecedores, prazos, cobranças, burocracia (no caso de servidores públicos), mas, apesar disso, pouco tem se estudado em relação aos problemas ocupacionais a que esses profissionais enfrentam durante seu período de trabalho ou fora dele. Infelizmente, esses profissionais, muitas vezes também enfrentam o chamado estresse ocupacional, por ter que lidar com pressões, volume de trabalho e cobranças.

Em 1992, a Organização das Nações Unidas (ONU) chamou o estresse de "a doença do século" e, mais recentemente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) descreveu o estresse como a maior epidemia mundial do século XX. Pode-se compreender o estresse como uma reação do organismo que ocorre quando se é necessário lidar com situações que exijam um grande esforço, sobretudo, emocional para serem superadas. Há que se evidenciar que quanto mais a situação perdurar ou quanto mais grave ela for, mais estressada a pessoa pode se deixar afetar. Um dos ambientes mais férteis para o estresse se desenvolver é o contexto laboral. O estresse ocupacional é uma reação negativa do organismo, a um estado crônico de estresse que o trabalhador pode estar vivenciando e que prejudica sua saúde física e mental e que podem ser classificados em várias categorias, sendo que alguns são predominantes de acordo com a área de atuação do trabalhador.

A Biblioteconomia sempre foi uma das profissões mais requisitadas, onde quer que existissem registros culturais, científicos, filosóficos, religiosos, políticos, sociais, etc. que necessitassem de armazenamento e preservação, além é claro da disseminação desse conhecimento/informação para todos. Nos dias atuais, onde a informação é de extrema relevância para a gestão documental e digital e o acesso a todo tipo de estoques de informações/documentos e não somente a guarda e conservação de acervos, esse profissional precisa estar mais do que nunca atualizado e enfronhado com as novas tecnologias da informação e onde a informação se expande e espalha cada dia mais rápida pela rede e aumenta a procura por profissionais da informação.

Mesmo com toda a tecnologia existem ainda muitos profissionais dessa área, que atuam em bibliotecas e empresas como há alguns anos, sem que as novas tecnologias da informação estejam presentes no seu cotidiano. Além disso, um dos espaços mais comuns em encontrarmos profissionais da informação é na área da esfera pública, onde escolas, universidades, museus, repartições públicas, secretarias, ministérios, etc., utilizam os serviços desses profissionais.

Até pouco tempo atrás, a biblioteconomia era considerada uma profissão particularmente do sexo feminino, por preconceito ou falta de interesse na área, poucos eram os homens que se formavam nas universidades na área, apesar de vários profissionais masculinos terem se destacado na profissão. Hoje com o com o advento da Ciência & Tecnologia, da Indústria da Informação, as facilidades de acesso a essas novas tecnologia, a globalização e com a diminuição do preconceito, muitos são os profissionais do sexo masculino que exercem a profissão, além do aumento da procura por cursos da área por jovens estudantes.

A pressão para que tarefas sejam feitas em tempo cada vez menor, o número excessivo de tarefas, demandas cada dia mais solicitadas, aumentam a carga sobre o trabalhador que torna-se ansioso, estressado e fazendo com que o indivíduo sinta-se, muitas vezes ,que está além de suas

habilidades, acima de sua capacidade funcional em resolver determinadas funções e tarefas.

Há que se evidenciar também que o indivíduo estressado apresenta, principalmente, os sintomas de irritação, impaciência, dificuldades de se concentrar e de se relacionar, agressividade e falta de interesse. Mas, vale a pena frisar que o estresse, em doses moderadas, chega até a ser importante na vida profissional - a ligeira ansiedade que ele produz garante desempenho adequado ao funcionamento das organizações (MARINO, 2008).

Segundo Lacanna (2008):

> Os estressores organizacionais conseqüentemente geram ansiedade, cujo significado é sufocar, desencadeando sintomatologia orgânica de mal-estar psíquico caracterizada por perturbações somáticas a nível cardio-respiratório causando sensação de opressão e hipercontração muscular.

Por muitos anos, as pessoas tiveram uma visão estereotipada dos bibliotecários e que infelizmente, ainda persiste em alguns lugares e para um grande número de pessoas. A bibliotecária, (antigamente eram normalmente as mulheres, que exerciam a função), era vista como uma mulher madura, de óculos, cabelos penteados em *coque,* brincos e/ou colares de bolas, sisuda, além de ser considerada uma pessoa assexuada. Essa visão, talvez tenha contribuído para que muitas profissionais fossem taxadas como pessoas que se preocupavam somente com o silêncio das bibliotecas, com a arrumação dos livros nas estantes, e que decoravam o lugar onde cada livro estava guardado.

Muitas pessoas até hoje se espantam quando um profissional da informação, seja formado ou ainda estudante, conta onde estudou ou quanto tempo levou para se formar, os cursos de especialização e pós-graduação que fez ou faz. A Biblioteconomia ou Ciência da Informação, apesar

de ser considerado um curso generalista, coloca no mercado, profissionais aptos a atender a demanda por profissionais da informação. E claro que os profissionais, devem se adaptar a área de atuação, fazendo diversos cursos para sua complementação profissional, além de pós-graduação quando for de interesse ou necessário.

Apesar dessas mudanças, ainda hoje, muitos empresas ou serviços públicos, na pessoa de superiores hierárquicos, diretores, chefes, etc., agem de forma que os profissionais sejam considerados pessoas desqualificadas para a função. Muitas vezes, os próprios colegas ou até mesmo os usuários/clientes desses profissionais também podem provocar traumas nessas pessoas, por diversas razões, fazendo com que o estresse ocupacional se instale, dando vazão a outras doenças derivadas desse estresse ou até mesmo de outros problemas também graves, que podem fazer parte do rol de traumas derivados de doenças ocupacionais e desgastes psíquicos, provocados por assedio moral, assedio sexual, *bullying* no trabalho, *coping*, síndrome de *burnout*, etc.

Na situação de assédio moral, como no relacionamento interpessoal, onde existe uma interação entre as pessoas, seja no trabalho privado ou público, normalmente as ações das chefias sobre o subordinado fazem com a pessoa seja "torturada" através de palavras e ações, fazendo com que a pessoa em questão, seja humilhada, ofendida, tenha sua auto-estima rebaixada, gerando conflitos que serão a fonte de vários níveis de estresse.

Embora o fenômeno do assédio moral, seja recente, ele já existe há muito tempo no mundo. Existem dados que remontam a anos, mas que somente há pouco, começou a ser estudado. Segundo Loper (2008):

> As expressões *harcèlement moral* (assédio moral) da França; *bullying* (tiranizar) da Inglaterra; *mobbing* (molestar) dos Estados Unidos e *murahachibu* (ostracismo social) do Japão significam aquilo que no Brasil nomina-se de assédio moral, forma de psicoterrorismo

> no trabalho, denunciado pela jornalista inglesa Andréa Adams, no livro "Bullying at Work", em 1992, propugnou a tipificação do assédio moral no trabalho como forma delituosa. A Suécia, Alemanha, Itália, Austrália e Estados Unidos já legislaram em favor das vítimas dessa forma distorcida de relacionamento no trabalho. Embora se trate de ocorrência tão antiga quanto o próprio trabalho, no Brasil, em nível de serviço público ou privado, o tema surge apreciado de forma tímida,...

O assédio moral, trás conseqüências graves para a saúde do profissional, seja de qualquer área, nesse caso especificamente, falando de profissionais da área da informação, trás sérios problemas físicos e psíquicos aos trabalhadores. Informalmente, sabemos de vários profissionais são acometidos por esse problema, que em muitos casos, estão doentes, depressivos, com baixa auto-estima e nem sabem as razões desses distúrbios.

O assédio moral não escolhe suas vítimas, que podem ser mulheres ou homens; trabalhadores com muito ou pouco tempo na profissão; chefes e subordinados. Esse mal muitas vezes acomete profissionais com muitos anos de trabalho e que necessitam passar por mudanças organizacionais e/ou tecnológicas, que demoram para se adaptar a essa mudanças e são alvos de chacotas, preconceitos por parte de colegas e superiores. Outros profissionais que tiveram mudança de cargo, ou que tiveram promoção também podem ser assediados moralmente por colegas muitas vezes desgostosos ou invejosos dessas mudanças.

O profissional da informação acometido por esse mal, passa a sentir-se humilhado e marginalizado perante seus pares e até mesmo em relação aos clientes/usuários, que muitas vezes percebem as mudanças ocorridos com essa pessoa, prejudicando até mesmo sua capacidade intelectual, pois ele se julga inferior a tudo e a todos e com sua auto-estima reduzida, sua produção abaixa, seu trabalho, seja ele ligado diretamente ou não com o usuário, seja prejudicada, que a qualidade seja repensada. Faz com que o trabalhador acabe falhando em suas funções mais básicas e

acabe entrando em desespero, muitas vezes achando que não serve para mais para aquela atividade e sinta-se desrespeitado em sua dignidade e identidade.

Muitas vezes, os superiores imediatos são os que mais assediam os subordinados, utilizando de uma conduta abusiva da superioridade e de seu poder para fazer com que os funcionários sejam humilhados, hostilizados, havendo um isolamento social da vítima de abuso, fazendo com que indivíduo assediado, desenvolva um quadro de miséria física, psicológica e social , que pode perdurar por muito tempo, sem que muitos não saibam nem o porque de seu sofrimento, sem que seus direitos sejam defendidos.

De acordo com Andrade (2007):

> Reconhecer o assédio moral não é fácil. Pode ser uma palavra do superior hierárquico, intencional e frequentemente pronunciada, capaz de causar um estrago físico e mental no empregado. Assim, por ser um processo gradual, não é possível estabelecer o tempo de prescrição.

Infelizmente, esse mal do mundo corporativo, está cada dia mais freqüente em nossas empresas públicas e privadas. Não escolhe suas vítimas, só precisa das palavras para acabar com uma pessoa, física, moral e psiquicamente e que muitas vezes, necessita de tratamento médico/psicológico e de afastamento de seu trabalho. Um mal do mundo moderno, das corporações, da globalização, que ataca qualquer ser humano, que não respeita os princípios éticos, morais e constitucionais das pessoas, mesmo com a ausência de violência física.

De acordo com Andrade (2007)

> São consideradas condutas comuns de assédio moral: dar instruções confusas e imprecisas ao trabalhador; dificultar o trabalho; atribuir erros imaginários ao trabalhador; exigir, sem

necessidade, trabalhos urgentes; impor sobrecarga de tarefas; ignorar a presença do trabalhador ou não cumprimentá-lo ou, ainda, não lhe dirigir a palavra na frente dos outros, deliberadamente; fazer críticas ou brincadeiras de mau gosto ao trabalhador em público; impor horários injustificados; retirar injustificadamente o instrumento de trabalho; agredir física ou verbalmente o trabalhador, quando estão sós o assediador e a vítima; promover revista vexatória; restringir o uso de sanitários; provocar insultos, ameaças e isolamento.

Considerações finais

O assédio moral surge como abuso de poder entre relações hierárquicas verticais e horizontais ou até mesmo entre colegas de trabalho e propaga-se, muitas vezes, pela falta de informação e de denúncia das vítimas e para minimizar esses problemas, hoje o trabalhador pode contar com a ajuda de médicos, psicólogos que o ajudarão a enfrentar essa crise dentro de um ambiente de desgaste físico e mental no seu trabalho.

Além do mais, o trabalhador também conta com a ajuda de entidades que podem ajudar, tais como Justiça do trabalho, Conselhos Regionais, Comissão de Direitos Humanos e Sindicatos de Classe, que poderão dar respaldo jurídico para as vítimas desse abuso. Por isso, é importante também que a vitima do assédio moral, nunca se isole, que tenha em seus companheiros de profissão e de trabalho, aliados e amigos, que terão papel fundamental na recuperação deste trauma que nem sempre será difícil de ser superado.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, R. S. *Terrorismo no trabalho*: Banco é condenado a pagar R$ 600 mil por assédio moral . Disponível em: http://estudandoodireito.blogspot.com/2007/05/terrorismo-no-trabalho.html Acesso em: 20 de dezembro de 2007.

LACANNA, M. L. *Estressores Organizacionais*. Disponível em: http://www.administradores.com.br/artigos/estressores_organizacionais/22401/ Acesso em: 5 de outubro de 2008.

LOPER, A *Doutrina:* assédio moral no trabalho: o ilícito silencioso. Disponível em: http://www.fenassec.com.br/artigos/art88.htm Acesso em: 13 de outubro de 2008.

MARINO, A. E. *Alerta*: estresse ocupacional é coisa séria. :Disponível em: http://empregos.ig.com.br/carreira/noticias/2008/10/16/alerta_estresse_ocupacional_e_coisa_seria_2050839.html Acesso em: 12 de outubro de 2008.

INTERSUBJETIVIDADE E SAÚDE MENTAL: ASPECTOS PSICOSSOCIAIS NO ATENDIMENTO EM GRUPOS DE ATENÇÃO PSICOLÓGICA

Tatiana Benevides Magalhães Braga
Walter Cautella Júnior

A partir de uma perspectiva fenomenológica existencial, a relação eu-mundo é constituída por uma percepção que consiste sempre numa trama de significações: a percepção do mundo em torno compreende uma multiplicidade de elementos em que apenas uma pequena parte é nomeada e delineada a cada momento. A intencionalidade da consciência ocorre no quadro de um fluxo perceptivo em que os elementos se relacionam e significam para além daquilo que é designado diretamente pela palavra no transcurso do vivido. A vivência no tempo vai tecendo os elementos do percebido, numa composição pré-reflexiva de si e do mundo, que pode ser resgatada pela experiência, enquanto dimensão elaborada e nomeada deste movimento vivencial. A trama vivencial forjada a partir das elaborações destes elementos cria para o homem sua possibilidade de compreender a si mesmo e o mundo, constituindo os modos de subjetivação por meio dos quais os homens tecem suas existências. Deste modo, a percepção de si, do outro e do mundo estão imbricadas num todo: a percepção de si se tece na historicidade da relação eu-mundo.

Nesse sentido, a loucura pode ser compreendida como fenômeno co-relacional, constituído em uma multiplicidade de interfaces. Nesta multiplicidade, a constituição perceptiva do mundo se apresenta de tal maneira que as possibilidades de designação do vivido se encontram dificultadas e que os elementos percebidos e apreendidos da experiência se tecem de modo alheio ao compartilhamento com outros e divergente das formas instituídas socialmente de compreensão e relação com o mundo. Sob este prisma, seria socialmente excludente uma terapêutica que ocorresse apenas em virtude da manifestação de um modo divergente de ser e agir no mundo: a ação terapêutica voltada à loucura ocorre não pelas diferenças de percepção que se compõem na experiência de uma determinada pessoa, mas no cuidado ao sofrimento oriundo de uma dificuldade de compreensão, comunicação e compartilhamento das próprias experiências à qual muitas das pessoas que passam pela vivência da loucura fazem referência. Tal dificuldade de nomeação ocorre em uma linguagem e uma cultura constituída socialmente e muitas vezes abarca situações e

vivências que, por sua complexidade e diversidade de fatores, são realmente de difícil designação para aqueles que passam pela experiência. Num ambiente social em que são corriqueiras experiências de violência, de constantes perdas, de insegurança social e de ausência de instituições e ideais futuros capazes de contribuir na construção de um sentido para as existências individuais (BAUMAN, 2001; 2004), muitas vezes a tarefa colocada para os indivíduos de tomarem plenamente para si a responsabilidade por todas as conseqüências que as condições sociais possam ter sobre suas existências é simultaneamente uma realidade próxima e de difícil identificação e designação.

É condição fundamental da linguagem, como expressão humana, correlacionar as coisas e as palavras. O delírio, tanto em seu sentido concreto de uma ideação que se vive como real, como em seu sentido mais amplo de devaneio, de ideação e imaginação voltada para o si mesmo, pode ser compreendido como um modo de tecer articulações entre facetas geralmente desligadas do sujeito e da realidade, que comunica um vazio de sentido existencial, des-amparando o afeto da orientação para o mundo, justapondo temas e imagens de modo ex-cêntrico (ou seja, fora de um centro comum), já que se referem a aspectos aparentemente afastados entre si. Deste modo, o comunicado a si mesmo e o comunicado ao outro, e o compreendido do que outros comunicam, se afastam de modo a fragmentar o diálogo. Se, por etimologia, compreendemos que comunicação refere-se à ação de tornar comum, em seu duplo sentido de tornar próximo da experiência e compartilhável com outros, podemos entender as relações entre comunicado e comunicação pela via do reconhecimento e estranhamento de si mesmo e do mundo, pela própria condição humana de uma percepção sempre con-figurada, bem como pela própria condição de inabarcabilidade do real.

O testemunho clínico per-segue estas correlações, possibilitando que aspectos da afetabilidade na qual estas articulações foram forjadas possam ser re-cerzidos de forma comunicável. Assim, a linguagem, bem como a relação clínica, não oferece um tripé sob o qual os afetos se assentam, mas um solo pelo qual o que é sentido e vivido pode transitar e a relação clínica se configura como metáfora (meta + phora). Um trabalho po-ético e lúdico, na medida em que se propõe a rearranjar, metamorfosear e fluidificar referências. O caráter investigativo e criativo é característica das artes e das ciências em sua perspectiva de criação e descoberta, tornando o familiar insólito e o insólito familiar. Por este prisma, ENRIQUEZ (1997) ressalta que “a importância do jogo e da divagação na descoberta nos asseguram que a imaginação não se acha em contradição com o rigor científico, mas, pelo contrário, ao favorecer uma disponibilidade à surpresa e ao que é

incongruente, fornece ao trabalho racionável novas hipóteses a serem testadas, novas imagens a explorar, novas estruturas a estabelecer" (p. 13).

Assim, a clínica se faz invenção, que se configura dinamicamente no movimento de re-conhecimento e des-conhecimento do mundo, numa atitude de estranhamento e questionamento do real que pro-voca e e-voca aberturas nas significações usuais e permite desconstruir e reconstruir significações e sentidos, reorientando o que é expresso no delírio, na destrutividade, e em outras atitudes que expressam o sofrimento, de modo a tecer um pertencer e reinventar a si mesmo e ao mundo. Nesta empreitada, o diálogo, enquanto veracização do real (CRITELLI, 1996), permite percorrer um caminho tecido no espaço intersubjetivo, tendo o outro como horizonte e limite da interpretação de seu contexto existencial.

Nesta situação, excluindo-se de seus próprios afetos, percepções, história e condição de vida, a divergência (BRAGA & CAUTELLA, 2008) pode se apresentar como impossibilidade de auto-significação, ou seja, de perceber-se como co-autor de si mesmo, dos próprios atos, falas, percepções e pensamentos. A própria palavra psicopatologia, compreendida atualmente como doença, remete à constituição de si mesmo por meio de um dizer de si e dos próprios afetos, ou seja, à possibilidade ou não de compartilhar um mundo com outros. Esta palavra é composta dos radicais *psique*, que significa *alma, espírito*, *pathos* que remete *a paixão, sentimento, sofrimento, afeto*, e *logos*, que deriva do verbo *leigen*, que significa *dizer*. Refere-se, assim, a afetos da alma que se dizem, carregando em si a possibilidade de construir significados existenciais. Como afetos, podem, tomar intensamente aqueles que o sentem, de tal modo que sua intensidade inunde toda possibilidade de abarcar o vivido e este se dissocie de significados e sentido. Porém, também como afetos, constituem uma direção e participam de uma abertura perceptiva e da construção de modos de compreender o mundo, que têm seu espaço de reconfiguração na construção conjunta do mundo humano pela via do *leigen.* Segundo Arendt (2002)

> *Toda vez que se fala de coisas que só podem ser experimentadas na privatividade ou na intimidade, trazemo-las para uma esfera na qual assumirão uma espécie de realidade que, a despeito da sua intensidade, elas jamais poderiam ter tido antes. A presença de outros que vêem o que vemos e ouvem o que ouvimos garante a realidade do mundo e de nós mesmos. (p.60).*

Articulando a afetabilidade humana e o dizer como interfaces da tecitura de si mesmo, podemos compreender a constituição de si como modo de subjetivação que se configura por um movimento de co-autoria dos próprios referenciais. Deste modo, a possibilidade de ouvir e ser ouvido, de compartilhar e de construir compreensões de si e do mundo que possam ser aferidas coletivamente, relacionando autoexpressão e compartilhamento com outros, remete-se à esfera da ética, como reconhecimento e constituição de modos de habitar o mundo, bem como à esfera da política, enquanto dimensão de construção e transformação coletiva do mundo. Estas duas dimensões relacionam-se também à ação clínica, referindo-se ao resgate da dignidade, compreendida como condição e possibilidade de ter a própria percepção e a própria fala legitimadas em um espaço de pertença (BRAGA, 2005). Assim, o espaço clínico compartilhado em grupo pode favorecer uma reinvenção da relação com o outro e com o mundo e o resgate de uma legitimação da autoria de si mesmo. Este espaço se desvela como momento propício ao desenvolvimento de modos de subjetivação, enquanto movimento de construção relacional de si, e opõe-se a um assujeitamento ou adaptação a normas e normalizações.

Nele, torna-se possível a aproximação com a realidade vivida em seu cotidiano, considerando os múltiplos atravessamentos da experiência – institucionais, sociais, subjetivos, culturais, econômicos – que, longe de representar um risco a uma esperada assepsia, podem ser considerados como constituintes do próprio espaço clínico e da tecitura de sentidos e projetos de cada sujeito, que se faz no entrelaçamento da palavra entre os diversos participantes, permitindo uma circulação do discurso e a oxigenação dos referenciais de cada um. Revela-se, deste modo, o mosaico de dimensões – cultural, ética, política, institucional, afetiva, etc. – na relação com o cliente e na constituição de modalidades de prática psicológica, que deve ser considerado a fim de, percorrendo com o sujeito seu caminho existencial, possibilitar a manutenção da criatividade e da crítica enquanto elementos essenciais de ressignificação e transformação de si mesmo e do mundo.

Grupos de atenção psicológica

A crise pode ser compreendida, desse modo, como perda de sentido, ou seja, como ruptura da trama de significados presentes em nossa vivência do mundo, no decurso da trajetória existencial. Tal ruptura faz emergir o fluxo de afetos e impressões do vivido, em intensidade tal que inunda as

possibilidades de compreensão e designação, gerando uma percepção nebulosa do mundo, imbuída da angústia e do desalojamento que, para além de sua presença como condições próprias do existir humano, se apresenta insustentável. Morato (2006) resgata o sentido etimológico de sofrer, desvelando a dimensão da sustentabilidade implicada no sofrimento. Para ela,

> *"...*sofrer *refere-se a sentir, experienciar, tolerar sem oferecer resistência, ser afetado, por-se em movimento por emoção. Em latim,* sofrer *origina-se de* subferre*, suportar por debaixo, implicando em dois significados: tolerar um peso e sustentar um peso. No primeiro, diz respeito a uma afetação, e no segundo, liga-se à força ou a poder ser. Ambas as origens referem-se à situação de ser afetado pela ambigüidade própria da condição humana: dor frente ao desamparo do homem na sua tarefa de existir, suportando a inospitalidade dos acontecimentos para conduzir-se adiante."*(p. 15, grifos da autora).

Nesta perspectiva, a ruptura das possibilidades de significação da experiência gerada por uma intensa afetação desaloja o homem de seus recursos para torná-la compreensível e para referenciar-se a fim de percorrer a própria trajetória existencial. Por outro lado, a crise é também potencialmente possibilitadora de crescimento pessoal, pela ascensão de novos sentidos existenciais, permitindo configurar o espaço clínico como abertura e solicitude na escuta da subjetividade. É a escuta e o compartilhar da subjetividade, enquanto meios do narrar de si e construir um mundo comum, que apresenta e constitui vivências, significações e possibilidades existenciais, que se apresentam como instrumentos clínicos nas práticas em grupo, como o Grupo de Atenção Psicológica (CAUTELLA, 2003; CAUTELLA, MORATO, NUNES & BRAGA, 2006), realizado em internação psiquiátrica de curta permanência.

Esta modalidade de prática clínica acontece com o intuito de possibilitar re-articulações e re-entrelaçamentos da trama existencial de cada participante, de modo que se possa resgatar o falar, compreender e interpretar a si e ao mundo e, por estes meios, reconfigurar de maneira mais pertinente a própria existência. Nesta situação, trabalha-se no intuito de, a partir da experiência do usuário, construir um sentido para sua participação no serviço. Tal sentido, na maioria das vezes, não está associado ao diagnóstico médico; é, antes, uma porta de entrada para o resgate de sua

experiência neste momento de convulsão existencial. Abre-se, deste modo, uma dimensão de significação, reflexão e questionamento de sua trajetória de vida e das relações dadas em seus contextos, abarcando-se nela a internação e as possibilidades terapêuticas oferecidas. A participação nos espaços disponibilizados acaba contribuindo para a construção de uma melhor análise de sua condição existencial.

As intervenções nos Grupos de Atenção Psicológica centram-se, por um lado, na relação do indivíduo com o mundo, levando-se em conta as peculiaridades do existir, ou seja, como esse sujeito é ferido pelo mundo e como a este ele se re-fere em sua existência. Por outro lado, tomam o relato da experiência como eixo no qual as diversas perspectivas podem ser consideradas, favorecendo o compartilhamento do vivido e de possíveis refelxões sobre ele entre todos os participantes, afastando o psicólogo do lugar de especialista e única autoridade legitimada a falar sobre a experiência. Deste modo, o Grupo de Atenção Psicológica atua também como espaço de experimentação da relação com outros, abarcando o hiato da experiência de cuidado na relação terapêutica e as experiências de convivência em geral, nas quais as comunicações e limites em relação ao outro devem ser constantemente estabelecidas.

Enquanto possibilidade de compreensão de si mesmo num espaço coletivo, o Grupo de Atenção Psicológica permite trazer à tona a questão da interpretação, da afetabilidade e da percepção como condições inerentes à construção do mundo humano e de seu conhecimento (ARENDT, 2002), entretecendo nas vivências suas possibilidades de compreensão e questionando caminhos, afetos, possibilidades, interpretações e ações. Deste modo, no espaço do grupo, enquanto espaço compartilhado de escuta e relato de experiências, a palavra, em sua múltipla dimensão de signo, significados e sentido, pode circular, perguntando e sondando as vivências subjetivas e possibilitando rearticulações da experiência. Como aponta MERLEAU-PONTY (1974), “Os olhares que eu passeava sobre o mundo como o cego tateia os objetos com seu bastão, alguém os apreendeu pela outra ponta, e os volta contra mim para me tocar, por minha vez” (p.143). Assim,

> *O que pode jamais valer como ser aos meus olhos só o faz acedendo, diretamente ou não, ao meu campo, aparecendo no balanço de minha experiência, entrando em meu mundo, o que quer dizer que o que é meu é verdadeiro e reivindica como sua testemunha não somente eu mesmo no que tenho de limitado, mas ainda um outro (...) Tudo está pronto em mim para*

> *acolher esses testemunhos. Resta saber como se poderão introduzir até mim. Isso será ainda porque o meu é meu, e por que meu campo vale para mim como meio universal do ser. (MEELEAU-PONTY, 1974, p. 143).*

A prática clínica no Grupo de Atenção Psicológica se constitui como espaço para a escuta destes "testemunhos", buscando, pelo testemunhar e ser testemunhado, modos de reorientar a palavra, como ação cuidadora que aponta e tece trajetos existenciais possíveis. Considerando que, como afirma Merleau-Ponty (1975) "a palavra não se assemelha ao que designa" (p.120), mas "nomeia, isto é, apreende em sua natureza e coloca ante nós, a título de objeto reconhecível, o que aparecia confusamente". (p.119), as possibilidades trazidas pelo relato no Grupo de Atenção Psicológica não são configuradas na orientação por um direcionamento dado, mas como forma de cirscunscrever a experiência, deixando em aberto possíveis releituras.

A partir da ressignificação de sua experiência e da constituição de espaços onde suas percepções e afetos possam ser legitimados e refletidos, a situação de crise e a possível constituição de um simulacro existencial (CAUTELLA, 2003) a ela atinente, deixam de ser fenômenos ameaçadores, perseguidores e não representados no universo psíquico, e passam a ser considerada como um modo de lidar com as vicissitudes encontradas pelo interno em seu percurso existencial. Esta maneira de estar no mundo, embora não desejada por aquele que passa pela situação de crise, não é mais percebida como algo externo que o ataca, e desta forma ele pode apropriar-se e agir sobre ela, operando mudanças através da re-significação da própria experiência.

As possibilidades que se abrem como cuidado, reflexão e olhar para si constituem uma experiência que pode ser apropriada pelo sujeito e retomada em seu percurso existencial, de modo que ele se instrumentalize para colocar-se de maneira pertinente na sua existência. Maneira esta pautada por uma ética pessoal cuidadosa, que pode se alterar a cada momento da vida no intuito de construir uma condição de bem estar no mundo, enquanto um desenvolver e encaminhar de si mesmo que se faz a partir da reconfiguração da experiência, de si mesmo e do próprio contexto vivencial. Compreendendo, com Merleau-Ponty (1990), que "não é nem o corpo, nem a consciência que produz o desenvolvimento, mas é a existência entendida como o conjunto das configurações das condutas possíveis para um indivíduo num dado momento" (p. 50), pode-se depreender que novos modos de desenvolvimento podem se configurar no percurso existencial, enquanto interjogo de

múltiplas dimensões. Neste sentido, a construção de um bem-estar se faz enquanto atenção a estas múltiplas dimensões, resgatando a reflexão do sujeito sobre si e sobre o mundo.

Com a flexibilização do ato terapêutico, que não se encontra prisioneiro da rigidez imposta pela técnica tal como concebida na modernidade (que se configura como mera repetição de uma forma pré-estabelecida de fazer), outros aspectos integram os grupos de Atenção Psicológica. Além de atuarem, com o propósito de possibilitar a abertura de possibilidades, os grupos passaram a ser um espaço de informação. Durante a sessão, mediante a demanda do grupo, são fornecidas informações concretas em relação à situação de crise, medicamentos, possibilidades de encaminhamento quando for o caso, questões sociais, entre outros que podem ser discutidas junto ao interno visando um direcionamento mais pertinente em saúde. Sem dúvida, essas informações fazem com que o cliente se aproprie do seu momento presente, resgate sentido, aproprie-se de seus direitos e do acesso aos serviços públicos, e possa se projetar para o futuro. Resgatar a dignidade da fala e da experiência de cada um significa também, desse modo, atuar na apropriação dos recursos de saúde pelo usuário que, primeiramente, deve ser o cuidador de si mesmo.

Tanto no aspecto clínico quanto informativo do grupo, a possibilidade de troca de informações e experiências entre os próprios pacientes possibilita uma descentração do funcionamento do grupo em relação à figura do psicólogo, que atua no sentido de revalorizar recursos próprios, muitas vezes negados pelo saber do especialista e pela cultura dominante, e favorecendo a construção e ressignificação de recursos próprios. É imprescindível a consideração, em inúmeras das situações de internação psiquiátrica, da hegemonia cultural dominante e da circulação de discursos competentes (CHAUÍ, 1984), que muitas vezes negam os recursos e experiências subjetivas em favor de uma fala heterônoma. Assim, os Grupos de Atenção Psicológica possibilitam a circulação da palavra para além do diálogo com o especialista, permitindo a legitimidade do saber de todos, enquanto portadores de uma experiência vivida.

Considerações finais

Tal como demonstrou a experiência relatada dos Grupos de Atenção Psicológica, considerar a profunda articulação entre nomeação, resgate e sedimentação da experiência e os espaços dialógicos constituídos no campo clínico implica resgatar o lugar da fala para a construção e manutenção da dignidade humana. Etimologicamente, dignidade se relaciona ao próprio direito à

voz: a condição de ouvir e ser ouvido entre outros, compartilhando as experiências, representações e perspectivas sobre o mundo comum. Neste sentido, pode-se compreender, por um lado, que a diminuição cada vez mais rápida dos espaços comunitários na contemporaneidade possui um aspecto de sofrimento psíquico potencialmente gerador de graves rupturas existenciais, tornando as experiências relacionadas à loucura cada vez mais freqüentes. Por outro lado, desvela-se a esfera de padecimento psíquico que pode ter o próprio preconceito contra a loucura e sua compreensão como objeto externo a ser analisado unicamente do ponto de vista biológico. Ao aprisionar o indivíduo em uma única fala possível sobre si – a fala do "doente" – o olhar baseado no déficit tolhe as possibilidades de reinvenção de novos significados para a trajetória existencial, constituindo uma experiência que em si mesma subtrai os recursos e possibilidades de compreensão de si e de construção de projetos de vida.

Neste sentido, cabe ainda resgatar o papel que têm tido as experiências de humilhação social, bem como as experiências de ruptura e torção dos projetos de vida, intensificadas pela organização social contemporânea no desenvolvimento dos sofrimentos e crises individuais. Grande parte dos processos de crise psíquica no Brasil está articulada a experiências de pobreza, nas quais a ausência de recursos interrompe constantemente os projetos de vida (a construção da casa, a freqüência na escola, o reencontro com a família) e cria situações de vivência de afetos em uma intensidade extrema (o pavor e constantes perdas diante da violência na periferia, o sentimento de submissão frente a figuras tidas como de maior autoridade, a insegurança sobre as condições mínimas de alimentação, moradia e saúde no futuro, entre outras).

Nesta perspectiva, um discurso sobre o sofrimento e a crise psíquica que desconsidere a necessidade de resgate da cidadania, compreendido como um resgate das falas e dos atos (CAUTELLA, 2003), bem como das condições materiais mínimas para que eles possam ocorrer, pode significar também uma experiência de humilhação social (GONÇALVES FILHO, 1998), pois destitui a dimensão de legitimidade daquilo que é concretamente sentido e vivido pelo indivíduo, atribuindo um estatuto de verdade a um discurso que lhe é heterônomo.

Se esta experiência é vivida com mais intensidade entre aqueles de menor poder aquisitivo, ela também se encontra presente para outras classes sociais quando se trata do fenômeno da loucura, pois a convivência com o preconceito e a assunção de um lugar de especialista pelo profissional de saúde, que desconsidera a autoridade daquele que é portador do vivido, num momento em que o indivíduo possui dificuldade de falar da própria experiência, mantém a característica de subtração do

valor dos significados e sentidos que o próprio indivíduo pode tecer para si mesmo. Assim, para um resgate da legitimidade de falas socialmente privadas do direito de expressão (GONÇALVES FILHO, 1998), e para a construção de uma atuação afirmativa no sentido de garantir tais espaços a na ampliação de possibilidades da práxis, cabe questionar o sentido dos espaços construídos para o acolhimento do sofrimento, considerando a necessidade de múltiplas possibilidades de acesso ao atendimento em saúde mental e do favorecimento de diálogos com outros. Se *"os laços públicos tendem a perder suas qualidades concretas e humanas, absorvidas que estão por imperativos do mercado*" (p.), a reconstituição das relações humanas é um importante aspecto a ser considerado na atenção psicológica no contexto das ações de saúde.

Referências:

ARENDT, H. *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

BRAGA, T. B. M. *Práticas Psicológicas em instituições e formação em Psicologia: possibilidades de reflexões sobre o sentido da prática.* Dissertação (Mestrado) São Paulo: IPUSP, 2005, 179p.

BRAGA, T. B. M. ; CAUTELLA JR, W. . Prática Psicológica em Hospital psiquiátrico numa perspectiva inclusiva. En: *Anais III Jornada APOIAR. Atendimentos Clínicos Diferenciados e Inclusão: O papel da psicologia Clínica Social*. São Paulo, 2005. v. 1. p. 82-87.

CAUTELLA JR, W. *Uma prática psicológica em instituição psiquiátrica: atenção à inclusão e a cidadania.* Dissertação (Mestrado), São Paulo: IPUSP, 2003, 230p.

CAUTELLA JR, W; NUNES, A. P.; MORATO, H. T. P.; BRAGA, T. B. M. Prática Psicológica em Instituição Psiquiátrica em uma perspectiva Fenomenológica Existencial. **Revista Vivência** (Natal), Rio Grande do Norte, v. 31, p. 51-72, 2006.

CHAUÍ, M. S. *Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas.* São Paulo: Moderna, 1984.

GONÇALVES FILHO, J. M. Humilhação Social – um problema político em Psicologia. *Psicologia USP* vol.9 n.2 , São Paulo,1998.

HEIDEGGER, M. Habitar, Construir, Pensar. Em: HEIDEGGER, M. *Ensaios e Conferências.* Petrópolis: Vozes, 2001.

MERLEAU-PONTY, M. *O homem e a comunicação.* Rio de Janeiro: Edições Bloch, 1974.

MERLEAU-PONTY, M. A dúvida de Cézanne Em *Coleção os pensadores* São Paulo: Abril, 1975.

MERLEAU-PONTY, M. Merleau-Ponty na Sorbonne: resumo dos cursos – Psicossociologia e Filosofia Campinas, SP: Papirus, 1990.

PSICODINÂMICA DA ANOREXIA NERVOSA A PARTIR DA ANÁLISE DO FILME "THE KAREN CARPENTER STORY".

Erik Rissi Queiroz

Elaine S. N. Lange

SINOPSE

Filme "The Karen Carpenter Story"

Filme do ano de 1989, que conta sucintamente a história da trajetória da vida de Karen Carpenter e também de sua carreira artística. Dirigido pelo próprio irmão Richard Carpenter, foi passado na rede Globo de Televisão no ano de 1996, e conta com Cynthia Gibb como Karen Carpenter, Mitchel Anderson como Richard Carpenter e grande elenco.

O começo se dá com Karen indo ao hospital, onde vem a óbito. A história, então, volta ao ano de 1963, quando a família Carpenter se muda de Connecticut para a cidade de Downey, no estado da Califórnia, a fim de que Richard desenvolva sua carreira como pianista. Ao permanecerem na cidade, em uma apresentação de talentos juvenis, após tocar piano, Richard pediu que sua irmã Karen cantasse em público pela primeira vez.

Quando participou de uma parada escolar, Karen pediu a seus pais que lhe comprassem uma bateria, sendo que outrora teve várias tentativas frustradas de tocar outros instrumentos, como um acordeão, recomendado por sua mãe. Ao adquirir o instrumento, junto de seu irmão e um amigo, formaram o trio Richard Carpenter, que ganhou um concurso de apresentação instrumental , quando foram convidados a gravar, em estúdio, seu trabalho.

No final dos anos 60, Karen inicia sua carreira como cantora e baterista no momento em que o gravador do estúdio solicita que alguma música seja cantada, e não apenas tocada. O gravador vai à casa dos Carpenters pedir a Harold e Agnes, os pais de Richard e Karen, autorização assinada apenas para esta cantar, pois é menor de idade; Agnes discordou do fato de os irmãos ficarem separados, mas, com a proposta do gravador e opinião de Richard e Harold, aceitou assinar o contrato. Karen começa a realizar exercícios físicos e no momento em que Richard tirava suas fotos para publicação, ela fazia corrida para emagrecer e estava submetida à dieta d'água, dizendo que não

queria ser fotografada porque se sentia gorda e não se sentia bem dessa maneira.

Com a falência do gravador do estúdio no início dos anos 70, os irmãos Carpenters são encaminhados a gravar com Herb Alpert no mesmo estúdio onde realizaram suas antigas gravações. Foram classificados por Herb e outro gravador como os irmãos que nunca erram. Fizeram uma apresentação em uma festa formal com a música Close to You. Karen conhece Lucy, que se torna sua melhor amiga, dando apoio para sua carreira.

Os irmãos chegam em sua casa, junto de seus empresários, logo após Lucy, dando a notícia de sua boa colocação nas rádios dos Estados Unidos. Quando Karen lia o jornal da Billboard, ela viu que no mesmo estava escrito "... e sua irmã gorducha".

Em um momento de ensaio, quando Richard pede a sua irmã para testar o microfone, achou que o desempenho dela como cantora sem estar por trás da bateria era melhor e, junto de seus empresários, decidiu fazer com que Karen cantasse sem a bateria, sem consultá-la, o que a deixou extremamente irritada, pois gostava de tocar o instrumento e esconder-se atrás dele.

Os irmãos passam a fazer muito sucesso no começo dos anos 70, quando se iniciam seus problemas de saúde; Karen passa a se alimentar mal e ao notar sua imagem no elevador, viu-se como gorda. A família a alerta sobre sua extrema magreza, mas Karen contesta e afirma que "as mulheres hoje em dia são magras". Ao morarem juntos, os irmãos têm problemas: além da pouca alimentação de Karen, Richard toma freqüentemente tranqüilizantes para dormir. A cantora briga com o irmão pela sua falta de privacidade na casa, quando o mesmo a viu com um caso amoroso, altas horas da noite.

Após voltarem de uma apresentação no Japão, os irmãos trouxeram presentes a seus pais: um carro da década de 50 (escolhido por Richard) a Harold e um quimono florido a Agnes, que foi escolhido por Karen. Quando experimentou o quimono, Agnes exclamou a Karen que esta deveria tê-la consultado sobre o presente e imediatamente pôs-se a mostrar a nova decoração dos quartos dos irmãos, largando o quimono de lado. Por um tempo, a cantora ficou em silêncio e disse que pretendiam morar sozinhos; a contragosto, os pais permitem que Richard e Karen cumpram tal planejamento.

Ao se mudar para a casa nova, Karen foi abordada por sua mãe, que encontrou uma caixa repleta de supositórios e laxantes; Agnes novamente a alerta sobre sua magreza, tendo uma breve discussão com a filha. Com o excesso de exercícios físicos (corrida e bicicleta ergométrica), Karen passa mal em um de seus shows, sendo necessária a internação em um hospital por estar com 15

quilos abaixo do normal.

Karen, no momento de gravar seu primeiro CD solo, conhece Bob Knight, com quem tem um casamento desastroso que durou pouco tempo devido ao grande compromisso com sua carreira. A família sugeriu que se separasse, mas a cantora se rebelou e chorou logo em seguida, dizendo que queria ser normal.

Logo que se separa, Karen busca voluntariamente tratamento psicológico. O médico que a atendeu dialoga com a família, salientando que a perda de peso pode ter ocorrido por razão dos elogios quando ela emagreceu alguns quilos. Ele ainda afirma que todas as pacientes com este distúrbio têm algo em comum: o medo de perder o amor da família se não corresponderem às suas expectativas; Agnes se recusa a dizer que a ama por falar que já demonstrara isso através de atitudes. Além da psicoterapia, Karen realiza tratamento médico para ganho de peso. Ao ser liberada para a comemoração do Dia de Ação de Graças junto da família, Karen volta para casa, alimenta-se adequadamente e vai ao quarto, onde sofre uma parada cardíaca depois de a mãe dizer que a ama.

RESUMO

Este trabalho objetivou analisar, do ponto de vista psicodinâmico, a história de Karen, protagonista do filme “The Karen Carpenter Story”, que veio a óbito por um quadro de anorexia nervosa no ano de 1983. Para tanto, momentos significativos do filme, relativos à anorexia nervosa, foram selecionados a fim de propiciar a compreensão dos aspectos clínicos e psicodinâmicos, norteados pela abordagem psicanalítica. Pôde-se supor que a anorexia nervosa purgativa de Karen eclodiu, em conseqüência da ambivalência constante que vivenciava em suas relações, bem como, a necessidade de obter controle sobre si mesma e, ao mesmo tempo, não perder o afeto de pessoas importantes na sua vida.

Palavras-chave: Anorexia nervosa; psicodinâmica; aspectos clínicos e emocionais.

INTRODUÇÃO

O objetivo principal deste trabalho é analisar os aspectos mais relevantes encontrados no psiquismo de Karen que desencadearam a sua Anorexia Nervosa e conseqüentemente seu óbito, com base no filme "The Karen Carpenter Story".

A Anorexia Nervosa (AN) é caracterizada, conforme Kaplan e Sadock (1999), por um estado de inanição deliberado, auto-imposto, devido à busca implacável por um corpo esguio e medo de engordar, levando a vários graus de emagrecimento. Para os autores, baseados no DSM-IV, há dois tipos de anorexia nervosa: a do **tipo restritivo:** durante o episódio atual de anorexia nervosa, o individuo não se envolveu regularmente em um comportamento de hiperfagia compulsiva ou de purgação; e **tipo compulsão periódica/purgativo:** durante o episódio atual de anorexia nervosa, o indivíduo envolveu-se regularmente em um comportamento de hiperfagia compulsiva ou de purgação (p.ex., auto-indução de vômito ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas).

O que caracteriza a fenomenologia da anorexia nervosa é a recusa patológica de se alimentar (CALDEIRA, 2001, p. 324); evidencia-se a progressiva perda de peso, possibilitando atingir estados de inanição. São descritos outros distúrbios corporais, como conseqüência, por exemplo, a amenorréia. Em casos mais graves, percebe-se uma "desrealização" da imagem corporal, quando jovens bem magros vêem seu corpo como gordo e disforme, se aproximando da desrealização psicótica.

Freud (1990), ao tratar da melancolia, estabeleceu relação entre a anorexia e sexualidade. Para o autor, a Anorexia Nervosa é uma melancolia na qual a sexualidade não foi desenvolvida; a paciente não se alimenta porque afirma não ter apetite, e essa perda de apetite é relacionada com a perda de libido, em termos sexuais.

As relações humanas na contemporaneidade, como postulam Duque e Magalhães (2005), consistem; a intimidade e a imagem corporal se expõem publicamente. A anoréxica busca bem-estar físico e procura causar boa impressão, mantendo uma relação aparentemente paradoxal com o Outro, que só considera para a obtenção de reconhecimento das suas vontades e desejos.

Weinberg e Cordás (2006) destacam a principal contribuição de Hilde Bruch para o entendimento da anorexia na modernidade, "a busca incessante pela magreza" (p. 84). Formulam que o interesse pelo corpo e o rígido controle da comida são sintomas tardios de uma luta desesperada contra o sentimento de ser escravizado, de não ter competência o suficiente para levar uma vida própria. Acrescentam ainda que as anoréxicas parecem desenvolver a doença familiarizando-se com ela, apegando-se umas às outras, buscando grupos de auto-ajuda e programas

especiais e parecem não ser sinceras ou convencidas nos propósitos de emagrecimento.

Uma das possíveis causas do desenvolvimento da anorexia, para Norsa e Seganti (1999), seria um conflito existente entre a não resolução do eu corpóreo, frágil e necessitado, com uma hipertrofia do ideal de ego ao qual procura corresponder. Citam que outras causas que podem contribuir para o aparecimento da anorexia seriam derivadas de operações defensivas que neutralizariam fluxos libidinais, aplicadas para a conversão somática de fantasias sexuais reprimidas; a dificuldade em se alimentar estaria ligada também à mesma experiência acontecida na infância, como uma fixação oral.

Para Gorgati (2002), a anorexia seria "produto de um grupo de forças em interação ou, mais precisamente, de fatores predisponentes (de ordem individual ou familiar) de elementos desencadeantes e fatores perpetuantes" (p.116). A anorexia acontece principalmente com meninas na adolescência devido às mudanças corporais da fase de desenvolvimento: as meninas ganham gordura, que se instala em partes do corpo com significação sexual, como quadris e seios.

Lange (2005) destaca a importância da família no processo de desenvolvimento do transtorno, e afirma que a anorexia estaria relacionada a um grito de rebeldia e liberdade da anoréxica com relação às outras pessoas, e que pela magreza se romperia o controle exercido pela mãe. Moraes e Sales Júnior (2005) concordam com a autora sobre o papel do pai na família da anoréxica: este tem como função regular a relação existente entre mãe e filha, cortando a simbiose existente entre as duas e fazendo com que a filha deixe de ser o "falo" da mãe e se torne sujeito. Sem o corte nesta simbiose, o processo da filha em se tornar mulher e assumir uma identidade não se desenvolve. Herscovici e Bay (1997) salientam que as crianças, futuras anoréxicas, nunca foram preparadas para a separação e individuação, próprias da adolescência, devido à relação simbiótica da mãe para com os filhos.

Faltou à anoréxica um espaço transicional para seu desenvolvimento, levando o conflito a ser vivido na relação com o alimento, uma forma de aniquilamento da própria natureza e existência humanas (LANGE, 2005). "A anorética ficaria presa entre o terror da solidão e o terror da anulação psíquica em função da não separação do corpo da mãe." (p. 30).

A origem do transtorno, conforme Gorgati (2002), tem base na relação com a mãe, onde a anoréxica vive esta relação em forma de controle e ambivalência. Holcberg (2001) complementa que a relação da mãe para com sua filha anoréxica é uma presença intrusiva e incestuosa, proveniente de rachaduras em seu escudo protetor para com a filha, que ocorreram na relação pré-verbal (relação

mãe-bebê). Para a autora, a filha tem uma relação de dependência extrema com a mãe, e simultaneamente tenta romper essa dependência recusando-se a comer, de forma violenta.

De acordo com Santos et al (2004), as mães das anoréxicas tinham sido "boas demais", cuidadosas, corretas e até muito ansiosas quanto ao bem estar familiar, se adiantando às necessidades dos filhos, parecendo cuidar deles conforme suas necessidades e não com relação às necessidades deles; é sugerido ainda que a futura anoréxica jamais tenha aprendido atender às necessidades corporais, pois a mãe a alimenta antes do desejo ser esboçado, relacionando o alimento com o vínculo com sua mãe.

Algumas características são típicas da organização familiar da pessoa que sofre transtorno alimentar, tais como (HERSCOVICI, 1997; CORDÁS et al, 1998): rigidez nas regras; fronteiras problemáticas, que podem ser demasiadamente delimitadas ou difusas (neste caso, produz intrusão física e mental no espaço do outro); hierarquias alteradas; falhas no controle: o desacordo é encoberto nas famílias de anoréxicas, e manifesto nas de anoréxicas bulímicas (purgativas); existência de aliança da anoréxica com um dos pais; perfeccionismo; superproteção; aglutinação dos membros da família; repressão das emoções como raiva, ciúmes, etc.; preocupação com excesso de peso e regimes.

Antes da instalação do quadro anoréxico, Santos et al (2004) afirmam que o ambiente familiar é sentido como "normal" e o filho portador como saudável, inteligente e perfeccionista; tal perfeccionismo remete às necessidades de aceitação social da anoréxica (agradar ao outro e se assegurar de que é aceita). Após instalação do quadro, destacam-se rituais e exigências do filho com relação a sua conduta alimentar (SANTOS et al, 2004). As mães procuram conhecer melhor a doença com o desenvolvimento desta, apresentando alto índice de informação, mas geralmente desconhecem o papel de fatores familiares que estão envolvidos no transtorno.

METODOLOGIA

Para o cumprimento do objetivo deste trabalho, realizou-se uma sinopse do filme "The Karen Carpenter Story", do ano de 1989, levantando dados significativos do ponto de vista psicodinâmico, através da história de vida e carreira da cantora e suas relações interpessoais. Em seguida, buscou-se compreender e interpretar essas informações levantadas na sinopse, com base na literatura pesquisada, entre 1990 e 2006, e teses e artigos de sites científicos (BVS Psicologia, Scielo,

Dedalus/USP), datados entre 2002 e 2005, sobre da anorexia nervosa.

DISCUSSÃO

Na adolescência, Karen estava submetida à dieta d'água e exercícios físicos (corrida e bicicleta ergométrica). De acordo com Weinberg e Cordás (2006) e Abreu e Cordás (2005), supõe-se que Karen realizava a dieta devido às mudanças corporais características do período de transição da infância para a adolescência, e que tais mudanças a assustavam à medida que traziam "gordura" e "enchimento" ao corpo. Próximo ao final do filme Harold (pai) confirmou ao terapeuta que quando Karen emagrecia, dizia que ela estava bonita, o que a motivava a querer cada vez ser mais magra, e esta passou a compreender que é assim que se conquista e mantém o amor e respeito de alguém, especialmente dos pais. A partir disso, pode-se compreender que a jovem cantora fazia dieta na tentativa de controlar a chegada o seu eu indesejado (ser gorda), para não correr o risco de perder o amor e a atenção de quem tanto prezava.

No início dos anos 70, os irmãos Carpenters passaram a fazer muito sucesso, quando também começaram os problemas em sua vida particular. A partir do momento em que fica furiosa com seu irmão e todos seus colegas de trabalho, que lhe tiraram o direito de tocar bateria, Karen sentiu que não somente seu corpo, mas a sua vida estava sofrendo "abuso", invasão, no que se referia às suas próprias decisões. Abuso no sentido de que sua vida havia se tornado um "espaço público", onde todos poderiam entrar e sair. Este abuso existiu desde tempos remotos na vida da cantora, pois a mãe a fez aprender tocar acordeão. Tudo isso pode ser explicado pela teoria de Herscovici (1997) e Cordás (1998), que explicitam respectivamente sobre conceitos de fronteiras problemáticas e aglutinação dos membros da família, bem como a contribuição das atitudes intrusivas e ansiosas da mãe, conforme Holcberg (2001); a vida pessoal de Karen estaria aglutinada com a de todos os outros, não encontrando a si mesma e confundindo-se em seu cotidiano. A partir dos rituais de emagrecimento que realizava, cada vez mais voltava para si mesma como um ato de rebeldia, buscava assim diferenciar-se das outras pessoas e controlar a si mesma (LANGE, 2005). A aglutinação familiar pode ser constatada na afirmação de Agnes (a mãe) no momento da contratação do agente do estúdio, apenas de Karen, momento no qual a mãe afirma que nenhum membro da família deve se separar, por nada que possa vir a acontecer.

Quando Agnes, encontra na residência de sua filha uma caixa contendo purgantes e

supositórios, relaciona-se isso ao fato da cantora possuir um tipo específico de anorexia nervosa, com base nos critérios diagnósticos de Kaplan e Sadock (1999): a do tipo compulsão periódica/purgativa. Este comportamento pode traduzir-se na recusa em ser controlada por intermédio do alimento, que Santos et al (2004) relacionam ao vínculo da filha para com a mãe, ou seja, a negação em continuar sob os cuidados intrusivos de sua mãe, que representa um obstáculo à sua independência.

Herscovici e Bay (1997) sugerem que na infância, Karen poderia não ter sido preparada para a experiência e individuação próprias da adolescência, que possivelmente podem ser compreendidas como resultado de algumas das prováveis "rachaduras" existentes no comportamento de sua mãe, descritas por Holcberg (2001): a presença integral e invasiva da mãe em sua vida, decorrente de sua superproteção para com os membros da família (Agnes é quem compra suas roupas e são seus pais que decidem remover as grades de seu quarto), e também a sensação de seu corpo não pertencer a si mesma (é a mãe quem decide que Karen deve comer, e não ela, mesmo quando não quer se alimentar). Vale ressaltar a pouca presença de Harold (o pai) no filme. Com base na literatura de Moraes e Sales Júnior (2005), é possível afirmar que a função de Harold aparentou ser delicada na definição dos papéis da mulher e dos filhos, o que tornou difícil Karen assumir-se como sujeito próprio de suas ações, por ainda sentir-se ligada a seus pais. O pai deveria fazer um corte na relação simbiótica entre Agnes e Karen, para que esta deixasse a condição de um objeto da mãe e assim, desenvolver sua própria identidade.

Karen procura voluntariamente tratamento psicológico para seu transtorno no mesmo momento em que acontece o fim de seu casamento, causado pelo distanciamento do casal devido ao excesso de apresentações musicais dos Carpenters em shows e programas de televisão. O motivo claro da busca de tratamento pela paciente anoréxica é evidenciado em Trópia (2001), quando cita que a paciente não procura o tratamento pelo transtorno em si, levando em consideração que este é egossintônico ao paciente, mas pelo fracasso que se sucede em tentar criar uma relação social, com o outro. Karen buscou o tratamento pelo seu desejo de "querer ser normal"; ela pretendia ser feliz em seu casamento e formar uma família, e não pelos inúmeros problemas causados por seu emagrecimento. Ou seja, foi por intermédio de outro viés que procurou tratar-se.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível observar que Karen provavelmente desenvolveu a anorexia nervosa pela presente ambivalência de sentimentos que vivia entre não ser "escravizada" por todos e preservar o afeto daqueles que amava. A doença não foi causada por sua família e sim pelo tipo de relação estabelecida: de superproteção, da aglutinação dos membros da família e outras formas de demonstração de afeto que criaram uma dependência emocional nociva.

O mais indicado seria um tratamento da cantora em conjunto com seus pais e irmão, bem como o trabalho psicoterapêutico cognitivo-comportamental e individual de Karen. Cognitivo-comportamental para o tratamento e correção das distorções tanto de imagem corporal, como das concepções errôneas alimentares que refletem-se através do corpo esquelético-cadavérico; tratamento individual, para aprofundamento e elaboração dos conteúdos psicodinâmicos que culminaram com instalação do quadro anoréxico.

REFERÊNCIAS

CALDEIRA, G. Transtornos alimentares. In: CALDEIRA, G.; MARTINS, J. D. ***Psicossomática*:** teoria e prática. Rio de Janeiro: MEDSI, 2001.

DUQUE, D. F.; MAGALHÃES, M. A. B. Anorexia como sintoma da contemporaneidade. ***Oficina***. Belo Horizonte: Faculdade de Ciências Humanas – FUMEC, 2005. Periódicos I – FUMEC, ano 11, n. 22/23, p. 159, 2005.

FREUD, S. **Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos (1886-1899).** Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1990. v. I.

GORGATI, S. B. O feminino congelado na anorexia. In: ALONSO, S. GURFINKEL, A.; BREYTON, D. (Orgs.). ***Figuras clínicas do feminino no mal-estar contemporâneo*.** São Paulo: Escuta, 2002. p.115.

HERSCOVICI, C. R. ***A escravidão das dietas*****:** um guia para reconhecer e enfrentar os transtornos alimentares. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

HERSCOVICI, C. R.; BAY, L. ***Anorexia nervosa e bulimia*****:** ameaça à autonomia. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

HOLCBERG, A. S. As alpinistas. In: SIGAL, A. M., VILUTIS, I. ***Colóquio freudiano***: teoria e prática da psicanálise freudiana. São Paulo: Via Lettera, 2001.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. ***Tratado de psiquiatria***. Porto Alegre: Artmed, 1999.

LANGE, E. S. N. ***Jovens anoréticas e suas mães***: abordagem psicodinâmica de uma clínica da contemporaneidade. São Paulo, 2005. 156 p. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Departamento de Psicologia Clínica, 2005.

MORAES, S. S.; SALES JÚNIOR, V. L. Anorexia e subjetividade: uma perspectiva psicanalítica. **Oficina**. Belo Horizonte: Faculdade de Ciências Humanas – FUMEC, 2005. Periódicos I – FUMEC, ano 11, n. 22/23, p. 147, 2005.

NORSA, D.; SEGANTI, A. A anorexia e sua organização relacional. In: URRIBARRI, R. (org.) ***Anorexia e bulimia*****.** São Paulo: Escuta, 1999.

SANTOS, M. A. et al. "Mulheres plenas de vazio": os aspectos familiares da anorexia nervosa. ***Vínculo***, v.1, n.1, p.46-51, dez. 2004.

TRÓPIA, M. R. B. Algumas considerações sobre anorexia e bulimia. In: CALDEIRA, G.; MARTINS, J. D. ***Psicossomática*****:** teoria e prática. Rio de Janeiro: MEDSI, 2001. p. 327.

WEINBERG, C.; CORDÁS, T. A. ***Do altar às passarelas*****:** da anorexia santa à anorexia nervosa. São Paulo: Annablume, 2006.

O ATENDIMENTO PSICOLÓGICO À FAMÍLIA DE CRIANÇAS ABRIGADAS: ESTUDO DE CASO

Iara Delly Paschoaletti
Denise Sanchez Careta
Ivonise Fernandes da Motta

Introdução

O presente estudo tem por objetivo apresentar o trabalho psicoterapêutico desenvolvido com famílias cujos filhos encontram-se abrigados em uma instituição para crianças e adolescentes da Grande São Paulo.

Este trabalho foi desenvolvido a partir do conceito de holding criado por D.W. Winnicott que enfatiza a capacidade da mãe identificar-se com o bebê e assim, proporcionar cuidados contra as invasões e intrusões ambientais que inclui, por exemplo, proteção contra agressão fisiológica através de uma rotina completa do cuidado dia e noite [53].

Segundo o autor, este processo de identificação encerra elementos complexos e tem seu início a partir das mudanças fisiológicas que ocorrem após a concepção despertando na mulher interesse em seu próprio corpo, ou precisamente, no bebê em seu útero, desenvolvendo deste modo uma sensibilidade que a habilita prover quase que exatamente as necessidades básicas do mesmo. Este cuidado inicial bom se estende por algum tempo após o parto, mas à medida que o bebê segue sua jornada em direção à independência esta identificação vai gradualmente perdendo a importância[54].

Durante a gestação a criança recebe provisão física da mãe que oferece assim um ambiente relativamente favorável aos processos de maturação e tendências hereditárias, porém após o nascimento cabe aos pais proporcionar a esta condições ambientais e afetivas favoráveis ao progresso deste mesmo. Embora os pais possam ter condições de prover a criança, estes também dependem das tendências hereditárias da criança que demandam adaptações constantes que exigem

[53] Winnicott, 1958/2005, pg. 26.
[54] Winnicott, 1960/2008, pg. 51-53.

considerável investimento de energia psíquica e física. Neste momento, é fundamental o acolhimento como forma de suporte oferecido pelos pais, pela família e pelo ambiente social imediato [55].

Inicialmente a mãe sozinha constitui um ambiente favorável ao processo de maturação, haja vista que ao final da gestação é esperado que ela se encontre em um estado especial, denominado de "preocupação materna primária". Neste estado a mãe encontra-se identificada com o nenê, pois através de suas próprias experiências como bebê, pode saber como este está se sentindo e assim oferecer cuidados essenciais. É importante salientar que através desta identificação com o nenê, ela mesma se encontra em um estado dependente e vulnerável. Segundo Winnnicott, a mãe que consegue evocar tal grau de adaptação às necessidades de desenvolvimento do ego do bebê (mãe devotada) é capaz de proteger o vir-a-ser deste. À medida que a criança vai se tornando uma unidade integrada a mãe começa a ser restituída à sua própria vida, criando uma relativa independência das necessidades infantis [56].

Quando a criança é provida por uma maternagem suficientemente boa o desenvolvimento emocional torna-se direcionado para a saúde psíquica, porém podem ocorrer falhas ambientais e no processo de provisão de cuidados básicos decorrentes do processo de identificação materno. Para Winnicott existem distúrbios maternos que podem afetar o desenvolvimento infantil:

a) a mãe cujos interesses próprios têm caráter tão compulsivo que não podem ser abandonados e ela é incapaz de se identificar com a criança e abdicar do seu próprio self;
b) a mãe que tende a se preocupar excessivamente com o bebê, abdicando do seu próprio self sem possibilidade de recuperar seus interesses próprios á medida que a criança se desenvolve. Esta mãe tende a permanecer identificada com seu bebê por um tempo excessivamente longo e pode abandonar repentinamente a preocupação com o bebê, substituindo-a por outra anterior ao nascimento deste.
c) ruptura da proteção estendida em torno da mãe por parte da figura paterna, família ou ambiente social imediato, impossibilitando que esta se volte para dentro a fim de esquecer os perigos externos durante a fase de preocupação materna.
d) distúrbios mentais puerperais devido à dificuldade em recobrar uma atitude normal em relação à vida e ao self [57].

[55]Winnicott, 1963/2008, pg. 81.
[56]Winnicott, 1963/2008, pg. 81.
[57] Winnicott, 1960/2005, pg.21.

Por outro lado, a separação pode desencadear sofrimento intolerável à figura materna, pois ela sente-se ainda responsável pelo desenvolvimento físico e intelectual da criança. A mãe que se vê obrigada a separar-se de seus filhos, inicialmente pode cumprir a determinação de separação por uma autoridade em virtude da insegurança e sentimentos de culpa a respeito da posse dos filhos independentemente de seus sentimentos, porém tão logo se recupere do choque inicial, esta se torna sensível a críticas. Pelo fato de estar impossibilitada de acompanhar o desenvolvimento dos filhos e não poder desfrutar da maternidade, a mãe movida pelo ciúme e pela inveja começa a queixar-se dos cuidadores alegando maus-tratos, pois da mesma forma que não tolera que seus filhos sejam tratados com negligência, detesta a possibilidade que estes possam receber cuidados superiores ás suas possibilidades. Contudo, a ausência de informações ou contato permite à mãe preencher as lacunas com base em fantasias de perda do amor e abandono por parte dos filhos [58].

De acordo com Winnicott as mães frente á separação tendem a reorganizar seus interesses e ansiedades, porém quando os filhos retornam ao lar esta deve realizar uma segunda reorganização que demanda tempo para reajustar seu íntimo para poder voltar a conhecer-los já que em função do fator tempo, estes realmente mudaram e tiveram novas experiências[59].

Apresentação

M., 24 anos, casada, mãe de três filhos (duas meninas com idades entre 7 e 2 anos e um menino com 5 anos), empregada doméstica. As sucessivas agressões físicas ao filho levaram ao abrigamento deste sem perda do poder familiar e com direito a visitas quinzenais. Quando encaminhada à psicoterapia demonstrava aparentemente manter um relacionamento estável e afetivo com o marido e com as filhas e negava ter agredido o filho, atribuindo à inveja e fofoca da vizinhança a razão do abrigamento. Todavia os atendimentos revelaram uma história de vida repleta de abandono familiar, agressões e um casamento cujos vínculos amorosos eram precários e turbulentos. Antes de ser encaminhada à psicoterapia individual freqüentou terapia de grupo fornecida pelo CRAMI (Centro de Atendimento aos Maus Tratos da Infância).

A família de origem de M era composta por cinco pessoas: pai, mãe e três filhos (duas meninas e um menino). M era a segunda filha do casal, porém aos cinco anos sua mãe faleceu em virtude de complicações pós-parto. Em virtude da perda precoce, M pouco recorda da mãe, e a imagem da

[58] Winnicott, 1939/2005, pg. 31.
[59] Winnicott, 1939/2005, pg.31

figura materna veio a ser construída pela irmã mais velha que relata que a mãe era uma pessoa muito nervosa e tendia a agredir fisicamente os filhos. Para M a figura paterna era ausente e agressiva, pois acusava o filho mais novo de ter causado a morte da esposa e não raro agredia fisicamente o menino. Em virtude da carência de cuidados por parte do pai, os filhos foram morar com a avó materna que demonstrava dedicar maiores cuidados à irmã mais velha. M relata que ao entrar na puberdade sofreu abuso sexual por parte de um tio e que ao buscar apoio junto aos familiares, estes preferiram manter silêncio e nada fizeram em relação ao fato. Aos 16 anos M engravida e é obrigada pela família a casar-se com o namorado pelo qual não nutria amor. Desta relação nasceram os três filhos, porém as agressões ao filho tiveram seu início por volta do nascimento da filha mais nova. Revela que se sentia deprimida e sobrecarregada com os cuidados exigidos pelas crianças, e encontrava-se sem o apoio do marido que preferia sair com os amigos à noite para beber e procurar companhia feminina. Durante o tratamento percebeu que as agressões dirigidas ao filho quando este se mostrava desobediente, estavam diretamente relacionadas às experiências precoces de abandono e violência somadas a um casamento desprovido de amor e suporte afetivo por parte do marido. Frente a essas percepções M decidiu separar-se do marido e através da psicoterapia está reativando a preocupação materna primária em relação ao filho, e principalmente em relação a si mesma.

Instrumentos

a) TAT – Teste de Apercepção Temática[60]

Instrumento clínico que visa à compreensão do fenômeno psíquico permitindo que se desenvolvam medidas interventivas muitas vezes indispensáveis no momento. Dentre as 10 pranchas apresentadas à paciente, a prancha 7 foi selecionada em função do conteúdo manifesto e latente pertinentes ao presente estudo.

"Conteúdo manifesto: uma mulher com livro na mão, está inclinada em direção de uma menina com expressão de sonhadora, que segura um boneco em seus braços.

Solicitações latentes: num contexto edipiano, o cartão solicita movimentos de identificação da menina com a mãe que autoriza ou não a ascensão a um lugar de mulher e de mãe. Em outros

[60] TAT: Teste de Apercepção Temática/ Henry A. Murray e colaboradores da Clínica Psicológica de Harvard; 1943/2005.

contextos, o conflito duplica-se na reatualização da ambivalência na relação mãe/criança, em termos de amor e de ódio, de proximidade e de rejeição [61].”

b) Procedimento Desenhos-Estórias com Tema[62]

Consistiu em pedir um desenho temático: “Desenhe a Mãe Junto ao Filho”. Finalizado o desenho, foi solicitado que a paciente inventasse uma história sobre o mesmo.

Metodologia

O presente estudo de caso foi realizado através do método clínico pelo referencial psicanalítico, á luz dos pensamentos de D.W.Winnicott.

Discussão do Caso

Prancha 07: “Hum... Espera aí... Rute está querendo educar sua filha. Lê um livro para ela sobre comportamentos, sobre educação. A menina está no auge de sua rebeldia e não quer escutar. Mesmo assim presta atenção no que sua mãe diz”.

