

MIRIAM TACHIBANA

**RABISCANDO DESENHOS-ESTÓRIAS:
ENCONTROS TERAPÊUTICOS COM
MULHERES QUE SOFRERAM
ABORTO ESPONTÂNEO**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
2006**

MIRIAM TACHIBANA

**RABISCANDO DESENHOS-ESTÓRIAS:
ENCONTROS TERAPÊUTICOS COM
MULHERES QUE SOFRERAM
ABORTO ESPONTÂNEO**

Dissertação apresentada como exigência para obtenção do Título de Mestre em Psicologia, ao Programa de Pós-Graduação na área de Psicologia, da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Orientadora: Prof(a) Livre Docente Tania Maria José Aiello-Vaisberg

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
2006**

Ficha Catalográfica
Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas e
Informação - SBI - PUC-Campinas

t618.33 Tachibana, Miriam.

T117r Rabiscando desenhos-estórias: encontros terapêuticos com mulheres que sofreram aborto espontâneo / Miriam Tachibana. - Campinas: PUC-Campinas, 2006.
iii, 167p.

Orientadora: Tânia Aiello Vaisberg.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia.

Inclui anexos e bibliografia.

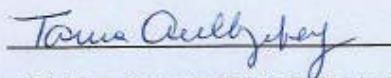
1. Aborto espontâneo. 2. Aborto - Aspectos psicológicos. 3. Jogos (Psicologia) 4. Psicologia do desenho. 5. Psicoterapia. I. Vaisberg, Tânia Aiello. II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida. Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

18.ed.CDD – t618.33

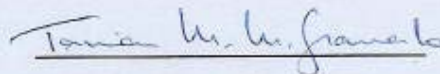
MIRIAM TACHIBANA

**RABISCANDO DESENHOS-ESTÓRIAS:
ENCONTROS TERAPÊUTICOS COM MULHERES
QUE SOFRERAM ABORTO ESPONTÂNEO**

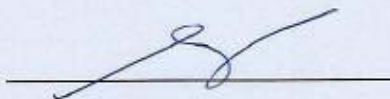
BANCA EXAMINADORA



Presidente Prof(a) Livre Docente Tania Maria José Aiello-Vaisberg



Prof(a) Dr(a) Tania Mara Marques Granato



Prof(a) Dr(a) Vera Engler Cury

Campinas, 04 de Dezembro de 2006

DEDICATÓRIA

Às mulheres que compartilharam de sua dor e permitiram-me que eu enxugasse suas lágrimas e, ao mesmo tempo, crescesse a partir daqueles encontros.

E a todas as outras mulheres cujas gestações são interrompidas, bem como as suas esperanças e seus sonhos.

AGRADECIMENTOS

À orientadora Tânia Maria José Aiello-Vaisberg, a quem devo agradecer por muitos motivos, mas, principalmente, por ter olhado para além da minha aparência – da minha idade, da minha experiência clínica, da minha timidez, do meu modo de vestir e de falar – vendo, em minha interioridade, aquilo que realmente me define: minha paixão pela vida acadêmica/científica.

Ao meu pai, Sekiya Tachibana, por todos seus gestos sustentadores, desde a realização dos desenhos inseridos no corpo deste trabalho, até seu auxílio financeiro, que me permitiu viver integralmente este sonho.

À minha mãe, Anita Kuniko Tachibana, por cuidar de mim, fosse acendendo o abajur quando eu lia no escuro, fosse me pedindo para descansar, quando via que eu já estava exausta de ficar em frente ao computador.

À minha irmã, Marina Tachibana, minha alma gêmea, com quem pude compartilhar a vivência do mestrado, bem como todas as outras experiências da minha vida.

Ao Rafael Oliveira Jorge, meu amor, por tolerar a minha ausência, nos últimos meses do mestrado, e por todas as suas palavras de apoio, nos momentos em que apareceram obstáculos em minha trajetória.

Às minhas queridas amigas Michelle Abou Dehn, Thâmara Ulle, Juliana Enge e Márcia Bandeira, por torcerem tanto por mim, entendendo a importância desta experiência em minha vida.

Às colegas da Ser e Fazer, em especial à Fabiana Ambrosio, Vera Mencarelli e Tania Granato, por serem fonte de inspiração da profissional que pretendo ser algum dia.

Às colegas do curso de pós-graduação da PUC-Campinas, em especial à Ticiane Auko e Thais Couto, por tornarem a vivência do mestrado mais compartilhada.

À Claudia Duarte e Laíse Potério Santos, psicólogas da área de obstetrícia do CAISM, não apenas por terem me apresentado o mundo vivido pelas gestantes e parturientes, como, também, por terem torcido tanto por mim, na época do processo seletivo de ingresso no mestrado.

À Isabel Cristina Dib Bariani, minha ex-orientadora de iniciação científica, por ter me iniciado na atividade de pesquisa e por sempre me incentivar - mesmo nos momentos em que nosso contato foi esporádico - a perseverar nos meus sonhos em relação à vida acadêmica.

À minha amiga Maria Lúcia Lessa, por revisar a minha dissertação com todo seu senso crítico e dedicação, provando sua competência e, ao mesmo tempo, sua amizade por mim.

EPÍGRAFE

“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 cai num pedacinho azul do papel,
Num instante imagino uma linda gaivota a voar no céu (...)”

(trecho da música “Aquarela”, de Toquinho)

SUMÁRIO

Resumo	i
Abstract	ii
Apresentação	iii
1. Uma gravidez interrompida	
1.1. Uma “continuidade de ser” interrompida	02
1.2. O ambiente suficientemente bom	13
2. Enquadre clínico diferenciado	
2.1. O método psicanalítico	21
2.2. Nosso enquadre clínico diferenciado	30
Objetivo	39
3. O caminho metodológico	
3.1. Psicanálise: paradigma intersubjetivo	41
3.2. Encontrando as participantes	46
3.3. Os encontros terapêuticos	49
3.4. As narrativas psicanalíticas	56
4. Os encontros terapêuticos com Náki	
4.1. Encontrando Náki	65
4.2. O “tempo maluco” de Náki	84
5. Os encontros terapêuticos com Amagassá	
5.1. Encontrando Amagassá	95
5.2. Debaixo do temporal com Amagassá	111

6. Os campos psicológicos vivenciais não conscientes	
6.1. Impotência feminina	124
6.2. Ser filha	133
6.3. Esperança e confiança na psicoterapia.....	139
7.Movimentos mutativos	146
Referências bibliográficas	152
Anexos - Termo Livre e Esclarecido	167

RESUMO

Tachibana, M. (2006). **Rabiscando Desenhos-Estórias: encontros terapêuticos com mulheres que sofreram aborto espontâneo**. Dissertação de Mestrado, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Pontifícia Universidade Católica de Campinas – PUC-Campinas, 167 ps.

O presente estudo objetivou investigar psicanaliticamente o potencial mutativo de um enquadre diferenciado, denominado encontros terapêuticos, destinado ao atendimento da mulher que sofreu aborto espontâneo recente. Tal prática consistiu na realização de encontros individuais, em séries constituídas por três a quatro sessões, poucos dias após a ocorrência da perda, durante as quais a comunicação verbal podia ser complementada pela utilização do Procedimento de Desenhos Estórias de Trinca, paradigmaticamente inspirada no Jogo do Rabisco, configurando uma interação marcada pela mutualidade. Após a realização de cada encontro terapêutico, foram redigidas narrativas psicanalíticas, que foram compartilhadas no espaço de interlocução do grupo de pesquisa, visando apreender o acontecer clínico, pela via da identificação dos campos psicológico-vivenciais, no contexto dos quais se tornam visíveis eventuais movimentos de superação de dissociações. Pôde-se observar, a partir dos sentimentos contratransferenciais, que as duas pacientes puderam, a partir do encontro inter-humano que lhes foi proporcionado, integrar aspectos relacionados aos modos de serem filhas e mulheres, associados às suas dificuldades em caminhar rumo à maternidade. Foi possível, dessa maneira, vislumbrar a eficácia clínica deste enquadre diferenciado, o que indica sua implementação em instituições ambulatoriais e hospitalares da área da gineologia e obstetrícia.

Palavras-chaves: Aborto espontâneo; Encontro terapêutico; Procedimento Desenhos-Estórias; Jogo do Rabisco, D.W.Winnicott

ABSTRACT

Tachibana, M. (2006). **Scribbling Drawing-and-Story: therapeutic encounters with women who suffered spontaneous abortion.** Master Dissertation, Center of Sciences of Life, Pos-Graduation Program in Psychology. Pontifícia Universidade Católica de Campinas – PUC-Campinas, 167 ps.

This study aimed at investigating psychoanalytically the mutative potential of a different feature which was called “therapeutic meetings”, destined to women who had recently suffered spontaneous abortion. This practice consisted in three or four individual encounters, which were realized a few days after those women had lost their babies, in which the verbal communication was completed by using the Drawing-and-Story Procedure of Trinca, according to the paradigm present in the Squiggle Game of Winnicott, a combination that allowed a mutual interaction. After realizing each one of the therapeutic encounters, psychoanalytical narratives were written, and were presented to the group of researchers, so that it was possible to apprehend the clinical occur by identifying the psychological fields, what would permit the viewing of the movements of integration. It was possible to observe, through constratransferencial feelings, that the two participants of this study could integrate, through the therapeutic encounters realized, aspects that were related to their functions as daughters and women, associated to their difficulties in walking towards the motherhood. It was possible to apprehend the clinical efficacy of this different feature, what indicates its implementation in hospital institutions of the areas of gynecology and obstetrics.

Key-words: Spontaneous abortion; Therapeutic encounter; Drawing-and-Story Procedure; Squiggle Game; D.W.Winnicott.

APRESENTAÇÃO

Após ter tido a oportunidade de atuar como psicóloga da área de Obstetrícia, num hospital-maternidade situado no interior do estado de São Paulo, não foi difícil, para mim, elegeer o tema de minha dissertação. Apesar de meu vínculo com a instituição ter durado apenas um ano - tempo previsto para o aprimoramento profissional -, pude entrar em contato com muitas mulheres que sofriam complicações gestacionais que, por vezes, culminavam na interrupção espontânea de suas gestações. Assim, foram inúmeras as vezes em que atendi pacientes que, de tão chorosas, sequer conseguiam falar, assim como foram diversas as vezes em que saí, do hospital, sentindo-me tão impotente quanto o restante da equipe multiprofissional com a qual trabalhava.

Através desta constatação do quanto uma morte, num processo que essencialmente consiste em gerar vida, pode vir a ser vivida de forma desoladora para a gestante e aqueles que a rodeiam, sejam familiares ou profissionais, acabei optando por realizar um estudo que pudesse beneficiar a população de mulheres que sofrem abortos espontâneos. Assim, nesta pesquisa, investigamos uma prática clínica, passível de ser utilizada num contexto clínico-social, como nos ambulatórios dos grandes hospitais públicos, por exemplo, de forma a atender as necessidades destas mulheres cujas gestações foram interrompidas.

No capítulo “Uma gravidez interrompida”, discutimos sobre a vivência do aborto espontâneo, fazendo uso de alguns conceitos winnicottianos, de forma a refletir como o aborto pode vir a ser radicalmente vivida como uma interrupção na continuidade dramática de ser e de viver da mulher, na medida em que se inscreve como acontecimento impeditivo do desenlace daquilo que Winnicott (1949) denomina experiência completa. Apontamos, também, a relevância de um trabalho clínico que não

tenha efeitos apenas psicoterapêuticos, mas também alcance psicoprofilático no que diz respeito às futuras gestações.

Em seguida, no capítulo “Enquadre clínico diferenciado”, refletimos sobre a possibilidade de atuarmos como psicanalistas fora do dispositivo clássico. Assim, discutimos sobre a diferença entre o método psicanalítico e os procedimentos dos quais fazem uso os psicanalistas ortodoxos, considerando que o método pode se concretizar rigorosamente por meio de variados procedimentos clínicos, em enquadres diferentes do dispositivo freudiano padrão, que foi cunhado para psicoterapia individual. A seguir, apresentamos o enquadre diferenciado, que denominamos encontros terapêuticos, que é aquele cuja eficácia clínica estamos investigando.

No capítulo “O caminho metodológico”, discorreremos, inicialmente, sobre o paradigma a partir do qual esta pesquisa foi realizada, uma vez que notamos a existência de duas vertentes – uma objetivante e, outra, intersubjetiva – nas pesquisas que se dizem psicanalíticas. Após, descrevemos como contatamos as participantes deste estudo e como foram realizados os encontros terapêuticos, ou seja, o enquadre clínico diferenciado que adotamos para este trabalho. O último item abordado neste capítulo refere-se ao conceito de “narrativas psicanalíticas”, procedimento usado, aqui, com o objetivo de comunicar o acontecer clínico, de forma a favorecer reflexões clínico-teóricas sobre o mesmo.

Tais narrativas psicanalíticas, referentes ao acontecer clínico, bem como as reflexões clínico-teóricas, que delas puderam emergir, são apresentadas nos dois capítulos seguintes, intitulados “Os encontros terapêuticos com Náki” e “Os encontros terapêuticos com Amagassá”, que foram as duas preciosas participantes deste estudo.

No capítulo “Os campos psicológicos vivenciais não-conscientes”, destacamos os campos captados a partir da leitura e re-leitura das narrativas referentes ao acontecer

clínico, os quais são apresentados como “Impotência feminina”, “Ser filha” e “Esperança e confiança na psicoterapia”.

Por fim, no capítulo denominado “Movimentos Mutativos”, apresentamos uma elaboração clínico-reflexiva sobre o que percebemos, no contexto dos campos psicológicos vivenciais, como experiências de mudança das pacientes atendidas. Nesta parte, voltamo-nos ao objetivo do estudo, discutindo mais pormenorizadamente a potencialidade terapêutica de nosso enquadre clínico diferenciado.



1. UMA GRAVIDEZ INTERROMPIDA

1.1. UMA “CONTINUIDADE DE SER” INTERROMPIDA

“Oh, pedaço de mim
Oh, metade afastada de mim
Leva o teu olhar
Que a saudade é o pior tormento
É pior do que o esquecimento
É pior do que se entrevar
Oh, pedaço de mim
Oh, metade exilada de mim
Leva os teus sinais
Que a saudade dói como um barco
Que aos poucos descreve um arco
E evita atracar no cais
Oh, pedaço de mim
Oh, metade arrancada de mim
Leva o vulto teu
Que a saudade é o revés de um parto
A saudade é arrumar o quarto
Do filho que já morreu”

(Francis Hime e Gal Costa, em “Pedaço de mim”)

Decidi iniciar este estudo fazendo uso dessa letra de música, porque penso que retrata, de maneira bela e profunda, a dor da mulher cuja gestação foi espontaneamente interrompida. Acredito que as palavras que a compõem não apontam simplesmente para

a tristeza que acomete alguém que sofreu um aborto, mas descrevem, com delicadeza, o quanto essa experiência pode ser vivida de forma tão violenta, que poderíamos afirmar que duas vidas são interrompidas: a que a mulher carregava dentro de si, além de seu próprio viver.

Essa percepção de que, face a determinadas invasões ambientais, seria possível que o indivíduo sentisse uma interrupção em sua continuidade de ser, foi primeiramente abordada por Winnicott, psicanalista que, ao invés de voltar seu olhar para o Complexo de Édipo ou às neuroses - que configuravam, até então, a patologia psicanalítica básica -, debruçou-se sobre os momentos nos quais as falhas ambientais ameaçariam a sensação de continuidade de ser do bebê (Carvalho, 2005).

Apesar de Winnicott ter desenvolvido esse conceito de “interrupção da continuidade do ser” referindo-se especificamente ao momento da constituição de si mesmo como unidade, isto é, à constituição do *self*, consideramos que tal conceito possa ser estendido para a compreensão de indivíduos adultos que, independentemente de serem bem constituídos ou não, ao vivenciarem uma situação radical - como um aborto espontâneo -, deparam-se com problemáticas existenciais que reportam à sensação de interrupção da dramática do ser (Vitali, 2004).

Winnicott acabou voltando o seu olhar aos primórdios da infância, uma vez que estava interessado nos processos pré-psíquicos que antecedem o estabelecimento da unidade pessoal, até então ignorados pela comunidade psicanalítica (Aiello-Vaisberg e Machado, 2003). Winnicott (1988) apontava que a psicanálise, ao falar do bebê em termos de pulsões, sentimentos de inveja, dentre outros, acabava igualando-o erroneamente a um adulto. Defendia que, inicialmente, o bebê viveria um simples estado de ser, sem sequer saber diferenciar-se em relação ao outro – havendo uma verdadeira fusão entre eu e não-eu – ou tampouco sabendo que habita o seu próprio corpo. Assim, o

bebê viveria, primeiramente, um verdadeiro estado de não-integração, no qual teria uma incipiente consciência de sua continuidade de ser. Apenas com uma provisão ambiental suficientemente boa, além das forças inatas que caminham espontaneamente em direção à integração, o bebê atingiria estágios transitórios de integração. Isto fica claro no seguinte trecho:

Na formulação de uma teoria psicológica é muito fácil considerar a integração como garantida, mas no estudo dos estados iniciais do desenvolvimento emocional humano é necessário pensá-la como algo a ser alcançado. Não há dúvida de que existe uma tendência biológica em direção à integração, mas os estudos psicológicos da natureza humana jamais serão satisfatórios se se basearem excessivamente nos aspectos biológicos do crescimento. (Winnicott, 1988, p. 136).

Winnicott (1988) afirmava, entretanto, que essa integração jamais seria atingida permanentemente. À medida que o bebê sofre invasões ambientais, ou seja, experiências que não podem ser criadas/encontradas pelo indivíduo, e que, portanto, não podem ser integradas em seu ser - como, por exemplo, se chora pedindo para ser amamentado e não é atendido prontamente -, passa a viver um estado caótico no qual a integração se desfaz e cede lugar à desintegração.

Para referir-se ao estado de desintegração vivido pelo bebê, Winnicott fez uso do conceito "agonia impensável". Escolheu esse termo para enfatizar que tais agonias dar-se-iam num período em que o bebê, apesar de poder experienciá-las, não seria capaz de entendê-las, vivendo a interrupção da continuidade de ser como uma verdadeira

aniquilação de seu ser, como se fosse perder contato com a realidade ou desalojar o próprio corpo (Loparic, 1997b).

Conforme dito previamente, a despeito de Winnicott ter desenvolvido a sua teorização e a sua prática clínica voltadas ao bebê e à criança, faz-se possível estender seus conceitos ao adulto. Assim, entendemos que, por um lado, o adulto que não foi suficientemente bem-cuidado, durante a primeira infância, pode vir a padecer por não se sentir vivo, real e agente de sua própria vida. Por outro lado, concebemos que esta sensação de despersonalização também se faz presente em indivíduos que foram crianças afortunadas e, na vida adulta, deparam-se com problemáticas existenciais (Aiello-Vaisberg, 2004b).

Obviamente não estamos afirmando que toda vivência de sofrimento envolve uma interrupção na continuidade de ser do indivíduo. Entretanto, julgamos que, às vezes, uma experiência dolorosa pode vir a ser vivida de modo tal que o indivíduo perca uma confiança na realidade externa (Sanches, 2005a).

Para ilustrar, gostaria de narrar brevemente um dos diversos casos que atendi enquanto atuava na área de obstetrícia de um hospital-maternidade, referência em medicina fetal, situado no interior do estado de São Paulo.

Lembro-me de que fui ao encontro de Vera¹ por solicitação de uma enfermeira da área de Ginecologia. Ela pedia que o serviço de psicologia atendesse uma paciente que havia sido internada com diagnóstico de aborto e que, naquele momento, encontrava-se em indução de parto.

¹ Todos os nomes das pacientes são fictícios, tendo em vista a proteção da identidade e o sigilo, de acordo com o Código de Ética em Psicologia.

Quando adentrei no quarto no qual Vera estava internada, deparei-me com a escuridão. Apesar de aquele ser um dia bastante ensolarado, o quarto estava todo escuro, com as janelas fechadas e cobertas. A impressão que tive era a de um velório: um corpo deitado e imóvel sobre uma cama e toda a escuridão ao seu redor. Nesse primeiro encontro, a paciente falou muito pouco. Chorava copiosamente e evitava olhar para mim, dizendo apenas que achava ser culpa sua, já que, conforme dizia, não havia parado de fumar, segundo a orientação de seu médico no pré-natal.

Nosso segundo encontro, aliás, ocorreu no mesmo dia, algumas horas depois de termos nos conhecido. Como eu saíra daquele primeiro encontro com a sensação de que faltava algo, retornei ao seu leito no mesmo dia. Perguntei como estava se sentindo. Aos prantos, começou a falar dos planos que tinha em relação àquele bebê. Passando a mão delicadamente em sua barriga, dizia para mim e para seu bebê: “Eu não vou ouvir o seu choro; não vou te dar de mamar; não vou te contar histórias e nem cantar músicas...”.

Era como se, naquele momento, Vera estivesse efetivamente despedindo-se de seu bebê. De repente, pegou em minha mão e disse que estava sentindo que o bebê estava para sair. Na hora, ensaiei levantar para chamar alguma enfermeira, ao que ela imediatamente segurou minha mão com mais força e me pediu para ficar a seu lado.

Não sei precisar quanto tempo decorreu. Tive a impressão de que não havia se passado sequer um minuto até que me dissesse que o bebê já havia saído, pois, como era um bebê fruto de uma gravidez que durara

menos de cinco meses, seu tamanho ainda era pequeno, logo, o parto foi surpreendentemente rápido.

Em seguida, fui chamar a enfermeira responsável pela enfermaria. Vera foi levada ao Centro Obstétrico do hospital para realização da curetagem. O bebê foi posto imediatamente em um saco plástico e removido de lá. Apesar de todo o cuidado prático e rápido da equipe nos procedimentos que o caso exigia, lembro-me do rosto triste de Vera, olhando fixamente para mim, enquanto sua maca ia sendo empurrada em direção ao Centro Obstétrico.

Passados 40 dias do episódio, encontrei-me com a paciente no ambulatório de revisão pós-aborto. Como eu não havia conseguido despedir-me dela apropriadamente, deixara com uma enfermeira do Centro Obstétrico um encaminhamento ao serviço de psicologia do Centro de Saúde de seu bairro, além de um outro papel, contendo os meus telefones no hospital, para que agendasse um novo atendimento comigo, caso desejasse. Ela não ligou.

Tão logo entrou na sala de atendimento da Psicologia, iniciou um pranto ininterrupto que aparentemente nada seria capaz de conter. Chorava e dizia que não estava conseguindo retomar sua vida: “Meu marido diz que a gente pode ter outro filho, minha mãe fala que a minha vida não acabou, mas, pra mim, é como se eu tivesse morrido junto. Não estou conseguindo voltar...”.