(Como a menina se sente?) “A menina, como toda criança, pensa :¨Que encheção de saco¨”.

(Como a mãe se sente em relação à menina?) “A mãe sente: ¨vou conseguir ajudar minha filha¨. È um sentimento de ajuda, de amor de mãe”.

(Como termina a história?) “A menina vai ouvir mais a mãe e ser uma menina bem comportada. Apesar de não ter cara de levada. É a impressão que dá”.

Título: O Bom Ensinamento.

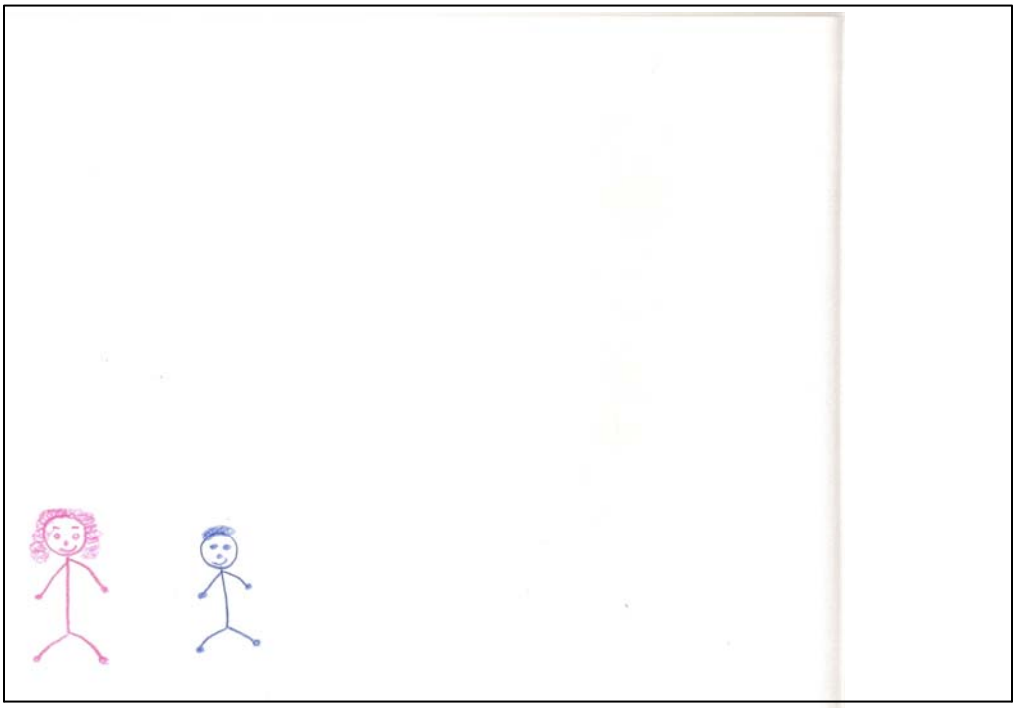
Comentário: Através desta história M comunica ao analista um pedido de ajuda, pois está identificada com a criança pela imaturidade funcional e necessita de uma figura materna que ofereça acolhimento e a oriente em termos de conduta. Revela ainda que deposita na relação psicoterapêutica a esperança de que esta lhe traga algo de bom, pois conta com a figura da analista para dar o suporte (holding) que necessita para dar continuidade em seu processo maturacional.

[61] Brelet-Foulard,F. e Chabert, C., 2005, pg.68.

[62] Aiello-Vaisberg, 1997, pg. 255-288.

Desenho-Estória Com Tema : Desenhe a Mãe Junto ao Filho

"Desenhei sem pensar em nada. Pensei em colocar um verde... É como se eu estivesse aqui na instituição... Não pensei em nada. Desenhei normal, assim. Usei o lápis cor-de-rosa porque desenhei uma menina e o azul porque é menino".



Comentário: O desenho desvela a falta de condição de M ocupar o papel de mãe já que não são observados a relação e o vínculo com a criança. Ao examinarmos atentamente verificamos que a diferenciação entre as figuras é feita tão somente pelas cores que definem o gênero sexual. Percebe-se pela verbalização e pela produção gráfica que M encontra-se identificada com o filho no sentido de obter cuidados.

Considerações Finais

Neste contexto institucional verificamos que não encontramos nas mães condições de prover cuidados suficientemente bons aos filhos e a si mesmas, pois se encontram distanciadas da natureza essencial desta tarefa. Segundo Winnicott, "estas mães que não têm essa tendência de prover cuidado suficientemente bom não podem ser tornadas suficientemente boas pela simples instrução" [63]. Cabe ao analista, através da relação psicoterapêutica, oferecer o holding necessário à mãe e à família e se apresentar como um ambiente suficientemente bom, a fim de auxiliar para o desenvolvimento da preocupação materna primária.

Observamos ainda que a percepção de Winnicott quanto à mãe separada dos filhos é uma realidade no contexto institucional e tal sofrimento também deve ser acolhido e amparado dentro do atendimento psicológico familiar, pois tal comportamento sugere que a capacidade de fornecer cuidados suficientemente bons possa ser ativada e atualizada.

A importância do trabalho do analista dentro do contexto institucional está em olhar a mãe como desprovida de cuidados assim como a criança abrigada, para que a mãe, através do holding oferecido pelo analista, possivelmente venha a se apropriar de condições favoráveis para oferecer à criança cuidados suficientemente bons.

Referências Bibliográficas

- AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Investigação de Representações Sociais . In:TRINCA, W. (Org) – Formas de Investigação em Psicologia. São Paulo: Vetor, 1997.

- BRELET-FOULARD, F. e CHABERT,C. Análise do Material: Conteúdos Manifestos e Solicitações Latentes. In: Novo Manual do TAT- Abordagem Psicanalítica. São Paulo: Vetor,2005.

- MURRAY, H.A. TAT- Teste de Apercepção Temática. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

[63] Winnicott,1960/2008, pg.38.

- WINNICOTT, D.W. Teoria do Relacionamento Paterno-Infantil (1960). In O Ambiente e os Processos de Maturação – Estudos Sobre a Teoria do Desenvolvimento Emocional. Porto Alegre: Artmed, 2008.

- _____ Da Dependência à Independência no Desenvolvimento do Indivíduo (1963). In: O Ambiente e os Processos de Maturação – Estudos Sobre a Teoria do Desenvolvimento Emocional. Porto Alegre: Artmed, 2008.

- _____ O Relacionamento Inicial Entre Uma Mãe e Seu Bebê (1960). In: A Família e o Desenvolvimento Individual. São Paulo: Martins Fontes,2005.

- _____ A Mãe Separada do Filho (1939). In: Privação e Delinqüência. São Paulo: Martins Fontes,2005.

O BRINCAR COMO MARCA DA PRESENÇA VIVA DO TERAPEUTA: CONTRIBUIÇÕES AO DESENVOLVIMENTO PSIQUICO DE CRIANÇAS ABRIGADAS

Robson Thiago Barbosa Nakagawa
Denise Sanchez Careta
Ivonise Fernandes da Motta

Introdução

Essa experiência ocorreu em uma instituição destinada ao abrigamento de crianças e adolescentes localizada na região da Grande São Paulo. Inseridos nesse contexto, utilizamos o método clínico, com abordagem psicanalítica, à luz dos pensamentos de D. W. Winnicott.

O presente trabalho trata da experiência de atendimento clínico de um menino de seis anos de idade, onde temos como objetivo, retratar a importância da *presença viva* do terapeuta no trabalho psicológico, atuando como facilitador ao desenvolvimento psíquico (potencial herdado).

Nesse sentido, fazemos referência ao *brincar,* tal como propõe Winnicott (1968), uma experiência que ocorre na área intermediária entre a realidade subjetiva e a realidade objetivamente percebida. Esse *espaço potencial*, segundo o autor, permite que a criança caminhe entre esses dois espaços citados, trazendo objetos ou fenômenos da realidade externa e usando-os a serviço de sua realidade interna.

É sabido, como propõe a psicanálise clássica, a existência de uma relação simbiótica entre a mãe e o bebê, do ponto de vista do bebê; todavia, como Winnicott (1968) salienta, a função da mãe (provedor de um ambiente suficientemente bom) oscila entre ser o que o bebê tem capacidade de encontrar, satisfazendo suas necessidades; e ser ela própria, aguardando ser encontrada por esse indivíduo.

Assim como no relacionamento com a mãe suficientemente boa, a psicoterapia dentro dos referenciais winnicottianos é marcada pela espontaneidade e confiança conferida ao ambiente (terapeuta), sendo importante ao paciente, em condição de dependência, ter refletido de volta a comunicação feita indiretamente ao terapeuta, através do brincar. Tal momento oferece ao paciente

condições para reunir-se e existir como unidade; não como defesa contra a ansiedade, mas como expressão do *Eu sou*[64].

Assim sendo, a psicoterapia efetua-se na sobreposição de duas áreas do brincar, sendo uma do paciente, e outra do terapeuta; ocorrendo em um contexto onde essas duas pessoas possam brincar juntas (WINNICOTT, 1968).

Desenvolvimento

Os atendimentos individuais com Alex foram realizados no abrigo, uma vez por semana, com aproximadamente 50 minutos cada sessão. Nas sessões dispúnhamos de uma caixa lúdica[65] contendo brinquedos diversos e uma pasta com material de produção gráfica, como: lápis, tinta, cola , papel etc.

Cabe ressaltar que essa criança chega ao abrigo com manifestações acentuadas de agressividade, repercutindo no ambiente a evitação com relação aos seus comportamentos.

Alex exibe comportamentos agressivos frente a outras crianças no abrigo e sustenta o rótulo de "um menino difícil de lidar", tanto para os abrigados como para os funcionários. Percebendo tal fato, Alex, isola-se ao canto da sala de atendimento, olha para a janela e diz durante uma sessão: "Se ninguém gosta de mim, então não vou gostar deles também"

A tônica dos encontros com Alex não consistia diretamente no uso dos materiais dispostos em sala, mas em dramatizações, que o menino criou e sustentou junto ao terapeuta.

Uma vez firmado a *confiança* em nosso encontro, Alex passou a conduzir uma brincadeira, um faz de conta, em que ele se colocava como um pai generoso e cuidadoso, e o terapeuta, a seu pedido, como seu filho.

Alex, na figura de pai, oferecia todo o carinho e atenção ao filho, fazendo desde as melhores comidas até a oferecer a caixa lúdica para o "terapeuta-filho" brincar.

De forma repetitiva, ao longo de algumas sessões, Alex, na figura de pai, pronunciava-se ao terapeuta: "Olha filhinho, eu vou fazer o almoço e enquanto isso você pode brincar. Toma aqui seus brinquedos."

"Está pronta a comida. Eu fiz arroz, feijão, carne moída, batata. Tem suco, chá, refrigerante, café. Você pode comer tudinho"

[64] CARETA, D. S. 2007 – Resumo não publicado, consultado durante supervisão em 16/10/2008.
[65] Ver Aberastury, A. (1979)

Os aspectos bons ocupavam toda a cena experienciada: um pai bom, com um filho bom, o qual não era "permitido" qualquer manifestação agressiva. Fato esse, totalmente dissociado do que a criança vinha a experimentar como realidade.

Compreendemos que essa brincadeira se configurava pela comunicação dos possíveis conteúdos internos do paciente, na qual, o aspecto da raiva se apresentava de forma dissociada, impossibilitado de viver a ambivalência amor-ódio presente nas fases posteriores do desenvolvimento.

Foi então, por meio da figura facilitadora do terapeuta, que se propiciou um ambiente suficientemente bom, segundo a possibilidade de emergir aspectos agressivos, que Alex pode acessar seu universo psíquico e criar situações nas quais o "terapeuta-filho" poderia se apresentar contra o "pai-generoso".

Uma vez em contato com tais conteúdos, a brincadeira facilitou a expressividade do paciente frente aos impulsos agressivos.

Alex se transformava então em uma fera que arranhava os móveis e mordia os animais da caixa lúdica. Corria pela sala, urrava e batia no peito soltando grunhidos. Por vezes, imitou um sapo comendo moscas, e um vampiro sugador de sangue.

"Agora você tem que se esconder de mim por que sou um monstro e vou te matar. Só que na hora que você vai se esconder eu agarro a sua perna", ordenava Alex ao terapeuta.

Por meio da aceitabilidade do ambiente frente as angustias exibidas pela criança, Alex pôde vivenciar aspectos que não eram possíveis de acessar durante o encontro terapêutico, pois defesas psíquicas atuavam maciçamente.

Assim, por meio de um ambiente que se estabelece a confiabilidade entre terapeuta e a criança, e, portanto, um ambiente suficientemente bom, Alex pôde brincar de maneira criativa com o terapeuta, de forma a integrar os aspectos agressivos como parte de sua personalidade.

Considerações Finais

Podemos notar que a presença viva do terapeuta no processo psicoterápico oferece condições para que o paciente possa confiar no ambiente, representado pelo terapeuta, e manifestar sua espontaneidade.

Tal movimento se constitui na premissa de que o terapeuta, neste caso, ao invés de se utilizar de interpretações, possa *brincar* juntamente ao paciente, propiciando um ambiente facilitador, no qual o último se surpreende a si próprio, por meio do gesto espontâneo e de forma criativa.

Nesse sentido, percebemos a importância do brincar para Alex, onde o paciente pode integrar aspectos dissociados e avançar no processo maturativo do desenvolvimento psíquico.

Referências

ABERASTURY, A. (1979) A primeira hora de jogo; seu significado. In: *Psicanálise da Criança: teoria e técnica*, 1982.

WINNICOTT, D. (1968) O brincar: uma exposição teórica. In: *O Brincar e a Realidade.* Rio de Janeiro : Imago, 1975.

WINNICOTT, D. (1968) O brincar: a atividade criativa e a busca do Eu (self). In: *O Brincar e a Realidade.* Rio de Janeiro : Imago, 1975.

INTERVENÇÕES PSICOTERAPEUTICAS NO ATENDIMENTO DE PACIENTE EM LIBERDADE CONDICIONAL [66]

Maria Aparecida Mazzante Colacique
José Tolentino Rosa

INTRODUÇÃO

Tudo na vida tem o seu sentido, inclusive o sofrimento que dela faz parte. Em sua existência, cada ser humano necessita encontrar o significado de seu sofrimento para, entendendo-o ou não, aceitá-lo e vivê-lo, procurando vivê-lo da melhor forma possível.

Normalmente o conceito de sofrimento é utilizado tanto para o sofrimento físico quanto moral, embora a dor esteja mais ligada ao plano físico. Inúmeras vezes sofrimento e dor aparecem juntos, e conforme a intensidade de um, o outro é automaticamente atingido, tanto para mais quanto para menos. Os dois caminham sempre companheiros.

A autora deste trabalho baseou-se nas idéias de Jacqueline Barus-Michel por ter vivido exatamente aquilo que ela descreve: o sofrimento no homem paralisa o seu ser, o seu querer e o seu futuro, e o faz perder também seu passado, deixando-o sem sentido. Uma nova representação de si mesmo ocorre, porém negativa naquele período. Em alguns casos advém o trauma, que pode ser uma fração do sujeito: este é violentado pelo efeito do trauma, pois perde parte de si próprio: "O mal-estar, a doença, o patológico, literalmente o que é sofrido, é uma ruptura ou desestabilização dessa unidade e desse equilíbrio. Essa ruptura é experimentada como difícil de suportar, causando sensações desagradáveis, equivalentes, no plano psíquico, à dor física, podendo a dor psíquica e a dor física converterem-se uma na outra ou se sobreporem uma a outra". (VAISBERG; AMBRÓSIO, 2003, p. 18).

Diante do sofrimento, se o indivíduo se deixar levar pela queixa monótona, sem direção, isolado no tempo e no espaço, terá poucas perspectivas de mudança, pois ele não estará permitindo que a

[66] parte desse trabalho foi apresentado no 7. Congresso de Psicologia da Saúde de Portugal em Fevereiro de 2008 na cidade do Porto

esperança apareça. Sem dúvida, não é um comportamento fácil de assumir, mas é necessário começar a encontrar brechas dentro do próprio sofrimento para combater a paralisia.

O sentido do sofrimento para Frankl (1973, p.154) é assim justificado: "O sofrimento, como a necessidade, o destino e a morte, fazem parte da vida. Nenhum destes elementos se pode separar da vida sem se lhe tirar o sentido. Privar a vida da necessidade e da morte, do destino e do sofrimento seria como lhe tirar a configuração, a forma. É que a vida só adquire forma e figura com as marteladas que o destino lhe dá quando o sofrimento a põe ao rubro".

Quem escreve esse texto é alguém que viveu em um campo de concentração nazista e que poderia morrer a qualquer momento, como qualquer um de seus companheiros, mas que manteve a esperança de sair com vida daquele lugar, fomentando e compartilhando a esperança muitas vezes apenas consigo próprio.

Diversas pessoas passaram pelo sofrimento dignificando-o através de uma elaboração mental e espiritual, suportando-o e, por isto, deixando à sociedade um modelo a ser explorado individualmente, como Thomas More, São João da Cruz e François Van Thuan (MORE, 2002; STEIN, 2002; VAN THUAN, 2002).

Corrobora esse pensamento Gilberto Safra (VAISBERG; AMBRÓSIO, 2003, p. 55-56), cuja citação vale a pena ser aqui transcrita pela sua profundidade: "No padecimento, tanto psíquico quanto físico, aparecem no horizonte psíquico do indivíduo algumas das questões fundamentais da existência humana. O sofrimento re-orienta a pessoa humana em direção ao seu *ethos*.

Quando se acompanha uma pessoa durante um longo período se tem à oportunidade de observar como o adoecimento de alguém é a cristalização de uma esperança. Se simplesmente abordamos esse adoecer tentando superá-lo, sem nos determos na esperança que ele apresenta, perdemos de vista a singularidade da pessoa que nos procura. Quando uma pessoa em sofrimento vem até nós, em sua dor está contida toda a sua história com as suas realizações e impasses. Ali se encontra a criatividade originária do indivíduo em seu estilo de ser".

Vivenciou-se o contato com o sofrimento de várias maneiras, por observação, condução e vivencia transferencial, especialmente na relação psicoterapêutica.

Durante seus vinte anos de experiência profissional em duas instituições - uma privada e outra governamental - na recepção para triagem e encaminhamento e no atendimento a pacientes em consultório particular, os quais apresentavam os mais variados problemas psicológicos, a autora do

trabalho teve a oportunidade de lidar, perceber e entender o sofrimento humano dentro do contexto social e familiar considerado normal, e dentro do momento histórico e característico de cada década.

O diferencial do acompanhamento do sofrimento dos pacientes está na gravidade e na intensidade do problema e do trauma causado pela situação vivenciada, situação esta a que a terapeuta tinha de saber lidar e que se transformava num fator impactante diante do alto grau de sofrimento recém-apresentado por esses pacientes, que demandavam uma paralisia emocional frente à vida.

Cada paciente tem a sua natureza e, portanto, a sua forma de lidar com o sofrimento. Porém um paciente em especial chamou-lhe a atenção, talvez pelo fato de ter sido algo muito intenso e impactante, tanto para a família como para o menino e para si mesma, provavelmente até por ser o primeiro caso desse gênero que chegou às suas mãos.

Após o impacto, esta terapeuta começou a perceber os seus efeitos também nas pessoas que conviviam com ela no trabalho, como a ansiedade das secretárias que absorviam o sofrimento das vítimas - pois alguns pacientes falavam e choravam também na frente delas, contando sobre os seus problemas -, as quais vinham ao encontro de algum alívio.

No início dos atendimentos clínicos ela procurou dividir o impacto dos casos recebidos com colegas, mas crê ter ficado paralisada pela resposta sugerida por uma delas: a de que era melhor ela própria dar conta desses casos sozinha e depois comunicar à colega os procedimentos que seriam adotados. Naquele momento, a pesquisadora percebeu que a colega não suportaria ouvir nem discutir nenhum dos casos sobre aquela temática. Mas como na vida existem sempre os dois lados, encontrou também pessoas que superaram com ela o impacto das primeiras mobilizações e que até lhe ajudaram na condução da pesquisa de forma magistral.

O foco deste trabalho se atém a pacientes com problemas que envolvem a Justiça. A inexperiência da autora diante deste contexto a obrigou a buscar mais informações vindas de pessoas, de instituições e de material bibliográfico, tendo enfim de pesquisar e estudar muito. Após o impacto inicial sofrido, percebeu que precisava ter muita esperança para encontrar saídas para os casos e para ser capaz de gerenciá-los bem.

O Papa João Paulo II, que sempre vivenciou o sofrimento e, em seus últimos anos, mais do que nunca em sua própria carne, escreve o seguinte acerca da pessoa de Jesus Cristo (FERNANDEZ CARVAJAL, 1990, p. 156-157): “Na sua atividade messiânica no meio de Israel, Cristo aproximou-se incessantemente do mundo do sofrimento humano [...] Era sensível a todo sofrimento humano, tanto do corpo como da alma. Ao mesmo tempo instruía, colocando no centro dos seus ensinamentos

as oito bem-aventuranças, que se dirigem aos homens provados por diversos sofrimentos na sua vida temporal".

A terapeuta passou a tomar consciência dos segmentos sociais que, em geral, são acionados para aliviar o sofrimento das vítimas: ***Família:*** procura ajuda junto a instituições diversas e /ou junto a advogados, psicólogos, para saber como deve proceder diante de fatos impactantes; ***Polícia:*** investiga a queixa e a encaminha à Justiça para que esta apure mais detalhes e proceda às execuções das leis cabíveis; ***Psicólogos:*** especialmente os clínicos investigam, dentro de seu âmbito de trabalho, a maneira como lidar com o desenvolvimento emocional do cliente de acordo com a Ética Profissional do psicólogo e, ao mesmo tempo, respondem a um pedido formal da Justiça por meio de relatórios ou perante convocação de comparecimento à delegacia ou ao fórum criminal para depoimento. Este é um tipo de experiência muito diferente daquela vivida pelo profissional da área clínica.

As demandas são muitas, cada vez mais freqüentes e de naturezas diversas, e envolvem qualquer faixa etária. Porém apresentam em comum o sofrimento diante de um acontecimento do qual o Poder Judiciário faz parte.

OBJETIVO

Há um sofrimento especial destacado neste trabalho, um caso ligado com a justiça, em função da repetição dos problemas a continuidade do processo. Diante desse caso, houve um estudo para tentar minimizar o sofrimento psíquico do paciente, diante das dificuldades apresentadas para a continuidade do processo jurídico. O suporte teórico adotado foi à psicanálise e outras concepções contemporâneas acerca da mente humana.

ATENDIMENTO PSICOTERÁPICO DE FÁBIO

Um advogado encaminhou o caso do Fábio, com 48 anos de idade, solteiro, metalúrgico, com uma pequena oficina na garagem de sua casa. Estava sendo acusado de haver estuprado duas meninas de 12 e 14 anos de idade e encontrava-se recluso a questão de quatro anos de idade. Ele estava esclarecendo o caso, pois nada havia sido comprovado contra Fábio, visto que em vários depoimentos das meninas e das próprias mães, não existia coerência nos seus relatos, além do exame de corpo de delito não haver provado a denúncia ora feita.

Ele estava recluso em uma penitenciária no interior da capital e o advogado estava requisitando a ajuda de uma psicóloga, pois o processo estava se finalizando e ele precisaria ter um suporte terapêutico, em função de ter ficado exposto por um longo tempo em uma situação precária e reclusa sem ter culpa.

Iniciaram-se os atendimentos psicoterápicos do Fábio tão logo saiu da penitenciária, evidentemente a sua aderência era muito baixa, pois sabia que este procedimento de atendimento psicológico estava escrito no processo de soltura, caso não cumprisse, teria conseqüências penais.

Foram realizadas consultas terapêuticas e no sentido de aliviá-lo da sua angústia e a necessidade de sua re-adaptação ao meio profissional, familiar e social. Aos poucos foi falando o que sentia, porém sempre com medo que algo fosse parar no Fórum nas mãos do juiz. Foi-lhe dito sobre a questão de sigilo, porém ele dizia que na cadeia também havia psicólogas que escreviam coisas aos juizes.

Ele sempre teve muita dificuldade de conversar com elas em função de que nunca mentiu e elas não acreditavam que ele não tivesse culpa. Ele estava certo que a mãe de uma das meninas o havia denunciado, porque foi lhe pedir dinheiro na semana anterior, e ele recusou como sempre. Quando ela estava saindo da sua garagem que tinha portas abertas para a rua, disse o prejudicaria, acusando de estupro na sua filha. Ele disse que estava muito tranqüilo porque nunca havia feito nada com quem quer que fosse. Tinha até dificuldade de matar mosca.

Os atendimentos continuaram e percebia-se que Fábio fazia questão de não lembra muitas das coisas as quais passou durante os quatro anos reclusos, porém, notava que diante da proximidade do comparecimento ao fórum a cada três meses, a sua ansiedade crescia sobremaneira, chegando a ficar com o olhar paralisado e a cabeça baixa, exatamente como nas primeiras consultas.

Donald W. Winnicott (1994, p. 80) expressa o sofrimento real que a demanda, por vezes, nos traz, fazendo-se necessária uma abordagem com alguns limites para que o próprio terapeuta possa dar conta de pacientes com um alto grau de sofrimento, visto aqui como fator impactante e tônica deste trabalho: “Tudo então aponta para o fato de que este trabalho é não apenas difícil, mas absorve uma grande quantidade de nossa capacidade de investimento psico-energético e pode facilmente acontecer que se possa conduzir dois ou, talvez, até mesmo três casos, mas não quatro ao mesmo tempo. De modo geral, é possível ter-se por vez somente um paciente que se ache maximamente enfermo”.

É preciso pensar que cada paciente representa uma oportunidade diferenciada para os psicólogos tratarem seus problemas ou dificuldades e, portanto, todo o empenho desses profissionais deverá ser único, voltado especialmente para cada um deles e comprometido com o bem-estar e a verdade.

As tramitações jurídicas influenciam sobremaneira a dinâmica psicológica dos pacientes e daí então, o que fazer diante desses casos? Dar continência ao aqui e ao agora, em função da necessidade emergente. Nestes casos, o desempenho do psicólogo é muito específico, variando de acordo com cada caso.

Normalmente as pessoas ficam desorientadas, sem rumo, e o psicólogo pode orientá-las também no entendimento da situação jurídica prática, pois ocorre um embotamento no pensamento dos indivíduos envolvidos. Além disso, seu lado emocional é significativamente afetado, tendendo a atrofiar-se, a retrair-se, com prejuízo das mais simples tomadas de decisão que facilitariam o bom encaminhamento dos trabalhos. Para os profissionais da área jurídica é apenas mais um processo, mas para o paciente é um episódio que ele carregará por toda a vida e, algumas vezes, também arrastará o sofrimento a ele inerente por toda a existência.

A liberdade está na dor: durante o processo de dor, se a pessoa tiver ajuda, conseguirá aliviar um pouco o fator impactante e poderá encontrar outras formas de lidar com a situação. Sentir esta liberdade é um meio de considerar que aquele sofrimento não lhe foi tão desestruturante, sensação que talvez, de outro modo, o indivíduo pudesse não perceber.

O indivíduo ferido pela vida tende, em seu desespero, ferir o outro e, por esta razão, torna-se necessário lidar com muita compreensão diante dos ataques que possivelmente ocorrerão para que o terapeuta não revide e não se torne igual ao paciente. É sabido o quanto sofrem essas pessoas e que, diante da aproximação do terapeuta, se sentem como porcos-espinhos, atacando-o de início, com medo de serem novamente atacadas. Falta-lhes muito amor e muita compreensão.

Winnicott (2002, p. 272) comenta sobre a atuação do psicólogo: “Um terapeuta é como outros profissionais, na medida em que, no seu trabalho, seu comportamento está num padrão superior ao de sua vida privada. Ele é pontual, adapta-se às necessidades do seu paciente e não expressa seus próprios impulsos frustrados no contato com os pacientes.

Diante dos fatos impactante que Fábio relatava, houve necessidade de conversar com alguns membros da família como uma forma de assessorá-lo a cada comparecimento ao Fórum, levando o comprovante que estava empregado; que estava freqüentando a psicoterapia; que estava no mesmo local de moradia relatado no processo. Algumas vezes, era necessário ser “terapeuta temporária” –

de vários outros membros da família, visando tirá-los do choque para, posteriormente, encaminhá-los a outros profissionais.

Os dizeres de Rosa (1998, p. 90) reforçam essa vivência: "El sentimiento de vergüenza que tenemos al caminar con nuestros dolores, cargando sufrimientos, nos plantea un problema existencial que es extremamente humano: cómo vamos a hacer para encontrar personas que nos ayuden en este caminar y que puedan compartir hechos de su historia con nosotros. Es tan bueno encontrar un alma amiga en los caminos de la vida!"

A dificuldade em lidar com a demanda do sofrimento tanto pelo fato em si quanto pelo envolvimento com a Justiça, seja em situação de defesa ou de pagamento das penalidades cabíveis, coloca os profissionais frente a algumas modificações nos atendimentos psicoterápicos.

Jan Abram (2000, p. 139) faz referência à importância do *holding* como uma espécie de manejo a que Winnicott fazia alusão em relação ao trabalho do profissional: "Com bastante freqüência Winnicott faz referência ao *holding* como uma espécie de manejo, em especial ao dirigir-se aos profissionais que no cotidiano lidam com pessoas que não podem tomar conta de si mesmas. Manejo foi também o termo utilizado em relação ao cuidado dispensado a determinados pacientes do *setting* psiquiátrico, bem como na relação analítica. A graduação do manejo depende da patologia apresentada pelo paciente para que se possa estabelecer que tipo de *holding* é necessário".

O *setting* é o início da relação terapeuta-paciente, devendo proporcionar um contato suficientemente bom para que possa ser corrigida a atenção insatisfatória e deficiente nos estádios iniciais da vida do paciente. É a base direcionadora da conduta de ambos – terapeuta e paciente – estabelecida pelo terapeuta, com suas normas e limites para o atendimento.

A função do *setting* analítico é proporcionar ao paciente condições de sentir-se aceito e seguro, podendo chegar a Ter esperanças de que as exigências que lhe faltaram nos primórdios do desenvolvimento poderão ser atendidas nesta etapa.

O estabelecimento do *setting* não implica necessariamente uma conduta rígida, e pode ser modificado de acordo com o momento psíquico de cada paciente e da demanda de convocação diante dos processos jurídicos.

O sofrimento desencadeado pela demanda jurídica leva à necessidade de um acompanhamento psicoterápico desses indivíduos na área clínica os quais, repentinamente ou não, se encontram diante de situações complexas e sem nenhum conhecimento sobre leis, prazos, documentação necessária

etc., sem contar a longa espera para, muitas vezes, chegarem ao nada e precisarem começar tudo novamente.

A frustração frente aos obstáculos incita ao sofrimento mental. É necessário superar o medo do sofrimento para que o paciente possa se humanizar e desenvolver-se.

Rosa (2004, p. 3) escreve: "Superado o medo do sofrimento, o paciente se humaniza e se desenvolve. Não teme a dor e se desenvolve. Apesar da frustração, continua simbolizando o afeto como fenômeno psíquico em busca do objeto. Outra alternativa pode ocorrer. O afeto, ao encontrar situação frustrante, teme a dor mental. Em conseqüência, experimenta dor física, manifestação sensorial indicativa de que a frustração não foi superada. Como resultado, o afeto não se conserva e não se desenvolve".

CONCLUSÃO

Mesmo sendo absolvido no final do processo jurídico, foram significantes as seqüelas do sofrimento pelo qual passou. Após as Consultas Terapêuticas semanais, conforme orientação de Winnicott, conseguiu superar alguns traumas psíquico da prisão e encontra-se recuperando a vida profissional, familiar e social. Na clínica do *setting*, para Winnicott, é importante enfatizar o manejo do setting e o *holding,* necessários para aliviar o medo de ambos, o paciente e a terapeuta. Após o acompanhamento psicológico de um ano e meio, houve importantes mudanças, internas e externas, que foram consolidadas pela satisfatória reintegração social, com recuperação da auto-estima dos amigos e familiares.

REFERENCIAS

ABRAM, Jan. **A linguagem de Winnicott**: dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

FERNANDEZ CARVAJAL, Francisco. **Falar com Deus**: meditações para cada dia do ano. São Paulo: Quadrante, 1990. v. 2.

FRANKL, Viktor. **Psicoterapia e sentido da vida.** Tradução Alípio Maia Castro. São Paulo: Quadrante, 1973. 352 p.

MORE, Thomas. **A sós, com Deus**: escritos na prisão, 1534-1535. Tradução Roberto Vidal Silva Martins. São Paulo: Quadrante, 2002. 167 p.

ROSA, José Tolentino. La integración del self, capacidad de comprender y el dolor psíquico en niños y adolescentes. **Mudanças:** Psicoterapia e Estudos Psicossociais, São Bernardo do Campo, Universidade Metodista de São Paulo, v. 6, n. 9, p. 75-94, 1998.

ROSA, José Tolentino. **A pulsão e suas vicissitudes nos transtornos psicossomáticos** [conferência]. Santo André: Faculdade de Medicina do ABC, Curso de Especialização em Psicossomática, 2004.

VAISBERG, Tânia Aiello; AMBRÓSIO, Fabiana Follador (Org.). **Trajetos do sofrimento**: rupturas e (re)criações de sentido. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2003. 150 p.

VAN THUAN, François Xavier Nguyen. **Testemunhas da esperança**. Tradução João Batista Florentino. Vargem Grande Paulista: Cidade Nova, 2002.

WINNICOTT, Donald Woods. **Privação e delinqüência**. Tradução Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

FUNÇÃO MATERNA EM PSICOTERAPIA INFANTIL: RELATO DE CASO

Juliana H. Serrano

Valdeli Vieira

Leila Salomão De La Plata Cury Tardivo

Introdução

O desenvolvimento emocional da criança é extensamente abordado por Winnicott. Segundo a teoria winnicottiana, o desenvolvimento emocional da criança se dá através de uma permanente inter-relação com o meio ambiente, sendo fundamental para a aquisição de habilidades motoras e cognitivas, uma vez que "muitos avanços físicos, tais como a habilidade de andar, são freqüentemente sustados até que o desenvolvimento emocional permita o surgimento da conquista física" (Winnicott DW, 1945, p. 273).Na medida em que compreende o ambiente ao qual o bebê está inserido como facilitador de seu desenvolvimento, o autor se detém à importância da função materna, a qual se constituiria na dedicação aos cuidados do bebê num estado de devoção a ele. Este papel se designaria "mãe suficientemente boa". Esta mãe, que não precisa necessariamente ser a mãe real, mas a pessoa que desempenhará a função materna, "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 fracassos da frustração" (Winnicott DW, 1951, p. 401). Sendo assim, tal pessoa, ou tal função, permitirá ao bebê o desenvolvimento gradativo de recursos através do processo ilusão-desilusão e do estabelecimento da capacidade de criar e recriar o mundo, atribuindo-lhe significados, desenvolvendo sua capacidade simbólica, e, por fim, integrando suas vivências na formação do *self*.Nesse artigo, pretende-se abordar, através de um relato de caso, como a função materna desempenhada na psicoterapia se torna essencial no atendimento de crianças cuja vivência de integração não foi empreendida pelo ambiente.

Caso Clínico

S, sexo feminino, com idade de 7 anos, matriculada no 1º ano do ensino fundamental de uma escola pública, foi trazida ao Projeto APOIAR-USP pela mãe.

Nas entrevistas iniciais a mãe (E.) trouxe como queixa principal a dificuldade da criança em aprender o alfabeto e os numerais (não conseguia contar os números de 1 a 10), bem como a presença de dificuldades de relacionamento em função de uma possível imaturidade. Na anamnese, E relata que realizou uma tentativa infrutífera de aborto. Também lembra que S teve uma parada cardiorespiratória por nascer após o tempo. O pai registrou S, mas mora em outro estado desde seu nascimento, sendo que têm raro contato.

No contato entre mãe-filha, destacou-se a maneira crítica e severa com que E lidava com a filha, por exemplo, criticando os desenhos que S lhe trazia ao fim dos atendimentos. Já nos contatos com a terapeuta, E mostrava-se desconfiada e intimidadora, alguém que parecia exigir um tratamento que possibilitasse rápidos resultados.

A conduta inicial da terapeuta consistiu na realização de avaliação psicodiagnóstica através dos seguintes instrumentos: hora lúdica diagnóstica , Teste das Fábulas, Procedimento Desenho-Estória, Colúmbia e Pré-Bender. De modo geral, destacaram-se dificuldades significativas de compreensão, inadequação no uso da linguagem dificultando a comunicação e o comprometimento da capacidade de juízo e crítica. Os dados também revelavam rebaixamento em todas as áreas de sua personalidade, tanto do ponto de vista emocional quanto cognitivo / intelectual.

No decorrer dos atendimentos, S se concentrava em brincar de “escolinha”, em “fazer melecas” (sic) com tintas, montar quebra-cabeças e jogar futebol de botão. No início apresentava dificuldades motoras, não conseguindo manusear o lápis, pincel ou segurar o botão do jogo. A montagem de quebra-cabeças de 4 peças era também bastante dificultada. Nos momentos que se percebia em dificuldade, optava por desistir das atividades. Porém, quando se sentia acolhida e estimulada, podia concluir o que estava fazendo com alguma dificuldade.

Evidenciava-se sua dificuldade de discriminação eu-mundo que se refletia em uma indiscriminação do que lhe era próprio, e do que era da terapeuta. Diversas vezes se confundia em relação ao seu nome e ao nome da terapeuta, o que sentia e ao que atribuía como sentimento da terapeuta, sendo necessário auxiliá-la permanentemente a fazer discriminações e a entrar em contato com o que sentia e vivenciava em seu mundo externo. As experiências emocionais eram nomeadas e só então pareciam ser integradas ao seu ego.

S permaneceu em atendimento por 13 meses (abril/2007 a maio/2008), período em que apresentou progressos significativos. Sua capacidade de comunicação foi se tornando mais adequada, conseguindo expressar seus sentimentos e discriminar a realidade interna da externa. Durante as

sessões conversava mais, falando sobre acontecimentos de sua família, sobre o funcionamento de sua casa, perguntava sobre a terapeuta. Começou a entender as diferenças entre os times de futebol e das diferenças entre ela e a terapeuta. Em diversas ocasiões pode falar sobre seus temores.

Conclusão

O acompanhamento do atendimento de S pode reafirmar a necessidade de uma atenção permanente do terapeuta de crianças quanto à estrutura egóica destas, no que se refere aos seus recursos e possíveis prejuízos, pois só assim poderá haver uma atitude e conduta terapêutica de forma a atender a criança nas suas necessidades de crescimento e desenvolvimento.

As experiências significativas que teve com a terapeuta nesse período certamente proporcionaram à S possibilidades que ficarão inscritas no seu psiquismo como favorecedoras no processo de constituição de seu *self*.

Referências

AMARAL MLS. A alteração do "setting" – o resgate do vínculo. In: OUTEIRAL J, HISADA S, GABRIADES R, FERREIRA A. Winnicott Seminários Brasileiros. Rio de Janeiro, Revinter, 2005.

WINNICOTT DW. Desenvolvimento emocional primitivo (1945). In: Winnicott DW. Textos selecionados da Pediatria à Psicanálise. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1993.

WINNICOTT DW. Objetos transicionais e fenômenos transicionais (1951). In: Winnicott DW. Textos selecionados da Pediatria à Psicanálise. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1993.

WINNICOTT DW. A integração do ego no desenvolvimento da criança (1962). In: Winnicott DW. O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegra, Artes Médicas, 1983.

QUEM CONTA UM CONTO DE FADA, AUMENTA UM PONTO NA HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL

Rita de Cássia Santos

Elaine Soares Neves Lange.

Introdução

As reflexões contidas neste estudo, emergiram do trabalho de Bettelheim (2007), onde o autor enfatiza a importância da leitura e interpretação dos contos de fadas para o entendimento do comportamento humano, a partir da imaginação e da fantasia. Nossa experiência em uma brinquedoteca hospitalar, motivou-nos a ampliar nossa compreensão, a partir do proposto acima, na medida em que o uso dos contos de fadas, como atividade lúdica, pode ser capaz de propiciar benefícios ao tratamento da criança hospitalizada.

O hospital é um local onde há uma confrontação de sentimentos como alegria e tristeza, cura e sofrimento, vida e morte, onde as reações e emoções da criança podem ser ativadas em decorrência de alguns aspectos relacionados às regras específicas do ambiente hospitalar.

De acordo com Nigro (2004), a doença e a internação extraem a saúde e o que lhe é familiar, remetendo o indivíduo a um lugar frio como o hospital, ou seja, a doença lembra uma "ventania", promovendo a desestabilização dos envolvidos.

Diante da hospitalização, o desenvolvimento normal da criança pode ser afetado, devido ao fato dela necessitar abrir mão de sua rotina e se adaptar a uma nova situação "imposta" (internação) que pode afetar sua totalidade, desencadeando comprometimentos físicos, intelectuais e psíquicos. Neste período, a criança vivencia a separação dos pais e entes queridos com os quais estabelece vínculos afetivos; mudança do ambiente conhecido (lar), para o "desconhecido" (hospital); declínio das possibilidades de exploração e experimentação; além de ser submetida a procedimentos invasivos (PEDROSA et al, 2007).

De acordo com Ferro e Amorim (2007), Nigro (2004) e Ajuriaguerra (s/d), a ocorrência de uma má adaptação da criança à doença e ao processo de hospitalização, diversas reações psicológicas poderão marcar a sua vida. O impacto emocional ocasionado no processo de

hospitalização pode proporcionar reações imediatas, como gritos e choro, referentes ao fato de não querer ser internada; sentimentos de medo, inibição, angústia, raiva, ansiedade, falta de iniciativa, agressividade, irritabilidade e repulsa a comida; e reações posteriores à hospitalização como: depressão, distúrbios alimentares e do sono, enurese, encoprese e problemas comportamentais.

Ao ser hospitalizada a criança sente-se insegura e com medo, por este ser um local novo, estranho e ameaçador, onde ocorre um aumento significativo das tensões e diante dessa situação o ego, por não conseguir controlar essas tensões é invadido por uma onda de ansiedade.

A ansiedade possui a função de fazer com que o ego tome uma atitude diante de situações agradáveis ou ameaçadoras. Para tanto, existem duas formas de diminuir a ansiedade: uma refere-se a enfrentar os problemas e eliminar as dificuldades que, no caso de crianças hospitalizadas, dependerá da maneira como a família e a equipe de profissionais orientarão e acolherão o ser infantil e outra forma é de deformar a própria situação utilizando-se de mecanismos de defesa. (FREUD, 1925-26/1996).

Os mecanismos de defesa passaram a ter uma real significância a partir do momento em que Freud percebeu que seus pacientes resistiam entrar em contato com conteúdos que lhes causavam grande sofrimento. Os mesmos utilizavam-se de mecanismos de defesa para impedir que os conteúdos latentes tivessem acesso à consciência, protegendo-se dos perigos internos e externos.

Assim, diante do processo de adoecimento e hospitalização a criança pode utilizar mecanismos de defesa, como a regressão, projeção e negação para se proteger dessas tensões advindas do mundo interior e exterior.

Em decorrência do estresse causado à criança pelo adoecimento e hospitalização, é de extrema importância salientar, a necessidade da realização de atividades lúdicas, nesse contexto, com o intuito de minimizar o sofrimento e a ansiedade da criança e permitindo-lhe romper com a realidade conflitante e promovendo a expressão dos sentimentos. Através das atividades lúdicas, a criança modifica a realidade externa conforme sua própria subjetividade para poder entendê-la, de forma adequada à sua capacidade interpretativa.

> "[...] *a atividade lúdica pode ser vista como fruto de atividades prazerosas, interessantes, que ocorrem em um inter-espaço – a relação entre o sujeito e objeto – e na qual a pessoa pode exercitar as suas funções plenamente, nos aspectos sensório, motor, perceptivo, afetivo,*

> *volitivo e social, configurando-se, então o brincar, atividade lúdica (grifo nosso), como um legítimo agente estruturante e de manutenção da saúde mental."* (GIMENES, 2007, p.15-6).

O lúdico permite que a criança tenha possibilidades de dizer o que está realmente sentindo, o que se torna, em alguns casos, o único meio de comunicação do ser infantil, pois algumas crianças não conseguem verbalizar os seus sentimentos por serem tímidas ou por estarem traumatizadas devido à hospitalização (LINDQUIST, 1993).

De acordo com as explanações dos autores acima, as atividades lúdicas oferecidas às crianças devem estimular sua imaginação, capacidade de criar ou fantasiar, para tanto, as mesmas devem ser prazerosas. A criança necessita "desejar" realizar as atividades, portanto, não é positivo impor o lúdico ao pequeno paciente, pois dessa forma ocorrerá a perda da principal função da atividade lúdica, ser um agente re-estruturante, capaz de promover a saúde mental.

Pedrosa et al. (2007), Aragão e Azevedo (2001) mencionam que quando a criança tem o direito de escolher o material lúdico, a mesma passa de uma posição passiva para uma posição ativa e, como resultado há um aumento da auto-estima e autoconfiança, pois ele percebe que ainda tem a capacidade de escolher algo que deseja.

No âmbito hospitalar as atividades lúdicas são realizadas nas brinquedotecas hospitalares ou no leito (quando a criança está impossibilitada de ir à brinquedoteca). Conforme a Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005, todos hospitais que ofereçam atendimento pediátrico em regime de hospitalização, deverão ter em suas dependências, uma brinquedoteca, um espaço onde a criança possa utilizar atividades lúdicas como recuso mediador das emoções e fantasias da criança. "Nesse espaço, a criança pode simbolizar as experiências que está passando no hospital, continuar tendo contato social com outras crianças e elaborar seus conteúdos internos" (MEDEIROS; ANDREOLI, 2008, p.300).

A brinquedoteca proporciona resultados terapêuticos, pois neste espaço se estabelece com a criança, uma relação correta, uma relação de respeito, onde a criança é vista em sua totalidade, podendo ser apenas criança e tendo o direito de brincar livremente, sem o peso da expectativa de um bom desempenho, interagindo naturalmente com o meio (BEZERRA, 2006).

Numa brinquedoteca hospitalar, pode-se trabalhar com brinquedos, músicas, artes plásticas, pinturas e histórias, com o intuito de amenizar o sofrimento da criança doente. A principal vantagem

da brinquedoteca hospitalar é preparar a criança para o enfrentamento dos problemas e das situações novas, auxiliando-a na aceitação da internação, do diagnóstico, dos procedimentos invasivos e do tratamento, pois assim, a criança sentir-se-á mais segura e confiante, e ocorrerá a preservação da saúde emocional e dos aspectos cognitivos e sociais (CUNHA, 2006).

> *"(...) Os objetivos de um Brinquedoteca Hospitalar são (...): propiciar um ambiente acolhedor e descontraído; oferecer um espaço de livre expressão e entretenimento, estimulando o desenvolvimento global infantil; fazer o contraponto positivo aos possíveis aspectos negativos do adoecimento e da hospitalização; proporcionar o contato social entre as crianças e adolescentes internados; e enriquecer o contato entre pais e filhos.* (MEDEIROS; ANDREOLI, 2008, p.300)."

Diante da explanação acima, sobre os benefícios da brinquedoteca, é importante salientar a eficácia da leitura de contos de fadas para a criança hospitalizada, pois contar histórias estimula a imaginação e a fantasia, permitindo a expressão dos sentimentos vivenciados num ambiente hospitalar. A leitura de contos de fadas pode ser realizada na brinquedoteca, para a criança que possa se locomover até este espaço, e também se pode criar uma biblioteca itinerante, para o paciente impossibilitado de deslocar-se ao leito. Desde forma, é possível realizar a inclusão da criança hospitalizada, além de propiciar, de fato, a humanização nos hospitais.

"A brinquedoteca apresenta-se como um espaço potencial, onde a criatividade, a espontaneidade, a transicionalidade encontram-se presentes promovendo possibilidades reais de melhoria da qualidade de vida, bem como melhoria na qualidade de atendiment, à todos os envolvidos "(LANGE; MATINA, 2008, p.293).

Os contos de fadas, não são um mero entretenimento que se propõe, simplesmente, divertir e distrair a criança, mas sim, uma forma de linguagem que abrange uma dimensão pedagógica e psicológica capaz de esclarecer e integrar, através do uso da fantasia, os sentimentos infantis. Permitem à criança não só a liberdade de expressar suas emoções, mas também fornecem o suporte para sua autonomia criativa, com base na estimulação de sua imaginação e fantasia, ampliando assim, sua capacidade de compreensão do mundo e proporcionando seu desenvolvimento social e emocional. A partir do instante em que os contos de fadas colocam os problemas de uma forma

simplificada, utilizando uma linguagem acessível à criança, permitem que ela os compreenda em sua essência, pois a polaridade que existe na mente infantil, bem ou mal, certo ou errado, é relatada nos contos através de situações simples, com figuras detalhadas, de forma clara e direta.

> *"Contar histórias no hospital pode ser pensado como uma prática de caráter exploratório que propõe aos ouvintes o acesso à formulação de problemas e conflitos vividos pelos personagens, oferecendo um conjunto de possibilidades interpretativas a partir de uma unidade coerente entre os eventos. (...) Em seu caráter transitório e aberto, a narrativa convida os ouvintes no hospital a espelhar-se em sua própria condição psicológica e ambiental passageira, evocando o seu próprio enredo, mediando a dramaticidade situacional pela atividade discursiva* (PAZINATO, 2008.p.303).".

As características principais dos contos de fadas, baseiam-se no fato de que essas histórias têm origem celta, fazem uso da magia, fantasia e do encantamento; nem sempre, contam com fadas no enredo, o núcleo problemático é existencial, pois o herói ou a heroína buscam a realização pessoal e os obstáculos constituem-se num verdadeiro ritual através do qual é possível recomeçar de novo.

Bettelheim (2007) enfatiza que os contos de fadas devem ser contados e não lidos para a criança, pois dessa maneira poderá ocorrer um envolvimento interpessoal e uma flexibilidade na qual o narrador vai se adaptando aos questionamentos da criança, o que resulta numa integração e compreensão de todos os conteúdos simbólicos, facilitando a elaboração dos mesmos pela criança. O autor destaca que, caso o conto seja lido, deve haver um envolvimento emocional do narrador e este deve estar atento a todos conteúdos que chamam a atenção da criança.

O narrador dever ter grande sensibilidade para narrar os contos de fadas, pois estes funcionam como um mediador entre o adulto e criança, o que se caracteriza como base para a construção do imaginário e da fantasia. Assim, têm que haver um envolvimento entre ambos, narrador e ouvinte, desencadeando um desenvolvimento emocional e psíquico (BARROS, 2003).

Moreno et al (2003) e Costa et. al. (2002), destacam que num ambiente hospitalar o ato de narrar os contos de fadas, pode ser utilizado como uma estratégia lúdica no atendimento da criança,

com o intuito amenizar os possíveis efeitos negativos da internação, tais como, os questionamentos, a não colaboração com o tratamento, alterações de comportamento ou de humor.

Nascimento e Rosemberg (2007), salientam que existem quatro fases que são experienciadas durante a leitura das histórias. A primeira fase seria, quando a criança assimila algo que está sentindo através da identificação com determinada personagem. A segunda fase, diz respeito à projeção de sentimentos que são da criança nos objetos ou pessoas das histórias. Na terceira fase, ocorre a catarse onde, por meio do envolvimento com as histórias, a criança consegue exteriorizar os sentimentos relacionados com conteúdos recalcados, vindos à tona do inconsciente para o consciente. Na última fase, é provável que haja o insight e a criança consiga falar dos seus sentimentos, sendo que, o conteúdo lido passa a ser elaborado e ocorre uma mudança no comportamento da mesma.

Bettelheim (2007) e Corso e Corso (2006) apontam que os contos de fadas são essenciais pelo fato dessas narrativas abordarem sentimentos comuns a todos os seres humanos, como: medo, insegurança, angústia, ódio, frustração, rejeição, entre outros, que tanto para adultos quanto para as crianças são sentimentos difíceis de lidar e a única forma de compreendê-los e experienciá-los é através da emoção e da fantasia. Os contos de fadas têm a capacidade de envolver com seu enredo, portanto, tornam-se um instrumento terapêutico valioso, devido o impacto causado no psiquismo. A fantasia é importante para o desenvolvimento emocional das crianças que mergulham num mundo de faz-de-conta e se identificam facilmente com a problemática vivenciada pelos heróis, elaborando seus próprios conflitos.

Os contos de fadas devem ser vistos como “um presente de amor” direcionado às crianças, pois através de uma linguagem simples, funcionam como um “espelho mágico” que reproduz alguns conteúdos do mundo interno da criança, além de indicar os passos essenciais para que haja crescimento pessoal, permitindo assim, passar da posição de imaturidade para de maturidade (BETTELHEIM, 2007).

Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, na perspectiva do estudo exploratório, a qual objetivou estudar o uso dos contos de fadas como uma atividade lúdica, capaz de propiciar benefícios ao tratamento da criança hospitalizada. Os dados foram analisados qualitativamente, com base na

leitura de todo o material coletado e o referencial psicanalítico norteou as considerações teóricas, ficando a pesquisa restrita somente aos trabalhos publicados em língua portuguesa.

Discussão

No momento em que a criança adoece e necessita de hospitalização, o desenvolvimento saudável fica comprometido, impondo-lhe uma quebra na rotina diária, desencadeando diversos sentimentos e reações psicológicas que podem marcar a sua vida. Portanto, é necessário oferecer à criança hospitalizada, um suporte emocional para que ela possa amenizar a angústia e o estresse, pois possui a tendência de perceber a doença, os procedimentos, e a hospitalização como formas de agressão externa (PEDROSA et al, 2007).

Diante de todo sofrimento psíquico e da ansiedade decorrentes do processo de adoecimento e hospitalização, a criança é inundada por um estado de ansiedade que tem como objetivo principal, fazer com o pequeno paciente reaja diante das situações que lhe são percebidas como "ameaçadoras", para tanto, utiliza-se de mecanismos de defesa como regressão, negação e projeção, visando diminuir as tensões advindas do confronto do mundo interno com o externo..

Gimenes (2007) e Lindquist (1993), demonstraram que as atividades lúdicas são de extrema importância para o alívio das tensões, pois permitem a liberdade de criar e fantasiar proporcionando a expansão da imaginação que reflete diretamente na maneira como a criança se relaciona com o meio no qual está inserida.

A brinquedoteca hospitalar apresenta-se, nesse contexto, como um espaço onde a criança que se encontra totalmente fragilizada, pode externalizar o que sente através do contato com as atividades lúdicas, de maneira espontânea, resultando em grandes benefícios para o tratamento.

Porém, conforme Cunha (2006) salienta não é apenas a instalação da brinquedoteca hospitalar que trará benéficos para a criança, é necessário que os profissionais que tenham contato com a criança a respeitem, estejam disponíveis para brincar com as mesmas de forma espontânea, tenham sensibilidade para perceber o paciente que está diante de deles, exercitem a capacidade de se colocarem no lugar da criança e escolham adequadamente os recursos que poderão ajudá-la.

Diversos recursos lúdicos podem ser utilizados, com o intuito de intervir-se terapeuticamente, dentre eles, se encontram os contos de fadas, que são histórias infantis que abordam diversos problemas humanos que são universais e possibilitam que as crianças entrem em

contato com os mesmos através do "faz de conta", possibilitando-lhes a identificação, organização, elaboração e superação dos conflitos psíquicos. Por isso, autores como Bettelheim (2007), Corso e Corso (2006), apontam que os contos de fadas têm a capacidade de envolver com seu enredo, e acabam se tornando um instrumento terapêutico por causar impacto no psiquismo. A fantasia é importante para o desenvolvimento emocional das crianças que mergulham num mundo de "faz-de-conta" e se identificam facilmente com a problemática vivenciada pelos heróis, elaborando seus próprios conflitos.

O uso dos contos de fadas no ambiente hospitalar auxilia a criança na elaboração de seus conflitos ao confrontarem a realidade interna e externa, porém, o uso desses recursos lúdicos devem ser adequados à necessidade da criança a fim de que os resultados sejam benéficos e, efetivamente se tornem terapêuticos.

Considerações Finais

Diante do adoecimento e da hospitalização a criança por estar num ambiente novo e desconhecido sente-se insegura e com medo. Se neste período a criança não tiver um acolhimento por parte de seus familiares e membros da equipe pode haver um comprometimento no processo de desenvolvimento.

Algumas crianças não conseguem verbalizar com palavras o que estão sentindo ou pensando em relação ao fato de estarem doentes e hospitalizadas, portanto é de extrema importância que no hospital haja uma brinquedoteca e, mais do que isto, haja um profissional qualificado que possa concomitantemente brincar de forma espontânea com a criança e perceber o que ela está querendo informar através das atividades lúdicas, como os contos de fadas, com o intuito de amenizar o seu possível sofrimento.

Os contos de fadas possibilitam que a criança mergulhe num mundo "faz de conta" o que traz grandes benefícios para o seu desenvolvimento físico e psíquico. Ao refletirmos no uso dos mesmos com crianças que não podem se locomover até a brinquedoteca, em decorrência das patologias e/ou da limitação física, percebe que o conto de fada se torna um recurso lúdico que pode ser utilizado terapeuticamente, além de promover a humanização ao integrar a criança no ambiente hospitalar.

Enfatizamos que através dos levantamentos bibliográficos realizados verificamos que a maioria dos trabalhos que enfocam os contos de fadas no ambiente hospitalar referem-se a eles como

entretenimento para promover a humanização durante o atendimento e trazer benefícios para interação da equipe médica com a criança, sendo que, poucos trabalhos se reportam ao uso dos contos de fadas como recurso terapêutico, o que torna necessária a ampliação da produção científica nesta área.

No entanto, nos trabalhos pesquisados e na literatura sobre os contos de fadas, pudemos compreender e concluir que, da mesma maneira em que o personagem da história supera os obstáculos e transmite esperança para um futuro feliz, a criança através do processo de identificação com esse personagem tem a possibilidade de encontrar uma solução para os conflitos advindos de seu mundo interior, minimizando assim, possíveis danos oriundos do processo de adoecimento e hospitalização. Portanto, os contos de fadas se tornam um riquíssimo recurso terapêutico no tratamento da criança durante o período de hospitalização, pois possibilita à criança experienciar a realidade através da fantasia, ou seja, ludicamente.

Referências Bibliográficas

AJURIAGUERRA, J. A Criança, a Doença e a Limitação Física. In: **Manual de Psiquiatria Infantil.** 2. ed. São Paulo: Atheneu, S/D.

ARAGÃO, R.M.; AZEVEDO, M.R.Z.S. O Brincar no Hospital: Análise de Estratégias e Recursos Lúdicos Utilizados com Crianças. **Estudos de Psicologia,** Campinas, v.18, n.3, p.33-42,2001.

BARROS, I.P.F. **Era Uma Vez o Desenvolvimento Infantil....** 2003. 73f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Graduação em Psicologia) – Pontífica Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.

BETTELHEIM, B. **A Psicanálise dos Contos de Fadas.** 2ed. São Paulo: Paz e Terra, 2007.

BEZERRA, F. Apresentação. In: **Seminário Nacional Brinquedoteca: A Importância do Brinquedo na Saúde e na Educação.** Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2006.

CORSO, D. L.; CORSO, M. **Fadas no Divã: Psicanálise nas Histórias Infantis.** Porto Alegre: Artmed, 2006.

CUNHA, N.H.S.; VIEGAS, D. Painel: "O Papel do Brinquedo na Educação e na Saúde". In: **Seminário Nacional Brinquedoteca: A Importância do Brinquedo na Saúde e na Educação.** Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2006.

FERRO, F.O.; AMORIM, V.C.O. As emoções Emergentes na Hospitalização Infantil. **Revista Científica de Psicologia**, Maceió, v.1,n.1, p.03-27, jul.,2007.

FREUD, S. (1925-26). Um Estudo Auto-Biográfico Inibições, Sintomas e Ansiedade. In: **Edições Standard Brasileira da Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**.Rio de Janeiro: Imago, 1996, v.20.

GIMENES, B.P. O Brincar e a Saúde Mental. In: VIEGAS, D. (Org.). **Brinquedoteca Hospitalar: Isto é Humanização.** Rio de Janeiro: Wak, 2007.

MEDEIROS, A.C.T.; ANDREOLI, P.B.A. Brinquedoteca e Humanização da Assistência à Criança Hospitalizada. In: KNOBEL, E. **Psicologia e Humanização: assistência a pacientes graves.** São Paulo: Atheneu, 2008.

LANGE, E.S.N.; MATINA, E.A.B. Brinquedoteca hospitalar, da implantação à efetivação: um sonho que se tornou realidade. In: LANGE, E.S.N. (Org.). **Psicologia Hospitalar: Desafios e Paradigmas.** São Paulo: Vetor, 2008.

LINDQUIST, I. A Terapia pelo Brinquedo. In: **A Criança no Hospital: Terapia pelo Brinquedo**. São Paulo: Scritta, 1993.

NASCIMENTO, G.M.; ROSEMBERG, D. S. A Biblioterapia no Tratamento de Enfermos Hospitalizados.. **Revista Informação e Informação**, Londrina, v.12, n. 1, jan./jun., 2007.

NIGRO, M. Introdução. In: **Hospitalização: o impacto na criança, no adolescente e no psicólogo hospitalar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

_____. O Contexto Teórico da Pesquisa: um olhar psicanalítico. In: **Hospitalização: O Impacto na Criança, no Adolescente e no Psicólogo Hospitalar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

_____. A Criança Internada: a dor e a perda na hospitalização infantil. In: **Hospitalização: O Impacto na Criança, no Adolescente e no Psicólogo Hospitalar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

PAZINATO, P. Contos de fada no hospital. In: LANGE, E.S.N. (Org.). **Psicologia Hospitalar: Desafios e Paradigmas.** São Paulo: Vetor, 2008.

PEDROSA, A. M. et al. Diversão em Movimento: um projeto lúdico para crianças hospitalizadas no serviço de oncologia pediátrica do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira (IMIP). **Revista Brasileira Saúde materno Infantil**, Recife, v.7, n.1, p.99-106, jan./mar., 2007.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA – CASA CIVIL. **Lei nº 11.104.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11104.htm/. Acesso em: 25 de maio de 2008.

EVOLUÇÃO E COMPREENSÃO DO CONCEITO DE PSICOSSOMÁTICA: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Ariadny Oraggio Beraldi
Elaine S.N Lange

RESUMO

Os fenômenos da mente e do corpo sempre chamaram atenção da humanidade, e em especial dos estudiosos, dentre eles filósofos, médicos e psicólogos. Neste estudo apresenta-se a evolução do conceito de psicossomática ao longo dos tempos. Para tanto, realizou-se um levantamento histórico em livros e artigos relacionados ao tema. As pesquisas revelaram o interesse, tanto na atualidade quanto na antiguidade, em compreender a complexidade existente entre psique e soma. Os resultados mostraram que no início, a díade mente-corpo era tratada por religiosos e filósofos, sendo, posteriormente, tarefa dos médicos cuidarem do corpo e dos filósofos cuidarem da alma. Hoje, busca-se uma integração entre psique e soma. Concluiu-se que, numa medicina mais integrativa, a realidade física vai além do orgânico sem, no entanto, negá-lo, e portanto, entendendo o indivíduo como um todo indissociável.

Palavras-chave: evolução; compreensão; conceito; psicossomática.

Surgiu nas civilizações greco-romanas a classificação das doenças, de acordo com suas origens, podendo ser de etiologia psicológica, somática, ou ainda, um misto de ambos, como era proposto por alguns estudiosos.

Segundo Grimaldi (2006), podemos encontrar escritos que mencionavam a confusão entre o papel do médico e do sacerdote, de modo a constituírem-se numa única figura, ou seja, um homem curador, mediador entre o doente e as forças que o colocavam nessa condição. É nesse cenário que aparecem os escritos de Sócrates (470-399aC) nos quais, segundo Grimaldi (2006), era proposto que os males do corpo tinham origem na alma e que assim sendo, só poderiam ser curados através de discursos que agissem como encantamentos.

Já no período grego, como podemos verificar no Tratado de Psiquiatria (KAPLAN; SDOCK, 1999), encontramos as teorias de Hipócrates, nas quais ao tentar explicar a doença e a saúde, além de dar um caráter mais científico à medicina, propondo a existência de quatro humores essenciais:

fleuma, bile amarela, bile negra e sangue. O desequilíbrio desses humores no corpo do indivíduo era concebido como a causa do mau funcionamento do organismo e também do cérebro, que era visto como a sede da vida.

Ainda falando sobre os filósofos, Robinson (2006) relembra a teoria da tripartição da alma proposta por Platão, ou seja, uma parte racional, uma apetitiva e outra espiritual-afetiva.

Barnes (2005) ressalta que Aristóteles (384-322 aC) apesar de ser discípulo de Platão não tinha as mesmas idéias do mestre, no que concerne à sobrevivência da alma em relação ao corpo, aceitando como única faculdade sobrevivente à morte do corpo, o pensamento.

Segundo Serra (1999), Galeno foi um dos primeiros filósofos da ciência e fundador do método científico. Revisou a teoria humoral de Hipócrates e propôs que para a formação do temperamento humano são essenciais as concepções de quente, frio, seco e o úmido.

Ainda no Tratado de Psiquiatria (1999) vemos que, na Europa Ocidental Cristã, as causas das doenças eram as más influências astrológicas e demônios no organismo, com possessão da alma, sendo que os pecadores estavam pré-dispostos às doenças e o corpo era considerado o lugar dos pecados. A partir do século XIII aparecem os hospitais com divisões psiquiátricas na França, Alemanha e Suíça.

Na época do Renascimento, segundo Straub (2005), ressurge o interesse pela investigação científica, privilegiando os estudos sobre anatomia e prática médica.

Podemos encontrar no Tratado de Psiquiatria (KAPLAN; SDOCK, 1999) que as principais produções no final do século XV foram: “Da alma e da vida”, escrito por Juan Luis Vives em 1538, que falava sobre a importância das associações psicológicas na formação das emoções e na recordação e esquecimento de eventos passados. “Exame da inteligência do homem”, escrito por Juan Huarte de San Juan em 1575, foi o pioneiro na tentativa de avaliar características e diferenças na inteligência humana.

Foi na época do surgimento do microscópio (no século XVII), que Straub (2005) nos fala das observações do cientista inglês Robert Hooke (1635-1703), que estudou plantas no novo invento e percebeu uma série de ‘câmaras’ separadas por paredes, as quais receberam o nome de células ou pequenas câmaras.

Há nesse período também, as proposições de Descartes (1596-1650) que, como vemos no Tratado de Psiquiatria (KAPLAN; SDOCK, 1999), postulava a separação total entre mente e corpo,

que, segundo Barnes (2005) eram tidos como duas entidades separadas que podiam coexistir e trabalhar juntas.

Foi no século XIX, segundo Straub (2005), com o campo aberto a partir da descoberta das células, que Rudolf Virchow (1891-1902) propôs a teoria celular da doença, na qual postulava que a origem das doenças estava no mau funcionamento ou morte das células.

Ávila (2002) nos fala sobre a pesquisa psicossomática moderna e diz que o responsável por esse início foi Groddeck, ao publicar, em 1917, o livro "Condicionamento psíquico e o tratamento de moléstias orgânicas pela psicanálise". Ao trocar cartas com Freud, discutiu a separação de corpo e alma, defendendo a vida humana como um todo indivisível, uma única unidade. Mesmo com sua formação médica, Groddeck rompeu com a visão cartesiana, eliminando a cisão total entre psique e soma. A fim de poder articular o ser humano como um todo, ele apresentou o conceito de "Isso", ou seja, o inconsciente.

Em 1917, segundo Casetto (2006), Ferenczi publica o livro 'As patoneuroses', no qual defende que o orgânico também tem influência sob perturbações neuróticas, propondo um processo inverso ao da conversão. O autor, em 1926, propôs uma nova categoria de neuroses: as neuroses de órgão, que se baseava na origem psíquica de algumas disfunções orgânicas não se tratando de uma determinação psíquica direta, diferentemente do proposto por Groddeck.

Alves, Machado et alli (2007), relatam que em 1818, Heinroth cria o termo 'psicossomático', mostrando a importância e influência que fatores físicos e subjetivos exercem no processo do adoecer. Na mesma linha do início do séc. XIX, os estudos realizados por Pinel ressaltam a importância da relação mente-corpo, segundo os mesmos autores.

Ao final do século XIX, segundo Castro, Andrade e Muller (2006), os estudos de Pierre Janet propunham hipóteses psicodinâmicas para o processo psicossomático, dando ênfase aos aspectos internos do homem e à energia psíquica.

Marty (1993) trata da importância dos estudos de Cannon em 1911, que provaram a influência que das emoções na fisiologia do organismo e seu papel nas "doenças de adaptação" (p.4).

Na primeira metade do século XX, nascia o modelo biomédico, defendendo que há sempre causas biológicas para as doenças, baseado nas teorias celular e dos germes (STRAUB,2005).

Mas foi no final do século XIX que, Sigmund Freud (1927/1974) coloca os "princípios econômicos, psicodinâmicos e genéticos que governam e organizam a unidade psicossomática de um

indivíduo" (MARTY, 1993, p.5). E afirma que o' psicossomatismo' teve início com os trabalhos de histeria de Freud que falavam sobre a conversão somática das angústias. Straub (2005) nos fala que a partir de um caso de Freud, os médicos foram obrigados a aceitar uma nova categoria de doenças, os 'transtornos de conversão', que não possuíam fatores físicos observáveis, sendo causados por conflitos emocionais que estavam inconscientes ao indivíduo.

Marty (1993), bem como Straub (2005), ressaltam a Escola de Chicago, enfatizando o papel de Franz Alexander, responsável por levantar a questão de que as necessidades fisiológicas vitais estão ligadas às manifestações psíquicas primitivas, defendendo que os processos não devem ser entendidos de forma isolada, mas sim, de forma biológica, social e psíquica. E, segundo Castro, Andrade e Muller (2006), esse autor em 1989 distinguiu o distúrbio orgânico da conversão clássica, de Freud.

A partir de 1960 começa a surgir um grande interesse dos franceses, em especial dos parisienses, em estudar a relação existente entre os fenômenos patogênicos e fatores psíquicos, porém, como nos fala Marty (1993), como esses estudos foram falhos em sua metodologia, eles não resistiram às críticas.

Foi nessa época, de acordo com o Tratado de Psiquiatria (KAPLAN; SADOCK, 1999) que psicanalistas da Sociedade Psicanalítica de Paris, com o apoio de Kreisler e Marty, fundaram a Escola de Psicossomática de Paris, assim, o estudo da psicossomática adquiriu o *status* de disciplina científica.

Marty (1993) nos fala sobre duas perspectivas da psicossomática: "a unidade do organismo humano e a hierarquização progressiva de todas as funções que participam em sua organização", podemos ligar a primeira à teoria do evolucionismo darwiniano e a segunda à teoria freudiana sobre o funcionamento psíquico. Destaca o papel dos mecanismos psíquicos no determinismo das doenças orgânicas, fazendo uma ligação entre as teorias de Darwin e de Freud.

Eksterman (1994) diferencia o modelo fenomenológico de estudo das patologias, nosográfico, do modelo psicodinâmico, onde o ato psicanalítico que busca uma transformação psíquica, deveria prover a recuperação do reprimido e instalação dos significados que sejam coerentes com a experiência perceptiva, produzindo assim, consciência. O autor fala que Freud abriu duas perspectivas para ação interventiva, uma no sentido de recuperar falas regredidas ao processo primário e outra ligada à estimulação do desenvolvimento do próprio processo primário, de formas simbólicas para um processo secundário de pensar simbólico. Em seguida diz que o processo

primário utiliza-se do corpo como cenário, assim como Mc Dougall (1996) utiliza a metáfora de teatros do corpo, para as representações.

Para Dejours (1998) a teoria de Marty é fundamentada nas descompensações somáticas que acontecem a partir da pane do funcionamento psíquico. Descompensações que para Marty, segundo Casetto (2006), acontecem por haver um equilíbrio muito frágil entre os instintos de vida e de morte, e que um desequilíbrio aqui, poderia ser gerado por traumatismos, causando uma desestabilização das funções superiores.

Para Vieira (1997) a base da psicossomática de Marty é a falha da mente na assimilação de um trauma que acaba por sobrecarregar a mente do indivíduo. “Um comportamento (...) substitui uma dura realidade mental de assimilação.” (VIEIRA, 1997, p.15).

Marty, segundo Casetto (2006) defendia que se deve diferenciar o aparecimento de doenças reversíveis das doenças graves não reversíveis, que seriam resultado do que ele chamou de *desorganização progressiva*, caracterizado por um predomínio do instinto de morte sobre o de vida.

Dejours, em seu texto “Biologia, Psicanálise e Somatização” (1998), expõe três motivos pelos quais sua teoria se diferencia da de Marty. O primeiro deles é que Dejours não acredita na previsibilidade nem na regularidade que Marty propõe existir entre a descompensação somática e a estrutura da personalidade. O segundo ponto divergente é que Dejours defende a supremacia da intersubjetividade sobre a intra-subjetividade, ou seja, o adoecer do indivíduo é endereçado ao outro, no âmbito da relação, “eu adoeço *por* outro” (DEJOURS, 1998, p.41). A terceira, e última divergência, é que diferentemente de Marty, Dejours acredita na existência de um significado para a doença, tornando-a assim, passível de interpretação; porém, também coloca a existência de doenças que não possuem tais significados, como por exemplo, a doença de alguém que foi exposto a uma irradiação por um acidente nuclear. Mas propõe que essa falta de significação para a doença não impede a ação psíquica do indivíduo sob a evolução dessa doença.

Para Mc Dougall (1996) o desaparecimento do sintoma psicossomático pode ser um efeito secundário do tratamento psicanalítico, contradizendo muitos estudiosos que se mostram descrentes em relação ao benefício da psicanálise para esse tipo de sintoma. Diz que esse tipo de afecção pode ser negligenciada por analistas que julgam que sintomas somáticos estão fora do campo da psicanálise, pois as afecções psicossomáticas acontecem quando há uma “forma arcaica de funcionamento que não utiliza a linguagem” (Mc DOUGALL, 1996, p.11), ou seja, uma comunicação virtual da ordem do não verbal, um sinal externo do interior do indivíduo. Assim, há a

representação inconsciente dos limites do indivíduo, que estão mal definidos ou não separados do outro.

Dejours (1998) nos fala da relação de descontinuidade existente entre a biologia e a psicanálise, colocando a inexistência de uma "biologia da intersubjetividade", ou seja, não podemos estudar um organismo a partir de seu relacionamento com os outros e com o ambiente, por essa crença, ele propõe a existência de dois corpos: um puramente fisiológico/biológico e outro erógeno, sendo esse último construído a partir do fisiológico, assim temos um corpo no qual habitamos psiquicamente, que é o que nos diferencia de todo o resto do reino animal.

A partir dessa teoria, Dejours (1998) propõe a forclusão das funções orgânicas para fora do corpo erógeno para, assim, podermos tentar buscar o significado do sintoma somático.

Zimerman (1999) propõe que a doença psicossomática seja uma fuga do indivíduo devido a uma falha na organização interna ou externa, tendo essas pessoas um mundo simbólico pobre, sendo portadores de pouca capacidade de elaboração psíquica, com seu pensamento, geralmente, do tipo operatório, no qual o indivíduo se prende aos aspectos concretos e formais das coisas

Assim, Freud, seus antecessores e contemporâneos, abriram campo para a visão multifatorial das doenças, concebendo as interações entre medicina, psicologia, psicanálise e o amplo espectro de influências ambientais, psicológicas, fisiológicas, etc.. como fatores de fundamental importância para a compreensão, não só do conceito de psicossomática, mas sua evolução e integração.

Referências

ALVES, Cristina Januário et all**. *Psicologia e psicossomática: uma introdução ao estudo das manifestações psicossomáticas***. Disponível em: http://www.redepsi.com.br/portal. Acesso em 08 de agosto de 2007.

ÁVILA, Lazlo A. ***Doenças do corpo e doenças da alma***. 3. ed.. São Paulo: Escuta, 2002.

BARNES, Jonathan. ***Aristóteles***. Tradução de Adail Ubirajara Sobral e Maria Stela Gonçalves. 2. ed.. São Paulo: Edições Loyola, 2005.

CASTRO, Mª. Da Graça; ANDRADE, Tênia M. Ramos; MULLER, Marisa C. Conceito mente e corpo através da história. ***Psicologia em estudo***, v.11, n.1, p.39-43.2006.

DEJOURS, Christophe. Biologia, Psicanálise e somatização. In: VOLICH, Rubens M.; FERRAZ, Flávio C.; ARANTES, Mª. Auxiliadora de A.C. (org.) ***Psicossoma II: psicossomática psicanalítica.*** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

EKSTERMAN, Abram. Abordagem psicodinâmica dos sintomas somáticos***. Revista brasileira de psicanálise.*** Rio de Janeiro, v.28, n.1, p.09-24, 1994.

FREUD, Sigmund. (1976/1989) O mal-estar na civilização. In: _____. ***O futuro de uma ilusão, O mau-estar na civilização e outros trabalhos.*** Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu. Edição Standard Brasileira da Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro. Imago Editora, 1974. Volume XXI.

GRIMALDI, Nicolas. ***Sócrates, o feiticeiro.*** Tradução de Nicolás Nyirmi Campanário. São Paulo: Edições Loyola, 2006.

KAPLAN, Harold I.; SDOCK, Benjamin J. ***Tratado de psiquiatria***. Tradução de Andrea Caleffi, Dayse Batista, Trineo C.S. Ortiz, Mª Rita Hofmeister e Sandra de Camargo Costa. Porto Alegre: Artmed, 1999.

MARTY, Pierre. ***A psicossomática do adulto.*** Tradução de Patrícia Chittoni Ramos. PortoAlegre: Artmed, 1993.

Mc DOUGALL, Joyce. Matter. In: _____. ***Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise.*** Tradução de Pedro Henrique Bernardes Rondon. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

_____ O psicossoma e a viagem psicanalítica. In: _____. ***Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise***. Tradução de Pedro Henrique Bernardes Rondon. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

ROBINSON, Thomas R. ***A psicologia de Platão***. Tradução de Marcelo Marques. São Paulo: Edições Loyola, 2007.

STRAUB, Richard O. ***Psicologia da saúde.*** Tradução de Ronaldo Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2005.

VIEIRA, Annunciata B. Pinto. ***A construção social da masculinidade: lazer e qualidade de vida na trajetória de homens infartados***. 2004. 201 p. Dissertação (mestrado). Programa de pós-graduação em Estudos Interdisciplinares de Comunidade e Ecologia Social. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

ZIMERMAN, D.E. Desenvolvimentos atuais da teoria psicanalítica: Contribuições da escola francesa de Psicanálise. ***Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul.*** Porto Alegre, n.18, p.76-82, 1996.

SOCIEDADE E DEFICIÊNCIA: COMPREENDENDO A CONSTRUÇÃO DO PROCESSO INCLUSIVO E OS SEUS RUMOS[67]

"O futuro dependerá daquilo que fazemos no presente."
(Gandhi)

Tadeu Barbosa Nogueira Júnior

Introdução

Decorrente de movimentos em âmbito internacional, a inclusão tem sido foco de discussão por parte de profissionais das mais diversas áreas. E, recentemente, invadiu também o discurso da população de forma geral.

No Brasil, discussões acadêmicas, movimentos de pais de pessoas com deficiência e dos mesmos, políticas públicas e diversas medidas legais, assim como a mídia, têm trazido à tona esse tema, no qual está sendo depositada a esperança por uma sociedade mais justa e igualitária. Entretanto, o termo "inclusão", utilizado nos mais diversos contextos, tem sido empregado com diferentes sentidos, muitas vezes, distanciados de seu real significado ou apenas assumindo o lugar de outra palavra, a integração – essa que até então era muito utilizada quando estava em pauta o tema da deficiência.

Para que seja possível compreender o sentido e o significado de "integração" e "inclusão", assim como as diferenças entre elas e os movimentos políticos e sociais oriundos das mesmas, torna-se importante refletir sobre o processo histórico que as produziu.

O presente capítulo tem como objetivo favorecer essa reflexão e a discussão acerca do tema, tendo como foco principal a pessoa com deficiência. Para tanto, iniciaremos com um breve histórico da relação da sociedade com a deficiência e com a parcela da população que a possui para, em seguida, aprofundarmos a discussão acerca da integração e da inclusão. E, por último, serão discutidas questões relativas à inclusão escolar no Brasil.

[67] Este trabalho foi apresentado originalmente no livro "Psicologia do Excepcional – Deficiência Física, Mental e Sensorial" – coordenado por Francisco B. Assumpção Jr e Leila S. de La Plata Cury Tardivo – publicado pela Editora Guanabara Koogan em 2008.

A relação da sociedade com a deficiência ao longo da história

Documentos de longa data trazem citações acerca das deficiências e do tratamento despendido a quem as apresenta, como é o caso do código de Hamurabi (por volta de 2100 a.C.), do Papiro Terapêutico de Tebas (1552 a.C.), do Talmud, do Alcorão, da Bíblia e de algumas passagens da literatura grega e romana. (ARANHA, 2001; KRYNSKI, 1977 apud ASSUMPÇÃO, 2000)

Aranha (2001) pontua que a compreensão do comportamento social em relação à pessoa com deficiência exige que o mesmo seja analisado considerando-se o contexto sócio-político-econômico da sociedade à qual o indivíduo pertence.

Na Antiguidade, as sociedades ocidentais fundamentavam-se economicamente em atividades de agropecuária e artesanato e, politicamente, no poder absoluto de uma minoria (nobreza) sobre uma maioria (povo). Enquanto a nobreza detinha o poder político e econômico, o povo, que era responsável pela produção, não passava de propriedade da nobreza. Sendo assim, a vida das pessoas do povo só tinha valor enquanto assim fosse considerado pelos nobres, ou seja, enquanto fosse útil a eles. Nesse contexto, a vida da pessoa com deficiência não tinha importância, era um fardo, um ônus à sociedade. E o seu extermínio não parecia demonstrar ser problema ético ou moral. (ARANHA, 2001)

Vejamos, por exemplo, Esparta. Essa, por volta do século VI a.C. era uma sociedade guerreira, fortemente militarizada, tanto pela necessidade de defesa em relação a povos inimigos quanto para conquistar novas terras e para manter estável o seu rígido sistema sócio-político.

A sociedade espartana era dividida em três distintas camadas sociais. A classe dominante, composta pelos cidadãos (também denominados esparcíatas ou espartanos), era formada pelas famílias dos conquistadores dórios. Esses eram os donos das terras e a eles estavam proibidas quaisquer outras atividades que não a política e a guerra. A segunda camada social, composta pelos periecos, era formada por camponeses, artesãos e comerciantes. Embora fossem pessoas livres, não tinham direitos políticos e o serviço militar lhes era obrigatório. A terceira camada social era composta pelos hilotas, nativos das terras conquistadas e que eram propriedade do Estado, responsáveis pelo cultivo da terra dos espartanos e por qualquer outro tipo de trabalho, inclusive nas guerras (como carregadores ou criados). (AQUINO; FRANCO; LOPES, 1980)

Em uma sociedade onde a guerra era de extremo valor e onde a agricultura era muito importante para a sobrevivência e para o acúmulo de riquezas, o vigor físico era considerado fundamental. E, sendo assim, aqueles que não eram dotados de tal vigor físico – os defeituosos – eram sacrificados.

Na Idade Média, pouco mudou no que diz respeito ao sistema econômico e de produção das sociedades ocidentais. No entanto, com a propagação do cristianismo, surgiu uma nova classe social, o clero. Dotados de poder social, político e econômico oriundos de seu poder de conceder ou vedar a "entrada no reino de Deus", o clero passou a ser a nova classe dominante.

O povo, embora ainda tivesse o mesmo papel político e econômico, agora ganhava o status de humano, de "criatura de Deus". O extermínio daqueles que tinham deficiências se tornou um problema moral, pois agora todos eram considerados filhos de Deus. Ao invés de exterminados, passaram então a ser deixados à própria sorte e a sua sobrevivência passou a depender da caridade humana.

Durante a Santa Inquisição, a deficiência passou a ser vista como uma possessão demoníaca ou como um castigo dado por Deus em função de seus próprios pecados ou de pecados cometidos por outras pessoas. Considerados hereges ou endemoninhados, as pessoas com deficiências sofriam torturas, chegando até mesmo a serem queimadas nas fogueiras.

Devido ao abuso de poderes desvelado pelas ações do clero e a indignação provocada dentro da própria Igreja, Martinho Lutero iniciou, no que foi chamado de Reforma Protestante, uma nova igreja. No entanto, nada se alterou no que diz respeito à relação da sociedade com a deficiência. A intolerância à diferença tornou-se ainda mais rígida e a deficiência continuou a ser tratada com punições que objetivavam a expulsão do demônio. (PESSOTTI, 1984)

No século XVI, tivemos a Revolução Burguesa, que "[...] trouxe em seu bojo a mudança no sistema de produção: derrubada das monarquias, queda da hegemonia religiosa e uma nova forma de produção: o capitalismo mercantil" (ARANHA, 2001, p.163). Agora havia uma nova divisão social do trabalho, dividida em três categorias: o proprietário da terra e o proprietário do capital, ou seja, ambos donos dos meios de produção e o proprietário do corpo, da força de trabalho, ou seja, o trabalhador.

Segundo Pessotti (1984), com a queda da hegemonia religiosa e até mesmo em contraposição à mesma, Paracelso trouxe novas idéias que, embora ainda tivessem um cunho supersticioso, não mais se utilizavam de explicações teológicas. Como médico, considerava que a

deficiência mental podia ser conseqüência de doenças ou de traumatismos. E foi a partir desse momento que a pessoa com deficiência passou a ser digna de tratamento e cuidado.

Surgiram então os primeiros hospitais psiquiátricos. No entanto, tais instituições apresentavam o confinamento e a reclusão como as principais medidas de intervenção, oferecendo parcos e questionáveis recursos terapêuticos, os quais beiravam a tortura.

No decorrer do século XVII, a burguesia continuou fortalecendo-se e a organização sócio-econômica caminhou para o capitalismo comercial. De acordo com Aranha (2001), o ideário defendido na época partia da concepção de que os indivíduos não eram essencialmente iguais e que as diferenças deviam ser respeitadas. Tais diferenças diziam respeito aos papéis sociais e ao poder político.

O citado ideário tinha por objetivo justificar a grande desigualdade social e o sistema econômico e político vigente na época. Mantinham-se as relações de poder de uma minoria sobre uma maioria, sendo que agora essa minoria era composta pela burguesia, a detentora dos meios de produção.

Com o enfraquecimento da igreja católica e luterana, novas idéias puderam surgir no campo da medicina, da filosofia e da educação.

Enquanto a idéia organicista da deficiência fortalecia-se e as causas etiológicas e ambientais continuavam a ser investigadas, surgia a idéia de que a pessoa com deficiência seria vítima de falta de estimulação e, sendo assim, precisava "ser educada". Apesar de constituírem duas concepções diferentes, tanto para o tratamento, quanto para trabalho educacional, as pessoas com deficiência eram retiradas de suas comunidades e viviam em ambientes segregados do resto da sociedade. Independente de qual era sua finalidade, tais instituições assumiam caráter asilar e de custódia, configurando-se como *Instituições Totais*[68]. Segundo Aranha (2001, p.165), esse movimento de institucionalização constituiu "[...] o primeiro paradigma formal adotado na caracterização da relação sociedade-deficiência: o Paradigma da Institucionalização".

Dessa forma, as referidas instituições acabavam não auxiliando nem na melhora e nem no desenvolvimento das pessoas a quem se propunham tratar ou educar. Pelo contrário, as pessoas tendiam a permanecer a vida toda nelas e na maior parte das vezes os seus quadros clínicos se agravavam. Portanto, esses locais não preparavam seus atendidos/internos para a vida em sociedade.

[68] Erving Goffman (1962, XIII apud ARANHA, 2001, p. 165) definiu Instituição Total como: "um lugar de residência e de trabalho, onde um grande número de pessoas, excluídos da sociedade mais ampla por um longo período de tempo, levam juntos uma vida enclausurada e formalmente administrada".

As instituições totais, embora existissem desde o século XVI, começaram a ser examinadas criticamente por Goffman somente no final da década de 60. No entanto, não foram apenas as críticas acadêmicas e dos profissionais das mais diversas áreas quanto ao fracasso do Paradigma da Institucionalização que levaram ao movimento de desinstitucionalização. Havia também o interesse do sistema político-econômico, pois manter as instituições e a população nela reclusa gerava cada vez mais custos. Tivemos então a convergência da opinião de diversos setores da sociedade com os interesses da classe dominante. (ARANHA, 2001)

E foi a partir da década de 60 que ocorreram mudanças significativas no que diz respeito à relação da sociedade com a pessoa com deficiência.

De acordo com Aranha (2001), o movimento de desinstitucionalização veio acompanhado da ideologia da normalização, a qual previa que existe uma condição "normal" representada pelo maior percentual de pessoas na curva da normalidade (distribuição normal na curva de Gauss) e uma condição de "desvio" representada por um pequeno percentual de pessoas na mesma curva citada.

Baseado nessa ideologia criou-se o conceito de integração, o qual trazia como direito e necessidade das pessoas com deficiência, o acesso a serviços que as aproximassem o máximo possível dos níveis da normalidade, assim como da vida em sociedade. Configurou-se então um novo paradigma formal, o de Serviços. (ARANHA, 2001)

Neste novo paradigma, serviços eram oferecidos às pessoas com deficiência com o objetivo de ajudá-las a adquirir as condições e os padrões da vida cotidiana, ou seja, ajudá-las a se aproximarem da condição normal para que, em seguida e somente assim, pudessem ser integradas à sociedade. Exemplos desses serviços são as classes especiais, as escolas especiais, os Centros de Vida Independente e as Oficinas Abrigadas de Trabalho entre outros.

As instituições asilares deixaram de ser o lugar principal para o tratamento e o cuidado dessa população, mas, no entanto, essas pessoas continuaram ligadas a instituições[69] exclusivas para elas, à espera de um dia estarem preparadas para a inserção na sociedade.

Como se pode notar, estava centrado no indivíduo com deficiência o alvo da mudança: era ele quem precisava mudar para poder ser inserido na sociedade.

Embora o Paradigma da Institucionalização tivesse se mantido por tanto tempo sem críticas, o Paradigma de Serviços logo começou a sofrê-las.

[69] Instituições estas que podiam ser educacionais (escolas especiais), médicas (clínicas de reabilitação), de preparação para a vida independente (Centros de Vida Independente) ou de preparação para o trabalho (oficinas abrigadas de trabalho).

Algumas dessas críticas diziam respeito à dificuldade ou à impossibilidade de se conseguir que a maior parte das pessoas com deficiência alcançasse um nível funcional ou estético próximo do estatisticamente considerado normal. Embora certa porcentagem dessa população atingisse tais objetivos, inclusive o da inserção no mercado de trabalho e na classe comum, esses eram a minoria. Outra crítica importante referia-se ao fato de se esperar que aquele que possuía alguma deficiência se assemelhasse aos não deficientes, como se fosse possível ao ser humano o "ser igual". (ARANHA, 2001)

Frente a tais críticas, tornou-se importante observar que ao considerar que somente poderemos integrar a pessoa com deficiência à vida em sociedade quando ela funcionalmente e esteticamente estiver próxima daquilo que é considerado normalidade, atribuímos menor valor ao diferente.

Assim, novas discussões começaram a ganhar força e espaço, principalmente na década de 90. Discussões essas que traziam como bandeira o direito, por parte das pessoas com deficiência, ao acesso imediato a todos os recursos disponíveis na sociedade, independente do tipo de deficiência e do grau de comprometimento que tivessem.

A partir dessas discussões, configurou-se o terceiro paradigma da relação sociedade-deficiência, o de Suporte. (ARANHA, 2001)

O Paradigma de Suporte caracteriza-se pela retirada do foco exclusivo sobre a pessoa com deficiência como alvo de mudança, para voltá-lo também sobre a sociedade. Entende-se que a sociedade precisa oferecer suporte necessário para o bem estar, para a promoção da saúde e para o melhor desenvolvimento global da pessoa com deficiência. De acordo com Aranha (2001), os suportes podem ser de diferentes tipos: social, econômico, físico e instrumental e a sua função é a de favorecer o que se chamou de inclusão social. Portanto, o Paradigma de Suporte vem acompanhado de uma nova idéia, a de inclusão social.

A inclusão social diz respeito a todos e não somente à pessoa com deficiência. Parte do pressuposto de que a diferença é inerente ao ser humano e de que todos devem ser respeitados e valorizados em suas diferenças. E, como já foi dito anteriormente, parte também do pressuposto de que todos têm o direito de acesso imediato e irrestrito aos recursos disponíveis na sociedade e de conviver em espaço comum, não segregado. Para tanto, de acordo com Aranha (2001, p.171), "[...] a idéia da inclusão prevê intervenções decisivas e incisivas, em ambos os lados da equação: no processo de desenvolvimento do sujeito e no processo de reajuste da realidade social".

Embora ainda haja muito o que falar a respeito tanto de integração quanto de inclusão, ambos os temas serão retomados em tópicos posteriores.

Integração

Do final da década de 60 até o final da década de 80, a bandeira erguida por aqueles que advogavam pelos direitos das pessoas com deficiência era a da integração. Como foi visto anteriormente, essa bandeira estava embasada na ideologia da normalização, a qual previa a existência de uma condição normal e de uma condição de desvio. Tal ideologia propunha serviços que pudessem aproximar o máximo possível de uma condição normal os indivíduos que apresentassem desvios significativos.

Mas o que é essa condição normal? Uma resposta sucinta seria dizer que a condição normal é aquela que é previsível pela regularidade biológica e/ou de conduta. Aquilo que é previsível ou não, é determinado estatisticamente, utilizando-se a curva normal de Gauss. No entanto, como nos aponta Omote (2004), a condição de desvio não se caracteriza simplesmente a partir de dados estatísticos. A caracterização de uma determinada condição como desvio depende, em muito, da relação que a sociedade estabelece com essa determinada condição e da circunstância em que essa se apresenta.

A temática da integração trazia um grande foco na questão da normalidade. No entanto, é importante observar que dizer que há algo que é normal para o ser humano também é dizer o seu oposto, que há algo que não o é, que é anormal. Essa afirmação se deve ao fato de que o normal e o anormal só podem existir um em contraposição ao outro, ou seja, um legitima a existência do outro.

Segundo Veiga-Neto (2001), classificar uma parcela da população como anormal, tranqüiliza o normal, garantindo a ele o seu lugar e o seu valor na ordem social. Em contraposição, ainda segundo o mesmo autor, nesse processo resta ao anormal, no caso as pessoas com deficiência, um lugar de menos valia e de quem traz risco à ordem social em função de suas diferenças.

Embora o objetivo fosse integrar, essa ação somente poderia acontecer quando o indivíduo alvo da mesma estivesse pronto. Tal prontidão significava um funcionamento mental e/ou físico e/ou de locomoção e/ou sensorial semelhante aos dos não deficientes.

Acreditava-se que o momento certo para a integração seria aquele em que o indivíduo estivesse “pronto” ou próximo do funcionamento “normal”. A explicação mais comum para tanto era

a de que dessa forma haveria um menor sofrimento por parte da pessoa com deficiência. No entanto, considerar que esse seria o momento certo significa, também, dizer que a sociedade funciona do jeito "correto", que assim deve ser e que, para que alguém possa ser integrado, esse precisa se adaptar ao funcionamento social estabelecido até então, sem colocá-lo em questionamento, sem desestabilizá-lo.

A responsabilidade pela possível integração daqueles que estavam impedidos da vida em sociedade acabava sendo deles mesmos. À sociedade cabia oferecer os serviços que pudessem dar aos anormais características mais normais.

Tais serviços – escolas especializadas, classes especiais, clínicas especializadas entre outros – organizados com o propósito de oferecer assistência especializada às pessoas com deficiências, embora não funcionassem mais como instituições totais onde os indivíduos passavam toda a sua vida, ainda mantinham caráter essencialmente segregador.

Alguns indivíduos conseguiam, a partir dos atendimentos especializados, serem integrados nas classes comuns e no mercado de trabalho. No entanto, esses faziam parte de uma minoria. Aqueles com deficiências de maior déficit intelectual ou funcional, dificilmente atingiam a tal integração, pois não conseguiam se "aproximar da normalidade".

Embora o movimento que esteja em voga nos dias de hoje seja o da inclusão, ainda existem muitas instituições especializadas. Algumas buscam manter "parcerias" com escolas comuns e/ou empresas em busca da inclusão, mas a maioria continua funcionando de forma solitária e isolada, favorecendo a manutenção da segregação de seus atendidos.

Na área da educação, por exemplo, segundo dados oficiais[70], o número de alunos com *necessidades educacionais especiais*[71] em escolas exclusivamente especializadas ou em classes

[70] Dados obtidos no site http://www.inep.gov.br/default_2.htm do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), acessado em fevereiro de 2007. Tais dados serão apresentados e discutidos em outro tópico desse mesmo capítulo.

[71] Note que aqui não foi utilizado o termo deficiência e sim necessidades educacionais especiais. A definição mais recente desse termo utilizado pela primeira vez no presente texto é apresentada no artigo 5º da Resolução CNE/CEB nº 2, de 11 de setembro de 2001, em que considera:

> [...] educandos com necessidades educacionais especiais os que, durante o processo educacional, apresentarem:
> I - dificuldades acentuadas de aprendizagem ou limitações no processo de desenvolvimento que dificultem o acompanhamento das atividades curriculares, compreendidas em dois grupos:
> a) aquelas não vinculadas a uma causa orgânica específica;
> b) aquelas relacionadas a condições, disfunções, limitações ou deficiências;
> II - dificuldades de comunicação e sinalização diferenciadas dos demais alunos, demandando a utilização de linguagens e códigos aplicáveis;

especiais (de escola regular) continua, em 2006, maior do que o número desses mesmos alunos em classe comum de escola regular. Além do mais, esses dados não refletem a situação da totalidade das pessoas com deficiência em idade escolar, pois ainda há muitas dessas sem nenhum tipo de atendimento educacional, além de que existem muitas instituições especializadas que oferecem serviços educacionais e que não fazem parte do Censo Escolar utilizado para obter os dados mencionados.

Há muitas explicações para o fato dos serviços especializados ainda predominarem. Uma das alegações mais utilizadas por parte das escolas é a falta de preparo e de recursos materiais e humanos para receber essa população "diferente", por mais que a resolução CNE/CEB de 2001, em seu artigo nº 2[72], garanta a matrícula de todos na classe comum. As famílias de pessoas com deficiência muitas vezes alegam medo e receio de que seus filhos, na classe comum, sofram com o preconceito e com a discriminação, e acabem sendo "deixados de canto em uma sala de aula qualquer".

Se as escolas e os professores esperarem que os alunos com necessidades educacionais especiais aprendam exatamente o mesmo conteúdo pedagógico e da mesma forma que a média dos demais alunos, a partir das mesmas estratégias e com os mesmos recursos, provavelmente os temores das famílias de pessoas com deficiência se tornarão realidade. O sistema educacional atual já demonstra enormes dificuldades em garantir estratégias educacionais eficazes que atinjam os alunos das classes comuns em geral, quanto mais àqueles que apresentam necessidades educacionais diferenciadas.

Enquanto a espera for pela adequação de todos – estando na classe comum ou não – ao sistema educacional atualmente vigente tal qual ele é, continuaremos com a ideologia da normalização e responsabilizaremos aqueles que não se adeqüam por não o conseguirem e por desestabilizarem o funcionamento de um sistema instaurado e tomado como certo, mantendo-o fora de questionamento. Enquanto o foco de atenção voltar-se para as diferenças estéticas; funcionais; de recursos para aprender e para produzir; e sobre o quanto o indivíduo consegue aproximar-se daquilo que é considerado normal, não será compreendida a dimensão humana dessas pessoas e nem suas reais possibilidades, capacidades, conquistas e características, ou seja, o seu valor enquanto ser.

III - altas habilidades/superdotação, grande facilidade de aprendizagem que os leve a dominar rapidamente conceitos, procedimentos e atitudes.

[72] Institui que: "Os sistemas de ensino devem matricular todos os alunos, cabendo às escolas organizar-se para o atendimento aos educandos com necessidades educacionais especiais, assegurando as condições necessárias para uma educação de qualidade para todos".

Inclusão

Quando o tema é inclusão, necessariamente somos remetidos ao seu oposto, a exclusão. Não faria sentido discutirmos a necessidade de incluir alguém em algo do qual não estivesse excluído. Torna-se, então, necessário à discussão sobre a inclusão, que comecemos pela questão da exclusão.

A exclusão é um processo social que diz respeito a diversos grupos sociais, a diversas das "categorias de pessoas" que compõem a sociedade. Dentre essas categorias, Wanderley (2002, p. 17) cita: "[...] pessoas idosas; deficientes; desadaptados sociais; minorias étnicas ou de cor; desempregados de longa duração, jovens impossibilitados de aceder ao mercado de trabalho; etc". Portanto, a exclusão "não se trata de um processo individual, embora atinja pessoas[...]". (SPOSATTI, 1996 apud WANDERLEY, 2002, p. 20)

Quais são os fatores que influenciam ou determinam a exclusão? Muitos são os fatores que podem determinar a exclusão de um grupo social: conflitos raciais, divergências religiosas, luta de classes etc. No entanto, para discutir a questão da deficiência, focaremos dois fatores: a pobreza e a desvalorização da diferença.

O primeiro fator, a pobreza, vem sendo amplamente estudada por autores do mundo inteiro. Peter Mittler (2003, p.79) a considera importantíssima na compreensão da exclusão social:

> A exclusão social começa muito cedo, muito antes de o bebê nascer. A exclusão social tem raízes na pobreza, na moradia inadequada, na doença crônica e no longo período de desemprego. São negados às crianças nascidas na pobreza os recursos e as oportunidades disponíveis para as outras crianças. Algumas delas enfrentam obstáculos adicionais por causa do seu gênero, da sua raça, da sua religião ou de sua deficiência.

Embora a pobreza seja de extrema relevância no processo de exclusão, em relação às pessoas com deficiência ela não é o principal fator. Em relação a esses, o fator de maior relevância continua sendo a desvalia da diferença.

Sentida como algo negativo, como algo que põe em risco a estabilidade do sistema e o lugar social dos indivíduos que se intitulam como iguais, a diferença acaba sendo entendida como algo que não deveria existir. Não é à toa que no movimento de integração, a ideologia era a da normalização. Frente ao incômodo provocado pelos questionamentos éticos e morais quanto à segregação das pessoas com deficiência, a proposta era a de investir para que essas se tornassem mais iguais, mais normais para que depois pudessem ser integradas às demais pessoas e aos serviços que as contemplavam, sem que as pessoas ditas normais e os espaços e serviços voltados para os ditos normais precisassem sofrer qualquer alteração.

Além dos diferentes fatores que determinam a exclusão, torna-se fundamental a compreensão de que na configuração dessa estão presentes diferentes dimensões. Dentre essas, Sawaia (2002, p. 8) ressalta "[...] a dimensão objetiva da desigualdade social, a dimensão ética da injustiça e a dimensão subjetiva do sofrimento".

Partindo da dimensão da desigualdade social, onde o fator pobreza se faz fortemente presente, o mecanismo da exclusão é facilmente observado, pois quanto maior a desigualdade social de um povo, maior será a desigualdade no acesso a bens e serviços existentes. No Brasil, os mais pobres dependem basicamente dos serviços públicos de saúde e de educação, os quais muitas vezes não conseguem oferecer um serviço de qualidade e nem garantir acesso a todos que deles necessitam.

No que tange a deficiência, são os mais ricos que têm acesso aos melhores produtos (cadeira de rodas, próteses, órteses etc), aos serviços de saúde, habilitação e reabilitação de ponta e às melhores escolas particulares (especializadas ou não). Embora a boa condição financeira facilite o acesso a uma série de produtos e serviços, não garante a inclusão e nem o acesso irrestrito a tudo que está disponível aos não deficientes, pois a condição de desvio e os valores negativos socialmente atribuídos à deficiência permanecem. Portanto, no processo de exclusão dessa parcela da população, além da questão da desigualdade social, é preciso considerar a relação que a sociedade estabelece com a deficiência e as injustiças que comete com quem as tem.

De forma geral, as injustiças sociais historicamente provocaram e/ou fortaleceram as desigualdades sociais, e essas, por sua vez, atualizam as injustiças. Atualmente no Brasil, assim como no restante do mundo, temos vivenciado grandes injustiças sociais construídas historicamente, a citar: o não acesso de todos à educação básica; o pequeno número de afro-descendentes que conseguem completar o ensino superior; a baixa qualidade da saúde e da educação que são

oferecidas aos mais pobres; a diferença salarial entre homens e mulheres, negros e brancos; os altos índices de desemprego; a falta de moradia digna; a falta de alimentação suficiente e/ou adequada etc.

Como anteriormente mencionado, não são apenas as desigualdades sociais as responsáveis pelas injustiças em relação às pessoas com deficiência. A segregação dessas não era e não é decorrente apenas da desigualdade social. O que fica em foco na segregação são as atitudes e os preconceitos existentes em relação a essa parcela da população.

A falta de convívio com as pessoas com deficiência e de conhecimento sobre o que são as deficiências e sobre quem são as pessoas que as têm, acabou favorecendo o surgimento das concepções populares da deficiência como aberração, como algo que não deveria existir – e, de maneira dialética, tais concepções alimentaram a manutenção desse distanciamento. Por motivos éticos e morais os anormais deveriam ser cuidados, mas não cabia a eles ocuparem os mesmos lugares – sociais e físicos – que os que se consideram normais.

Os espaços de lazer e recreação, ainda não parecem ser destinados também a servir àqueles com deficiência, como se esses não tivessem possibilidade e nem desejo de se divertirem como os que se intitulam normais. O impacto que a presença de alguém com deficiência causa nesses ambientes é, no mínimo, constrangedor. Quando esse indivíduo não se tornava atração ou herói pelo sofrimento e força de vida que lhe eram atribuídos, se tornava alvo de medo, rancor, raiva e/ou indignação, por considerarem que aquele espaço – como bares, restaurantes, shopping centers, shows, teatros, cinemas etc – não era o seu lugar[73]. Para exemplificar reações comuns das pessoas frente à deficiência e quem as têm, vejamos o seguinte relato:

> Certa vez levávamos a um restaurante de classe média alta um grupo de deficientes com paralisia cerebral, uma deficiência neuro-motora que pode afetar ou não o desenvolvimento cognitivo. Algumas dessas pessoas precisam de ajuda para comer, mastigar e engolir. Durante essa ida ao restaurante, tal ajuda estava sendo dada por monitores especializados. Foi então que uma família se levantou e o pai com indignação falou em autos berros: "Isso é um absurdo. Como deixam pessoas assim entrarem em um restaurante? Nunca mais voltamos aqui!". (NOGUEIRA, 2000)

[73] Esse relato parte da experiência do autor como coordenador da equipe de monitoria e como vice-presidente da Associação para Recreação e Transporte Especial (ARTE) no período de fevereiro de 1999 a fevereiro de 2002. O objetivo de tal instituição era desenvolver atividades sócio-culturais para crianças e adolescentes com deficiências.

Ainda hoje se atribui um valor muito negativo à deficiência, como se essa fosse algo que impede a felicidade e a vida plena, como se fosse algo que imputa ao indivíduo um sofrimento sem fim. De fato, a pessoa com deficiência sofre ou pode sofrer por conta de sua deficiência e das incapacidades decorrentes dela. No entanto, esse sofrimento não parece ser maior do que aquele causado pela desvalorização que lhe é atribuída ou do que aquele causado pela segregação e pela falta de suportes suficientes e adequados para lhe favorecer a vida em sociedade e o usufruto de tudo que está disponível aos demais cidadãos. E o indivíduo com deficiência não é o único a sofrer com tudo isso. Sofre também a sua família.

Essas famílias sofrem, em um primeiro momento, a culpa pela deficiência e o que Vash (1988, p.64) chama de interrupção do equilíbrio homeostático da unidade familiar. Segundo a autora:

> Todos vivenciam o choque e o medo com relação ao evento ou ao reconhecimento da deficiência, bem como a dor e a ansiedade de se imaginar quais serão as implicações futuras. A deficiência de uma pessoa pode alterar os estilos de vida dos membros da família tanto ou mais do que a da pessoa deficiente: horários, obrigações, plano e papéis – tudo muda. Todos experienciam a perda [...].

Além desse sofrimento, e que não é pouco, a família também padece da falta de suportes (social, econômico, físico ou instrumental), dos preconceitos e atitudes da sociedade e dos seus próprios preconceitos.

Frente a tamanha desigualdade e injustiça social e a tamanho sofrimento, como chegar à inclusão? Primeiro, é de suma importância compreender que a inclusão não é um fim em si mesmo, mas um constante processo que diz respeito a todos que se têm por excluídos e que visa: o respeito à diversidade; a aceitação e a valorização das diferenças; a compreensão de que todos têm direito de acesso à vida em sociedade e dos bens e serviços necessários à vida humana; a possibilidade de todos participarem dos debates e das tomadas de decisões da sociedade; a compreensão de que alguns ou muitos necessitarão de recursos diferenciados para poder viver e se desenvolver; a possibilidade de todos terem a seu dispor o suporte (social, econômico, físico ou instrumental) necessário à vida e ao exercício da cidadania; a compreensão de que o "ser incluído" depende de toda a sociedade e não somente daquele que se tem por excluído; a busca pela eqüidade de

oportunidades, essa que pode tornar a sociedade mais justa. De acordo com Abenhaim (MACHADO et al, 2005, p.51), "para pensar em inclusão é fundamental romper com o conceito de normal como igual e adotar que normal é a diversidade. Somos seres únicos e, portanto, incomparáveis. [...] Todos somos um vir a ser."

Nesse processo de inclusão, a política social ocupa um papel fundamental. Pedro Demo (1994, p.16) considera que política social pode ser estatal ou não e a define "[...] como proposta planejada de enfrentamento das desigualdades sociais", devendo ser equalizadora de oportunidades e emancipatória, tanto do ponto de vista econômico como político.

A sociedade civil e suas minorias têm se organizado em grupos, Associações e Organizações Não-Governamentais (ONGs) e lutado de forma efetiva na busca de participação política, de poder decisório e na organização de serviços que ofereçam suportes no combate à desigualdade social.

No Brasil, os governos federal, estaduais e municipais, em repercussão aos movimentos de luta pelos direitos humanos, também têm desenvolvido políticas públicas[74] no sentido de combater as desigualdades sociais. Nesse sentido podemos citar as cotas nas universidades públicas para os afro-descendentes, as políticas habitacionais (insuficientes!), os programas de inclusão digital, a busca pela melhoria dos serviços públicos de educação e saúde etc.

Embora a inclusão seja pra todos, voltemos a focar mais uma vez a inclusão da pessoa com deficiência no Brasil.

Essa parcela da população, segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (ONU), representa 10% da população geral. A proporção é de 1 (uma) pessoa com deficiência para cada 9 (nove) pessoas sem. Mas onde estão ou estavam todas essas pessoas? Quantos de nós tivemos contato com pessoas com deficiência ao longo da infância, da adolescência ou da vida adulta? Onde viviam e conviviam tais pessoas já que raramente estavam presentes nas escolas, faculdades, ambientes de trabalho, locais públicos e locais para o lazer e a recreação? Estavam, e muitas continuam, confinadas em instituições especializadas ou em suas casas.

Até recentemente não havia planejamento adequado e nem mesmo preocupação em relação ao acesso dessas pessoas aos locais e serviços públicos e privados. Acreditava-se que o melhor a se fazer era oferecer serviços que minimizassem a anormalidade e as incapacidades e desvantagens

[74] Como política pública entende-se ações planejadas que visam o atendimento de necessidades que são comuns à população ou ao segmento populacional ao qual é destinado.

provocadas pela deficiência. No entanto, além desses serviços serem escassos frente ao grande número de pessoas que deles necessitavam, mantinham a pessoa com deficiência longe do convívio com o restante da população.

Visando o direito da pessoa com deficiência de viver em sociedade, foi criada no Brasil, em 19 de dezembro de 2000, a lei nº 10.048. Essa define as normas de acessibilidade arquitetônica e urbanística, de acessibilidade aos serviços de transporte coletivo e de acesso à informação e comunicação. Somente em 2004, pelo Decreto nº 5.296[75] tal lei foi finalmente regulamentada. A sociedade, de forma geral, vem se adaptando, lentamente, às novas normas que favorecem a acessibilidade da pessoa com deficiência à vida social e a tudo que essa se refere.

Não eram, no entanto, apenas as dificuldades de acesso que faziam com que estivessem segregados. Embora importante, não será a legislação para acessibilidade que garantirá a inclusão. Aliás, a legislação citada ainda não garante nem mesmo o que ela determina. Adaptar um ônibus, uma loja, um prédio, uma cidade ou um país para garantir acessibilidade é algo caro e trabalhoso, envolvendo interesses políticos e econômicos.

Anterior às normas de acessibilidade, tivemos a chamada "Lei de cotas para deficientes", a Lei nº 8.213[76] publicada pelo governo federal em 1991, a qual garante vagas de emprego a pessoas com deficiência. Apesar da lei, ainda hoje, muitas empresas alegam a falta de preparo para poder contratar esse funcionário que é diferente e que, quase sempre, requer adaptações pelo menos em acessibilidade. E, ao mesmo tempo, muitas outras empresas lutam para cumprir a lei, seja devido à pressão do Ministério Público ou seja em função daquilo que atualmente as empresas chamam de "responsabilidade social".

Às vezes com bons projetos e às vezes com projetos falhos e preconceituosos, as empresas que buscam cumprir a citada lei se queixam das dificuldades com que se deparam na tentativa de

---

[75] O Decreto nº 5.296 data de 02 de dezembro de 2004 e regulamenta também a Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, que trata do atendimento prioritário às pessoas com deficiência em empresas prestadoras de serviços públicos e em instituições financeiras

[76] A Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, em seu artigo 93, institui que:

> A empresa com 100 (cem) ou mais empregados está obrigada a preencher de 2% (dois por cento) a 5% (cinco por cento) dos seus cargos com beneficiários reabilitados ou pessoas portadores de deficiência habilitadas, na seguinte proporção:
>
> I – até 200 empregados.....2%
> II – de 201 a 500.....3%
> III – de 501 a 1000.....4%
> IV – de 1001 em diante.....5%.

cumprir com a legislação em vigência. Um dos motivos é a dificuldade de encontrar pessoas com deficiência qualificadas para o mercado de trabalho. Esse fato não ocorre à toa. Cabe lembrarmos que as pessoas com deficiência viveram por muito tempo em suas casas e/ou em instituições paternalistas e protecionistas, que pouco preparavam para a vida em sociedade e para o trabalho.

Na educação brasileira diversas alterações também vêm ocorrendo afim de tornar a escola mais inclusiva e de promover maior eqüidade de oportunidades. Dentre essas alterações podemos citar a Lei de Diretrizes e Bases da educação Nacional de 1996 e a resolução n° 2 da CNE/CEB de 2001. Tais legislações e suas implicações serão mais bem discutidas em tópico adiante.

Embora possamos vislumbrar políticas públicas que visem a inclusão social da pessoa com deficiência, ainda há muito por se fazer.

Partindo dos pressupostos de que a acessibilidade não basta para que a pessoa com deficiência viva plenamente em sociedade e que a inserção no trabalho depende de qualificação para tal e da possibilidade de se enxergar as potencialidades dessa população (e não somente as suas faltas), a educação – principalmente a não-formal[77] e a escolar – aparece como o foco principal de intervenção para que possamos vir a viver em uma sociedade mais inclusiva.

Passemos então a discutir a educação inclusiva no Brasil.

Inclusão Escolar no Brasil

Atualmente a inclusão escolar tem sido amplamente discutida, não somente por acadêmicos e legisladores, mas por toda a sociedade. Isso se deve, entre outras coisas, à grande divulgação que a mídia têm feito a respeito do tema[78].

A educação inclusiva tem sido a principal bandeira daqueles que lutam pela inclusão social e isso não é à toa. Considerando a concepção de Omote (2004, p. 302), a qual parte de que a inclusão social depende de medidas que "[...] possibilitem o convívio e a co-ação, por parte das pessoas com as mais variadas diferenças, em principais situações da vida diária, de modo que favoreçam a realização e o desenvolvimento de todos que delas participam", podemos concluir que a educação

[77] Como educação não-formal entende-se aquela que é oferecida por instituições e que é planejada e tem objetivos, mas que não é regida por legislações comuns à educação escolar.
[78] A questão da inclusão social e escolar tem freqüentemente aparecido em histórias em quadrinhos, revistas, jornais, rádio, internet, telenovelas e outros programas televisivos.

escolar[79] poderá nos levar a uma sociedade mais inclusiva, desde que se torne um lócus de valorização da diversidade e das potencialidades individuais e se torne de fato propiciadora da aprendizagem e do desenvolvimento de todos.

O conceito de escola inclusiva surge a partir das recomendações da Declaração de Salamanca[80], publicada em 1994. (CARVALHO, 2002)

No princípio orientador da referida declaração consta que:

> [...] escolas deveriam acomodar todas as crianças independentemente de suas condições físicas, intelectuais, sociais, emocionais, lingüísticas ou outras [...] e [...] devem buscar formas de educar tais crianças com sucesso, incluindo aquelas que possuam "desvantagens" severas. (MACHADO et al, 2005, p. 130-131).

No Brasil, diversos documentos legais foram publicados no sentido de tentar honrar o compromisso assumido a partir da referida declaração.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1996 (LDB 96) pela primeira vez reserva um capítulo exclusivo para a educação especial, caracterizando-a, em seu artigo 58, como "[...] modalidade de educação escolar, oferecida preferencialmente na rede regular de ensino, para educandos portadores de necessidades educacionais especiais[81]." Portanto, a partir de tal documento, a educação especial passa a ser uma *modalidade de ensino*[82] que perpassa e se faz presente em todos os *níveis de ensino*[83], desde o básico até o superior.

O Plano Nacional de Educação[84] (PNE/MEC), publicado em 2001, traz como o objetivo nº 16 da educação especial: "assegurar a inclusão, no projeto pedagógico das unidades escolares, do atendimento às necessidades educacionais especiais de seus alunos, definindo os recursos disponíveis [...]".

---

[79] Cabe lembrar que, no Brasil, todo indivíduo deve concluir pelo menos o Ensino Fundamental, o qual atualmente dura nove anos.
[80] A Declaração de Salamanca: sobre princípios, política e prática na área das necessidades educativas especiais, Resolução das Nações Unidas, resultou de uma Conferência Mundial Sobre Necessidades Educativas Especiais ocorrida na Espanha, em junho de 2004, com a participação de delegados de 92 governos e de 25 ONGs.
[81] Tal conceito foi definido na nota de rodapé de número 3.
[82] Temos como modalidades de ensino: Educação Especial, Educação Indígena, Educação de Jovens e Adultos (EJA) e Educação Profissionalizante.
[83] Temos como níveis de ensino: Educação Básica – educação infantil, ensino fundamental e ensino médio – e Educação Superior.
[84] Lei nº 10.172, de 09 de janeiro de 2001.

A Resolução CNE/CEB nº 2/01, em seu art. 2º, institui que "os sistemas de ensino devem matricular todos os alunos, cabendo às escolas organizar-se para o atendimento aos educandos com necessidades educacionais especiais [...]", garantindo-lhes as condições necessárias. Ainda institui, em seu art. 7º, que "o atendimento aos alunos com necessidades educacionais especiais deve ser realizado em classes comuns do ensino regular, em qualquer etapa ou modalidade da Educação Básica".

Considerando-se a legislação citada, tanto a matrícula como a permanência na escola são direitos de todos. Mais do que isso, parece assegurado o atendimento às necessidades educacionais de cada aluno na classe comum. No entanto, muitos estudiosos elaboram críticas aos documentos citados levantando contradições e falhas nos mesmos.

Romero (1998, p.11) cita que, na LDB 96, a disponibilidade de vagas para pessoas com necessidades educacionais especiais "[...] se definiria tendo por base as características pessoais dos alunos." Com isso, as dificuldades dessa população entrar na escola voltam a se fixar em suas peculiaridades, e não no sistema de ensino.

Minto (2000) entende que o PNE/MEC revela o descaso da União para com a educação especial. Para o autor, o documento apenas declara intenções e induz a culpabilização dos professores pelas mazelas da educação, desresponsabilizando os governantes.

Apesar das críticas citadas e de muitas outras presentes na literatura, a legislação voltada à educação especial conjuntamente com a pressão produzida pelo movimento social em prol da inclusão escolar e social, levaram a um aumento significativo do número de escolas que têm matriculado alunos com necessidades educacionais especiais para freqüentarem suas classes comuns.

Observemos os indicadores de matrículas[85] de alunos com necessidades educacionais especiais divulgados pelo Ministério da Educação (MEC):

	1998	2000	2004	2005	2006
Número de Matrículas de Alunos Portadores de Necessidades Educacionais Especiais em Escolas Exclusivamente Especializadas ou	293.403	300.520	371.383	378.074	375.488

[85] Dados compilados a partir dos obtidos no site http://www.inep.gov.br/default_2.htm do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), acessado em fevereiro de 2007.

em Classes Especiais de Escola Regular					
Número de Matrículas de Alunos Portadores de Necessidades Educacionais Especiais em Classes Comuns	43.923	81.695	195.370	262.243	325.136

Como podemos notar, de 1998 a 2006 (num total de apenas 9 anos!), houve um aumento de aproximadamente 640% no número de matrículas de alunos com necessidades educacionais especiais em classe comum, enquanto o aumento do número de matrículas dessa mesma população em escolas exclusivamente especializadas ou em classes especiais de escolas regulares aumentou pouco menos de 28%. A diferença é brutal! Observamos também que, dentre os alunos com necessidades educacionais especiais matriculados em classe comum, o aumento mais significativo é relativo àqueles que possuem algum tipo de deficiência.

Finalmente a população em geral está tendo mais contato com essas pessoas que antes eram mantidas segregadas. As escolas, por força da lei e/ou por boa vontade e princípios éticos, estão cada vez mais abrindo suas portas para aqueles que antes não tinham direito de freqüentá-las ou que não eram considerados capazes. As pessoas com deficiência e demais necessidades educacionais especiais – e suas famílias – estão, cada vez mais, buscando inserção no sistema educacional, tanto pela busca do exercício do direito à educação quanto pela crença na possibilidade de sua aprendizagem e de seu desenvolvimento.

No entanto, podemos observar que no discurso de professores, coordenadores pedagógicos e diretores escolares, a inclusão ainda parece resumida a favorecer ou permitir que todo e qualquer aluno tenha acesso aos mesmos espaços físicos e ao mesmo serviço. Prieto (MACHADO et al, 2005, p.100) nos chama a atenção para o fato de que "[...] a idéia não é apenas a entrada de alguém na escola, mas que ninguém saia dela." Para Mittler (2003, p. 58) a inclusão "[...] não é apenas referente ao acesso, mas também à necessidade de um planejamento e de serviços que sejam estruturados para responder a uma gama muito mais ampla de necessidades".

Hoje, é fala comum de profissionais da educação de que somos todos iguais e de que a nossa luta deve ser para que sejamos vistos todos como iguais. Essa visão pode até ser bem

intencionada, mas comporta alguns mal entendidos que trazem sérias implicações. Nossa igualdade deve dizer respeito ao fato: de sermos todos humanos e de termos direito à equiparação de oportunidades. Enquanto indivíduos, nós somos diferentes e o problema não está em reconhecer a diferença, e sim no valor – ou menor valor – que atribuímos à diferença e nas relações de poder que estão por trás desses valores. O que precisamos nos atentar é que negando as diferenças também estamos negando o outro em suas peculiaridades e necessidades. Negar a diversidade e o fato de fazermos parte dela é também negar a inclusão no seu sentido mais pleno.

Para muitos, a inclusão ainda é apenas um novo termo que serve de proteção lingüística para expiar a culpa causada por uma prática marcada pela discriminação, classificação e ordenação (VEIGA-NETO, 2001, p.108).

Ainda é escassa a discussão dentro das próprias escolas, sobre o que é inclusão e quais são os caminhos possíveis para alcançá-la, assim como não há espaço para a discussão sobre a produção social do seu inverso, a exclusão escolar e social. E ainda também são escassas as iniciativas no sentido de mudanças da prática educacional que favoreçam, de fato, uma educação de qualidade para todos.

Os riscos do processo de inclusão como vem ocorrendo são grandes.

Para que haja de fato a inclusão escolar, é fundamental que haja uma reforma educacional que vá além de implementações legais. Ao inserir crianças com necessidades educacionais especiais na classe comum, se torna necessário colocar em questionamento o funcionamento e os princípios de um sistema educacional que valoriza uma igualdade abstrata, que valoriza uma busca pela uniformidade – retratada pela rigidez curricular, de estratégias de ensino e de avaliação – onde todos têm que aprender as mesmas coisas da mesma forma e onde apenas o conhecimento formal tem valor. Se o questionamento não for feito e não se buscar a construção de uma escola diferente da que existe hoje, as crianças a quem se pretende incluir continuarão excluídas do sistema educacional, embora fisicamente presentes. Continuarão sendo vistas como anormais, como seres que não pertencem àquele lugar destinado aos "iguais". Um exemplo disso são as crianças com deficiência intelectual[86] "incluídas" em classe comum que ficam à parte do processo ensino/aprendizagem, muitas vezes, desempenhando atividades paralelas sem relação com o conteúdo ministrado na aula e sem que, necessariamente, haja um trabalho pedagógico devidamente planejado para elas.

[86] Nova nomenclatura da Organização Mundial da Saúde para a deficiência mental.

Ainda há muito que se fazer rumo à educação inclusiva e à inclusão social. Sempre haverá algo por se fazer. Cabe relembrar que a inclusão é um processo, e não um fim em si mesmo. No percurso desse processo – que visa maior igualdade e justiça social – será fundamental conseguirmos romper com o modelo social no qual somente o igual e o ideal têm valor. Precisamos compreender que a humanidade é plural, que a diversidade é natural. Somente assim poderemos valorizar e respeitar a diversidade e nos sentirmos de fato parte integrante dela. E assim, quem sabe, favorecer a cada um a construção e a reconstrução constante de suas possibilidades, sem as definirmos a priori.

Bibliografia

AQUINO, R. S. L. de; FRANCO, D. A.; LOPES, O. G. P. C. História das sociedades: das comunidades primitivas as sociedades medievais. Rio de Janeiro, Ao Livro Técnico, 1980.

ARANHA, M. S. F. Paradigmas da relação da sociedade com as pessoas com deficiência. In: Revista do Ministério Público do Trabalho, Ano XI, nº 21, p. 160-173, março, 2001.

ASSUMPÇÃO JUNIOR, F. B.; SPROVIERI, M. H. Introdução ao Estudo da Deficiência Mental. São Paulo: Memnon, 2000.

BELFIORE-WANDERLEY, M. Refletindo sobre a noção de exclusão. In: SAWAIA, B. As artimanhas da exclusão. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 2001, p. 16-26.

BRASIL. Congresso Nacional. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília – Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – Lei nº 9.394/96, de 20 de dezembro de 1996. Diário Oficial da União, 23 de dezembro de 1996.

BRASIL. Congresso Nacional. Convenção da Guatemala – Decreto nº 3.956, de 08 de outubro de 2001. Brasília – Senado Federal, 2001.

BRASIL. Congresso Nacional. Plano Nacional de educação – Lei nº 10.172, de 09 de janeiro de 2001. Brasília – Senado Federal, 2001.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CEB nº 2, de 11 de setembro de 2001. Brasília: MEC: SEESP, 2001.

BRASIL. Ministério da Educação. Parecer CNE/CEB nº 17, de 2001. Brasília: MEC: SEESP, 2001.

CARVALHO, R. E. A Nova LDB e a Educação Especial. Rio de Janeiro: WVA, 1997.

CORREIA, L. M. Alunos com necessidades educativas especiais nas classes Regulares. Portugal: Editora Porto, 1997. (Coleção Educação Especial).

DEMO, P. Política social, educação e cidadania. Campinas: Papirus Editora, 1994.

DUSCHATZKY, S.; SKLIAR, C. O nome dos outros. Narrando a alteridade na cultura e na educação. In: LARROSSA, J; SKLIAR, C. Habitantes de Babel: políticas e poéticas da diferença. Belo Horizonte: Autêntica, 2001, p. 119-138.

MACHADO, A. M. et al. Psicologia e direitos humanos: educação inclusiva, direitos humanos na escola. São Paulo: Casa do Psicólogo; Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2005.

MANTOAN, M. T. E. Caminhos pedagógicos da inclusão. São Paulo: Memnon, 2001.

_____; PRIETO, R. G.; ARANTES, V. A. (organizadora) . Inclusão escolar: pontos e contrapontos. São Paulo: Summus Editorial, 2006.

MENDES, E. G. Perspectivas para a construção da escola inclusiva no Brasil. In: PALHARES, M. S.; MARINS C. (Orgs.). Escola Inclusiva. São Carlos: EdUFSCar, 2002. p. 61-85.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL: FUNDAÇÃO PROCURADOR PEDRO JORGE DE MELO E SILVA (Orgs.). O acesso de alunos com deficiência às escolas e classes comuns da rede regular. 2ª edição revisada e atualizada. Brasília: Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, 2004. p.5-29.

MINTO, C. Educação especial: da LDB aos Planos Nacionais de Educação – do MEC e Proposta da Sociedade Brasileira. In: Revista Brasileira de Educação Especial, Marília, v.6, n.1, p. 1-26, 2000.

MITTLER, P. Educação Inclusiva – Contextos sociais. Porto Alegre: Artimed, 2003.

NOGUEIRA JR, T. B. Pensando alguns dos mecanismos de defesa presentes na dinâmica do preconceito em relação a pessoas com deficiência. In: VI Semana de Psicologia do Instituto de Psicologia da USP, VI, 2000. Pôster. São Paulo, 2000.

OMOTE, S. Estigma no tempo da inclusão. In*:* Revista Brasileira de Educação Especial, Marília, v.10, n.3, p.287-308, set./dez. 2004.

OMOTE, S. (Org.). Inclusão: intenção e realidade. Marília: Fundepe, 2004.

OLIVEIRA, R. P. de. O direito à educação. In: _____; ADRIÃO, T. (Orgs.). Gestão, financiamento e direito à educação: análise da LDB e da Constituição Federal. São Paulo: Xamã Editora, 2001. p. 15-43.

PESSOTTI, I. Deficiência Mental: da Superstição à Ciência. São Paulo: Edusp, 1984.

SAWAIA, B. (Org.). Introdução: exclusão ou inclusão perversa? In:_____. As artimanhas da exclusão – análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 2002. p. 7-13.

VASH, C. L. Enfrentando a deficiência: a manifestação, a psicologia, a reabilitação. São Paulo: Livraria Pioneira Editora: Editora da Universidade de São Paulo, 1988

VEIGA-NETO, A. Incluir para excluir. In: LARROSSA, J; SKLIAR, C (Orgs.). Habitantes de Babel: políticas e poéticas da diferença. Belo Horizonte: Autêntica, 2001. p. 105-118.

WANDERLEY, M. B. Refletindo sobre a noção de exclusão. In: SAWAIA, B. (Org.). As artimanhas da exclusão – análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 2002. p. 15-27.

ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS DE ESCOLA MUNICIPAL DE SÃO PAULO: CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

Flávia Regina de Lima Medeiros
Luciana Mazagão
Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo
Colaboração[87]

APRESENTAÇÃO

Esse relato faz parte de um projeto de pesquisa mais amplo apoiado pelo CNPq (305507/2007-9), cujo título é OBESIDADE INFANTIL: O PESO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO DA CRIANÇA .

O projeto de pesquisa foi proposto visando atender a uma necessidade de estudar as relações entre o aumento alarmante da obesidade infantil, independente do nível sócio – econômico e a saúde mental, em especial dados sobre ansiedade, depressão, auto-estima e qualidade de vida de crianças e adolescentes.

Dessa forma, o projeto amplo tem como objetivo geral estudar a relação entre a obesidade de crianças e aspectos relativos à saúde mental, o quê se mostra de fundamental importância para que, posteriormente, modelos de atendimento sejam melhor estabelecidos.

A partir do objetivo geral, foram propostos os objetivos específicos, sendo que entre esses está o de se verificar a proporção entre crianças com peso normal e obesas na população não clínica (Ensino Fundamental) em duas escolas da rede pública do Estado de São Paulo .

Assim o presente relato vem contemplar já, parcalmente, esse objetivo específico, uma vez que apresentamos as relações entre peso normal sobre peso e obesidade em crianças e adoelscentes de uma dessas escolas , considerando dados relevantes, os quais serão básicos para a pesquisa que está em desenvolvimento que vem buscar o estudo das relações entre sinais de depressão e obesidade

[87] Bianca Zanré da Silva, Lais Santos de Morais, Nélio A dos Santos, Valquiria de Oliveira, Hugo Queiroz, Eliana M Zaccarelli

em crianças e adolescentes. E também o de avaliar o grau de auto-estima, a partir de concepções de auto imagem, e outros aspectos emocionais em crianças e adolescentes obesas e com peso normal.

Assim o texto a seguir, traz aspectos sobre o estado nutricional de crianças e adoelscentes, em nosso meio, considerações acerca da desnutrição e da obesidade, questões referentes á avaliação do estado nutricuonal das crianças e apresenta os dados da epsquisa realizada com 324 crianças de uma escola Municipal, com os aspectos metodológicos seguidos e os resultados encontrados, discutindo nesse estudo as ealções com sexo e idade.

INTRODUÇÃO

Transição Nutricional

Os tipos de problemas nutricionais variam entre regiões geográfico-administrativas, entre populações urbanas e rurais, entre famílias de uma comunidade e entre crianças de uma mesma família. Essas variações, em uma dimensão mais abrangente, podem ser explicadas pelo grau de desenvolvimento econômico, pela distribuição de riquezas, pelo nível de estabilidade econômica, pelas prioridades atribuídas aos gastos públicos e pelo padrão sociocultural da população. A deficiência de crescimento de crianças pode derivar ainda da ocorrência de doenças infecto-contagiosas, de alimentação inadequada, de precárias condições sociais, educacionais e econômicas da família, da qualidade de assistência à saúde e dos cuidados na infância, que afetam a qualidade de vida da criança (GUIMARÃES, BARROS, 2001).

Conforme Guimarães e Barros (2001), transformações significativas têm ocorrido nos padrões dietéticos e nutricionais de populações, estas mudanças vêm sendo analisadas como parte de um processo designado de transição nutricional. No Brasil também tem sido detectada a progressão da transição nutricional na população, caracterizada fundamentalmente por redução nas prevalências dos déficits nutricionais e ocorrência mais expressiva de sobrepeso e obesidade. O processo de transição nutricional, embora atingindo o conjunto da população, diferencia-se em momentos e em intensidade, conforme o segmento socioeconômico considerado.

Como ilustração concreta dessas mudanças, pode-se invocar algumas condições seletivamente indicadas para o entendimento do processo saúde/doença em escala populacional. Inverteram-se os termos da ocupação demográfica do espaço físico: de uma população rural passou-

se à condição de um país urbano (IBGE, 2000), com mais de 80% das pessoas atualmente radicadas nas cidades (FILHO, RISSIN, 2003).

Outro aspecto importante na compreensão do cenário epidemiológico dos problemas alimentares/nutricionais se configura nas disparidades regionais de renda, com as regiões mais pobres (Norte e Nordeste) desfrutando de um ingresso *per capita* que representa pouco mais de 1/4 da renda individual disponível nas regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul (FILHO, RISSIN, 2003).

Para Filho (2003), o resgate de tais antecedentes, se deve ao consenso de sua importância na determinação do perfil alimentar/nutricional da população e, no caso brasileiro, a desnutrição energético-protéica (DEP) é um paradigma, que pontualiza a influência das variáveis referenciadas como marcadores de risco do problema, principalmente a renda, escolaridade materna e saneamento e, mais recentemente, acesso aos serviços de saúde (Monteiro et al., 2000). São, portanto, dados necessários para a compreensão da cinética temporal, geográfica e social da situação nutricional do país e suas mudanças.

Evolução da desnutrição e obesidade

Numa visão simplista, a transição nutricional pode ser configurada como um processo que seria caracterizado por quatro etapas: a) desaparecimento, como evento epidemiológico significativo, do *kwashiorkor*, ou desnutrição edematosa, aguda e grave, com elevada mortalidade, quase sempre precipitada por uma doença infecciosa de elevado impacto patogênico, como o sarampo, atuando sobre uma criança já previamente desnutrida; b) desaparecimento do marasmo nutricional, caracterizado pela perda elevada e até extrema dos tecidos moles (massa adiposa e muscular, principalmente), de instalação lenta habitualmente associado a doenças infecciosas de duração prolongada, como a otite crônica, pielonefrites, tuberculose, diarréias protraídas e extensas piodermites; c) aparecimento do binômio sobrepeso/obesidade, em escala populacional e d) a última etapa da transição, se configura na correção do déficit estatural. Seria o capítulo conclusivo do processo, só podendo ser avaliado mediante seu seguimento numa perspectiva de tendências seculares (FILHO, RISSIN, 2003).