Escolhi narrar uma parte desse caso, pois creio que retrata como a vivência do fenômeno “aborto espontâneo” pode provocar uma verdadeira interrupção na sensação

de continuidade de ser. Acredito que a fala da paciente, que tanto ficou registrada em minha memória, quando afirma não estar conseguindo “voltar”, mostra-nos como uma experiência vivida na fase adulta pode reportar um indivíduo aos estágios fundamentais de sua subjetividade, gerando a eclosão súbita de agonias impensáveis, independentemente da fase evolutiva na qual ele se encontra (Ferreira e Aiello-Vaisberg, 2003).

É importante destacar que Vera vivenciava uma sensação de despersonalização, indicativa de uma imersão nas chamadas agonias impensáveis (Winnicott, 1968), ainda que não apresentasse condutas passíveis do diagnóstico psiquiátrico de psicose. Tal análise poderia ser considerada contraditória no contexto de uma psicopatologia clássica, mas, desde a perspectiva da psicopatologia winnicottiana, a sensação de despersonalização pode fazer-se presente em indivíduos psicóticos, bem como em não-psicóticos, uma vez que lidar com problemáticas existenciais trata-se de algo inerente ao ser humano (Aiello-Vaisberg, 2004a).

Winnicott (1960) sustentava que, mediante invasões à continuidade de ser, o indivíduo poderia seguir um outro rumo que não a queda nas agonias impensáveis, e que corresponderia ao desenvolvimento de um falso *self*. Este surgiria com o objetivo de proteger o *self* verdadeiro - o local teórico de onde viria o gesto espontâneo, a partir do qual o indivíduo se sentiria vivo e capaz de ser criativo - das agonias impensáveis, até que sejam encontradas condições que possibilitem a sua emergência.

Uma característica interessante do falso *self* é a de que, apesar de ele representar um movimento de “retirada” do indivíduo de si mesmo, comumente, tal movimento não é percebido pela própria pessoa ou por aqueles que a rodeiam, havendo, inclusive, análises nas quais sequer o terapeuta dá-se conta de que, na verdade, não está deparando-se com o *self* verdadeiro de seu paciente, mas, sim, com defesas do tipo falso *self* (Aiello-

Vaisberg, Machado e Baptista, 2003). Essa percepção do falso *self* como o verdadeiro *self* deve-se ao fato de que, comumente, o falso *self* é acompanhado de uma intelectualização por parte do indivíduo, cuja hipertrofia dos aspectos intelectuais visa a encobrir justamente aquilo o que há de mais humano e sensível. Com isso, uma pessoa que faz uso de uma defesa do tipo falso *self* é facilmente tida como alguém saudável e inteligente, a despeito de todo o sofrimento que nela está encoberto (Mello Filho, 2001).

Essa questão torna-se mais conflituosa à medida que vivemos num mundo em que a lógica médica que impera é a de que saúde consiste numa relativa ausência de sintomas (Winnicott, 1988). Nesse contexto, alguém que faz uso de defesas de tipo falso *self* pode ser equivocadamente considerado saudável.

Por outro lado, é importante lembrar que existem variados graus de falso *self*, havendo desde um falso *self* normal, para adaptar-se à realidade externa, que nos impõe determinadas regras a serem seguidas; até um falso *self* marcadamente clivado e submisso, tal qual Winnicott (1960) já descrevera. Assim, nem sempre quem faz uso de defesas tipo falso *self* deva ser considerado “anormal”, uma vez que todos nós, em variados graus e em diversos contextos, temos aspectos falso *self* (Mello Filho, 2001). Seria considerado patológico uma pessoa cuja dissociação fosse tamanha que não conseguisse entrar em contato com seu lado mais humano e menos intelectualizado, vivendo uma vida superficial e fútil (Machado e Aiello-Vaisberg, 2004).

Winnicott (1971) pontua:

É através da apercepção criativa, mais do que qualquer outra coisa, que o indivíduo sente que a vida é digna de ser vivida. Em contraste, existe um relacionamento de submissão com a realidade externa, onde o mundo em todos os seus pormenores é

reconhecido como algo a que ajustar-se ou a exigir adaptação. A submissão traz consigo um sentido de inutilidade e está associada à idéia de que nada importa e de que não vale à pena viver a vida (Winnicott, 1971, p. 95).

Desse modo, Winnicott (1971) criticava uma visão segundo a qual a ausência da doença neurótica seria o ideal de saúde e de realização. Acreditava haver uma vida, clamando para ser vivida, nos pacientes psicóticos e todos os demais seres humanos, que, apesar de não apresentarem nenhum sintoma psiconeurótico, demandavam um olhar mais atento a respeito de seu estado emocional.

Para ilustrar, penso que seria interessante narrar outro caso que atendi, o de uma paciente que aqui chamarei de Marta.

Realizei apenas um encontro com Marta, que veio ao hospital para ser atendida no ambulatório de perdas gestacionais, que atende apenas mulheres que já tiveram no mínimo três abortos espontâneos. Nesse ambulatório, as pacientes são submetidas a um tratamento médico, envolvendo aplicação de vacinas e a realização de exames, com o intuito de favorecer futuras gestações.

Resolvi atender Marta porque constatei, em leitura do prontuário, que havia passado por dez abortos espontâneos. Inicialmente, tomei a informação por um erro de anotação do médico, verificando, em seguida, que correspondia ao acontecido.

Logo que chamei pelo seu nome na sala de espera do ambulatório, notei que Marta era uma mulher mais velha do que as que costumavam

ser atendidas no hospital. Tinha, na ocasião, quarenta e cinco anos de idade. Perguntei o que fazia no ambulatório. Ela começou a relatar-me, de maneira mecânica e pouco sensível, que havia sofrido dez abortos espontâneos e que nunca havia tido uma gravidez bem-sucedida. Relatou como engravidou e como abortou todas aquelas vezes, chegando a mencionar datas específicas do diagnóstico do aborto, da curetagem, da nova gravidez, sem, no entanto, aprofundar-se emocionalmente.

Quando perguntei-lhe sobre como se sentia perante todos esses fatos, falou, rindo: “Ah, meu marido diz que eu não sirvo pra nada. Que até a nossa cachorra, que já teve um monte de filhotinhos, consegue fazer melhor que eu”. Acrescentou a esta uma série de outras falas de cunho autodepreciativo, sempre rindo e mostrando-se alegre. Senti-me incomodada ao ouvir todo esse conteúdo, denso e triste, sendo trazido de maneira superficial e caricata.

Fiquei um bom tempo apenas olhando para Marta e pensando nessas questões. Ela, percebendo que eu me distanciava e não ria de suas “piadinhas” autodepreciativas, perguntou em que eu estava pensando. Levei um susto com esta indagação tão direta, porém, depois de alguns segundos, respondi: “Imagino o quanto deve estar sendo difícil para você passar por tudo isso”. Ela ficou me olhando em silêncio e seus olhos encheram-se de lágrimas, embora nenhuma delas tenha sido derramada. Fez um gesto afirmativo com a cabeça e, após alguns segundos, começou a rir novamente, dizendo bem alto: “Eu vou rir pra não chorar”. Retomou, então, seu discurso eufórico e falso, sob as perdas gestacionais e o desejo de engravidar.

Acredito que esse caso revela o quanto o ser humano dissocia, em determinadas circunstâncias, para proteger-se de seu sofrimento. Trata-se, portanto, de um movimento dissociativo, que resulta na impossibilidade de reconhecer a própria dor, o que gera estados emocionais capazes, inclusive, de afetar a percepção alheia, de modo que até os familiares e a equipe médica podem vir a se tornar insensíveis.

É interessante pensar que meu encontro com Vera só foi possível porque fui à procura da paciente, pois nem ela, nem sua médica, solicitaram o serviço de Psicologia. Podemos pensar quantas mulheres, como Marta, devem ter passado pela instituição, sem, no entanto, ter sido encaminhadas para o serviço de Psicologia, por estamparem um sorriso. De fato, recordo-me apenas de me terem sido encaminhadas aquelas pacientes que, como Vera, denunciavam de forma muito transparente seu sofrimento, mobilizando toda a equipe.

Além destas duas posições existenciais - mergulho nas agonias impensáveis e desenvolvimento de um falso *self* -, acreditamos que seja possível que a mulher que sofreu aborto espontâneo assumira uma terceira posição existencial, na qual encontra formas de reinventar-se criativamente, a partir da vivência dramática ocorrida.

O alcance desta terceira posição existencial pode tanto ocorrer espontaneamente – uma vez que, conforme reiteramos, nem toda interrupção da gestação é necessariamente vivida como uma ruptura da continuidade de ser da gestante – ou através de uma clínica de sustentação que favoreça, à mulher, que se encontra mergulhada nas agonias impensáveis ou dissociada de seu viver, retomar a sua continuidade de ser de forma mais integrada.

1.2. O AMBIENTE SUFICIENTEMENTE BOM

No sub-capítulo anterior, discutimos a importância de um trabalho psicoterapêutico voltado à mulher que sofreu aborto espontâneo, pois compreendemos que a descontinuidade da gestação pode vir a ser vivida como interrupção da experiência potencialmente completa que se anunciava. Neste sub-capítulo, refletimos que o trabalho voltado a essa espécie de população far-se-ia necessário não apenas em atenção ao estado emocional da gestante, mas, também, visando a evitar, psicoprofilaticamente, eventuais dificuldades emocionais em futuras gestações e puerpérios. Trata-se, pois, de zelar tanto pela saúde mental da mulher, como pela dos filhos que possa vir a ter.

Winnicott (1988) afirmava que, apesar do bebê possuir uma constituição inata que tende espontaneamente à integração, faz-se imprescindível um ambiente suficientemente bom que facilite o desenvolvimento de seu potencial inato. Sua crença na importância do ambiente no desenvolvimento emocional do ser humano era tanta que afirmava que sequer poderíamos falar de um bebê enquanto unidade, como fica claro no seguinte trecho:

Nos estágios iniciais, a dependência do ambiente é tão absoluta que não há utilidade alguma em pensarmos no novo indivíduo humano como sendo ele a unidade. Nesse estágio, a unidade é o conjunto ambiente-indivíduo (...), unidade da qual o novo indivíduo é apenas uma parte. Nesse estágio tão inicial, não é lógico pensarmos em termos de um indivíduo, e não apenas devido ao grau de dependência ou apenas porque o indivíduo ainda não está em condições de perceber o ambiente, mas também porque ainda

não existe ali um self individual capaz de discriminar entre o EU e o não-EU (Winnicott, 1988, p. 153).

Ao falar sobre o conceito de “ambiente suficientemente bom”, Winnicott destacava a presença materna, tanto que, ao longo de suas obras, notamos que, em alguns momentos, faz referência ao ambiente suficientemente bom e à maternagem suficientemente boa como se se tratassem de um mesmo conceito.

(...) a saúde mental do indivíduo está sendo construída desde o início pela mãe, que oferece o que chamei de ambiente facilitador, isto é, um ambiente em que os processos evolutivos e as interações naturais do bebê com o meio podem desenvolver-se de acordo com o padrão hereditário do indivíduo. A mãe está assentando, sem que o saiba, as bases da saúde mental do indivíduo (Winnicott, 1988, p. 20).

Por que teria Winnicott destacado a presença materna em meio a todas as pessoas que fazem parte do ambiente que rodeia o bebê? Porque notou que as mães vivenciavam uma condição psicológica especial durante o período gestacional - em especial, no final desse período e nas primeiras semanas de vida do bebê -, no qual, com a sensibilidade aumentada, conseguiam compreender e adaptar-se às demandas do bebê. Winnicott (1956) denominou esse estado de “preocupação materna primária” e defendia que, neste período, a mulher perdia espontaneamente seu interesse habitual em outras atividades, dedicando-se quase que exclusivamente ao bebê. Chegou a comparar esta etapa com um estado patológico, embora afirmasse que, nesse contexto, tratar-se-ia de um adoecimento saudável, já que sua duração seria temporária. Desse modo, com o passar

do tempo, a mulher deixaria de adaptar-se plenamente às demandas do bebê, que, por sua vez, já estaria num estágio em que não apenas suportaria lidar com a frustração de não ser atendido, como também lucraria com estas falhas ambientais que lhe permitiriam lidar melhor com a realidade externa, a longo prazo.

Isto explica porque Winnicott usou o termo “mãe suficientemente boa” ou “mãe devotada comum”, ao invés de “mãe ideal”, por exemplo, como se o ambiente provedor consistisse numa mãe que atende completamente às demandas do bebê, sem jamais falhar. Pelo contrário, acreditava que a mãe deveria afrouxar seus cuidados em relação ao bebê, para que ele pudesse evoluir do estado de dependência para o de dependência relativa e, enfim, caminhar rumo à independência (Winnicott, 1966).

Obviamente Winnicott (1964b) não postulava, ingenuamente, que toda mulher conseguiria promover um ambiente suficientemente bom para o bebê. Apontava casos nos quais a mulher não conseguia entregar-se a esse estado preocupado, preferindo que outra pessoa exercesse a maternagem em seu lugar, assim como casos nos quais deixar-se-ia afundar em meio a uma preocupação excessiva. Em ambos, o desenvolvimento do filho poderia ser prejudicado por um motivo em comum: não estava sendo visto e vivido por sua mãe como pessoa, vale dizer, como alteridade necessitada de cuidados adaptados ativamente à sua singularidade.

Winnicott (1966) listou uma série de possíveis motivos pelos quais uma mulher não conseguiria vivenciar espontaneamente o estado de preocupação materna primária: por conflitos relacionados às experiências vividas enquanto criança, por adoecimento, por engravidar subseqüentemente de modo a não conseguir conciliar os cuidados em relação a dois bebês, e outras.

Podemos acrescentar, a esta lista, mulheres que tiveram um histórico de perda gestacional e que, ao engravidar novamente, pudessem ter dificuldades emocionais em

entregar-se aos cuidados de seus bebês: seja pelo receio de que eles pudessem morrer, tal qual ocorrera na gestação interrompida vivida, ou, ao contrário, pelo temor de não conseguirem abrandar os desvelos dispensados aos bebês, com o passar do tempo, receosas de que possam morrer se elas vierem a falhar.

Não pretendemos afirmar que a mulher que vivenciou um aborto espontâneo, necessariamente, numa futura gravidez, assumirá condutas patológicas. Por outro lado, se considerarmos que, segundo Granato e Aiello-Vaisberg (2002), a mulher sempre experimenta uma dificuldade para crer em sua própria capacidade de gerar um filho perfeito - fantasma este que só seria afastado após o nascimento do bebê -, faz-se possível lucubrar como essa sensação de insegurança provavelmente estaria maximamente presente numa gestante que sofreu um ou vários abortos espontâneos anteriormente.

A título ilustrativo, gostaria de relatar um caso de uma paciente que acompanhei, a qual chamarei de Patrícia.

Meu primeiro encontro com Patrícia aconteceu quando ela ocupava um leito da enfermaria. Ela havia entrado em trabalho de parto prematuro, o que lhe demandava repouso absoluto. Lembro-me de que, tão logo me apresentei à paciente, perguntando se poderia sentar-me ao seu lado para que conversássemos, ela abriu um largo sorriso e começou a falar de si animadamente.

Quando lhe perguntei sobre o motivo de sua internação, pedindo-lhe para que me contasse um pouco de sua gravidez, respondeu: “Ah, está tranqüilo. Esta é a minha terceira gestação e, pra você ter uma idéia, em todas eu tive este problema de trabalho de parto prematuro. Já tiro de

letra tudo isto aqui...”. E começou a descrever como foram as suas gestações anteriores e a internação de seus recém-nascidos que, devido à prematuridade, tiveram que passar seus primeiros dias de vida internados na UTI neonatal. Num determinado momento do encontro, referiu-se a si mesma como “Dra. Patrícia”, numa alusão a todo o conhecimento que já havia adquirido, a partir de sua experiência prévia.

Tive outros encontros com Patrícia até o fim dessa internação, da qual recebeu alta por ter controlado sua ameaça de trabalho de parto prematuro, e após, quando ela vinha ao ambulatório de pré-natal. Não recordo precisamente quanto tempo demorou para que deixasse de referir a si mesma como “Dra. Patrícia” e de discorrer prolongadamente sobre os procedimentos médicos envolvidos na situação de prematuridade. Lembro, entretanto, de que nosso primeiro encontro “verdadeiro” deu-se quando, após a consulta rotineira no pré-natal, a paciente veio espontaneamente à sala da Psicologia à minha procura. Chorava, pois havia iniciado novamente o trabalho de parto prematuro. Repetia diversas vezes: “Eu não consigo levar uma gravidez até o final! Eu só queria ter uma gravidez normal pelo menos uma vez! Por que eu não consigo ter uma gravidez sem ter que ficar internando o tempo todo?”

À medida que tentava acalmá-la, dizendo-lhe que estava dando o melhor de si e que eu via todo o seu esforço, indo semanalmente ao pré-natal e fazendo repouso absoluto em casa, seu choro ganhava intensidade. Confessou, afinal: “Esta não é a minha terceira gravidez. É a quinta. Eu fiz um aborto na primeira vez. Eu era muito jovem e tinha medo que minha mãe me expulsasse de casa. Mas agora eu sou sempre

castigada por isto. Sofri um aborto na minha segunda gravidez e, em todas as outras, corro o risco de perder meus bebês”.

A partir daquele dia, a “Dra. Patrícia” desapareceu, para, em seu lugar, emergir a Patrícia frágil e temerosa, que acreditava não ser uma boa mãe. A crença era tão forte que, mais tarde, eu soube que seus dois filhos vivos haviam sido entregues aos cuidados de sua mãe, pois, após o aborto espontâneo da segunda gravidez, havia prometido para si mesma, que, se lograsse ter uma gestação bem-sucedida, seus filhos seriam cuidados por alguém que os merecesse.

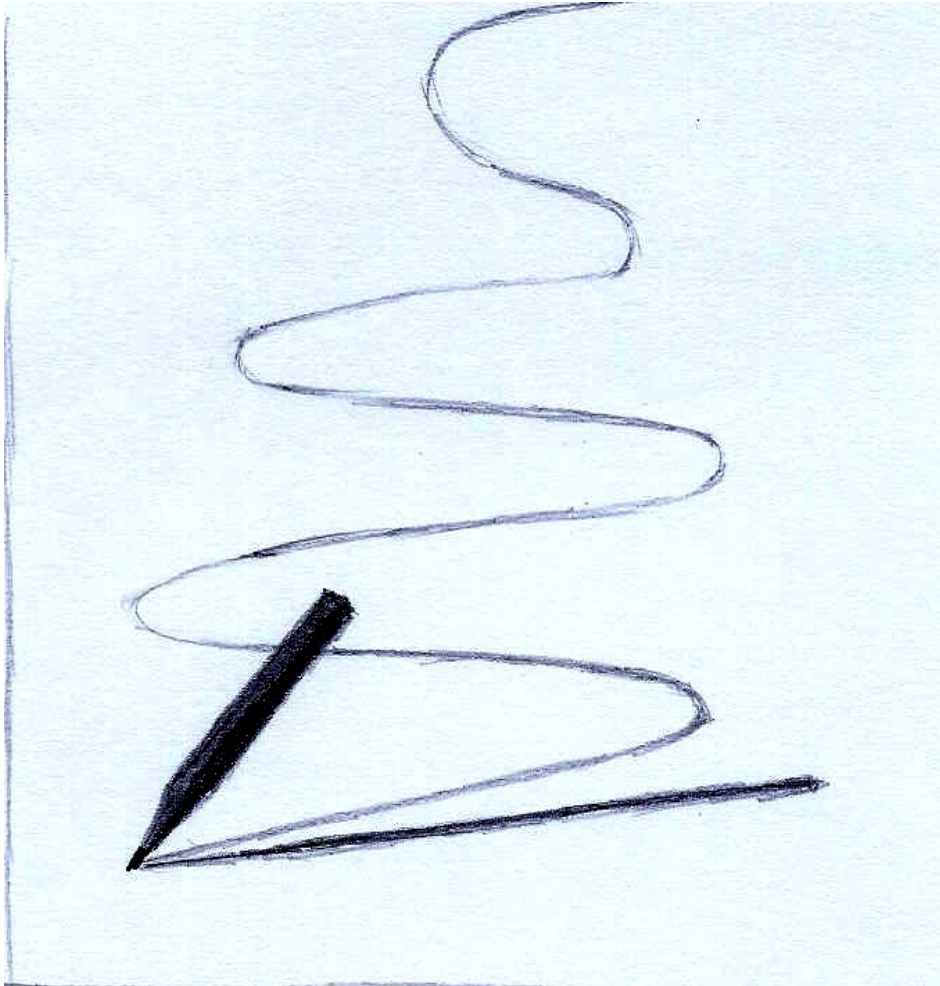
A dificuldade de Patrícia em acreditar na sua capacidade de ser uma mãe suficientemente boa, justamente porque havia provocado um aborto, e depois, por ter sofrido um aborto espontâneo de uma gestação altamente desejada, determinavam que a paciente não se entregasse efetivamente aos cuidados de seus bebês. A provisão ambiental houve de ser realizada pela mãe da paciente, porque esta carregava consigo o fantasma do aborto.

Desse modo, observamos quão importante é um trabalho terapêutico voltado à mulher cuja gestação é interrompida, tanto para a promoção de seu bem-estar emocional, quanto para a promoção da saúde emocional de um eventual futuro bebê. Esta preocupação psicoprofilática vincula-se à nossa visão de que os diversos estudos psicanalíticos permitem não apenas que conheçamos o estado emocional do ser humano quando a sua vida sofre uma interrupção - mostrando-nos como trabalhar para promover a sua sustentação emocional -, como também dão margem para que trabalhemos para além do sentido curativo, isto é, em termos psicoprofiláticos (Gonçalves da Silva, 2006).

Baptista (2003) complementa:

(...) abrem-se amplas possibilidades para a realização da clínica psicoprofilática, na medida em que o psicólogo pode se dirigir ao encontro da população exatamente em situações vitais potencialmente importantes na evitação do sofrimento emocional intenso e/ou na promoção de condições favorecedoras do amadurecimento emocional (Baptista, 2003, p. 28).

Concordamos plenamente com Bleger (1963), segundo o qual o psicólogo clínico pode fazer mais do que simplesmente atender, em seu consultório particular, pacientes que se encontram em situações de grande sofrimento. É possível intervir antes da ocorrência de situações passíveis de despertarem sofrimento. Isso significa, no contexto do presente estudo, auxiliar a mulher, que venha a engravidar futuramente, propiciando a vivência de gestações emocionalmente mais tranqüilas, a ponto de conseguir exercer uma maternagem suficientemente boa ao bebê, evitando deficiências ambientais que poderiam, eventualmente, despertar-lhe sofrimento emocional.



2. UM ENQUADRE CLÍNICO DIFERENCIADO

2.1. O MÉTODO PSICANALÍTICO

No capítulo anterior, defendemos a necessidade de um trabalho psicoterapêutico e psicoprofilático voltados à mulher que sofreu aborto espontâneo. Neste capítulo, queremos discutir a respeito da prática clínica desenvolvida nos serviços de saúde, que atenderia a tal necessidade.