Em estudos populacionais de 1974 e 1975 a relação peso/altura (índice grandemente afetado na desnutrição marasmática) apresentava bom ajustamento, em nível de indicador epidemiológico (IBGE/UNICEF, 1982). Desde então, a característica epidemiológica marcante do problema da

desnutrição em crianças brasileiras passou a ser representada pelo retardo de estatura, traduzindo o efeito lento, gradual e cumulativo da deficiência nutricional, sobretudo nos dois primeiros anos de vida. Apesar do ritmo acelerado com que se processa a redução da desnutrição no Brasil, ainda não existe uma região onde se tenha completado a correção do déficit de estatura de crianças menores de cinco anos. O objetivo de atingir os valores da curva de referência de crescimento (NCHS-*National Center of Health Statistics*) está relativamente próximo de ser alcançado nas populações urbanas do Sudeste, Sul e Centro-Oeste, mas ainda encontra-se distante no Norte e Nordeste do país. Por outra parte, a defasagem da relação altura/idade em crianças rurais ainda é acentuada mesmo no centro-sul e no Nordeste. Já sob o aspecto da distribuição social, as crianças que pertencem ao terço superior de renda das famílias brasileiras apresentam curvas de crescimento que se superpõem aos valores do padrão internacional.

Pesquisa de Orçamentos Familiares

Conforme a Pesquisa de Orçamentos Familiares (2002-2003) o principal objetivo é fornecer informações sobre a composição dos orçamentos domésticos, a partir da investigação dos hábitos de consumo, da alocação de gastos e da distribuição dos rendimentos, segundo as características dos domicílios e das pessoas. A POF investiga também a auto-percepção das condições de vida da população brasileira.

O IBGE apresenta resultados relativos às medidas antropométricas das crianças e adolescentes com até 19 anos completos, além do perfil do crescimento e da evolução do peso das crianças e adolescentes e uma análise do estado nutricional com base nos índices antropométricos indicados para avaliação desses grupos populacionais.

Destacam-se análises comparativas com os resultados obtidos no Estudo Nacional da Despesa Familiar - ENDEF, realizado pelo IBGE, em 1974-1975, e na Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição-PNSN, realizada pelo INAN em colaboração com o IPEA e o IBGE, em 1989.

1.4- Métodos para avaliação do estado nutricional

A avaliação do estado nutricional tem por objetivo verificar o crescimento e as proporções corporais em um indivíduo ou em uma comunidade, visando a estabelecer atitudes de intervenção. Dessa forma, é de fundamental importância a padronização da avaliação a ser utilizada para cada faixa

etária, uniformizando assim os critérios empregados pela equipe de saúde. Devem-se eleger aqueles que melhor detectem o problema nutricional que se pretende corrigir na população em estudo. Considerando, ainda, os custos para sua utilização, o nível de habilidade pessoal requerido para aplicá-los adequadamente, o tempo necessário para executá-los, a receptividade por parte da população estudada e os possíveis riscos para a saúde (SIGULEM, 2000).

Conforme Sigulem (2000), a antropometria, que consiste na avaliação das dimensões físicas e da composição global do corpo humano, tem se revelado como o método isolado mais utilizado para o diagnóstico nutricional em nível populacional, sobretudo na infância e na adolescência, pela facilidade de execução, baixo custo e inocuidade.

Para Ferreira (1997), os valores antropométricos representam, no nível individual ou de populações, o grau de ajustamento entre o potencial genético de crescimento e os fatores ambientais favoráveis e nocivos. O padrão antropométrico ideal, então, seria aquele obtido de populações ou grupos étnicos cujos indivíduos tivessem usufruído a oportunidade de desenvolver, plenamente, seu potencial de crescimento.

A antropometria, mesmo considerando suas limitações, tem sido o método mais utilizado e também o proposto pela OMS. A sua maior desvantagem é que, isoladamente, não identifica deficiências específicas, como a hipovitaminose A, anemia ferropriva e deficiência de cálcio, nutrientes muitas vezes deficientes em dietas de crianças e adolescentes. Nessas situações há necessidade de exames complementares para a conclusão diagnóstica (SIGULEM, 2000).

1.5- Aspectos econômicos ligados à alimentação

A má nutrição não é um problema apenas dos menos favorecidos. Os indivíduos com maiores condições também sofrem de obesidade, doenças crônicas, hipertensão arterial, câncer, *diabetes mellitus*, entre outras. A má nutrição que era caracterizada pela magreza, nanismo e menor resistência às infecções, atualmente tem sido modificada por crescente prevalência de excesso de peso. Entretanto, a carência de micronutrientes pode se manifestar independentemente das condições socioeconômicas. Inquéritos nutricionais têm apontado com freqüência a inadequação dos hábitos alimentares e do grau de conhecimento de nutrição de populações de baixa renda dentre os fatores determinantes da subnutrição, ao invés de considerá-los também como integrantes de uma situação na qual aparecem como resultado de normas estabelecidas e de condições criadas pelo sistema

produtivo vigente, pois, sabe-se que a boa alimentação e boa nutrição dependem da produção e distribuição dos alimentos, que são influenciados pela economia do país e também pela educação da população (ANDRELLUCCHI, 2006).

OBJETIVO

Avaliar o estado nutricional de escolares de uma instituição pública de ensino, verificando sua associação com sexo e idade.

METODOLOGIA

Foram avaliadas crianças e adolescentes de 6 a 16 anos, (n=324) alunos na Escola Municipal de Ensino Fundamental anexa ao Educandário Dom Duarte, situado na Avenida Heitor Antônio Eiras Garcia, nº 5985, Bairro Jardim Esmeralda, zona oeste, Cidade de São Paulo/SP.

O estado nutricional foi avaliado a partir do IMC (Índice de Massa Corporal), que refere-se ao peso em quilos dividido pela altura em metros ao quadrado). O peso foi verificado pela balança digital da Marca Plenna com capacidade para 150Kg e precisão de 100 gramas. A aferição da estatura foi realizada com fita métrica não distensível fixada á parede, com esquadro de acrílico colocado sobre o topo da cabeça para se obter um ângulo reto com a parede durante a leitura. Os alunos estavam sem sapatos e a cabeça posicionada no plano *Frankfurt.* O peso e altura foram anotados em planilhas que continham o nome, data de nascimento, sexo, altura e peso.

As medidas antropométricas foram digitadas e analisadas no *software* de estatística Epi-Info, versão 3.4.3.

Para a definição de baixo peso considerou-se como ponto de corte o percentil menor que 5 e para a definição do sobrepeso foi considerado como ponto de corte o percentil igual ou maior que 85 e menor que 95, no diagnóstico da obesidade, o percentil igual ou maior que 95. Com base nos valores antropométricos da população americana, coletados na *National Healt and Nutrition Examination Survey*, do NCHS. Definiu-se a expressão sobrepeso/obesidade como excesso de massa corporal correspondendo aos critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS), que estabelece risco de sobrepeso para adolescentes com IMC maior ou igual ao percentil 85 da população americana.

Aspectos éticos

Esta pesquisa, como foi apontado no início da apresentação, está inserida no projeto OBESIDADE INFANTIL: O PESO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO DA CRIANÇA, aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa no Instituto de Psicologia da USP. Os pais ou responsáveis dos escolares foram informados sobre os objetivos do estudo e assinaram o termo de consentimento para autorização da participação das crianças e adolescentes neste estudo.

RESULTADOS

Das 324 crianças, pré-adolescentes e adolescentes avaliados, 166 (51,2%) foram do sexo feminino e 158 (48,8%) do sexo masculino. Nas tabelas 1 a 3 estão apresentados as características da população estudada, e o estado nutricional segundo sexo e idade.

Tabela 1 – Distribuição em número e porcentagem dos escolares por sexo e idade. São Paulo, 2008.

	Sexo Feminino		**Sexo Masculino**	
Idade (anos)	**n**	**%**	**n**	**%**
<8	21	12,7	24	15,1
8 |-9	18	10,9	12	7,6
9 |-10	17	10,2	26	16,4
10 |-11	27	16,3	24	15,2
11|-12	24	14,4	14	8,9
12 |-13	17	10,2	17	10,7
13 |-14	21	12,6	27	17,1
14 ou mais	21	12,7	14	8,9
Total	166	100,0	158	100,0

Tabela 2 – Estado nutricional dos escolares segundo sexo. São Paulo, 2008.

	Estado Nutricional							
Sexo	**Baixo Peso**	**%**	**Eutrofia**	**%**	**Sobrepeso**	**%**	**Obesidade**	**%**
Feminino	6	3,6	129	77,8	19	11,4	12	7,2
Masculino	9	5,7	122	77,3	20	12,6	7	4,4
TOTAL	15	4,6	251	77,5	39	12,0	19	5,9

p=0,5849

Tabela 3 - Estado Nutricional segundo intervalos de idade. São Paulo, 2008.

	Estado Nutricional							
	Baixo Peso		**Eutrofia**		**Sobrepeso**		**Obesidade**	
Idade (anos)	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
<8	2	4,0	35	77,7	6	13,3	2	4,0
8 |-9	1	3,3	26	86,7	2	6,7	1	3,3
9 |-10	3	7,0	32	74,4	6	14,0	2	4,7
10 |-11	0	0,0	41	80,4	6	11,8	4	7,8
11|-12	1	2,6	33	86,8	2	5,3	2	5,3
12 |-13	2	5,9	25	73,5	4	11,8	3	8,8
13 |-14	4	8,3	29	60,4	11	22,9	4	8,3
14 ou mais	2	6,7	30	83,3	2	6,7	1	3,3
Total	15	4,6	251	77,5	39	12,0	19	5,9

DISCUSSÃO

No atual estudo verificou-se a prevalência de desnutrição na amostra (n=324) de 4,5% em crianças de 6 a 16 anos. Dados semelhantes ao estudo de Motta e Silva (2001), com 496 crianças até 11 anos de idade, residentes em uma comunidade de baixa renda da cidade do Recife (Comunidade Campo do Banco), onde no indicador de peso para a idade demonstrou um pequeno número de crianças apresentando desnutrição (3,8%).

No total da amostra 12,0% apresentou sobrepeso, sendo este maior no sexo feminino e mais prevalente na faixa etária entre 13 e 14 anos, em outros estudos identificaram prevalência de sobrepeso de 26,2% em crianças de 6 a 9 anos, em uma amostra de 332 crianças e 430 adolescentes de uma escola de classe média/alta de Recife, no ano de 1999 (BALABAN; SILVA, 2001).

Foi encontrada uma prevalência de 5,9% de obesidade, sendo mais presente no sexo feminino. Estudos brasileiros têm mostrado maior prevalência de excesso de peso em adolescentes do sexo feminino. Na Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (2007), a prevalência de sobrepeso foi aproximadamente duas vezes maior em adolescentes do sexo feminino (10,5%) em relação ao masculino (4,8%). No entanto, esse perfil pode estar mudando, pois alguns estudos apontam que a obesidade vem aumentando no sexo masculino e nas classes menos favorecidas (SILVA, 2005;GIUGLIANO; CARNEIRO, 2004; CAMPOS, 2006).

CONCLUSÃO

No estudo foi observada pequena prevalência de baixo peso, principalmente no sexo masculino. O sobrepeso também teve maior ocorrência no sexo masculino, no intervalo de idades entre 13 e 14 anos.

Já a obesidade foi encontrada em maior prevalência no sexo feminino entre a mesma faixa etária, porém sem diferença estatisticamente significativa. Segundo a *World Health Organization*, o crescente aumento da prevalência da obesidade se caracteriza como uma pandemia global, também observada no Brasil.o que sugere uma atenção redobrada para esses indicadores, apontando a necessidade de se estabelecer ações profiláticas nos diferentes níveis de assistência a saúde.

Referências Bibliográficas

ANDRELLUCCHI, A.O. et al. Desnutrición infantil, salud y pobreza: intervención desde un programa integral. Madrid: **Nutrição Hospitalar**. v.21, n.4, 2006.

BALABAN, G.; Silva, G. A. P. Prevalência de sobrepeso e obesidade em criança e adolescentes de uma escola da rede privada de Recife. **Jornal de Pediatria**. v. 77, n.2, 2001.

CAMPOS, L.A. et al. Nível socioeconômico e sua influência sobre a prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares do município de Fortaleza. Campinas**: Revista de Nutrição** 19(5): 531-538, 2006.

FERREIRA, H.S. et al. Estado nutricional de crianças menores de dez anos residentes em invasão do "Movimento dos Sem-Terra", Porto Calvo, Alagoas. Rio de Janeiro: **Caderno de Saúde Pública.** 13(1):137-139, 1997.

FILHO, M.B; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. Rio de Janeiro: **Caderno de Saúde Pública**. 19(1):S181-S191, 2003.

FILHO, M.B.; RISSIN, A. Deficiências Nutricionais: Ações Específicas do Setor Saúde para o seu Controle. Rio de Janeiro: **Caderno de Saúde Pública.** 9 (2): 130-135, 1993.

GIUGLIANO, R.; CARNEIRO, E. C. Fatores associados à obesidade em escolares. **Jornal de Pediatria.** v. 80, n.1, 2004.

GUIMARÂES, L.V; BARROS, M.B.A. As diferenças de estado nutricional em pré-escolares de rede pública e a transição nutricional. **Jornal de Pediatria.** v.77, n.5, 2001.

MONTEIRO, C.A. et al. Da desnutrição para a obesidade: A transição nutricional no Brasil. In: **Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil** (C. A. Monteiro, org.), pp. 247-255, 2a Ed., São Paulo: Editora Hucitec. 2000.

MOTTA, M. E. F. A.; SILVA, G. A. P. Desnutrição e obesidade em crianças: delineamento do perfil de uma comunidade de baixa renda. **Jornal de Pediatria**. V. 77, n.4, 2001.

POST, C.L.A. et al. Entendendo a baixa prevalência de déficit de peso para estatura em crianças brasileiras de baixo nível sócio-econômico: correlação entre índices antropométricos.Rio de Janeiro: **Caderno de Saúde Pública**. 16(1):73-82, 2000.

SABRY, M.O.D. et al. Estado Nutricional de Escolares de um Bairro da Periferia da Cidade de Fortaleza/CE. Ainda há o que Investigar? Revista Nutrição em Pauta. 2007.

SIGULEM, D.M. et al. Diagnóstico do estado nutricional da criança e do adolescente. **Jornal de Pediatria**. v.76, n.3, 2000.

SILVA, G. A. P. et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes de diferentes condições socioeconômicas. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife: 5 (1): 53-59, 2005.

VANZELLI, A. S. et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares da rede pública do município de Jundiaí, São Paulo. **Revista Paulista Pediatria**. 26(1):48-53, 2008.

VEIGA, G.V; BURLANDY, L. Indicadores sócio-econômicos, demográficos e estado nutricional de crianças e adolescentes residentes em um assentamento rural do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: **Caderno de Saúde Pública.** 17(6):1465-1472, 2001.

FALHA MATERNA PRIMÁRIA E IMPLICAÇÕES PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL: UM OLHAR CLÍNICO

Aline da Silva Tafner
Thaís Mariana Arantes Ferreira
Claudia Aranha Gil
Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

Resumo:

Winnicott (1956/2000), teorizando o desenvolvimento emocional primitivo, fala da necessidade da mãe devotar-se ao bebê. Quando a mãe não tem as condições adequadas para tornar-se uma "mãe devotada comum", ocorre uma falha que poderá ser sentida pelo bebê como ameaça à sua existência, favorecendo que ocorram problemas em seu desenvolvimento. Este artigo objetiva buscar compreender as possíveis conseqüências da falha materna no desenvolvimento infantil e discutir os alcances da psicoterapia atenta a essa falha com as possibilidades de mudança e evolução decorrentes. Adotamos o método clínico de pesquisa e intervenção terapêutica, com uma atitude de acolhida, interpretação e orientação. Com o trabalho terapêutico, percebeu-se uma mudança significativa no comportamento das crianças, principalmente na superação de limites que estas apresentavam (problemas de aprendizagem e dificuldades nos vínculos sociais). Enquanto o trabalho de orientação com as mães procurou sensibilizá-las para as necessidades afetivas de seus filhos, as terapeutas exerceram uma função materna na transferência, por meio da qual, as crianças puderam reparar a experiência de vínculo inseguro e retomar o seu desenvolvimento.

Palavras-chave: Psicanálise, Primeiros vínculos, *Holding,* Desenvolvimento do *self*, Maternagem.

Introdução

O presente trabalho pretende discutir alguns tópicos da teoria do desenvolvimento de D. W. Winnicott sob a luz de casos clínicos atendidos no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social – APOIAR. A partir do atendimento e supervisão desses casos, um tema veio à tona: a falha materna e suas conseqüências no desenvolvimento infantil.

Winnicott (1945/2000), ao teorizar o desenvolvimento emocional primitivo, chamou a atenção para a necessidade de que a mãe permaneça, por um tempo, inteiramente devotada ao seu bebê. A mãe suficientemente boa guarda em seu inconsciente memórias de um cuidado materno também suficientemente bom, que emergem desde a gravidez e permanecem como um estado de sensibilidade exacerbada até algumas semanas após o nascimento do bebê, quando a mãe recupera-se dessa condição.

No início da vida do bebê a mãe é percebida como um objeto subjetivo, ou seja, ela não pode ser percebida objetivamente, pois o bebê encontra-se em tamanho grau de indiferenciação que todas as experiências com a mãe são vividas como se ela fosse uma extensão dele próprio (KAHTUMI, 2005). Nesta fase inicial, o ambiente externo limita-se praticamente à figura materna (cuidador principal).

Winnicott postulou a importância do ambiente/mãe em adaptar-se às necessidades do bebê. Quando esta adaptação ocorre de maneira adequada, a sensação de "continuidade do ser" do bebê é mantida.

O ambiente também precisa prover as condições necessárias para que a mãe consiga se tornar o que Winnicott chama de mãe devotada comum, e é aí que o pai desempenha um papel fundamental:

> A ausência ou deficiência do pai em um destes três registros [papel, função e comportamentos] parece ter, em muitos casos, repercussões negativas para a mãe e a maneira como ela vive a gravidez e a maternidade, para o desenvolvimento psíquico, social e cognitivo do bebê, assim como para a relação que a mãe estabelece com sua criança. (CLÉMENT, 1993; LEVY-SHIFF, 1982; MAMELE, 1990; WENDLAND, 1995, 1999; apud WENDLAND, 2001).

Quando a mãe pode adaptar-se sensivelmente ao seu bebê, identificando-se com ele nas suas necessidades básicas, esta mãe/ambiente vai funcionar como um ego auxiliar que ajuda o bebê a desenvolver suas principais funções egóicas: o desenvolvimento de um *self* verdadeiro, a integração do eu no tempo, a personalização e o relacionamento com os objetos externos (KAHTUMI, 2005). O *Holding* e o *Handling* são ações maternas facilitadoras neste desenvolvimento. O *holding* se caracteriza pela maneira como o bebê é sustentado no colo materno e é, ao mesmo tempo, uma experiência física e simbólica. O *handling* (toque) faz parte do *holding* e, quando é suficientemente

bom, "inaugura uma psique que habita o soma" (ABRAM, 2000, p. 138), processo este que Winnicott (1971) chama de personalização.

Um *holding* adequado provê ao bebê a proteção necessária contra as agressões fisiológicas, levando em conta sua sensibilidade corporal (toque, temperatura, sensibilidade visual, sensibilidade auditiva, etc.) e a falta de conhecimento, por parte do bebê, da existência de algo que não o *self*. Isso se faz presente em toda a rotina de cuidados com o bebê.

Quando a mãe, por algum motivo, não consegue atingir este grau de dedicação ao seu bebê, *"suas falhas não são sentidas como falhas da mãe, e sim como ameaças à existência pessoal do eu"* (WINNICOTT, 2000, p. 403), o que atravanca o desenvolvimento do ego do bebê. Se a adaptação ambiental não for suficientemente boa, o bebê reagirá e perderá o sentimento de continuidade do ser. O ego do bebê, não estando ainda suficientemente desenvolvido para discriminar o eu do não-eu, diante das falhas maternas, não consegue experimentar ódio pelo ambiente. Em vez disso, experimentará angústias inomináveis e ameaças de aniquilamento (KEHDY, 2006). As constantes falhas ambientais resultarão na formação de um falso *self*, que tem como objetivo defender o verdadeiro *self* das angústias iniciais.

Há, além dessa, outra falha possível: quando a provisão ambiental é boa na fase de lactência, e falha depois. Nesse caso, a criança consegue chegar a organizar seu ego, mas a falha aparece em uma fase em que o ambiente interno da criança ainda não se tornou independente. Isso leva ao que Winnicott (1956) denominou "tendência anti-social".

Histórico dos casos clínicos e psicodiagnóstico

Para desenvolver as idéias apresentadas acima ilustraremos com quatro casos clínicos[88]: Ângela (42 anos) e sua filha Bianca (7 anos), Sônia e seu filho Júlio (13 anos). A procura por atendimento psicológico foi motivada pelas dificuldades escolares apresentadas pelas duas crianças e, durante as entrevistas iniciais, percebeu-se que muitas questões familiares estavam envolvidas na queixa. Foi, então, oferecido atendimento psicológico também para as mães, no mesmo serviço.

[88] Os nomes utilizados são fictícios, a fim de preservar a identidade dos pacientes.

O caso de Bianca e Ângela:

Bianca foi inscrita para o atendimento com uma queixa escolar bastante definida: não conseguia aprender a ler. Durante as entrevistas com a mãe, esta contou que Bianca era a caçula de duas filhas. Ângela separou-se do marido, que era alcoólatra, quando Bianca tinha dois anos de idade. Desde então, moram juntas as duas filhas e a mãe, que não conta com nenhum auxílio financeiro do ex-marido e possui longas jornadas de trabalho para poder sustentar a família.

Na ausência da mãe, Bianca fica aos cuidados da irmã mais velha (11 anos), que é responsável por servir o almoço, checar os cadernos e acompanhá-la nas outras tarefas da vida diária.

Ângela, ao iniciar seu atendimento, contou que perdeu a mãe aos 10 anos de idade, tendo que assumir os serviços domésticos enquanto o irmão mais velho e o pai trabalhavam. Muito abalado pela morte da esposa, o pai de Ângela entregou-se ao alcoolismo e faleceu quando ela tinha 14 anos, deixando-a sob a tutela de seu irmão mais velho até que ela atingiu a maioridade e casou-se com o pai de suas filhas.

Os primeiros anos de casamento foram bastante harmoniosos, e foi nesse contexto que nasceu a primeira filha do casal. Algum tempo depois o marido começou a beber e a trair a esposa. O casal se separou por um tempo e, numa reconciliação, Ângela engravidou de Bianca. Foi um período bastante conturbado por conta do alcoolismo do marido. Ângela rejeitou a gravidez por alguns meses, por não ter sido planejada e por ter vindo em um momento de tantas dificuldades.

No psicodiagnóstico realizado com o objetivo de investigar os aspectos cognitivos, foram utilizados o Teste Gestáltico Viso-Motor de Bender e o WISC III, além do instrumento projetivo: Desenho-História.

Avaliação de Bianca:

No WISC III, Bianca obteve um Índice de Quociente de Inteligência superior à média (QIT=126), descartando a hipótese de que sua dificuldade em aprender a ler estivesse relacionada a alguma deficiência mental. Os resultados em todos os subtestes ficaram na média ou acima dela, exceto pelos subtestes de Informação, Vocabulário e Arranjo de Figuras. Seus resultados foram particularmente superiores nos subtestes que exigiam planejamento, concentração e desempenho motor. No subteste de dígitos, muito ligado ao potencial de aprendizagem, Bianca mostrou um desempenho médio para as crianças da mesma idade, indicando que possui capacidade de

aprendizagem preservada. Porém, observando-se o gráfico gerado pelos pontos ponderados dos subtestes (Fig 1), nota-se uma oscilação muito grande, denotando a influência de fatores emocionais no desempenho de Bianca:

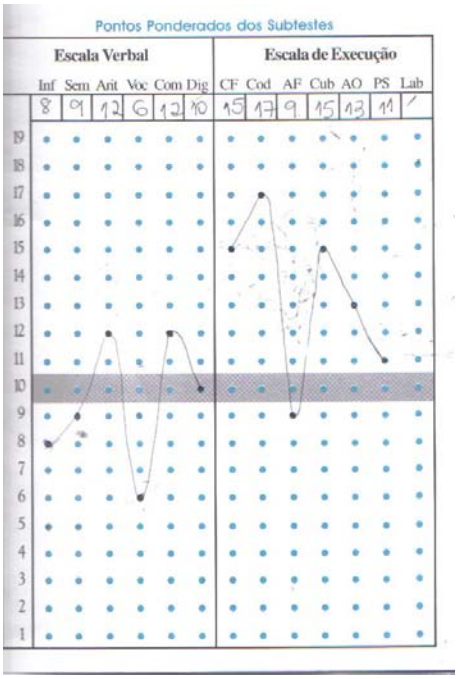


Figura 1: Gráfico do WISC-III

Como observado na figura 1, Bianca apresentou um desempenho bastante heterogêneo tanto nas escalas verbais, quanto nas escalas de execução, mas o seu desempenho foi superior nesta última. Além da influência dos fatores emocionais, os resultados abaixo da média em Informação podem denotar dificuldades na compreensão, pensamento associativo, memorização e interesse pelo meio ambiente; em Vocabulário, um background educacional limitado; e em Arranjo de Figuras, dificuldades em perceber detalhes e planejamento envolvendo eventos seqüenciais e causais e capacidade de síntese.

O Teste Gestáltico Viso-motor de Bender confirmou as dificuldades emocionais apontadas pelo WISC III, apontando traços de ansiedade e insegurança. Neste teste Bianca teve um desempenho levemente inferior às crianças de sua idade, compatível com o de crianças entre 6 anos e 6 meses e 6 anos e 11 meses, quando, de fato, tinha 7 anos e 3 meses.

Através da sequência de cinco desenhos-história, Bianca mostrou-se um pouco regredida para a idade, apresentando grande desconforto diante de sua dificuldade escolar além de uma baixa auto-estima.

Em todos os desenhos-história, fica evidente a identificação de Bianca com a terapeuta, a transferência e a menina, através do desenho traz para a terapeuta aspectos delicados da sua história. A terceira unidade de Desenho História (fig. 2) realizada por Bianca ilustra a questão transferencial:



Trata-se de uma menina numa ilha deserta no canto esquedo da folha. Enterrado na ilha havia um tesouro (que é possível ver, pois Bianca desenhou em transparência). No resto da folha, a menina desenhou o mar, alguns peixes, uma pedra e, ao fundo, montanhas e um Sol bem grande no centro da folha. Contou a seguinte história:

Fig. 2 – Primeira unidade do desenho-história

A história feita por Bianca sobre o desnho acima: "a menina estava na praia e se perdera, ela era a terapeuta. Então, apareceu um homem que a levou. Ela foi para casa e voltou para a praia, mas desta vez não se perdeu. O homem desenterrou o tesouro enterrado na ilha e o deu inteiro para a menina, com quem se casou. Os dois foram morar em São Paulo. O casal brigava muito, pois o marido bebia demais e decidiram se separar. Os dois ficaram muito triste. Depois se casaram de novo e tiveram um filho chamado Felipe e viveram felizes para sempre."

Quando questionada sobre que nome poderia dar àquela história, Bianca respondeu que se chamaria "A Bela e a Fera". Disse que a Bela seria a terapeuta representada no desenho e a Fera seria o homem que se casou com ela primeiro, porque *era muito bravo e batia muito no filho*.

Na história, Bianca projeta na figura da terapeuta a figura materna e conta sua própria história. É interessante que nesta história está a fantasia da causa das dificuldades de Bianca e a sua fantasia para a superação da mesma. Nela está presente o alcoolismo do pai, que ocasionou o divóricio, a tristeza de ambos e a reconciliação que culminou no nascimento de um filho. Na história, Bianca representa-se como Felipe, o filho do casal, que era muito maltratado pelo pai. Bianca, segundo conta sua mãe, nunca sofrera maus tratos de nenhuma espécie do pai, mas sentia-se constantemente preterida. A mãe conta que o pai demonstrava muito mais afeto pela irmão mais velha de Bianca.

O caso de Júlio e Sônia:

Também motivada por uma queixa escolar, Sônia inscreveu seu filho Júlio para acompanhamento psicológico. Júlio apresentava comportamento muito disperso em sala de aula, não participando das atividades e levantando-se com freqüência de sua carteira. O relatório escolar o

descrevia como um menino apático, não-agressivo, com dificuldades de relacionamento, e 'demonstrando pouco ou nenhum interesse pelos estudos'.

Júlio, assim como Bianca, é a caçula da família, tendo um irmão (14 anos) e uma irmã (17 anos). Sônia conta que pouco tempo depois de se casar, seu marido tornou-se alcoólatra e perdeu o emprego. Ela passou, então, a arcar com todas as despesas da casa e da família que ia se constituindo.

Sônia não planejou a gravidez de Júlio e, quando este nasceu, não pôde contar com o auxílio do marido, que estava constantemente embriagado.

Júlio passou a maior parte de sua primeira infância em uma creche, que o assistiu em todas as principais transformações comuns a esta fase (primeiras palavras, retirada das fraldas, primeiros passos, etc.), de modo que Sônia não sabe relatar de que modo, ou até mesmo quando, tais evoluções ocorreram.

Quando Júlio tinha três anos de idade seu pai parou de beber e Sônia passou a deixar o filho mais tempo em casa, aos cuidados do pai e, principalmente, da irmã mais velha.

Mais recentemente, Sônia tem se dedicado ao emprego, a um curso de graduação noturno, a um trabalho voluntário aos sábados, e aos cultos dominicais da igreja que freqüenta, não passando muito tempo ao lado da família. O pai realiza trabalhos informais esporádicos e, mesmo no período em que não está trabalhando, não costuma ficar em casa.

Júlio, no WISC III, obteve como valor de QI Total 83, que é classificado como médio-inferior. Observamos que seu desempenho foi melhor nas escalas de execução (QI = 88) do que nas escalas verbais (QI = 83). No subteste Dígitos, situado na escala verbal, Julio obteve um desempenho bastante acima da média, denotando boa performance com relação à resistência à distração, concentração e atenção.

Quanto aos subtestes de execução, Júlio apresentou um bom desempenho em Completar Figuras, o que indica uma boa organização perceptual. Porém, apresentou resultados bastante abaixo da média no subteste Compreensão, o que indica dificuldades no tocante à capacidade de aprendizagem sistemática e à apreensão, retensão e resgate das informações do meio.

Foi proposta também, para Júlio, a confecção de desenhos -história. Apesar de expressar seu desgosto por desenhar, Júlio fez alguns pouquíssimos desenhos: ele representava pessoas em solos nada firmes (um lago e uma ilha de sal, cujo chão estava afundando no mar) e sempre em situação de perigo.

Veja um dos desenhos feitos, com sua respectiva história:



"A mãe, o pai e o filho viajavam de carro por uma ilha feita de sal, mas conforme o carro ia passando o chão ia cedendo, então eles tinham que ir bem rápido para não afundar. O filho estava dentro da barriga da mãe". Neste trecho a terapeuta interrompe, perguntando se a mãe estaria grávida. Júlio Prossegue: *"não necessariamente, ela pode ter comido o filho. Na ilha tem um vulcão, que está entrando em erupção. De repente, aparece um dragão cuspindo fogo. O pai sai do carro para tentar salvar a família, mas morre queimado no fogo do dragão. Aí, como o carro ficou parado, a lava do vulcão atinge o carro e explode tudo. Todos morrem."*

Hipotetizamos que a insegurança das pessoas representadas em seus desenhos pode ser representante da insegurança que o próprio Júlio sentia em suas primeiras vivências familiares. Ele possui uma grande dificuldade de se vincular socialmente, e chega a expressar isso como uma vontade própria e consciente, dizendo não querer ter amigos por medo do que estas pessoas possam lhe fazer de mal depois.

Esta dificuldade de vinculação se apresentou também em terapia, pois foi preciso bastante tempo para que a terapeuta pudesse sentir que Júlio havia estabelecido um vínculo seguro e de confiança.

Discussão:

Acreditamos que muitos dos sintomas das crianças estejam ligados a insegurança no vínculo familiar. Abreu (2005) aponta:

> *É interessante notar que a angústia promovida pelos apegos inseguros, também pede por efeitos compensatórios no sistema psicológico ao criar o que se denominou de estratégias secundárias de proteção. Tais estratégias defensivas surgem quando um indivíduo vê as figuras de apego como não disponíveis, não responsivas ou insensíveis, apesar de precisar do suporte emocional.(p. 127)*

Tanto Bianca quanto Júlio desenvolveram dinâmicas que provocaram uma reação parental no sentido de reconhecer a necessidade de apego das crianças, mesmo que esse reconhecimento não tenha se dado de forma consciente. É facilmente observável que as dificuldades apresentadas pelas crianças obrigam suas mães a acompanharem mais de perto seus filhos, ou seja, a lhes dispensar uma atenção diferenciada. A própria iniciativa das mães de buscar o atendimetno psicológico pode ser vista como uma resposta a essa "estratégia" das crianças pela busca de um contato diferente.

Falhas na função materna

Vimos que para Winnicott (1966/2006), a "mãe dedicada comum", é aquela capaz de voltar-se naturalmente para as tarefas da maternidade e manter-se, temporariamente, alienada de outras funções, sociais e profissionais, estando respaldada pelo companheiro. Chama a atenção que, tanto na história de Bianca como na de Júlio, a gravidez e o nascimento das crianças ocorreram em momentos turbulentos da vida familiar.

Nos dois casos as mães passavam por uma crise no relacionamento conjugal devido ao alcoolismo dos maridos, de modo que, para elas, não foi possível alienar-se das funções sócio-econômicas para se dedicarem inteiramente aos seus bebês.

Tanto Ângela quanto Sônia tiveram que voltar a trabalhar muito cedo, deixando as crianças aos cuidados de terceiros, pois os pais também não tinham condições de cuidar delas. Essa situação gerou uma quebra na formação dos primeiros laços afetivos entre mãe-bebê, o que trouxe consequências para o desenvolvimento de Bianca e Júlio.

É importante ressaltar que não se está culpabilizando as mães pelas dificuldades apresentadas pelas crianças. Winnicott (1966/2006) deixa claro que as falhas do fator "mãe dedicada comum" nada têm a ver com a responsabilidade moral dos pais; *"há um grande número de razões pelas quais algumas crianças são atingidas antes que sejam capazes de evitar que sua personalidade seja ferida ou lesada por algum acontecimento" (p. 6).*

Essa responsabilidade moral não pode ser atribuída às mães pois estas dão aos filhos o melhor que sabem e podem. Ninguém dá aquilo que não teve. Aprendemos a ser pais a partir do relacionamento que vivenciamos no papel de filhos, absorvendo, inconscientemente, tanto o que foi positivo quanto o que foi negativo. Desta forma, cada um dos progenitores carrega verdadeiras redes de modelos que afetarão seus filhos (STERN, 1997 *apud* ABREU, 2005). Segundo Bowlby, existem inúmeras evidências da forte correlação entre o padrão de vínculo de uma criança e o padrão de

cuidados maternos que suas mães receberam (ABREU,2005). Sejam quais forem as causas para uma mãe comportar-se desta ou daquela maneira, elas exercem forte influência no "estilo relacional" a ser adotado pela criança nas suas relações futuras.

A partir das primeiras experiências do bebê com seus cuidadores, a criança constrói uma linha de raciocínio mais ou menos primitiva, partindo dos modelos de inter-relação vivenciados (BOWLBY, 1990). Com o tempo, estes modelos se estruturarão e servirão de base para as futuras relações da criança com o meio ambiente e outras pessoas. Abreu (2005) diz que

> *...podemos afirmar que as crianças entenderão as novas situações a partir de certas pré-concepções e viéses interpretativos extraídos de suas expectativas pregressas do comportamento em relação aos outros. Ou seja, somente podemos imaginar o futuro na exata medida em que nos recordamos do passado. Ninguém pode imaginar receber algo no futuro que não consegue (localizar e) recordar em sua história de vida no passado (p. 104).*

A criança, uma vez adaptada a um ambiente familiar (seja ele bom ou deficiente), procurará manter seu equilíbrio psíquico através de uma perpetuação de condições que já constituem o seu repertório de experiências. Desta forma, ela vai sempre selecionar aspectos do ambiente que corroborem estas vivências já conhecidas, instaurando um ciclo vicioso. Abreu (2005) cita o exemplo de crianças cujos primeiros vínculos são marcados pela inconstância e que se sentem inseguras no relacionamento com as pessoas. Tais crianças não só esperam a rejeição dos outros (e desta forma os rejeitam antecipadamente), como são de fato rejeitadas por agirem de forma não muito amistosa. Desta forma o ciclo que se forma converte-se numa espécie de profecia auto-realizadora.

Holding e terapia

Dada a importância da mãe/ambiente para o início do desenvolvimento da criança, e levando-se em conta a amplição que este ambiente sofre ao longo do desenvolvimetno infantil, receber um paciente criança é receber um sujeito inserido num contexto ambiental do qual ainda é dependente. Desta forma, não atuar terapeuticamente também neste contexto pode marcar a ineficiência do trabalho terapêutico. Tendo isto em mente e analisando as questões familiares por trás das queixas escolares trazidas por Bianca e Júlio, as mães foram convidadas a serem orientadas.

As orientações das mães se deram em paralelo aos atendimentos das crianças e em ambos os casos a atitude terapêutica se pautou mais no *holding* e no manejo do *setting* do que em intervenções interpretativas. Segundo Safra (1995), o analista precisa estabelecer um *setting* de confiança para que o paciente realize as regressões necessárias às suas futuras elaborações. No consultório, os pacientes têm a oportunidade de recriar as mesmas modalidades de vinculação vivenciadas anteriormente, cabendo ao terapeuta a função de desconfirmar os padrões patológicos (ABREU, 2005). Para isso, o analista precisa oferecer um *holding* que proteja a integração da personalidade do paciente durante essa jornada.

As intrusões ambientais ficariam congeladas, segundo Winnicott (1955-6/2000), para defender o verdadeiro *self* dos seus efeitos nocivos, mas permaneceria a esperença de que, dado um ambiente suficientemente bom, poderá ser retomada a "continuidade do ser" (p. 397).

Toda vez que uma pessoa em sofrimento procura uma ajuda psicológica estará, no fundo, vivendo a esperança de poder encontrar uma relação confiável, através da qual a interrupção no desenvolvimento do *self* pode ser retomada (KEHDY, 2002 pp. 8).

Winnicott (1955-6/2000) observou que o ambiente bom é duplicado no *setting* analítico e que, por esse motivo, o paciente que foi prejudicado por uma falha ambiental primária pode ter a chance de curar-se ao vivenciar, com o terapeuta, um ambiente suficientemente bom, que caracteriza-se por proporcionar ao paciente um *holding* que possibilite seu *vir a ser*. *"O comportamento do analista, (...) por ser suficientemente bom em matéria de adaptação à necessidade, é gradualmente percebido pelo paciente como algo que suscita a esperança de que o verdadeiro eu poderá finalmente correr os riscos implícitos em começar a experimentar viver." (WINNICOTT, 1955-6/2000, p. 395)*

Esta percepção do ambiente suficientemente bom, por parte do paciente, se dá através da qualidade do vínculo estabelecido com o analista e das relações transferenciais que se estabelecem a partir da experiência de relação analista-paciente. Este trabalho exige bastante do analista, já que este deve se pôr sensível às necessidades do paciente e, apesar de não ser sua mãe natural, estar disposto a fornecer uma relação que dê conta dessas necessidades.

Kahtumi (2005) ressalta que é preciso atentar para as condições e qualidades que o terapeuta encontra e possui para exercer suas funções terapêuticas. Essas condições e qualidades do terapeuta são resultado de uma combinação de elementos adquiridos com a sua própria história de vida, personalidade, formação intelectual e análise pessoal.

> *"A adaptação suficientemente boa do analista leva exatamente ao resultado esperado, ou seja, à mudança do centro de operações do paciente, antes localizado no eu falso, para o eu verdadeiro. Pela primeira vez na vida do paciente, há agora a possibilidade de desenvolvimento de um ego, de sua integração a partir dos núcleos egóicos, da sua consolidação como um ego corporal, e também do repúdio ao ambiente externo, dando início a uma relacionabilidade com os objetos. Pela primeira vez o ego pode viver impulsos do id e sentir-se real ao fazê-lo, e sentir-se real também ao descansar dessas experiências. A partir desse momento, pode afinal ocorrer a análise normal das defesas do ego contra a ansiedade." (Winnicott, 1955-6/2000, p. 396, grifo do autor)*

A terapia é um processo fundamentalmente relacional que envolve tanto o paciente como o terapeuta, num plano ora horizontal, ora vertical. Cabe ao terapeuta o cuidado de manter um pé na realidade externa e outro na identificação que faz com o paciente. O terapeuta tem sentimento, pensamentos e fantasias em relação ao seu paciente (contratransferência), mas tudo isso passa por uma malha fina e elaboração antes de voltar para o paciente em forma de comunicação, intervenção ou manejo. *" A capacidade empática apenas não basta, o conhecimento teórico sozinho não basta, tampouco são insuficientes as indispensáveis análises pessoais e as supervisões técnicas se não estiverem sendo vividas emocional, intelectual e cognitivamente. Se não tiverem sido assimiladas, elaboradas e integradas às vivências pessoais, possibilitando ao terapeuta a aquisição de um espaço terapêutico potencial para ser oferecido a seus pacientes"* (KAHTUMI, 2005, p. 209).

Será nesta relação que o terapeuta se colocará sensível às necessidades do paciente além de reconhecer, valorizar e legitimar suas qualidades positivas. Ao fazer isto, está assumindo um novo modelo de figura materna que possa ser internalizada no lugar daquela que falhou ou inexistiu em deteminados aspectos (KAHTUMI 2005)

Ao longo do processo terapêutico, o paciente vai tentando encaixar o terapeuta nos padrões de relacionamento que vivenciou anteriormente e delineia-se um conflito entre as expectativas coerentes com a história do sujeito e a realidade atual construída com o terapeuta (transferência). O processo terapêutico é benéfico, pois propicia que o paciente experencie um relacionamento qualitativamente diferente dos anteriores, que colaboraram para as dificuldades trazidas no setting. Portanto, da mesma forma que o bebê explora o mundo e volta à mãe, o terapeuta acaba se tornando

uma referência para o paciente. Como conseqüência, próximo à finalização da terapia, é muito provável que o paciente venha a estar mais apto a formar relacionamentos mais seguros com o mundo em seu entorno" (HOLMES, 1993 *apud* ABREU, 2005, p. 169).

Considerações finais

Vimos, nos casos apresentados, que a falha materna no período de desenvolvimento do *self* provocou algumas conseqüências para o desenvolvimento cognitivo e emocional das crianças em questão.

Experimentando uma vivência de *holding* que vai ao encontro das necessidades das crianças, na terapia, elas puderam reparar algumas falhas ambientais e obtiveram melhoras significativas em seu desenvolvimento: Bianca pôde ler suas primeiras palavras, e Júlio melhorou bastante seu contato com o outro e sua insegurança nos vínculos sociais.

A terapia e a orientação das mães foram fundamentais para que o ambiente de *holding* pudesse ser estendido para os lares das crianças, e para que a relação mãe-criança pudesse se fortificar, não somente nos aspectos transferenciais com as terapeutas, mas também na realidade cotidiana das famílias atendidas.

Júlio, em um desenho-livre recente, pôde representar o processo que descrevemos nesse artigo. Sem querer contar uma história, e até mesmo sem a sugestão da terapeuta para que fizesse um desenho, Júlio pegou uma tela e fez a seguinte pintura:



Agora fazendo uso de muitas cores, Júlio não representa mais as situações de perigo, e sim uma ponte, que pode ser representante de sua passagem de um solo inseguro e de um mundo sem cores para a vivência de uma relação que o sustentou e possibilitou a retomada de seu desenvolvimento.

Fig. 3 – desenho de Júlio

Acreditamos que uma terapia que esteja atenta às falhas ambientais no desenvolvimento primitivo do *self* possa reposicionar o paciente frente ao seu devir, devolvendo-lhe a possibilidade de se desenvolver e de estabelecer vínculos seguros com as pessoas de seu meio.

Referências Bibliográficas

ABRAM, J. *A linguagem de Winnicott.* Rio de Janeiro: Revinter, 2000

ABREU, C.N. de. *Teoria do Apego – Fundamentos, Pesquisas e Implicações Clínicas*. São Paulo: Casa do Psicológo, 2005.

BOWLBY, J. *Apego – vol 1 da Trilogia Apego e Perda*. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

KAHTUMI, H. C. O terapeuta/mãe, o paciente/filho e os cuidados requeridos. *Psyché,* São Paulo, v. IX, n. 16., p. 197-212, jul./dez. 2005

KEHDY, R. (2002) O manejo na psicoterapia psicanalítica – uma visão winnicottiana. *PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora*, v. 3, n. 1, p. 6-15, 2002.

KOPPITZ, E. M. *O Teste Gestáltico Bender para crianças.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1989

SAFRA, G. *A face estética do self*. São Paulo, Idéias e Letras, 1995.

WECHSLER, D. *WISC-III: Escala de Inteligência Wechsler para Crianças: Manual***.** 3ª ed., São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002

WENDLAND, J. A Abordagem Clínica das Interações Pais-Bebê: Perspectivas Teóricas e Metodológicas. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2001, v. 1, n.1, pp. 45-56

WINNICOTT, D. W. Formas Clínicas da Transferência. In: D. W. WINNICOTT, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas.* Rio de Janeiro: IMAGO, 1955-6/2000, p. 393-398.

WINNICOTT, D. W. A preocupação materna primária. In: D. W. WINNICOTT, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas.* Rio de Janeiro: IMAGO, 1956/2000, p. 399-405.

WINNICOTT, D. W . O desenvolvimento emocional primitivo. In: D. W. WINNICOTT, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas.* Rio de Janeiro: IMAGO, 1945/2000, p. 218-232.

WINNICOTT , D. W. A mãe dedicada comum. In: D. W. WINNICOTT *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 1966/2006.

CUIDANDO DO CUIDADOR: O DESENHO LIVRE COMO FENÔMENO TRANSICIONAL NO ATENDIMENTO GRUPAL DE CUIDADORAS DE UM ABRIGO

Denise Sanchez Careta
Ivonise Fernandes Da Motta

I - INTRODUÇÃO

Nossa experiência clínica em contextos institucionais, especialmente abrigos para crianças e adolescentes em situação de risco, tem nos revelado um universo carenciado em sua totalidade.

As crianças em abrigamento certamente são alvo de assistência psicológica pela ação impiedosa da ruptura familiar, pelos danos expressivos do abandono[89]. Felizmente, têm-se ampliado o interesse pelo estudo da criança abrigada em Instituições e muito se tem discutido sobre esta triste realidade.

Em nosso trabalho anterior de Mestrado (Careta, D. S., 2006) embora partíssemos para um estudo sobre o desenvolvimento emocional de crianças em abrigamento, deparamo-nos com um ambiente que necessitava de cuidados de forma geral: as cuidadoras e os abrigados. Posteriormente, em estudo mais ampliado, discutiremos sobre esta experiência clínica decorrente da intervenção psicológica neste contexto institucional.

Para este trabalho apresentamos uma faceta desta experiência com as cuidadoras do abrigo: os desenhos livres realizados durante os encontros grupais como fenômenos transicionais que se apresentavam no campo da transicionalidade.

Ainda, para esta discussão, não apresentamos reflexões sobre a psicoterapia psicanalítica em grupo, devido o objetivo fundamental deste artigo se constituir em comunicar a possibilidade do brincar no campo da transicionalidade das cuidadoras de abrigo durante os encontros psicológicos grupais.

[89] Ver Careta, D. S. (2006) A criança privada da vida familiar no início de vida: o abrigamento e suas implicações no desenvolvimento psíquico: In: *Análise do desenvolvimento emocional de gêmeos abrigados no primeiro ano de vida: encontros e divergências sob a perspectiva winnicottiana.* Dissertação de Mestrado. IPUSP.

A seguir, dialogamos brevemente sobre alguns aspectos dos fenômenos transicionais e o brincar, segundo a fundamentação psicanalítica embasada por D. W. Winnicott e seguimos para a apresentação da experiência clínica com as cuidadoras do abrigo.

ARCABOUÇO TEÓRICO: OS FENÔMENOS TRANSICIONAIS E O BRINCAR

Encontro você;
Você sobrevive ao que lhe faço à medida que
a reconheço como um não-eu;
Uso você;
Esqueço-me de você;
Você, no entanto, se lembra de mim;
Estou sempre me esquecendo de você;
Perco você;
Estou triste.
WINNICOTT (1968), 2002, p. 92.

Como tópico introdutório, discorremos sobre as pilastras sustentadoras para a comunicação de uma experiência clínica com as cuidadoras de uma Instituição-Abrigo: os Fenômenos Transicionais e o Brincar, seguindo os pensamentos de D. W. Winnicott.

A constância dos cuidados maternos suficientemente bons proporcionados ao bebê contribuirá para a passagem, na evolução do desenvolvimento emocional, da fusão do bebê com sua mãe para a construção de sua própria individualidade. As *relações objetais* se estabelecem, pois o objeto subjetivamente concebido evoluiu para um objeto objetivamente percebido. Essa passagem é compreendida como *transicionalidade* (WINNICOTT/1951/2000).

A transição entre o objeto subjetivamente concebido para o objeto objetivamente percebido é entendida, à luz dos pensamentos de Winnicott, como a área intermediária entre a realidade interna e a externa compartilhada – o *espaço potencial.*

Essa área intermediária[90] não compõe nem como realidade interna nem como externa: é a terceira área, o período de travessia do bebê desde a subjetividade até a objetividade, a "área que é concedida ao bebê entre a criatividade primária e a percepção objetiva baseada no teste da realidade... essa área intermediária é necessária para o início de um relacionamento entre a criança e o mundo..." (idem, 1951/1975:26-30), e ainda constitui a maior parte de experiência do bebê, o experimentar do viver imaginativo. Portanto, a terceira parte que constitui uma área intermediária de experimentação.

[...] trata-se de uma área que não é disputada, porque nenhuma reivindicação é feita em seu nome, exceto que ela exista como lugar de repouso para o indivíduo empenhado na perpétua tarefa humana de manter as realidades interna e externa separadas, ainda que inter-relacionadas. (WINNICOTT/1951/1975:15).

Nessa transição, é indicada a existência do espaço, que é potencial quando foi possível a separação "entre" o Eu e o mundo dos objetos, sendo preenchido pelos fenômenos e objetos transicionais, pelo brincar e pelas experiências culturais, "as quais restabelecem a condição vital de união entre o indivíduo e seu objeto primário"[91].

De forma quase poética, Ferreira & Marconatto (2007) traduzem o espaço potencial como:

> Espaço entre a mãe e o bebê, entre o indivíduo e o meio ambiente, que se caracteriza por um espaço de cuidado, de atenção das tarefas operativas às subjetivas, propiciando confiabilidade entre os dois. É um espaço tempo que propicia a experiência de mutualidade, do potencial, do vir a ser, um espaço território de ninguém. Um local que pode acolher o fenômeno da ilusão como potencial da realidade e vice-versa, como diz o próprio Winnicott: o único lugar em que a brincadeira pode ser iniciada e em que os fenômenos transicionais se originam.

Winnicott (1951/2000)[92] apresenta a expressão *objeto transicional* referente à "primeira posse não-eu" da criança. Os objetos normalmente adotados pelo bebê são o cobertor ou a fralda, o

[90] Winnicott (1951/2000:329) considera que essa área intermediária não é submetida a questionamentos; compreende-se como a área do *brincar* da criança pequena, que fica completamente envolvida em sua brincadeira, fenômeno semelhante ao que ocorre nas artes, nas religiões.
[91] GODOY, L. B., 2007.
[92] Winnicott, D.W. *Da pediatria á psicanálise.*

urso de pelúcia etc. O autor ressalva que não é o objeto adotado em si que é denominado *objeto transicional*, mas sim a experiência ilusória, um simbolismo no tempo que indica a travessia do bebê desde a subjetividade até a objetividade, e o objeto adotado por ele, como um aspecto visível dessa transposição – como fenômenos transicionais (1951/1975)[93], define o autor, o balbucio de um bebê e o modo como uma criança mais velha, por exemplo, entoa um repertório de canções e melodias enquanto se prepara para dormir, que incidem na área intermediária como fenômenos, entre outros. Esses fenômenos têm realidade nesta terceira área e pertencem à experiência da relação de objeto (1967/1975: 136-37)

> Esses fenômenos da área lúdica possuem variabilidade infinita, em contraste com a relativa estereotipia dos fenômenos que se relacionam quer ao funcionamento corporal pessoal quer à realidade ambiental. (WINNICOTT, idem)

Winnicott (1951/1975:26-27) destaca a importância desta experiência na área lúdica e atribui aos fenômenos transicionais a representatividade dos primeiros estádios do uso da ilusão, e afirma que sem os quais não se apresentaria para o ser humano, significado na idéia de relação com um objeto, externo a ele. "Os fenômenos transicionais iniciam todos os seres humanos com o que sempre será importante para eles, isto é, uma área neutra de experiência que não será contestada".

Mediante o início da diferenciação entre o objeto subjetivo e o objeto objetivamente percebido, entre extensões do eu e o não-eu, por meio da confiabilidade ambiental, os fenômenos transicionais exercem a função intermediária em que os limites entre a realidade interna e a externa ainda não estão muito nítidos.

Embora Winnicott (1951/1975) se mostrasse avesso a especificar os fenômenos transicionais pela universalidade e variedade infinita dos mesmos, na introdução do "Brincar e a Realidade" (1971) aceita o estudo apresentado por Renata Gaddini, de Roma sobre alguns exemplos de fenômenos transicionais. Pensamos em apresentá-los de forma a presentificá-los, porém damos continuidade ao pensamento de Winnicott em não torná-los uma espécie de classificação de fenômenos, mas apenas como ilustrativos para a composição deste contexto teórico. Escreve Winnicott (idem, p. 11):

[93] Winnicott, D.W. *O brincar e a realidade.*

Encontro valor no emprego que a Professora Gaddini dá à idéia de precursores, de maneira a poder incluir na totalidade do tema os exemplos bastante primitivos de sugar o punho, o dedo, o polegar e a língua, e todas as complicações que cercam o uso de um simulacro ou chupeta. Ela também inclui o tema do embalo, tanto o movimento rítmico do corpo da criança quanto o embalo próprio dos berços e do acalanto humano. Puxar os cabelos configura um fenômeno afim.

Assim, a importância dos fenômenos transicionais, como fenômenos que preenchem o espaço potencial, um espaço em que a *separação não é uma separação, mas uma forma de união*, é compreendida por permitir "aos seres humanos redescobrirem infinitamente toda e qualquer produção humana carregada de significação simbólica, desde os mitos mais primitivos, até as mais avançadas pesquisas tecnológicas, de modo a viverem cada descoberta de maneira criativa e pessoal, onde o encontro do que estava ali é experimentado como verdadeira criação original". (GODOY, L. B., 2007, p. 98-99)

O BRINCAR: UM ACONTECIMENTO NO ESPAÇO

> É no brincar, e somente no brincar, que o indivíduo, criança ou adulto pode ser criativo e utilizar sua personalidade integral; e é somente sendo criativo que o indivíduo descobre o Eu (*self*). Ligado a isso, temos o fato de que somente no brincar é possível a comunicação, exceto a comunicação direta, que pertence à psicopatologia ou a um extremo de imaturidade. (WINNICOTT, 1971/1975, p. 80.)

É crucial a importância do papel do brincar para o desenvolvimento global. Nas vertentes psicanalíticas, desde os primórdios, tem se demonstrado extrema dedicação ao estudo da brincadeira e do brincar como fundamentais para o desenvolvimento sadio do indivíduo.

É parte importante do brincar, versado na Psicanálise, sua função de elaborar situações traumáticas: os medos podem ser externalizados na brincadeira até a primazia de possibilitar a própria reparação.

Embora valiosas contribuições psicanalíticas tenham se constituído em torno do brincar como importância para o desenvolvimento, propomos discorrer sobre o conceito do brincar embasado pela visão winnicottiana: a possibilidade de um viver criativo.

Para Winnicott, o brincar precisa ser estudado como um tema em si mesmo, suplementar ao conceito da sublimação do instinto. Procura demonstrar que o elemento masturbatório está essencialmente ausente no momento em que uma criança brinca, isto é, quando uma criança está brincando, se a excitação física do envolvimento instintual se torna evidente, então o brincar se interrompe.

O autor ressalta ainda que em M. Klein e seguidores o psicanalista ocupa-se mais com a utilização do conteúdo da brincadeira, diferindo de sua contextualização, que se baseia em olhar a criança que brinca e escrever sobre o brincar como uma coisa em si mesma. Não considera o brincar somente como comunicação ou elaboração de conflitos, segundo a psicanálise, mas como algo natural e universal, o brincar em si mesmo, para o crescimento evolutivo criativo e para o alcance da saúde mental.

Abram (2000) centraliza e destaca a ênfase dada por Winnicott à evolução do brincar como papel e função para um viver criativo e também para a descoberta do *self* (Eu): "do brincar faz parte o enriquecimento da experiência de viver. Winnicott acredita ser apenas através do brincar que a criança e o adulto tornam-se capazes de descobrir o *self*" (idem, p.59).

> É a brincadeira que é universal e que é própria da saúde; o brincar facilita o crescimento e, portanto, a saúde; o brincar conduz aos relacionamentos grupais; o brincar pode ser uma forma de comunicação na psicoterapia; finalmente, a psicanálise foi desenvolvida como forma altamente especializada do brincar, a serviço da comunicação consigo mesmo e com os outros. (WINNICOTT, 1968/1975, p. 63.)

De similar importância e destaque, Davis e Wallbridge (1982, p. 75-80), ao percorrerem as idéias de Winnicott, ressaltam o aspecto central da teoria do brincar como experiência, uma experiência satisfatória de brincar, a fim de efetivar a vivência do *self*.

O emprego de uma rica imaginação no brincar (Abram, 2000, p. 57) indica que a criança faz uso da terceira área, constituindo, assim, um sinal de saúde. Winnicott (1967/1975, p. 150) escreveu:

> (...) espaço que pode tornar-se uma área infinita de separação, e o bebê, a criança, o adolescente e o adulto podem preenchê-la criativamente com o brincar, que, com o tempo, se transforma na fruição da herança cultural. A característica especial desse lugar em que a brincadeira e a experiência cultural têm uma posição está em que *ele depende, para sua existência, de experiências do viver,* não de tendências herdadas.

Winnicott (s.d./1994, p. 49-50)[94] apresenta algumas reflexões sobre a brincadeira, o brinquedo, até substituir após a década de 60, pela terminologia Brincar. Vale a reprodução de suas idéias:

> A característica do brinquedo é o prazer; a satisfação no brinquedo depende do uso de símbolos... a capacidade de brincar é uma conquista no desenvolvimento emocional de toda criança humana; o brinquedo como conquista ou realização no desenvolvimento emocional individual: a) a tendência herdada que impele a criança avante; b) a provisão, no meio ambiente, de condições que atendem às necessidades do bebê...; c) o brinquedo começa como símbolo da confiança do bebê e da criança pequena na mãe (ou substituto materno); o brinquedo é uma elaboração imaginativa em torno das funções corporais, relacionamento com objetos e ansiedade; o brinquedo é, primariamente, uma atividade criativa (tal como o sonho) desempenhada, em comparação, o cuidado insuficiente, produzindo uma falta de confiança, faz diminuir a capacidade de brincar; ao lado do elemento essencial, que é o prazer, o brinquedo dá à criança a prática em manipulação de objetos, administração do poder de coordenação, habilidades e julgamentos, controle sobre uma área limitada (embora descubra o campo de ação ilimitada da

[94] O texto original intitula-se "Notas sobre o brinquedo", publicado em 1989/1994, sendo as observações do autor encontradas em "Idéias de Winnicott". Como não possuem a referida data, os organizadores dessa coletânea supõem que sejam observações datadas de antes do final da década de 1960, pois, após esse período, Winnicott utiliza a terminologia "brincar" no lugar de "brinquedo".

imaginação).

Outro aspecto importante identificado pelo autor (idem) refere-se ao fato de que o brincar, por si mesmo, facilita a administração da agressão e da destrutividade perante a capacidade de simbolização da criança, temas importantíssimos para a constituição do *self* – no brincar, o objeto pode ser destruído e restaurado, ferido e reparado, sujo e limpo, morto e ressuscitado, conquistando assim a ambivalência em lugar de cisão de objeto.

O autor (ibidem) considera ainda que, sem o brincar, a criança é incapaz de ver o mundo criativamente, o que pode dirigir-se à submissão e futilidade[95]. Focaliza que crianças conduzidas por um viver não criativo, frente à ludicidade, apresentam o fracasso em jogar um jogo, por exemplo, ou ainda apresentam-se inquietas, privadas, como também no exercício da dominação, em que ela só é capaz de brincar seu próprio jogo, além da perda da capacidade associada à falta de confiança e da ansiedade atrelada à insegurança (CARETA, 2006, p.117-118).

E ainda, o brincar é por si mesmo uma terapia: pela espontaneidade no desenvolvimento pessoal e sem interpretações na psicoterapia, tendo um relacionamento de confiança, o processo evolutivo se constrói. É importante ressaltar que a brincadeira deve ser organizada ou administrada por outro além da criança, de forma interventiva e não interpretativa, para que essa criança possa alcançar o brincar no sentido criativo: a importância do ambiente como função de espelho[96].

A base do trabalho psicoterapêutico é o brincar do paciente, uma experiência criativa, em que a criança ou adulto se surpreende a si mesma, e não no momento da interpretação do terapeuta, mas aguardando a emissão de seu gesto espontâneo, o surgir do verdadeiro *self*. A interpretação dada fora do amadurecimento do material é doutrinação e produz submissão: intrusões ambientais.

> A psicoterapia se efetua na sobreposição de duas áreas do brincar, a do paciente e a do terapeuta. A psicoterapia trata de duas pessoas que brincam juntas. Em conseqüência, onde o brincar não é possível o trabalho efetuado

[95] Winnicott cita características do falso *self*: é desenvolvido como uma função defensiva, com o objetivo de proteger o *self* verdadeiro das falhas ambientais provenientes dos cuidados maternos não suficientemente bons, uma defesa contra as agonias impensáveis (CARETA, 2006, p.36).

[96] A mãe suficientemente boa propicia ao bebê que se veja no olhar dela: "a mãe está olhando para o bebê e aquilo com o que ela se parece se acha relacionado com o que ela vê ali" (WINNICOTT,1967/1975, p.154), o que vem a facilitar que o bebê descubra a si próprio e se aproprie de seus aspectos criativos.

> pelo terapeuta é dirigido então no sentido de trazer o paciente de um estado em que não é capaz de brincar para um estado em que o é. (WINNICOTT, 1968/1975, p. 59)

No artigo de 1971/1975, "O brincar – a atividade criativa e a busca do Eu (*self*)", Winnicott preconiza a importância da transposição do brincar para a relação paciente-terapeuta. O autor apresenta a importância da vivência do caos (o que chama de absurdo do paciente) para a continuidade do processo evolutivo. Traz a importância de o paciente precisar, junto com o terapeuta, de uma nova experiência, agora num ambiente terapêutico. A experiência de um estado não intencional (ou não integrado), de um estado amorfo.

Esse estado amorfo como condição é que poderá levar ao relaxamento: Winnicott (idem) ressalta que alguns pacientes precisam que o terapeuta observe o absurdo (caos) próprio ao estado mental do indivíduo em relaxamento (não integrado) sem a necessidade de comunicar isso a ele e sem que o paciente tenha necessidade de organizar o absurdo (caos): "o absurdo organizado já constitui uma defesa, tal como o caos organizado é uma negação do caos" (ibidem).

O importante, prossegue o autor, é que o indivíduo possa ter refletida de volta a comunicação (indireta) feita ao terapeuta em quem confia e atende à dependência (mãe). Nessas condições, o indivíduo pode se reunir e existir como unidade, não como defesa contra a ansiedade, mas como expressão do EU SOU, EU ESTOU VIVO, EU SOU EU MESMO. Assim, tudo é criativo.

O trabalho do terapeuta pode se resumir em permitir a manifestação da capacidade que o paciente tem de brincar, isto é, de ser criativo no trabalho analítico. O importante é que o terapeuta aguarde o gesto espontâneo do paciente, abstendo-se de anunciar o quanto sabe.

Sinteticamente: o brincar só pode vir a partir do funcionamento psíquico amorfo e desconexo. É apenas nesse estado não integrado da personalidade que o criativo pode emergir. Refletido de volta, torna-se parte da personalidade individual organizada e, no conjunto, acaba por fazer o indivíduo ser encontrado e permite postular a existência do Eu (*self*). É com base no brincar que se constrói a totalidade da existência experiencial do homem.

Newman (2003, p. 69) utiliza-se da citação de Winnicott (1950) para abordar o brincar: a criança que alcançou a possibilidade de brincar diferentemente do aspecto de brincadeira, mas como evolução de *self* e sinônimo de saúde. Vale a reprodução:

> Dê um grande valor à capacidade da criança de brincar. Se uma criança brinca há lugar para um sintoma ou dois, e se ela gosta de brincar tanto sozinha quanto com outras crianças não há problemas graves em funcionamento. Se ao brincar ela tem prazer em usar uma rica imaginação (que Winnicott mais ou menos igualava a ser inteligente), e se, além disso, ela também gosta de jogos que dependem da percepção exata da realidade externa, você pode se considerar feliz, mesmo que a criança em questão molhe a cama, gagueje, seja temperamental, tenha ataques de mau humor ou de depressão. O brincar mostra que essa criança é capaz de, dado um ambiente razoavelmente bom e estável, desenvolver um modo de vida pessoal e, eventualmente, de tornar-se um ser humano total, desejado graças a isso, e bem-vindo pelo mundo em torno.

Safra (1984:54), com muita importância, considera que as técnicas projetivas também podem ser caracterizadas como o *brincar,* pois não se "tira" a informação ou se espera previamente tal comunicação do paciente, mas, inversamente, é aguardado que ele realize sua comunicação como o *objeto que é encontrado*. Atrelado ao valor diagnóstico, há também o valor terapêutico, pois o emergir de vivências mais profundas do paciente, muitas vezes temidas, é acompanhado pela *presença* viva e participante do psicólogo, o que poderá, assim, propiciar a integração de aspectos de sua vida emocional, libertando-se de paralisações que bloqueavam seu processo *maturativo*. Confere-se, assim, o contato com as técnicas projetivas, como terapêutico, além de tarefa diagnóstica, se constituindo como uma forma do *brincar.*

Incluímos esse recorte da obra winnicottiana a fim de enfocar a importância do brincar para o processo evolutivo do crescimento emocional e, portanto, que a singularidade da atividade lúdica se apresenta além dos princípios diagnósticos inerentes, abarcando a capacidade de tornar seu desenvolvimento extremamente terapêutico.

Seguindo o vértice de evolução do processo de crescimento emocional com o brincar como pano de fundo, isto é, conduzindo a transicionalidade no interjogo da realidade subjetiva concebida com a realidade objetiva percebida, destacamos uma experiência clínica com a singularidade da capacidade de brincar, sob a ótica winnicottiana.

A partir de uma vertente de nosso estudo com instituições-abrigo, refletimos sobre o brincar alcançado por um grupo terapêutico de monitoras cuidadoras de crianças e adolescentes, em condições de abrigamento.

II - EXPERIÊNCIA CLÍNICA CRIATIVA: O DESENHO LIVRE COMO FENÔMENO TRANSICIONAL NO ATENDIMENTO GRUPAL DE CUIDADORAS DE UM ABRIGO

Este estudo tem por objetivo apresentar o instrumento projetivo desenho livre, realizado espontaneamente por um grupo psicoterapêutico de cuidadoras de um abrigo para crianças e adolescentes da Grande São Paulo como fenômeno transicional, no campo da transicionalidade.

Retornando ao conceito de transicionalidade, seguindo as idéias de Winnicott: a transição entre o objeto subjetivamente concebido para o objeto objetivamente percebido é entendida como a área intermediária de experiência ilusória compartilhada. Ocorrem nessa área intermediária fenômenos que facilitarão essa travessia da subjetividade até a objetividade, revelados como fenômenos transicionais.

Os atendimentos grupais com as cuidadoras foram realizados no abrigo, uma vez por semana, em aproximadamente duas horas. As participantes confeccionavam um desenho livre, de forma espontânea, durante todo o encontro grupal, e enquanto desenhavam verbalizavam sobre suas angústias, desejos. No encerramento do atendimento, as monitoras entregavam o desenho livre confeccionado para a psicóloga.

Nossa experiência clínica com o grupo nos levou a perceber que os desenhos não exigiam uma tradução interpretativa, mas que se revelaram como experiências espontâneas e criativas. Após um ano de atendimento grupal, algumas cuidadoras ainda confeccionam os desenhos livres durante os encontros psicoterapêuticos no abrigo; outras simplesmente deixaram de desenhar, também de forma espontânea, e comunicavam suas angústias verbalmente.

Alguns desenhos livres criados pelas monitoras do abrigo:



"É assim que estou mim sentindo..."