Há poucas décadas, um indivíduo só conseguia beneficiar-se do tratamento psicanalítico se possuísse alguns pré-requisitos impostos: poder aquisitivo, nível intelectual, encaminhamento ao consultório, entre outros (Alberti, 2000).

Atualmente, vemos psicólogos clínicos exercendo a sua prática nos mais variados âmbitos – em hospitais, escolas, prisões, varas de família, dentre outros. Isso nos leva a pensar que estaríamos superando a concepção limitada de que a Psicologia, em especial a Psicanálise, limitar-se-ia aos consultórios particulares.

De fato, é esperado que a Psicanálise, frente à demanda social que lhe reivindica a atuação clínica para além do dispositivo clássico, se submeta a profundas mudanças e reformulações (Aiello-Vaisberg, 2004a). Além disso, é desejável que o conhecimento psicanalítico venha a beneficiar outros campos de atuação que não o consultório particular, *setting* conhecido e seguro dos psicanalistas ortodoxos (Meirelles e Sanches, 2005).

Por outro lado, devemos pensar criticamente que o fato da prática psicanalítica estar sendo realizada fora do consultório, sem um divã freudiano, não necessariamente aponta uma adaptação da Psicanálise à demanda imposta pela sociedade. Podemos entender, por exemplo, que as intermináveis listas de espera para atendimento psicológico – existentes em todas as instituições públicas – como indicadores do quanto a prática clínica que nelas vem sendo desenvolvidas, caracterizada por psicoterapias de longo prazo, continua sendo restrita, selecionando e excluindo conforme a ordem de chegada,

fazendo com que diversos pacientes fiquem carentes de atendimento durante meses e, às vezes, anos.

Podemos considerar que, apesar da saída de alguns psicanalistas de seus consultórios particulares, suas atuações enquanto clínicos, em muitos casos, não estão mudando verdadeiramente. É como se estivessem apenas transpondo o saber clássico psicanalítico a um *setting* diferente da clínica particular, no qual ainda fazem atendimentos individualizados, de longa duração, tal como prevê o dispositivo freudiano.

Soma-se a esta crítica nossa percepção de que a atuação dos psicanalistas, seja nos consultórios particulares, seja nas instituições de saúde, tem sido prioritariamente interpretativa, isto é, voltada ao trabalho com neuróticos². A problemática que aí se impõe é a de que, a despeito de Freud ter inaugurado a clínica psicanalítica voltando-se ao quadro da histeria, atualmente, os pacientes que solicitam atendimento psicológico não mais correspondem a esse diagnóstico psicopatológico clássico. O sofrimento psíquico presente na clínica contemporânea encontra-se relacionado à vivências de interrupção da continuidade de ser, em cujo rol podemos incluir a experiência de um aborto espontâneo (Barone, 2003).

Tanto da crítica à atuação voltada à neurose, quanto da referente à atuação de longo prazo, podemos inferir, primeiramente, que os cursos de graduação continuam perpetuando uma formação tradicional de exercer Psicologia, malgrado as tentativas de implantação de inovações estruturais (Morato, 2002).

Segundamente, podemos pensar no quanto a comunidade psicanalítica, de maneira geral, adota uma postura fechada à desconstrução daquilo que conhece e estabelece como “certo”, num movimento humanamente compreensível, porém incoerente com o cultivo de atitudes de abertura que o próprio método exige. Muitas vezes, o psicanalista

² Uma discussão mais pormenorizada a respeito da interpretação e da clínica voltada à neurose será feita mais adiante.

resiste em romper as relações transferenciais que estabeleceu com os autores que compuseram os seus estudos psicanalíticos (Safra, 1996), o que seria um dos grandes obstáculos para a criação de uma verdadeira clínica que se diz social (Aiello-Vaisberg, 1999).

Podemos afirmar que apesar de Freud, em diversos momentos de sua obra, ter assumido a Psicanálise como uma teoria em permanente construção, adotou determinadas posturas que deram margem para que os psicanalistas contemporâneos se apegassem à crença de que a teoria psicanalítica não seria passível de sofrer determinadas mudanças. Assim, quando Freud tentou definir alguns conceitos básicos - como a repressão, a resistência, a sexualidade infantil - como cruciais para que se pudesse falar em Psicanálise, mediante a proliferação de diversas doutrinas³ que emergiam a partir de sua teoria, contribuiu para gerar, entre os discípulos, posturas resistentes à produção de novos conhecimentos (Pacheco Filho, 2000).

Além disso, sabemos que Ferenczi, psicanalista próximo de Freud, preocupou-se com o fato do enquadre clássico acarretar a exclusão de diversos pacientes, fosse porque seriam considerados “inanalizáveis”, fosse porque não teriam condições de se submeter ao enquadre de longa duração, tanto que lhe propôs uma Psicanálise ativa. Ao resistir à proposta de Ferenczi, difundiu-se a concepção de que não é possível exercer a Psicanálise em outro enquadre que não o padrão (Sanches, 2005a).

Não estamos afirmando que a postura da comunidade psicanalítica como um todo seja de cristalização da teoria freudiana, como se todo psicanalista apenas repetisse tediosamente um conteúdo imutável. Vemos também uma postura, presente numa parcela de psicanalistas, cuja visão da teoria psicanalítica é a de que ela deve estar em

³ Contrariamente, Hermann (1979) soube observar que o movimento incessante de criação de teorias psicanalíticas devia-se à primazia do método em relação à doutrina.

permanente construção (Aiello-Vaisberg, 1999). Trata-se de psicanalistas que compreendem que o método não deve ser confundido com os procedimentos psicanalíticos. Dentre eles, destacamos Bleger (1963), que tão claramente define que o método psicanalítico - ao qual todo profissional que se diz psicanalista deve ser fiel – é a crença de que toda conduta humana é dotada de sentido, por mais irracional que possa parecer à primeira vista.

Ao elucidarmos que o dispositivo padrão desenvolvido por Freud consiste meramente num enquadre possível, não estando a riqueza da psicanálise a ele limitada, podemos nos desprover do pensamento estreito de que, para exercer Psicanálise, deve-se fazer unicamente uso do dispositivo clássico. Nesta linha, pondera Aiello-Vaisberg (2004b, pp. 8 e 9):

Esta visão, muitíssimo estreita, não contribui em nada para o desenvolvimento do conhecimento psicanalítico, nem para a extensão de seus benefícios àqueles cujo sofrimento não se traduz como problemática neurótica passível de ser abordada individualmente (...) Há, pois, notável avanço no conhecimento, quando, superando resistências político-institucionais, é feito um trabalho epistemológico refinado, que permite a correta percepção de que o método psicanalítico é dotado de robustez e vigor suficientes para sobreviver fora do dispositivo padrão, desde que certas condições específicas e indispensáveis a sua realização sejam observáveis.

A compreensão de Winnicott sobre o exercício da Psicanálise a partir de um enquadre clínico diferenciado, para além de seu dispositivo padrão, é visível quando afirma a possibilidade de “(...) sermos analistas praticando outra coisa que acreditamos ser apropriada para a ocasião” (Winnicott, 1962, p.155). Através desta afirmação, aparentemente tão simples, defendia a possibilidade da Psicanálise ortodoxa ser reinventada, nos casos em que a demanda do paciente exigisse o uso de outro enquadre. Caso o terapeuta insistisse na análise padrão, já não mais estaria indo ao encontro de seu paciente, “ferindo” justamente o método psicanalítico (Figueiredo, 2003),

Um dos principais aspectos através dos quais Winnicott divergia em relação à Psicanálise ortodoxa refere-se ao valor que atribuía à realidade externa. Como sabemos, apesar de Freud ter inicialmente voltado seu olhar para a realidade externa, acabou enfatizando as questões intrapsíquicas. Barone (2003) esclarece:

No momento em que Freud (1893) postula a teoria da sedução, afirmando que a causa do adoecimento neurótico é uma experiência traumática, está atribuindo à realidade exterior papel de destaque para o desenvolvimento emocional do sujeito (...) Com a postulação do conceito de fantasia inconsciente e, conseqüentemente, a reorganização de sua teoria a respeito da etiologia das neuroses, Freud (1897) relativiza a influência da realidade exterior na constituição da subjetividade (Barone, 2003, pp. 4 e 5).

Seria incorreto, entretanto, alegar que Freud chegou a excluir definitivamente a importância da realidade externa ao longo de sua obra. Notamos que ele apresentava, concomitantemente, trechos que valorizavam as experiências concretas do ser humano,

bem como trechos nos quais se voltava à metapsicologia. Deparamo-nos, desse modo, ao longo da literatura freudiana, com uma Psicanálise essencialmente voltada para a dramática do ser humano e, paradoxalmente, com uma metapsicologia que descreve o homem a partir de impulsos psíquicos, ou seja, de forma objetivante e abstrata, motivo pelo qual os fenomenólogos tão acertadamente criticam a teoria psicanalítica (Aiello-Vaisberg, 2004a).

Observamos que a dualidade discursiva no interior das obras de Freud deu margem para que a teoria psicanalítica privilegiasse uma visão de realidade psíquica como bastante independente da realidade externa. A partir disso, diversos psicanalistas passaram a atuar, em suas clínicas, orientando-se através de pulsões e instintos, considerando erroneamente que o ambiente consistiria num campo de trabalho dos comportamentalistas ou de psicoterapeutas menores (Mello Filho, 2001). Podemos compreender esta adesão maciça da comunidade psicanalítica, à metapsicologia objetivante de Freud, como uma estratégia defensiva, pois, de certo modo, ao relegarmos a vivência humana a serviço de um aparelho psíquico regido por impulsos, distanciamos nos da possível angústia advinda de lidarmos com o sofrimento emocional de um indivíduo (Medeiros e Aiello-Vaisberg, 2005).

Winnicott, contudo, acabou por rejeitar a metapsicologia clássica, substituindo a preocupação freudiana com os impulsos psíquicos pela valorização da realidade externa no desenvolvimento emocional do ser humano, o que fica nítido em um de seus escritos:

(...) Chamo a atenção para o fato de que não se pode fazer uma descrição do desenvolvimento emocional do indivíduo inteiramente em termos do indivíduo, mas considerando que em certas áreas – e essa é uma delas, talvez a principal – o comportamento do

ambiente faz parte do próprio desenvolvimento pessoal do indivíduo e, portanto, tem de ser incluído (Winnicott, 1971, p. 79).

Com isso, Winnicott afirmava que, para compreender a conduta humana, era necessário inseri-la no contexto social em que teria se manifestado, estando teoricamente afinado com Bleger (1963) e Politzer (1928), que tanto criticavam a prática clínica desenvolvida a partir de conceitos abstratos e objetivantes.

É possível compreendermos o maior enfoque dado por Winnicott ao ambiente externo como um mero refinamento da teoria freudiana, ignorando, contudo, o quanto determinadas mudanças conceituais acabam gerando profundas transformações dentro do corpo teórico (Celes, 2000). Ao reconhecer a importância do ambiente, Winnicott acabou inscrevendo, na teoria psicanalítica, uma concepção antropológica⁴ totalmente diferenciada da presente na freudiana: enquanto o homem, na teoria winnicottiana, é um ser essencialmente social, o homem de Freud é compreendido a partir de mecanismos metapsicológicos.

Esse maior enfoque à realidade externa levou Winnicott a divergir de Freud em relação ao Complexo de Édipo e às pulsões a ele associadas, como observa-se no seguinte trecho:

Não posso ver nenhum valor na utilização do termo 'Complexo de Édipo' quando um ou mais de um ou três que formam o triângulo é um objeto parcial. No Complexo de Édipo, ao menos do meu ponto de vista, cada um dos componentes do triângulo é uma pessoa

⁴ Sabemos que as teorias psicológicas carregam, em seu bojo, uma visão de homem (Bleger, 1963).

total, não apenas para o observador, mas especialmente para a própria criança (Winnicott, 1988, p. 67).

Para o autor, a relação de dependência não seria a relação edipiana, triangular, mas a relação dual, estabelecida entre o bebê e a sua mãe, a qual, nos primórdios do desenvolvimento, sequer pode ser considerada uma relação a dois, uma vez que o bebê não viveria como pessoa separada da mãe (Loparic, 1997c). Desse modo, Winnicott exerceu a Psicanálise sem centrar-se em um dos conceitos fundamentais da obra freudiana – o complexo de Édipo –, voltando seu olhar para a relação estabelecida entre mãe e bebê (Loparic, 1997a).

É importante destacar que Winnicott não chega a negar a existência do Complexo de Édipo. Entretanto, refere-se ao conceito numa quantidade de vezes incomparavelmente menor do que a encontrada na literatura psicanalítica de maneira geral (Barone, 2003).

Sabemos que Winnicott, por optar manter-se como um pensador independente da teoria kleiniana, foi amplamente criticado pelo grupo kleiniano, que se recusava a reconhecer sua produção como uma importante contribuição à Psicanálise. Pensando nisso, podemos indagar se, naqueles momentos em que Winnicott fazia uso dos conceitos freudianos, ou dizia não estar exercendo uma Psicanálise que divergisse da exercida por Freud, estaria assim se manifestando em virtude de questões políticas. Podemos deduzir que, talvez, ele apelasse tanto a Freud para sustentar suas idéias e, assim, combater a crítica kleiniana. (Barone, 2003). Este tipo de rejeição pela qual Winnicott passou, em relação à comunidade científica de sua época, revela o quanto a ousadia, tão necessária para que a ciência progrida, é paradoxalmente crucificada justamente por aqueles que estão comprometidos com sua produção (Sanches, Peter e Arida, 2005).

É importante frisar, por outro lado, que apesar de Winnicott divergir amplamente de Freud, não devemos conceber equivocadamente que a sua obra consista numa nova Psicanálise, tal como pensam alguns psicanalistas. Se concebermos que toda teoria está sujeita a reconstruções - que, por vezes, podem levar até mesmo à modificação do seu núcleo fundamental (González Rey, 2005) -, compreendemos que o fato de Winnicott ter desviado seu olhar do Complexo de Édipo, iluminando uma área que até então passava despercebida pelos psicanalistas, não implica necessariamente a criação de uma outra Psicanálise.

Se partirmos do pressuposto de que cada reformulação cria uma nova teoria, estaríamos defendendo, implicitamente, que uma teoria jamais poderia ter seus conceitos questionados e aprimorados, assumindo uma postura escolástica e restrita em relação à construção da ciência. Vitali (2004) deixa isto claro:

Mesmo quando pontualmente um autor pós-freudiano nega e critica uma proposta de Freud, como, por exemplo, o faz Bleger, criticando veementemente o aparelho psíquico, pode fazê-lo porque compartilha com o mestre a mesma paixão pela construção do saber (Vitali, 2004, pp. 155 e 136).

2.2. NOSSO ENQUADRE CLÍNICO DIFERENCIADO

Sabemos que um dos principais procedimentos desenvolvidos por Freud, em sua clínica voltada ao tratamento da neurose, foi a interpretação, que pretendia possibilitar que o paciente ampliasse o conhecimento de si mesmo e da origem de seus comportamentos, de forma a ser capaz de promover transformações em sua vida (Medeiros, 2003a).

Atualmente, a clínica vem sendo procurada por diversos pacientes que não correspondem aos neuróticos a partir dos quais Freud edificou sua teoria. Vemos, entretanto, que os psicanalistas continuam assumindo a postura de intérpretes de seus pacientes, como se a Psicanálise consistisse num conjunto de manobras que visam ao deciframento do ser humano (Aiello-Vaisberg, Machado e Ambrosio, 2003).

Winnicott (1988) já atentava para as conseqüências dessa generalização equivocada. Dizia claramente que o paciente que pode beneficiar-se em aprender sobre si mesmo é o psiconeurótico, enquanto os pacientes psicóticos – patologia à qual direcionou grande parte de seus estudos – e as pessoas “normais”, ao contrário, desprezavam este auto-conhecimento intelectual, almejando sentirem-se reais. Mencarelli, Bastidas e Aiello-Vaisberg (2003) explicitam mais pormenorizadamente o termo “normais”, usado por Winnicott, elucidando que, atualmente, as pessoas que solicitam assistência psicológica assim o fazem em busca de alívio ao seu sofrimento, em detrimento do conhecimento de seu funcionamento psíquico e a eventual relação dele com os seus padecimentos, como o paciente neurótico.

Winnicott não apenas defendia que, em determinadas situações, a interpretação não auxiliava os pacientes, como, também, apontava para o perigo de retardarmos o desenvolvimento do paciente através da fala interpretativa, como fica evidente no seguinte trecho:

Interpretações dogmáticas deixam à criança⁵ apenas duas alternativas: a aceitação do que eu disse como uma doutrina ou a rejeição da interpretação, de mim e de toda a situação (...). Pode-se ver quantas vezes pacientes não conseguem exprimir um senso do eu (*self*) porque o terapeuta interpretou uma cobra como um símbolo fálico (Winnicott, 1968, p. 18).

Percebemos, portanto, que se preocupava com o componente intelectualizado presente na interpretação, o qual poderia, em determinados casos, inclinar o paciente a assumir posturas extremamente racionais, coerentes com o ensinamento proporcionado pela intervenção interpretativa, favorecedoras do desenvolvimento de um falso *self*. (Bastidas, 2001).

Ademais, Winnicott (1955) atentava para a incoerência presente na intervenção interpretativa:

(...) o analista segue o princípio básico da psicanálise, segundo o qual o inconsciente do paciente conduz e só a ele se deve seguir. Ao lidar com uma tendência regressiva, o analista deve estar preparado para seguir o processo do inconsciente do paciente, se não quiser ser diretivo e sair fora do papel de analista (Winnicott, 1955, p. 485).

Analogamente à preocupação de que o paciente poderia vincular-se de forma submissa à interpretação dada pelo analista, Winnicott apontava para o cuidado que o analista deveria ter em não se precipitar e lhe apresentar uma interpretação que pudesse

⁵ Winnicott refere-se especificamente à criança, uma vez que sua prática clínica foi voltada para este tipo de paciente. Entretanto, entendemos que sua afirmação pode ser estendida a pacientes de outra faixa etária.

ser sentida de forma invasiva. Acreditava que a Psicanálise, até então caracterizada pela busca incessante do inconsciente recalçado, deveria ter limites, respeitando o direito de todo ser humano de ter um núcleo incomunicável, pertencente unicamente a seu ser (Mello Filho, 2001).

A interpretação, mesmo correta, poderia despertar no paciente a sensação de não ser compreendido, o que poderia levá-lo àquilo que Winnicott descreveu como a rejeição ao terapeuta e à situação terapêutica pelo paciente. Isso estaria afinado à concepção de Barus-Michel (2003), segundo a qual o silêncio - que classicamente é concebido como uma resistência do paciente à situação analítica - muitas vezes é a manifestação do paciente por sentir que seu sofrimento não está sendo compreendido, o que poderia ser vislumbrado de forma radical no retraimento dos autistas, no calar das vítimas de traumatismos, entre outros.

A preocupação de Winnicott em não invadir o paciente com interpretações fundamenta-se na relação de comparação que estabelecia entre analista-paciente e a díade mãe-bebê. Julgava que, assim como a mãe deveria apresentar o mundo, ao bebê, em pequenas doses, para não confrontá-lo precocemente com o eu/não-eu, o analista não deveria invadir seu paciente com uma interpretação (Winnicott, 1963a).

Seu zelo em não invadir o paciente era tal que, em diversos momentos, Winnicott não apenas abstinha-se de interpretar, como tampouco falava ou movimentava-se, expressando silenciosamente a sua compreensão do sofrimento pelo qual o paciente estava sendo atravessado (Barros, 2005). Desse modo, demonstrava a opção do psicanalista por não tentar organizar o caos mental apresentado por seu paciente, através de uma sentença interpretativa que daria uma ordem a essa dor, assumindo a postura de apenas acompanhar e observar respeitosamente seu estado (Winnicott, 1971).

No lugar da intervenção interpretativa, Winnicott privilegiava o *holding*. Na tentativa de melhor compreender como o *holding* pode operar terapeuticamente, Aiello-Vaisberg (2004a) propõe um pensamento que articula as contribuições blegerianas ao pensamento metodológico que Fabio Herrmann (1979) denomina Teoria dos Campos. Nesta linha, pode-se considerar que o *holding* apropriado⁶ tem o poder de ruptura dos campos psicológicos invasivos que estão, justamente, provocando as agonias insuportáveis e a retirada de si como última estratégia de sobrevivência. Segundo tal perspectiva, um psicanalista que promove um encontro, no qual a sua presença faz-se de maneira devotada e disponível, permitindo a configuração de um campo inter-humano propício e acolhedor ao acontecer genuíno e ao gesto verdadeiro, propicia que o indivíduo sintá-se encorajado a se vincular à sua condição de existente, libertando-se da impossibilidade de se sentir vivo e real.

Assim, Winnicott (1971) salientava que, ao invés de interpretar o paciente, a sua prática clínica objetivava apenas devolver-lhe o que era comunicado emocionalmente, exercendo a mesma função de espelho que a mãe assume diante do bebê. Acreditava que se o analista o fizesse suficientemente bem, o paciente, aos poucos, seria capaz de descobrir o seu próprio *self*, o que lhe traria, conseqüentemente, a capacidade de existir e sentir-se real. A crença na capacidade do paciente de surpreender a si mesmo, sem depender das interpretações argutas do analista, provocadoras de *insight*, fica explícita no seguinte trecho:

(...) Só recentemente me tornei capaz de esperar; e esperar, ainda, pela evolução natural da transferência que surge da

⁶ Parece-nos fundamental falar em *holding* apropriado porque muitos confundem esta intervenção, que visa favorecer o desenvolvimento do *self*, com expressões de apoio e encorajamento. Entretanto, posições existenciais diferentes pedem atos de *holding*, que podem ser muito diversos do ponto de vista comportamental.

confiança crescente do paciente na técnica e no cenário psicanalítico, e evitar romper este processo natural, pela produção de interpretações. Refiro-me à produção de interpretações e não às interpretações como tais. Estarrece-me pensar quanta mudança profunda impedi, ou retardei, em pacientes de certa categoria de classificação pela minha necessidade pessoal de interpretar. Se pudermos esperar, o paciente chegará à compreensão criativamente, e com imensa alegria (...) (Winnicott, 1971, pp. 121 e 122).

Era também desse modo que Winnicott (1968) atuava em suas consultas terapêuticas, termo usado para designar uma forma de atendimento diferenciada, realizada em uma ou duas sessões, durante as quais um trabalho profundo e significativo era realizado. Dessa forma, postulava que, se esses primeiros momentos não fossem desperdiçados, sendo o terapeuta capaz de assumir uma postura devotada, tais encontros tornar-se-iam tão mutativos por si só, dispensando, inclusive, o encaminhamento posterior a uma psicanálise padrão. Nessa clínica, Winnicott (1968) fazia uso de um procedimento denominado “Jogo do Rabisco”, que, durante muito tempo, não foi divulgado pelo autor por receio de que fosse adotado como uma técnica. O jogo consiste na realização, pelo terapeuta, de um rabisco qualquer, que a seguir é completado pelo paciente da forma que desejar. Em seguida, se o paciente quiser, pode fazer um rabisco e solicitar que o terapeuta o complete e assim por diante, durante toda a série.