"há muito tempo que tenho um sonho gostaria de realiza este sonho – mais acho longo este caminho dificio de ser ageitado cheio de bareiras quero ter força para não dezistir do meu sonho"[97]. A. A., 40 anos.



[97] O texto foi reproduzido conforme o original.

III - CONCLUSÃO

Nesse contexto, verificamos que os desenhos livres elaborados pelas cuidadoras revelaram-se como fenômenos transicionais, fenômenos que se constituíram na zona intermediária transicional.

De um modo bastante natural, os desenhos foram criados a partir da espontaneidade das cuidadoras, ao passo que, concomitantemente, angústias, desejos, medos foram compartilhados com o grupo.

Os desenhos criados/encontrados pelas cuidadoras, revelados como fenômenos transicionais, favoreceram a capacidade de lidar com a externalidade de forma criativa: pôde ser desenvolvida a capacidade de brincar como experiência singularmente criativa.

Essa experiência clínica desvelou com muito sentido os fenômenos que transcorrem na transicionalidade. A subjetividade do grupo de monitoras no interjogo da objetividade era percebida: os desenhos criados pelas participantes durante a permanência no grupo, compondo a terceira área, e sendo esquecidos logo após o término da sessão – sem palavras e interpretações decodificadoras, apenas compreendidos como o brincar do grupo, conduzidos pela espontaneidade e pelo gesto criativo das participantes.

Os desenhos, obviamente dotados de importantes conteúdos inconscientes do ponto de vista da Psicanálise, nesse momento não requeriam significados. Apresentavam-se no momento em que as participantes podiam brincar num quase alheamento com elas próprias. Muito próximo do que Winnicott chamou do brincar de crianças pequenas: a capacidade de estar só na presença de alguém – a terapeuta.

Escreveu Winnicott (1968/1999, p. 51):

> A criatividade é inerente ao brincar, e talvez não seja encontrável em nenhuma outra parte. O brincar de uma criança pode ser um leve movimento de sua cabeça, de tal maneira que no jogo da cortina contra uma linha, na parede externa, a linha seja num certo momento um, e logo depois, dois. Isso pode ocupar uma criança (ou um adulto) por horas.

Ao longo de todos os atendimentos com o grupo, os desenhos foram esquecidos, deixados a esmo, sem nenhuma necessidade de retomá-los. Habitavam o espaço potencial, aquele espaço que acolhia o brincar; o ir e vir de realidades que circunscreviam toda a área intermediária.

Winnicott (1968/1975, p. 62-63), no capítulo sobre a experiência cultural e sua localização, concretiza sua teoria sobre a brincadeira e define o brincar:

> O brincar tem um lugar e um tempo. Não é dentro, em nenhum emprego da palavra... Tampouco é fora, o que equivale a dizer que não constitui parte do mundo repudiado, do não-eu, aquilo que o indivíduo decidiu identificar (com dificuldade e até mesmo sofrimento) como verdadeiramente externo, fora do controle mágico. Para controlar o que está fora, há que *fazer* coisas, não simplesmente pensar ou desejar, e *fazer coisas toma tempo.* Brincar é fazer.

Podemos dizer que o grupo de cuidadoras e a psicóloga trafegavam pelo espaço potencial durante os encontros. Os desenhos foram criados na dimensão de fenômenos, dando-lhes a oportunidade de evolução de suas articulações. O objetivo dos desenhos, nessa experiência no espaço potencial, tratava de criar e encontrar o objeto.

Propondo a emissão dos desenhos do grupo de cuidadoras como fenômenos, que nessa experiência não são passíveis de decodificação, consideramos a possibilidade de brincar do grupo como evolução do *self* das participantes, sem a linguagem discursiva do material confeccionado.

A partir desse vértice de pensamento, Safra (2005, p.30) muito contribui para a compreensão dos fenômenos que se apresentam na transicionalidade, no espaço potencial. Escreve o autor:

> A sessão será mais um *espaço de experiência* do que um *lugar de cognição*. O trabalho com a transferência não será tanto feito pela interpretação decodificadora, mas pela utilização dela como campo de aparecimento do gesto que apresenta o *self* do paciente. O analisando busca o analista na esperança de encontrar a função e o campo que lhe possibilitarão emergir como ser existente e inserido na cultura e na história do homem. Busca a experiência pela qual poderá criar a constituição e a evolução de seu *self*.

Partindo para a arte, a criatividade, a imaginação e o brincar, incluímos os versos da canção "Aquarela" para indagar: "Onde, então, começa a imaginação?". Começa no espaço potencial entre o

bebê e a mãe, quando a experiência produziu no bebê um alto grau de confiança na mãe,[98] segundo esse contexto abordado. Por falar em imaginação:

> Numa folha qualquer eu desenho um sol amarelo. E com cinco ou seis retas é fácil fazer um castelo. Corro o lápis em torno da mão e me dou uma luva. E se faço chover, com dois riscos tenho um guarda-chuva. Se um pinguinho de tinta cair num pedacinho azul do papel num instante *imagino* uma linda gaivota a voar no céu.[99]

A possibilidade de brincar foi alcançada pelo grupo de cuidadoras, um brincar criativo, que facilitou o emergir do gesto espontâneo das participantes. Na literatura, temos observado o brincar mais articulado com a criança, a ludicidade inerente ao aspecto infantil, mas é salutar ressaltar o brincar no adulto, a importância de viver criativamente em várias etapas da vida, e que o brincar, tanto na criança, como no adolescente e no adulto, está presentificado quando se é atingida a possibilidade de estar vivo de forma real e criativa. Nessa experiência, os adultos brincaram criativamente.

Winnicott (1968/1975), em seu artigo "A criatividade e suas origens", discorre sobre o impulso criativo. Pensamos que muito se aproxima tal definição para a experiência clínica com a confecção de desenhos das cuidadoras do abrigo, como impulso criativo. Portanto, finalizamos por meio do pensamento do autor:

> O impulso criativo, portanto, é algo que pode ser considerado como uma coisa em si, algo naturalmente necessário a um artista na produção de uma obra de arte, mas também algo que se faz presente quando *qualquer* pessoa – bebê, criança, adolescente, adulto ou velho – se inclina de maneira saudável para algo ou realiza deliberadamente alguma coisa... (idem, p. 100)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAM, J. Brincar. In: _____. *A linguagem de Winnicott.* Rio de Janeiro: Revinter, 2000. p. 56-64.

[98] NEWMAN, 2003, p. 304.
[99] TOQUINHO; MORAES, Vinicius; FABRIZIO, M.; MORRA, G. Aquarela. In: *Toquinho no mundo da criança*. CD. Rio de Janeiro: Universal Music, 2004.

CARETA, D. S. *Análise do desenvolvimento emocional de gêmeos abrigados no primeiro ano de vida: encontros e divergências sob a perspectiva winnicottiana.* Dissertação de mestrado. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP), 2006, 248p.

DAVIS, M.; WALLBRIDGE, D. *Limite e espaço. Uma introdução à obra de D. W. Winnicott.* Rio de Janeiro: Imago, 1982, 205 p.

FERREIRA, A. M. F.; MARCONATO, M. M. *Espaço potencial Winnicott. Diversidade e interlocução.* São Paulo: Landy, 2007.

GODOY, L. B. Uma veste para os nossos sonhos: o lugar da cultura no pensamento de Winnicott. In: FERREIRA, A. M. (Org.). *Espaço potencial Winnicott. Diversidade e interlocução.* São Paulo: Landy, 2007. p.98-117.

NEWMAN, A. O brincar. In: _____. *As idéias de D. W. Winnicott.* Rio de Janeiro: Imago, 2003. p. 69-82.

NEWMAN, A. Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: _____. *As idéias de D. W. Winnicott.* Rio de Janeiro: Imago, 2003. p. 298-306.

SAFRA, G. Introdução. In: ____. *A face estética do* self. *Teoria e clínica.* Aparecida: Idéias e Letras/Unimarco, 2005. p. 13-32.

SAFRA, G. Procedimentos clínicos utilizados no psicodiagnóstico. In: TRINCA, W. *Diagnóstico psicológico. A prática clínica,* v. 11. São Paulo: EPU, 1984. p. 51-66.

WINNICOTT, D. W. [s.d./ 196...?] Notas sobre o brinquedo. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (Orgs.). *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 49-52.

WINNICOTT, D. W. (1951) Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: ____. *O brincar e a realidade.* Rio de Janeiro: Imago, 1975. p. 13-44.

WINNICOTT, D. W. (1951) Introdução. In: ____. *O brincar e a realidade.* Rio de Janeiro: Imago, 1975. p. 9-12.

WINNICOTT, D. W. (1951) Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: ____. *Da pediatria à psicanálise.* Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 316-331.

WINNICOTT, D. W. (1967) A localização da experiência cultural. In: _____. *O brincar e a realidade.* Rio de Janeiro: Imago, 1975. p. 133-143.

WINNICOTT, D. W. (1967) O lugar em que vivemos. In: _____. *O brincar e a realidade.* Rio de Janeiro: Imago, 1975. p. 145-152.

WINNICOTT, D. W. (1967) O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In: _____. *O brincar e a realidade.* Rio de Janeiro: Imago, 1975. p. 153-162.

WINNICOTT, D. W. (1968) A criatividade e suas origens. In: _____. *O brincar e a realidade.* Rio de Janeiro: Imago, 1975.

WINNICOTT, D. W. (1968) O brincar. Uma exposição teórica. In: _____. *O brincar e a realidade.* Rio de Janeiro: Imago, 1975. p. 59-78.

WINNICOTT, D. W. (1968). A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências. In: _____. *Os Bebês e suas mães. São Paulo: Martins Fontes*, 2002, p. 92.

WINNICOTT, D. W. (1968) Sum: Eu Sou. In: ____. *Tudo começa em casa.* São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 41-51.

WINNICOTT, D. W. (1971) O brincar. A atividade criativa e a busca do Eu (*self*). *O brincar e a realidade.* Rio de Janeiro: Imago, 1975. p. 79-93.

ENCONTRO CRIATIVO: RELATO DE UM CASO CLÍNICO

Mônica Solferini Moraes Barros
Claudia Aranha Gil
Leila Salomão De La Plata Cury Tardivo

"Qualquer que seja a definição a que cheguemos, deverá incluir a idéia de que a vida só é digna de ser vivida quando a criatividade forma parte da experiência vital do indivíduo... é o fazer que surge do ser. Indica que ele está vivo. O impulso pode estar adormecido, mas quando a palavra fazer se torna apropriada, então já temos a criatividade." (WINNICOT, 1963/2004. p.48)

INTRODUÇÃO

A criatividade é para Winnicott (1971), atividade motivada do ser onde o viver humano se torna ético, ativo, comprometido com sua existência, contrapondo-se a uma atividade reacional que reduz a vida a um padrão autômato de sobrevivência que muitas vezes produz a perda do significado e sentido da própria vida.

A experiência criativa, segundo este autor, devolve ao ser a capacidade de criar e recriar o mundo a cada instante, havendo neste movimento a oportunidade de também recriar-se a si mesmo. Esta experiência tem seu princípio na infância, na relação da mãe com o bebê, onde num ambiente suficientemente bom, o bebê tem condições de assimilar o princípio de realidade mantendo ao mesmo algo de sua onipotência através do ser criativo.

O brincar torna-se uma atividade fundamental para o desenvolvimento saudável da criança e a possibilidade de resgate da criatividade adormecida no adulto. Na relação terapêutica estes aspectos teóricos fundamentam um enquadre clínico, onde não somente o paciente, mas também o analista está inserido neste contexto de descobertas e novas modalidades do viver através da apercepção criativa. O oferecimento de um enquadre onde tais fenômenos possam acontecer propicia ao paciente uma experiência onde ele possa reconhecer-se como ser criador.

Winnicott ao falar sobre o tema ressalta:

"Parece-me válido o princípio geral de que a psicoterapia é efetuada na superposição de duas áreas lúdicas, a do paciente e a do terapeuta. Se o terapeuta não pode brincar, então ele não se adequa ao trabalho. Se é o paciente que não pode, então algo precisa ser feito para ajudá-lo a tornar-se capaz de brincar, após o que a psicoterapia pode começar. O brincar é essencial porque nele o paciente manifesta sua criatividade." (1971,p.80)

Nesta perspectiva, é através do brincar que adultos e crianças podem entrar em contato com suas potencialidades verdadeiras, experimentando liberdade de criação e assim ter a chance de encontrar seu verdadeiro self. Tal criatividade será exercida através de atitudes que vão propiciar o surgimento do fenômeno transicional e a constituição do objeto transicional.

O meio ambiente possui grande influência no desenvolvimento psíquico do ser humano, sendo este inicialmente representado pela mãe. Esta será a representante da realidade para o bebê, onde num primeiro estágio deve identificar-se com ele e adaptar-se a suas necessidades. Tal mãe estará presente no tempo certo, oferecendo-lhe um objeto capaz de satisfazê-lo, alimentando a confiança do bebê em seu potencial criativo. Com as repetições, o bebê passa a confiar no objeto, percebendo gradativamente que existe uma realidade externa que corresponde a sua própria capacidade de criar, possibilitando a identificação do mundo externo com o interno.

Segundo Winnicott (1971), a experiência de onipotência vai ser de suma importância para que a confiança na realidade se estabeleça, promovendo a criatividade e a espontaneidade. Após a fase da onipotência do bebê, onde ele tinha a ilusão de criar objetos segundo sua necessidade segue-se a fase da desilusão, onde pouco a pouco descobre que é separado dela e que dela depende (mãe).

Neste momento, a tarefa da mãe é ajudar seu bebê a suportar eventuais falhas (ausências) toleráveis, fazendo com que ele recorra a sua própria criatividade associada a objetos externos enquanto a mãe está ausente. O bebê, ao sentir confiança que o objeto que procura pode ser encontrado, passa a tolerar a ausência do objeto concebendo um local externo a ele. O objeto passa a ter uma existência separada dele, inaugurando o princípio de realidade, situando o objeto fora do self.

A estes objetos que auxiliam a criança nesta nova fase Winnicott chamou de objetos transicionais. Fenômenos transacionais é o termo usado para descrever este processo de desenvolvimento que acontece no exercício da criatividade da criança. O brincar revive este trajeto, possibilitando sempre novas possibilidades para o "vir a ser" humano.

A partir desta perspectiva Winicott (1968/1994) desenvolveu um método para entrar em contato com o paciente denominado *Jogo do Rabisco*, sendo considerado a essência da Consulta Terapêutica. Neste jogo,Winnicott fazia um rabisco em seu pedaço de papel e ,em seguida, pedia a criança que fizesse o seu,de forma que os rabiscos iam se transformando em desenhos.*O Jogo do Rabisco* ,neste contexto, é visto como um instrumento tanto diagnóstico quanto terapêutico, inaugurando um espaço potencial onde tais fenômenos possam acontecer.

Baseados nesses conceitos, diversos trabalhos tem sido realizados, inclusive de nossa autoria (TARDIVO, 2004; GIL, 2005), observando a importância da utilização das técnicas projetivas, não só como instrumento diagnóstico, mas também de intervenção psicoterápica. Aiello-Vaisberg (2004) tem sistematizado estudos e pesquisas sobre enquadres clínicos diferenciados sob a luz da Psicanálise utilizando-se por vezes de instrumentos projetivos como mediadores no contato terapêutico. Segundo a autora, foi Winnicott quem contribuiu de modo significativo para que se abandonasse o paradigma sujeito-objeto, apoiado pela metapsicologia freudiana de modo positivista; quando criou o *Jogo do Rabisco,* mostrando a possibilidade de um procedimento lúdico a serviço de um encontro inter-humano que considere a singularidade da pessoa do terapeuta e não o tenha somente como alguém que possui um treino considerado adequado.

CASO CLÍNICO

O relato do caso clínico a seguir possibilita a identificação de tais fenômenos no transcorrer do processo terapêutico. A luz desta orientação teórica iniciamos o atendimento deste paciente no Laboratório Apoiar do IPUSP .

V. é um rapaz de 18 anos, atendido na clínica do IPUSP há um ano e meio. Os pais se separaram quando ele tinha onze anos, colocando fim a um relacionamento permeado por constantes brigas devido ao alcoolismo do pai. V. relata com muito incomodo estas vivências, sempre defendendo a mãe e colocando o pai como depositário de todo o mal que a família sofreu. Quando V. tinha cinco anos, nasceu sua irmã, iniciando um ciclo de constante disputa em relação ao amor da mãe. Aos sete, V. foi diagnosticado como tendo dislexia e, desde então apresenta sérios problemas escolares. Como está em uma escola que adotou o sistema de progressão continuada, nunca perdeu nenhum ano, mas poucas vezes teve um aproveitamento satisfatório, pois não foi realizado nenhum acompanhamento psicopedagógico. Estas dificuldades levaram V. a um isolamento social, com

poucos amigos, sem quase sair de casa, sendo muito identificado pela mãe com o seu pai. O grande lazer de V. são os jogos de computador, em especial o RPG virtual, o qual diz dominar e ser um jogador excelente, quase invencível.

Quando chegou para o atendimento na clínica do IPUSP, a queixa inicial era falta de memória, porém ao longo das sessões começou a queixar-se também de um cansaço extremo ao longo do dia que o impedia de realizar tanto obrigações como esportes ou jogos sociais. A única disposição era para os jogos do computador. Esta exaustão física foi identificada durante as sessões como resultante de um processo defensivo de evitação de conflito, onde o controle de seus impulsos pulsionais demandava um grande investimento energético. Esta dinâmica foi bastante explorada durante quase todas as sessões, porém pouca mudança foi observada na conduta do paciente. Durante muitas sessões V. apresentou este tipo de resistência, demandando muito trabalho para que o nosso encontro se tornasse produtivo.

Esta dinâmica psíquica se estabelece dentro do jogo das relações familiares, mais precisamente na díade mãe-filho, onde V. desempenha um duplo papel: o de eterno bebê que anseia o olhar e cuidado da mãe; o de depositário das angústias maternas, sendo constantemente identificado com o pai no seu lado negativo de fracassado e preguiçoso.

Estabelece-se uma dinâmica onde V. não encontra nenhuma confirmação, sobrando-lhe o papel de deficiente, dependente, o que lhe causa muita dor. Esta dinâmica afeta os demais relacionamentos da família: nem a mãe, nem ele possuem parceiros amorosos, há muitas brigas dele com a irmã e a família toda parece girar ainda em torno deste conflito conjugal original. Aos poucos este conflito foi se tornando mais consciente para V., causando sempre uma reação defensiva na próxima sessão, onde chegava muito cansado, com sono, querendo dormir.

O relevante é que apesar destas dificuldades, V. foi bastante assíduo, e o seu olhar em relação à mãe foi mudando: de uma figura idealizada santificada, ele passou a identificar também o seu lado manipulador e agressivo, percebendo o quanto isto o coloca numa situação de impotência perante seus desejos.

A partir de um determinado momento começamos a trazer papel e lápis para as sessões, procurando incentivar V. a desenhar. No início ele não se interessou muito, mas, após algumas sessões, aconteceu algo bastante significativo onde se iniciou um novo caminho de descobertas das potencialidades de V..

Em uma sessão, V. chegou desanimado, pois havia tomado antialérgico para a sua coriza e não conseguiria fazer exame psicotécnico para a carta de motorista marcado para logo mais à tarde.

Percebendo a ansiedade em relação ao exame, começamos a fazer num papel uma linha em zig-zag, como no PMK e ele logo se interessou. Pegamos uma folha de papel e começamos o "treino". V. fez o exercício muito bem o que nos surpreendeu. Apresentamos outros tipos de exercício de coordenação motora fina com linhas e V. prontamente o fez. Neste momento percebemos que ele gostou de descobrir-se capaz de fazer bem e começamos a desenhar outras formas. A terapeuta também participava da "brincadeira" cometendo erros e onde na comparação, os desenhos dele eram melhores que os dela V. pareceu gostar muito. Com o passar da sessões foram realizados desenhos de forma variadas. Iniciou-se uma espécie de "jogo do rabisco" onde ele participou ativamente, interessando-se pela tarefa proposta. Foi a primeira vez em um ano de trabalho que percebemos V. realmente presente e ativo, concentrado em algo diferente do computador.

Através desta brincadeira ele pode perceber-se e dar-se conta que ele é também uma pessoa capaz, lugar pouco conhecido por ele em sua trajetória de vida.

Sentimos que este momento foi revelador tanto para o paciente quanto para a psicoterapeuta. Após este encontro, V. passou a chegar mais motivado, interessando-se mais por outros assuntos e pessoas. Hoje V. além da escola está trabalhando e tentando tirar a carta de motorista, não estando relegado apenas aos jogos virtuais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência vivida nesta sessão pode ser entendida como um resgate do potencial criativo de V., um resgate do seu ser.

Através de uma materialidade simples, compartilhada a princípio com o terapeuta e logo após apropriada pelo paciente, houve o controle do objeto segundo seus desejos, reafirmando sua existência potente e criativa. Neste caso, a experiência com o objeto, no caso o desenho, proporcionou o reconhecimento do verdadeiro self do paciente que até então vivia aprisionado nas referências externas, buscando ajustar-se ou adaptar-se a um modelo elaborado segundo as expectativas maternas, o que o levava a desesperança, ao cansaço e a depressão.

Neste processo ocorreu um encontro verdadeiro e criativo, que contribuiu tanto para o paciente quanto para o terapeuta. Os efeitos desta sessão sobre V. nos surpreenderam e este novo

enquadre clínico inaugurou uma prática pautada pela importância da sustentação do gesto espontâneo, singular e original do paciente, ou seja, oferecer acolhimento dar-lhe um lugar diferenciado, oferecer hospitalidade, resgatando uma relação ética que se estabelece no reconhecer-se mútuo humano.

REFERÊNCIAS:

AIELLO-VAISBERG, T.M.J. *Ser e Fazer: enquadres clínicos diferenciados na clínica Winnicottiana*. Aparecida,SP : Idéias e Letras,2004

GIL, C.A. *Envelhecimento e depressão: da perspectiva psicodiagnóstica ao encontro terapêutico*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo,2005.

TARDIVO, L.S.L.P.C. *O adolescente e sofrimento emocional nos dias de hoje*. SãoPaulo:Vetor,2007.

WINNICOTT,D. W., *El Hogar*, *Nuestro Punto de Partida*, Paidós,B. Aires,1994

WINNICOTT, D. W. *O Brincar e a Realidade*,Imago, RJ, 1971

A DEFICIÊNCIA INTELECTUAL PERSPECTIVADA ENTRE O DIÁLOGO SILENCIOSO DA SEXUALIDADE E O ESCAMOTEAMENTO DA VIOLÊNCIA.

Edilaine Helena Scabello
Thiago de Almeida

Introdução.

A violência é usualmente compreendida como a ruptura de qualquer forma da integridade da vítima: integridade física, integridade psíquica, integridade sexual, integridade moral (Saffioti, 2004, p. 17). Na visão de MAY (1974), a violência, tal como a agressividade, relaciona-se com a necessidade de poder do ser humano e seria um dos cinco níveis de poder exercido pelo mesmo. Logo, pode-se dizer que até mesmo ao nascer o homem está exercendo poder: o poder de ser, que visa às necessidades básicas de sobrevivência e, durante a sua existência teria necessidade de desempenhar o poder de auto-afirmação, que visa à manutenção da auto-estima e o poder de auto-reconhecimento, que se relaciona a percepção da própria capacidade e a auto-afirmação. Em contrapartida, a agressividade e a violência seriam também, formas de poder, embora consideradas como um mau uso do poder. Para MAY (1974), enquanto a agressividade surge como uma reação ao bloqueio do auto-reconhecimento, a violência surge como uma "explosão", quando os esforços para liberar a agressividade se tornam ineficazes. Assim, a explosão da violência se apresenta como uma única forma possível do ser humano se libertar de uma tensão intolerável e alcançar um sentido de significação. Entretanto, MAY (1974) ressalta que, a violência pode surgir também como fruto da impotência, como se as pessoas, ao serem violentas, manifestassem uma reação a esse sentimento; um modo de regular a auto-estima e defender a própria imagem, isto é, alcançar uma necessidade interpessoal positiva.

Embora a violência seja enquadrada como física (e nesse caso incluímos também a violência sexual) e/ou verbal, podemos dizer que ela opera também no espaço do implícito, do não-dito, da negligência e da omissão e que, ficam melhor evidenciados quando tratamos, por exemplo, de

pessoas deficientes. Para este segmento da população mecanismos violentos tais como: a segregação e o preconceito, a exclusão social, a estigmatização, a omissão e a negligência podem ser ainda mais prejudiciais. Desse modo, podemos dizer que a violência vai além do *ato* ou do *dito*, mas ocupa o espaço psíquico, social e interpessoal.

Sendo assim, nosso foco de atenção, para este texto, dirige-se para um tipo particular de violência praticamente invisível, mas que pode comprometer indelevemente as suas vítimas: a violência moral. A violência moral é objeto de preocupação em outros locais do mundo e o termo mais usado para definir esse problema é "*bullying*", que em inglês pode significar tirania, ameaça ou intimidação. No Brasil, ainda não há uma palavra consensual quando nos referimos a esse fenômeno. Convencionou-se adotar violência moral, termo este que é a adaptação do francês assédio moral. Esta manifestação da violência se representa também por atitudes de exclusão, segregação, omissão, negligência, preconceitos, que ocorrem por meio de ameaças físicas e psíquicas, extorquiações, opressões, humilhações e insultos ou mesmo de forma velada. Mas, quando tratamos de pessoas deficientes, a violência moral atribuída a elas é ainda mais otimizada, pois contribuem negativamente, e freqüentemente de maneiras reiteradas, para gerar mal-estar psicológico para deficientes e seus familiares e afetam a segurança, o rendimento e a frequência do desempenho escolar, bem como seu desempenho para a vida. Isto sem falarmos que este tipo de violência pode acontecer dentro do próprio lar.

Embora os avanços relativos à questão da inclusão social e os incentivos com educação e reabilitação, muitos dos direitos de pessoas com deficiência lhes são retirados, de modos tão singelos quanto árduos para essas pessoas. Principalmente em se tratando de deficientes intelectuais, enquanto algumas pessoas acreditam que são seres “selvagens” ou hiperssexualizados outros não reconhecem a sexualidade destes como uma parte integrante do ser, acreditando que são seres “angelicais” ou assexuados.

Sendo assim, este texto objetiva apresentar algumas reflexões acerca da violência moral na qual o deficiente intelectual é submetido, quando negado a ele o reconhecimento e a aceitação de um aspecto fundamental de sua existência: a sua sexualidade. Desse modo, apresentamos a seguir algumas reflexões que articulam a educação sexual de pessoas acometidas com deficiência intelectual com a questão da violência moral.

Educação Sexual para Deficientes Intelectuais *versus* Violência Moral.

Compreendemos como deficiência uma série de fenômenos que incapacitam a vida de uma pessoa nas esferas biológica, psicológica e social. Quando há aspectos que dificultam ou impedem o desenvolvimento do indivíduo na área cognitivo-intelectual denominamos a deficiência como "intelectual"; na área sensorial, denominamos como "deficiência auditiva" ou "deficiência visual"; na área motora como "deficiência física" e quando duas ou mais áreas são afetadas, denominamos como "deficiência múltipla".

Ao longo da história pode-se acompanhar diferentes movimentos de extermínio, segregação, alienação, descuido, protecionismo, omissões, paternalismo e reabilitação que as pessoas com algum tipo de deficiência sofreram e têm sofrido. E, para além das definições elaboradas até então, das classificações e das posturas frente às pessoas com deficiência que são constantemente construídas e reconstruídas, tendo em vistas aspectos culturais e sociais, de cada determinada sociedade, pode se identificar implicitamente arraigado o fenômeno da violência moral e outras categorias de agressão contra a pessoa deficiente.

Em 1976, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu deficiência de acordo com as seguintes nomenclaturas e seus significados, os quais foram traduzidos para o português em 1989: (1) *impairment* (deficiência), que se refere a perda ou anormalidade de uma estrutura ou função do organismo; (2) *disability* (incapacidade), que se refere à restrição de atividades em decorrência de uma deficiência; (3) *handicap* (desvantagem), que se refere à condição social de prejuízo resultante de deficiência e/ou incapacidade.

Assim como a violência, a deficiência pode ser entendida como um fenômeno multidimensional. OMOTE (1994) chama a atenção que a deficiência deve ser vista de modo psicossocial, não como uma doença, mas como um estado, um produto de acontecimentos diversos cujo impacto debilitante será potencializado ou diminuído conforme o posicionamento da sociedade em relação a este fenômeno. AMARAL (1996) ressalta que os termos "deficiência" e "incapacidade" se referem aos aspectos intrínsecos ao indivíduo, enquanto que a "desvantagem" se refere aos aspectos extrínsecos a eles, que seriam relativos e valorativos e, subdivide a deficiência como: deficiência primária (deficiência e incapacidade) e; deficiência secundária (desvantagem).

Nesse sentido, podemos estabelecer uma relação entre a violência moral e a desvantagem, produzida socialmente, e dizer que este tipo de violência quando direcionado as pessoas com deficiências, ou mais especificamente, com deficiência intelectual, assume atitudes de descaso, descuido e

negligência. Contudo, ALMEIDA e ASSUMPÇÃO JR. (2008) afirmam que, mesmo os reconhecendo como seres humanos, as pessoas, geralmente, imaginam que estes não podem refletirem acerca do seu próprio mundo interno ou mesmo da realidade que os cerca. Conseqüentemente consideram que estes estejam alheios a algumas questões presentes no cotidiano das pessoas não-deficientes como a vivência da sexualidade, pois, para as famílias, ao menos na esfera da fantasia, seu(sua) filho(a) acometido(a) por esta ou aquela deficiência é como uma eterna criança, sem padrões de crítica e valores, que os descaracterizarão enquanto pessoas autônoma (Almeida; Assumpção Jr, 2008).

De acordo com a visão de MAIA (2006) cultivamos no imaginário social a idéia de que uma pessoa com algum tipo de deficiência é, com raras exceções, alguém dotada de desvantagens e de atributos socialmente indesejáveis. Dessa forma, essa imagem construída a partir de uma audiência que julga e classifica as diferenças já mencionadas serve para enclausurar mais ainda a pessoa com deficiência dentro de suas limitações. Por exemplo, se segregamos as pessoas com deficiência de práticas afetivo-sexuais, qual é o tipo de preparação que pensamos estar lhes direcionando?

Segundo GIAMI (2004), pode-se constatar que os pais e profissionais não percebem e nem descrevem as manifestações da sexualidade dos acometidos por este tipo de deficiência da mesma forma, nem com a mesma intensidade emocional subjacente. De acordo com Maia (2001) "É inegável que a sexualidade é inerente a todas as pessoas e que o exercício da sexualidade independe em sua manifestação da presença ou ausência de deficiências" (p. 38). No entanto, na vida cotidiana, observa-se a falta de uma orientação afetivo-sexual adequada pelas políticas inclusionistas estatais, mas também pelos cuidadores das pessoas acometidas pelas mais diversas manifestações da deficiência. De acordo com Glat & Freitas (1996):

Cria-se então uma situação deveras complicada, pois os familiares e profissionais, por princípio, ignoram a sexualidade de seus filhos, alunos ou clientes deficientes, e, conseqüentemente, não lhes prestam nenhum tipo de orientação a respeito. Depois, se surpreendem quando os pegam sexualmente excitados, e atribuem seu comportamento 'inapropriado' à sua patologia clínica (p.15).

Dessa forma, a sociedade, freqüentemente, classifica os deficientes como pessoas assexuadas e até mesmo andróginas. Então, quando tratamos da sexualidade e a vivência do amor para os deficientes, estas manifestações encontram resistências, tornando-se incompatíveis, pois, para muitas pessoas,

estes não possuem sexualidade. Em decorrência dessas expectativas negativas acerca do comportamento dos deficientes, imaginam que as inevitáveis manifestações da sexualidade na adolescência dos mesmos serão catastróficas e incontroláveis (ALMEIDA; ASSUMPÇÃO JR, 2008).

O termo "deficiência intelectual" foi cunhado em 1995, no Simpósio intitulado: *Intelectual disability: programs, policies and plannning for the future*, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) sugere a substituição do termo "deficiência mental" por "deficiência intelectual". Entretanto, o termo foi consagrado no documento com o título: "Declaração de Montreal sobre deficiência intelectual" apenas em 2004, em Montreal, no Canadá, em evento realizado pela OMS e pela Organização Pan-Americana da Saúde. Esta alteração tem por objetivo diferenciar mais claramente a "deficiência mental" do "transtorno mental" (a qual se refere a quadros psiquiátricos que não são necessariamente associados a *déficits* intelectuais), tendo em vista o fato do termo "intelectual" se referir especificamente ao funcionamento cognitivo do intelecto e não ao funcionamento da mente como um todo e, desse modo, distingue melhor estes dois fenômenos que têm gerado confusão ao longo de anos.

Entretanto, é interessante assinalarmos que, de acordo com MENDES (1995), o estudo científico da "deficiência mental", teria surgido no início do século XIX, em 1818, justamente quando Esquirol, um médico francês, definiu a condição denominada por ele como idiotia ou amência (deficiência mental ou intelectual) e a diferenciou de demência (doença ou transtorno mental). Desde então, uma série de nomenclaturas e seus significados tem sido atribuídos, de tempos em tempos, aos fenômenos que acarretam uma deficiência cognitiva-intelectual, levando-se em consideração níveis de *déficits* ou atrasos diferenciados entre os indivíduos. Atualmente a antifa idiotia é reconhecida de acordo com os manuais diagnósticos mais atuais enquanto retardo mental.

De acordo com a APA(2002), o fenômeno do retardo mental, em nosso texto tratado como deficiência intelectual, pode ser definido como um funcionamento intelectual significantemente inferior à média, com início antes dos 18 anos de idade e acompanhado de limitações significativas no funcionamento adaptativo de pelo menos duas das seguintes áreas: comunicação, auto-cuidado, vida doméstica, auto-suficiência, habilidades acadêmicas, trabalho, lazer, saúde e segurança.

Essas limitações, longe de influenciar apenas no funcionamento da inteligência do indivíduo, implicam na funcionalidade de outros aspectos da vida humana ou de habilidades para: o conhecimento prático, social, conceitual e afetivo, bem como para o próprio desenvolvimento da

personalidade. Desse modo, podemos dizer que uma pessoa com "deficiência intelectual" possui um desenvolvimento atípico, isto é, de modo diferente e desigual em relação a outras pessoas de sua mesma faixa etária ou nível sócio-cultural.

Entretanto, não se considera que a sexualidade bem como as manifestações desta em pessoas acometidas pela deficiência intelectual seja comprometida, bem como inexistem estudos que tratem desse tema. Logo, podemos pensar que a sexualidade, conceito este amplo que engloba, além do sexo, os sentimentos, afetos, concepções de gênero, entre outras manifestações relacionadas, que correspondem a diferentes formas de expressão humana e envolvem representações mentais, emoções, desejos, erotismo, sentimentos de afeição e amor, entre outros aspectos, não seja afetada pelos efeitos do quadro clínico "retardo mental".

Todos nós, deficientes ou não, estamos sujeitos a sofrer discriminação, pois ela é predominante na nossa sociedade, mas a condição da deficiência multiplica a discriminação. Se a questão da sexualidade freqüentemente é tratada enquanto um tabu em nossa sociedade, esse assunto ainda se polemiza mais quando discutimos as manifestações da sexualidade em pessoas com deficiência.

A sexualidade pressupõe também, formas de pensar, sentir e agir, pertencentes ao ser humano, a forma de se perceber no mundo, de ver o mundo e de interagir com outros homens e mulheres (BECKER, 1984; WÜSTHOF, 1994). Ainda que seja socialmente convencionada derivada de um impulso, na verdade, a sexualidade trata-se de um processo dinâmico de aproximação e assim: "reconhecer o significado de estados internos, organizar a seqüência dos atos especificadamente sexuais, decodificar situações, estabelecer limites nas respostas sexuais e vincular significados de aspectos não sexuais da vida para a experiência sexual propriamente dita" (Gagnon & Simon, 1973/2005, p.13).

Entretanto, de acordo com Scabello, Santos, Profida, Freitas e Galati (no prelo), quando os conceitos de deficiência e sexualidade aparem interligados, instigam-se uma série de preconceitos, dúvidas e estigmas frente à sexualidade destas pessoas. Nas palavras de MAIA (2001), é claro que, as questões relacionadas ao desenvolvimento sexual podem estar prejudicadas nas pessoas com deficiência, mas podem também trazer dificuldades a seus pais ou responsáveis, que esperam que a escola, quanto a instituição onde estes passem talvez a maior parte do dia, dê conta de fornecer uma educação sexual adequada a seus filhos, esquecendo que seus filhos, crianças, adolescentes ou adultos deficientes, têm anseios e sentimentos sexuais próprios.

Desse modo, as percepções dos não-deficientes (educadores, pesquisadores e outros profissionais que lidam cotidianamente com a questão da deficiência; pais e/ou familiares) que lidam cotidianamente com as questões concernentes à deficiência e a sexualidade de seus filhos/educandos, estariam demarcando, o próprio modo destes de compreenderem, lidarem, orientarem e promoverem a educação sexual para essas pessoas. Nesse cenário, quando há a segregação ou a exclusão social do deficiente, a negação de seus direitos, a negligência ou a "falta" (ausência de sentidos simbólicos) frente à sua educação sexual e as questões de sua sexualidade, a violência moral irrompe de modos desconcertantes. Assim, a omissão das pessoas não-deficientes frente à sexualidade das pessoas deficientes encerra atitudes de descaso, descuido e de negligência. O que se percebe, então, é que a escassez de informações sobre os processos inerentes à deficiência tem auxiliado a manutenção de preconceitos e, conseqüentemente, trouxe muitas estagnações das atividades afetivo-relacionais das pessoas com tais características, sobretudo, ao se considerar às imposições de seus cuidadores (ALMEIDA; ASSUMPÇÃO JR., 2008). Além disso, a compreensão que sexualidade e sexo sejam a mesma coisa contribui para a segregação do deficiente de seus pares, em qualquer contexto público, quando não, no próprio lar.

Muitas interpretações errôneas sobre a sexualidade dos deficientes intelectuais são assinaladas, a todo o momento, por aqueles que lidam diretamente ou indiretamente com eles. É muito comum que um(a) adolescente que tenha um atraso cognitivo-intelectual que lhe "classifique" como alguém que tem um pensamento tal como uma criança de cinco anos de idade, por exemplo, possa manifestar curiosidades sexuais, que seriam próprias desta faixa etária (tais como tocar o próprio genital ou ter curiosidade em ver o genital do(a) colega). A distância entre a percepção do adulto do desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários e os comportamentos infantis do deficiente intelectual faz com que o adolescente deficiente se torne uma "aberração". E assim, é estigmatizado como "pervertido", "descontrolado", entre outros termos.

Paradoxalmente vive-se numa sociedade que valoriza a liberdade individual, a liberação sexual, o gosto pelo efêmero e pelo quantitativo, a aceleração dos ritmos, a busca da qualidade no agora e a valorização do individual sobre o coletivo, mas ainda estamos convivendo num universo de marginalização e de segregação.

Embora as diferenças individuais sejam valorizadas e se busque respeitar a diversidade, a sociedade atual exalta, em contrapartida, os valores hedonistas, competitivos, hiperativos e hiperconsumistas. Nesse cenário, os deficientes estão de um lado, ganhando visibilidade por meio do investimento em

propostas educativas, reabilitação e inserção dos mesmos no mercado de trabalho. Por outro lado, ao mesmo tempo em que são incluídos, estão a todo momento colocando-se à prova, pois, ainda se enfatiza muito o que lhes "falta" e que, talvez, manifeste-se seja na lentidão dos movimentos, na dificuldade de suas operações intelectuais, enfim, na não legitimação de suas potencialidades. Num universo em que a ordem é a auto-superação, o poder do silêncio e da omissão entrem em cena. Em outras palavras, muitas vezes, embora não seja dito ao deficiente que lhe falta competência, as atitudes para com ele servem como expressão deste valor. Nesse sentido, quando se valoriza as dificuldades e as limitações do deficiente, ao invés de focalizar os seus avanços, as suas possibilidades, a sua competência, contribui-se para uma violência sob a auto-estima, e assim, gera-se sentimentos de impotência, de menos-valia e de inferioridade que tem, como conseqüência, sentimentos de solidão, rejeição, evitação e isolamento.

Apropriando-nos das idéias de MAY (1974) podemos dizer que, quando a violência assume a qualidade dessa sutileza ímpar, expressa no ocultamento ou na distorção da verdade; na falta de informação, de orientação e de educação sexual e; na negação do direito humano, no que tange as questões da sexualidade de pessoas com deficiência; ela estaria manifestando justamente uma tentativa possível do ser humano de lidar com tensões internas, tão intoleráveis quanto inalcançáveis de significação. Isto quer dizer que, ao se lidar com a sexualidade de pessoas deficientes, o ser humano se defronta com a vivência de sua própria sexualidade, com os mitos e tabus inerentes ao seu próprio processo de educação e da vivência dos mais diferentes aspectos de sua sexualidade e, com seus próprios conflitos internos e interpessoais. Nesse sentido, lidar com a sexualidade do outro é, revisar os próprios desejos, preconceitos e estereótipos. Desse modo, justamente na impossibilidade de lidar com os próprios conflitos nessa esfera, o mais fácil é negá-los no outro, ignorá-los.

Ao retomarmos o conceito de "desvantagem", pode-se conjeturar este estaria ainda, de acordo com AMARAL (1996), relacionado às peculiaridades intrapsíquicas, às contingências sociais, às especificidades sócio-econômico-culturais (políticas e ideologias) e, em conseqüência, a um conjunto de ações e reações que temos frente às pessoas que apresentam alguma deficiência e incapacidade. A "desvantagem" estaria, pois, relacionada ao prejuízo, ao desvio, ao estigma pertencente à sociedade em que o indivíduo vive.

Sendo assim, como nossa sociedade ainda compreende a deficiência como uma diferença que representa desvantagens sociais e, neste sentido, costuma-se generalizar as limitações impostas por

ela a vários aspectos da vida, inclui-se dentre eles, a sexualidade. De acordo com Scabello et al. (no prelo), tal como a deficiência, a sexualidade implica numa construção sócio-cultural-histórica, pois não envolve apenas os aspectos biológicos e psicológicos do indivíduo, mas uma reconstrução social e conceitual que ocorre ao longo dos tempos. Esta reconstrução se pauta visão de mundo e conseqüentes posturas que o ser humano tem frente aos aspectos que envolvem a sexualidade. Ainda segundo estas autoras, o modo pelo qual o indivíduo com atraso cognitivo-intelectual decodifica os valores e a regras sociais frente aos comportamentos sexuais é distinto do modo como uma pessoa não deficiente os compreende e os assimila. Além disso, uma criança pode ser prejudicada em seu desenvolvimento afetivo-sexual quando, ao apresentar incapacidade para se alimentar ou se vincular à figura materna (tendo em vista que em algumas deficiências, a interação mãe-bebê é prejudicada por internações que a afastariam da mãe, ou por uma incapacidade da criança de sugar o leite materno, por exemplo), ela se afasta ou é afastada da mãe. Crianças mais velhas também estariam sendo prejudicadas quando, atitudes de superproteção dos pais, que procuram mantê-las exclusivamente sob seus cuidados ou de rejeição do meio familiar, estariam segregando estas crianças do meio social. Inclusive, atitudes como essas, podem dificultar ao deficiente a identificação com modelos do mesmo sexo.

De acordo com Scabello et al. (no prelo), a sexualidade nas pessoas com deficiência envolveria também questões como a higiene pessoal e o controle dos esfíncteres; as alterações hormonais, anatômicas e fisiológicas; o exibicionismo, os jogos ou brincadeiras sexuais; o namoro, a afetividade, o prazer, a consciência genital, a identificação de gênero e a orientação afetiva e sexual; o abuso sexual, entre muitos outros aspectos.

Mas, como já dissemos, muitos mitos, são associados à sexualidade do deficiente, ou mais especificamente, deficiente intelectual. A idéia de que o deficiente é assexuado, por exemplo, estaria, segundo MAIA (2007), reforçando o estigma da “eterna criança” e parece explicar a necessidade das pessoas em mantê-lo como dependentes, infantis e imaturos, dificultando o desenvolvimento afetivo dos mesmos. Essa idéia acabaria por distorcer que as reais necessidades do indivíduo, alimentando a sua dependência e insegurança, bem como a sua “neutralidade” frente às questões sexuais.

Acreditamos que muitos desses mitos são refratários à mudança pela falta de discussão a respeito dos conceitos e situações diversas implicadas no mesmo. Por exemplo, autores como GIAMI; D’ALLONES (1984) acreditam que a sociedade que interage com os deficientes dicotomiza e maniqueíza as concepções acerca da sexualidade para os deficientes. DENARI (1997) discute a

respeito dessa polarização que se cria ao se tratar da sexualidade do deficiente, e especialmente o que está na fase da adolescência: ou ele é considerado ser hiperssexualidado ou assexuado.

Scabello et al. (no prelo) apontam para uma questão importante, a de que, embora o desenvolvimento orgânico e fisiológico de uma pessoa com atraso intelectual ser o mesmo de uma outra pessoa não-deficiente, a pessoa deficiente, tendo em vista o seu atraso no desenvolvimento nem sempre teria condições ou necessidades de se relacionar "genitalmente" com uma outra pessoa (deficiente ou não).

Entretanto, embora o deficiente possa não ter necessidades físicas ou psíquicas para excercer o ato sexual, ele pode ser uma presa fácil para a violência sexual (abuso de mais diversos tipos). Para Scabello et al. (no prelo), por um lado, o deficiente pode ser uma "presa" fácil quando ele não se comunica verbalmente ou, ainda, quando o seu dito é desvalorizado ou ignorado tendo em vista o seu atraso intelectual.Por outro lado, existem deficientes intelectuais que compreendem sobre e exercer conscientemente o ato sexual. Por isto mesmo, podemos perguntar por que será que o sexo tende a ser visto de uma maneira impudente e por que a sexualidade deve estar atrelada a essa concepção de sexo, sendo conseqüentemente proibida e controlada? Há que se ressaltar que quando a sexualidade é ignorada, ou ainda negada, e isso contribui para o surgimento de comportamentos sexuais inadequados (ASSUMPÇÃO JR.; SPROVIERI, 1993; MAIA, 2006), tal como a infantilização e conseqüente dificuldade do deficiente para estabelecer outros relacionamentos que não somente com seus pais e/ou cuidadores.

Nesse sentido, seria mais razoável orientar e não interditar esse processo presente e, em andamento. No entanto, pensam os pais e cuidadores: como é possível sentirem falta de algo que eles não conhecem, e que talvez nunca lhe venha a pertencer? Contudo, é sabido, que mesmo à revelia da própria vontade e mesmo para as pessoas sem tais condições, os sentimentos e os desejos bailam diante de nós e com eles muitas vezes caímos na emboscada dos afetos e, atordoados, tornamo-nos cativos de nós mesmos.

Há que se levar em conta também que os deficientes são ainda afetados pelas inúmeras repressões por parte de pais e professores evitando o seu acesso e a possibilidade de expressão de afeto e vínculo emocional. Similarmente, como muitas práticas afetivo-sexuais são ditadas por seus cuidadores, não se permite que, um deficiente intelectual expresse socialmente suas manifestações amorosas, ou ainda, quando as expressa, não são levadas em consideração. Então, a sexualidade das pessoas acometidas pelas diferentes expressões da deficiência, com todas as suas particularidades e

possíveis limitações, não parece estar na deficiência em si, mas no conjunto de desinformações, preconceitos, tabus sociais e de nossos próprios limites na área sexual (DENARI, 1992; 1998; FRANÇA RIBEIRO, 1995; SCABELLO et al., no prelo).

Então, a exemplo de relacionamentos amorosos para pessoas de idade avançada, a sociedade não concebe, constantemente, que os deficientes intelectuais entrem nesse domínio praticamente exclusivo das pessoas jovens, das pessoas com boa saúde e fisicamente atraentes (pelo menos como representação social). Assim, de forma violenta, ainda que escamoteada, lhes é negada a possibilidade de amar e manifestarem sua sexualidade. O adulto, geralmente, pensa pelo deficiente e quando não pode agir por ele, acaba por lhe negar também à ação.

Retomando Scabello et al. (2008), seriam as nossas próprias atitudes (e dificuldades) frente à vivência da própria sexualidade que, incorporadas a uma série de mitos, preconceitos, dúvidas, omissões e constrangimentos, e refletidas até mesmo no despreparo (inclusive dos profissionais especializados) ao abordar ou tratar dessa temática. Diante de suas próprias dificuldades nessa esfera, profissionais e pais estariam, muitas vezes, ao pensarem que não são capazes ou aptos para realizar uma orientação sexual pertinente, a edificar o que chamamos de “a orientação do silêncio”.

A sexualidade de pessoas com deficiência, até bem pouco tempo, era tratada com a política do "avis struthio", termo originalmente pensado por Amaral (1994), em alusão ao avestruz: se eu não vejo, não existe e, portanto, não vamos falar sobre isso E, compreendemos que, tal tipo de “orientação” pode ser de fato uma espécie de violência moral.

É interessante observarmos como pais e demais agentes educacionais apresentam as mesmas dificuldades referentes à convivência e a educação de aspectos da sexualidade de seus deficientes, pois ainda se encontra em algumas famílias e profissionais a idéia, errônea, de que a sexualidade das pessoas com deficiência é intrinsecamente problemática, quando não patológica (ora exibicionista e desregrada, ora sexualmente infantil, além de inapropriada, quando as manifestações sexuais ocorrem de modo e, em local, diferentes dos habituais) e acima de tudo prevalece um grande despreparo diante de sua manifestação no quotidiano (França Ribeiro, 1995; Glat & Freitas, 1996). Assim, os receios, o despreparo dos profissionais que lidam com esta população e as dificuldades no trato da sexualidade de seus filhos e alunos são expressos pelos pais por meio do silêncio, da repressão de sua manifestação e mesmo da infantilização do comportamento dos adolescentes e adultos acometidos pela deficiência. Isto que dizer que, ou se “finge” que não se viu uma conduta inapropriada ou se reprime sem orientá-la adequadamente.

Sem dúvidas, em um ambiente de educação especial é necessário, que os profissionais sejam treinados para lidar especificamente com a deficiente intelectual, compreendendo que esta não é um aspecto à parte do indivíduo, bem como com a própria educação sexual. A intervenção deve ser a mais intensiva e precoce possível, realizada por equipe interdisciplinar que inclua psiquiatra da infância e adolescência, psicólogo, neurologista ou neurologista infantil, pediatra, professor, psicopedagogo, fonoaudiólogo e fisioterapeuta, dentre outros.

Infelizmente, no Brasil, o deficiente e suas necessidades ainda são freqüentemente ignorados, posto que a evolução da sociedade não foi suficiente para afastar a exclusão e as dificuldades experimentadas. Dessa forma, se faz necessário estabelecer por meio de lei e demais programas, regras que possam favorecer a eqüidade entre as pessoas, deficientes ou não.

Quer tratemos de educandos com deficiência ou não, a educação sexual, de modo geral, é um dos grandes problemas dos pais e professores, bem como dos demais profissionais da educação e saúde que tratam do deficiente, tendo em vista que a sexualidade, como manifestação do ser não escolhe horário ou local para aparecer. Atualmente, a educação sexual no Brasil pode ser dada pelos professores, mas se torna necessário que, além dos conhecimentos científicos relacionados à reprodução, as questões vinculadas ao comportamento sexual, individual e social sejam debatidas e analisadas. Esse sistema de educação sexual e afetiva possibilitará aos educadores e educandos melhor entendimento de suas características psicossexuais. No entanto, a educação sexual, em particular, tanto nas escolas, quanto nos lares, ainda é precária. De acordo com Castro (2004) a sexualidade, no ambiente escolar, é tópico polêmico, considerando a multiplicidade de visões, crenças e valores dos diversos atores (alunos, pais, professores e diretores, entre outros), assim como os tabus e interditos que social e historicamente cercam temas que lhe são associados.

Há os que pensam que a introdução plena e generalizada da educação sexual nas escolas causaria abalos em todo o sistema e criaria polêmicas entre educadores. Isso poderia ocorrer se a educação sexual, nas escolas, visasse tão somente à massificação de informações, sem abordar o conteúdo ético de comportamento e respeito à individualidade e à integridade humana. No entanto, a educação sexual promove o amadurecimento sem traumas, sem violências, sem abortos, sem doenças sexualmente transmissíveis, sem tabus, sem medos, sem preconceitos ou conflitos existenciais. Evita ainda as conseqüências perigosas e indesejáveis dos atos sexuais praticados sem nenhuma responsabilidade. Essas práticas podem ser evitadas ou diminuídas através da orientação sexual.

Scabello et al. (2008) assinalam que é necessário ensinar ao deficiente sobre a privatização de algumas práticas sexuais e auxiliá-lo na decodificação do que é permitido e do que é proibido em nossa sociedade, quanto aos comportamentos sexuais, levando-se em consideração o seu ritmo e as suas possibilidades de compreensão. Além disso, acreditam que na educação sexual deva haver clareza e insistência ou repetição de instruções e orientações oferecidas aos adolescentes. Mas, para além disto, as autoras pontuam que a tarefa de trabalhar com a sexualidade de crianças e jovens com "deficiência mental" é trabalhar subjetividades distintas, não por apresentarem uma deficiência, mas por cada um de nós sermos um ser individualizado e que envolve a revisão dos próprios preconceitos sobre a díade: sexualidade e deficiência. Trabalho que envolve pais, profissionais, familiares, deficientes e a comunidade como um todo.

Considerações Finais.

Freqüentemente nos esquecemos que a **"**sexualidade se manifesta em qualquer pessoa com deficiência, já que é prevalecente a sua condição de ser humano, a quem a sexualidade é inerente" (Maia, 2001, p. 40). Dessa forma, o exercício positivo da sexualidade para pessoas acometidas por alguma deficiência depende de toda uma estruturação de esquemas educacionais que favoreçam condições adequadas para sua manifestação, pois com relação à dimensão erótica e sexual nada há que o diferencie das pessoas ditas normais ou não deficientes. Ainda assim, o preconceito e o descaso em relação a uma orientação apropriada e a compreensão das diversas manifestações afetivo-sexuais do deficiente, e especialmente do deficiente mental, reforçam consideravelmente esta problemática.

Certamente**,** muito da inabilidade dos pais e agentes educacionais frente às questões sexuais de seus familiares e educandos deficientes reside em dois aspectos: por um lado no fato da sexualidade do deficiente ser permeada de mitos e idéias distorcidas e por outro lado, no fato do professor sentir-se despreparado com relação às questões da sexualidade humana, tanto no que se refere às informações básicas quanto ao trato social de sua manifestação. E, em decorrência de uma educação pautada no silêncio, tanto de pais, bem como dos demais agentes educadores que convivem com os deficientes, em geral, as expressões do deficiente são consideradas como inadequadas. Talvez, então, boa parte dos conflitos existentes entre esses dois mundos, pode estar relacionada à falta de informação. Dessa forma, diversos são os desafios para pessoas com algum tipo de deficiência para o exercício

positivo de suas sexualidades, além da questão de uma comorbidade orgânico-cognitiva e do preconceito social a ela atrelado (Almeida, 2008).

Referências

ALMEIDA, T. (2008). "Loucos de amor": o amor e a sexualidade para os autistas In: ASSUMPÇÃO Jr., F. B.; ALMEIDA, T. (Orgs.). *Sexualidade, Cinema e deficiência*, São Paulo - SP: Livraria Médica Paulista, 2008. p. 155-171.

ALMEIDA, T. ; ASSUMPÇÃO JR., F. B. Breves considerações acerca da sexualidade e manifestações amorosas em deficientes. In: Congresso brasileiro de educação sexual, 1. 2008, Araraquara, SP; III Simpósio de Sexualidade e Educação Sexual Paraná, São Paulo, Santa Catarina, 3., 2008, Araraquara, SP ; Colóquio de Pesquisadores Iniciantes em Educação Sexual, 1., 2008, Araraquara, SP. Araraquara, SP: UNESP, 2008.

AMARAL, L. A. Sobre a questão da integração: a política do avis-struthio e o *leito de Procusto*. *Integração,* São Paulo, v. 4, p. 30-32, junho, 1994.

AMARAL, L. Algumas reflexões sobre a (R)evolução do conceito de deficiência. In: GOYOS, C. ; ALMEIDA, M. A ; SOUZA, D. E. (Orgs.). *Temas em Educação Especial***,** p**.** 99-106, 1996.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.* 4a. ed. rev. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

CASTRO, M. G. et al. *Juventude e sexualidade*. Brasília, UNESCO, 2004.

DENARI, F. E. Pensando o sexo. *Revista Brasileira de Educação Especial.* São Carlos, v. 2 , n. 1, p. 119-122, 1992.

DENARI, F. E. Deficiência & Sexualidade: direito ou concessão. In: MARQUEZINE, M. C. et al. (Orgs.). *Perspectivas Multidisciplinares em Educação Especial.* Londrina: UEL, p.333-338, 1998 .

FRANÇA RIBEIRO, H. C. (1995). *Orientação Sexual e Deficiência Mental: estudos acerca da implementação de uma programação,* 1995, Tese (Doutorado), Universidade Estadual Paulista, São Paulo, 1995.

GIAMI, A. De l'impuissance à la dysfonction éretile: destins de la médicalization de la sexualité. In: FASSIN, D.; MEMMI, d. (Orgs.). *Le gouvernemant des corps*. Paris: Éditions EHESS, 2004, p.77-108.

GLAT, R..; FREITAS, R. C. Sexualidade e Deficiência Mental: pesquisando, refletindo e debatendo sobre o tema. In: GLAT, R. ; FREITAS, R.C. *Questões Atuais em Educação Especial, Vol. II.* Rio de Janeiro: Sette Letras, 1996.

MAIA, A.C.B. Reflexões sobre a educação especial da pessoa com deficiência. *Revista Brasileira de Educação Especial,* v.7, n.1, p. 35-45, 2001.

MAIA, A. C. B. *Sexualidade e deficiências*. São Paulo: UNESP, 2006.

MENDES, E.G. *Deficiência Mental:* A construção Científica de um conceito e a realidade educacional. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo: São Paulo, 1995.

MAY, R. *Poder e Inocência*. Rio de Janeiro: Artenova, 1974.

OMOTE, S. Deficiência e não-deficência: recortes do mesmo tecido. In: *Revista Brasileira de Educação Especial,* n. 2, p.65-73, 1994.

SCABELLO, E. H. Reflexões sobre a sexualidade do deficiente mental na sociedade hipermoderna: o estigma da falta na cultura do excesso. *Revista Tempo & Espaço*, Taquaritinga. (no prelo)

CIÚME: O INFERNO DO AMOR POSSESSIVO - UMA ANÁLISE SOB A PERSPECTIVA DA TRÍPLICE CONTINGÊNCIA

Paulo Moralles Roveri

Thiago de Almeida

Breves considerações acerca da obra "Ciúme: o inferno do amor possessivo"

O filme *Ciúme: o inferno do amor possessivo* (1994), do diretor francês Claude Chabrol, retrata a vida de um casal cujo relacionamento começa a ficar cada vez mais conturbado devido às conseqüências negativas do ciúme para a relação.

Paul é um homem jovem que constrói um hotel perto de onde já trabalhava há quinze anos. Conheceu Nelly e com o passar do tempo casaram-se e tiveram um filho chamado Vincent. Paul vive sempre "nervoso" e atarefado com a rotina do hotel. Por diversas vezes toma medicamentos para diminuir o estresse e doses de bebida alcoólica. Nelly, uma mulher muito bonita e vaidosa, ajuda Paul nos serviços do hotel e, por vezes, mostra-se uma mulher atenciosa com Paul.

A desconfiança de Paul começa dentro do próprio hotel, onde Nelly passa a dar indícios de que estaria tendo algum envolvimento com um hóspede chamado Martineau, o qual é mecânico do carro de Paul, mora perto da mãe de Nelly e foi flagrado por Paul mostrando slides com fotos para Nelly numa sala escura do hotel. A partir daí, Paul passa a perseguir Nelly por todos os lugares, buscar provas de que está sendo traído e ainda agindo de forma agressiva com ela. Enfim, Paul passa a exercer um papel extremamente agressivo e controlador no relacionamento com Nelly.

Paul e Nelly, inicialmente, viviam muito bem no hotel em que eram donos. Todos os anos recebiam vários hóspedes; muitos deles já eram clientes assíduos. Seu filho, Vincent, com aproximadamente sete anos de idade, não exerce um papel tão determinante no decorrer do filme, a não ser para, eventualmente, servir como sinal gerador de dúvida para Paul sobre "onde estaria sua mulher, se não cuidando de seu filho".

Apesar de toda a busca por algum fato que possa comprovar essa suposta infidelidade de Nelly, não há no filme uma ocasião que verdadeiramente a condene. A questão que fica é: Nelly

teria ou não culpa pela instalação e manutenção do padrão comportamental ciumento de Paul? Também podemos transpor esta questão para os relacionamentos ciumentos de hoje em dia: até que ponto somos responsáveis pelo ciúme do(a) parceiro(a) num relacionamento amoroso?

Para responder a essa questão e analisarmos as contingências do referido assunto (Ciúme e Violência) no filme estaremos partindo do ponto de vista da Análise do Comportamento e sua filosofia Behaviorista Radical, bem como, e não menos importante, a análise funcional como instrumento essencial para estudar o comportamento.

Sobre o Ciúme

Segundo ALMEIDA (2007a), o ciúme é um sentimento tão controvertido quanto complexo. Ele está presente em diversas situações da nossa vida, porém o ciúme qual iremos tratar neste trabalho será o que envolve uma relação afetiva entre casais, isto é, o ciúme romântico. Num contexto amoroso, ele geralmente surge quando uma das pessoas envolvidas na relação diádica percebe que não tem mais tanta importância para o parceiro e que esta atenção frequentemente está voltada para outra pessoa, o que caracteriza um rival na disputa pelos reforçadores que o parceiro oferece.

Para algumas pessoas o ciúme é qualificado como algo bom, uma prova de amor, porém, para outros ele é associado a brigas, desentendimentos, raiva, tristeza, angústia, entre outros e pode contribuir para o término de um relacionamento. ALMEIDA (2007b) faz menção à dificuldade de se chegar a um consenso sobre o entendimento do ciúme, sendo que ele pode ser compreendido de diferentes formas de acordo com sua respectiva cultura.

Geralmente, o ciúme surge num relacionamento amoroso quando há uma ameaça da perda do(a) parceiro(a) e de tudo que ele oferece para outra pessoa. Alguns sentimentos como medo, raiva, desconfiança, angústia, ansiedade podem estar presentes nessas situações, variando de pessoa pra pessoa (ALMEIDA; RODRIGUES; SILVA, 2008).

Num relacionamento, geralmente, o outro é tratado como objeto, deixa de fazer atividades que gosta, diminui o circulo de amizades, entre outras coisas que possam sinalizar uma ameaça para o relacionamento. ALMEIDA; RODRIGUES; SILVA, (2008) afirmam não haver uma aceitação recíproca e o que talvez possa parecer uma preocupação ou cuidado com o parceiro, como um

sentimento “altruísta”, na verdade pode ser entendido por “egoísmo”, ou seja, o ciumento age de forma com que o parceiro não exerça seus direitos e seja controlado.

O ciúme exagerado, chamado de ciúme patológico, faz referência à obra literária de Shakespeare, em 1603, passando também a ser chamado de Síndrome de Otelo. Tanto na literatura e no presente filme quanto na realidade estão presentes diversos comportamentos - públicos ou encobertos – irracionais, perturbadores, inaceitáveis e bizarros. Geralmente, segundo TODD; DELLWURST (1955) há um medo grande de perder a pessoa amada para um rival, aumentando a desconfiança excessiva e infundada, o que também fica provável um fim dessa relação.

Para ALMEIDA; RODRIGUES; SILVA (2008) é muito comum uma pessoa esperar que o parceiro demonstre ciúme de vez em quando, averiguando se ainda existe um afeto recíproco, por exemplo. Dessa forma, toda relação se pressupõe que haja certa intensidade de ciúme saudável. A partir disto, muitos casais passam a investir mais em si mesmo e no outro quando percebem que existe alguma ameaça para o relacionamento.

O modelo da Análise do Funcional do Comportamento para o entendimento das emoções

Quando falamos em Análise Funcional do Comportamento estamos querendo descobrir as variáveis das quais o comportamento é função; identificar os determinantes do comportamento, isto é, identificar as relações funcionais entre os comportamentos dos indivíduos e suas conseqüências. Segundo MOREIRA; MEDEIROS (2007), os eixos fundamentais de uma análise funcional são os paradigmas respondente (principalmente no que diz respeito às emoções) e operante. MATOS (1999) aponta que o primeiro passo para a realização de uma análise funcional é a identificação do comportamento de interesse. O segundo passo seria identificar e descrever o efeito comportamental, isto é, a freqüência em que ocorre, a duração e a intensidade desse comportamento. E o terceiro diz respeito às relações entre variáveis comportamentais e ambientais de interesse, ou seja, descrevermos a situação que antecede e que sucede o comportamento em questão, em seguida, identificarmos sob quais condições ou conseqüências o comportamento é função.

Para explicar as causas de um comportamento, SKINNER (1989) afirma existir três níveis que influenciam o comportamento. O primeiro nível é filogenético, advindo dos traços genéticos, fisiológicos e comportamentais próprios da nossa espécie, como os reflexos, por exemplo. O segundo se dá a partir das contingências ontogenéticas, ou seja, da atuação direta do organismo com

o meio em que vive durante sua história de vida (*e.g.*: deixo de falar em público devido a más experiências antes vividas, como vaias, humilhações por parte dos colegas de classe, entre outras). E o último é o nível cultural, como as práticas sociais de uma cultura, a moda, estilo de vida, religião, valores, preconceitos, alimentação, entre outros.

Como já foi dito, a relação de dependência entre eventos ambientais e comportamentais é chamada de *Contingência*; é uma regra *"se..., então..."*. Segundo Souza (2001) é importante fazer uma análise de contingências para identificar os elementos envolvidos numa situação e se há uma relação de dependência entre eles. Se houver, podemos dizer que o comportamento foi reforçado ou punido, havendo aprendizagem.

Para SKINNER (1953) as conseqüências são reforçadoras quando aumentam a probabilidade do comportamento contingente ocorrer novamente, e punitivas quando diminuem essa probabilidade. Ambas podem consistir na apresentação de um estímulo no ambiente (positivo) ou da remoção de um estimulo no ambiente (negativo).

CATANIA (1999) afirma que uma resposta reforçada tem a probabilidade aumentada de ocorrer novamente, porém, esse aumento não é permanente. Assim que o reforço for suspenso, o determinado comportamento volta aos níveis originais antes de ter sido reforçado.

> *"A operação de suspender o reforço é chamada de extinção; quando o responder retorna aos seus níveis prévios como resultado dessa operação, diz-se que foi extinto. Esse retorno do comportamento aos seus níveis anteriores ao reforço demonstra que os efeitos de reforço são temporários. O responder é mantido apenas enquanto o reforço continua, e não depois que ele é suspenso."* (Catania, 1999, p. 92).

Tanto a punição negativa quanto a extinção têm como efeito a diminuição de um comportamento através da impossibilidade do contato com o reforçador antes disponível. Na punição positiva acrescenta-se um estímulo aversivo como conseqüência (um tapa, por exemplo) ao invés de retirar um estímulo reforçador. Através da imediaticidade da conseqüência, da eficácia independente de privação e da facilidade de se aplicar, a maioria das pessoas utiliza a punição no seu cotidiano (MOREIRA; MEDEIROS, 2007). O que muitas pessoas não têm consciência é que punição traz conseqüências emocionais ruins, como sentimento de culpa, vergonha, medo, ansiedade, frustração, raiva, vingança, entre outros (SKINNER, 1953).

Como alternativas, SKINNER (1953) indica os procedimentos de esquecimento, extinção e reforço diferencial, passando a não dar atenção aos comportamentos inadequados e reforçando os adequados, criando assim um processo de modelagem do comportamento esperado.

E por que respondemos na presença de um estímulo e não na presença de outro? Para facilitar a pergunta, por que dizemos com maior freqüência que amamos o(a) parceiro(a) quando suas expressões faciais demonstram "felicidade", como no dia dos namorados, por exemplo, do que quando estamos no meio de uma briga? Com certeza, porque a primeira situação indica que a probabilidade desse nosso comportamento verbal ser bem aceito e até retribuído pelo outro é bem maior do que num momento de discussões. A esse fato damos o nome de *discriminação*. Millenson (1975) a define como "... o responder diferencial na presença de situações diferentes... pela habilidade de 'distinguir uma coisa da outra'" (p. 205). Essa discriminação se desenvolve através da *generalização*. O contrário, quando um estímulo indica uma baixa probabilidade de o comportamento ser reforçado, damos a ele o nome de estímulo delta (por exemplo, não ousamos atravessar a rua se o semáforo estiver verde para os carro).

Schoenfeld & Keller (1966) definem a generalização "quando um organismo está condicionado para responder a um estímulo, responderá da mesma maneira a certos outros" (p. 131). Provavelmente, o fato anterior de dizer que ama o(a) namorado(a) na presença de um sorriso, por exemplo, foi aprendido desde criança quando o rosto "bravo" do pai significava que não adiantaria pedir nada pois não receberia e que o rosto "feliz" aumentaria as chances de ser reforçado. A partir daí passamos a emitir determinados comportamentos na presença de sorrisos (seja qual for a pessoa).

Mas, por que algumas pessoas são mais persistentes que outras? Por que costumamos sair de casa pra pegar um ônibus perto do horário que ele passa no ponto e não ficamos o dia inteiro esperando-o? Por que não apertamos incansavelmente o botão do elevador até ele chegar ao andar desejável? Por que nos tornamos viciados em jogos de azar? Essas e outras questões fazem parte do que chamamos *Esquemas de Reforçamento*.

Esses esquemas são as condições em que os comportamentos são reforçados, as regras estabelecidas entre respostas e reforços. SKINNER (1969, citado por MACHADO, 1986) afirma que cada esquema é uma contingência de reforçamento, é uma exigência a qual deve ser cumprida para que uma resposta seja reforçada. Inicialmente, Skinner identificou o esquema de reforçamento contínuo (a cada resposta emitida o organismo ganha um reforço) e o esquema de reforçamento intermitente (um reforço que depende da variável *freqüência de respostas* ou *intervalos de tempo*).

Sabemos que há outros tipos de esquemas como o não-contingente (supersticioso), o de tempo (fixo e variável), reguladores de velocidade, diferencial, compostos (MOREIRA; MEDEIROS, 2007). Porém, vamos nos ater apenas aos esquemas básicos de razão e intervalo.

MACHADO (1986) afirma que dois pontos fundamentais para a definição desses esquemas são a passagem de tempo e a ocorrência de determinada quantidade de respostas. De modo bem simples a autora define o *esquema de intervalo* sendo um reforço liberado para a primeira resposta que ocorra após a passagem de certo período de tempo desde o reforço anterior. Se esse período entre um reforço e outro for sempre o mesmo (invariável), então se chama *esquema de intervalo fixo (FI)*. Porém, se esse intervalo variar, for diferente de uma ocasião para outra, então o chamamos de *esquema de intervalo variável (VI)*. Nesses exemplos o reforço torna-se mais provável à medida que o tempo passa, bastando uma única resposta.

Outro exemplo é o *esquema de razão*, ou seja, o reforço só é apresentado após um número sucessivo de respostas serem emitidas a partir do último reforço. Portanto, depende da quantidade de resposta que o indivíduo emite, e não do tempo, como visto anteriormente. Se a quantidade de respostas for sempre a mesma para a obtenção de reforço, então damos o nome de *esquema de razão fixa (FR)*. Contudo, se a quantidade de respostas necessárias para a obtenção de reforço variar de uma ocasião para a outra, então diz respeito ao *esquema de razão variável (VR)*.

Para SKINNER (1989) o sentimento é um tipo de ação sensorial, assim como o ver e o ouvir. As respostas verbais que denominam os sentimentos são produto de contingências especiais de reforçamento. A análise experimental do comportamento favorece o entendimento e o esclarecimento na compreensão do ciúme por esclarecer os papéis dos ambientes passado e presente.

Quando falamos em emoção, costumamos identificá-la através das nossas experiências que carregamos desde criança, sem contar o fator cultural que passa despercebida. Por exemplo, se vemos uma pessoa correndo de um cachorro, logo falamos que ela está correndo de medo. Todavia, isso é apenas uma forma popular de se explicar um comportamento, uma vez que a identificação das emoções está longe de se chegar num consenso, assim como Skinner(1953) afirmou quando disse que:

> *"as expressões emocionais podem ser imitadas pelo comportamento operante, como no teatro, e frequentemente são modificadas pelo ambiente social para se conformarem a especificações culturais. Até certo ponto, uma dada cultura tem seu próprio modo de rir, de chorar de dor, e assim por diante. Não tem sido possível especificar conjuntos dados de*

respostas expressivas como característicos de emoções particulares, e em nenhum caso se diz que essas respostas sejam a emoção." (p. 161).

Portanto, é por meio dos determinantes do comportamento já mencionados (filogenéticos, ontogenéticos e, pricipalmente, culturais) é que somos facilmente impulsionados a dizer que uma pessoa que franze a testa, aproxima as pálpebras e chora está triste, por exemplo. Cometemos esse erro a partir da discriminação, já explicada, uma vez que nem sempre um sorriso do pai é sinal de que ele realmente está feliz. Ele pode estar sorrindo para ser simpático com a visita que está em casa, por exemplo. É a partir do mesmo exemplo que costumamos falar que as pessoas estão com raiva, com medo, ansiosas, amando, entre outros.

SKINNER (1953) afirma que uma pessoa "que ama" mostra uma grande tendência para auxiliar, favorecer, estar com, e cuidar de, e apenas uma pequena inclinação para comportamentos de ofensa, insultos. Aquele que emite comportamentos de esquiva, fuga, seja correndo, escondendo-se ou cobrindo os olhos ou os ouvidos e tem menor probabilidade de partir contra os estímulos que estão presentes nesse momento ou evita ter contato com algo desconhecido, dizemos que a pessoa "está com medo". A forma mais segura é manter a forma adjetiva, por exemplo, amedrontado, afetuoso, tímido, para que não caiamos na tentação de "procurar *coisas* chamadas emoções", não as tratando como um estado conceitual e não sendo causa de uma resposta. Portanto, emoção, definida como um impulso, não deve ser identificada com condições psíquicas ou fisiológicas, segundo Skinner, as reações fisiológicas não podem servir para diferenciar as emoções, distinguido-as com um padrão particular de respostas das mesmas, pois essas reações podem ocorrer também em outras circunstâncias.

Para SKINNER (1953), parte do comportamento público que define uma emoção é condicionado. Por exemplo, respostas que aumentam de força na raiva resultam em dano em pessoas ou objetos e, a partir desse processo biologicamente útil frente a uma competição com outros organismos, o comportamento que gere dano é reforçado e mantido durante as condições que controlam a raiva. Assim como comer "mata a fome", o dano infligido é reforçador para o colérico. E parte é incondicionada em termos de conseqüências evolutivas, quando um comportamento público é fortalecido durante a emoção antes que um condicionamento possa ser estabelecido.

Assim como outros exemplos, podemos descobrir de quais variáveis os estados emocionais são funções apenas procurando-as, afirma SKINNER (1953). Pode haver vários motivos pelos quais

uma pessoa se comporta e agrupá-los todos juntos dando-lhes um nome de determinada emoção pode ser um grande erro. Uma pessoa, por exemplo, pode se sentir sozinha tanto pelo fato de não ter ninguém ao seu redor como pelo fato de estar rodeada de gente, porém não conhece (discrimina) ninguém e não possui repertório comportamental para estabelecer novas amizades. Assim como também o medo, a raiva e a tristeza podem ser confundidas dependendo da circunstância em que ocorrem. Da mesma forma, se formos considerar o ciúme segundo Parrot (1991, p. 72) como sendo o "*medo* de perda, *desconfiança*, *ansiedade* e *raiva*", então estaríamos explicando uma emoção a partir de quatro outras emoções (ciúme a partir de medo, desconfiança, ansiedade e raiva). Na verdade, ciúme seria uma emoção ou o conjunto de várias emoções? Portanto, deve-se evitar a conceituação das diversas emoções através de explicações simplistas, as quais comumente são tidas como causa de comportamentos. LEITE (2001) afirma que um dos fatores que explicam a ausência de várias pesquisas acerca do ciúme é o fato dele ser tão comum e as atuais explicações serem tão bem aceitas que "seria como pesquisar o óbvio".

Para finalizar os conceitos inicialmente propostos, comportamentos encobertos são aqueles observáveis somente àquele que se comporta, assim como pensamentos, sentimentos, sonhos, desejos e outros "estados subjetivos". DELITTI; MEYER (1995) apontam que estes conceitos foram de grande interesse para Skinner, principalmente suas críticas a respeito dos sentimentos como causa de comportamentos proposto pelos mentalistas. Em 1974, referindo-se a esta proposta mentalista de não atribuir importância ao papel desempenhado pelo ambiente, Skinner afirmou que as explicações mentalistas apenas acalmavam a curiosidade e levavam a indagação à imobilidade (Skinner, 1974, p. 17).

SKINNER (1953), diferentemente da posição cognitivista, também afirma que podemos pensar antes do agir no sentido de que podemos agir encobertamente (pensar) antes de agir abertamente (falar o que pensa), porém enfatiza que a ação não é uma expressão da resposta encoberta ou sua conseqüência. Tanto o pensar quanto o falar são atribuíveis às mesmas variáveis ambientais.

Análise do Funcional do Comportamento ciumento apoiada no Filme "L'enfer"

Elaborar uma análise funcional dos comportamentos de Paul torna-se um grande exercício para o bom entendimento e a busca das causas dos comportamentos. A causalidade dos

comportamentos de uma determinada pessoa numa sociedade é sempre discutida, porém desprovida de respostas concretas. Por exemplo, se ouvimos a notícia de morte por dívida, logo dizemos que um matou o outro por "sede de vingança", ou porque estava "tomado de raiva" naquele momento. Isso, como anteriormente discutido, torna-se totalmente amplo e ao mesmo tempo não explica nada. Aliás, apenas se tenta explicar um comportamento por meio de outro. Contudo, essa análise vem nos mostrar o quão difícil se torna identificar, nomear e diferenciar as emoções. Conforme Skinner já havia dito em 1953, emoção nada mais é do que tornar determinados comportamentos (orgânicos, reflexos, aprendidos) mais prováveis que outros e em apropriadas circunstâncias. Reforçando a idéia, quem ama tem maior tendência em ajudar, aproximar-se de alguém a agredir verbal ou fisicamente. Um ciumento, portanto, tem maior tendência a perseguir, questionar, vasculhar, atentar a cada movimento do parceiro e menor tendência em viver distante do parceiro.

No decorrer do filme, podemos notar que os comportamentos de Paul são manifestados tanto de forma encoberta quanto aberta. De forma aberta, podemos observar seus comportamentos de busca de fundamentos para seu ciúme, seu comportamento verbal, suas agressões físicas, entre outras. Por comportamentos encobertos podemos notar, por várias vezes, Paul tendo pensamentos como se fosse até mesmo uma segunda voz dentro dele o impulsionando a agir de forma ciumenta, e também idéias e imaginações de Nelly tendo relações com outros homens.

Podemos entender o comportamento verbal de Paul conversando consigo próprio a respeito de seus pensamentos, associando à teoria de Skinner (1953), da seguinte forma:

> "Explicamos o comportamento verbal que descreve a resposta discriminativa de ver X da seguinte maneira. O comportamento é adquirido quando o organismo está, não apenas na presença de X, mas também emitindo uma resposta discriminativa a X. Uma resposta discriminativa semelhante pode vir a ocorrer na ausência de X como resultado de condicionamento operante ou respondente. A resposta verbal que descreve a resposta discriminativa não é inevitável, mas onde quer que ocorra, pode-se supor que as mesmas variáveis estejam ativas. Não alteramos a inacessibilidade do evento privado por este tratamento, mas fomos bem-sucedidos ao trazer o comportamento que descreve o evento sob certo tipo de controle funcional." (p. 265).

Para terminar e podermos entender a variabilidade e também falta de sensibilidade a alguns reforçadores presentes no meio, SKINNER (1953) afirma que os estímulos aversivos eliciam

reflexos e geram algumas predisposições emocionais que podem acabar interferindo e atrapalhando algum comportamento a ser reforçado.

Como se pôde observar no filme, alguns comportamentos de Paul estão de acordo com uma pesquisa feita por MULLEN (1994, citado por LEITE, 2001) que encontrou dados de uma amostra na Inglaterra que pessoas que bebem são muito mais pródigas com relação a ciúme; a violência é voltada ao parceiro e não ao rival e os homens são responsáveis pela maioria de mortes e ferimentos graves resultantes do ciúme.

Também ficaram notáveis as diversas situações em que o comportamento ciumento de Paul era reforçado indevidamente através de esquema de reforçamento, vindo de encontro com o que MENEZES; CASTRO (2001, citado por COSTA, 2005) afirmaram ao notar que o ciúme é reforçado em esquema intermitente e, quanto mais reforçado e mantido, mais difícil se torna para ser extinto.

COSTA (2005) cita como exemplo o parceiro que demonstra ciúme apela parceira, que, por sua vez, reforça esse comportamento ciumento dizendo que o parceiro não precisa ser preocupar, que ela nunca faria isso com ele, que ela o ama muito e no final ainda dá-lhe um beijo. Exatamente aconteceu no filme e o reforço final, por hora, era relação sexual.

Para FERREIRA-SANTOS (1998) o ciúme implica em uma depreciação do outro, pois o parceiro ciumento acaba interferindo nesse comportamento e na sua liberdade, tornando-se possessivo e controlador. ALMEIDA (2007) afirma, em seu estudo, a possibilidade de que o ciúme romântico tenha sido uma forma de precaver um relacionamento amoroso dos malefícios de uma eventual infidelidade.

No que diz respeito à respiração ofegante de Paul, podemos nos basear associando aos escritos de SKINNER (1989/1991) afirmando que o condicionamento reflexo explicaria as reações fisiológica, por exemplo, um aperto no peito, sensação de nó na garganta ou sensação de perda de controle.

Para um entendimento mais concreto dos comportamentos agressivos de Paul serão analisadas cinco cenas importantes do filme:

CENA 13 – Paul mexe nas compras de Nelly



Paul demonstra tentar testar a probidade de Nelly e também dá início a um comportamento ciumento típico:vasculhar pertences do(a) parceiro(a).

Paul questiona Nelly a respeito de sua ida à casa de sua mãe e do pagamento do impressor, Nelly responde com palavras curtas. O comportamento questionador de Paul pode ter como função o conhecimento sobre o que Nelly faz na sua ausência. Em todas as perguntas de Paul, Nelly deixa um "suspense no ar". Primeiramente diz ter ido pagar o impressor depois do almoço, porém, ele ligou para Paul às 15:00 cobrando. Então, ela responde que deve ter passado, logo em seguida, ao telefonema do cobrador. Depois, diz que não foi almoçar com a mãe por causa da aula de piano da mãe, indo almoçar com Marilyn (retomando, sinal de aversividade).

Para finalizar pergunta se o movimento estava fraco, por ela estar até essa hora fora do hotel. Para isso Nelly diz que não passa o dia olhando a hora. Então, podemos concluir que, embora todas as respostas de Nelly estejam dentro de uma provável verdade, também podem estar dentro de uma provável mentira. Então, Nelly estaria comportando-se de forma a contracontrolar o questionamento de Paul ou estaria cada vez mais reforçando esse padrão de comportamento dele? Com o desenrolar da história, fica mais evidente esta segunda alternativa.

É neste momento que o comportamento ciumento de Paul é altamente (e indevidamente) reforçado por Nelly. Ela se aproxima de Paul, olha para ele e afirma que ele está "com ciúme". Paul confirma a conclusão de Nelly. Então, como se Nelly assinasse sua sentença de um término de paz, diz a Paul que seu ciúme é bem-vindo a ela, que seu ciúme é sinal que ele a ama. Em outras palavras, o seu comportamento de demonstrar ciúme é altamente reforçado (conseqüência), tornou-se a partir deste momento, mais que um ato, uma prova de amor. Com isso, não somente o comportamento questionador foi reforçado, mas toda a classe comportamental que deriva dessa contingência de insegurança. Como se não bastasse, entrando no banheiro, Nelly olha sorrindo para Paul e chama-o de ciumento.

Com Nelly no banheiro, Paul vai até a cama onde estão as compras. Para Paul, neste momento, "som de chuveiro ligado" seria um estimulo discriminativo para vasculhar a bolsa de Nelly, pois a probabilidade de ser reforçado (achar uma prova de infidelidade) sem a presença de Nelly (tomando banho) é bem maior. Podemos comprovar isso quando o som de chuveiro cessa (estimulo delta), Paul guarda todos os objetos dentro da bolsa novamente. Outro estimulo discriminativo ocorre quando Nelly liga o secador no banheiro, ou seja, é uma nova oportunidade de encontrar algo que possa "incriminar" Nelly. Paul desembrulha uma bolsa, porém, Nelly desliga o secador e sai do banheiro em seguida, não dando tempo de Paul guardá-la novamente. Se o comportamento de vasculhar de Paul era mantido na ausência de Nelly, podemos dizer que ele foi

punido quando Nelly abriu a porta do banheiro e viu Paul com a bolsa nas mãos (ainda assim, vale lembrar que um comportamento só é punido se ele diminui em freqüência). Paul diz que abriu o embrulho por curiosidade e Nelly afirmou ter pagado $1.500 (preço fictício, o que mais tarde vem a ser descoberto por Paul, tornando mais uma prova contra Nelly).

É importante ressaltar neste momento que quando se fala em ciúme, geralmente não é preciso haver provas para incriminar o parceiro, muito menos concluir a partir de fatos que atestem os pensamentos sobre infidelidade. As pessoas ciumentas tendem a se basear parcialmente na realidade e vão juntando fatos que lhes conduzem a uma conclusão baseada numa forma distorcida do que realmente estão vivendo e presenciando (Almeida et al., 2008).

CENA 23 – Conversa de Nelly e Paul na madrugada



Sozinho no seu apartamento, Paul demonstra estar arrependido quando conversa consigo mesmo, pedindo perdão. Quando Nelly chega no apartamento e exige uma explicação, a resposta que Paul dá é que sente ciúme. Nelly diz não entender o porquê do ciúme, ou seja, o mesmo comportamento ciumento de Paul, que antes era reforçado por ser um sinal de amor a Nelly, agora já não faz sentido para ela.

Paul também deixa clara sua vontade de se auto-agredir ou até mesmo se matar jogando-se pela janela. Esse seu comportamento é, mais uma vez inadequadamente, reforçado por Nelly que conseqüência dizendo que prefere que ele a esbofeteie, bata nela do que se sinta assim e até se "jogue pela janela". Mais uma vez, assim como Nelly agiu muito mal reforçando o ciúme de Paul na cena 13, agora ela reforça o comportamento agressivo de Paul. Podemos pensar, por que Paul agiria de outra forma se essa é tão aceita por Nelly? E o pior, essa forma é aceita (reforçada) intermitentemente.

No meio da noite, Paul acorda Nelly perguntando-lhe sobre Martineau. Paul fala que tem lógica ele não vir mais ao hotel, porém Nelly pode encontrá-lo na cidade. Este comportamento de Paul é novamente reforçado inadequadamente quando pede uma prova a Nelly de que ela não está traindo-o. Nelly diz que se Paul acha melhor assim, então ela nunca mais irá mais à cidade. Em outras palavras, o comportamento de questionar, controlar, não deixar que Nelly saia sozinho é altamente reforçado com a aceitação de Nelly.

Algum tempo depois, ainda no quarto, há um controle muito grande de Paul sobre Nelly. Paul volta a falar das ocasiões em que Nelly, supostamente, havia-o traído. Nelly encontra-se sentada no chão, encolhida, enquanto Paul anda pelo quarto e toma bebida alcoólica. Nelly nega as afirmações de Paul sobre traição. Quando se levanta, Paul encosta-a na parede e agressivamente coloca uma mão na garganta de Nelly e a outra, com o punho fechado, acima de sua cabeça. Nelly, pressionada contra a parede por Paul dizendo para contar a verdade, com uma grande possibilidade de apanhar dele novamente, diz que transou com Martineau na ilha, no carro, na casa dele e até no quarto em que estão, na ausência de Paul. Então, Nelly afasta-se de Paul e tranca-se no banheiro.

Esse comportamento de Nelly parece aliviar Paul. Parece ser a resposta que ele tanto queria ouvir. Ele pede para Nelly abrir a porta, porém, ela não o faz. Nelly só abre a porta quando Paul está sentado, na cama, esperando-a. Então, Nelly chama-o de idiota. Na verdade, Nelly só havia falado que transou com Martineau para conseguir fugir da pressão de Paul. Com esse comportamento de Nelly pode só ter aumentado ainda mais a insegurança de Paul.

Cena 24 – Nelly ameaça trair Paul



Paul, dentro do hotel, vê pela janela Nelly acendendo um cigarro com um hóspede. Paul vai até Nelly, já afastada do hóspede, e pergunta se ela está passeando. Então, Nelly diz que há quinze dias não agüenta mais essa opressão de Paul sobre ela, sua falta de liberdade (que, como se pôde observar, ela mesma a ocasionou). Nesse momento, mais uma vez Nelly "alimenta" os comportamentos ciumentos (tanto públicos quanto privados) de Paul, jurando que irá traí-lo de alguma forma com alguém. Por motivos como esse que a variabilidade comportamental de Paul é grande com relação à Nelly. Através de comportamentos semelhantes, Nelly hora reforça tais questionamentos de Paul, hora pune-os, dificultando a discriminação por parte de Paul e aumentando seus comportamentos inadequados.

CENA 25 – Nelly entrega velas aos hóspedes



Novamente, nesta cena, Nelly age "inadequadamente" quando há um *apagão* no hotel. Ao chegar no hotel e não encontrar Nelly, Paul conversa na recepção com Clotilde. Estão presentes neste momento estímulos semelhantes ao dia em que encontrou Nelly e Martineau na sala. A porta da

sala estava fechada, sala escura, funcionários não sabiam onde Nelly estava e clarões eram refletidos na porta da sala (porém, dessa vez o clarão era dos relâmpagos). Paul, possivelmente, generaliza esses estímulos e, como da outra vez, vai até a sala para averiguar o que acontece, com probabilidade aumentada pela experiência anterior de ter encontrado Nelly na sala. No entanto, na sala só encontra Vincent e Duhamel, que diz que Nelly "desapareceu nas trevas". Frase pensada por Paul como "trevas oportunas" para o juramento de Nelly em traí-lo.

Em busca de Nelly, no andar de cima, Paul esconde-se atrás de uma parede, observando os comportamentos de Nelly de entregar velas nos quartos dos hóspedes. Em cada quarto que Nelly passa, há um evento em que pode aumentar a probabilidade de Nelly realmente estar traindo seu parceiro. Em um quarto, o hóspede convida Nelly para entrar; em outro a mulher diz que Nelly deveria saber onde Paul está, pois estavam juntos na garagem; e em outro, Nelly entra no quarto para entregar a vela a um hóspede recente no hotel. Nesse tempo, enquanto Nelly entrega as velas, uma mulher esbarra em Paul e diz que os hóspedes "são muito tarados, talvez por causa do temporal". Mais um evento que reforça o pensamento de Paul em se certificar de que Nelly o trai.

Como se ainda não fosse o bastante, quando Nelly encontra-se com Paul e este pergunta por que ela entrou no quarto de um hóspede, e ela responde que ele estava deitado, por isso pediu que entrasse. E perguntada sobre o que ele fazia deitado, ela (reforçando ainda mais o comportamento ciumento de Paul) diz que o hóspede a estava esperando. Em seguida, Nelly diz a Paul que o ama (inadequadamente frente aos comportamentos ciumentos de Paul). Para FISHER(2006) o ciúme pode contribuir para que o afetado acalme o parceiro desconfiado através de declarações de fidelidade, amor, vinculação, entre outros garantindo uma durabilidade do relacionamento. Porém, mesmo com o intuito de fortalecer a relação, este comportamento reforça os comportamentos do ciumento, que provavelmente demonstrará cada vez mais ciúme.

CENA 26 – Paul procura Nelly nos quartos



Paul imagina o garçom e Nelly fazendo sexo no porão ao irem ver os fusíveis na hora do "apagão". Paul vai até o sótão para fechar uma janela que está aberta e lá encontra a pulseira de ouro, que deu para Nelly, no chão. E quando o clarão de um relâmpago clareia o sótão, ilumina uma cama.

Todos esses estímulos, escuridão, pulseira de Nelly no chão, cama no sótão, flashes de luz (relâmpagos) produzem o padrão comportamental de Paul em imaginar Nelly seduzindo todos os hóspedes do hotel.

Questionada por Paul sobre a pulseira, Nelly diz que a perdeu há uns três dias. Paul manda-a calar a boca, dizendo que só abre a boca para mentir, não acreditando nas respostas que Nelly dá a ele. Nesse momento, Nelly também reforça o comportamento investigativo e duvidoso de Paul. Ela afirma que mente, e mente para colocar fim às perguntas de Paul, e que não se importa em mentir para ele. Com isso, Nelly só aumentou a probabilidade de mentir sempre para Paul e também faz com que Paul passe a perguntar e duvidar ainda mais das respostas dela. Na seqüência da discussão, Nelly diz que só está com Paul porque não consegue sustentar sua mãe e Vincent sozinha, havendo a possibilidade de estar com Paul por interesse. Mais uma vez, Paul toma bebida alcoólica.

De madrugada, Paul acorda e não encontra Nelly na cama. A ausência de Nelly torna-se um estimulo para a procura da mesma, existindo uma possibilidade dela o estar traindo enquanto ele dormia. Paul anda pelo corredor, colocando o ouvido nas portas dos quartos. Entra no quarto de Duhamel, que se encontra com a porta aberta. Dentro, há duas taças e uma garrafa. Então, Paul acusa Duhamel de estar se relacionando com Nelly. Há mais uma idéia de suicídio, quando Paul responsabiliza Duhamel caso se mate com um tiro.

De volta ao quarto, Paul acusa Nelly de ter se relacionado com Duhamel. Diz que se todos podem ter relação com ela, ele também terá. Este é um momento em que a agressão de Paul se torna muito evidente. Ele segura Nelly à força no chão e força a fazer sexo com ele. Usa da violência para controlá-la e força a fazer sexo como uma forma punitiva, de vingança frente ao comportamento "infiel" dela. Mais uma vez, a agressão é voltada para Nelly, e não para Duhamel.

Considerações Finais

Por meio da perspectiva da Análise do Comportamento sobre o filme analisado pôde-se verificar a constante influência que o ambiente exerce sobre o ser humano, havendo uma relação *sine qua non* entre ambos (organismo-ambiente). Por meio da análise funcional constatou-se que os comportamentos de Nelly tiveram capital importância na instalação e manutenção dos comportamentos ciumentos de Paul. À medida que ela reforçava tais comportamentos, não só estes eram reforçados, mas dava-se início a generalização a vários outros comportamentos que fizessem parte desse padrão específico de uma pessoa ciumenta.

Respondendo ao questionamento proposto no início do trabalho, baseado na análise funcional, Nelly com certeza teve grande influência sobre o "inferno" que se instalou em sua vida, passando a ser controlada, vigiada e agredida diversas vezes pelo seu marido, que por diversas vezes se alcoolizava nos momentos próximos ou durante os comportamentos ciumentos. Fato que corrobora com a pesquisa de MULLEN (1994), a qual os homens são os maiores responsáveis pelos casos de violência devido o ciúme, a agressão é voltada ao parceiro(a) e também que o álcool tem papel importante na manifestação desse sentimento.

Por meio desta análise evidencia-se a importância de pesquisas que enfatizem a importância do ambiente neste sentimento, o qual é produto de fatores hereditários, ontogenéticos e culturais, sendo um tema de difícil estudo frente a gama de definições em que é citado. Essa tarefa torna-se necessária aos analistas do comportamento que desejam ir à raiz dos problemas para encontrar sua verdadeira causa e não se aquietam frente às explicações superficiais.

Referências

ALMEIDA, T. *Ciúme romântico e infidelidade amorosa entre paulistanos: incidências e relações.* Dissertação (Mestrado), Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2007a.

ALMEIDA, T. *Ciúme e suas conseqüências para os relacionamentos amorosos*. Curitiba: Certa, 2007b.

ALMEIDA, T.; RODRIGUES, K. R. B.; SILVA, A. A. Ciúme romântico e os relacionamentos amorosos heterossexuais contemporâneos. *Estudos de Psicologia*, v. 13, n. 1, 83-90, 2008.

BAUM, W. M. *Compreender o behaviorismo: ciência, comportamento e cultura. Tradução de* M. T. A. Silva et al. Porto Alegre: ARTMED, 1999.

COSTA, N. Contribuições da Psicologia Evolutiva e da Análise do Comportamento acerca do Ciúme. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, v. 7, n. 2, 5-13, 2005.

DELITTI, M.; MEYER, S. B. O uso dos encobertos na prática da terapia comportamental. In: B. RANGÉ, *Psicoterapia comportamental e cognitiva:* pesquisa, prática, aplicações e problemas. Campinas, Psy, 1995.

FERREIRA-SANTOS, E. *Ciúme, o medo da perda.* 3ª ed. São Paulo: Ática, 1998.

FISCHER, H. *Por que amamos*. Rio de Janeiro: Record, 2006.

LEITE, S. M. C. S. Ciúme e inveja: a visão comportamental. In: WIELENSKA, R. C. *et al. Sobre comportamento e Cognição:* questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos. Santo André: ESETec Editores Associados, 2000, v.6, p. 74-77.

MACHADO, L. M. C. M. Esquemas de reforçamento positivo. Esquemas simples. *Psicologia*, v. 12, n. 2, 1-15, 1986.

MATOS, M. A. Behaviorismo metodológico e behaviorismo radical. In: RANGÉ, B. *Psicoterapia comportamental e cognitiva:* pesquisa, prática, aplicações e problemas. Campinas, Psy, 1995.

MATOS, M. A. Análise Funcional do Comportamento. *Estudos de Psicologia,* v. 16, n. 3, 8-18, 1999.

MATOS, M. A.; TOMANARI, G. Y. *A análise do comportamento no laboratório didático*. São Paulo: Manole, 2002.

MILLENSON, J. R. *Princípios de análise do comportamento*. 1. ed. Brasília: Editora de Brasília, 1975.

MOREIRA, M. B.; MEDEIROS, C. A. *Princípios básicos de análise do comportamento*. Porto Alegre: Artmed, 2007.

PARROTT, W. G. *Emotions in social psychology:* essential readings. Philadelphia: Psychology Press, 2001.

SCHOENFELD, W. N.; KELLER, F. S. *Princípios de Psicologia:* um texto sistemático na ciência do comportamento. 3. ed. São Paulo: Editora Herder, 1966.

SKINNER, B. F.*Questões Recentes na Análise Comportamental*. Campinas, SP: Papirus. (Originalmente publicado em 1989 pela Merrill Publishing Company), 1995.

SKINNER, B. F. *Ciência e Comportamento Humano*. Tradução de J. C. Todorov; R. Azziz. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

SKINNER, B. F. *Sobre o behaviorismo*. Tradução de M. P. Villalobos. São Paulo: Cultrix, 1974.

SOUZA, D. G. O que é contingência. In: BANACO, R. A. *et al*. *Sobre Comportamento e Cognição:* aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista. Santo André, SP: ESETec, 2001, v. 1, p. 82-87.

TODD, J.; DEWHURST, K. The Othello Syndrome: a study in the psychopathology of sexual jealousy. *Journal of Nervous and Mental Disorder,* v. 122, p. 367-374, 1955.

FATORES QUE INFLUENCIAM O DESENVOLVIMENTO DO NAMORO

Thiago de Almeida

"Para viver um grande amor direito
Não basta apenas ser um bom sujeito
É preciso também ter muito peito
Peito de remador
É sempre necessário ter em vista
Um crédito de rosas no florista
Muito mais, muito mais que na modista!
Para viver um grande amor
Conta ponto saber fazer coisinhas
Ovos mexidos, camarões, sopinhas
Molhos, filés com fritas, comidinhas
Para depois do amor
E o que há de melhor que ir pra cozinha
E preparar com amor uma galinha
Com uma rica e gostosa farofinha
Para o seu grande amor?"
("Para viver um grande amor", poema de Vinícius de Moraes)

Por se tratar de um fenômeno histórico construído socialmente, a violência precisa ser compreendida por intermédio da observação das relações cotidianas associadas ao âmbito político, econômico e cultural (MINAYO; SOUZA, 1999), como o namoro. Reconhece-se que as relações significativas para o ser humano como o namoro, podem ser consideradas como fatores de risco ou de proteção (também chamados de fatores resilientes), dado que ora promovem o sentimento de segurança e a auto-estima e concorrem para o bem estar global do indivíduo, ora geram condições adversas de existência e implicam considerável sofrimento (CANAVARRO, 1999).

Segundo VELHO (1996), as transformações ocorridas no Brasil de hoje, principalmente em termos econômicos, e o aumento populacional das cidades, afetaram profundamente o sistema de valores éticos e morais, reforçando a impessoalidade, o individualismo e, conseqüentemente, diminuindo a reciprocidade nas relações. Sobretudo, os adolescentes vítimas de violência estrutural e familiar freqüentemente as perpetram nos ambientes que freqüentam, e nos relacionamentos que

estabelecem como no namoro. Na esfera da psicanálise, LEVISKY (1997) afirma que a perversidade humana pode aflorar em determinadas circunstâncias. Ainda, de acordo com este autor, os adolescentes têm maior tendência a descarregar seus impulsos agressivos e sexuais diretamente, buscando satisfação imediata dos desejos. Em geral, primeiramente agem, depois pensam. Portadores de um ego instável que busca auto-afirmação, eles são extremamente vulneráveis às pressões pulsionais e às influências externas (TAQUETTE; RUZANY; MEIRELLES; RICARDO, 2003). De acordo com BERTOLDO e BARBARÁ (2006), o jovem adulto encontra-se tipicamente em uma etapa de transição para a conquista da autonomia psicológica e emocional. Nesse sentido, pode-se considerar que as relações íntimas que se desenvolvem neste período - de amizade ou namoro - estabelecem um laço que podem, ou não, conferir segurança emocional neste momento de distanciamento das relações parentais. Para além do período final da adolescência, considera-se que a capacidade de construir e de manter relações íntimas constitua um dos principais critérios de saúde mental e de satisfação interpessoal (SIQUEIRA, 2001).

Além da causalidade imbricada no surgimento do compromisso, é importante averiguar os motivos que mantêm os parceiros unidos, esse texto objetiva então analisar alguns dos fatores que influenciam o desenvolvimento do namoro e podem estar associados com a questão da violência e/ou também da saúde psíquica dos casais, sobretudo, adolescentes.

Conceituando o amor romântico e o namoro

O amor foi conceituado inicialmente como: *"atitude mantida por uma pessoa em relação a outra pessoa particular, a qual envolve predisposições para pensar, sentir e comportar-se de determinadas maneiras relativamente àquela pessoa"* (RODRIGUES; ASSMAR; JABLONSKI, 1999, p. 347). E dentre as mais variadas manifestações que o conceito de amor pode assumir, encontramos o amor romântico que seria aquele que se estabelece por suas necessidades afiliadas e de dependência, paixão, idealização, absorção e exclusividade entre duas pessoas em um vínculo geralmente estável (DRISCOLL; DAVIS; LIPETZ, 1972; BRANDEN, 1988).

Apesar de o amor romântico ser tão importante na vida de todos nós, a psicologia estudou muito pouco seus fenômenos bem como as continuidades e descontinuidades que existem entre as

formas infantis, adolescentes e adultas de amar (MONTORO, 2004). E uma das possíveis vicissitudes que o amor romântico pode se encaminhar é o namoro. O filósofo grego, Sócrates, compreendia o namoro como sendo um encantador estímulo para o autoconhecimento. Ele foi objetivo quando disse no texto *O Banquete* que todo homem devia se casar. Frase causa uma impressão de postura presunçosa por parte do autor. Sugestão: - E se Platão estivesse no mundo comtemporâneo, quem sabe não diria: "Nunca sem antes namorar"?

O namoro é uma fase importante e necessária para o desenvolvimento do ser humano. O namoro pode ser tomado, em certos termos, como diferente destas outras formas de relacionamentos, que têm formas e características próprias; mas na prática cotidiana aparecem imbricados, uns com os outros, seja pela fronteira tênue dos elementos componentes dos mesmos, seja pela seqüência em que os agentes operam, quando se mesclam as características e traços que os compõem. Mas, certamente, uma característica peculiar destaca o namoro entre estes outros códigos de relacionamentos, e que, está ligada a necessidade de se estabelecer um vínculo concebido "como parte do processo de conhecimento e de aprofundamento das relações entre o casal, em que se torna necessário a aproximação e incorporação do indivíduo ao núcleo familiar" (Amaral, 2000, p. 18).

De acordo com o dito anteriormente, entende-se que o namoro é uma fase necessária para o início de um relacionamento mais íntimo destinado a uma vida conjugal em longo prazo. Não se pode afirmar que o namoro é somente o prenúncio de uma atividade sexual entre duas pessoas que têm determinadas afinidades. A vida sexual é um dos complementos do relacionamento afetivo. Há que se evidenciar que este complemento que é importante, mas não o mais fundamental dos complementos de uma relação afetiva.

Não há idade cronológica que determine o início do namoro. De modo geral, o primeiro namoro ocorre durante a adolescência, porque devido às características psico-afetivas do namoro é preciso um certo amadurecimento físico e psicológico para que ele tenha o seu início. Também não se deve começar um namoro apenas porque não se quer permanecer sem namorar. Existem muitos casamentos infelizes que começaram dessa maneira, ou seja, fundamentados em premissas similares que associadas a crença que depois de casados a convivência me fará conviver e gostar da parceria escolhida, ou ainda, que os comportamentos negativos do parceiro como a violência, nas suas mais diversas formas de manifestação, possa arrefecer posteriormente. A idéia de que a violência faz parte da natureza

humana e tem raízes biológicas vem sendo atualmente contestada pela maioria dos estudiosos (Minayo, 1994).

Em princípio, a quantidade de tempo de namoro não está relacionada a qualidade ou mesmo a duração de um relacionamento como o casamento, ou mesmo, às uniões consensuais, como "o morar junto" seria uma possível ilustração. Há uniões matrimoniais que ocorrem após alguns dias de namoro, outras após alguns anos de namoro. Quando o casal interage positivamente, o tempo de namoro, muitas vezes, está condicionado às questões de ordem material, não mais às razões afetivas.

O namoro então pode ser conceituado como um relacionamento social e afetivo-sexual que pode evoluir para um relacionamento duradouro ou para o término do mesmo devido à incompatibilidade de características, mas para saber sobre isso é necessário que se prove o relacionamento (NAZZARI; LAZZAROTTO; MALAGGI; BARATIERI, 2007). Deste modo, compreendendo esses autores, há de se pensar que um dos maiores objetivos do namoro é conhecer profundamente a parceria selecionada a ponto de ter uma segurança quanto se quiser dar um passo tão importante quanto promover o relacionamento para um outro de um maior nível de comprometimento, intimidade e de amor como podemos citar o casamento. Uma mesma questão é o denominador comum para aqueles que tanto pretendem um namoro ou ainda um casamento satisfatório: qual é a base de um relacionamento feliz. Para algumas pessoas o fundamento de um relacionamento deve ser a paixão que deve perdurar durante todo o tempo em que o relacionamento durar ou mesmo que o casal permanecer junto. Para outros casais, a base de um relacionamento pode ser encontrada em proporcionarem um para o outro uma boa situação financeira, o que antigamente poderia ser compreendido enquanto "bom partido". O que será comentado aqui não se aplica somente ao namoro, mas especialmente a este, dentre as inúmeras outras formas de relacionamento afetivo-sexuais existentes e que estabelecemos. Uma vez esclarecida a dinâmica que acontece em relacionamentos como o namoro, quais os fatores que cooperam para um bom relacionamento?

Fatores que cooperam para um bom relacionamento

Entende-se que a atração interpessoal constitui um dos componentes do desenvolvimento das relações entre os indivíduos, incluindo aquelas de natureza fraternal e amorosa. A atração interpessoal pode ser definida como uma experiência que leva os indivíduos a relatarem uma conexão especial com os outros (REEDER, 2000). Tomando-se uma perspectiva evolucionária, a

atração interpessoal é obviamente vista como um elemento crucial no desenvolvimento de vínculos que possam resultar na geração de descendentes, e assim sendo, na continuação da espécie. Sob a ótica da psicologia cognitiva, a atração está relacionada aos esquemas cognitivos que são construídos a partir dos ideais de parceiros e relacionamentos amorosos (FLETCHER; GILES; SIMPSON; THOMAS, 1999). Em outras palavras, a atração interpessoal não ocorre de maneira aleatória, mas está diretamente ligada aos esquemas cognitivos que, consciente ou inconscientemente, são mediados por experiências anteriores com colegas e responsáveis (PRIEL; BESSER, 2000).

Todavia, a atração inicial é apenas o primeiro investimento do qual podem emergir relações como o namoro. Dessa forma, características como beleza, charme, bem vestir, e mesmo um comportamento extravagante ou escandaloso garante o primeiro olhar. Este primeiro momento poderá ser de agrado ou não, mas os olhares terão se cruzado. Há também um conjunto inumerável de fatores como a influência dos amigos, status sócio-econômico, proximidade física, identidade de valores, vida sexual satisfatória que podem favorecer o relacionamento para que este se conserve. Entretanto, somente estes fatores são insuficientes para a relação durar, aliás, além do critério "duração" é indispensável que a união seja percebida como benigna para ambas as partes. Analisemos, então, alguns dos fatores de notável importância para o desenvolvimento dos relacionamentos amorosos como, por exemplo, o namoro.

Uma escolha adequada de parcerias amorosas

A violência no namoro, e especialmente para as relações juvenis foi está sendo progressivamente considerada um problema social relevante e merecedor de atenção em si mesmo (Callahan, Tolman & Saunders, 2003). Como os comportamentos violentos no namoro pressupõe a existência de um casal de pessoas que namorem, uma das medidas preventivas para que tente se erradicar com a violência neste contexto é uma adequada escolha de parceiros afetivo-sexuais. De fato, uma das grandes decisões das nossas vidas é a escolha de um parceiro, com quem dividiremos nosso futuro, seja essa escolha em curto, médio ou em longo prazo. A princípio, ao escolher, ainda que inconscientemente, um parceiro afetivo, mesmo para aventuras breves, o que se procura é o prazer. Assim, pode-se dizer que o que se pede então ao objeto (da escolha) é que seja essencialmente um fator de satisfação. Caso falhe, a relação cessa imediatamente. O que também

pode explicar em partes o comprometimento dos parceiros numa relação amorosa e seus prováveis desdobramentos.

Então, não se escolhe parceiros por eles serem agressivos, a agressessão dos parceiros é um fato que passa desapercebido e que mesmo quando surge durante o andamento do relacionamento amoroso do namoro é subestimada como se se tratasse de uma fase ruim por parte de um dos parceiros. A escolha do parceiro é provavelmente a mais importante das escolhas feitas na vida, mais do que a da profissão. Embora hoje o divórcio seja um fato muito comum, e as formas de casamento muito variadas, cada pessoa passará por este processo somente umas poucas vezes na vida. Esta escolha pode ser francamente destrutiva ou altamente "terapêutica", no sentido de poder impulsionar mudanças em direção à saúde, ou de estimular um funcionamento psicológico mais adequado. Em relação à escolha, Di Yorio (1996) explica nos seguintes termos:

> A escolha de um parceiro geralmente envolve um complexo 'arsenal' de motivações, ligadas a vivências emocionais muito íntimas e profundas. (...) Misturam-se desejos de várias ordens, e quanto mais inconsciente o indivíduo estiver em relação a esses desejos, maior a possibilidade de tais conteúdos serem 'fisgados' nessa relação. Isso ocorrre porque certas características observadas em alguém podem levar um outro indivíduo a estabelecer com aquele uma relação inconsciente, que o leva a crer, de maneira errônea, que aquele alguém é idêntico àquilo que nele é visto. Pode acontecer que a pessoa, ao fazer a escolha do seu parceiro, tome o outro, ao menos parcialmente, como uma parte de sua própria personalidade, dissociada de sua consciência, e que passe, então, dessa forma, a fazer parte daquele outro, tornando-o verdadeiro hospedeiro de conteúdos psíquicos que não lhe pertencem. (...) O indivíduo que não consegue tomar para si aquilo que constitui parte de seu mundo interno, fica perdido de si mesmo, buscando se achar no outro (p. 21).

Em outras palavras, as duas pessoas que se escolheram poderão potencializar o que têm de melhor uma na outra, reparando suas carências e amadurecendo positivamente. No entanto, há

situações nas quais o que cada um tem de pior é acionado, numa combinação explosiva. Esta é sempre uma equação muito complexa, com resultado imprevisível. Quem nunca viu um casamento "perfeito" desmoronar ou uma dupla improvável dar-se muito bem? Quem não viu pessoas que em outros contextos são produtivas, funcionam bem e se tornam francamente destrutivas junto a seus cônjuges, ou, ao contrário, pessoas em quem ninguém apostaria acabarem produtivas e amáveis após o casamento?

O momento de escolha de um parceiro é, pois, importante. Desse modo, o bom senso aconselha avançar com cuidado enquanto se está no início de uma relação, aceitando submeter esta relação a provas parciais, enquanto o tempo vai dando oportunidade de se evidenciarem características de um e outro parceiro. Dar tempo também para que soluções sejam implementadas frente a eventuais conflitos, que sejam testadas e re-testadas, num processo contínuo de seleção de alternativas.

A questão das expectativas e dos contratos afetivos

No início de uma relação, muitas vezes marcada por rompantes de paixão, depositamos nas pessoas um conjunto de desejos e de expectativas que quase sempre nos cegam para a realidade e suspendem nosso senso crítico. Mas a paixão, por si só, é transitória, e a relação amorosa começa realmente quando conseguimos sair de um estado de transe e encarar a realidade de frente. Dessa forma, todo casal, quando se forma, traz para o relacionamento uma espécie de acordo inconsciente que funciona com um fundamento para o que será a delineado como uma vida a dois. Embora muitas vezes os parceiros concordem aparentemente com este "contrato", automaticamente este se forma a partir de uma extensa negociação que ambos constroem desde os primeiros encontros.

O relacionamento amoroso é um constructo cotidiano; uma negociação que se atualiza na medida em que diversas situações surgem no relacionamento. Assim, quando duas pessoas decidem se unir, isso é feito porque resolvem que é bom para elas tal arranjo. Somos seres gregários por natureza e, ao que parece, freqüentemente caminhamos ao encontro do outro aspirando por uma completude. Sobretudo, para os apaixonados, há um grande desejo de fusão. Contudo, o fato de eleger uma pessoa para dedicar uma parte do seu tempo e dos seus recursos não implica que não se possa mudar de idéia posteriormente e, possivelmente, lesar, ou romper este acordo. O problema, então, de acordo com LEMOS(1994) é que nem sempre esse contrato é compreendido, por ambas as

partes, da mesma maneira. Embora isso possa nos parecer óbvio demais, continuamos a realizar rituais e a fazer promessas de amor eterno. Desta forma, quando um parceiro diz ao outro: "você sempre soube o que eu queria", cobra o cumprimento desse acordo. Há que se ressaltar também que as mudanças pelas quais as pessoas passam ao longo da vida podem vir a exigir reajuste, e, quem sabe, novas escolhas.

Satisfação obtida na relação

Qualquer relacionamento tem motivação egoísta *à priori.* O que implica em dizermos que, senão todos, a maioria dos relacionamentos afetivo-sexuais é egoísta. Em outras palavras, a razão mais primordial de um relacionamento é satisfazer a si mesmo. Por exemplo, quando flertamos com uma deteerminada pessoa é porque se pensa que esta será para a vida de quem escolhe que colaborem para a própria realização pessoal. Mesmo que se pratique total desprendimento, e quem está escolhendo sacrifique-se por ela, coloque-a como centro do seu mundo, no fim das contas os parceiros que escolhem farão tudo isso para ter ao seu lado alguém que você acredita ser o melhor. Mais uma vez isso é difícil de aceitar, afinal é comum ver pessoas se submetendo umas às outras que não dão nada em troca. Mas isso pode ser explicado pelo fato de que nem sempre o que se espera, inconscientemente, é amor e carinho.

Pode-se dizer que o que se pede então aos parceiros escolhidos é que estas parcerias afetivo-sexuais sejam essencialmente um fator de satisfação. Caso isso falhe, a relação pode cessar imediatamente. Se os parceiros estão felizes dentro de seus relacionamentos afetivos-sexuais, há uma menor probabilidade deles buscarem fora o que encontram em casa.

A admiração

A admiração por uma pessoa pode ser provocada tanto pelas suas qualidades gerais (inteligência, cultura, princípios morais etc.) como pelas suas qualidades diretamente relevantes para o *"apaixonamento*" (beleza, comportamentos típicos de cada gênero etc.). Geralmente as pessoas que estão tentando conquistar procuram uma forma sutil e socialmente aceita de exibir estes dois tipos de qualidades para seus objetos de conquista. Por exemplo, contam casos nos quais seus atributos admiráveis ficam sutilmente evidenciados, cuidam da beleza física e da produção

(principalmente as mulheres) e exibem recursos econômicos, como pagar jantares em restaurantes da moda, desfilar em carros caríssimos (principalmente os homens).

Aron e Aron (1996), numa tentativa de explicar tal dinâmica propõem a Teoria de Expansão do Eu. Esta teoria sugere que ao nos depararmos com uma pessoa, alvo de nossa admiração, desejamos incorporar as qualidades dessa pessoa ao nosso "eu". Assim, ama-se a vantagem que se aspira (ALMEIDA, 2003). E por que nos comportamos dessa forma?

Ao que parece, isto talvez se presta a melhorar a própria auto-imagem do parceiro que está selecionando as pessoas para desenvolver seu relacionamento amoroso. E a estratégia de incorporar tais qualidades é se unir amorosamente, à pessoa que as possui. Desta forma, as pessoas passam a integrar aquelas qualidades ao seu próprio ser. A Teoria de Aron & Aron (1996) também coloca que, para que uma pessoa invista afetivamente em outra, é necessário que ela perceba ser possível a formação de uma unidade amorosa com o desejado parceiro, retomando, novamente, o que já se disse sobre a disponibilidade psíquica.

Por este princípio, pode-se inferir que pessoas que não conseguem um parceiro ideal para iniciar um relacionamento amoroso frustram-se e, nos casos dessas pessoas virem a se relacionar amorosamente com outro parceiro menos qualificado, este relacionamento não se fundamentaria em alicerces amorosos, mas no conformismo da falta de uma opção melhor. Mesmo assim, isto não torna impeditivo formar relacionamentos nem dita as conseqüências do mesmo.

O medo da perda

Segundo stendhal (1999), a insegurança é o catalisador do amor: uma certa dose de insegurança contribuiria para o nascimento deste sentimento. O medo da perda pode ser compreendido em termos da perda da exclusividade, da ameaça da entrada de uma terceira pessoa na relação, ou mesmo da insegurança do decréscimo da percepção para a qualidade do relacionamento afetivo-sexual que nos é valorizado.

Quando algo é importante para nós, mas não estamos seguros da sua posse, tendemos a valorizá-lo mais e mantê-lo por mais tempo na nossa consciência ("Não consigo parar de pensar nela.") do que quando há segurança desta posse. A insegurança também faz com que comemoremos mais intensamente cada sinal de que estamos conquistando tal pessoa.

Considerações finais

O namoro é concebido, para muitos, como momento de carinho, de amizade, de beijar, de prazer e de se manter relações sexuais; esta última sendo uma decorrência "natural" da prática de adolescentes e adultos. O namoro, especialmente dentre pessoas adultas, pode ser facilmente confundido com a união estável, em razão da interpretação que tem sido realizada, segundo a qual na união estável não é exigida a convivência *more uxorio* ou moradia comum.

O namoro reserva alguns momentos muito gostosos, inerentes à essência do afeto humano, como: a descoberta do outro, transformação das pessoas em humanas; o desejo de ver e sentir; a paixão que causa reações fisiológicas das mais diversas; a sensação de ser desejado; troca de carinho e carícias; o romantismo. Há que se ter em mente que há pessoas com uma maior capacidade de amar e outras mais limitadas quanto a este critério. Será então o namoro enquanto uma admirável fase de aproximação, de conhecimento e de acréscimo para o ser humano, que poderá triar para nossas vidas aqueles que tenham uma capacidade de amar de acordo com nossas expectativas. Nem sempre se conhece com profundidade o ser humano, que está em contínua transformação. Ninguém permanece o mesmo por todo o tempo. Entretanto, há também pessoas que são resistentes a mudanças. E deveríamos pensar nessas situações ao pensarmos no que a violência pode acarretar fisicamente e psicologiacamente tanto para o agressor, mas principalmente para o agredido, e que não raro, é um comportamento inconscientemente reforçado pela vítima em sua interação com o agressor.

Como vimos há uma enorme gama de fatores que podem favorecer/prejudicar o desenvolvimento do namoro, uma das possíveis manifestações do amor romântico. Por muito tempo, especialistas tentaram descobrir, e continuarão a buscar respostas para os fatores que desencadeiam a paixão, aquilo que faz um relacionamento começar, acabar e até conservá-lo com o viço dos primeiros encontros. No entanto, ainda são incipientes as pesquisas nesta área. Desta forma, abordá-los se faz necessário à medida que, se se mantiverem tais lacunas, acontecerá, muito provavelmente, o mesmo círculo vicioso que Matarazzo (2001, p. 14) descreve ao tematizar os encontros interpessoais que por vezes configuram-se em relacionamentos amorosos: "só restarão o alô e o tchau; no meio, as falas de sempre" (MATARAZZO, 2001, p. 14).

REFERÊNCIAS

AMARAL, T. G. "*Ficar sim, mas namorar também – formas, significados e regras de namoro na atualidade*. Belém: UFPA, 2000 (não publicado).

ARON, E. N; ARON, A. Love and expansion of the self: the state of the model. *Personal Relationships*, New York: Cambridge University Press, v. 3, p. 45-58, 1996.

AZEVEDO, T. *As regras do namoro à antiga*: aproximações socioculturais. São Paulo: Ática, 1986.

BERTOLDO, R. B.; BARBARÁ, A. Representação social do namoro: a intimidade na visão dos jovens, *PsicoUSF, v.11*(2), 2006.

BRANDEN, N. *A Psicologia do amor*: o que é o amor, por que ele nasce, cresce e às vezes morre. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 1988.

CANAVARRO, M. *Relações afectivas e saúde mental*. Coimbra: Quarteto Editora, 1999.

3- COSTA, J. F. *Sem fraude nem favor:* estudos sobre o amor romântico. 4. Ed. Rio De Janeiro: Rocco, 1998.

DRISCOLL, D.; DAVIS, K.; LIPETZ, M. Parental Interference and Romantic Love: The Romeo and Juliet Effect. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 24, p.1-10, 1972.

DI YORIO, V. *Amor Conjugal e Terapia de Casal:* Uma abordagem arquetípica. São Paulo: Summus, 1996.

FEINGOLD, A. Gender differences in effects of physical attractiveness on romantic attraction: A comparison across five research paradigms. *Journal of Personality and Social Psychology,* v. 59, p. 981-993, 1990.

FELMLEE, D.; SPRENCHER, S. Close relationships and social psychology: Intersection and future paths. *Social Psychology Quarterly*, v. 63*,* p. 365-376, 2000.

FLETCHER, G. J. O. et. al. Ideals in intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology,* v. 76*,* p. 72-89, 1999.

KARNEY, B. R.; BRADBURY, T. N. Neuroticism, marital interaction, and the trajectory of marital satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology,* v. 72, p. 1075–1092, 1997.

LEVISKY, D. L. Aspectos do processo de identificação do adolescente na sociedade contemporânea e sua relações com a violência. In: LEVISKY, D. L. (Org.)., *Adolescência e Violência*, pp. 17-30. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

MATARAZZO, M. H. *Namorantes*. 2. ed. São Paulo: Mandarim, 2001.

MINAYO, M. C. S.. A violência social sob a perspectiva da Saúde Pública. *Cadernos de Saúde Pública*, *10*(1), 7-18, 1994.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da Saúde Pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.4, 7-32, 1999.

MYERS, D. G. *Social Psychology*. New York: McGraw Hill, 1993.

MONTORO, G. M. C. F. Amor conjugal e padrões de relacionamento. In: VITALE, M. A. F. *Laços amorosos*. São Paulo: Editora Agora, 2004.

NAZZARI, R. K. et. al. A visão dos jovens sobre o namoro. In: Seminário do centro de ciências sociais aplicadas de cascavel, 6., 2007, Cascavel. *Anais do vi seminário do centro de ciências sociais aplicadas de cascavel*. Cascavel: Edunioeste, 2007, V. 1, P. 1-6.

PRIEL, B.; BESSER, A. Adult attachment styles, early relationships, antenatal attachment, and perceptions of infant temperament: a study of first-time mothers. *Personal Relationships*, v. 7, p. 291-310, 2000.

REEDER, H. M. "I like you…as a friend": the role of attraction in cross-sex friendship. *Journal Of Social Psychology And Personal Relationships,* v. 17, P. 329-348, 2000.

SILVA, S. P. Considerações sobre o relacionamento amoroso entre adolescentes. *Card. Cedes, Campinas,* v. 22, n. 57, p. 23-43, ago. 2002.

SIQUEIRA, R. M. O (2001). *Representações sociais de jovens estudantes do ensino médio em Itajaí/SC, sobre relações íntimas no contexto da AIDS* (Dissertação de Mestrado). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina - Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

STENDHAL. *Do amor*. Tradução Roberto Leal Ferreira. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999. 379 p. (Trabalho original publicado em 1822).

VELHO, G. Violência, reciprocidade e desigualdade: Uma perspectiva antropológica. In: G. Velho & M. Alvito *(*Orgs.). *Cidadania e Violência*, pp. 10-24, Rio de Janeiro: Editora UFRJ/Editora FGV, 1996.

WAPNICK, J.; MAZZA, J. K.; DARROW, A. A. Effects of performer attractiveness, stage behavior, and dress on violin performance evaluation. *Journal of Research in Music Education*, v. 46, p. 51-521, 1998.

TAQUETTE, S. R.; RUZANY, M. H.; MEIRELLES, Z.; RICARDO, I. Relacionamento violento na adolescência e risco de DST/AIDS. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19*(5), 1437-1444, set-out, 2003.

UMA EXPERIÊNCIA DE TUTORIA A UM PACIENTE COM ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA) E SUA CUIDADORA

Isana Marília Ribeiro
Maria Suzana Carlsson Ribeiro
Antonio Geraldo de Abreu Filho
Ana Luiza Steiner
Abrahão Augusto J. Quadros
Helga Cristina Silva
Acary Souza Bulle Oliveira
Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

INTRODUÇÃO[100]

A Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) é caracterizada por um processo de paralisia progressiva acompanhado por indicações do comprometimento do Neurônio Motor Superior (clônus e sinal de Babinski) e do Neurônio Motor Inferior (atrofia e fasciculações). Afeta predominantemente a musculatura dos membros, principalmente os superiores, seguindo-se o comprometimento bulbar, normalmente de caráter assimétrico.

A utilização da denominação "Esclerose Lateral" é decorrente da constatação do endurecimento da porção lateral da medula espinhal como conseqüência da morte dos neurônios motores superiores. O termo "Amiotrófica" é relacionado à fraqueza muscular (músculos atróficos) devido à morte dos neurônios motores inferiores. Esclerose Lateral Amiotrófica significa, portanto, fraqueza muscular secundária a comprometimento dos neurônios motores.

A causa para a ocorrência da Esclerose Lateral Amiotrófica não é totalmente conhecida. Provavelmente está relacionada a fatores genéticos, que poderiam desencadear o processo de degeneração dos neurônios motores, quando expostos a uma ou mais situações que funcionariam como gatilho para o "start" e para a evolução do processo. Os experimentos com modelos animais, e os trabalhos de caráter epidemiológicos, indicam a relação da doença com fatores de natureza

[100] A introdução tem como referência a publicação da ABRELA: "Esclerose Lateral Amiotrófica – ELA – Atualização 2008"

genética. Por outro lado, não foi possível ainda identificar nenhum fator, que de forma isolada, fosse fortemente associado a ELA. Ao contrário, seria provável a associação de alguns fatores genéticos expostos a situações que funcionassem como gatilhos. Entre os prováveis gatilhos desencadeadores do processo são relacionados os processos inflamatórios, a exposição a agentes tóxicos, endógenos ou exógenos, e a atividade física. Adicionalmente, há indícios de que a ELA não seria exatamente uma doença, mas sim uma síndrome causada por diversos fatores que atingiriam o Sistema Nervoso Central.

Os sintomas da ELA seguem, via de regra, uma evolução semelhante em diferentes pacientes. É muito comum, antes do início do processo da instalação dos sintomas mais característicos, ou mesmo logo após, que os pacientes se queixem de cãibras. Entretanto, a fraqueza, a atrofia e fasciculações nos membros são os sinais clínicos mais evidentes. As etapas subseqüentes à fraqueza e à atrofia nos membros são as que afetam as funções vocais e respiratórias. Permanecem não afetados, contudo, as capacidades mentais e psíquicas, os sentidos (tato, audição , visão e olfato), o movimento ocular e, normalmente, as funções autônomas (cardíaca, digestão, micção, defecação, manutenção da pressão sanguínea, manutenção da temperatura). A função sexual aparentemente permanece normal. Os controles urinários e de defecação geralmente permanecem.

O tratamento dos pacientes acometidos da ELA associa a utilização de drogas, normalmente as inibidoras da excitotoxidade, com trabalhos de reabilitação com fisioterapia motora e fisioterapia respiratória.

Diversas outras drogas já foram testadas sem que se tenha conseguido, contudo, alterações importantes na evolução da doença (antioxidantes, bloqueadores do canal de cálcio, antivirais, plasmaférese e imunossupressores). Mesmo as inibidoras da excitotoxidade, como o Riluzol, mostram resultados modestíssimos no prolongamento da vida. A despeito disso, o Riluzol é a única droga registrada que apresenta alguma eficácia no tratamento da ELA. Há evidências de que a melhor abordagem terapêutica seja uma combinação de duas ou mais drogas. Neste caso, uma associação do Riluzol com substâncias que diminuíssem o processo inflamatório poderia fornecer defesa contra o dano neuronal motor que ocorre na ELA.

A aplicação de célula-tronco nas áreas onde está instalado o processo degenerativo não mostrou nenhuma eficácia. Entretanto, esta abordagem tem sido apontada como uma das mais promissoras.

A despeito de ainda não ser possível a alteração do ritmo da evolução da doença inúmeros tratamentos podem ser aplicados para o alívio dos sintomas, tais como ansiedade, câimbra, depressão, fasciculações, insônia, salivação, entre outros.

Os efeitos causados pela evolução da doença afetam gradativamente, e de forma severa, a qualidade de vida do paciente principalmente pelo decréscimo das suas capacidades motora e de mobilidade. O diagnóstico deveria ser o mais precoce possível o que permitiria a utilização de medicamentos que poderiam retardar, ainda que não significativamente, a evolução da doença. Além disso, o correto diagnóstico evita a exposição do paciente a práticas médicas não adequadas. Por outro lado, e de forma contraditória, o diagnóstico só pode ser efetivado em elevado grau de certeza em função de suas sérias implicações prognósticas. O diagnóstico de uma doença seguramente fatal potencializa estados depressivos e riscos de suicídio. Em qualquer abordagem, porém, é importante levar em consideração que o paciente tem direito à verdade para permitir que ele possa tomar as decisões que julgar necessárias.

Em etapa imediatamente subseqüente ao diagnóstico torna-se extremamente relevante que tanto o paciente, como um membro familiar, que geralmente vai se transformar em cuidador, consigam absorver as informações necessárias sobre a evolução da doença. Os pacientes, mesmo em estágios iniciais, necessitam realizar adaptações para que consigam realizar as atividades da vida diária. Em função disso, esta etapa necessita de correta orientação profissional (fisiatra, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional). Em adição, é necessária também uma orientação de enfermagem para os cuidados com a higiene e com a pele de forma a evitar, ou minimizar, a formação de úlceras ou escaras.

Neste quadro de evolução da doença a fisioterapia motora e a fisioterapia respiratória assumem papel de grande importância no tratamento da ELA. Via de regra os tratamentos, com orientação profissional, podem ser realizados na própria residência do paciente e de sua família. O mais comum é o recebimento de uma orientação profissional periódica, a cada 15 dias, por exemplo, para o estabelecimento de uma rotina diária de exercícios que demandarão entre 15 a 30 minutos em função da cada caso especificamente. Exercícios prolongados ou excessivos devem ser rigorosamente evitados, pois poderiam levar a uma maior degeneração do motoneurônio.

A prática tem indicado que a assistência respiratória deve ser introduzida o mais precocemente possível. Esta assistência tem permitido a melhoria da qualidade e da duração da sobrevida dos pacientes. Recomenda-se assistência manual e mecânica à tosse e introdução da

assistência ventilatória não invasiva (AVNI) que poderá ser feita sob máscara com aparelho de pressão positiva (BIPAP).

O quadro evolutivo da ELA requer importantíssimas alterações, e adaptações necessárias, nas vidas do paciente, do cuidador e dos membros da família de um modo geral. O melhor entendimento sobre a ELA, e sua evolução, além da busca das orientações terapêuticas, são fundamentais para que seja conseguida a melhor qualidade de vida possível para o paciente. Neste contexto, assumem relevante importância as associações médicas não lucrativas, a exemplo a ABRELA, que viabilizam informações sobre a doença, diagnóstico e tratamento além de disponibilizar recursos tanto para o atendimento médico em equipe multiprofissional como para empréstimo e repasse de materiais, entre outros apoios.

OBJETIVO

O trabalho de tutoria do Projeto Tutor ABRELA/Apoiar é formado por uma dupla de psicólogas que tem como objetivo o atendimento domiciliar a pacientes com ELA e seus familiares/cuidadores, promovendo sustentação psicológica pela via da escuta e do acolhimento emocional, focando na melhoria da qualidade de vida e no enfrentamento da doença, neste momento muito difícil de suas vidas.

Diante do diagnóstico de ELA vários fatores como medo, insegurança e preocupação surgem desde o início. O acompanhamento deste paciente com seus familiares e cuidadores encoraja-os a compreender que não estão sozinhos nessa jornada, podendo dividir suas experiências e sentimentos para enfrentar os agravos da doença.

Não só o paciente, mas também seus familiares apresentam muita angústia diante das reais condições que lhes esperam. Encontrar caminhos que os levem a enfrentar reações normais, como a tristeza e a angústia, raiva e dor, da melhor maneira possível, isto é, com segurança, confiança e acolhimento é o desafio do nosso trabalho. Promover uma reflexão e conscientização de como se tem vivido a própria vida e, especialmente, de como uma nova postura, novos hábitos e atitudes diante da doença e da vida, poderão produzir efeitos extremamente benéficos para lidar com o sofrimento dessa nova maneira de viver.

MÉTODO

O método utilizado foi o qualitativo/clínico, com base em Estudo de Caso. O Estudo de Caso é considerado uma metodologia qualitativa, segundo Lüdke (1986, p. 17) e afirma que esse método recorre a uma variedade de dados permitindo representar diferentes e, às vezes, conflitantes pontos de vista presentes numa situação social.

O instrumento utilizado foi o Questionário de Qualidade de Vida de McGill (referência eletrônica, versão em português, 1995/1997) para uma análise qualitativa, dentro de uma investigação científica, como meio de possibilitar uma intervenção na melhoria de qualidade de vida do paciente Carlos (nome fictício), abaixo descrito.

Dois encontros iniciais foram realizados para estabelecer um bom rapport para introduzirmos a aplicação do Questionário de Qualidade de Vida, efetuado em quatro atendimentos. Após o término deste iniciamos os atendimentos clínicos semanais, domiciliares, para poder verificar como estava a qualidade de vida deste paciente para possíveis intervenções.

DESCRIÇÃO DO CASO – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A experiência de tutoria iniciou-se em junho de 2006, na residência de Da. Maria (nome fictício), mãe viúva e cuidadora de Carlos (nome fictício).

Nessa época Carlos tinha 46 anos, já se encontrava separado da esposa e com uma filha de 10 anos, que morava com a mãe, mas que o visitava aos finais de semana. A separação deu-se logo após o diagnóstico da doença e Carlos foi morar com a mãe, irmã e sobrinha. Segundo Carlos, o casamento já se encontrava em crise antes do diagnóstico de ELA. Sentia-se ressentido com o fato de sua ex-esposa não mostrar nenhum interesse em saber de seu estado, desde então. Antes do acometimento da ELA Carlos era professor e diretor de uma escola, um rapaz dinâmico e cheio de vitalidade, esportista, fazia natação e jogava tênis, participando sempre de campeonatos. Também fazia Yoga e Tae-kwon-do.

Em 2006 encontramos Carlos já cadeirante, com comprometimento dos membros inferiores e superiores. Nos membros superiores já não possuía movimentação de braços e mãos. Nos inferiores a motricidade era limitada, mas ainda conseguia movimentar os pés, com os quais acessava os controles da televisão e mouse do computador. Dava alguns passos com a ajuda de sua mãe.