A partir desse “brincar”, tornava-se possível a instauração de uma área intermediária entre a realidade externa e a vida interna, nomeada espaço transicional. Nesta área de

experimentação, o indivíduo poderia – se tivesse desenvolvimento e maturidade para tanto – não apenas jogar e brincar, mas ser espontâneo e criativo.

Este potencial mutativo do brincar estaria associado a uma das funções maternas primordiais: a apresentação do objeto (Winnicott, 1971). Quando a mãe apresenta o objeto ao bebê, no exato momento em que ele está apto a encontrá-lo, cria as condições necessárias para que ocorra uma experiência de onipotência. Tal experiência é a base de um processo gradativo que culmina no desenvolvimento da capacidade de aceitar a externalidade de um mundo confiável. Analogamente, ao criar um ambiente suficientemente bom, que acolha toda e qualquer gestualidade espontânea do seu paciente, o terapeuta está favorecendo a continuidade de sua capacidade criativa (Lins, 1990).

Entendemos, portanto, que para promover um espaço lúdico e potencialmente mutativo, o uso específico do Jogo do Rabisco não se fazia imprescindível; poderia ser substituído paradigmaticamente pelo uso de outros recursos mediadores. Na Ser e Fazer⁷, do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, são realizadas oficinas psicoterapêuticas, sob coordenação da Professora Livre Docente Tânia Aiello-Vaisberg, nas quais se faz uso de diversas materialidades mediadoras, isto é, de diversos tipos de “rabiscos”, tendo em vista o desenvolvimento de pesquisas sobre potencialidade mutativa de enquadres diferenciados, em cuja linha se insere o presente trabalho, num movimento de promoção de práticas psicológicas diferenciadas em instituições. Esta adaptação do Jogo do Rabisco de Winnicott, segundo Baptista e Aiello-Vaisberg (2004), é mais uma

⁷ Em 1992, foi criado o Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social, do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, onde nasceu o estilo clínico Ser e Fazer. Desde então, vem sendo desenvolvidas, no âmbito da pós-graduação *strictu sensu*, modalidades de pesquisa-intervenção que se fundamentam na Psicanálise winnicottiana, caracterizadas pelo uso de mediações facilitadoras da expressão de indivíduos e coletivos, em contextos psicoterapêuticos e psicoprofiláticos. O site da Ser e Fazer é www.serefazer.com.br

forma de ser flexível e inventivo, a partir de uma prática consagrada, gerando novas práticas psicanaliticamente fundamentadas.

Nosso enquadre clínico diferenciado inspira-se nas consultas terapêuticas winnicottianas. Logo, idealizamos a realização de encontros terapêuticos⁸ com as mulheres que sofreram aborto espontâneo, que se resumiriam a poucas sessões, nas quais a pesquisadora faria uso do *holding*, em lugar da interpretação, além de disponibilizar uma materialidade mediadora, com caráter de “rabisco”.

É importante destacar que, embora a apresentação de uma materialidade mediadora nos encontros terapêutico facilite a instauração de um diálogo lúdico entre o analista e o paciente, trazendo à tona questões que, talvez, de outra maneira, não emergiriam, não se trata de fazer das materialidades um instrumento para a exteriorização de conteúdos psíquicos (Medeiros, 2003a). Winnicott (1971), em “O brincar e a realidade”, apresenta de forma mais sistematizada o valor que atribui ao brincar, distinguindo-se muito claramente em relação à Melanie Klein. Apesar de Klein ter agregado grande valor às brincadeiras, para ela, o brincar possuía o objetivo único de permitir uma comunicação que a criança não conseguia oferecer dada sua falta de domínio da linguagem.

A grande contribuição de Winnicott, no concernente ao brincar, foi justamente dar ênfase aos processos de constituição que se atualizam nessa experiência, em detrimento da avaliação dos conteúdos subjacentes ao brincar (Luz, 1990). Esta mudança pode ser ilustrada através do uso do verbo “brincar” associado à perspectiva winnicottiana, em oposição ao substantivo “brincadeira”, ligado à escola kleiniana (Lins, 1990). Esse desvio do olhar sobre o produto final da brincadeira, em prol do potencial mutativo do ato de

⁸ É válido destacar que a pesquisadora Tania Granato, integrante da Ser e Fazer, também idealizou um enquadre clínico diferenciado, voltado à clínica da maternidade, que consistiam em encontros terapêuticos com gestantes (Granato, 2002). A diferença entre o nosso enquadre clínico diferenciado, com o criado pela pesquisadora, reside justamente no uso de um recurso mediador-dialógico, tal como será vislumbrado a seguir.

brincar, pode ser observado, segundo Winnicott (1968), no próprio procedimento do Jogo do Rabisco: ao realizar um desenho junto a seu paciente, evita-se que o mesmo sinta-se como se estivesse sendo examinado por um médico, ou submetido a um teste psicológico, o que poderia gerar um desconforto psicológico resultante da sensação de estar sendo examinado como um objeto.

Não obstante, apesar de valorizarmos a apresentação de uma materialidade mediadora no favorecimento desse ambiente suficientemente bom, consideramos que a sua mera disponibilização não assegura um encontro potencialmente mutativo (Aiello-Vaisberg, Silva, Granato e Félici, 2001). Com efeito, se o analista não estiver sensibilizado com as questões existenciais trazidas pelo paciente, de nada vale a materialidade mediadora. Por outro lado, é importante lembrar que a configuração de um encontro potencialmente mutativo não exige, evidentemente, a apresentação de uma materialidade mediadora, pois realmente fundamental é a presença do analista vivo, real e disponível, nessa peculiar forma de encontro inter-humano, que é a psicanálise do *self*⁹.

Winnicott (1971) afirmava que, de todo modo, a psicoterapia consistia numa forma altamente especializada do brincar. Lino da Silva (1993, p. 20) explicita tal afirmação:

O método da psicanálise apresenta-se como uma dupla face: de um lado, a associação livre – a oferta de material sem crítica ou intenção determinada; e, de outro, a atenção flutuante – a captação de material sem crítica ou intenção pré-determinada. Na prática, isso traduz-se numa espécie de jogo em que as fantasias de ambos os interlocutores organizam-se em busca de um consenso sempre questionado a respeito do avesso do que foi

⁹ Medeiros (2003a) lembra que, em situações de atendimento em que não é apresentada uma materialidade mediadora visível, observa-se o uso que cada paciente faz das palavras e dos objetos disponíveis na sala.

dito. Ou seja, o método da psicanálise caracteriza-se por abertura, construção e participação.

Dessa forma, entendemos que, nos encontros terapêuticos que foram realizados com as mulheres que sofreram aborto espontâneo, houve apresentação de materialidade mediadora, não porque este fosse o enquadre único para que se pudesse propiciar um momento mutativo, mas sim, porque pretendemos, considerando que o brincar é inerente à psicoterapia winnicottiana, criar um campo em que o aspecto lúdico da experiência pudesse ficar maximamente visível (Aiello-Vaisberg, Correa e Ambrosio, 2000).

Consideramos que, a partir da realização deste estudo, temos elementos para propor um enquadre diferenciado – os encontros terapêuticos – numa clínica voltada para mulheres que sofreram abortos espontâneos. Nossa perspectiva é a de estender os benefícios do conhecimento psicanalítico a essas pacientes, entendendo que a extensão terá efeitos psicoprofiláticos sobre as gestações futuras e na relação com os filhos.

OBJETIVO

O objetivo do presente trabalho é a investigação, psicanaliticamente orientada, da potencialidade terapêutica de um enquadre clínico diferenciado, denominado encontro terapêutico, no atendido à mulheres que sofreram aborto espontâneo recente.

Definimos o encontro terapêutico como enquadre de atendimento individual, que se realiza por meio de entrevista articulada ao redor do uso de um recurso mediador dialógico capaz de facilitar a comunicação emocional de modo transicional e de, eventualmente, favorecer a experiência de surpresa, que permite a superação de dissociações. No presente estudo, o recurso mediador escolhido consistiu no uso adaptado do Procedimento Desenhos-Estórias de Trinca (1976), segundo uma perspectiva que privilegia a instauração de um campo relacional fortemente marcado pela mutualidade, na linha característica do Jogo do Rabisco (Winnicott, 1968).



3. O CAMINHO METODOLÓGICO

3.1. PSICANÁLISE: PARADIGMA INTERSUBJETIVO

Podemos notar, dentro da comunidade psicanalítica, uma divergência em relação à investigação psicanalítica, que Loparic (1997a) denomina “problema da unidade do método psicanalítico de pesquisa”. Coexistem, desse modo, duas vertentes de estudos, que são realizadas segundo epistemologias completamente opostas, reivindicando-se como pesquisas psicanalíticas.

Assim, por um lado, temos trabalhos que fazem uso de metodologias de cunho positivista – como os instrumentos psicológicos, por exemplo – e que usam a teoria psicanalítica para a discussão de seus dados. Trata-se de estudos que fazem uso da Psicanálise enquanto teoria, porém, não como método de pesquisa (Safra, 2001). Tais trabalhos são criticados por tentar encaixar a Psicanálise, dentro do paradigma cartesiano, como se o homem psicanalítico fosse somente uma variável passível de mensuração (Alberti, 2000).

Por outro lado, encontramos um segundo grupo de trabalhos que faz uso da Psicanálise, não apenas no momento de discussão dos achados da pesquisa, mas também como método de pesquisa, seja através de entrevistas, observação psicanalítica ou outros procedimentos clínicos (Pinto e Aiello-Vaisberg, 2001). Estes, por sua vez, são criticados pela falta de objetividade dos dados, o que lhes conferiria menor rigor científico, se comparados àqueles que partem de um paradigma objetivante, como observa Loparic (1997a):

A dificuldade (...) é a de saber como fatos e interpretações que acontecem na situação a dois, típica da análise, podem valer como dados objetivos, aceitáveis intersubjetivamente, aos quais se pode

aplicar o método hipotético-dedutivo. Não são poucos os que pensam que não podem valer. (Loparic, 1997a, p. 107).

Para entendermos as críticas feitas às pesquisas que operam a partir de uma perspectiva intersubjetiva, faz-se necessário remontar ao próprio desenvolvimento da Psicanálise. Como sabemos, Freud sempre preocupou-se em conferir à teoria que estava construindo um estatuto científico, por temer que a Psicanálise fosse tida como uma doutrina esotérica, já que, de fato, ela fugia da lógica presente nas investigações científicas de sua época. Desse modo, Freud acabou explicitamente aderindo a uma metodologia convencionalista, inscrevendo a Psicanálise como uma ciência natural (Loparic, 1997a). Esta submissão às ciências de cunho positivista não se restringiu à Psicanálise, mas abrangeu diversas ciências sociais que, por carecerem de consciência epistemológica, acabaram apegando-se a uma epistemologia que cobra dados quantificáveis, suscetíveis de verificação imediata, através de evidências observáveis e/ou estatísticas, o que configurou, tal como no caso da Psicanálise, um verdadeiro positivismo ateórico (González Rey, 2005).

Naquela época, Freud estava imerso num ambiente científico que lhe demandava que enquadrasse a Psicanálise dentro da epistemologia positivista, caso contrário, teria de arcar com as críticas sobre a aparente falta de rigor em sua teoria. (Granato e Aiello-Vaisberg, 2004). Freud não tinha condições, em sua época, de promover a revolução científica que a Psicanálise demandava, uma vez que esta resgatava, para o campo do saber científico, justamente aquilo que a ciência da época excluía como superstição (Alberti, 2000).

Entretanto, uma vez que a ciência encontra-se continuamente em construção, o panorama científico atual não é mais o mesmo da época de Freud. Atualmente,

deparamo-nos não apenas com o modelo sujeito-objeto da ciência positivista – segundo o qual o mundo é concebido de forma objetiva e distinta do sujeito que, para apreendê-lo, deve, então, manter uma postura de neutralidade e objetividade -, mas também com uma idéia de produção do saber a partir da adoção de um paradigma intersubjetivo (Lino da Silva, 1993).

Desse modo, o advento de uma epistemologia diferente da que imperava absolutamente na ciência moderna pôde dar-se a partir do momento em que se compreendeu que as ciências naturais, justamente por visarem à neutralidade do cientista, no momento da apreensão do fenômeno, faziam-se muito limitadas no terreno das ciências humanas, que valorizam o ser humano com suas categorias de pensamento, sua personalidade total e suas reações diante do fenômeno humano (Bleger, 1963).

Apesar disso, percebemos uma certa resistência, mesmo dentro das pesquisas de ciências sociais, à adoção da epistemologia intersubjetiva, o que talvez justifique porque, ainda hoje, o paradigma objetivante faz-se predominantemente presente nas produções científicas.

Esta resistência também é observada por González Rey (2005), quando aponta a existência de diversas pesquisas que, a despeito de se assumirem qualitativas, encontram-se desprovidas de uma consciência epistemológica, conservando, através de uma postura de maior objetividade em relação ao fenômeno estudado, o aprisionamento à epistemologia positivista tradicional.

Voltando à duplicidade presente nas pesquisas psicanalíticas, acreditamos que a vertente que faz uso da Psicanálise apenas como teoria para a análise dos dados, mas não como método de investigação, estaria justamente desprovida de consciência epistemológica. Nesta ótica, Safra (2001) ressalta que são diversos os estudos psicanalíticos nos quais o pesquisador, preocupado em obter um maior reconhecimento

científico, acaba fazendo uso da epistemologia clássica - realizando um trabalho no qual a dicotomia sujeito-objeto está presente -, quando a Psicanálise demanda o encontro intersubjetivo entre pesquisador e pesquisado, o que acaba comprometendo o rigor científico do trabalho:

Dentro do modelo psicanalítico, não se pode falar do estudo do fenômeno psíquico sem levar em conta também o psiquismo do pesquisador. Os objetos de investigação psicanalítica fazem parte da vida psíquica do investigador (...). Ser psicanalista e pesquisador na área clínica implica em ser um investigador do inconsciente, não só do seu paciente, mas principalmente da sua própria realidade psíquica (Safra, 1994, pp. 57 e 58).

Ao superarmos a idéia de que, para a construção do saber científico, é imprescindível uma postura desinteressada por parte do pesquisador, abandonamos, conseqüentemente, a concepção de que o conhecimento deve ser produzido com neutralidade através de pesquisas para, em seguida, ser aplicado na prática (Aiello-Vaisberg, 2004b). Essa posição está de acordo com as postulações de Bleger (1963), segundo o qual as teorias devem ser construídas a partir do trabalho em um campo concreto, ou seja, a partir da prática clínica, configurando-se como verdadeira aberração científica a concepção de que as teorias devam ser criadas de forma “pura” e perfeita para, em seguida, serem aplicadas.

Ao tomarmos o cuidado de não dissociar a teoria da prática, acabamos desenvolvendo uma pesquisa clínica, que assim pode ser considerada, não por ter sido desenvolvida em um espaço terapêutico, mas, sim, por fazer uso de uma estratégia que

permitiu olharmos cada uma de nossas participantes de forma particular, compreendendo a sua singularidade absoluta frente à situação de abortamento. Isto não significa, entretanto, tal como ressalta Bohoslavsky (1993), que a pesquisa clínica apenas gere conhecimentos a respeito daquele indivíduo que participou do estudo, uma vez que compreendemos que estas pessoas representam um grupo social: o das mulheres que sofreram interrupção em suas gestações.

“Podemos admitir que a psicologia clínica seja ‘individual’, se a entendemos em uma visão particularizante, que considere cada situação como singular, peculiar. Mas não podemos admitir, se por ‘individual’ entendemos que o psicólogo clínico somente trabalha com indivíduos isolados” (Bohoslavsky, 1993, p. 37).

3.2. ENCONTRANDO AS PARTICIPANTES

Decidimos realizar esta pesquisa através de encontros terapêuticos com duas mulheres que haviam sofrido aborto espontâneo recente.

As pesquisas positivistas, que costumam trabalhar com grandes amostras de participantes e que se preocupam em quantificar os dados, criticam arduamente os trabalhos realizados a partir de poucos casos, pregando que as considerações realizadas a partir de um único caso não podem ser “generalizadas” e, logo, acabam produzindo um conhecimento individual, porém não social (Yin, 2001). A crença que estaria sustentando esse tipo de crítica seria a de que, para produzir conhecimento social, fazer-se-ia necessário realizar um estudo com muitos participantes, pois, caso contrário, produzir-se-ia conhecimento apenas sobre o indivíduo que participou do estudo.

Ora, uma vez que o ser humano é social – tal como Bleger (1963) defendia enfaticamente – todas as suas condutas seriam sociais. Assim, o estudo da conduta de um único indivíduo nos conduziria, conseqüentemente, à compreensão da conduta do grupo social no qual este indivíduo se insere. O autor não só afirmava ser possível o estudo de grupos sociais a partir da investigação de um só indivíduo, como ainda, por rejeitar o mito do homem isolado, criticava a crença de que seria possível haver uma psicologia que só tratasse do individual, tal como acreditam as pesquisas de cunho positivista.

Desse modo, a despeito do pré-conceito que a comunidade científica possa ter a respeito dos estudos de caso, defendemos a sua utilidade e eficácia para a compreensão dos fenômenos sociais intrínsecos às camadas sociais a que os participantes encontram-se vinculados, afirmando que, ao mesmo tempo em que reconhecemos a singularidade das participantes deste estudo, compreendemos que essas pacientes representam o grupo das mulheres que sofrem interrupção em suas gestações.

Esta postura não só é aceitável do ponto de vista científico, como está profundamente articulada à teoria psicanalítica que, desde a sua concepção, sempre foi um campo no qual a investigação do particular permitiu a compreensão dos modelos abrangentes da psique humana (Safra, 1994).

As duas participantes deste estudo foram contatadas quando se encontravam internadas, para a realização da curetagem, na enfermaria de ginecologia de um hospital-geral situado no interior do estado de São Paulo. Assim, todos os dias, a pesquisadora ia ao hospital em questão para informar-se, junto à equipe de enfermagem, se havia alguma paciente internada por motivo de abortamento espontâneo.

Um aspecto curioso a ser apontado refere-se ao fato de que, em minhas idas ao hospital, para contatar as possíveis participantes deste trabalho, deparei-me com diversas mulheres que internavam por terem abortado a gestação. Era raro passar mais de dois dias sem que ocorresse, ao menos, uma internação por motivo de abortamento. Isso levou-me a reafirmar a importância da realização de um estudo voltado a essa população específica, já que, conforme pude perceber, são comuns os casos de mulheres cujas gestações são interrompidas.

Isto não significa, contudo, que encontrar as duas participantes deste estudo tenha sido fácil. Ao longo de três semanas, durante as quais fui quase diariamente ao hospital, foram contatadas dez pacientes que poderiam participar deste trabalho, até que, finalmente, encontrasse as duas participantes.

No que diz respeito às oito mulheres que acabaram sendo convidadas a participar da pesquisa¹⁰ e não o fizeram, apenas uma disse muito claramente que não “gostava de psicólogo” e que, portanto, não queria ter encontros terapêuticos com uma psicóloga. As outras pacientes não assumiram o compromisso da pesquisa por motivos diversos.

¹⁰ O contato com estas oito mulheres que não participaram desse estudo será abordado na página 136.

Algumas trabalhavam e, assim, seus horários livres – fora do horário comercial – não coincidiam com o horário de funcionamento da clínica-escola, onde os encontros terapêuticos seriam realizados. Outras não moravam em Campinas, de modo que era mais conveniente procurarem auxílio nos Centros de Saúde das cidades em que residiam.

Podemos inferir, apesar dos diversos motivos dados, que algumas destas mulheres poderiam estar resistentes a entrar em contato com as vivências emocionais ligadas ao aborto. Podemos até considerar a possibilidade das respostas serem outras, caso o convite para a participação do estudo tivesse ocorrido em outro contexto, que não o do hospital, onde estavam internadas para a curetagem.

Não obstante, seria errôneo pensar que todas as oito mulheres que não participaram deste estudo assim o fizeram unicamente por uma questão de resistência. Algumas demonstraram um genuíno interesse pelos encontros terapêuticos, a ponto de concordarem em participar do estudo, pegarem o telefone da pesquisadora e agendarem o primeiro encontro terapêutico. Acabaram desistindo, posteriormente, por não terem conseguido autorização para se ausentarem em seus respectivos serviços. Mas chegavam a dizer: “Será que você não pode me atender à noite?”

3.3. OS ENCONTROS TERAPÊUTICOS

Conforme mencionado anteriormente, as participantes deste estudo foram contatadas quando se encontravam internadas na enfermaria de ginecologia de um determinado hospital. Entretanto, os encontros terapêuticos propriamente ditos iniciavam-se somente duas semanas após o contato inicial entre a pesquisadora e as participantes.

Calculamos este tempo de duas semanas visto sabermos que, após a data da curetagem, as pacientes necessitavam retornar ao hospital para consulta médica. Entendemos, desse modo, que a primeira semana da paciente, após a alta hospitalar, é um período considerado pós-cirúrgico, demandando, assim, que o compromisso de comparecer ao encontro terapêutico ficasse para mais tarde.

Os encontros foram individuais e estavam inicialmente programados para ocorrer em uma das salas de atendimento do ambulatório hospitalar em questão. Este local havia sido escolhido para que as participantes o encontrassem facilmente, uma vez que o âmbito hospitalar já lhes era familiar.

Contudo, como apresentaremos em outro momento, apenas o primeiro encontro terapêutico com a primeira participante deu-se em uma das salas do ambulatório. Pelo fato deste encontro ter sido bruscamente interrompido por uma médica que queria usar a sala, decidimos, para evitar o risco de que outros valiosos encontros fossem igualmente interrompidos, agendar os próximos encontros terapêuticos em uma das salas de atendimento da clínica-escola de Psicologia da mesma universidade na qual o hospital-universitário, em que as pacientes haviam feito curetagem, está inserido.

A decisão pela mudança do *setting* ocorreu por considerarmos o manejo do *setting* tão importante, na clínica winnicottiana, que queríamos preservá-lo, ao máximo, para as pacientes. Uma interrupção do atendimento poderia vir a ser vivida como uma nova interrupção na vida emocional dessas pacientes, cujas gestações haviam acabado de ser

interrompidas. Entretanto, o fato de termos desistido de fazer os encontros no âmbito hospitalar, para realizá-los numa clínica de Psicologia, não significa termos concluído que este tipo de trabalho não poderia ser realizado num *setting* hospitalar que, como sabemos, diferencia-se muito da clínica convencional, demandando uma maior flexibilidade por parte do terapeuta. Consideramos, sim, que estes encontros poderiam dar-se num contexto hospitalar, desde que houvesse um trabalho de sensibilização da equipe em relação ao *setting* psicanalítico, o que não caberia nesta pesquisa, mas que acreditamos ser viável em outros contextos.