A região bulbar encontrava-se já com sinais de comprometimento. Sua fala era pausada, empastada, anasalada e algumas palavras articuladas eram de difícil compreensão. O acúmulo de secreção contribuía para isso. Alimentava-se normalmente por via oral, com auxílio. Já fazia uso de

ventilação mecânica nasal, BiPap (respirador domiciliar não invasivo), em alguns momentos, por apresentar diminuição da capacidade vital forçada. Fraqueza dos músculos da respiração é o problema mais grave durante a evolução da doença.

Fomos muito bem recebidas desde o primeiro encontro, tanto por Carlos quanto por Da. Maria. Logo que chegávamos éramos recepcionadas por Da. Maria que logo se retirava para os afazeres domésticos, deixando-nos na sala com Carlos. Uma transferência positiva já se instalara.

Desde o início Carlos sempre se mostrou alegre, receptivo e interessado em falar sobre si. Dedicou-se à oportunidade de se ouvir através de seus questionamentos sobre sua situação passada, atual e futura, possibilitando um maior conhecimento de si mesmo.

Os primeiros sinais da doença surgiram em dezembro de 1998, durante o exercício de natação, onde teve dificuldade em aduzir os dedos da mão esquerda para tracionar a água. Este fato lhe chamou a atenção e, a partir de então, passou a se consultar com ortopedistas e, na seqüência, foi encaminhado ao neurologista em 1999. Durante esse ano vários exames foram realizados sem qualquer possibilidade de diagnóstico. Até esse momento já ocorria atrofia de membro superior esquerdo.

No início do ano 2000 houve diagnóstico de Síndrome do Desfiladeiro Cervical Bilateral. Foi submetido a duas cirurgias para extrair as costelas supranumerárias, respectivamente, lados esquerdo e direito, nos meses de maio e julho do mesmo ano. Supunha-se que a compressão nos dutos arteriais causava a referida atrofia.

A partir de agosto de 2000 tornou-se paciente da hidroterapia ortopédica. Ao final desse ano, notou-se perda de força e de massa muscular generalizada.

A partir de 2001 tornou-se paciente da Escola Paulista de Medicina. Ao mesmo tempo passou a ser tratado pela neuro-adulto (fisioterapia e hidroterapia). Em agosto do mesmo ano fechou-se o diagnóstico de Esclerose Lateral Amiotrófica (E.L.A.): comprometimento do neurônio medular espinhal, com acometimento das mãos e terminalidades distais das mesmas. Nesta época era uma pessoa totalmente independente, locomovia-se normalmente, fazia suas refeições sozinho e conseguia dirigir carro mecânico.

Em 2002 continuava independente, porém, para se alimentar passa a usar uma órtese para estabilizar o punho. Sua escrita já não era a mesma. A partir do início das limitações passou sua mãe procuradora de seus negócios, pois, em breve, não poderia mais assinar. A fala também começa a apresentar anormalidades, mas, nesse momento, não muito graves.

Depois de abril de 2004 já não pôde mais dirigir. Usou a primeira tornozeleira (anti-eqüino) na perna esquerda e, em 2005, na perna direita. Passa também a precisar de auxílio para caminhar. A cervical passou a pesar um pouco.

Em 2006 nota mais mudanças, não bruscas. O desgaste físico passa a ser cada vez maior.

Periodicamente é avaliado por uma equipe multidisciplinar.

A avaliação para a qualidade de vida atual, em relação à condição física, emocional social, espiritual e financeira, foi mediana.

Os resultados obtidos para as situações problemáticas atuais relacionadas a sintomas ou problemas físicos foram: fraqueza, imobilidade, dificuldade de comunicação. Carlos se preocupa em não desperdiçar energia para evitar a fadiga criando adaptações à sua situação atual como, por exemplo, se alimentando com líquidos (vitamina) ao invés de alimentos sólidos que exigiriam mastigação. Dessa forma poupa energia e procura não ficar estático. Carlos diz: *"Nada tem que ser igual, eu me adapto às situações. Alguns pacientes se deixam derrotar, cada um tem uma maneira de reagir, isso não é crítica, tem que trabalhar e se superar. Vou escrever um livro em capítulos para a orientação dos pacientes com ELA. Há pacientes que se deixam derrotar. Eu preciso viver. Candidatei-me ao Conselho da ABRELA não por vaidade e, sim, porque me ajuda a superar. O que eu puder fazer para contribuir eu farei. O que diferencia cada paciente é sua condição espiritual. Na minha existe uma entidade"* (sic). Em relação à fala, Carlos se preocupa muito. A falta de comunicação verbal lhe é insustentável. Existe um grande cuidado em preservá-la. Diz: *"A fala não é impossível, mas tenho que adequá-la à respiração"* (sic).

Em relação a sentimentos e pensamentos, os resultados obtidos no questionário foram:

- Depressão: *"Não me encontro deprimido"* (sic).
- Bastante nervoso e preocupado por sentir sua mãe sobrecarregada, tanto com os afazeres domésticos quanto aos cuidados para com ele, uma vez que sua irmã não a auxilia em nada. *"Eu confio em Deus e em minha fé que este quadro vai mudar"* (sic).
- Tristeza e futuro: *"Não é uma tristeza permanente, é momentânea. Procuro não canalizar esse tipo de energia. Tudo vai melhorar. Durante meu banho fico um tempo sozinho e, neste tempo, grito, choro e canto"* (sic).
- Atualmente sua vida tem muito objetivo e significado. *"Amor, o livro, a participação no conselho da ABRELA, minha filha e vocês, são pontos que eu transformo em benefício na minha vida. Vocês vieram para poupar e tonificar as minhas forças"* (sic).

- Em relação a alcançar os objetivos de vida: sente que tem uma vida completa e progredido para uma realização.”*Invalidez é só uma palavra burocrática. Todos os amigos que me visitam não tocam na doença. Isso é ótimo. Digo à minha mãe e à minha irmã que não sou deficiente, tenho apenas uma limitação. Possuo 80% de controle. Administro a mente, o espírito e a emoção”* (sic).

- Sentimentos em relação aos seus dois últimos dias: *“Apesar de tudo é sempre uma dádiva, porque senão eu estaria com uma postura hipócrita diante de Deus. Incluo meus amigos, minha mãe, vocês, tudo tem seu valor. Eu sou cuidadoso. É preciso. Se não agir assim eu morro em minutos. Se ela passar eu digo: - Não, vai embora! A morte não é só física. Se deixar minar totalmente, a morte acontece. O amor constrói dentro de mim essa força”*(sic).

Descrição de coisas que tiveram maior efeito na sua qualidade de vida, nos dois últimos dias:

- Retorno à fisioterapia, uso contínuo do BiPAP, alimentação mais adequada quanto às suas necessidades.
- Auto-estima da mãe aumentou após cirurgia de catarata o que melhorou o ambiente.
- Maior estabilização da condição financeira decorrente da mudança residencial de sua irmã e sobrinha.
- Esperança aumentou com a chegada de novos amigos e novas ajudas.
- Sonho recente: *“Algo de surreal e suprarreal. Estava diante de uma entidade diferente de algo que já tenha conhecido. Entidade masculina conversando em outro idioma. Lançou sobre meu corpo uma espécie de luz e disse: - Anda! Eu saí andando em direção à minha mãe e disse: - Mãe, estou curado! Esse sonho me fez sentir que era Jesus, com uma força descomunal. Isso me estimulou mais. Minha fé se fortificou mais ainda”* (sic).

Encerrada a aplicação do Questionário orientamos nosso trabalho de Tutoria para tratarmos de temas gerais trazidos por Carlos, sem ficarmos presos à doença e seus sintomas ou queixas. Vimos filmes e programas juntos, assistimos partidas de futebol pela TV, vimos álbuns de fotos, comemorações em DVD da família, DVDs musicais; diante do interesse de Carlos e de sua mãe organizamos um almoço familiar. Nossa função de apoio e continência foi o que sempre nos guiou nesse trabalho de escuta, uma vez que a ELA tem um forte impacto no psicológico e emocional do paciente.

Sentimentos como negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação são comuns nesse caso. Os sentimentos são muitos e variados, cada pessoa reage de uma maneira. Não há certo

ou errado, mas há aquilo que lhe faz bem ou mal, que lhe ajuda ou atrapalha. A insegurança está presente desde o diagnóstico. Percebemos em muitos momentos e, durante um certo tempo de atendimento, uma negação por parte de Carlos, ou seja, ele não pode e não quer acreditar no que está vivendo. Uma das saídas que usou para barganhar foi uma grande preocupação em criar adaptações para poder ajudar outros pacientes. Isso resultou na edição de um livro intitulado "De Cara com ELA – Lance decisivo de Viver" que será lançado em novembro, dia de seu aniversário. *"ELA não tem rosto. Eu não conheço ELA, mas ELA não me conhece. Eu estava jogando na vida, numa boa, de repente a ELA chegou e, a cada movimento dela eu tenho uma resposta. Não é fácil, mas minha mãe e eu vamos vencendo. Vou colocar no livro: Não evitem, encarem de frente. Já criei alguns sinais para me comunicar quando estou usando o BiPAP. Por exemplo: quando tem pernilongo viro os olhos para cima; quando tem formiga no meu corpo viro a cabeça para o lado esquerdo ou direito; quando quero tirar o BiPAP faço careta. O cuidador tem que participar ativamente, senão, de nada vale todo o esforço. Ele tem também uma tarefa árdua. Ele é fundamental. Podem existir vários cuidadores, mas um só é que conhece só de olhar"* (sic).

Quando apresentamos a tabela para Carlos, sendo ela uma alternativa de comunicação para poupar sua fala, diz que a sua tabela será diferente. Que, ao invés das palavras que estão sugeridas na parte inferior da mesma, colocará figuras, por exemplo, computador, televisão, vídeo, DVD, CD. *"Assim ficará mais bonita e servirá para eu ter o que pensar, ter mais criatividade no intuito de ajudar, criar e brincar. Esse outro jeito é muito frio. Quero conseguir uma longevidade da minha fala, vou fazer a gastrostomia. Esse foi o ano da fala. Estou muito preocupado com minha fala. Vou viver sem perder a perspectiva de futuro, um futuro menos doido, não existe outra saída. Ou eu faço ou eu pioro, eu choro. Prefiro chorar dentro de um BMW ao invés de um Fusca 66. Outro cuidado que vou passar a ter com a fala é de colocar o BiPAP meia hora antes do almoço. Isso é muito bom para eu poder falar e conversar melhor"* (sic).

Diante da perda de peso ser preocupante, foi indicada a gastrostomia e Carlos, mais uma vez, fez uso de sua criatividade e humor para enfrentar mais uma etapa da doença. *"Senti um impacto com a sugestão, já esperava por isto. Ao fazer as avaliações percebo o avanço da doença mais do que vivendo no dia a dia. A ficha cai. Curto e grosso. A ELA é uma baita doença. Eu procuro fazer um pouco de vida, até de ser chato. Chato dentro de um limite. A identidade de um indivíduo, mesmo com ELA, não morre. A ELA não vai tomar conta. Ela pode me levar, mas vai encontrar um osso duro de roer"* (sic).

Carlos foi submetido à gastrostomia (PEG) em janeiro de 2007 e nos diz que essa intervenção lhe fez muito bem e, para sua surpresa, notou não sentir vontade de se alimentar pela boca. Após a avaliação médica ficou contente porque ganhou peso e porque a região bulbar continuava preservada. *"O paciente bulbar é terrível. Se acontecer comigo não terei dúvida em optar pela traqueostomia"* (sic).

Percebemos que com o avanço da doença os cuidados eram cada vez mais exigidos e a dependência de sua mãe tornava-se cada vez maior. Carlos, percebendo a sobrecarga da mãe, fica incomodado pelo fato da irmã não auxiliá-la e decide conversar com ela, a fim de poupar Da. Maria. Deu-se conta que muitas coisas não eram faladas, não só entre ele e a irmã, mas entre ele e sua filha e entre ele e sua mãe.

Colocamos a Carlos que, apesar da fala estar mais prejudicada enquanto aparelho fonador, a comunicação está mais favorecida uma vez que coisas que eram difíceis de ser ditas, hoje já podem ser faladas. *"Eu disse à minha mãe: aqui em casa a gente não conversa, por isso que há briga. Coisas não resolvidas resultam em agressão. Já percebo em mim. Fico engasgado, conto até mil. Vamos mudar, vamos conversar. Vamos dividir, vamos compartilhar, entender as dificuldades de cada um. Vocês me dão muita estrutura para poder falar. Eu agradeço, aprendi a me conhecer melhor. Sou capaz de coisas que há um ano não podia. Hoje melhorou"* (sic). Em muitos momentos dos atendimentos Carlos se emociona e chora bastante, como ocorreu nesse episódio relatado.

Carlos conseguiu colocar a situação, juntamente com a mãe, para a irmã, o que resultou numa cooperação maior da parte da última, tanto nos afazeres domésticos quanto nos cuidados com ele.

Com a filha pôde falar sobre a dificuldade dela em lidar com sua doença, já que evitava visitá-lo em alguns finais de semana. Isso estava prejudicando o vínculo entre eles, que de fato a situação não era fácil, mas seria muito pior se os dois não pudessem enfrentá-la juntos. A partir da possibilidade de se lidar com o sofrimento de ambos, o convívio entre eles ficou muito melhor.

Entretanto, em relação à sua mãe aceitar um outro relacionamento seu, esta tentativa foi infrutífera, mesmo depois de muitas discussões e brigas. Em 2003 Carlos conheceu Claudia, que diz ter sido amor à primeira vista. Nesse período a ELA não os atrapalhou, pois Claudia se disponibilizava a estar com ele nesse momento de sua vida. Essa relação durou apenas 4 meses, pois Da. Maria, em momento algum, suportou sequer falar desse seu novo relacionamento. Em vários momentos Carlos tentou conversar. Todos foram em vão. A mãe alegava que a moça não tinha caráter. Com suas limitações aumentando resolve, então, abrir mão desse relacionamento. *"Não*

conseguia mais dirigir, nem falar ao celular. Tudo foi ficando mais difícil. Diante desta situação eu não tive força para enfrentar e resolvi terminar, ou melhor, brigamos. Na época fiquei sabendo que Claudia comentou que eu havia preferido ficar com a mamãezinha e a irmã. Fiquei muito chateado" (sic).

Carlos justifica-se dizendo que essa dificuldade é resultado tanto pelo contexto da doença quanto pela dificuldade em enfrentar sua mãe. *"Sempre disse amém. Sempre prestei conta de tudo. Sempre fui o mais obediente e sempre optei pela harmonia. Minha irmã sempre se confrontou com minha mãe. Acho que não tive o mesmo comportamento devido ao tratamento que meu pai me dava. Sempre foi opressor e rude comigo, me achava muito delicado. Vivia dizendo que eu não ia ser homem. Quando fiz 18 anos ele mudou, percebeu que eu havia progredido. Ainda bem que houve tempo de nos dizermos "Eu te amo" antes dele morrer. Mesmo com essa situação nunca me vi como vítima ou incapaz. Sempre me vi como bom e com a característica de ser justo"* (sic).

Muitas questões Carlos consegue, hoje, falar com os amigos, familiares e cuidadores. À medida que as perdas e complicações que a ELA desencadeia aumentaram, Da. Maria passou a participar, cada vez mais dos atendimentos de Tutoria, falando de sua vida pessoal e das dificuldades enfrentadas com a doença do filho.

Atualmente, em 2008, Carlos teve uma complicação respiratória e necessitou ser hospitalizado devido a um quadro de pneumonia e edema agudo de pulmão. Ficou 3 dias na UTI. Por ocasião de nossa visita hospitalar Carlos nos recebe afetuosamente e nos desabafa: *"Foi horrível, me furaram todo!"* (sic). Carlos emagreceu três quilos e, após uma semana de hospitalização, agora se encontra em casa sob os cuidados de Home Care.

Nesses dois anos e meio de Atendimento de Tutoria a Carlos, familiares e cuidadores encontramos caminhos que nos levaram a dar-lhes apoio e sustentação diante do quadro advindo com a ELA. Além de não haver um prognóstico favorável, muitas foram as adaptações feitas no decorrer dos atendimentos. Essas adaptações nada mais são que uma renúncia de uma vida anterior, mudança pessoal, familiar, sexual, financeira e social. Isso requer e resultou numa grande participação e adaptação dos envolvidos.

O apoio psicológico adequado os ajudou muito no alívio desse sofrimento diante das questões que são inevitáveis com o diagnóstico de ELA. Tanto o paciente como a família sentiram-

se gratificados pelo atendimento global dedicado, pela disponibilidade de escuta a toda e qualquer pergunta, reclamação, lamúria, etc..., sem julgamento ou polemização dos assuntos tratados.

A família, em geral, vem à ABRELA desiludida, desesperançada e, com freqüência, ignorando as reais condições do paciente. A verdade não é omitida nem da família, nem do paciente, mas temos a habilidade de nos disponibilizarmos com sinceridade, firmeza e solidariedade para ajudá-los. Nossa intervenção fortaleceu-os no enfrentamento de questões pessoais possibilitando-lhes, em certos aspectos, uma modificação na dinâmica familiar.

Apesar da grande dependência de Carlos em relação ao cuidador, em virtude das limitações da doença, percebeu, ao longo dos atendimentos, que o movimento de continuar vivo e de gerenciar mudanças, depende dele mesmo.

DISCUSSÃO

Ao atendermos um paciente com ELA, diferentemente de um paciente comum de consultório, um aspecto é iminente: o diagnóstico da proximidade da morte.

A morte ainda é considerada como algo avassalador, constitui um medo universal. O que se nota de diferente, hoje, é a disponibilidade de profissionais interessados em conviver com o sofrimento do outro. O sofrimento físico, moral ou psíquico fragiliza o ser humano e é nessa condição de fragilidade que nos tornamos humildes, seja frente às nossas limitações ou às limitações de quem cuidamos.

Quando iniciamos nosso trabalho já sabíamos tratar-se de uma doença progressivamente degenerativa e fatal, sem prognóstico de cura até o momento.

Diz Freud (1905, p.271): “tratamento psíquico quer dizer, antes, tratamento que parte da alma, tratamento – seja perturbações anímicas ou físicas – por meios que atuam em primeiro lugar e de maneira direta sobre o que é anímico no ser humano. Um desses meios e sobretudo a palavra, e as palavras são também a ferramenta essencial do tratamento anímico”. Trata-se, então, de um procedimento pela palavra e, ao mesmo tempo, através dela.

Como trabalhar com alguém que esbarra de maneira acelerada com a luta pelo bem-estar de [i]sua vida diante de suas limitações que só aumentam?

E quando não mais houver a palavra, como será?

Como será que este alguém irá se ouvir para chegar a se ouvir? Quais as vozes daquilo que não é verbalizado?[ii]

O que é o querer, o desejo, diante dessa situação tão limitante?

Segundo Farjani (1991, p. 15) estamos mais acostumados a lidar com "a linguagem dos sinais, letras e palavras interpretadas em seu sentido concreto", isto é, uma linguagem digital. Diante da dificuldade da palavra a linguagem utilizada hoje é a analógica, ou seja, "linguagem emitida pelo corpo, gestos, entonação da voz, olhar e contração facial". Uma maior riqueza de expressão foi acrescentada ao nosso trabalho.

O querer, o desejo, diante desta situação limitante é querer continuar vivo.

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tivemos o privilégio de ter como paciente Carlos. Desde o primeiro encontro a transferência se instalara entre nós o que possibilitou a própria realização deste trabalho. Segundo Freud (1925, p. 111) "sem transferência não há análise. Não se deve pensar que a análise cria a transferência e que essa só aparece naquela. Muito pelo contrário: a análise só se limita a revelar a transferência e a isolá-la. Trata-se de um fenômeno geralmente humano, que decide o êxito de toda a influência médica e domina, em geral, as relações de uma pessoa com as que a rodeiam".

Freud, o mestre, como médico "escutou" através do sintoma o sofrimento da alma humana. Ousou ir além da queixa em si. Cada atendimento com Carlos alcançou a possibilidade de escutá-lo e ajudá-lo verdadeiramente, mesmo sendo nossa ajuda a aceitação da inevitável morte.

O exercício da escuta psicanalítica diante da limitação de Carlos é aprimorado cada vez mais por nós. Continua sendo um meio terapêutico capaz de resultados positivos, provavelmente inatingíveis de outra maneira. Mesmo diante de todas as perturbações e inibições que a ELA tem trazido para Carlos, o desafio maior está por vir: a fala. A fala de Carlos está cada vez mais comprometida. Neste momento a dupla nos ajuda muito. A linguagem utilizada hoje é mais sutil, linguagem emitida pelo corpo, gestos, entonação da voz, olhar e contração facial. Uma maior riqueza de expressão foi acrescentada ao nosso trabalho.

O inconsciente, patrimônio psicanalítico, nada tem a ver com a doença do neurônio motor e vice-versa. A singularidade humana impede a adesão a uma receita pronta e única para todos os pacientes em qualquer situação. É preciso estar atento aos mecanismos que cada um utiliza para lidar com o sofrimento psíquico. A negação pode ser uma necessária defesa para se proteger ante a dor e a angústia da morte, nesta doença degenerativa e terminal. O paciente tem direito a este recurso.

A negação, segundo Laplanche e Pontalis (1924, p. 293), "é um processo pelo qual o sujeito, formulando um dos seus desejos, pensamentos ou sentimentos até então recalcados, continua a defender-se dele negando que lhe pertença". Percebemos este tipo de mecanismo em Carlos toda vez que nos comunica idéias fantásticas sobre a criação de adaptações, como forma de não entrar em contato com a dor de suas próprias limitações.

O excesso de disponibilidade em ajudar o outro, numa postura professoral, mostra essa defesa maníaca para não se haver com sua condição atual e possível depressão.

Winnicott (1935, p. 202-203) coloca que "é justamente quando estamos nos defendendo maniacamente que menos aptos estamos para sentir que estamos nos defendendo da depressão. Nesses momentos é mais provável que nos sintamos alegres, felizes, ocupados, excitados, bem-humorados, oniscientes, cheios de vida, e ao mesmo tempo estamos menos interessados do que em outros momentos em coisas sérias e nos horrores do ódio, da destruição, do assassinato".

Todas as pessoas vez por outra lançam mão da negação. Kübler-Ross (1981) cita cinco estágios como mecanismos de defesa frente à morte. São eles: primeiro estágio-negação e isolamento; segundo estágio- a raiva; terceiro estágio- a barganha; quarto estágio- depressão e quinto estágio- aceitação. Acrescenta: (KÜBLER-ROSS, 1981, p. 174) "Os membros da família experimentam diferentes estágios de adaptação semelhantes aos descritos acima com referência aos nossos pacientes". E mais: (KÜBLER-ROSS, 1981, p. 175) "Podem juntos compartilhar essas emoções, enfrentarão aos poucos a realidade da separação iminente e chegarão juntos a aceitá-la".

Da. Maria, como cuidadora de Carlos, desde o diagnóstico vivencia esses mesmos estágios e, existe uma preocupação da nossa parte com o momento em que Carlos encontrar a paz e aceitação de sua morte, ou seja, de se separar, passo a passo de seu ambiente, inclusive das pessoas mais queridas. A família necessitará de um maior apoio, nesta fase.

Até o momento presente, temos observado uma simbiose entre Carlos e sua mãe, onde ambos mantêm um mesmo movimento de criação, por exemplo, as adaptações criadas por Da. Maria, costureira por profissão, para um maior conforto e bem-estar de seu filho, à medida que as necessidades dele se alteravam. Exemplo disso foram as adaptações confeccionadas por ela do tipo: revestimento de cadeira usando espuma e tecido, velcron no tênis, apoio para a cabeça, etc... Por sua vez, na elaboração do livro que Carlos criou Da. Maria teve um papel fundamental nessa produção. Inicialmente, era ela quem redigia as idéias ditadas por Carlos. Num segundo momento, ela cria,

juntamente com Carlos idéias para novas adaptações a serem transmitidas para os pacientes com ELA.

Essa inventividade que resultou na produção de um livro, nada mais é que um modo de sublimação do sofrimento, como um meio de lidar com essa angústia que a doença desencadeou. Segundo Winnicott (1975, p. 139) "O lugar em que a experiência cultural se localiza está no espaço potencial existente entre o indivíduo e o meio ambiente. O mesmo se pode dizer do brincar. A experiência criativa começa com o viver criativo, manifestado primeiramente na brincadeira". Utiliza (WINNICOTT, 1975, p. 137) o termo experiência cultural "como uma ampliação da idéia dos fenômenos transicionais e da brincadeira", acrescentando que (WINNICOTT, 1975, p. 95) "a criatividade que me interessa aqui é uma proposição universal. Relaciona-se ao estar vivo". Nesse sentido, Carlos dá-nos mostra da sua capacidade individual de viver criativamente e encontrar vitalidade na vida.

Outro ponto fundamental sempre ressaltado por Carlos diz respeito à sua espiritualidade. Sua fé e crenças religiosas o ajudaram muito perante as vicissitudes da vida como forma de lidar com a angústia delas advinda. Harold Koenig (2005) percebeu que a religião tem um papel importante como suporte em um grande número de doenças graves. Seus estudos confirmam que pessoas que praticam ativamente seu lado espiritual ou religioso adoecem menos e, quando ficam doentes, têm uma evolução melhor da doença do que as que não cultivam esta faceta mais transcendental da vida. Enfatiza que (KOENIG, 2005, p. 19) "as crenças religiosas e suas práticas são então usadas para regular a emoção durante os tempos de doenças, mudanças e circunstâncias que estão fora do controle pessoal dos pacientes".

O trabalho de tutoria, assim como qualquer ofício que escute o sofrimento humano, reconhece que é impossível desconhecer a angústia, este sentimento que se enlaça com o mais precioso do sujeito: a vida ou a morte, o mais íntimo e o mais incompreensível. A conhecida angústia revela sua face indecifrável frente à Esclerose Lateral Amiotrófica.

A Psicanálise, por sua vez, buscou encontrar uma forma singular de escutar e interpretar este "afeto que não engana" (LACAN, 1962-1963), onde a palavra silencia a falta de uma simbolização possível.

Cientes das possibilidades e limitações que nosso trabalho se depara nos atendimentos, encontramos caminhos para lidar com o sofrimento quando a cura já não é possível. Nossa presença,

postura, diálogo, escuta, apoio, capacidade de tolerar a dor e a impotência puderam transformar o martírio em sofrimento suportável. Os sentimentos desencadeados após o diagnóstico de ELA quando compartilhados, conversados e compreendidos podem ser melhor tolerados.

Percebemos a eficácia dos atendimentos no acolhimento da angústia, à medida que Carlos sai de sua frágil condição diante do avanço da doença e investe sua energia de vida na colaboração de poder ajudar, não só outro paciente com ELA, mas à equipe multiprofissional. Diante disso, a ELA não sufocou o sentimento de vida que Carlos possui, não impedindo o seu processo criativo. *"A ELA é só um detalhe!"* (sic). Sua criatividade está preservada em meio de seu drama existencial.

Ao longo desses dois anos e meio de atendimento domiciliar ao Carlos, o aspecto que mais nos marcou é sua luta pela vida. Apesar d'ELA ter chegado sorrateira, se instalar e vir para ficar, inicialmente sem ao menos se identificar, é espantoso como Carlos e Da. Maria a encaram com coragem. Em todos nossos encontros ambos sempre têm um sorriso para nos receber e para se despedir.

Mediante o recrudescimento da dependência de Carlos em relação à sua mãe, Da. Maria pôde, não só continuar acolhendo as angústias do filho, bem como as suas próprias através de cuidados dispensados a ele, criações (apontadas anteriormente), carinho, afeto e amor. Muitos foram os momentos em que os atendimentos lhe puderam dar sustentação e apoio nestas situações.

Metáfora ou não, acaso ou não, coincidência ou não, a falta da fala no estágio final da doença remete ao mais próprio do humano, ou seja, a situação angustiante não é passível de nomeação, ELA é indecifrável.

Estaremos presentes para ajudar Carlos a morrer em paz, e para viver até morrer. Foi isto que aprendemos com você. Obrigada, Carlos

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRELA – *Esclerose Lateral Amiotrófica* – Atualização 2008 - SP

FARJANI, A. C. – *A Linguagem dos Deuses*. (1991), Editora Mercuryo, 1991 - SP

FREUD, S. – *Um Estudo Autobiográfico*. (1925), Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XX. Ed. Imago, 1969 - RJ

_____ – *Tratamento Psíquico (ou anímico)*. (1905-B), Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de Sigmund Freud, vol. VII. Ed. Imago, 1969 - RJ

KOENIG, H. G. – *Espiritualidade no Cuidado com o Paciente*. (2005), FE Editora Jornalística Ltda., 2005 - SP

KÜBLER – ROSS, E. – *Sobre a Morte e o Morrer*. (1981), Martins Fontes, 2005 - SP

LACAN, J. – *O Seminário, livro 10: a angústia*. (1962-1963), Jorge Zahar Editora, 2005 - RJ

LAPLANCHE, J. e PONTALIS, J. B. – *Vocabulário da Psicanálise*. (1924), Martins Fontes, 2000 – SP

LÜDKE, M. e ANDRÉ, M. E D. , "*Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas*". São Paulo, E.P.U., 1986 - SP

WINNICOTT, D. W. – *Da Pediatria à Psicanálise*. (1935), Imago, 2000 - RJ

_____ – *O Brincar e a Realidade*. (1975), Imago, 1975 - RJ

UM RELATO SOBRE PSICOTERAPIA DE CASAL: DA DEMANDA EXPLÍCITA À DEMANDA IMPLÍCITA

Carolina de Almeida Agustinelli
Sílvia C. S. Karacristo
Valéria Maria Dalla Casa
Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

INTRODUÇÃO

O trabalho que apresentamos refere-se a um estudo de caso de atendimento à psicoterapia de casal utilizando os referenciais Sistêmico e Psicanalítico. A importância de aliarmos esses dois enfoques integrando-os de modo a enriquecer o tratamento e compreensão da dinâmica e saúde mental dos pacientes fica evidente na evolução do caso aqui apresentado. Trata-se de um recorte clínico de um casal que é atendido no Núcleo de Família/Casal inserido no Projeto APOIAR, com idade de 75 (Sr. G.) e 68 anos (Sra. A.). Os dados analisados no presente trabalho foram obtidos através das entrevistas clínicas iniciais e das sessões semanais de atendimento do casal que são realizadas em co-terapia.

A Teoria Sistêmica é um termo genérico para vários conceitos que, reunidos, permitem ao terapeuta lidar com os problemas, atuando nos contextos em que eles ocorrem. Os conceitos básicos da teoria sistêmica incluem os seguintes conceitos: padrão, infomação, relacionamento, nível, contexto, feedback, recursividade e circularidade (Breulin, Schwartz e Karer, 2000).

O referencial psicanalítico no atendimento á família/casal, por sua vez pode ser entendido, como ressalta Meyer (2002) através de seu trabalho:

> "quando o campo de trabalho é a família, o interesse volta-se não para relacionamentos diádicos mas para uma rede de intercâmbios. É no interior da família nuclear, por meio de seus participantes, que podem ser feitas tentativas no sentido de trazer à tona, para recuperar, os objetos temidos e amados, conflitantes, ambivalentes, bons e maus, que controlam os objetos do mundo interior e que se originaram na família ancestral " (p.16).

Também com referencial psicanalítico, autores como Costa e Katz (1992) e Teruel (1992), descrevem que o casamento, por eles considerado como o início de uma nova família, se dá através de escolhas inconscientes dos cônjuges. Nesse sentido, Costa e Katz (1992) consideram que ao escolher um (a) parceiro (a), buscamos inconscientemente uma reedição da situação edípica vivida na infância, fazendo um "contrato secreto" com o cônjuge. Segundo esses autores, a saúde mental do casal se manifesta justamente na capacidade de, ao se dar conta de algumas das cláusulas desse contrato, modificá-lo e flexibilizá-lo.

Semelhantemente, Satir (1995) descreve:

> "(...) No contexto do casal, inconscientemente, cada um dos membros ajuda o outro a fazer o que estiver fazendo. Esse diálogo interno destrutivo muitas vezes se traduz em conflitos de casal que não passam de transações defensivas ligadas ao baixo nível de auto-estima. Individualmente, esse comportamento é concebido como uma traição, uma vez que o contrato implícito era que cada um deles ia ser o que o outro queria que fosse (SATIR *in* ANDOLFI; ANGELO; SACCU, 1995, p. 34).

Nos atendimentos realizados com o casal relatado, consideramos que, juntamente à prática da intervenção terapêutica, há necessidade de levar em conta o significado que as experiências e as próprias relações adquirem para as pessoas nelas envolvidas. Assim, o trabalho em co-terapia revela um modelo ao casal ajudando-os a conquistar um senso de igualdade e desenvolvimento mutuo promovendo a capacidade de transformar e pensar os problemas.

A tentativa de aproximação entre psicanálise e terapia sistêmica, nos mostra integrada e útil desenvolvendo no interior desses dos domínios terapêuticos um casamento feliz, assim como buscamos na experiência e atendimento aos cônjuges.

BREVE HISTÓRICO DO CASAL

O Sr. G. e a Sra. A., casados há 47 anos e possuindo 4 filhos e 5 netos, foram encaminhados para psicoterapia de casal pelas psicólogas que os atenderam em psicoterapia breve individual no Projeto Apoiar.

O casal de origem nordestina decidiu residir em São Paulo após casarem, ele trabalhava como Segurança e ela trabalha como Costureira. Referem que durante toda a vida familiar fizeram tudo juntos, e sempre se deram bem. Há 20 anos, o casal decidiu que o Sr. G. trabalharia com sua esposa para ajudar na micro empresa aberta por ela.

Contam com muito orgulho que criaram os filhos, oferecendo estudos, educação e que hoje eles já trabalham e são independentes. A vida inicial do casal foi de muita luta e conquista, pois vieram de família humilde e conquistaram o suficiente para hoje não passar ‘‘necessidades’’.

A família de origem do Sr. G. compõe-se de 8 irmãos da primeira união de seu pai que, após perder a esposa quando F. tinha 11 anos, casou-se novamente e teve mais 6 filhos. O Sr. G. refere que seu pai sempre foi muito correto, assim como todos da família de sua esposa.

A família de origem da Sra. A., que é a primogênita, constitui-se de 9 irmãos. Ela comenta que ajudava a mãe a cuidar da casa e dos irmãos. Refere que sempre tiveram boas relações entre os membros da família.

O casal traz para a psicoterapia, além de dados objetivos, alguns mitos e significados importantes que nos ajudam a entender seus impasses, dizem que são primos de segundo grau e, por isso, foram criados juntos. Quando a mãe da Sra. A. estava em trabalho de parto, o Sr. G., que tinha 7 anos, ficou “cuidando” dela e tendo a função de avisar aos parentes que se encontravam na lavoura sobre início do parto da Sra. A. Além disso outro dado curioso é que Sr. G. carrega as palavras de seu pai dizendo: *“Meu pai disse que sempre trate muito bem a Sra. A., pois ela é muito prestimosa por todos na família’’.*

A Sra. A., por sua vez, apresenta na relação com seu esposo um dado significante onde as palavras de sua mãe são reproduzidas: *“Minha mãe disse que eu seja não só esposa dele, mas mãe também’’*, alegando que o Sr. G. perdeu a mãe quando ainda era criança.

Os cônjuges reclamam de desentendimentos, a esposa diz que desconfia que foi traída no ano de 2001 e que seu esposo dizia coisas horríveis para ela, que a deixavam muito mal e deprimida. Sr. G. responde que nunca falou nada do que ela afirma, e que acha tudo muito estranho, ficando desapontado com as acusações de sua esposa.

A BUSCA POR UMA TERAPIA DE CASAL

O pedido de ajuda do casal diz respeito ao desejo de viver bem, em harmonia, pois referem muitos desentendimentos, nos quais o que um fala o outro não confirma e vice versa, deixando evidente a falha na comunicação, na qual aspectos fantasiosos dão margens a mais equívocos a respeito dos fatos, reforçando cada qual suas fantasias internas, e deixando-os afastados e cheios de insatisfações. *"Se chegamos até aqui, criando os filhos e indo todos bem, por que agora, depois de velho, é que estamos assim em crise''*, indaga Sra. A., enquanto o Sr. G. reclama que sua esposa tenta sempre fazer tudo do jeito dela, ao que a Sra. A. responde que sempre faz o melhor pelo casal.

A Sra. A. e o Sr. G. procuraram o atendimento para o casal, sendo atendidos pelo Núcleo de Família/Casal do Projeto APOIAR, vindo com queixa de desentendimentos entre eles, estando em atendimento desde então numa abordagem sistêmica/psicanalítica com atendimento semanal em co-terapia.

O casal, após declarar que sempre se deu bem, estava em um impasse: a Sra. A. acusava o marido de traição (que teria acontecido em 2001) e o Sr. G. dizia que tal traição jamais ocorrera.

Compreendemos que, mesmo que a questão da suposta traição não pudesse ser apurada, o casal estava em crise. Segundo Teruel (1992), a crise no casamento tende a acontecer quando há uma quebra da interação do casal devido ao aparecimento de novas e/ou maiores necessidades dos cônjuges. No caso da Sra. A. e do Sr. G., a crise que do casal consistia na busca da Sra. A. por maior independência e individuação e pela necessidade do Sr. G. de sentir-se novamente importante na relação do casal.

No entanto, nenhum dos dois conseguia expressar essa necessidade de mudança. Cerveny (2004) em seu trabalho com casais e família nos assegura que a maioria das queixas que levam as pessoas á psicoterapia diz respeito á dificuldade na comunicação,

> *"(...) indivíduos que não se sentem ouvidos ou entendidos, que não conseguem expressar seus desejos e sentimentos, que se submetem ou violentam por causa da comunicação, que se pautam mais pelo que não é dito, que não confiam nas palavras - são alguns dos inúmeros problemas na comunicação humana''* (CERVENY, 2004, p. 13).

Dentro do contexto Sistêmico, para o qual as ações e comportamentos dos membros de uma família/casal influenciam e são influenciados simultaneamente uns aos outros, a comunicação assume uma dimensão fundamental em todo o processo de interação, tanto positiva quanto negativamente. A relação do casal se mostrava cristalizada, rígida, com poucas perspectivas de uma comunicação efetiva das necessidades individuais de cada um para seu cônjuge. Então o casal tinha a necessidade de repetir o conflito de 7 anos atrás: a acusação de adultério feita pela Sra. A. e o ressentimento por ter sido acusado do Sr. G.

Nesse sentido, compreendemos que a comunicação é muito mais do que simples palavras que fluem do transmissor para o receptor. No caso desse casal, há 'ruídos' que atrapalham uma interação mais madura.

DESENVOLVIMENTO DA TERAPIA DO CASAL

O casal, que nunca faltou aos atendimentos, vem às sessões mostrando desejo de união, dizem que nunca pensaram em se separar e querem compreender por que não estão se entendendo mais como era antes de 2001.

No desenrolar dos atendimentos, percebemos que a queixa da traição, na verdade, era a tentativa do casal de expressar o conflito que vivia. A relação do casal estava tão rígida que, para se tentar alguma mudança, foi preciso que a cena da traição fosse um pretexto para a tentativa de se implementar novas formas do casal se relacionar.

De acordo com Costa e Katz (1992), toda relação de casal se estrutura a partir de conteúdos inconscientes oriundos do conflito edípico infantil em uma tentativa inconsciente de reelaborar a cena edípica. O casal firma então um contrato inconsciente no qual cada um espera ter suprida sua necessidade infantil ao mesmo tempo em que se dispõe a suprir a necessidade infantil do outro, por mais que isso seja impossível e por mais que, muitas vezes, essas necessidades infantis sejam incoerentes com a vida adulta. No caso da Sra. A. e do Sr. G. entendemos que o contrato inconsciente do casal consiste em o Sr. G. oferecer cuidados à sua esposa de provedor e de cuidador, cabendo a ele o papel de "homem da casa" e daquele que acode a necessidade de ser cuidada que a Sra. A. não teve suprida em sua infância. Já para a Sra. A. cabe o papel de "mãe" do Sr. G. a fim de oferecer a ele os cuidados maternos que lhe faltaram durante sua infância.

Nesse sentido, compreendemos que ambos apresentam necessidades infantis de cuidados maternais e ambos tentam oferecer esses cuidados ao cônjuge. Na tentativa de desempenharem esses papéis, a Sra. A. e o Sr. G. foram desenvolvendo uma relação rígida e com poucas possibilidades de expressarem o desejo de mudanças na relação, vivendo o casal uma relação em que o principal mecanismo defensivo é a identificação projetiva (KLEIN, 1946), o que nos leva à compreensão de que qualquer mudança na relação do casal, por mais necessária que o próprio par, ou um dos cônjuges, possa considerar, é aterradora e mobiliza muitas fantasias e medos

O casal, como já foi descrito, chegou à terapia com a queixa de uma suposta traição, mas essa queixa foi a forma como os conflitos entre as necessidades atuais e as necessidades infantis do casal pôde ser expressa pelo par. Os aspectos mais maduros e adultos da Sra. A. e do Sr. G. levam o casal a buscar mudanças na relação, enquanto os aspectos mais infantis de ambos buscam ser cuidados, impossibilitando o amadurecimento da relação.

Temos então a compreensão de que houve (e ainda há) uma traição. Não a traição do adultério, a qual não nos cabe averiguar, mas a traição do contrato inconsciente do casal (COSTA; KATZ, 1999; SATIR, 1995). O desejo infantil de ambos serem cuidados como crianças por uma figura materna é constantemente traído pela necessidade que ambos têm de suprirem o desejo infantil do outro. Assim, tanto a Sra. A. quanto o Sr. G. exigem constantemente de seu par que este represente uma figura materna, algo impossível de acontecer na prática, e se sente traído quando o cônjuge não pode exercer essa função de cuidador de seus aspectos infantis.

Para a Sra. A., o fato do marido não ser mais o provedor e, portanto, não representar mais esse papel parental, é uma traição de seu desejo de ser cuidada como uma criança.

Como o casal não mostra muitos recursos para mudanças e reestruturações de seu contrato inconsciente (Costa; Katz, 1999), fica revivendo um conflito do passado (acusação de adultério) e se mostra pouco capaz de lidar com as questões atuais do casal como as necessidades individuais e questões relacionadas com o envelhecimento.

Por isso o trabalho psicoterapêutico desse casal é no sentido de ajudá-lo a estabelecer melhores condições de comunicação das questões individuais, fortalecendo tanto a capacidade de falar quanto a escuta do casal; assim como auxiliar uma maior flexibilidade do casal em alternar entre momentos de cuidar e momento de ser cuidado.

Após alguns meses de psicoterapia, dando ênfase aos aspectos comunicacionais e relacionais, incluindo seus contratos matrimoniais secretos permeados de mitos e significados, o casal nos relata que criaram uma situação em que foram até a igreja e renovaram o casamento perante a Deus/Padre, sentindo que estão como que casando novamente, *"estamos dispostos a melhorar''* diz Sr. G.; *"estou liberta''*, completa a Sra. A.

Compreendemos isso através de Titan (1998):

> "[...] faz parte dos pressupostos do casal consulente a crença de que o analista terá uma função restauradora: seja porque funcionando como juiz, dará substrato a um resgate narcísico, a uma separação narcísica do ego, ou seja, porque, sendo capaz de analisar, restaurará a harmonia na relação tumultuada'' (TITAN, 1998, p. 29).

Assim sendo, mesmo que o Sr. G. e a Sra. A. não tivessem contato com as razões inconscientes de sua crise na relação de casal, percebemos que, desde o início da terapia do casal o par de co-terapia foi visto por eles como viabilizador das mudanças que buscavam, mesmo que essas mudanças e esses conteúdos inconscientes estejam se desenvolvendo conjuntamente com a terapia do casal.

CONCLUSÃO

O caso aqui explanado nos parece bastante ilustrativo do quanto a motivação explícita para a busca de uma terapia de casal é, muitas vezes, uma manifestação dos conteúdos inconscientes que estão subjacentes à queixa inicial.

Ressaltamos a importância do trabalho de psicoterapia individual de ambos os cônjuges, realizado anteriormente, que criou condições favoráveis para entrarmos no terreno da psicoterapia de casal.

A psicoterapia de casal continua no sentido de esclarecer cada vez mais os desentendimentos do casal. Pensamos que, metaforicamente comparando o "re-casamento na igreja" à psicoterapia de casal, o casal está revivendo seus conflitos primitivos, porém dentro de um *setting* favorável para isso onde se sentem mais aliviados e perdoados de suas "traições".

REFERÊNCIAS

BREULIN, D. C., SCHWARTZ ,R. C., KUNE- KARER, B. M. – Metaconceitos: transcendendo os modelos de terapia familiar- Arte Médicas- 2000.

MEYER, L. - Família : Dinâmica e Terapia uma abordagem psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

COSTA, G.P.; KATS, G. Origem e estruturação do casamento. In:. COSTA, G.P.; KATZ, G. (orgs.) ***Dinâmica das relações conjugais***. Porto Alegre: Artes Médicas. 1992. p. 25 - 40.

TERUEL, G. A. crise do casamento. In: COSTA, G.P.; KATZ, G. (orgs.) ***Dinâmica das relações conjugais***. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p.145 –154.

CERVENY, C. M. O. ***A família como modelo****:* desconstruindo a patologia. Editorial Psy São Paulo, 1994.

KLEIN, M. Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In: KLEIN, M. ***Inveja e gratidão e outros trabalhos***. Trad. Elias Mallet da Rocha Barros, Liana Pinto Chaves e col. Rio de Janeiro: Imago, 1991. p. 17 – 43. (original de 1946).

KLEIN, M. Inveja e gratidão. In: KLEIN, M. ***Inveja e gratidão e outros trabalhos***. Trad. Elias Mallet da Rocha Barros, Liana Pinto Chaves e col. Rio de Janeiro: Imago, 1991. p. 205-267. (original de 1957)

SATIR, V. A mudança no casal *in* ANDOLFI, M.; ANGELO, C. SACCU, C. (orgs) **O casal em crise**. São Paulo : Sumus,1995.

TITAN, S. Aspectos Técnicos no atendimento de casais. In: RAMOS, M. (Org.) ***Terapia de casal e família: o lugar do terapeuta***. Brasiliense: São Paulo, 1998. p. 17 – 32.

RELAÇÕES ENTRE TRANSFERÊNCIA E ASPECTOS DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA TEORIA WINICOTIANA: APRESENTAÇÃO DE UM CASO CLÍNICO

Fabiana Cristina Amaral da Fonseca
Claudia Aranha Gil
Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

INTRODUÇÃO

O presente artigo tem como objetivo ilustrar, a partir de um caso clinico atendido no laboratório APOIAR, o processo da transferência segundo a teoria winnicottiana, além de relacioná-la a aspectos do desenvolvimento infantil também considerado pela teoria importantes no entendimento tanto do caso clínico, como do conceito discutido neste artigo. Para isso primeiramente foi abordado o conceito de transferência desde sua criação por Freud, passando pelos conceitos de Melanie Klein, autores estes que influenciaram o pensamento de Winnicott. Por fim, foi descrito brevemente o caso clinico e realizadas algumas reflexões teóricas.

O termo transferência possui um sentindo muito geral, não sendo de uso exclusivo psicanalítico. Seu sentido está relacionado a transporte, com um propósito mais voltado aos deslocamentos em geral. Na psicologia possui vários significados, dependendo da área que esta sendo utilizado: transferência sensorial, transferência de hábitos e aprendizagem como na psicologia experimental, por exemplo. (LAPLANCHE & PONTALIS, 1976)

Na psicanálise, de maneira geral pode ser entendida como uma repetição de protótipos infantis vividas com uma sensação de atualidade, sendo reconhecida como o local onde se deposita a problemática de um tratamento psicanalítico. No entanto, observamos que não é possível definir uma única noção de transferência porque este termo assumiu diversas extensões para diferentes autores, como será visto a seguir. Essas diferenças levam a debates clássicos como: a especificidade da transferência no tratamento, a relação da transferência com a realidade, a função que ela exerce no tratamento e a natureza daquilo que é transferido.

Mesmo na teoria freudiana, na qual está localizado o surgimento do conceito de transferência, que será mais tarde utilizado e repensado por outros autores, este sofreu algumas mudanças ao longo do tempo. Na origem, em um plano teórico, a transferência foi considerada um

caso particular de deslocamento de afeto de uma representação para outra que poderia escolher de forma privilegiada o analista tanto por ele estar sempre à disposição, como também porque esta transferência favoreceria a resistência, que é um dos obstáculos da análise, no qual o paciente evita o acesso aos resíduos da sexualidade infantil. Nesse momento a transferência deveria ser tratada como qualquer outro sintoma. (FREUD, 1895)

Em 1905, em o *Caso Dora* Freud passa a entender a transferência como primordial, mas não assimila o conjunto do tratamento na sua estrutura e dinâmica à relação de transferência, sendo esta considerada aliada do tratamento, somente se for destruída uma a uma.

O homem dos ratos (1909) e *Observações sobre o amor de transferência (1915)* também trouxeram contribuições importantes à questão da transferência. No primeiro, reconheceu que se tratava de um caminho penoso, porém de extrema importância. No segundo, caracterizou-a em positiva, a qual se refere a conteúdos amorosos transferidos ao analista, e negativa que se refere a conteúdos agressivos e surgem como resistência na relação terapêutica.

O próximo passo dado por Freud no desenvolvimento do conceito da transferência foi associá-la ao princípio da compulsão à repetição, fenômeno que obriga o paciente a repetir na atualidade o conteúdo reprimido. Essa integração de novas facetas foi decorrente da progressiva descoberta do complexo de Édipo. A reprodução das experiências indesejadas, com origem no complexo de Édipo e seus derivados são ligadas a protótipos principalmente paternos, mas também relacionados à mãe e irmãos, e atuam na dinâmica da transferência (FREUD, 1920).

Quando a compulsão à repetição ocorre no processo analítico diz-se que é uma neurose de transferência e não mais uma neurose comum, e é essa diferença que torna possível o paciente ser ajudado pelo processo terapêutico, pois constitui para o analista e para o paciente uma maneira privilegiada de apanhar no estado nascente os elementos do conflito infantil. É neste terreno, que a problemática singular do paciente se atualiza a medida que este se confronta com a sua existência e com a força dos seus desejos e fantasias inconscientes.

Com a segunda tópica, o conceito de transferência foi mais uma vez ampliado, pois agora, além das lembranças e pulsões recalcadas, as figuras superegoicas e mecanismos de defesa do ego também participam da transferência (FREUD, 1923)

Apesar de ter publicado apenas um artigo sobre transferência, denominado *As origens da transferência*, em 1952, Melanie Klein tem uma contribuição interessante a respeito do tema, que inspirará outros autores como Winnicott, por exemplo.

Klein defende que é característica do processo de análise abrir caminho dentro do inconsciente, possibilitando que aspectos do passado sejam revividos. As relações de objetos são precoces, desde o nascimento, o que difere de Freud, que acreditava que essas relações iniciavam-se apenas com o fim do narcisismo e do autoerotismo. Assim se a transferência para Freud está relacionada ao conflito edípico, para Klein o recém-nascido relaciona-se com objetos parciais interno e externos, sendo o seio materno o primeiro objeto. Foi a partir da observação de bebês e crianças pequenas que ela desenvolveu sua teoria da transferência que estaria relacionada com a ansiedade que o bebê vive desde o nascimento.

A transferência seria o resultado da externalização de relações internas e externas de objetos sob pressão da ansiedade e com origem nas primeiras relações objetais como a introjeção e projeção, cisão, idealização, identificação projetiva, entre outras.

Ela não residiria na relação entre o passado e o presente, mas na relação mundo externo e interno, e desse modo poderia se inferir que já aconteceria com as figuras parentais, pois a criança não se relacionaria com os pais reais, mas sim com sua percepção marcada por introjeções e projeções.

Focalizando o aqui-e-agora da situação transferencial, o analista ocupa diversos lugares na transferência, que são recapitulações de experiências nas relações com os objetos internos e externos do paciente. O analista deve interpretar a transferência e na transferência, mostrar ao paciente que o que emerge na análise é o seu mundo interno que esta sendo experimentado naquele momento. Mas não deve ser levado apenas em consideração o que é falado; mímicas, gestos, e entonação também são fundamentais para que o analista compreenda esse mundo interno do paciente, e é essa visão de conjunto que dá a transferência uma concepção dinâmica.

Winnicott, também estudou a transferência a partir das experiências iniciais do bebê, assim como Melanie Klein. Em 1955, Winnicott apresentou em um simpósio o estudo sobre o fenômeno da transferência: “Formas clínicas de transferência” (1955-6), no qual sinaliza que muitas vezes, o paciente em análise demanda do analista os cuidados de uma mãe suficientemente boa. Nesse mesmo estudo também amplia o conceito de transferência, pois acreditava ser possível analisar as fases da relação mãe-bebê em que não havia ainda no bebê um ego estabelecido, condição fundamental para a neurose de transferência estudada por Freud.

As fases a que se refere Winnicott estão relacionadas à identificação primária, na qual o bebê acredita que a mãe seja uma extensão dele e essa tenta suprir as suas necessidades, proporcionando

adaptação e desenvolvimento do ego. Se a adaptação do bebê não for suficientemente boa, a criança desenvolverá um pseudo- eu, a fim de proteger o verdadeiro eu. Este conceito será mais bem apresentado adiante.

O analista, a partir das solicitações inconscientes, tentará promover um ambiente suficientemente bom dando sustentação para que possa sobressair o verdadeiro eu e desse modo, ser possível ao paciente, com o tempo, rememorar as falhas originais que provocaram as rupturas. A adaptação suficientemente boa do analista proporcionará que haja uma mudança de operação do paciente do falso eu para o eu verdadeiro. Uma das características da transferência nesse estágio é o fato de que se deve permitir que o passado do paciente vire presente.

Quando já é possível rememorar essas rupturas pode haver uma mudança que levará a experiência da raiva. O paciente se apoiará nas falhas do analista e estas estarão sendo tratada como uma falha antiga que agora o paciente percebe e tem condição de se zangar com ela. A resistência permanecerá até que o analista perceba seu erro e se responsabilize por ele. Desse modo, a transferência negativa da análise neurótica, como entendida por Freud, dá lugar a uma raiva objetiva contra a falha do analista, mostrando uma diferença na maneira de se entender a transferência nessas duas abordagens.

Em síntese para Winnicott o fenômeno da transferência pode ser entendido dessa maneira:

> A característica da técnica psicanalítica reside no uso da transferência e da neurose de transferência. Transferência não é apenas uma questão de relacionamento, ou relações. Ela se refere ao modo como os fenômenos altamente subjetivos aparecem repetidamente. A psicanálise consiste em proporcionar as condições para o desenvolvimento desses fenômenos, e a interpretação dos mesmos no momento oportuno. A interpretação relaciona o fenômeno específico da transferência a uma parcela da realidade psíquica do paciente, e isso significa em alguns casos relacioná-lo ao mesmo tempo a uma parcela da vida passada do paciente (1960, p. 146).

Outro conceito importante é o da contratransferência e suas implicações, principalmente os aspectos encontrados no texto "O ódio na contratransferência" (1947). Winnicott ao se referir ao trabalho com psicóticos e pacientes mais regredidos, com falhas no desenvolvimento nas primeiras fases da vida, diz que esses pacientes fazem emergir no analista o sentimento de ódio, que é

considerado por Winnicott como natural devido ao estágio onde se apóiam os conteúdos transferênciais. O manejo do analista possibilitará condições para que as falhas no desenvolvimento sejam corrigidas.

O manejo com esses pacientes é muito difícil e comumente pedem mais do que o analista pode dar, mas é importante que este esteja ciente da contratransferência, que inclui também o ódio, mas também da coincindência entre o amor e o ódio, em pacientes psicóticos, o que nos permite inferir que em suas histórias ocorreu um fracasso do ambiente na época das experiências mais primitivas.

Há uma diferença notável entre pacientes que tiveram experiências positivas no início da vida e que podem ser redescobertas na transferência e os que não tiveram, pois para esses, talvez o analista tenha que ser o primeiro a fornecer um ambiente com elementos essenciais, sendo às vezes até mais importantes que interpretações verbais.

Uma vez que a teoria winnicottiana da transferência está baseada nas relações iniciais do bebê, é importante para um melhor entendimento desse conceito caracterizar como Winnicott entende o desenvolvimento infantil.

Para Winnicott o ambiente é de grande influência no desenvolvimento psíquico humano, e será inicialmente representado pela mãe, ou seus substitutos que permitirão o livre desenrolar da maturação, que é o processo de formação e maturação do eu, do isso e do supereu, assim como a formação dos mecanismos de defesa num individuo sadio.

O desenvolvimento pode ser dividido em duas fases: dependência absoluta e dependência relativa. A primeira compreende a fase do bebê que vai do nascimento ao seis meses de idade período que Winnicott considera muito importante, inclusive por observar a diferença entre bebês prematuros e nascidos a termo, e a segunda compreende dos seis meses aos dois anos de idade (WINNICOTT, 1945).

Na fase de dependência absoluta o bebê percebe como se ele e o meio fossem uma coisa só, assim, ele não reconhece a sua dependência em relação a este. A mãe que ao se identificar estreitamente e se adaptar às necessidades, permite que a criança se desenvolva apoiada nas tendências inatas, emergindo um verdadeiro self, Winnicott nomeia como mãe suficientemente boa. A adaptação da mãe a esse bebê deve se dar por três funções em especial.Na apresentação do objeto, ao oferecer a mamadeira ou o seio no momento certo, a mãe possibilita que o bebê acredite que criou o objeto, permitindo a experiência de onipotência. Com o decorrer das mamadas o bebê passa a

poder experimentar emoções. A segunda função é o *holding*, que á a sustentação psíquica que permitirá ao bebê entrar em contato com experiências simplificadas, o que permitirá que ele possa chegar ao fim do seu processo de integração do tempo e espaço. O *handling*, a manipulação, faz com que o bebê aos poucos perceba que ele vive dentro de um corpo, integrando a vida psíquica com o corpo (personalização) (NASIO, 1995). Para Winnicott o aparecimento do fenômeno transicional, que é um espaço intermediário entre a realidade interna e externa e tem o papel de amortecer a conscientização de uma realidade externa e o choque com a interna; é um indicador de que a mãe dessa fase foi suficientemente boa.

Quando a mãe não comsegue cumprir adequadamente essas funções, ou seja, não consegue se identificar com as necessidades do filho, de tal modo que é inconstante e o bebê não pode confiar nela nem prever suas atitudes, Winnicott diz que se trata de uma mãe insuficientemente boa, porém o nome é dado por ele não necessariamente "a uma pessoa, mas a ausência de alguém em cujo apego à criança seja simplesmente comum" (NASIO 1995, pág. 187). Essa conduta terá conseqüências para o desenvolvimento da criança como, por exemplo, a defasagem no desenrolar dos processos vitais, quando a maturação do eu fica comprometida bloqueando ou distorcendo as funções principais, podendo gerar inclusive uma ameaça de aniquilação, que é a essência da angustia psicótica.

Na fase de dependência relativa, a criança tolera melhor as falhas da mãe e é capaz de tirar proveito delas para se desenvolver. A mãe já é vista como parte da realidade externa. Se a mãe foi suficientemente boa, nessa fase a criança começar a perceber que a mãe "dos momentos de excitação" e "dos momentos tranqüilos" é a mesma pessoa, ou seja, a mãe sobrevive. No entanto a criança se sente culpada, pois a mãe dos ataques é a mesma que cuida, e assim a criança se ocupa da reparação e restauração da mãe quando sente que a danificou.

Se para pacientes que durante a primeira infância possuíram uma mãe suficientemente boa, Winnicott considerava a análise como concebida por Freud, para os demais pacientes que não a tiveram, acreditava que seria necessária uma dependência forte do analista que ficaria no lugar da mãe suficientemente boa e asseguraria a função do *holding*.

CASO CLÍNICO

Primeiramente apresentaremos uma breve descrição do caso, e em seguida fragmentos do processo terapêutico que serão comentados mediante as discussões realizadas nas supervisões e a teoria já apresentada. Para preservar a identidade do paciente, os nomes foram alterados.

A mãe de Vanessa (nove anos), Marlene, procurou o serviço APOIAR, pois sua filha não sabia ler nem escrever, mesmo estando na segunda série e fazendo reforço no período da tarde. Antes de atender a criança, foi feita a entrevista de anamnese com a mãe. Segundo Marlene, a mãe biológica de Vanessa não queria ficar com ela e assim que saiu da maternidade deixou a criança aos cuidados de uma pessoa numa favela de sua cidade. A avó materna foi buscá-la nessa favela depois de uma semana, mas como já era idosa e cuidava do primeiro filho de Luciana que também foi deixado, pediu pra sua irmã vir de São Paulo buscar Vanessa para morar com ela. Aos três meses Vanessa veio para São Paulo com uma infecção no ouvido e desse modo praticamente não foi amamentada, sendo que se alimentava de mingau.

Em São Paulo, segundo Marlene, Vanessa passou a ter praticamente duas mães: Marlene, que pouco ficava com ela e Alice, a irmã mais velha, na época com 12 anos, que ficou encarregada dos cuidados com o bebê. Assim passou a chamar Alice de mãe e Marlene de avó, sendo que o marido de Marlene era chamado de pai. O hábito de chamar Marlene de avó foi mudado pela creche, mais ou menos aos três anos, pois como Marlene é quem tinha a guarda, a creche fez com que Vanessa a chamasse de mãe. Vale ressaltar que a guarda só foi pedida quando Vanessa estava com três anos porque Marlene ficou esperando para ver se a mãe biológica ia querer a filha de volta.

Segundo o relato Vanessa andou, falou e obteve controle esfincteriano tardiamente comparado a outras crianças. Por vezes foi levada ao médico devido a esses atrasos, mas não foi encontrado nenhum motivo fisiológico. Ela também não dormia sozinha, tinha que dormir com a mãe ou a irmã na mesma cama. Era caracterizada como uma criança calma e introvertida.

Durante os atendimentos Vanessa se mostrou muito agitada, com brincadeiras desorganizadas, mostrando-se irritada quando contrariada e respondendo com ataques de agressividade tanto aos materiais quando a terapeuta, com frase do tipo “eu te odeio”, “nunca mais vou voltar aqui”, que em seguida eram substituídos por carinhos e frases como “eu te amo”, “você é linda” “desculpa, pelo amor de Deus”, “você ainda gosta de mim?”.

Foi importante, para o desenvolvimento da paciente, interromper a sessão quando necessário, devido à agressividade de Vanessa voltada à terapeuta; porém não como retaliação, e sim explicando que se tratava de um cuidado a ela. Nessas ocasiões era dito que a terapeuta não estava brava, e que na sessão seguinte voltariam a brincar.

Além de fazer um acordo com Vanessa dizendo que a sessão seria interrompida caso ela viesse a se machucar ou machucar a terapeuta, foi adotada também a estratégia de dar voz as atitudes

dela, ou seja, se ela começava a se jogar no chão como um bebê porque estava contrariada, era dito a ela que a terapeuta entendia que ela estava muito brava, que aquela era a maneira como ela estava podendo agir naquele momento, mas que era uma atitude de criança muito pequena e que eu sabia que ela tinha condição de agir de outra maneira e iria ajudá-la nisso. O fato de ter ficado com ela, protegendo-a contido seus ataques de agressividade e explicitado emoções que suas ações denunciavam parece ter colaborado bastante para sua organização interior.

As brincadeiras com os fantoches eram muito interessantes. No teatro, Vanessa era a própria Vanessa e a terapeuta era sua irmã, com quem ela vivia brigando. Notava-se que na brincadeira não aparecia à figura de uma mãe, sendo Vanessa, mesmo como filha, que mandava na casa, organizava, dizia o que podia e não podia, de forma totalmente desestruturada. Mediante essa situação introduzimos na brincadeira uma mãe que era carinhosa, cuidava das filhas, mas também era exigente, dava bronca quando precisava. Vanessa gostou muito da participação dessa mãe e a todo o momento pedia sua intervenção. Na sessão seguinte, Vanessa estava muito brava e ataca a terapeuta, a ponto da sessão ter que ser interrompida, o que não acontecia há muito tempo. Conforme foi discutido em supervisão Vanessa parecia estar revivendo a relação de abandono com a mãe, ela parecia ter medo de "perder"aquela mãe boa que parecia não ter introjetado pelo conteúdo da brincadeira e por não suportar, a atacava.

Outro momento importante ocorreu na sessão seguinte, quando ela perguntou se a terapeuta gostava dela ainda. Nesse momento foi questionado se ela estava perguntando aquilo por estar com medo que a terapeuta à deixasse .Vanessa,nesse momento olhou de canto de olho e balançou a cabeça fazendo que sim. Naquela hora foi possível identificar que possivelmente ela estava revivendo o medo do abandono que tinha sofrido quando bebê.

Este foi o exemplo mais claro, ao longo do atendimento, do momento da transferência e de se poder manejá-la, mas até chegar a este ponto, muitos outros aspectos e situações foram observados a fim de orientar o trabalho, tendo como base a teoria de Winnicott. Atualmente Vanessa continua em processo terapêutico e apesar das dificuldades sentimos progressos no seu desenvolvimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A breve descrição desse caso nos dá indícios de que a relação inicial da criança foi com uma figura/função descrita por Winnicott como insuficientemente boa, uma vez que a abandonou. Em seguida outra pessoa foi buscá-la e logo o cuidador foi trocado novamente, havendo uma

inconstância de cuidado aliada a uma falta de investimento inicial. Estas vivências podem ter acarretando conseqüências tanto no desenvolvimento físico como emocional,:tais como atraso na marcha, na fala, atraso no desenvolvimento emocional como os ataques de amor e ódio apresentados por Vanessa ao longo das sessões.

A partir deste contexto foi trabalhado com Vanessa momentos em que foram dados limites pra ela, como interromper a sessão; mas sempre acolhendo os seus sentimentos, explicando que não era por ter feito algo errado ou como retaliação, mas como uma medida de proteção a ela.

A princípio, o maior objetivo era oferecer um ambiente onde ela pudesse se expressar, tanto com brincadeiras como com palavras e ações, ajudando a dar voz, nomear as emoções que estava expressando apenas em atos, de uma maneira que se sentisse acolhida. Só a partir do momento que Vanessa estava mais organizada e com o fortalecimento do vínculo é que algumas interpretações começaram a ser feitas, sendo o ponto ápice do processo até aquele momento, a situação em que ela revivia no presente com a terapeuta, ou seja, um medo de abandono provavelmente uma repetição de aspectos primitivos.

No atendimento de Vanessa temos procurado criar um ambiente com elementos essências que possam proporcionar o seu desenvolvimento, auxiliando-a na tarefa de rememorar as falhas originais que provocaram rupturas e buscar uma maior integração do Self.

REFERÊNCIAS:

FREUD, S. (1885). Estudos sobre a histeria. In*: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. 1 ed. Rio de Janeiro: Imago, 1974

_____ (1905). Fragmentos da análise de um caso de histeria. In: *Edição Standard Brasileira das Completas de Sigmund Freud*. 1 ed. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

_____ (1909). O homem dos ratos. In*: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. 1 ed. Rio de Janeiro:Imago, 1974.

_____ (1915). Observações sobre o amor de transferência. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. 1 ed. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

_____ (1920). Além do princípio de prazer. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. 1 ed. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

_____ (1923). O ego e o id. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. 1 ed. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

KLEIN, M. (1952). As origens da transferência. In: *Inveja e gratidão e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

LAPLANCHE, J. e PONTALIS, J.B. *Vocabulário da psicanálise.* São Paulo: Martins Fontes, 1976.

NASIO, J. D. Introdução a obra de Winnicott. In: *Introdução as obras de Ferenzi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dotto, Lacan.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1995

WINNICOTT, D. W. (1945). Desenvolvimento emocional primitivo. Em D. W. Winnicott (Org.), *Da pediatria à psicanálise: Obras Escolhidas.* Rio de JaneiroImago, 2000.
_____ (1947). O ódio na contratransferência. In: *Da pediatria à psicanálise: Obras Escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____ (1955-6). Formas clínicas de transferência. In*: Da pediatria à psicanálise: Obras Escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____ (1960). Contratransferência. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed, 1983.

CONSIDERAÇÕES SOBRE BULIMIA E ANOREXIA: BREVE APRESENTAÇÃO DE CASO

Simone Marques Yamada
Claudia Aranha Gil
Leila Salomão De La Plata Cury Tardivo

INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares têm como causas ou origens um conjunto de fatores que interagem entre si. Há o envolvimento concomitante de componentes biológicos, psicológicos, familiares e sócio-culturais. A manifestação dos sintomas por esses pacientes apresenta características desafiadoras e paradoxais. Os aspectos biológicos sem dúvida têm grande influência nesses quadros, porém os fatores ambientais, familiares e sociais, também colaboram para a deflagração e manutenção dos sintomas. Como podemos perceber, é uma condição clínica complexa e por isso exige uma abordagem integrada e multiprofissional.

O aumento do número de queixas envolvendo esses distúrbios alimentares tem preocupado os profissionais que tratam dessas doenças. Deste modo, segundo Leal (2005), uma equipe composta por psiquiatra, clínicos gerais, psicólogos e nutricionista é o alicerce do tratamento, sobretudo em esquema ambulatorial e hospitalar. Ainda segundo Gorgati e colaboradores (2002), a complexa condição clínica daqueles que sofrem dessa condição faz com que seja necessário uma equipe multidisciplinar para proporcionar o melhor tratamento.

Para alguns dos profissionais envolvidos no tratamento dos distúrbios alimentares, a influência dos meios de comunicação, em especial sobre os jovens adolescentes, tem papel decisivo no aumento desses casos nas últimas décadas. O processo da adolescência se torna um impacto, com todas as transformações típicas da puberdade, o que vai obrigar o jovem a rever seu habitat corporal, familiar e social. Para outros, porém, anorexia, bulimia e problemas correlatos fazem parte de doenças muito antigas, mas que somente nos últimos tempos são reconhecidas e tratadas como distúrbios severos, que afetam tanto o físico do paciente quanto seu desenvolvimento psíquico. Mesmo sendo, a anorexia conhecida desde os tempos da Antiguidade, a gravidade desses distúrbios ficou evidente na atualidade após casos fatais de jovens que vieram à tona a partir dos noticiários. É

notório verificar que a grande maioria dos casos registrados é de adolescentes do sexo feminino (LEAL, 2005).

Leal (2005) relata ainda que o aumento do número de distúrbios alimentares não pode ser atribuído somente à mídia. Em suas pesquisas, esse autor ressalta que os distúrbios teriam sua origem na primeiríssima infância, mais exatamente nos primeiros contatos com a figura materna. Repetidas falhas maternas provocariam um complexo quadro de parada no desenvolvimento emocional dos bebês, que se conservariam fixados a seus primeiros objetos. Derivam dessa condição patologias diversa cuja forma de expressão pode ser através das varias formas de sintomas. A anorexia nervosa, em seus vários graus de intensidade, a bulimia, espécie de faceta reversa da anorexia, a obesidade, o alcoolismo e o abuso de drogas e psicotrópicos, além das várias tentativas de suicídio.

Nesses pacientes há uma espécie de paralisia emocional, o que leva há um sentimento de vazio interior, "caracterizada por um empobrecimento da vida afetiva, um distanciamento das emoções, uma dificuldade na identificação e elaboração dos afetos, um retraimento da vida de relação, seja familiar, seja comunitária. Os indivíduos afetados por essa patologia apresentam dificuldades em desenvolver e coordenar os pensamentos e fogem das experiências, sentidas por eles como ameaçadoras. A ameaça principal parece ser a da despersonalização, da perda de si mesmo, do controle das situações. Os pacientes revelam uma falta total de sentido em suas existências e escapam para um agir falso, atuado, interpretando papéis de acordo com a demanda do ambiente." (LEAL, 2005, p.265) Ainda segundo Paiva (2006), a falta de apetite é muitas vezes a falta de prazer em viver e não há fantasia inconsciente de expulsão de objeto mal, onde a mãe sentida como má estaria relacionada ao alimento. Segundo a visão de Santos (2007) o não comer também pode ser visto como uma das formas de se manter o vazio psíquico que esses indivíduos sofrem.

Dessa forma, o jovem compensa essa situação vivenciada na infância e que se prolonga pela vida, através de crises repetitivas de distúrbios alimentares. Leal (2005) identificou algumas dinâmicas familiares típicas, como a eclosão desses distúrbios em famílias numerosas, de classe média e com a participação ativa dos membros, como a interferência de avós e tios, gerando um ambiente confuso. Nesses casos, o ambiente não era favorável para que a criança e posteriormente o adolescente tivessem privacidade, tudo isso ligado com o fato que as reais necessidades da criança não eram percebidas e nem reconhecidas.

Há também uma tendência à que esses sintomas sejam de certa forma transmitidos de geração para geração. Segundo Leal (2005), a mãe que não desenvolveu bem a relação com sua própria feminilidade, não pode aceitar a condição de ser mãe e desempenhar bem os cuidados maternos e assim não terá condições de favorecer o desenvolvimento emocional do filho. Segundo esse autor, muitas vezes é registrada uma forte presença da tríade avó, mãe e neta, marcada pela dependência.

Todos esses distúrbios da alimentação têm como pano de fundo a presença da depressão. O ressentimento da perda não permite a elaboração dos afetos. O suicídio também é um fato marcante nesses distúrbios alimentares, pois parece que o indivíduo opta por matar-se lentamente pela inanição ou pelo abuso da alimentação. No caso da anorexia, o indivíduo se autoflagela pela magreza e mal estar. (PAIVA,2006)

Leal (2005) ainda faz várias especulações em torno dos fantasmas e idéias delirantes que circundam os distúrbios alimentares. Na questão da bulimia, por exemplo, a indução mecânica do vômito serviria para simular a gravidez e seus enjôos. O autor aborda ainda a questão da estigmatização da jovem anoréxica, dentro de uma mistificação que constitui "a ficção da mulher", mediada pelo corpo social. Essas pacientes contra- investem no seu mundo interno, visto como inseguro, confrontando maciçamente com os apelos e as exigências do mundo social externo. Para o autor, isso seria um reflexo sobre a parte do narcisismo social que se articula com o eu narcísico do sujeito.

Quanto o espelho do olhar da mãe ou da família é opaco ou mesmo vazio, o reflexo do espelho social também se torna distorcido. Assim, o jovem se depararia com a valorização do narcisismo, em detrimento da relação com o outro, supervalorizando a aparência com padrões impostos. Portanto é sobre a questão da própria identidade do adolescente que o problema se instala, formando identidades faltas, apoiadas sob a forma de distúrbios alimentares. Diante da fragilidade da possibilidade de identificação com os pais ou mesmo com os professores, restam aos jovens aderir aos modelos que o corpo social lhes oferece, preferindo modelos não abertamente sexuais, mas narcísicos: surge assim uma identidade virtual, porém doentia, compensatória ou de empréstimo, para quem nunca pode ser protagonista da historia da sua própria vida.

O objetivo do presente trabalho é fazer uma breve abordagem dos transtornos alimentares. Como ilustração apresentamos de forma breve o caso de uma paciente atendida em entrevistas iniciais que apresentava um quadro de bulimia, tendo evoluído para anorexia

CASO CLÍNICO

Para ilustrar, utilizaremos o caso de B, uma jovem de 19 anos que veio para o atendimento no APOIAR queixando-se de que "enfiava a o dedo na boca" e vomitava com freqüência. Essa queixa, porém, logo na 1ª sessão não pareceu ser o cerne da sua questão, pois pouco ela falou sobre esse respeito, se centralizando mais em questões com o noivo e familiares. Diz que muitos familiares, como tios e avós, ficam se intrometendo na sua vida, dizendo o que ela deve ou não fazer, e sempre dizendo que ela está errada ao ter determinada atitude (por exemplo, sair do emprego que não gostava). Ao mesmo tempo em que isso ocorre, esses mesmos familiares falam que o fato de B ter problemas com a alimentação não passa de "frescura" da parte dela.

Sobre sua historia de vida podemos relatar que B nasceu de um relacionamento onde a mãe não tinha conhecimento de que o pai tinha outra família, vindo a saber pouco antes de B nascer. Os pais da mãe (avôs de B) também não sabiam da gravidez, tomando conhecimento somente quando houve o nascimento de B. Logo que isso ocorreu, a mãe juntamente com a recém nascida foi colocada para fora da casa, e após algum tempo o bebê retorna, mas sem a mãe.

B relata que foi criada pelos avôs, porem nunca deixou de ver a mãe. Já com relação ao pai, ela somente conheceu faz muito pouco tempo, e atualmente não se falam, pois diz que tiveram um desentendimento. B tem três irmãos por parte de pai e três irmãos por parte de mãe, somente com esses três últimos ela tem contato.

B conta que nunca teve problemas de peso, porem há cerca de um ano ela teve um aumento de peso muito grande, não sabendo explicar o porquê disso. E foi depois desse episodio ela diz que induzir o vomito está se tornando cada vez mais freqüente. Em uma das sessões B conta que alem de vomitar, ela perdeu a vontade de comer, se sentindo enjoada somente em pensar em alimentos. B conta que passou a não comer a partir de uma passagem em que ela ficou um período curto com a mãe, que mora no litoral.

Há também um possível quadro de depressão, pois B relata que acha que sua vida está "uma porcaria", e inclusive ela relata alguns episódios de tentativas de suicídio, embora tivessem sua ocorrência antes que o quadro de transtorno alimentar se instaurasse. Relata também que não sente vontade de sair da cama, tendo muita dificuldade em fazer as atividades rotineiras e que antes lhe dava prazer.

DISCUSSÃO CLÍNICA

Fica evidente que ao nascer B teve uma passagem traumática de separação da figura materna. Não se sabe, ao certo, ate que ponto a avó conseguiu de fato substituir os cuidados da mãe.

O episódio que B relata sobre seu grande ganho de peso pode ter contribuído para que a bulimia, e posterior anorexia se instaurassem. Chama a atenção o relato segundo o qual não sentiu mais fome a partir do fato que ela foi para o litoral passar um período, mesmo que curto, com a mãe.

O ambiente em que foi criada e que vive pode ser considerada não favorável para que a criança e posteriormente à adolescente tivesse privacidade, pois segundo B seus parentes se intrometem constantemente na sua vida, e isso a incomoda muito. Há também o fato de que ao mesmo tempo em que todos invadem sua privacidade, eles, segundo ela, não se importam com seus reais problemas alimentares, dizendo que é "frescura" da parte da jovem. Além disso evidencia-se um quadro de depressão,comumente associado aos transtornos alimentares.

Durante as entrevistas iniciais, pudemos perceber que B vive um grande sofrimento psíquico, com dificuldades em suas relações mais primitivas e questões de identidade, busca de afeto e da singularidade de seu modo de estar no mundo. Além disso, resiste a perceber a gravidade de seu quadro. As intervenções realizadas durante as quatro entrevistas iniciais objetivaram oferecer *o holding* a paciente,bem como mobilizá-la para que buscasse um atendimento multidisciplinar em um serviço de psicologia específico para transtornos de alimentação,o que de fato ocorreu logo após o encaminhamento realizado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

GORGATI, S. B., HOLCBERG, A. S. OLIVEIRA, M. D. Abordagem psicodinâmica no tratamento dos transtornos alimentares. Rev Bras Psiquiatra 2002; 24(Supl III): 44-8

LEAL, M. L. S. Nat. hum., jun. 2005, vol.7, no.1, p.265-277. ISSN 1517-2430.

PAIVA L. M. O Pacto com o diabo na anorexia, tensão pré-menstrual e na sexualidade destrutiva. Artigo disponível na página na web http://www.psicossomatica-sp.org.br/revista/30-35%20Pacto%20Diabo.pdf, revista ABMP-SP on line ano I numero 1, maio de 2006

SANTOS C. L., Humberg, L. V. Quero comer não, mãe: considerações sobre anorexia nervosa. ConScientiae Saúde, Vol. 6, No 1 (2007)]

A TENTATIVA DE DAR VOZ AO SILÊNCIO DE UMA CRIANÇA VIOLENTADA- RELATO DE EXPERIÊNCIA

Sandra Regina Gonsales Pereira

Ele a quem eu dou meu nome
Está chorando em sua cela.
Eu ando sempre ocupado
construindo uma parede em sua volta.
E, ao mesmo tempo em que esta
sobe, dia após dia,
em direção ao céu, vou
perdendo a visão do meu verdadeiro ser em suas escuras sombras..

Orgulho-me desta grande muralha.
Eu a reforço com pó e areia
Com medo de que nem
um mínimo buraco seja deixado
para aquele que carrega meu nome.
Como resultado deste cuidado todo,
Vou perdendo a visão do meu
Verdadeiro ser.

(autor desconhecido)

Este trabalho baseia-se no atendimento realizado no "Projeto Voz do Silencio", executado pela ACCEC (Associação Cubatense de Capacitação para o Exercício da Cidadania), que atende crianças e adolescentes vítimas de violência sexual . Os atendimentos são multidisciplinares com assistente social, educador, psicólogo, advogado, juntamente com a rede de proteção.

Os casos de abuso sexual intrafamiliar e extramiliar continuam reproduzindo-se, o que nos apontam os estudos a este respeito, ou seja, a maioria acontece com pessoas conhecidas da família e de confiança das crianças e adolescentes. São pessoas que aproveitam do vinculo afetivo e de confiança para, através de sedução ou ameaça, abusarem da criança ou do adolescente.

Nossa experiência mostra que os casos de abusos não são fáceis de constatar, pois a maior parte ocorre no ambiente familiar, havendo uma espécie de "pacto de silencio", pois as vitimas, na

maioria das vezes, denunciam os agressores. Percebemos também que essas crianças e adolescentes vêem de famílias com histórico de violência e que isso vem reproduzindo-se.

A experiência também nos aponta que as crianças, vitimas de abuso sexual, constroem verdadeiras muralhas tal qual o poema que inicia esse texto, parecendo que na tentativa de sobreviverem aos seus traumas; pois, por mais que encontrem alguém para confiar, o "fantasma" da violência sempre estará escondido, os mantendo em alerta para representarem sua submissão a este.

Essas crianças sempre tentam e tentam, livrar-se do tal "fantasma", mas, parece que ele jamais irá abandoná-las.

Na realidade do cotidiano ele, o fantasma, está presente todo o tempo, tratando de lembrá-las de sua dor infindável, com a qual precisa esconder pelo "pacto de silencio" feito consigo mesma, pela vergonha que a fez sentir-se suja e confusa, tornando-as desprotegidas, submissas ao poder.

A falta de um "bom dia!", de um sorriso, e mesmo que esse apareça, mesmo assim o fantasma pode estar lá disfarçado de bonzinho.

Penso que desta maneira, muitas crianças podem guardar em seu pacto, uma vingança ou um resgate do que lhe foi tirado.Vão construindo muros talvez para se esconder, e negar as dores que a realidade tratará de lembrá-las, fortalecendo-se e formando um falso self.

Algumas, talvez, aguardando para a oportunidade de continuar o que lhe foi feito, repetindo a violência, acreditando estar se vingando daquele que lhe tirou os seus direitos infantis.

Caso Clínico:

Trata-se de uma menina de nove anos de classe social baixa, a qual chamarei de "Ana".

Ana desde que nasceu praticamente sempre morou com a avó. Sua mãe e seu pai são separados e tiveram um relacionamento de pouco tempo. A mãe tinha dezesseis anos quando Ana nasceu, vindo a separar-se um ano depois. Enquanto casados, os pais brigavam muito inclusive com agressões físicas. Nesta época todos moravam na casa da avó materna de Ana. Sua avó, analfabeta, também tem histórico de negligencia e violência física na infância e no casamento. Hoje separada se dedica a neta.

O pai da criança constituiu outra família e mora em outro estado, é ausente e o pouco que se comunica com a filha, somente falando por vezes ao telefone. A mãe assim que se separou foi viver

com outra pessoa, a qual está até hoje. Ana continuava na casa da avó e só ia para dormir a noite. Na maioria das vezes Ana não queria ir para casa da mãe.

A avó relatou que sempre cuidou da neta, e que esta só ia para casa para dormir. Percebeu que a neta, certa época passou a demonstrar resistência para ir dormir na casa da mãe. Também percebeu que a neta quando dormia com ela acordava assustada e chorando e não conseguia falar o que estava acontecendo. Tinha dificuldade na escola e chegou a repetir o ano. Relatou também que apesar da mãe receber bolsa família não repassa para a filha.

Relata ainda a avó, que a neta sempre foi muita "quietinha" e que chorava por qualquer coisa; "é muito emotiva" (sic), mas que ela não dava trabalho. Contou que a mãe de Ana sempre foi muito agressiva e que batia na neta por qualquer motivo. Relata que a mãe e o padrasto de Ana bebem muito e que ele consome drogas.

Ana nos foi encaminhada pelo conselho tutelar, após ter passado pela delegacia, IML.
A menina foi levada para a delegacia por uma vizinha, pois sua mãe bateu tanto na menina que estava sangrando e sendo arrastada pelos cabelos na rua. Na delegacia Ana contou que não queria ir para casa, revelando que seu padrasto a molestava desde os sete anos.
Ana ficou sob a tutela da avó Sra G, que demonstra ter afeto pela criança e que compareceu à instituição quando solicitada.

Ana nos primeiros atendimentos não falava durante a sessão e permanecia quase que todo o tempo de cabeça baixa, muito resistente e perseguida, olhava constantemente para traz, como se tivesse alguém espiando.

No começo ofereci material para desenhar e recusou gesticulando com a cabeça. Sempre que ela chegava às sessões, eu a cumprimentava, sentávamos a uma pequena mesa no centro da sala, uma de frente para a outra. Na mesa sempre havia lápis colorido papel canetas e um ou dois jogos. Passamos várias sessões em silencio. Em todas as sessões, convidei-a para alguma atividade, mas, sempre recusava.

Percebia que tínhamos que ficar ali, quietas e juntas, pois esta era a necessidade de Ana. Estes momentos de silêncio foram primordiais para nós, pois, Ana precisava de seu próprio tempo, de segurança, acolhimento, um ambiente facilitador, para juntas encontrarmos um espaço de trabalho.

Em uma das sessões ofereci-lhe um jogo de dominó e um quebra-cabeça. Escolheu o dominó arrastando sobre a mesa e dividindo as peças. Perguntei-lhe se ela sabia as regras do jogo e respondeu gesticulando que sim com a cabeça.

Durante o jogo tentei alguma comunicação verbal, mas Ana se resumiu aos gestos com a cabeça. Passamos algumas sessões assim e sempre com o mesmo jogo. Disse-lhe que compreendia seu silêncio, pois não era fácil estar com quem não se conhece, mas que o jogo era uma maneira de estarmos juntas e de nos comunicarmos.

Na outra sessão Ana pegou outra vez o dominó. Jogamos por duas vezes. Disse –lhe que no jogo procurávamos os pares das peças assim como nós estávamos, em par, "em duas",em uma dupla.

Durante os nossos encontros falo da proposta do o Projeto Voz do silêncio e que estaria ali para tentar lhe ajudar. Neste dia Ana chora muito. Chora em silêncio. Suas lágrimas caiam compulsivamente expressando uma dor enorme. Em alguns momentos levantava seus olhos em minha direção, então, lhe falo, que eu estava entendendo sua dor, pois, talvez tinha coisas que lhe tinham acontecido e que não entendia direito, que não sabia explicar e que a deixava a confusa e com muita dor.

Ana sinaliza que sim com a cabeça, e estende sua mão junto a minha. Seguro-a e ficamos um tempo assim. Ana respira fundo e vai se acalmando aos poucos, demonstrando um certo alivio de ter compartilhado sua dor, levanta os olhos outra vez e sorri timidamente. Digo-lhe que ela sabia que aquele toque comigo era seguro e que ela estaria me autorizando a ajudá-la a entender toda aquela dor. Ao término da sessão Ana me abraça e diz que irá voltar e eu digo que ficarei aguardando.

Na sessão Ana chega me abraça sorrindo e pergunta-me se poderíamos jogar um jogo. Digo-lhe que sim e que ela poderia escolher. Ela pega o jogo da memória e começa a arrumar na mesa.

Ana estava muito empolgada com o jogo. Agora ria, falava da escola, dos desenhos que gostava na tv.

Através deste jogo, continuamos a trabalhar a parceria. Disse-lhe: Veja, eu te mostro as figuras e você também, podemos memorizá-las para fazer os pares; desta maneira precisamos uma da outra.

Neste momento começa a me contar sobre um desenho especifico da televisão . *É o desenho das espiãs* diz ela*. "Você tem que assistir!" Elas são parceiras, são do bem! Sabe tem umas pessoas do mal e elas descobrem essas pessoas, para juntas acabarem com o mal. Você vai ver né? É no canal 18 as 12:00 horas.*

Ana me convida para jogar outra vez e continua a contar do desenho. No termino do jogo, quando contamos às peças que cada uma tinha o numero foi igual. Ela sorriu, dizendo alto igual, empatamos!

Disse-lhe: Penso que agora estamos fortes como as espiãs. Somos uma dupla do bem para combater o mal.

Ela diz*: Quem sabe o caminho do bem ajuda as outras pessoas.*

Ao se despedir me abraça e faz um gesto comum entre os adolescentes em sinal de parceria, bate sua palma da mão direita com a palma da minha mão direita. Eu digo-lhe: Parceiras!

Na sessão seguinte Ana entra na sala de atendimento e pega o jogo da memória, e começa a arrumar na mesa. Vira as peças delicadamente como na sessão anterior. De repente começa a virar com força, fazendo barulho, parecendo demonstrar raiva.

Digo-lhe: Parece que você está com raiva.

Ela continua, e não responde. Joga até o fim da mesma maneira, com força demonstrando estar com raiva.

Quando terminamos, disse que queria brincar com a casinha. Em um canto da sala de atendimento, existe um móvel, com uma casa lúdica de dois andares. Levantamos e ficamos de frente para a casinha, que se encontrava em cima de um móvel. Dentro dela continha móvel de sala, quarto de casal, quarto de bebe, cozinha banheiro e bonecos sexuados. Ana tira todos os móveis da casa, deixando somente o quarto do bebe, na parte superior da casa. Coloca o bebê no berço e põe uma mamadeira no chão, do lado de fora do berço.

Em uma parte de baixo da casa coloca o restante dos bonecos todos amontoados.

Digo- lhe: - parece que é desta maneira que você se sente. Abandonada em uma casa grande sem saber o que fazer.

Ana diz: É isso mesmo, você adivinhou!

E essa gente aqui, onde eu coloco?

Digo-lhe: Onde você quer por?

Ana tira todos os bonecos e os joga no fundo e embaixo do armário onde estava a casa lúdica..

Digo-lhe: Ana às vezes é preciso colocar as coisas no fundo, para encontrarmos forças, e depois alcançá-las.

Ana precisou reprimir todas as pessoas que teriam que protegê-la e que não o fizeram, para fortalecer o ego e assim para mais tarde tentar lidar com este conteúdo.

Para Winnicott (1983) o objeto precisa estar estabelecido como bom na vida intrapsiquica, para como tal poder propiciar confiança quanto ao presente e ao futuro.O bebê pode descansar mesmo na ausência do objeto. E isto irá se construir através da repetição de gratificações instintivas satisfatórias. Em termos negativos deve haver uma falta relativa de ansiedade persecutória.E isto Ana demonstrou no inicio dos encontros.

Parece que quando se coloca na casa sozinha, demonstra estar só, mesmo na presença de alguém, o que parece que foi sua experiência inicial. Ana pode estar tentando encontrar alguém disponível para dar conta dos impulsos do id, alguém que a ajude a alcançar a mamadeira, a gritar, a sonhar, a brincar, a ser criança. Alguém para se identificar e para confiar.

Referências bibliográficas:

CUKIER, R. ***Sobrevivência Emociona***l. São Paulo: Editora Summus,1998

ZIMERMAN, D.E.***Fundamentos psicanalíticos:*** **teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática.** Porto Alegre: Artmed, 1999.

WINNICOTT,D.W. O ambiente e os Processos de Maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

Sandra Regina Gonsales Pereira
Psicóloga – CRP06/48243-7
Av. Ana Costa 493 conj.16
Tel. (13) 32881299
Gonzaga – Santos _ SP
Cep11060-002

PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA

Lidia Rosalina Folgueira Castro
Wilson de Campos Vieira

O consagrado pediatra e psicoterapeuta, professor da Universidade de Harward, Berry Brazelton, que revolucionou nossa compreensão do bebê, revelando suas múltiplas "competências", na ocasião em que esteve no Brasil, em novembro/2004, no Seminário Internacional da Primeira Infância, organizado pela Unesco, declarou ao jornalista da *Folha de São Paulo* que "cada US$ 1 gasto em um atendimento de qualidade na infância economiza no futuro US$ 7 em gastos no sistema policial e prisional". Referia-se a pesquisa realizada nos EUA, onde os gastos dirigidos ao sistema policial e prisional são proporcionalmente maiores dos que os brasileiros. No entanto, nós temos mais despesas com a segurança particular: com as companhias de seguro, nas residências, carros, relacionadas às escolas de nossos filhos. É trabalhosa e muito cara a recuperação de um adolescente delinqüente grave, quando se consegue. "É melhor prevenir do que curar" transformou-se num lema da saúde pública. O que ocorre na infância do futuro delinqüente, que poderia ser tratado e debelado a tempo (prevenção primária e secundária), antes que a conduta anti-social se consolide?

O DSM-IV-TR normalmente não apresenta as causas da grande maioria dos transtornos mentais que descreve, porque o conhecimento delas é ainda incerto, mas não é o caso do "transtorno de conduta" infantil e adolescente que neste último período já se identifica com a delinqüência , pois aí as causas são bem conhecidas: "rejeição e negligência parental, temperamento difícil do bebê, práticas inconsistentes de criação com disciplina demasiado rígida, abuso físico e sexual, falta de supervisão, institucionalização nos primeiros anos de vida, troca freqüente dos responsáveis pelas crianças, família muito numerosa, histórico de tabagismo da mãe na gravidez, rejeição pelo grupo de iguais, exposição a violência no bairro em que reside e certas espécies de psicopatologia na família (p. ex. Transtorno de Personalidade Anti-Social, Dependência ou abuso de Substância)". Contudo, o DSM-IV-TR, apesar de afirmar que, quando os transtornos de conduta iniciam na infância, são de prognóstico mais grave do que quando iniciam na adolescência, com a tendência a evoluírem, na adolescência e idade adulta, para ações mais violentas como "sexo forçado, crueldade física, uso de arma, roubo com confronto com a vítima, arrombamento e invasão", ele não diferencia, no conjunto

das causas, aquelas mais características de um ou de outro grupo. No entanto, investigações epidemiológicas mais detalhadas, e investigações clínicas, têm mostrado que, desse rol de causas, aquela que está na origem da delinqüência, nas suas formas mais violentas, é o castigo físico severo, normalmente associado a rejeição da criança. Eis sobre isto as palavras de duas autoridades representantes das duas correntes atuais mais importantes em psicopatologia. Pela psicanálise, o educador Jacques Selosse:

> [...] os agressores são, entre os jovens delinqüentes, aqueles que mais sofreram violência (SELOSSE, 1997, p. 264), e
>
> "Trabalhando numa perspectiva comparativa junto a delinqüentes poloneses e franceses, Malewska e Peyere demonstraram que a proporção de crianças que tem relações positivas com seus pais diminui regularmente seguindo-se a escala de gravidade dos delitos. O controle parental varia em grau e em natureza com o tipo de delinqüência. Um controle estrito observa-se ao mesmo tempo nos não delinqüentes e nos delinqüentes graves, mas associado a sanções físicas severas na famílias destes últimos (SELOSSE, 1997, p. 200).

Pela psicologia cognitiva, o pioneiro Aaron T. Beck mencionou:

> "Muitos estudos mostraram que uma proporção importante de delinqüentes emergem de famílias nas quais eles foram sujeitados a punições físicas penosas [...] "As crianças são mais sensíveis em se tornarem delinqüentes quando a punição é extrema (dar socos, queimar) e caprichosa" (BECK, 2002, p. 156).

Os castigos físicos mais fortes normalmente são associados à rejeição afetiva da criança vítima, que freqüentemente manifesta-se no deslocamento dela para lares sucessivos. Quaisquer que sejam, castigos físicos são sempre nocivos, além de dor física são vividos como uma rejeição carregada de ódio, mas quando estes momentos são alternados com outros de certa afetividade, os castigos físicos acabam temperados pela idéia de técnica educativa, e o prejuízo é menor. Mas quando não existem estas recuperações afetivas, os castigos físicos são a materialização de uma rejeição persistente, que, compreende-se, é bem mais propensa a uma maior brutalidade. Nestes casos, a criança vive a violência física como rejeição máxima: vão se livrar dela, vão matá-la. É esta angústia de morte que é descarregada posteriormente contra os outros, na facilidade de tirar-lhes a vida. Nas palavras de Claude Balier, que pratica a psicanálise em prisioneiros violentos:

> É a vida que está em jogo. O sujeito não pode se permitir sentir a angustia de sua anulação de que falamos sem se sentir impelido ao suicídio. É o que

> aparece claramente no curso dos tratamentos aprofundados. As contra-organizações tendem a provar a existência, face à morte (BALIER, 1995, p. 204).

A prevenção só dá frutos 15 anos após ter iniciado. O governante que a promove não será provavelmente aquele que se beneficiará. O imediatismo político é o maior obstáculo a implantação do programa.

A implantação começa por instrumentalizar serviços de contato com a população como postos de saúde, hospitais, maternidade, e principalmente creches e escolas, a detectarem sinais de violência e também a participarem, dentro de uma orientação multidisciplinar, dos cuidados com a família. O tratamento a domicilio, desde que possível, deve ser de regra, tomado à frente pelo assistente social, orientado por uma equipe multidisciplinar, tratamento dito "global", onde a família é auxiliada nos mais diversos aspectos da vida social, mas sob a determinação de cessarem as brutalidades com as crianças, até que os pais venham a perceber os resultados positivos nos filhos e a serem sensibilizados, através da atenção recebida do assistente social, do valor construtivo da benevolência. Certamente, a prevenção vai além da questão da violência estendendo-se aos maus-cuidados em geral e negligência, de onde provém a maciça maioria dos casos de deficiência mental.

Talvez seja mais fácil combater as causas da violência no Brasil do que a típica violência americana. O tipo de violência cometida a pouco pelo estudante coreano na Virgínia é o preço que a cultura americana paga por mesclar a realidade com o cinema. O estudante enviou fotos, como esta do boné ao contrário, braços estendidos com uma arma em cada punho, que parece retirada de filme. O cinema, muito mais do que qualquer outra arte nos transporta para fora de nós mesmos, para o que está na tela. O filme terminou e demoramos algum tempo para sairmos de seu clima e voltarmos a nossa realidade. Ocorre que nos EUA a realidade, por sua vez, é cheia de referencias aos filmes a Disneylandia é o protótipo o que induz a nos fixarmos nos filmes em detrimento da realidade. Assim nossa vida perde a densidade própria. Ora, o típico cinema americano casa perfeitamente com a "estranha leveza do ser" própria a imagem na tela, pois, em seu conteúdo, ele é um antídoto contra a idéia da morte. Inicia a criança nos desenhos animados, onde, aconteça o que for, o personagem recupera-se intacto. Em seguida, quando a criança poderia conceber melhor a finitude humana, esta é deslocada e eclipsada pela excitação do combate, guiado pela idéia de justiça, de vingança, onde é freqüente assistirmos mortes em série (p.ex., índios tombados um atrás do outro, num farwest). O individuo, como o estudante sul-coreano, pode então vingar-se de ofensas como

num filme. A cultura americana tem força de penetração em outras regiões, como se sabe. O único caso de que me lembro no Brasil, de assassinato do tipo americano, ocorreu justamente num cinema, várias pessoas metralhadas: o assassino na platéia era consubstancial à imagem na tela.

Referências

AMERICAN PSICHIATRIC ASSOCIATION DSM IV- TR – *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Trad. Claudia Dornelles. Porto Alegre, Artemed, 2002.

SELOSSE J. *Adolescence, violences et déviences.* Maine-et-Loire : Matrice, 1997.

BECK A. T. *Prisioners de la haine*. Paris : Masson, 2002.

BALIER C. Agresseurs sexuels : psychopathologie et stratégies thérapeutiques. In: GABEL M. ; LEBOVICI, S.; MAZET, P. (Orgs). *Le traumatisme de l'inceste*, Paris : PUF, 1995. p. 204.

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE TRAÇOS AUTÍSTICOS (A.T.A.): SEGUNDO ESTUDO DE VALIDADE-

Francisco Baptista Assumpção Jr.;
Julianna Di Matteo Gonçalves;
Simone Cuccolichio;
Letícia Calmon de Amorim;
Flavia Rego;
Claudio Gomes;
Marcio Simone Falcão

Resumo

O objetivo da pesquisa foi realizar novo estudo de validade da Escala de Traços Autísticos (ATA). A Escala foi aplicada em forma de entrevista às mães de crianças com Autismo e de crianças com Deficiência Mental, previamente diagnosticadas por equipe multidisciplinar. Os dados obtidos foram analisados estatisticamente, através do programa SPSS, realizando-se teste t para comparação de médias, analise de variância de cada item e curva ROC, visando estabelecer melhor ponto de corte. A ATA apresentou grande sensibilidade 0,82 e especificidade 0,75 para identificar Transtornos Invasivos do Desenvolvimento e mostrou-se mais precisa para rastrear sintomas autísticos, especialmente com ponto de corte 23.

Palavras Chave: Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Autismo, ATA, Deficiência Mental, Escala de avaliação.

Abstract

The goal of this research was to undertake a new validity study of scale for the assessment of autistic behaviour (ATA). This scale was applied in form of interview to the mothers of children with autism and mothers of mentally disabled children, previously diagnosied by a multidiscipline team. The results obtained have been analyzed statistically, throught SPSS program, applying t test for comparison of averages, analysis of variance of each iten and ROC curve, aiming to estabilish the best cut off point. The scale for the assessment of autistic behaviour (ATA), presented a 0,82 high degree of sensitivity and 0,75 of specificity to identify the pervasive disturbance of development and revealed to be more accurate to track autistic symptoms, specially with a cut off point of 23.

Key Words: Pervasive Developmental Disorders, Autism, ATA, Mental Disability, Evaluation Scale.

1.INTRODUÇÃO

O autismo é considerado hoje como uma síndrome comportamental com etiologias múltiplas e distúrbios de desenvolvimento, caracterizados por déficits na interação social, observados através da inabilidade em relacionar-se com o outro, usualmente combinado a déficits na linguagem e no relacionamento [1].

Com as mudanças conceituais que sofreu a partir dos anos 70, altera-se a questão epidemiológica passando de casos raros, descritos esporadicamente, para aproximadamente 1 a 5 casos em cada 10000 crianças, numa proporção de 2 a 3 homens para 1 mulher [2], ou mesmo uma proporção de 2:1000 [3].

Observa-se ainda uma predominância do sexo masculino [4], embora quando analisamos as etiologias prováveis, não encontremos grande número de pacientes com patologias vinculadas especificamente ao cromossoma X, a qual justificaria essa diversidade.

Leboyer [5] é textual quando diz que "a confrontação das observações clínicas e dos dados obtidos através da análise dos processos cognitivos e emocionais permite considerar a descrição de um modelo cognitivo anormal sustentando a patologia dos autistas".

Seu diagnóstico pode ser realizado de forma clara, sugerindo-se que a idade média para sua detecção é ao redor de 3 anos, embora se sugira que ele já possa ser bem estabelecido ao redor dos 18 meses de idade [6].

Em um primeiro momento diagnóstico, seu rastreamento pode ser realizado através de escalas passíveis de serem aplicadas por professores especializados ou outros profissionais, visando uma suspeita que, posteriormente, pode ser, ou não, confirmada por um especialista.

Muitas características do autismo, atmbém são encontradas em outros transtornos do desenvolvimento, por isso foi descrito como contínum autítico variando de acordo com o comprometimento cognitivo [7]. Há uma grande relação com a defici~encia mental e esta associação chega até 2/3 dos casos [8].

O conceito de deficiência mental é uma entidade clínica de difícil precisão, pois varia de acordo com as influências que sofre do meio no qual foi estruturado [9], ou seja, está relacionado ao funcionamento adaptativo, que referese ao modo como o indivíduo enfrenta com eficiência, as exigências cotidianas, e

o grau em que atinge os critérios de independência pessoal esperados quando comparados aos demais de sua idade, bagagem sócio cultural e contexto comunitário [10].

2. OBJETIVO

Foi nosso objetivo avaliar, com finalidade de aperfeiçoamento em sua validação, a escala diagnóstica para autismo (ATA), construída por Domenech e Ballabriga[11], considerando-se a necessidade de diferentes estudos, realizados em diferentes locais, para que suas características possam ser melhor estabelecidas para a população brasileira considerando-se a sua importância na delimitação entre as populações com Transtorno Invasivo do Desenvolvimento e pessoas com Deficiência Mental.

3. METODOLOGIA

3.a.POPULAÇÃO

Foram avaliados 93 sujeitos, com idades entre 4 e 12 anos (Média= 7a 3m) sendo 62 do sexo masculino e 31 do sexo feminino. Foram diagnosticados 41 crianças com Transtorno Invasivo do Desenvolvimento (Grupo Experimental), e 52 como apresentando unicamente Deficiência Mental (Grupo Controle). Esses diagnósticos foram realizados a partir de avaliação multidisciplinar (médicos, psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais) segundo os critérios referidos pelo DSM IV-TR[10].

3.b. INSTRUMENTO

A escala ATA é um instrumento de fácil aplicação, acessível a profissionais que tem contato direto com a população autista, por exemplo, professores, bem como pais, informando o estado atual do paciente. Ela pode ser aplicada por um profissional conhecedor do quadro, não necessariamente médico, sendo ele o responsável pela avaliação das respostas dadas, em função de cada item. Não é portanto uma entrevista diagnóstica, mas uma prova estandardizada que dá o perfil conductual da criança, embasada nos diferentes aspectos diagnósticos.

Consiste na observação e permite fazer seguimentos longitudinais da evolução, tendo por base a sintomatologia autística, auxiliando também a elaboração de um diagnóstico mais confiável desses quadros[12].

Essa escala é composta por 23 sub-escalas, cada uma das quais dividida em diferentes itens. Sua construção foi realizada levando-se em conta os critérios diagnósticos do DSM-III, DSM-III-R[13] e da CID-10[14] e na primeira padronização[12] foram utilizadas também as correções de critérios decorrentes

da publicação do DSM-IV[4]. Assim sendo, quinze das suas sub-escalas são representativas dos três critérios básicos e somente as sub-escalas 8, 10 e 15 são apontadas como itens adicionais nas escalas ERCN ("Échelle d'évaluation resumée du comportement autistique"), ERCA-IIIA ("Échelle d'évaluation resumée du comportement du nourrison") e a escala de Riviére[15]. As sub-escalas 1, 16 e 21 são aquelas que se apresentam com maior freqüência nos instrumentos diagnósticos.

Ela foi pontuada com base nos seguintes critérios: cada sub-escala da prova tem um valor de 0 a 2; pontuando-se cada sub item positivo no momento em que o sujeito apresenta tal sintoma citado; se um item da escala for positivo a pontuação da escala será 1, se dois itens ou mais forem positivos a pontuação será 2, se nenhum dos itens forem positivo a pontuação será 0. A pontuação global da escala se faz a partir da soma aritmética de todos os valores das sub-escalas.

Para a avaliação do nível de desenvolvimento, foi utilizada a escala Vineland[16] uma vez que ela é, devido à facilidade de sua aplicação, bastante utilizada tanto para populações com Deficiência Mental em nível moderado a profundo, bem como com pessoas com Transtorno Invasivo do Desenvolvimento que, em geral, não respondem aos testes psicométricos[17]. Sua utilização, em nosso estudo, teve por finalidade homogeneizar ambas as populações estudadas bem como poder verificar a importância do prejuízo no desenvolvimento mascarando os sintomas autísticos.

O Vineland[16] avalia o nível funcional da criança em quatro áreas, a saber, comunicação, atividades de vida diária, socialização e habilidades motorasmensurando um quociente de desenvolvimento.

3.c. PROCEDIMENTOS

A ATA e o Vineland foram administrados após informação detalhada dos dados clínicos e evolutivos da criança, tendo requerido tempo pequeno para sua aplicação, ao redor de 30 minutos para cada instrumento.

Os dados obtidos foram analisados estatisticamente, através do programa SPSS, realizando-se teste t para comparação de médias, análise da variância de cada um dos itens e curva ROC, esta visando o estabelecimento do melhor ponto de corte para diferenciação dessas duas populações objetivando-se determinar os melhores pontos de sensibilidade e de especificidade.

4 . RESULTADOS

A partir da avaliação realizada, conforme os procedimentos descritos, obtivemos:

Tab. 1 - Tabela de médias e desvios padrão, e comparação entre os grupos TID (Transtorno abrangente de desenvolvimento) e RM (Retardo Mental) através do teste t de Student, p=0,05

	GRUPO	N	Média	Desvio padrão	p
A . T . A	RM TID	49 39	14,92 30,49	9,44 6,84	<0,01 *
VINELAND	RM TID	51 40	36,25 35,03	10,89 10,10	1,52

Tab.2 - Tabela de médias e desvios padrão, e comparação entre os grupos TID (Transtorno abrangente de desenvolvimento) e RM (Retardo Mental), considerando-se QD<50, através do teste t de Student, p=0,05

	GRUPO	N	Média	Desvio padrão	p
A . T . A	RM TID	45 34	15,11 30,82	9,63 6,59	0,028 *
VINELAND	RM TID	46 35	34,11 32,29	9,09 7,33	,45

Tab. 3 - Tabela de médias e desvios padrão, e comparação entre os grupos TID (Transtorno abrangente de desenvolvimento) e RM (Retardo Mental), considerando-se QD>50, através do teste t de Student, p=0,05

	GRUPO	N	Média	Desvio padrão	p
A . T . A	RM TID	4 5	12,75 28,20	7,54 8,87	0,028 *
VINELAND	RM TID	5 5	56,00 54,20	3,67 3,56	,45 1,59

Tab. 4 - Coordenadas da Curva ROC
Test Result Variable(s): A . T . A

Positivo se maior ou igua a	Sensibilid ade	1 - especificida de
1,00	1,000	1,000
3,00	1,000	,980
4,50	1,000	,918
5,50	1,000	,816
6,50	1,000	,776
7,50	1,000	,735
8,50	1,000	,653
9,50	1,000	,612
10,50	1,000	,571
11,50	1,000	,551
12,50	1,000	,469
14,00	1,000	,429
15,50	1,000	,408
16,50	1,000	,367
17,50	1,000	,327
18,50	,974	,306
19,50	,949	,306
20,50	,846	,286
21,50	,821	,265
23,00	,821	,245
24,50	,769	,224
25,50	,718	,224
26,50	,667	,224
27,50	,667	,204
28,50	,615	,143
29,50	,590	,102
31,00	,564	,041
32,50	,487	,041
33,50	,410	,000
34,50	,333	,000
35,50	,282	,000
36,50	,231	,000
37,50	,179	,000
38,50	,128	,000
39,50	,051	,000
41,00	,000	,000

5. DISCUSSÃO

A média do total de pontos obtidos através da ATA foi de 14,92 (± 9,44) para a população com Deficiência Mental e de 30,49 (± 6,84) para a população com TID. Assim sendo, ao não encontrarmos diferenças significativas entre as médias obtidas através do Vineland, para Deficientes Mentais de 36,25 (± 10,89) e para os autistas de 35,03 (± 10,10) o que não se mostrou estatisticamente diferente (Tab 1), podemos dizer que ambas as populações estudadas, embora iguais no que se refere ao seu comprometimento intelectual, diferiam significativamente em relação à sintomatologia autística.

Considerando-se a curva ROC, o melhor ponto de corte encontrado foi de 23, para p = 0,05 (Tab.4). Como a validade externa e análise da consistência interna da escala já haviam sido avaliadas em estudo anterior[12] com populações semelhantes, não o fizemos neste momento.

Quando comparamos as amostras de pacientes com TID e de pacientes com Deficiência Mental, encontramos diferenças não somente entre as médias gerais mas também, quando subdividimos a população estudada em duas amostras a partir de seus níveis de desenvolvimento (Tabs. 2,3) não se observando correlação entre as escalas ATA e Vineland.

A avaliação de comportamentos que permita o reconhecimento de traços autísticos e, em conseqüência, possibilite um diagnóstico populacional, é de extrema importância uma vez que muitos dos casos portadores do quadro misturam-se com a população com Deficiência Mental, ficando restrita a esse atendimento e não sendo passível de identificação.

A proposta deste estudo visou melhorar estudo anterior[12] de validação da escala de traços autísticos (ATA), desenvolvida em Barcelona[11], adaptando-a ao DSM IV e a realidade brasileira, para que ela avalie, de maneira confiável, as condutas autísticas na criança. O novo ponto de corte obtido (23) para um p=0,05, permite-nos estabelecer uma suspeita diagnóstica bastante precisa do quadro em questão.

A diferença observada por nós nos escores obtidos em ambas as populações estudadas, mostra sua sensibilidade para a detecção de quadros suspeitos. Assim, embora não dispense o diagnóstico clínico, este instrumento permite uma primeira triagem desses quadros e, posteriormente, pode ser utilizado também como guia da evolução do tratamento, uma vez que engloba as diferentes áreas comprometidas pela patologia.

Como apresenta grande sensibilidade (0,82) e especificidade 0,75), em relação aos critérios para os quais foi adaptada, podemos considerar que, embora não substitua nem proponha critérios diferentes

daqueles utilizados pelos atuais sistemas classificatórios, uma vez que é baseada no DSM IV[4], acreditamos que sua utilização mostre-se de grande valia para o estudo do autismo em nosso meio.

Seis itens (1, 6, 16, 21, 22 e 23) apresentaram alta correlação com o diagnóstico sendo os melhores discriminadores entre os quadros de Transtorno Invasivo de Desenvolvimento e Deficiência Mental. Esses itens correspondem a algumas características básicas desses quadros clínicos, a saber, a dificuldade na interação social (1), a falta de contato visual; olhar indefinido (6), alterações de linguagem e comunicação (16), movimentos repetitivos e estereotipados (21), outra que não pertence à constelação descrita através do DSM-IV TR[10] embora seja clinicamente importante pois refere-se a ignorar o perigo (22). Finalmente, a percepção de início mais precoce, antes dos 36 meses, foi melhor detectada na população portadora de TID em contraposição a portadora de Deficiência Mental(23).

Portanto independente do resultado do score total da ATA é importante verificar a pontuação dessas sub-escalas, pois elas somadas a observação clínica podem melhorar a acurácia do diagnóstico diferencial.

Posteriormente a rastreamentos de tipo populacional, considerando-se um diagnóstico clínico mais acurado e especializado temos que nos reportar aos critérios do DSM-IV TR[10] através do qual é relatado como um quadro iniciado antes dos três anos de idade, decorrente de uma vasta gama de condições pré, Peri e pós-natais.

6. BIBLIOGRAFIA

1.Gillberg, C. What is autism? Int. Ver. Psychiat. 1990; 2:61-66.

2. Volkmar FR, Bergman J, Cohen DJ, Ciccheti DN. DSM-III and DSM III-R diagnosis of autism. Am J Psychiatry 1988;145:1404-1408.

3. Baron-Cohen S, Leslie AM, Frith U. Does the autistic child have a theory of mind? Cognition 1985;21:37-46.

4. Associação Psiquiátrica Americana (APA) Manual de diagnóstico e estatística de Distúrbios Mentais - DSM-IV. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

5. Lebovici, S.; Duché, D.J. - Os conceitos de autismo e psicose na criança in: Mazet, P.; Lebovici, S.; Autismo e Psicose na Criança, Porto Alegre, Artes Médicas, 1991.

6. Baron-Cohen S. The development of a theory of mind in autism: deviance and delay? Psychiat Clin N Am 1991;14:33-52.

7. Wing L. The autistic continuum. In Wing L. Aspects of autism: biological research. London: Royal College of Psychiatrists & The National Autistic Society, 1988.

8. Kaplan, H.I.; Sadock, B.J.; Grebb, J.A.; Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. Trad. Dayse Batista, Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.

9. Assumpção Jr., F.B.; Kuczynski E. Deficiência Mental. in: Assumpção Jr., F.B.; Kuczynski E. Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência. São Paulo: Editora Atheneu, 2003 p 247-263.

10. Associação Psiquiátrica Americana (APA) Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais (DSM IV TR). 4º Edição, Porto Alegre: Artmed, 2002.

11. Ballabriga MCJ, Escudé RMC, Llaberia ED. Escala d'avaluació dels trests autistes (A.T.A.): validez y fiabilidad de una escala para el examen de las conductas autistas. Rev Psiquiatria Infanto-Juvenil 1994;4:254-263.

12. Assumpção Jr., F.B.; Kuczynski, E.; Gabriel, M.R.; Rocca, C.C.: Validade e confiabilidade de uma Escala para detecção de condutas autísticas. Arq. Neuro-Psiquiatria, 57, 1:23-9, São Paulo, 1999.

13. Associação Psiquiátrica Americana (APA) Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais - DSM-III-R. São Paulo: Manole, 1989.

14. Organização Mundial de Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10. Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas (Trad. Dorgival Caetano). Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

15. Lelord GF. Remarques sur les échelles d'évaluation. Neuropsychiatrie de l'Enfance 1986;34:119-121.

16. Sparrow, SS; Balla, DA; Ciccheti, DV. Vineland Adaptative Behaviour Scales. Minessota; AGS; 1984.

17. Klin, A.; Saulnier , C.A. ; Sparrow, S.S.; Cicchetti, D.V.; Volkmar, F.R.; Lord, C. Social and Communication Habilities and Disabilities in Higger Functioning Individuals With Autism Spectrum Disorders: The Vineland and The ADDOS Journal of Autism and Developmental Disorders, 37(4), 759-784 2007.

VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS: DESAFIO PARA A SAÚDE PUBLICA

Leia Priszkulnik

A violência tem ocupado cada vez mais a atenção dos profissionais e pesquisadores da área da saúde, em função do potencial de ameaça à vida da população em geral. Trata-se de um fenômeno mundial que atinge todas as camadas sociais e está presente em todos os países. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a violência deve ser tomada como uma questão de saúde pelo fato de se constituir em uma ameaça à vida. A proposta, então, é aplicar à violência os mesmos procedimentos que são usados nos demais agravos à saúde, ou seja, "sua descrição e análise, em termos de tempo, lugares, pessoas, freqüência e intensidade, determinantes, sentidos e significados sociais" (Villela e Botazzo, 2004, p.6).

A violência contra crianças aparece nas mais variadas situações e pode ser detectada através das reportagens e notícias em jornais, nas revistas, nas rádios, nas televisões, em sites na internet. Os maus-tratos praticados contra as crianças, explicitados por Ricas e Donoso (2006, p.308-309), "podem ser classificados basicamente em cinco categorias formais e usuais: violência física, violência psicológica, abuso sexual, negligência e Síndrome de Munchausen por procuração". A violência física aparece nos chamados castigos corporais, que podem incluir desde palmadas até espancamentos com o uso de instrumentos (cintos, cordas, hastes de ferro, correntes, etc.). A violência psicológica aparece em situações onde a criança é rejeitada, isolada, atemorizada, ignorada, corrompida e "a forma que tem sido a mais relacionada às crianças oriundas de classe média ou alta, que é a de produzir expectativas irreais ou extremadas exigências sobre seu rendimento (escolar, intelectual, esportivo)"; essa violência psicológica pode até passar despercebida, mas causa danos que não podem ser observados diretamente como os danos físicos. A violência sexual, ou abuso sexual, "é um fenômeno universal que atinge todas as classes sociais, religiões e culturas. Sua verdadeira incidência é desconhecida, acreditando-se ser uma das condições de maior sub-notificação e sub-registro em todo mundo". As vítimas são, geralmente, do sexo feminino e os agressores do sexo masculino e pessoas próximas das vítimas (pai, parente, vizinho). A violência por negligência aparece "nos cuidados inadequados com nutrição, tratamento médico, evasão escolar, falta de vigilância com menores de três anos e abandono". A Síndrome de Munchausen por procuração é "uma forma de abuso na infância em que o perpetrador produz uma

falsa doença na criança, se beneficiando materialmente ou psiquicamente da situação (por procuração)". O perpetrador, geralmente, é a mãe e ela "falsifica ou produz histórias clínicas e evidências laboratoriais, causando lesões físicas e induzindo a hospitalizações desnecessárias". É uma síndrome de difícil diagnóstico e, também, de difícil notificação e registro.

A violência contra crianças acompanha a história da humanidade e pode ser estudada em vários textos antigos. No campo médico, o primeiro estudo científico sobre violência física contra crianças foi realizado na França por Ambroise Tardieu, legista, em 1860. Através de necropsias, ele constatou a presença de várias lesões nas crianças (fraturas, hematomas, etc.), que os pais não conseguiam fornecer explicações que fossem compatíveis com as características das lesões encontradas. Entretanto, como salienta Santoro Jr. (2002, p.279), "o assunto não mereceu a devida repercussão no meio médico e, em toda a primeira metade do século [XX], muitas fraturas devido a maus-tratos foram atribuídas à sífilis e ao raquitismo". Esse assunto voltou a ter repercussão no meio médio em 1946 e "coube a John Caffey, um radiologista pediátrico norte-americano, criar caminhos para o estudo desta condição, ao analisar fraturas associadas a hematomas, inexplicadas por qualquer doença de base".

Na segunda metade do século XX, em 1962, como indicam Oliveira-Formosinho e Araújo (2002, p.89), "pela mão do pediatra Henry Kempe e colaboradores, as situações de maus-tratos tornam-se mais visíveis, sobretudo após a proposta do termo síndrome da criança espancada (battered child syndrome) para definir esse quadro clínico manifestado em crianças pequenas" com maus-tratos físicos. Dois anos mais tarde, em 1964, "Fontana introduz o termo criança maltratada que [...] incorpora também situações de negligência e privação emocional, abrindo caminho à consideração da violência de tipo emocional contra a criança".

A violência contra crianças durante muito tempo foi encarada como algo natural e normal pelos pais, pelos médicos, pela justiça, etc. O primeiro caso documentado de maus-tratos contra crianças foi o caso de Mary Ellen Wilson, na segunda metade do século XIX nos Estados Unidos. Oliveira-Formosinho e Araújo (2002, p.89) descrevem a situação inusitada. "Os contornos deste caso de uma criança com oito anos de idade vítima de severos maus-tratos físicos por parte dos pais haviam sido denunciados sem êxito a vários agentes de proteção". Como não existiam leis que protegessem os direitos das crianças, qualquer tipo de ação legal não podia ser adotada. As pessoas envolvidas na causa (assistentes sociais, religiosos) recorreram à Sociedade Americana para a Prevenção da Crueldade contra os Animais, é "o caso foi apresentado em tribunal sob a alegação de

que, se os animais se encontravam legalmente protegidos, e Mary Ellen, como humana, pertencia ao reino animal, deveria também ser-lhe garantida proteção". Assim, em 1874, "a primeira sentença condenatória a pais por maus-tratos a uma criança" foi promulgada. A partir desse caso, "cria-se, em 1875, em Nova York, a National Society for the Prevention of Cruelty to Children (NSPCC), fundada também em Londres em 1884".

No século XX, a situação das crianças começa a se modificar. Segundo Marcílio (1988, p.46-47), "o século XX é o século da descoberta, valorização, defesa e proteção da criança". Nesse século, "formulam-se os seus direitos básicos, reconhecendo-se, com eles, que a criança é um ser humano especial, com características específicas, e que tem direitos próprios". A autora enfatiza que "a origem e o desenvolvimento do processo de criação dos Direitos da Criança integram o movimento de emancipação progressiva do homem e, em seguida, da mulher". O avanço dos conhecimentos em várias áreas traz novas mudanças. "Com os avanços da medicina, das ciências jurídicas, das ciências pedagógicas e psicológicas, o século XX descobre a especificidade da criança e a necessidade de formular seus direitos, que passam a ser tidos como especiais".

Ellen Key, pedagoga sueca, publica em 1900 o livro "O século da criança", em que faz sérias críticas em relação à maneira como a criança era tratada em todas as camadas sociais. A autora manifestava a esperança que o século XX seria o século da criança. Durante as primeiras décadas, os poderes públicos e as entidades privadas procuraram se mobilizar para oferecer às crianças condições de vida mais adequadas.

Em 1923, de acordo com Marcílio (1988, p.47), "formulados por uma organização não-governamental, a International Union for Child Welfare, foram estabelecidos os princípios dos Direitos da Criança". A Liga das Nações, idealizada depois da 1ª guerra mundial em 1919, "reunida em Genebra no ano seguinte, incorpora-os e os expressa na primeira Declaração dos Direitos da Criança". Em 1946, depois da 2ª guerra mundial, "ante a existência de milhares de crianças órfãs ou deslocadas de seus pais e família, a ONU resolveu criar um Fundo Internacional de Ajuda Emergencial à Infância Necessitada". O UNICEF é criado para ajudar as crianças a superar os traumas de guerra. Em 1950, "a Assembléia Geral da ONU recomendou que o UNICEF transferisse suas atenções para programas de longo alcance, visando à melhoria da saúde e da nutrição das crianças dos países pobres". Em 1953, o UNICEF se torna um órgão permanente da ONU. Em 1958, a UNICEF "estendeu-se a um novo campo, o dos serviços sociais para as crianças e suas famílias. Com isso, teve seu raio de ação enormemente ampliado, incluindo a educação";

Em 1959, a ONU proclama a Declaração Universal dos Direitos da Criança, onze depois da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) (documento básico onde são enumerados os direitos que todos os seres humanos possuem), porque se considerou que as condições especiais das crianças exigiam uma declaração à parte. Marcílio (1988, p.48-49) afirma que essa declaração teve "significativo e profundo impacto nas atitudes de cada nação diante da infância", pois nela a ONU "reafirmava a importância de se garantir a universalidade, objetividade e igualdade na consideração de questões relativas aos direitos da criança. Assim, "a criança passa a ser considerada, pela primeira vez na história, *prioridade absoluta* e *sujeito de direito*, o que por si só é uma profunda revolução". O documento da Declaração "enfatiza a importância de se intensificar os esforços nacionais para a promoção do respeito aos direitos da criança à sobrevivência, proteção, desenvolvimento e participação", e, ainda mais relevante, enfatiza que "a exploração e o abuso de crianças deveriam ser ativamente combatidos, atacando-se suas causas".

Em 1989, a Conferência Mundial sobre os Direitos Humanos promoveu a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, fundada nos princípios da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) e no instrumento dos Direitos da Criança (1959). Marcílio (1988, p.49-51) aponta que "os direitos consagrados pela Convenção de 1989 são abrangentes". A Convenção, por exemplo, "[...] protege os direitos da criança à sobrevivência e ao pleno desenvolvimento, [...] o direito da criança ao melhor padrão de saúde possível, [...] de receber proteção contra todas as formas de exploração sexual e de abuso sexual". O Brasil ratificou a Convenção logo em 1989, "momento em que o país tratava de remover o entulho autoritário de anos de ditadura militar, acolhendo-a com grande entusiasmo". A autora explicita que "a ação codificadora do Brasil antecede a própria Convenção das Nações Unidas. Ela está positivada em nossa Carta Constitucional de 1988, [em artigos] que seguiram a doutrina da Declaração dos Direitos da Criança de 1959", que "a homologação dos dispositivos da Carta Magna em favor da infância, [...] foi estabelecida primorosamente no *Estatuto da Criança e do Adolescente*, o ECA, assinado em 1990" e que "este documento legal representa uma verdadeira revolução em termos de doutrina, idéias, práxis, atitudes nacionais ante a criança". O ECA "adotou a doutrina de proteção integral, que reconhece a criança e o adolescente como cidadãos e sujeitos de Direito".

O caso de Mary Ellen Wilson, nesse novo cenário instituído em muitos países, teria amparo legal para as ações contra os pais da criança. As pessoas envolvidas na causa da menina não precisariam recorrer às leis de prevenção da crueldade contra animais. A primeira Sociedade de

Prevenção da Crueldade contra Animais foi criada na Inglaterra em 1824, em 1845 foi criada na França e, em anos posteriores, foram fundadas sociedades na Alemanha, Bélgica, Áustria, Holanda e Estados Unidos. Inusitado não foi só o caso de Mary Ellen. Inusitado é comprovar que leis para prevenção da crueldade contra animais tenham sido formuladas bem antes que as leis de proteção às crianças. A explicação para isso se baseia no argumento, usado na época, que os pais teriam direito de castigar os filhos e que isso não era da alçada da justiça.

A situação das crianças brasileiras melhorou ao longo do século XX e início do século XXI. Alguns indicadores mostram os consideráveis avanços atingidos. Os dados utilizados fazem parte de uma publicação da UNICEF "Situação Mundial da Infância 2008 – Caderno Brasil". A taxa de mortalidade vem caindo de forma contínua (nos menores de 5 anos caiu quase 50% entre 1990 e 2006), as taxas de doenças infecto-contagiosas imunizáveis (difteria, coqueluche, tétano, pólio, sarampo) vem caindo devido aos esforços para a vacinação em massa, o índice de desnutrição diminuiu (a desnutrição entre crianças com menos de 1 ano diminuiu em mais de 60% nos últimos cinco anos, mas ainda existem cerca de 60 mil crianças com menos de 1 ano desnutridas), o número de crianças que freqüentam a escola aumentou consideravelmente (em 2006, dos 11 milhões de crianças com menos de 3 anos, apenas 15,5% {1,7 milhão} freqüentam creches e, em todo o Brasil, 76% das meninas e meninos {7 milhões} entre 4 e 6 anos estão matriculados na Educação Infantil). Em 2006, a população de até 6 anos (primeira infância) era de aproximadamente 21 milhões (11% da população brasileira) e a população de 7 a 17 anos era de aproximadamente 38 milhões (20,5% da população brasileira). Apesar dos esforços e dos avanços, a situação da criança brasileira ainda apresenta altos índices de violação de seus direitos.

No Brasil, a violação dos direitos humanos e, conseqüentemente, dos direitos da criança é um fato constante e diário. Notícias de violências contra crianças praticadas por mães e/ou por pais (morte, estupro, abandono, afogamento, queimaduras), mortes em acidentes de trânsito, abusos sexuais, cárcere privado. Casos que desafiam os profissionais da saúde pública.

Pedro Gabriel Delgado, coordenador de saúde mental do Ministério da Saúde, em entrevista à Agência Brasil (junho de 2008), afirma que "a violência é um problema extremamente grave, epidêmico. É um dos problemas sociais mais graves que o Brasil está vivendo nos últimos trinta anos e que se agravou nos últimos dez anos". Ele também sublinha que, "do ponto de vista epidemiológico, a violência é, hoje, um dos principais fatores de agravamento das condições de saúde da população" e que "a violência contra crianças e contra mulheres não têm diminuído". O

desafio é poder dar atendimento psiquiátrico e psicológico às vítimas de violência e seus familiares. "O importante é que a saúde pública garanta o acesso das pessoas a esse tratamento por meio da rede de serviços dos centros de saúde mental – que são os Centros de Saúde psicossocial – porque o número de pessoas afetadas é muito grande".

Em outro artigo (março de 2008), afirma que "um dos maiores desafios para a área de Saúde Mental é a construção de uma rede voltada para a população de crianças e adolescentes, considerando suas peculiaridades e necessidades e que siga os princípios estabelecidos pelo SUS". Assim, "o desafio é a construção e consolidação desta 'rede pública ampliada' para a atenção integral em saúde, formada por diferentes instituições, sob direção pública, capaz de garantir o acesso com qualidade".

Os desafios que os casos de violência, especificamente contra crianças, trazem para os profissionais da saúde pública podem ser assumidos por muitos psicanalistas que já estão desenvolvendo trabalhos vinculados aos hospitais, gerais e psiquiátricos, ambulatórios e demais serviços da rede pública de saúde, tendo em comum a atuação em diferentes setores do campo da saúde mental em consonância com as novas políticas públicas nesse campo.

O psicanalista pode ajudar as crianças (e os familiares) afetadas pelas várias formas de violência. O trabalho, nas instituições de saúde e nas instituições de saúde mental, vai na direção de abrir espaço para o sujeito da palavra, ou seja, introduzir o particular do sujeito no universal dessas instituições. Ele pode oferecer um espaço de escuta para o dizer daqueles que sofrem, pois a maneira de escutar faz com que o discurso daqueles que pedem ajuda possa se modificar e adquirir um sentido novo. Ele pode oferecer um espaço para as crianças vítimas de violências psicológicas, aquelas que não trazem marcas visíveis no corpo, onde elas poderão colocar em palavras, diante de um outro que as escuta, a violência silenciosa do dia a dia.

O psicanalista sabe que, em parte, dar sentido a um acontecimento "traumático" alivia a angústia, pois toda representação ou interpretação é de certo modo curativa. Falar produz efeitos terapêuticos (não só os remédios) e, como Freud afirmou, mais de uma vez, o objetivo da psicanálise é diminuir o sofrimento humano.

Se a violência contra as crianças, no momento, é um desafio para a saúde pública, a psicanálise, com suas proposições e com um modelo de clínica bem peculiar, pode se propor a fazer parte das equipes multiprofissionais do campo da saúde e da saúde mental. Entretanto, pensar na articulação entre os campos da saúde e da saúde mental e o campo da psicanálise exige certa

reflexão. Se pensarmos, por exemplo, na definição de saúde formulada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social, já teremos uma proposta que não é a da psicanálise, pois não é possível o ser humano existir sem nenhum sentimento de mal-estar. Acreditar que é possível existir e viver sem nenhum sentimento de mal-estar é esquecer que Freud procurou justamente mostrar que *a felicidade* de um sujeito dentro da civilização é algo impossível de ser atingido. Assim, o psicanalista pode trabalhar nas diversas instituições, dialogando com profissionais de outras áreas do conhecimento, sem se valer de verdades absolutas e normativas, mas mantendo sua singularidade no contexto das equipes multiprofissionais. Não existe incompatibilidade entre as condições da prática psicanalítica e as configurações das instituições de saúde e de saúde mental, porque o dispositivo analítico pode nelas se instalar. Tudo vai depender da formação do analista (o tripé clássico da formação do psicanalista é a análise pessoal, o estudo teórico e a supervisão) para que o profissional-analista consiga trabalhar e fazer trabalhar o paciente que procura ajuda, sem ter o desejo de curar, o desejo de normalizar, o desejo de educar ou de reeducar.

Freud, no artigo “Linhas de progresso na terapia psicanalítica”, escrito em 1919 (p.210-211), antevê uma situação futura em que a psicanálise poderia “fazer muito pelas camadas sociais mais amplas, que sofrem de neuroses de maneira extremamente grave”. Ele escreve: “[...] é possível prever que, mais cedo ou mais tarde, a consciência da sociedade despertará, e lembrar-se-á de que o pobre tem exatamente tanto direito a uma assistência à sua mente quanto tem agora à ajuda oferecida pela cirurgia” e acrescenta que “as neuroses ameaçam a saúde pública não menos do que a tuberculose, de que, como esta, também não podem ser deixados aos cuidados impotentes de membros individuais da comunidade”. Entretanto, afirma que “qualquer que seja a forma que essa psicoterapia para o povo assumir, quaisquer que sejam os elementos dos quais se componha, os seus ingredientes mais efetivos e mais importantes continuarão a ser, certamente, aqueles tomados à psicanálise estrita e não tendenciosa”. Para Freud “pode ser que passe um longo tempo antes que o Estado chegue a compreender como são urgentes esses deveres, [...] mais cedo ou mais tarde, contudo, chegaremos a isso”.

Diante das afirmações de Delgado, esses deveres do Estado - a construção e consolidação de uma 'rede pública ampliada' para a atenção integral em saúde, formada por diferentes instituições, sob direção pública, capaz de garantir o acesso com qualidade - estão sendo desenvolvidos e articulados. O psicanalista, mantendo a singularidade de seu trabalho, pode colaborar e “tratar uma

considerável massa da população" e, com isso, trazer para o presente uma situação que para Freud pertenceria a um futuro longínquo. A violência deixa marcas profundas, mas suas conseqüências podem ser amenizadas, ou seja, o objetivo da psicanálise que é diminuir o sofrimento humano pode ser alcançado.

Referências Bibliográficas

DELGADO, P. G. Especialistas discutem atenção ao autista no SUS. *Jornal de Itupeva,* Itupeva, São Paulo, 26 mar. 2008.

DELGADO, P. G. Violência agrava condição de saúde da população, avalia ministério. *Agência Brasil*, 22 jun. 2008.

FREUD, S. Linhas de progresso na terapia psicanalítica (1919). In FREUD, S. *Ed. Stand. Bras. das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* v.17. Rio de Janeiro:
Imago, 1976, p.199-211.

MARCÍLIO, M. L. A lenta construção dos direitos da criança brasileira, século XX. *Revista USP*, São Paulo, 37, 46-56, 1988.

OLIVEIRA-FORMOSINHO, J. e ARAÚJO, S. B. Entre o risco biológico e o risco social: um estudo de caso. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, 28(2), 87-103, jul./dez. 2002.

RICAS, J. e DONOSO, M. T. V. Maus tratos na infância: reflexões. *Rev. Min. Enf*., Minas Gerais, 10(3), 306-310, jul./set. 2006.

SANTORO JR., M. Maus tratos contra crianças e adolescentes: um fenômeno antigo e sempre atual. *Pediatria Moderna*, 38(06), 279-283, jun. 2002.

SITUAÇÃO MUNDIAL DA INFÂNCIA 2008 *Caderno Brasil*, Distrito Federal, Brasil, jan. 2008.

VILLELA, W. V. e BOTAZZO, C. Refletindo sobre os nexos entre violência e saúde. *Boletim do Instituto de Saúde (BIS)*, nº 33, ag. 2004.

AUTORES