Ao final, foram realizados quatro encontros com a primeira participante, e três encontros com a segunda. É válido destacar que, a despeito de termos previamente planejado que realizaríamos poucos encontros – uma vez inspiradas nas consultas terapêuticas winnicottianas -, não pré-estabelecemos um número fixo de encontros, pois consideramos fundamental favorecer a ocorrência de “experiências completas” (Winnicott, 1949). Desse modo, a realização de três a quatro encontros terapêuticos deu-se unicamente devido ao acontecer clínico. Mais adiante, exporemos e discutiremos esmiuçadamente como ocorreu o término dos encontros.

Conforme discutido no capítulo anterior, fizemos uso de um recurso mediador dialógico, ao longo dos encontros terapêuticos, com o intuito de favorecer a comunicação emocional mais profunda das participantes, minimizando as expressões de tipo falso *self* que se fazem presentes, em níveis variados, no cotidiano humano.

Dessa forma, fizemos um uso adaptado do Procedimento Desenhos-Estórias de Trinca (1976), segundo o paradigma presente no Jogo do Rabisco de Winnicott (1968). No Procedimento Desenhos-Estórias, tal qual Trinca (1976) o idealizou, o paciente é convidado a realizar uma série de cinco desenhos livres. Em seguida, o psicólogo solicita que invente uma história a partir de cada desenho, além de atribuir-lhes títulos.

Esse procedimento sofreu algumas alterações, neste estudo, que se fundamentam no uso paradigmático do Jogo do Rabisco de Winnicott¹¹, o que justifica termos escolhido, como título, a expressão “Rabiscando Desenhos-Estórias”, ao invés da terminologia tradicional “Procedimento Desenhos-Estórias”.

É importante frisar que tais alterações no Procedimento Desenhos-Estórias já haviam sido criadas/encontradas, por mim, num contexto anterior aos encontros terapêuticos realizados neste trabalho. Através da realização de encontros terapêuticos com uma adolescente gestante, nos quais também fiz uso de desenhos-estórias como recurso mediador dialógico, pude espontaneamente realizar uma adaptação do procedimento idealizado por Trinca, descobrindo, dessa maneira, minha forma pessoal de trabalhar com este recurso. Certamente, não se tratou de uma idéia fortuita, pois o fato de estar freqüentando assídua e atentamente tanto o texto winnicottiano, como as produções dos pesquisadores do grupo Ser e Fazer, contribuiu para aumentar minha atenção e sensibilidade para certos aspectos do acontecer clínico. Fundamental, neste sentido, é a busca no sentido de fazer-me presente como pessoa, o que, nestes atendimentos, casou-se naturalmente com minha iniciativa de desenhar enquanto as pacientes desenhavam.

Assim, tanto nos encontros com a adolescente gestante, quanto nos que foram realizados neste trabalho, acabei compartilhando, com as pacientes, a atividade de desenhar, enquanto conversávamos sobre suas vidas. A experiência indicou que tal iniciativa contribuiu para diminuir a distância afetiva entre paciente e terapeuta, rompendo igualmente com um campo relacional marcado por uma assimetria que se funda, em última instância, num esquema no qual o psicólogo é o sujeito cognoscente, que para

¹¹ Há diversos pesquisadores na Ser e Fazer, que têm realizado estudos similares, nos quais fazem uso do paradigma presente no Jogo do Rabisco para criar suas formas pessoais de brincar. Desse modo, foram criadas oficinas psicoterapêuticas de velas, de arranjos florais, de papéis artesanais, de tapeçaria, dentre outras, que objetivam proporcionar atendimento clínico-social, além de servir de campo fértil para a realização de estudos sobre a eficácia psicoterapêutica de enquadres clínicos diferenciados.

acima do acontecer humano, e o entrevistado é o objeto. Por outro lado, vale lembrar que o desenhar conjunto encontra seus fundamentos teóricos na obra de Winnicott:

“O fato do terapeuta jogar livremente sua própria parte na troca de desenhos, certamente tem grande importância para o sucesso da técnica; um procedimento desse tipo não faz o paciente sentir-se inferior por nenhuma maneira, tal como, por exemplo, um paciente se sente quando está sendo examinado por um médico a respeito da saúde física, ou, com frequência, quando lhe é aplicado um teste psicológico (...)” (Winnicott, 1968, p. 232).

Obviamente, não estamos afirmando que se faz necessário que o terapeuta faça desenhos-estórias – ou faça uso de qualquer outro tipo de materialidade – para construir uma clínica ética que se caracterize pela mutualidade e respeito. Na verdade, sabemos que tanto se pode adotar esta prática do desenhar conjunto, de modo meramente comportamental, destituído de significado de proximidade inter-humana, como se pode clinicar de modo a estabelecer um campo favorável ao humano, sem jamais lançar mão de recursos mediadores.¹²

Tampouco observei as indicações de Trinca (1976) no que diz respeito à obtenção de cinco desenhos-estórias. Assim, deixei que fizessem tantos desenhos quanto desejassem, considerando, inclusive, a possibilidade delas não realizarem nenhum desenho-estória nos encontros terapêuticos. Esta escolha em libertar-me de um número pré-fixado de desenhos-estórias deveu-se à compreensão de que cada indivíduo faz uso

¹² Tenho tido a oportunidade de experienciar o uso de materialidades mediadoras em minha oficina psicoterapêutica de velas artesanais para mulheres. Analogamente ao que acontece na consulta terapêutica winnicottiana, acabo, em determinados encontros, optando por não fazer velas para apenas acompanhar minhas pacientes em suas criações, toda vez que percebo que o “fazer velas” corre risco de acontecer dissociadamente, e não como um “ser e fazer”.

da materialidade de forma particular, imprevisível e de acordo com suas necessidades. Atenta às formulações winnicottianas no tocante à experiência completa (Winnicott, 1949), entendo que a fixação arbitrária de um número resultaria, facilmente, em situações que seriam vividas, por algumas pacientes, como insuficientes e, por outras, como excessivas, tendo em vista a vivência da experiência completa. Esta discussão é análoga àquela empreendida, anteriormente, sobre a estipulação prévia de uma quantidade de encontros terapêuticos, sem levar em consideração o próprio acontecer clínico.

É importante destacar que, apesar de já haver encontrado a minha forma pessoal de trabalhar com os desenhos-estórias, antes da realização dos encontros terapêuticos deste estudo, mantive a postura flexível e criativa - esperada numa clínica que valoriza eticamente a alteridade - para trabalhar eventualmente de outra forma, como de fato ocorreu. Assim, nas narrativas apresentadas nos próximos capítulos, observamos, por exemplo, que, em um determinado momento, uma das participantes não fez desenho algum, apenas eu.

Esta flexibilidade da pesquisadora foi possível porque o procedimento utilizado, tal como o Jogo do Rabisco, não consistiu numa técnica a ser cumprida. Assim, tanto a participante quanto a pesquisadora tinham a possibilidade de reinventar aquele “jogo”, conforme as suas próprias regras.

Além disso, os desenhos-estórias aqui desenvolvidos também puderam ser extremamente inventivos porque tampouco tinham a finalidade de testes psicométricos ou projetivos. Vemos que o próprio Winnicott (1968), ao apresentar o Jogo do Rabisco, demonstrou certa preocupação de que este brincar fosse erroneamente compreendido como uma forma de avaliação psicológica, uma vez que o objetivo do Jogo do Rabisco é, como já sublinhado anteriormente, promover um encontro potencialmente mutativo com seu paciente.

(...) hesitei em descrever esta técnica, que utilizei no decorrer de um certo número de anos, (...) porque se começar a descrever o que faço, é provável que alguém comece a reescrever o que descrevo como se fosse uma técnica estabelecida, com regras e regulamentos. Aí, todo o valor do procedimento se perderia. Existe um perigo muito real em descrever o que faço; de que os outros tomem e transformem em algo que corresponda a um Teste de Apercepção Temática. (Winnicott, 1968, p. 231).

Essa distinção faz-se importante porque, conforme González Rey (2005), a partir do paradigma aqui adotado, nosso olhar recai sobre a interação entre a participante e a pesquisadora, sendo o procedimento apresentativo-expressivo tido como uma mediação dialógica, e não uma via objetiva geradora de resultados capazes de refletir diretamente o estado emocional da participante.

Medeiros (2003a) enuncia com clareza:

Acompanhar o paciente numa atividade utilizando procedimentos apresentativo-expressivos é diferente de ocupar-se com possíveis significações que precisem ser decifradas a partir do que está sendo feito; não é nada semelhante a utilizar os objetos e atividades como “dicas” para se chegar ao que realmente seria importante: tornar consciente para o paciente algo que ele até então desconhecia sobre si mesmo. As materialidades não são instrumentos para a exteriorização de conteúdos psíquicos, mas possuem um sentido em si mesmas: fazendo, brincando, o paciente

se torna presença viva, real e verdadeira no mundo (Medeiros, 2003a, p. 142).

Ao desvincularmos os procedimentos apresentativos-expressivos dos paradigmas psicométricos, podemos compreendê-los, de acordo com Aiello-Vaisberg e Machado (2000), como uma forma especial de diálogo, assemelhando-se a um brincar sofisticado, dada a dimensão lúdica presente.

3.4. AS NARRATIVAS PSICANALÍTICAS

Realizados os atendimentos, no contexto do enquadre diferenciado que configuramos para cuidar de mulheres que sofreram aborto recente, defrontamo-nos com a questão de como comunicá-los, tendo em vista compreendê-los psicanaliticamente como acontecer clínico e refletir sobre sua potencialidade mutativa. Nossa questão passou a ser, então, como apresentar, na precisa acepção que o termo “apresentação” assume na obra winnicottiana, o acontecer vivido, “o encontro brincante” (Aiello-Vaisberg, Ambrósio e Machado,2000)?¹³

Alguns caminhos pareciam possíveis. Um deles seria solicitar às participantes que os encontros fossem gravados, não com a preocupação positivista de captar fielmente cada uma de suas falas, mas de fazer uso das gravações para a posterior reflexão da pesquisadora. Apesar de algumas pesquisadoras terem adotado este caminho - dentre as quais podemos citar Andreis (1995), Ferreira (2004) e Teixeira (2006) - e terem julgado as gravações como facilitadoras na realização de seus estudos, consideramos que este não seria, no contexto da presente pesquisa, o melhor caminho, principalmente porque não lidamos com entrevistas individuais para abordagem de personalidade coletiva, como é usual em pesquisas sobre o imaginário, mas com encontros terapêuticos. Neste contexto em que as participantes estavam enlutadas por terem suas gestações interrompidas, pensamos que a gravação poderia ser vivida como invasão ambiental, o que prejudicaria a confiança das pacientes na pesquisadora, comprometendo de saída a eficácia clínica dos encontros.

Além disso, acreditamos que se limitássemos nossas reflexões às falas gravadas, ao longo dos encontros terapêuticos, correríamos o risco de trabalhar com um material

¹³ O termo “encontros brincantes” sinaliza o valor terapêutico do brincar que, desde esta perspectiva teórica, não deve ser compreendido em registro meramente comportamental, mas como posição existencial na qual o ser humano é capaz de manter a capacidade criadora em face das incertezas e dos mistérios da condição humana.

emocionalmente empobrecido. Apesar de haver uma vertente de pesquisas que prega que o uso de gravadores traz maior fidelidade à análise do material, pensamos contrariamente que, quando o pesquisador fica unicamente atento àquilo o que foi gravado, acaba desviando-se de toda a riqueza do encontro que, no entanto, não foi registrada. Safra (1994) salienta esta questão:

“Como registrar, por qualquer meio disponível, as inúmeras associações realizadas silenciosamente pelo analista frente ao comportamento e verbalização do paciente, ou mesmo as diversas reações psíquicas ocorridas no analisando, ao ouvir uma intervenção do analista? Há uma dimensão infinita no encontro que, mesmo com o uso de aparelhos de registro sofisticados do ponto de vista tecnológico, não conseguiríamos abranger”. (Safra, 1994, p. 55).

Por outro lado, entendemos que a postura winicottiana, que enfatiza o sentir-se vivo, real e capaz de gestualidade espontânea e transformadora de si e do mundo (Aiello-Vaisberg, 2004b), indica que devemos estar presentes não apenas durante o acontecer clínico, mas durante todo o tempo em que realizamos o trabalho investigativo, ou seja, tanto quando preparamos a comunicação por escrito, sem nos ausentarmos emocionalmente do que pretendemos registrar, como quando nos dirigimos à comunidade científica, que é inicialmente assumida pelos membros do coletivo de pesquisa no qual nos inserimos. Desse modo, consideramos necessário que o relato do acontecer clínico permitisse que a pesquisadora se fizesse presente, comunicando as suas impressões e vivências, ocorridas tanto no momento do encontro, como antes e depois dele, já que,

como sabemos, a comunicação emocional do paciente necessariamente suscita fantasias associativas na pesquisadora (Aiello-Vaisberg, 2004b).

Desse modo, escolhemos fazer uso de narrativas psicanalíticas, que vêm sendo amplamente utilizadas nas pesquisas realizadas na Ser e Fazer (Granato e Aiello-Vaisberg, 2002; Aiello-Vaisberg, 2004b e Aiello-Vaisberg e Machado, 2005), e que proporcionam que o pesquisador revele como vivenciou uma determinada experiência, sem ter que se limitar a apresentar os acontecimentos como fatos desprovidos de sentidos (Medeiros, 2003b).

Assim, após cada um dos encontros terapêuticos vividos, a pesquisadora redigiu uma narrativa psicanalítica segundo a sua associação livre de idéias. Aqui, a postura da pesquisadora perante a escrita foi similar à de um psicanalista em relação ao paciente, no que tange à adoção de uma postura fenomenológica:

“(...) a atenção flutuante é a nosso ver uma atitude fenomenológica de suspensão de juízos e conhecimentos prévios e de abertura e acolhimento à expressão (...) Suspensão não é abandono dos valores, conhecimentos e crenças, é exatamente suspensão. Evidentemente, não é uma atitude puramente intelectual, é uma atitude que inclui intelecto e afeto (...)” (Aiello-Vaisberg e Machado, 2005, p. 6).

Faz-se mister diferenciar narrativa e relatório técnico. O relatório se faz segundo um ponto de vista positivista, que acredita alcançar precisão e validade a partir do distanciamento do fenômeno e do cultivo de uma atitude de neutralidade. Por outro lado, a narrativa, forma particular de comunicação, fundamenta-se num posicionamento

epistemológico, que aposta na possibilidade de produção de conhecimento sobre o humano, a partir de uma vinculação implicada, afetada e comprometida do pesquisador, em relação ao fenômeno estudado, vinculação que não se torna distorcida a partir do cultivo da transparência e do compartilhamento de visões e reflexões.

Uma postura de envolvimento assumida do narrador - que independe se ele escreve na primeira ou na terceira pessoa - é o que justamente caracteriza as narrativas psicanalíticas. Tal envolvimento se dá de forma a permitir que, ao finalizar a escrita, o pesquisador possa deparar-se com aspectos do acontecer clínico que sequer havia notado, uma vez que, naquele momento, simplesmente se relacionava com paciente, ainda que atento ao enquadre (Winnicott, 1962).

Nesse momento, poder-se-ia afirmar a ocorrência de um segundo “encontro”, cujos protagonistas não mais seriam o psicólogo e a paciente, mas, sim, o narrador e a narrativa (Granato e Aiello-Vaisberg, 2004). Nesta mesma linha, Medeiros (2003b) salienta que, se se trata de um reencontro, trata-se, portanto, de um segundo acontecer humano.

A narrativa psicanalítica parece continuar “viva” mesmo depois de finalizada, na medida em que se caracteriza como manifestação aberta a ser “apresentada”. Como sabemos, o conceito de apresentação significa que algo se torna disponível no sentido de poder ser criado/encontrado pelo outro, vale dizer, modificado, transformado, alterado... Quando o narrador apresenta sua narrativa, não visa dar a última palavra, mas, ao contrário, provocar outras falas, inserindo-se, pois, coerentemente, num campo de intersubjetividade.

Aiello-Vaisberg e Machado (2005) esclarecem:

“(...) a apresentação [da narrativa] suscitará narrativas alternativas. Estas não se referirão, evidentemente, ao acontecer primeiro,

tomado como originário, do encontro inicial, mas ao que poderá ser acrescentado, transformado, criado/encontrado na narrativa primeira. Enfim, a narrativa não pede que o outro se cale – ou se pronuncie diante de um erro, de uma falha – mas sim que prossiga, que, sentindo-se provocado, no sentido etimológico do termo latino, possa fazer suas associações, possa tecer suas considerações” (Aiello-Vaisberg e Machado, 2005).

Isso assemelha-se à sensação que temos quando lemos alguns dos escritos de Winnicott. Preocupado em não tornar o seu conhecimento uma doutrina, Winnicott teve o cuidado de criar uma redação que justamente respeitasse o leitor para apreender o conteúdo da forma que lhe coubesse. No prefácio de “Holding e Interpretação”, Khan tece o seguinte comentário:

“A virtude da narrativa clínica de Winnicott está no fato de que o fluxo verbal é tão indeciso quanto a psicodinâmica é indefinida. Os eventos presentes na troca sutil entre ele e o paciente estão livres de qualquer invasão de pressupostos teóricos. Isto não deve ser sentido como uma ingenuidade da parte de Winnicott (...). Cultivou a generosa disciplina de deixar a realidade psíquica do paciente encontrar a sua forma e o seu caráter no espaço analítico. Portanto, cada um de nós, ao ler a sua narrativa, irá transformá-la num discurso, de acordo com as necessidades e tendências de sua própria sensibilidade” (Khan, 1968/1991, p. 15).

Podemos compreender esta escrita de Winnicott à luz do Jogo do Rabisco. Assim como, no brincar, proporcionava um campo de comunicação com o paciente, com os seus escritos, acabou criando um campo no qual seus leitores podem compartilhar de suas reflexões, “rabiscando-as” conforme as suas próprias leituras e experiências clínicas (Safra, 2005).

Em virtude disso e compreendendo que, em ciências humanas, as pesquisas não acontecem com a finalidade de encerrar um determinado estudo, mas, sim, possibilitar o surgimento de novos questionamentos e novos caminhos a serem investigados (González Rey, 2005), após a realização das narrativas psicanalíticas, procedeu-se à sua apresentação das mesmas ao grupo de pesquisa, no qual a pesquisadora encontra-se inserida.

Nesse momento, tanto a pesquisadora quanto o grupo de pesquisadores debruçaram-se sobre as narrativas, com o intuito de captar os movimentos de superação de dissociação que indicassem uma maior integração, por parte das pacientes, o que aferiria o valor terapêutico do enquadre proposto.

Analogamente, buscamos identificar alguns aspectos similares na vivência das duas pacientes, tanto no tocante à experiência do abortamento, quanto no que concerne à relação terapêutica estabelecida. Tais aspectos não estariam relacionados meramente a temas que caracterizariam a mulher que sofre aborto espontâneo, mas, sim, aos determinantes lógico-emocionais que influenciariam nas condutas assumidas por esta mulher, aos quais Bleger (1963) nomeou de campos psicológicos não conscientes.

É importante frisar que essa “busca” pelos campos psicológicos não conscientes baseou-se nas experiências emocionais da pesquisadora com as pacientes, ou seja, em seus gestos e em suas falas que a tocavam, bem como nos sentimentos suscitados, no

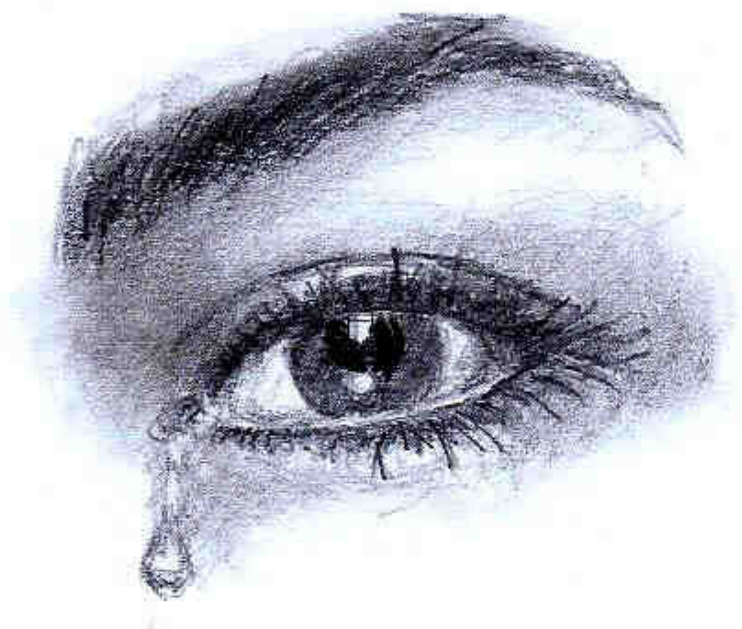
grupo de pesquisadores, a partir da apresentação das narrativas. Assim, de acordo com Ferreira (2006):

“Um campo inconsciente não é determinado pela quantidade de vezes que um tema possa aparecer durante uma investigação - forma de pensar de costume positivista, quantitativo -, mas pode ser determinado pela intensidade da expressão ou da palavra, pela sua força, fraqueza ou ausência; pela estranheza que nos provoque, durante um encontro intersubjetivo, bem como um tom desafinado aos nossos ouvidos. Pode parecer da mesma forma que acontece quando um paciente lança-nos uma expressão desconexa que nos toca” (Ferreira, 2006, pp. 186-187).

É importante acentuar que a iniciativa de realizar este terceiro “encontro”, entre a narrativa e o grupo de pesquisa, não indica uma preocupação nossa em buscar “confirmações”, junto a outros pesquisadores, àquilo o que a pesquisadora captara, sozinha, de campos psicológico-vivenciais não conscientes ou de aspectos que indiquem movimentos mutativos nas pacientes. Essa questão demanda discussão, uma vez que, numa ciência tradicional, a homogeneidade das interpretações de diversos pesquisadores, em relação a um mesmo material clínico, seria extremamente desejável como sinônimo de que se alcançou a “verdade absoluta” (Gavião et al., 2004). Tratar-se de algo similar ao método “acordo de juízes”, tão empregado nas pesquisas positivistas e que, todavia, não tem utilidade alguma no contexto de um diálogo psicanalítico. Neste, conforme Rezende (1993), o ideal não consiste na univocidade, mas sim, na pluralidade de interpretações e sentidos associados a um determinado acontecer clínico.

Devemos ressaltar que este material poderá ser assim compartilhado não apenas no grupo de pesquisadores, mas infinitas vezes (Medeiros, 2003b), podendo ser reapresentado em círculos científicos mais amplos, configurando, assim, um processo por meio do qual se produz conhecimento no âmbito das ciências humanas.

A seguir, serão apresentadas as narrativas referentes aos encontros terapêuticos para que o leitor possa, então, com elas “brincar”.



4. OS ENCONTROS TERAPÊUTICOS COM NÁKI

4.1. ENCONTRANDO NÁKI

A seguir, serão apresentadas as narrativas referentes aos quatro encontros terapêuticos realizados com Náki¹⁴, uma das duas participantes deste estudo.

1º Encontro: “Uma atividade besta”

Meu primeiro contato com Náki ocorreu quando a paciente encontrava-se internada na enfermaria de ginecologia. Assim que entrei em seu quarto, deparei-me com três pacientes deitadas em seus respectivos leitos: duas conversavam animadamente, enquanto a terceira mantinha-se imóvel em sua cama, com os olhos fechados. Era Náki.

De imediato, pensei que a paciente estivesse adormecida. Estava quase me retirando do quarto, quando notei uma lágrima escorrendo pelo seu rosto. Ela estava acordada! Sentei-me vagorosamente ao lado de seu leito e, com cuidado, toquei no seu ombro. Ela abriu os olhos. Apresentei-me, dizendo-lhe que era psicóloga e que gostaria de encontrá-la, num outro momento, para que conversássemos sobre o que ela estava vivenciando.

Ao ouvir-me, Náki transformou-se: enxugou suas lágrimas, sentou-se no leito e passou a contar-me que aquela era a sua segunda gravidez e que, novamente, não conseguira levar sua gestação até o final. Contou-me que, em sua primeira gestação, perdera o bebê por aborto espontâneo. Disse-me que, desta vez, havia sido informada de que se tratava de uma gravidez ectópica¹⁵ e, assim, dizia: “Eu achava que, desta vez, daria certo, mas os

¹⁴ Trata-se de um nome fictício que foi escolhido porque, em japonês, Náki significa “choro”.

¹⁵ Gravidez ectópica é aquela que ocorre fora da cavidade uterina. Geralmente, a gravidez ectópica ocorre nas trompas, sendo espontaneamente interrompida entre a sexta e a décima segunda semana de idade gestacional (ABC da Saúde).

médicos disseram que este tipo de gravidez não tem como vingar mesmo... Nem por um momento teria dado certo...”.

De repente, uma enfermeira entrou no quarto, interrompendo-nos, para avisar que Náki iria ao Centro Cirúrgico dali a pouco. A paciente cobriu-se com o lençol e, voltando a chorar, disse-me: “Eu estou com medo... Eu não quero ir pra lá... Eu vou morrer lá dentro...”. Na hora, tive vontade de acompanhá-la na curetagem. Entretanto, não a acompanhei, pois meu vínculo com o hospital em questão não permitiria minha presença no Centro Cirúrgico. Procurei, então, fazer-me presente ficando com Náki até o momento em que fosse removida de seu quarto. A imagem de nossa despedida, com Náki aos prantos, permaneceu em minha mente, até o dia do nosso primeiro encontro terapêutico.

Após duas semanas, eu e Náki nos reencontramos no que seria o nosso primeiro encontro terapêutico. Assim que abri a porta da sala de espera, deparei-me com dezenas de pacientes. Olhei atentamente para os rostos de cada um, mas não reconheci Náki. Cheguei a pensar que, talvez, a paciente não fosse comparecer, até que, em meio à multidão, ela se manifestou estendo o braço para mim. Ela estava muito mudada: havia tingido seus cabelos – de loiros para castanhos escuros – e estava levemente maquiada. Além disso, estava acompanhada de seu noivo, Tsutí.¹⁶

Fui a seu encontro, na salinha de espera, e comentei sobre seu visual novo. Ela começou a rir e respondeu-me: “Eu mexi um pouco no meu visual. Eu estava um lixo...”. Convidei-a para nos dirigirmos à sala de atendimento e notei que andava com muita dificuldade, a ponto de chegar a caminhar

¹⁶ Nome japonês que significa “solo” ou “chão”.

curvada. Perguntei-lhe se queria apoiar-se em mim e, assim, fomos caminhando, com Náki apoiando-se em meu braço.

Assim que nos acomodamos na sala de atendimento, Náki começou a chorar. Dei-lhe um lenço de papel e comentei que via o quanto ela estava sofrendo. Então, ainda chorando, disse que, desde que tivera alta hospitalar, não havia chorado. Ouvi esta declaração com estranheza, já que, até aquele momento, nossos encontros haviam sido marcados pelas suas lágrimas.

Disse, então: "Lá em casa, eu sou o centro das atenções. Quando eu fico mal, os meus pais e os meus irmãos também ficam mal. E, daí, eu acabo carregando a minha família toda nas costas, como se eu fosse uma mãe de todos eles. Pra eles, eu tenho que ser uma rocha!"

Náki contou-me que esta postura "rochosa" era assumida, inclusive, em relação à Tsutí, seu noivo. A paciente passou a comparar seu namorado com seu ex-marido, uma vez que, com ambos, havia vivenciado a situação de ter gestações interrompidas. Disse que quando era casada acabou engravidando sem ter planejado. Três dias depois de saber que estava grávida, entrou em aborto espontâneo. Comentou: "Meu ex-marido não foi nem um pouco companheiro comigo. Isto o que o Tsutí está fazendo, de vir me trazer aqui e me esperar, meu ex jamais faria. Ele começou a se distanciar cada vez mais e, depois de seis meses que eu tinha abortado, a gente se separou. Eu sei que foi porque ele me achou impotente!"

Neste momento, Náki voltou a chorar. Perguntei-lhe se ela se sentia impotente, ao que ela respondeu: "Sinto... Nesta segunda vez, foi a mesma coisa: eu e o Tsutí engravidamos sem querer e, depois de três dias, eu descobri que era gravidez ectópica. Mas, desta vez, foi diferente: eu compreendi

algumas coisas pro enxoval... Eu estava me sentindo uma mulher super poderosa! Agora, que estou oca, que estou vazia, de novo, já me sinto impotente... Eu já estou com trinta anos, né?"

Disse-lhe que eu entendia o quanto era sofrido, para ela, lidar com o término daquela gestação e, pela segunda vez, ter uma gravidez interrompida. Chorando muito, respondeu-me: "É um sofrimento que não tem como ninguém diminuir. Minha mãe e minhas amigas ficam me dizendo que, um dia, eu posso engravidar de novo, que não é para eu ficar sofrendo, assim... Mas nada do que as pessoas vêm me dizer diminui a minha tristeza".

Ao ouvi-la, pensei que talvez as minhas próprias falas não estivessem sendo acolhedoras como eu pretendia. Resolvi, então, usar este momento para fazer-lhe a proposta gráfica, pensando se um movimento gestual poderia favorecer minha própria presentificação diante dela, trazendo-lhe mais sentido que as minhas colocações verbais. Fiz o convite e ela respondeu-me: "Olha, eu até posso fazer um desenho, mas eu sou pedagoga, conheço todas estas dinâmicas com desenho, música, jogos... e já vou logo te avisando que estas besteiras não funcionam comigo, não..."

Confesso que, neste momento, fiquei chocada. Não que eu já não tivesse pensado que, eventualmente, pudesse deparar-me com uma paciente que não se identificasse com desenhos, mas o fato dela ter chamado a atividade de "besteira" foi um choque para mim. Senti-me uma "besta". Assim como ela me disse que estava sentindo-se impotente, eu passei a sentir-me uma terapeuta impotente.

Respondi-lhe que, se ela não se identificava com a proposta, não precisávamos fazer desenhos, então. Ela interrompeu-me: "Como assim?"

Você também ia fazer um desenho?” Respondi-lhe afirmativamente e ela pareceu surpresa: “Nossa, eu achava que só os pacientes desenhavam e as psicólogas ficavam olhando...” Expliquei-lhe que o meu objetivo não era o de avaliá-la através de seus desenhos, tanto que eu mesma fazia desenhos.

Afinal, aceitou que fizéssemos desenhos. Espalhamos o material pela mesa e começamos a desenhar. Náki logo fez um desenho, de modo que acabei fazendo um desenho bem simples. Gostaria de ter tido mais tempo para desenhar, mas Náki fora tão rápida na realização de seu desenho que me vi sem tempo para desenhar além.

Quando já estávamos finalizando os nossos desenhos, abriram a porta da sala. Tratava-se de uma médica que queria utilizar aquela sala para seus atendimentos. Disse-lhe que aquela sala havia sido reservada para a Psicologia, mas ela não cedeu à minha sugestão de usar outra sala. Não vendo outra saída, levantei-me e pedi à Náki que ficasse me aguardando. Fui à sala da administração para resolver aquele problema. Voltei à sala de atendimento acompanhada por uma das pessoas da administração que, no final, decidiu que seria melhor que eu e Náki mudássemos de sala, já que a médica, desinformada da situação, já havia agendado cinco pacientes que dirigir-se-iam àquele local.

Ao nos acomodarmos na nova sala, voltamos aos desenhos. Pedi à paciente que me contasse uma história associada ao que desenhara:

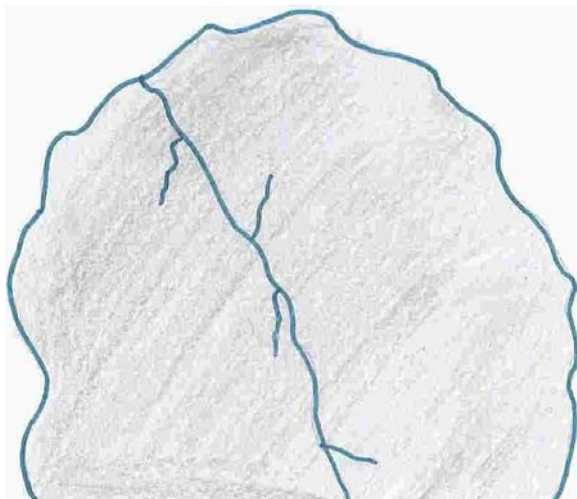


Contou-me o seguinte: “Este lugar que eu desenhei é verdadeiro. É uma fazenda onde eu morava quando era pequenininha... Tanto que você vê que, aqui, eu desenhei o meu pai, a minha mãe, eu (ela desenhou-se como a menor pessoa), meus dois irmãos e o Tsutí. Eu quis desenhar como eu gostaria de estar, no futuro: morando com a minha família toda, inclusive o Tsutí, num lugar onde a gente pudesse viver em contato com a natureza”.

Perguntei-lhe: “E por que o Tsutí está mais afastado da sua família?” Ela respondeu: “Porque ele está chegando agora, né? A gente já está pensando em casar, no começo do ano que vem, mas nos conhecemos em abril deste ano”. Perguntei-lhe: “E por que ele está tão distante de você, no desenho? Tem dois irmãos seus, entre vocês dois...” Ela ficou olhando para o desenho, sem responder-me. Após algum tempo de silêncio, respondeu: “Na verdade, eu deveria ter desenhado o Tsutí, eu e os nossos futuros filhos. Mas acho que não consigo pensar nesta família, neste momento... A minha família, agora, são os meus pais, os meus irmãos e o Tsutí”. Completei: “Entendo o

que você está dizendo. Você gostaria de desenhar-se como mãe, mas, neste momento, está desenhando-se no papel de filha, né?”

Passamos ao meu desenho.



Contei-lhe a seguinte estória: “Era uma vez uma pedra bem grande. Mas bem grande mesmo, do tipo que a gente vê, em trilha, e que dá pra gente subir nela e olhar a vista da cidade, sabe? Ela era forte, imponente... e resistia a tudo: à chuva, ao vento, ao inverno, ao sol quente... As pessoas achavam que aquela rocha jamais iria quebrar. Até que, depois de vários anos, ela começou a rachar”.

Náki interrompeu-me: “Nossa, mas isto não é uma rachadura! É uma pedra totalmente partida!” Continuei: “É que começou com uma pequena rachadura. E, depois, esta rachadura foi aumentando, aumentando... até que ficou desse jeito. Mas ela não chegou a partir no meio: ela conseguiu manter-se como uma pedra, mas com algumas rachaduras”.

Náki disse-me, sorrindo: “Você fez este desenho porque eu disse que era uma rocha pra minha família, né?” Sorri de volta e respondi-lhe: “É... E eu queria mostrar que você pode ser uma rocha e ter umas rachaduras. Não

precisa ser só rocha, ou ser só rachadura: pode ser as duas coisas numa pessoa só...”

Náki atribui, ao seu desenho, o título de “Minha mega família”, enquanto nomeei o meu de “A rocha ferida”. Perguntei à Náki se poderia vir, na semana seguinte, no mesmo horário, porque eu achava interessante que tivéssemos mais encontros. Ela disse: “Eu também acho importante... Minha mãe sempre me disse que eu precisava, mas descobri, aqui, que vou precisar cortar o cordão umbilical com a minha família para construir a minha própria...”

2º Encontro: “Um encontro descompassado”

Após uma semana, eu e Náki nos reencontramos. Novamente, ela veio acompanhada por Tsutí, seu noivo. Assim que fui ao seu encontro, na salinha de espera, notei que estava bastante sorridente. Quando a convidei para nos dirigirmos à salinha de atendimento, levantou-se da cadeira com facilidade – ao contrário do que ocorrera na semana anterior – e não demandou minha ajuda para caminhar pelo corredor.

Quando entramos na salinha de atendimento, comentei que Náki estava diferente. Ela sorriu e disse: “É que ontem eu recebi a visita das minhas amigas do curso. Foi todo mundo pra minha casa só pra me ver!”

Passou a relatar diversos episódios em que estava sendo tratada como uma verdadeira “princesa”. Disse-me que, naquela semana, iria comemorar seu aniversário e que havia pedido para que cada um de sua família fizesse algo por ela: “Eu não gosto muito de ganhar presentes materiais, sabe? Eu sempre preferi que os outros fizessem alguma coisa por mim: eu pedi pro

Tsutí fazer um jantar para mim; eu pedi pro meu pai tirar várias fotos minhas e fazer um álbum de fotografias...”

Disse à paciente que percebia o quanto estava animada e que isto parecia relacionar-se intimamente com a atenção que estava recebendo. Sorridente, respondeu-me: “É verdade... Eu tenho recebido muita atenção e é isto o que está fazendo com que eu me sinta melhor... É por isso que eu sempre digo que a minha família é especial... Quando eu falo isto pras pessoas, ninguém acredita, mas a minha família é diferente das outras... A gente nem briga, pra você ter uma idéia!”

Náki passou a relatar-me sobre a sua família, fazendo uso de adjetivos exagerados, tais como “mãe mais linda do mundo” e “pai mais inteligente de todos”... Nos momentos em que fazia uma pausa em suas declarações de amor à família, sentia-me perdida: tinha vontade de despi-la daquele discurso superficial e “falso”, mas percebia o quanto precisava desta fala como estratégia de defesa.

Talvez, numa tentativa de resgatar a Náki aparentemente menos defendida e mais comunicativa, que eu conhecera anteriormente, propus-lhe que fizéssemos um desenho. Náki fez o seguinte desenho, em, no máximo, dois minutos.



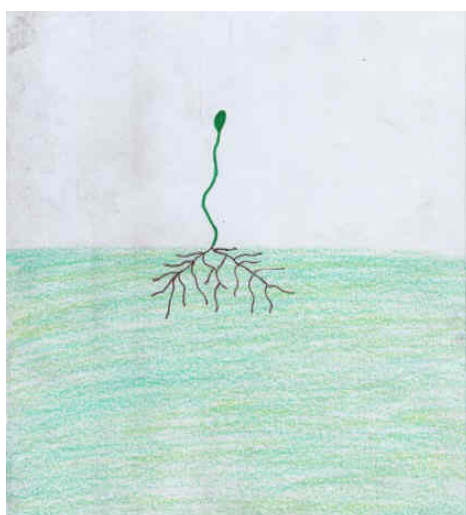
Novamente, não consegui finalizar o meu desenho. Pretendia desenhar uma flor, mas desisti de desenhá-la, pois Náki já havia terminado o seu desenho e parecia estar me esperando para que prosseguíssemos com a atividade.

Quando lhe pedi que me contasse um pouco sobre seu desenho, explicou que desenhara um coração, que representaria o amor que sente por sua família. Disse-me: “Esta menina que eu desenhei no centro da família sou eu. Acima de mim estão os meus pais e, ao meu lado, são os meus dois irmãos. Abaixo de mim eu desenhei o Tsutí”.

Logo que Náki mostrou-me seu desenho, tive a impressão de que havia desenhado um genetograma, já que fizera alguns traços unindo as figuras desenhadas. No genetograma que fantasiei, parecia que o que havia abaixo de Náki era um bebê e não o seu noivo, como intencionara desenhar.

Perguntei-lhe porque havia desenhado estes traços entre as pessoa, ao que respondeu: “Ah, não sei... Acho que são os laços que me unem a cada um deles”. Brinquei: “Como se fossem vários cordões umbilicais?” Riu e acrescentou: “É, como se fossem os laços que eu não consigo cortar de jeito nenhum...”

Passamos à apresentação de meu desenho.



Comecei falando: “Na verdade, eu estava pensando em desenhar uma flor, mas, como notei que você já havia terminado o seu desenho, e não queria que você me esperasse, acabei só fazendo o botão da flor”.

Náki comentou: “Ah, que belezinha: é uma plantinha-bebê!” Quando ela usou o termo “bebê” para descrever minha planta, imediatamente passei a ficar satisfeita com o meu desenho que, até então, parecia-me inacabado. Assim, contei a seguinte estória para Náki: “É mesmo, parece uma plantinha-bebê, que está tentando crescer e desabrochar como uma bela flor. Ela precisa de uma grama fértil, de água, luz e de raízes que a sustentem”.

Ao final, dei o título de “O desabrochar” para meu desenho, enquanto Náki chamou o seu de “Proteção inspiradora”. Combinamos de nos encontrarmos na semana seguinte.

3º Encontro: “Tempo maluco”

Na véspera do meu terceiro encontro com Náki, tive o seguinte sonho: sonhei que estava atrasada para o meu encontro com a paciente. Estava no meu carro, dirigindo-me ao ambulatório, mas ainda faltava um pouco para eu chegar e já estava muito atrasada. Queria ligar para ela, para avisá-la de meu atraso, mas não tinha como avisá-la. Estava preocupada, principalmente porque chegaria muito tarde e não teria muito tempo para o nosso encontro, já que o ambulatório fechava às 17:30hs e meus encontros com Náki ocorriam às 16:00hs.

O mais interessante foi que, no dia de nosso terceiro encontro, Náki atrasou-se meia hora, sendo que, nos dias anteriores, chegava com alguns minutos de antecedência. Nestes trinta minutos em que fiquei à sua espera,

lembrei-me de meu sonho e pensei que estava ocorrendo ao contrário: era ela que não estava conseguindo chegar... Passou-me pela cabeça que ela não mais viria, pois nosso último encontro fora muito superficial.

Entretanto, ela veio, acompanhada de seu noivo. Assim que entrou na salinha de atendimento, começou a chorar. Dei-lhe um lençinho de papel, para que enxugasse suas lágrimas, e fiquei pensando no quanto ela mudara, novamente, entre um encontro e outro. Quando senti que estava mais calma, respirando mais pausadamente, perguntei-lhe por que estava chorando, ao que respondeu: “No final de semana passado, foi festa de noivado de uma prima minha e veio toda a minha família pra Campinas. Meu pai acabou bebendo muito e acabou falando um monte de besteiras sobre a minha família pros nossos parentes... Ele estragou a festa da minha prima e estragou a minha família!”

Perguntei-lhe o que ele havia falado, na festa, mas não me respondeu. Entendi que era muito difícil, para ela, reproduzir aquilo o que ouvira, tanto que não insisti mais em minha pergunta.

Ficamos alguns minutos em silêncio, enquanto Náki olhava para baixo e chorava. De repente, comentou: “Este tempo está estranho, né? Hoje de manhã estava bem quente e o céu estava limpo. Agora, o céu está todo nublado e parece que vai chover. Você acha que vai chover ou que vai fazer sol?” Respondi: “Hoje parece que vai chover”.

Continuou um tempo em silêncio e disse: “Eu me sinto uma idiota: na semana passada, eu fiz um desenho sobre o quanto a minha família é perfeita e só me faz bem; agora, eu estou aqui, sem chão, justamente por

causa dela... Por que meu pai foi estragar tudo? Eu sinto como se só agora eu o estivesse conhecendo, de verdade: ele é uma pessoa má!”

Disse-lhe que eu entendia o quanto, para ela, era difícil enxergar que a sua família, assim como as outras, vive alguns conflitos. Sua família não era, afinal, tão perfeita quanto ela gostaria que fosse. Náki falou: “Eu é que não sou perfeita... Meu pai falou, no meio do discurso pros noivos, que esperava que eles tivessem uma história melhor que a dos filhos dele: que esperava que eles não se divorciassem, assim como o meu irmão; e que esperava que eles conseguissem ter filhos, ao contrário de mim... Na hora que começou a falar essas coisas, saí imediatamente da sala. Meu irmão foi até ele e o levou, à força, até o quarto. As pessoas ficaram me dizendo, pra tentar amenizar a situação, que meu pai estava bêbado e que não sabia o que estava dizendo. Mas eu penso justamente o contrário: porque estava bêbado, foi sincero e disse coisas que jamais teria coragem de me falar. Ele deve pensar estas coisas de mim desde a primeira vez que eu abortei...”

Num determinado momento, aos prantos, Náki falou: “Eu estou sem falar com o meu pai desde sábado. Acho que nunca mais vou falar com ele, na minha vida! Eu sinto como se ele tivesse morrido, para mim... “ Disse-lhe que eu entendia o quanto estava decepcionada com seu pai, em quem depositava tanta confiança, e que esta sensação de que estava morto ocorria porque estava decepcionada. No lugar do pai idealizado, via, agora, um pai que a magoava, que lhe dizia coisas que não queria ouvir... Não era um pai mau, mas, também, não era aquele pai ideal que ela acreditava ter.

Náki não parava de chorar. Sua tristeza era tal que sequer olhava para mim, mantendo a cabeça baixa e olhando, dessa forma, para o chão.

Perguntei à paciente se queria tentar fazer um desenho, para expressar aquilo que estava sentindo, mas respondeu: “Não quero fazer nada, hoje...” Perguntei-lhe, então, se queria continuar, ali, conversando comigo. Ficou uns segundos pensando e disse: “Você podia fazer um desenho... Eu gosto dos desenhos que você faz...”

Comecei a desenhar e, em determinados momentos, pedia-lhe algumas sugestões: perguntava-lhe que cores achava que ficariam boas no desenho; comentava sobre aquilo que desenharia...

Quando terminei o desenho, virei-o para Náki. Ela ficou olhando e comentou: “Você desenhou sol e chuva... Como o dia de hoje...” Disse: “É verdade. Porque, de fato, a gente tem dias ensolarados, dias nublados, e dias meio malucos” Completou: “É, hoje o tempo está meio maluco. Começou quente demais e vai terminar com um toró...” Terminei a história: “Mas, depois da tempestade, pode ter um novo dia de sol, você não acha?”

Perguntei-lhe que título poderíamos dar àquele desenho. Pensou um pouco e escolheu “Tempo maluco”. Então, perguntou-me se poderia ficar com o desenho. Disse-lhe que sim e, quando o entreguei, brincou: “É como se você estivesse me dando um cartão de natal especial!”

Lembrei-me de que ficaríamos duas semanas sem nos encontrar, pois, na semana seguinte, seria a semana entre o Natal e o Reveillon e, portanto, o ambulatório estaria em recesso.

4º Encontro: “Cortando o cordão umbilical”

Apesar de eu e Náki termos previsto que este encontro ocorreria duas semanas após nosso encontro anterior, acabamos nos reencontrando

passadas três semanas. Ocorreu que, na primeira semana de janeiro, quando fui telefonar-lhe para confirmarmos nosso encontro, atendeu com uma voz anasalada e, contando-me estar bastante gripada, pediu-me para que postergássemos o nosso quarto encontro.

No dia combinado, assim que abri a porta da salinha de espera, vi Náki e seu noivo me aguardando. Quando me aproximei deles, Tsutí comentou: “Nossa, a gente já estava indo embora!” Náki acrescentou: “Você é sempre tão pontual e, hoje, você atrasou uma hora”. Olhei para o meu relógio e vi que eram 16:00hs. Para mim, eu estava pontual. Então Náki corrigiu-me: “A gente tinha agendado para as 15:00hs”. Pedi-lhes desculpas, dizendo que eu poderia ter feito alguma confusão, e falei: “Bom, então vamos aproveitar o tempo que nós temos, né?”

Eu e Náki entramos na sala de atendimento. Assim que nos sentamos, começou a contar-me que havia passado o Natal e o Reveillon em Campinas, desistindo de ir viajar com seu noivo, para ficar com seu pai, que iria ficar sozinho, já que todo o restante da família iria viajar.

Sorridente, Náki disse: “No Natal, quando ele veio me entregar o presente, tinha um cartão com um pedido de desculpas. Eu fiquei tão tocada com a atitude dele que já ficou tudo certo, na hora. Eu nem precisei conversar com ele, porque eu entendi que tudo aquilo foi só de bebedeira mesmo... Agora a gente já é uma família super feliz de novo!”

Então, de repente, mudou de assunto: “Preciso te contar o que eu fiz hoje! Acabei de me casar com o Tsutí.” Levei um susto tão grande com esta fala de Náki que não pude deixar de esconder a minha surpresa: “Como assim vocês se casaram agora? Vocês não iam se casar só em abril?” Então

Náki contou-me que haviam decidido antecipar o casamento civil para que ela pudesse ser incluída no convênio médico de Tsutí, mas que, de fato, o casamento religioso só iria ocorrer dali a quatro meses. Completou: “A gente combinou que, até o casamento religioso, eu vou ficar morando com os meus pais. Daí, depois, eu saio de casa e vou morar com ele... Tem que seguir as regras da igreja, né?”

Náki passou a relatar-me que sua demanda em fazer parte do convênio médico relacionava-se ao desejo de engravidar novamente: “Não quero correr o risco de engravidar pela terceira vez e perder de novo... Agora, só vou engravidar depois de ter tomado todas as vacinas, ter feito todos os exames... nem que a gente tenha que pagar pela consulta médica!”

Notei que Náki estava realmente determinada a engravidar de novo. Fiquei dividida, na hora. Por um lado, queria incentivá-la na realização deste seu sonho, nem que fosse para ela descobrir que, talvez, necessitasse de uma intervenção médica para levar uma gestação a termo. Por outro, fiquei com a impressão de que a paciente estava tentando, desesperadamente, pular a fase de luto já planejando uma futura gestação. Fiquei em conflito...

De qualquer forma, comentei que a paciente aparentava estar feliz, fosse pelo casamento ou pela sua definição de que iria, então, engravidar novamente. Diferentemente do que ocorrera até então, não estava com seu rosto marcado por lágrimas, lágrimas estas que tanto a caracterizavam, para mim.

Ela falou: “Aconteceu uma coisa estranha comigo... Eu não sei se você vai me entender, mas, apesar de eu ter trinta anos, eu passei os últimos catorze anos vivendo como se tivesse dezesseis anos. Não sei explicar e sei

que vai parecer que eu sou louca, mas é verdade... Eu sempre sentia que tinha dezesseis anos, tanto que, muitas vezes, quando ia preencher um formulário, na parte de escrever a idade, respondia, sem perceber, que tinha dezesseis anos, acredita?"

Perguntei-lhe se lembrava de algo importante ter lhe acontecido quando tinha dezesseis anos, mas respondeu que nada havia ocorrido de especial. Acrescentou: "Quando as pessoas vinham falar que eu estava me comportando como uma adolescente, ou quando eu dizia que tinha dezesseis anos e era corrigida, conseguia perceber que estava vivendo uma loucura, mas não conseguia deixar de sentir que tinha dezesseis anos. Daí, não sei o que aconteceu, mas, nas duas últimas semanas, caiu a minha ficha: eu não tenho dezesseis anos! Eu não sou uma adolescente, eu sou uma mulher!"

Então a paciente começou a relatar-me que, naquela semana, fizera algo que jamais pensaria em fazer anteriormente: fora com Tsutí até uma pizzaria e voltara para casa depois das 22:00hs. Fiquei ouvindo esta fala da paciente e pensando em nosso primeiro encontro, o qual encerrara dizendo que precisava "cortar o cordão umbilical" em relação à sua família. Será que era isto o que ela estava fazendo? Será que, ao dizer-me que tinha trinta anos, e não dezesseis anos, estava permitindo-se começar a pensar em si como mãe e adulta em potencial, ao invés de ver-se como a eterna filha?

Disse-lhe que notava que estava mais fortalecida e segura, e que a apoiava em sua tentativa de construir a família que tanto desejava para si. Falei que, perante sua visível melhora em relação ao nosso último encontro, nós poderíamos fazer daquele encontro o nosso último, desde que estivesse

de acordo. Ela sorriu e falou: “Você pensou o mesmo que eu! Eu já vim, hoje, pensando em te dizer que, talvez, a gente pudesse encerrar hoje. Eu estou me sentindo muito melhor e, de qualquer forma, minhas aulas vão recomeçar e vou ficar sem horário livre para vir aqui...”

Convidei-a, então, para que fizéssemos o nosso último desenho. Aceitou, fazendo o seguinte desenho:



Pedi-lhe para que me contasse o que havia desenhado. Explicou: “Bom, as flores eu desenhei porque sempre as desenho, né? Eu gosto muito de flores. Acho que o mais importante deste desenho são os pássaros que desenhei. Fiz porque queria dar a impressão de liberdade, de vôo, de caminho livre... É assim que estou me sentindo hoje: estou livre!”

Passamos para o meu desenho, no qual eu fizera uma barriga de gestante tendo o cordão umbilical cortado. Falei: “Bom, lembro que, no nosso primeiro encontro, aqui, você falou que o seu objetivo, comigo, era cortar o cordão umbilical com a sua família. Hoje, você veio falar que, durante muito tempo, você se sentiu como uma adolescente de dezesseis anos, que depende dos pais e vive em função deles, mas que, hoje, já não se sente

mais assim. Parece que você está cortando, mesmo que lentamente, o cordão umbilical”. Sorrindo, Náki completou: “E, daqui à pouco, quem sabe, eu vou estar cortando o cordão umbilical literalmente, né?”

Pedi para que Náki atribuísse um título ao seu desenho, o qual ela chamou de “Liberdade”. Coloquei, no meu, o título de “Crescimento”. Novamente, ela pediu para levar meu desenho consigo. Aceitei prontamente e, diferentemente do que ocorrera com o desenho anterior, peguei o atual e escrevi: “Para Náki. Que você continue sempre crescendo. De Miriam”. Entreguei-o a ela.

Abraçamo-nos antes de nos despedirmos efetivamente e voltei para a sala de atendimento. A primeira coisa que fiz foi pegar a minha agenda e verificar qual era o horário correto daquele encontro. De fato, estava marcado para as 15:00 hs.

4.2. O “TEMPO MALUCO” DE NÁKI

“Não chore ainda, não,
Que eu tenho um violão
E nós vamos cantar”
 (“Olé, Olá”, de Chico Buarque)

Ao reler as narrativas referentes aos encontros vividos com Náki, “encontrei-me” não mais com a paciente, mas com a questão do tempo emocional, o que fez com que eu intitulasse este sub-capítulo ressaltando a temporalidade “maluca” com a qual me deparei.

Logo em meu primeiro contato com Náki, quando se encontrava internada na enfermaria, essa questão do tempo fez-se presente. De uma mulher que parecia estar dormindo, alheia ao ambiente animado criado pelas outras pacientes que com ela dividiam o quarto, transformou-se, em poucos segundos, em uma pessoa cheia de vida, que estava aberta para contar sua história e ser ajudada.

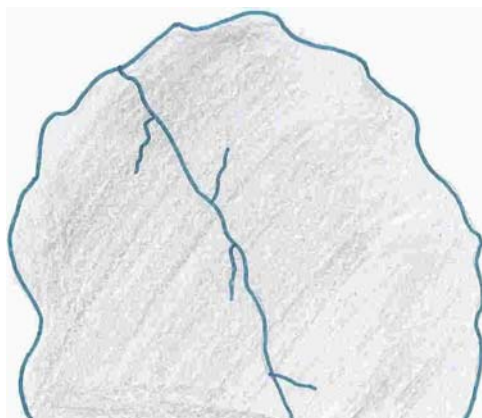
Em nosso primeiro encontro terapêutico, que ocorreu apenas duas semanas após termos nos conhecido, novamente vi uma Náki mudada, embora, desta vez, a mudança fosse física. Ela estava muito diferente, com os cabelos tingidos, com o rosto pintado... Não consegui reconhecê-la.

Esta dificuldade em reconhecer a paciente, em nosso primeiro encontro terapêutico, fez-se presente em todos os outros momentos em que nos encontramos. Nos outros, entretanto, a mudança que ela trazia não se referia a aspectos de estética pessoal, mas, sim, a mudanças internas. Ora ela aparecia com o rosto trilhado por lágrimas, usando todos os lenços de papel que eu havia levado para aquele encontro, ora vinha sorridente,

entusiasmada, fazendo com que eu me indagasse se havia alguma necessidade de estarmos ali.

Assim, no início de todos os encontros, eu passava por uma espécie de período de reconhecimento, em que eu ouvia a paciente, durante os primeiros minutos, até que concluía: “Ah, é esta Náki que veio ver-me hoje!” Nesta linha, posso dizer que a Náki que compareceu ao primeiro e ao terceiro encontro não era a mesma que veio ver-me no segundo e no último encontro. Não me refiro, é claro, ao fato do ser humano transformar-se ao longo do tempo, quando tudo vai bem, à medida em que vai caminhando pela vida, mas a um fenômeno que pode ser pensado como expressão de movimentos dissociativos.

Acredito que, quando fiz meu primeiro desenho-estória, o fiz não apenas para espelhar, à paciente, que ela se apresentava a mim como duas “Nákis”, mas, também, porque fiquei um tanto aflita e desejosa de poder compreendê-la como uma pessoa integrada e, portanto, razoavelmente saudável.



Assim, vejo que, através deste desenho, quis comunicar, à Náki e a mim mesma, que ela não era apenas a rocha que se mostrava para a família, nem tampouco as rachaduras que me apresentava. Ela não era a mãe que acreditava ser para a sua própria família, nem o bebê chorão e indefeso que, por vezes, vinha encontrar-se comigo. Tampouco era a

mulher super poderosa que sentia ser quando estava grávida, ou a mulher impotente, vazia e oca que sentia ser após o aborto.

Podemos pensar esta oscilação de estados de Náki à luz da teoria winnicottiana. É possível compreender que, em determinadas situações, a paciente mergulhava em seu sofrimento, deixando-se levar nas lágrimas que escorriam pelo rosto, como se estivesse num estado próximo às agonias impensáveis, tão bem descritas por Winnicott. Nesses momentos, seu contato com a dor decorrente do aborto sofrido era tal que, contratransferencialmente, tocada por aqueles encontros, tinha de conter-me para que não deixasse escorrer uma lágrima de meus olhos.

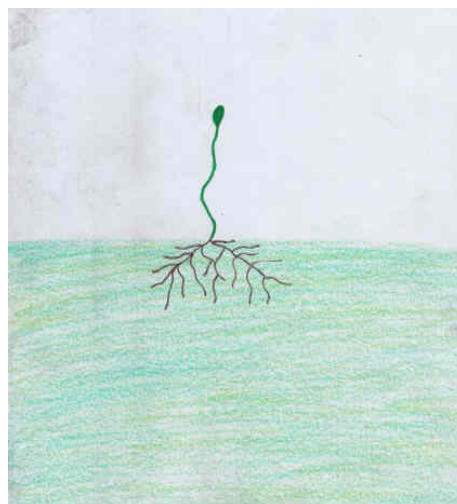
Ao mesmo tempo, em outros momentos, a paciente apresentava-se extremamente sorridente, substituindo suas lágrimas por gargalhadas e piadas, exclamando ser a “mulher mais feliz do mundo”, por ter o “pai mais inteligente de todos” e a “mãe mais linda de todas”, o que podemos conceber, winnicottianamente, como se Náki estivesse defendendo-se daquela realidade amarga fazendo uso de defesas tipo falso *self*. Nestas circunstâncias, ao vê-la animada e sorridente, percebia que, por vezes, acabava sendo seduzida por aquela aparente saúde mental, que me fazia sentir-me inútil, como se não houvesse mais nada a fazer ali, pois a paciente já estaria recuperada da situação de luto. Ora, uma verdadeira integração e autenticidade pessoal não promove, contratransferencialmente, este tipo de sentimento!

Acredito que, em nosso terceiro encontro terapêutico, quando fizemos conjuntamente o desenho-estória que ficou com ela, acabamos expressando, juntas, esta oscilação de estados de ânimo. Assim, ao desenharmos um sol grande, rodeado por nuvens pretas e trovões, acabamos desenhando o lado da paciente que era radiante de alegria, mas que não correspondia plenamente à sua vivência integral, bem como seu lado escuro e chuvoso, no qual ela via-se envolvida, por vezes. Expressamos o “tempo maluco” - que

também foi o título escolhido pela paciente ao desenho-estória – para descrever aquela tarde quente e chuvosa e, também, para nomear a alternância de estados de Náki ante mim.

A questão “temporal” fez-se presente não apenas pelo fato da paciente transformar-se a cada encontro, fosse física ou emocionalmente, mas, também, na relação terapêutica estabelecida. Assim, o tempo maluco refere-se às duas “Nákis” que se apresentavam alternadamente para mim, mas, também, ao *timing* estabelecido entre mim e a paciente.

Este descompasso entre mim e Náki pôde aparecer em diversos momentos, mas acredito que se fez plenamente presente na realização dos desenhos-estórias. Com exceção de nosso último encontro, em todos os outros, quando íamos desenhar, como a paciente fazia os dela rapidamente, eu acabava sendo compelida a fazer os meus de modo igualmente rápido, o que me dava sempre a sensação de estar sendo interrompida. Sentia-me verdadeiramente abortada na experiência de desenhar. Este aborto pode ser percebido nitidamente em meu segundo desenho-estória, em que minha intenção de desenhar uma flor resultou numa planta inacabada ou, como a paciente pôde vislumbrar, uma “plantinha-bebê”, embora, para mim, não parecesse ser mais do que uma plantinha fetal.



É claro que esse descompasso temporal pode ter ocorrido por conta do uso que cada uma fez dos desenhos. Náki, talvez, dispensasse tanto tempo na atividade porque a considerasse uma “besteira”, enquanto eu, por outro lado, por conceber esta atividade como extremamente prazerosa - tanto que a apresentei à paciente, querendo compartilhar com ela esta experiência - quisesse passar mais tempo fazendo os desenhos.

No entanto, embora a impressão inicial da paciente, sobre a atividade de desenhar, fosse a de que consistia numa “dinâmica besta”, que pouco valor agregaria ao que estava vivenciando, ficou claro que, ao longo dos encontros, os desenhos-estórias foram assumindo um outro significado, menos “besta”, e mais valioso. Isto ficou claro quando Náki pediu para ficar com os últimos dois desenhos-estórias realizados por mim, o que nos permite entender que, naquele momento, tanto o meu desenho-estória, quanto a minha compreensão de sua solicitação assumiram a função de gesto sustentador.

Por outro lado, podemos pensar que o fato da paciente chamar a atividade de “besteira” seria um movimento defensivo, que não necessariamente expressaria o quanto ela desprezava a tarefa, mas, sim, que tinha medo de colocar-se na posição de alguém que precisava de ajuda terapêutica. Assim, podemos refletir, também, que a diferença de tempo que cada uma de nós demandava na realização dos desenhos não se devia simplesmente à representação que cada uma fazia da atividade de desenhar; devia-se, principalmente, ao fato de Náki estar, por motivos defensivos, num ritmo muito mais acelerado do que o meu.

Isso ficou evidente, para mim, em nosso último encontro terapêutico, quando veio contar-me que havia acabado de se casar, naquele mesmo dia, e que já estava programando-se para engravidar dali a poucos meses. Aqueles acontecimentos todos despontaram tão abruptamente que tive a sensação de ter sido psiquicamente atropelada.

Como estaria ela já planejando engravidar se, para mim, nós ainda estávamos fazendo um trabalho de luto, de acolhimento?

Fiquei tão perdida, naquele momento, que me vi dividida. Por um lado, pensava que, talvez, a paciente estivesse equivocada, querendo fazer uso de uma nova gravidez para substituir aquelas que foram interrompidas, defendendo-se de sua dor tornando-se novamente uma “mulher super poderosa”. Por outro, pensava que, talvez, sua busca persistente em engravidar novamente não fosse um movimento defensivo, mas uma tentativa autêntica de “desenhar-se” como mãe e, não mais, como a princesinha da casa.

Estamos cientes de que, nos hospitais-maternidade, existe um discurso tradicional da equipe multiprofissional a respeito da mulher, cuja gestação foi interrompida, engravidar novamente. Tal discurso foi elaborado porque, de fato, percebeu-se que as mulheres que sofrem aborto espontâneo costumam, de maneira geral, oscilar entre duas condutas típicas: ou decidem nunca mais engravidar, chegando a ficar realmente aterrorizadas com a possibilidade de virem a reviver toda a experiência de ter uma gravidez mal sucedida, ou apegam-se à idéia de engravidar o mais rapidamente possível, como forma de lidar com o vazio deixado pelo aborto (Kennel e Klaus, 1992).

Desse modo, no tocante às mulheres que, perante a dor vivida, optam por desistir da idéia de engravidar novamente, existe um discurso da equipe hospitalar no intuito de incentivá-las a não desistirem de seus sonhos, por conta da vivência do aborto. Por outro lado, no que concerne àquelas mulheres que optam por engravidar imediatamente, após o aborto vivido, grupo no qual Náki se encaixaria, o discurso da equipe é outro: o de incentivar estas mulheres a esperarem vários meses até estarem física e psicologicamente “aptas” para lidar com uma nova gestação.

Vemos, assim, que, segundo tais critérios, a conduta que seria considerada a mais saudável a ser assumida por uma mulher que sofre aborto espontâneo seria a de querer

engravadar, novamente, embora somente após um tempo mínimo entre o aborto vivido e a futura gravidez.

Apesar de termos estes critérios muito claramente definidos, pensamos que, na prática, são de difícil aplicação. Levando-se em consideração que as pessoas são únicas, vivem contextos diferentes e atribuem sentidos diferentes às suas vivências, não há cabimento em julgá-las de forma tão objetiva e pré-fixada. Acreditamos que uma mulher que decide engravidar o mais rapidamente possível pode ser considerada tão saudável quanto uma que decida nunca mais engravidar ou, ainda, uma que deseje engravidar dali a um ano, correspondendo fielmente ao critério de avaliação da equipe hospitalar.

Não defendo, aqui, que a conduta de Náki – engravidar o mais rapidamente possível – deva ser compreendida como um sinal de maturidade emocional, até porque creio que, com este gesto, a paciente estava desesperadamente tentando resolver seu impasse entre tornar-se mãe ou permanecer eternamente a filha, ao invés de fazer esta passagem existencial com mais suavidade e menos “violência”. Defendo, entretanto, que devemos ser cuidadosos ao nos basearmos nos critérios pré-estabelecidos para avaliar aquilo que é ou não saudável para esta população, de forma a não impormos nossos próprios valores adotando uma postura que pode vir a ser desrespeitosa e invasiva.

Essa discussão é similar à empreendida por Granato (2005), em um artigo no qual discute a questão do aborto provocado. Apesar de haver um discurso científico - e, neste caso, também social - que se opõe violentamente ao aborto, é preciso repensarmos o sentido da interrupção da gestação para cada mulher, de maneira a não adotarmos uma postura antiética que silencie a expressão de toda mulher que engravida e não se vê em condições, principalmente emocionais, de levar aquela gestação adiante.

Gostaria de sublinhar, ainda, um último aspecto através do qual o “tempo maluco” desta paciente pôde ser vislumbrado. Refiro-me ao fato de Náki “pular” dos dezesseis aos

trinta anos de idade, no decorrer de três semanas. O que teria ocorrido para que a paciente “crescesse” catorze anos em três semanas?

É importante lembrarmos que, logo no primeiro encontro terapêutico, a paciente fez um desenho-estória no qual pôde deparar-se com este lado que se via, ainda, com dezesseis anos, ou seja, como a filhinha da casa, e não como mulher de trinta anos, que estaria caminhando rumo à construção de sua própria família.



Apesar da paciente ter se surpreendido com a sua produção, notei, porém, que já havia previamente tomado contato com esse seu lado não tão desconhecido, quando me disse, ao final do encontro:

“Minha mãe sempre me disse que eu precisava, mas descobri, aqui, que vou precisar cortar o cordão umbilical com a minha família para construir a minha própria...”

Ao longo dos outros encontros terapêuticos, outras falas da paciente revelavam-me que já havia se deparado com esse seu lado “infantil” diversas vezes: quando contou que suas brigas com seu ex-marido deviam-se ao fato dela passar a maior parte do tempo na casa dos pais; quando disse que Tsutí insistia para que ela aceitasse viajar com ele, ao

invés de ficar em casa com os pais; quando falou que muitas pessoas já a haviam corrigido quando ela dizia que tinha dezesseis anos de idade.

Posso afirmar, portanto, que Náki já tinha consciência, antes de iniciarmos nossos encontros terapêuticos, de sua postura infantilizada, que a mantinha extremamente dependente em relação à sua família. Já havia sido corrigida, diversas vezes, em sua sensação de ter ainda dezesseis anos de idade. Não era uma paciente que ignorava por completo a sua dificuldade em tornar-se independente da família, pelo contrário: era tão esclarecida que ela própria pôde dizer-me, numa linguagem meio poética, que precisava cortar aquele cordão umbilical. Não estávamos, portanto, diante de um inconsciente recalcado, que demandava que a paciente soubesse mais a respeito de si, como prega a psicanálise ortodoxa, que faz uso da intervenção interpretativa justamente para promover o aumento do auto-conhecimento.

A hipótese que levantamos para compreender os catorze anos que a paciente teria crescido, subitamente, não é a de que ela cresceu porque pôde conhecer o lado que sabotava o seu próprio amadurecimento, e sim a de que, sem ser ensinada por mim ou por qualquer outra pessoa, vivenciou um encontro interhumano que lhe permitiu que integrasse este aspecto dissociado.

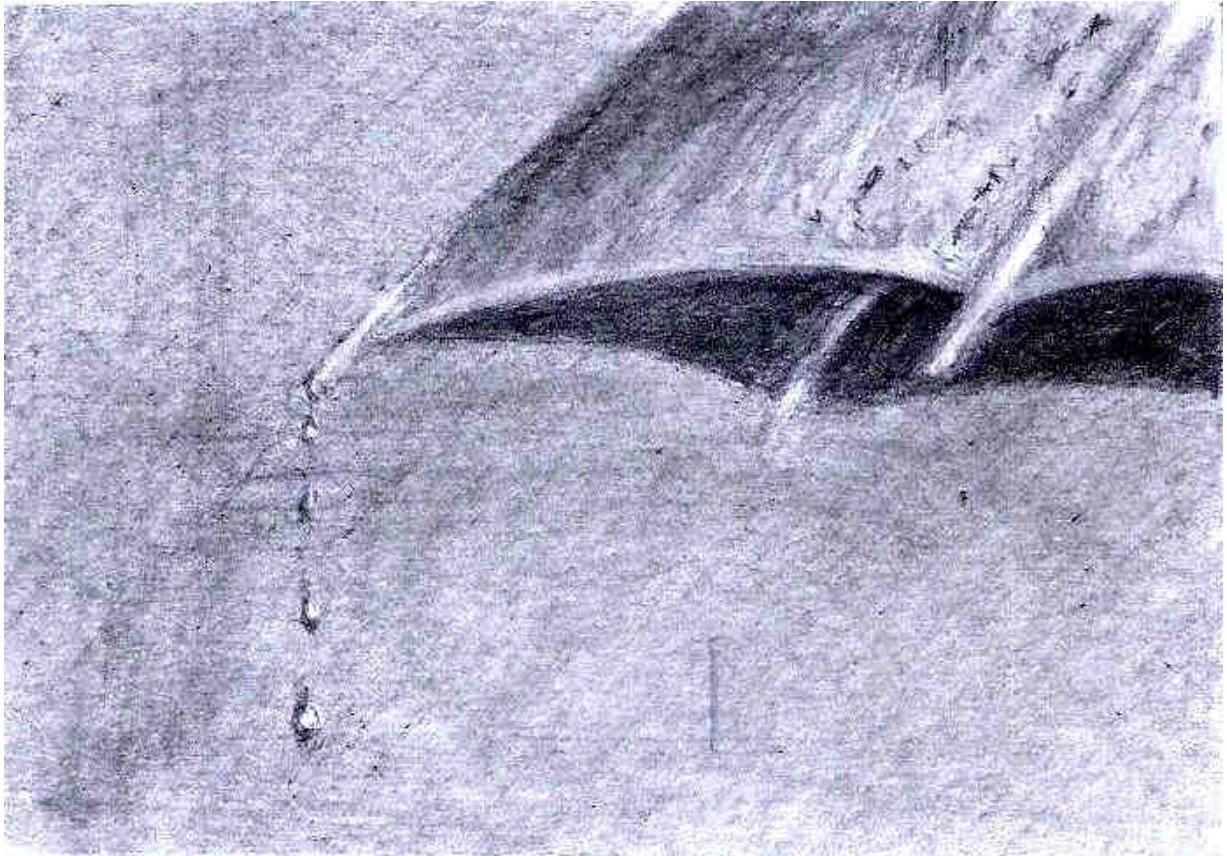
Para encerrar este capítulo, gostaria de retomar o sonho que tive durante o período no qual estava atendendo a paciente. Nele, eu estava atrasada para o atendimento de Náki e ficava angustiada, pois tinha medo de não chegar a tempo de atendê-la ou, ainda, de restar-me pouco tempo de sessão.

Podemos pensar que este sonho expressava, entre outras coisas, não o meu medo de estar literalmente atrasada para encontrar-me com Náki, mas sim o fato de, em nossos encontros, eu sentir um descompasso temporal entre nós duas: ela estava sempre mais acelerada do que eu, fosse na realização dos desenhos-estórias, fosse na sua oscilação

de estados, fosse em sua decisão de casar-se três meses antes do esperado e de engravidar dois meses após o aborto vivido.

Comparada ao ritmo “apressado” da paciente, sentia-me sempre para trás, embora me esforçasse para alcançá-la e acompanhá-la no mesmo ritmo. Não raro, lembrava-me da fábula da lebre e da tartaruga¹⁷, e sentia-me a própria tartaruga correndo para alcançar a lebre! Não por menos, em nosso último encontro terapêutico, cheguei literalmente atrasada: uma hora em relação ao horário do início do encontro.

¹⁷ Fábula que conta a estória de uma lebre e de uma tartaruga, que decidiram fazer uma competição de corrida e ver quem chegaria, primeiramente, ao destino final. A tartaruga, entretanto, era muito lenta e caminhava vagarosamente, comparada à lebre, que era veloz e esperta.



5. OS ENCONTROS TERAPÊUTICOS COM AMAGASSÁ

5.1. ENCONTRANDO AMAGASSÁ

Neste sub-capítulo, convidamos o leitor a visitar as narrativas referentes aos três encontros realizados com Amagassá¹⁸, a segunda participante deste estudo.

1º Encontro: “O temporal”

Na primeira vez em que me encontrei com Amagassá, ela estava em um dos leitos da enfermaria de ginecologia. Logo que me apresentei, dizendo ser uma psicóloga e pesquisadora, e pedi para sentar-me ao seu lado para conversarmos um pouco, senti um certo arrependimento. Sua resposta confusa, que mais pareceu um grunhido, revelou-me o quanto estava anestesiada e lenta. Confusa, perguntei-lhe: “Você prefere que eu volte, amanhã, Amagassá? Assim você fica quietinha, agora...” Ela olhou pra mim, com um sorriso meio débil, e disse em voz baixa: “Não, por favor, fica... Eu não quero te perder...”

Perante sua resposta, puxei a cadeira e sentei-me ao seu lado. Disse-lhe que sabia que havia passado por uma situação bastante dolorosa e que imaginava o quanto poderia estar dolorida. Sempre falando devagar, pronunciou-se: “Te disseram que foi a segunda vez? Foi a minha segunda vez...” Começou, então, a chorar. Segurei sua mão e ficamos durante alguns minutos em silêncio.

Pouco depois, uma auxiliar de enfermagem entrou no quarto com o jantar das pacientes. Como vi que Amagassá estava mais tranqüila, disse-lhe para nos encontrarmos dali a duas semanas, para conversarmos mais. Fiquei insegura se realmente entendia o que eu estava dizendo, pois me olhava

¹⁸ Amagassá, em japonês, significa “guarda-chuva”.

com um ar anestesiado. Cheguei até a pedir-lhe o seu telefone, para poder ligar, num outro dia, e repassar as informações de nosso encontro, mas ela, dopada, respondeu: “Ai, eu não vou conseguir lembrar, agora... Não sei...”

No dia marcado, chovia muito. Como já haviam se passado trinta minutos desde o horário combinado e Amagassá não havia aparecido, fui rapidamente até meu carro, para pegar algum material para ler enquanto ficava à sua espera. Mesmo sendo muito rápida, acabei molhando-me um pouco. Minha saia ficou com respingos de chuva. Quando estava andando no corredor da clínica, a secretária veio avisar-me que Amagassá havia chegado!

Fui, então, chamá-la na sala de espera. Quando a vi, chamou-me a atenção o fato de não carregar nenhuma bolsa, mas, sim, um guarda-chuva enorme. Andava com ele como se fosse uma espécie de bengala: ia apoiando-o no chão a cada passo que dava. Logo que me viu, reparou que minha saia estava marcada por gotas de chuva. Assim, a primeira coisa que me disse foi: “Miriam, você está molhada! Você precisa de um guarda-chuva igual ao meu...”

Pedi-me desculpas pelo seu atraso de quase uma hora, causado pela chuva forte: “Fiquei esperando a chuva dar uma diminuída pra vir até aqui... Você achou que eu tinha me esquecido?” Respondi-lhe, sinceramente, que achava que ela talvez não tivesse guardado tudo o que eu lhe havia dito, no outro dia, já que estava sob efeito de anestésico... Ela deu uma risada e respondeu-me: “Não, eu lembrei de tudo, sim... Só fiquei confusa se tinha sido um sonho ou se tinha acontecido mesmo... Eu só tive certeza de que havia sido verdade, porque tinha o papel com o seu nome, o seu telefone e o

dia que era pra eu vir te ver. Mas eu até comentei com o meu marido: 'Sonhei que um anjo veio, aqui, falar comigo...'

Entramos na sala de atendimento. Perguntei-lhe como estava e logo aquele rosto sorridente transformou-se em um rio de lágrimas: "Está muito difícil... Eu te falei, naquele dia, que esta foi a segunda vez, né? E parece que está pior que a da outra vez... Não sei se porque a minha sogra acabou de falecer e, daí, eu estou carregando o luto de duas pessoas ao mesmo tempo..." Então a paciente contou-me que seu sangramento, devido ao aborto em andamento, surgira dois dias após o falecimento de sua sogra.

Perguntou-me: "Será que eu posso ter ficado tão abalada com a morte da minha sogra, que era como se fosse uma mãe, pra mim, que eu tenha perdido o meu neném?" Disse-lhe que eu não saberia afirmar-lhe se houve uma relação causal entre a morte de sua sogra e a ocorrência do aborto espontâneo, mas que via o quanto estava fragilizada e mais vulnerável. Acrescentou, então: "Se bem que, na outra vez que eu sofri aborto, ninguém morreu e, mesmo assim, eu perdi o bebê, né?"

Pedi-lhe que me contasse como havia sido a vivência do seu primeiro aborto e ela narrou-me a seguinte história: "O meu marido atual é, na verdade, o meu segundo marido. Eu já fui casada uma vez e tive um filho neste meu primeiro casamento. Depois de alguns anos que eu estava separada, comecei a namorar o meu marido atual. Como eu sou evangélica, eu pedia a ele que a gente não tivesse relações, por mais que eu já não fosse mais virgem, porque achava que tinha que ser só depois de casada. Só que o tempo foi passando e, você sabe, o namoro foi esquentando. Daí, um dia, a gente foi ter relação e, depois de algumas semanas, vi que estava

grávida. A gente resolveu se casar, né, para que eu não tivesse meu bebê fora de um casamento, mas logo na primeira semana de casamento eu abortei... Isto já faz uns três anos..."

Disse-lhe que eu notava o quanto o fato dela ter abortado duas vezes estava lhe pesando, já que fora uma das poucas coisas que me dissera, no dia em que nos conhecemos, e já que falou várias vezes sobre isto, neste encontro. Chorosa, respondeu: "É verdade... Sabe que tem muitas pessoas que nem souberam que eu estava grávida, desta vez, porque eu tinha descoberto há pouco tempo e, daí, nem deu tempo de contar para elas... Para estas pessoas, que sequer sabiam que eu estava grávida, nem vou contar o que aconteceu. Pra que contar? Pra eles ficarem pensando que eu tenho algum problema pra segurar o bebê?"

Perguntei-lhe se ficava pensando se era incapaz de "segurar o bebê". Chorosa, respondeu-me: "Sabe o filho que eu tive no meu primeiro casamento? Eu não te falei, mas o Kodomô¹⁹ não vive comigo. Vive com o meu ex-marido. Quando larguei o meu marido, não tinha lugar pra ir. Eu não tinha condições de sustentar o meu filho; de dar uma boa escola; de comprar presentes caros... Então eu o deixei com o meu ex-marido e, até hoje, eu só o vejo aos finais-de-semana, mas, mesmo assim, nem são todos. Quando eu perdi o meu primeiro bebê, meu ex falou pra mim: 'Tá vendo como você é incapaz de ser uma boa mãe? Até seu bebê preferiu morrer a continuar aí e ter esta mãe desnaturada!'"

Falei: "Amagassá, o que você me contou é que, desde que você se separou de seu marido, você vem carregando a culpa por ter, também,

¹⁹ Kodomô significa, em japonês, criança.

deixado o seu filho. Mas eu entendo que você optou por deixá-lo porque era a melhor coisa que você poderia ter feito, naquele momento. Eu não a estou crucificando por isto e acredito que você também não deva fazer isto com você mesma, mais do que o seu ex-marido já faz com você”.

Vendo que estava mais tranqüila e, devido ao avançar da hora, decidi propor-lhe que desenhássemos. Ela aceitou prontamente. Assim, espalhei todo o material que eu havia trazido, sobre a mesa, e entreguei-lhe um papel. Fez o seguinte desenho:



Pedi-lhe, então, para que me contasse uma estória a partir do que desenhara. Foi falando lentamente: “Bom, eu desenhei estas flores porque eu adoro flores. Eu sempre digo para as pessoas, quando elas me perguntam o que eu quero ganhar de presente, para elas me darem flores. Tem gente que fala: ‘Ai, mas flor é sem-graça porque morre logo... É um presente que não dura...’. Mas eu não penso assim, não. Eu não vejo a flor como uma coisa que vai morrer, mas como um presente que tem vida. É diferente de uma roupa, um brinco, uma carteira... Tem vida!” Ouvi a estória de Amagassá e disse-lhe que achava bonito que, em seu desenho-estória,

tivesse ressaltado tanto a questão da vida, ao invés da morte, a despeito do contexto de vida que estava passando.

Passamos para o meu desenho.



Disse: “Bom, eu desenhei este guarda-chuva porque, hoje, quando eu estava pegando chuva, como você mesma pôde notar na minha saia, fiquei pensando no quanto o guarda-chuva é um instrumento tão útil e que, às vezes, a gente até esquece, né? Daí, quando eu te vi, hoje, a primeira coisa que eu notei foi o guarda-chuva que você trouxe. Então eu quis desenhar um guarda-chuva para representar este lado do proteger, do guardar, do sustentar, do cuidar...” A paciente interrompeu-me e falou: “E que guarda-chuvão você fez, hein? Ele está barrando toda a chuva mesmo...” Completei: “Pois é... É porque eu espero que o espaço que nós vamos ter, aqui, seja tão protetor quanto este guarda-chuva e que você possa se cuidar em meio a todo este temporal que está acontecendo”.

Antes de finalizarmos o nosso encontro, pedi para que Amagassá desse um título ao seu desenho, que eu faria o mesmo com o meu. Ela intitulou-o de “Vida”, enquanto eu o chamei de “Proteção”. Despedimo-nos combinando um novo encontro para dali a uma semana, no mesmo horário. Quando já estava indo embora, voltou-se para trás e falou: “Miriam, está caindo um toró, lá fora. Você quer que eu te dê uma carona, no meu guarda-chuva, até o seu carro?” Agradei-lhe, dizendo que ainda ficaria mais algum tempo lá na clínica. No final, também me senti cuidada.

2º Encontro: “Uma menina”

Chovia muito no dia do nosso segundo encontro. Assim que abri a porta da sala de espera, deparei-me com a mesma cena da semana anterior: Amagassá viera com seu grande guarda-chuva e caminhava apoiando-o no chão, como se fosse uma bengala. Enquanto caminhávamos rumo à salinha de atendimento, comentou: “Este tempo não melhora, né? Quando será que esta chuva toda vai parar?”

Entramos na sala e logo começou a falar: “Você acredita que, desde aquela vez que a gente se viu, eu não saí mais de casa? Hoje é a primeira vez que eu saio... Só saio pra vir aqui... Quer dizer, meu marido tem caminhado comigo, todo dia de manhã, antes de ir trabalhar. Ele fica falando para eu, pelo menos, dar uma volta no quarteirão, só pra não ficar muito deprimida, em casa”.

Disse-lhe que o que estava me dizendo era que, apesar de estar passando por um momento muito doloroso, vinha se apoiando no espaço que nós duas tínhamos e em seu casamento. Respondeu: “Até porque são

as únicas coisas que eu tenho... Eu não tenho amigas e a única pessoa com quem eu conversava mais era a minha mãe... Quer dizer, a minha sogra... Ela era tão mais mãe do que a minha própria mãe que eu a chamava de 'mãe', sabe? Um pouco antes dela morrer, ela pediu desculpas por não conseguir ter mais saúde para conhecer o neto que eu iria dar à ela... Disse que não teria como me ajudar a cuidar do bebê, mas que sabia que eu ia ser uma ótima mãe. Ela era a única pessoa que acreditava em mim..."

Fiquei ouvindo as declarações de amor de Amagassá, em relação à sua sogra, até que me peguei indagando-me sobre a sua mãe biológica. Diante de tantos questionamentos, acabei perguntando, à paciente, sobre a sua relação com a sua mãe biológica. A paciente respondeu-me: "Eu não vejo a minha mãe há muitos anos... É porque ela e o meu pai moram numa cidade de Minas, bem longe de Campinas. Então nem dá para eu ir até lá..."

Perante esta resposta vaga, indaguei: "Mas o que ela te disse a respeito do aborto que você viveu?" Respondeu-me: "Ela não disse nada, porque ela não sabe de nada... Eu não falei... A gente também não é muito de ficar conversando no telefone, mandando carta... Acho que não tenho notícias de lá desde que eu fui embora de casa, quando tinha 18 anos. Eu fui embora de casa, porque eu não agüentava mais ser maltratada pelos meus pais. Na verdade, era mais a minha mãe que me maltratava. Meu pai era distante e frio, e minha mãe me xingava e me batia... Eu fazia de tudo, naquela casa: cozinhava, limpava a casa, cuidava das minhas irmãs, que eram mais novas que eu. Mas minha mãe sempre falava que eu era uma inútil ou uma incompetente e terminava me batendo, no final do dia..."

Então, Amagassá levantou a seguinte dúvida: “Quando eu morava com os meus pais, eu via que me tratavam bem diferente das minhas outras irmãs e eu achava que eu era mais cobrada porque eu era a mais velha. Era eu que iria me sacrificar pra cuidar deles e era eu que não poderia estudar, então, pra cuidar da casa. Mas, depois que eu fui embora de lá, comecei a pensar que, talvez, eu não fosse filha deles... Porque eu não era muito parecida com nenhum deles e nem com as minhas irmãs... Eu não sei, mas eu acho que eu era adotada...”

Disse-lhe que, independentemente de ser ou não adotada, o fato era que não se sentia um membro daquela família e era isto o que importava. Amagassá respondeu: “É, quando eu saí de casa, aos dezoito anos, saí pra tentar construir a minha família. Fui morar com o meu primeiro marido e achava que finalmente fosse parar de ser maltratada. Mas, com o tempo, ele começou a me xingar e a me bater, me tratando como se eu fosse uma empregada dele. Depois de pouco tempo que o Kodomô tinha nascido, não agüentei mais e fui embora...”

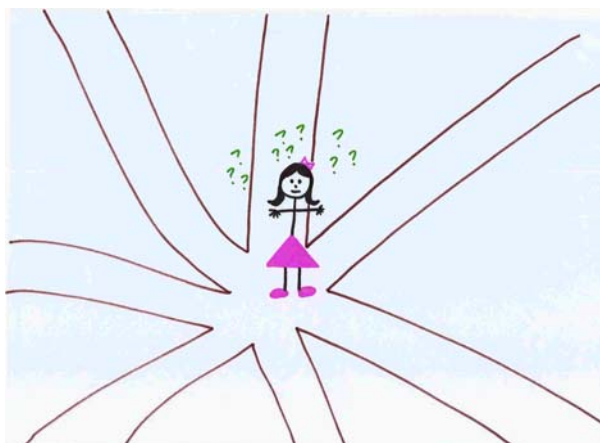
Disse: “O que você está me falando, Amagassá, é que você saiu da sua casa, daquela família em que você foi criada, pensando em construir uma vida melhor, uma família melhor... E até hoje, de certa forma, é isto o que você está buscando, né?” Respondeu: “É... Eu estou tentando... Eu ainda estou perdida na minha história...”

Propus-lhe que fizéssemos um desenho, já que faltavam 10 minutos para o fim daquele encontro. Tal como da outra vez, fez o seu desenho totalmente a lápis.



Pedi para que Amagassá me contasse o que havia desenhado, ao que respondeu, meio pensativa: “Ah, eu só desenhei esta casa e mais nada...” Perguntei-lhe: “Esta casa é de quem?” Ela respondeu: “Hum, a casa da minha mãe... Quer dizer, a casa da minha sogra, né, que eu chamo de mãe... Ou a minha casa mesmo, sei lá...” Falei: “Calma aí, está confuso! Afinal, a casa é da sogra, da mãe, é sua...?”. Respondeu: “É que ainda está sendo construída. Ela nem tem porta ainda, você viu?”

Passamos para o meu desenho.



Contei a seguinte história: “Bom, era uma vez uma menina que tinha muitos sonhos para a vida dela, que eram justamente o que a sustentava para que suportasse ter a vida que tinha. Eram estes sonhos que faziam com que conseguisse sobreviver em meio àquela vida tão desiludida... Aqui, eu desenhei vários caminhos porque, neste momento, ela está em posição de escolher qual caminho ela irá seguir.” Amagassá falou: “Eu já escolhi o meu caminho: eu quero ter uma família linda pra mim... Eu quero ter filhos e quero, ainda, que o Kodomô venha morar comigo...”

Um pouco antes de finalizarmos aquele encontro, pedi para que ela atribuísse um título ao seu desenho. Ela chamou-o de “Lar, doce lar”, enquanto eu intitulei o meu de “Vários caminhos”.

Ao nos despedirmos, falou: “Ainda está chovendo... Você vai querer carona no meu guarda-chuva?” Disse-lhe: “Não precisa, Amagassá... Hoje eu trouxe o meu...”

3º Encontro: “Um pedaço de papel amassado”

Amagassá telefonou-me no dia em que teríamos o nosso terceiro encontro terapêutico. Disse que não poderia encontrar-me, já que havia buscado o seu filho, para passar uma semana com ela. Desse modo, não tinha condições de deixá-lo em casa e vir me ver. Preocupada, perguntou-me: “Você fica chateada, Miriam?” Respondi-lhe, sorrindo: “Não, Amagassá, pode ficar tranqüila... Aproveite este tempo que você e o Kodomô vão poder ficar juntos e curta bastante, tá?”

Na semana seguinte, Amagassá veio ao meu encontro. Ao contrário dos outros, aquele era um dia ensolarado. Não era preciso um guarda-chuva.

Assim, quando abri a porta da sala de espera, deparei-me com uma Amagassá sem guarda-chuva. Enquanto caminhávamos rumo à sala de atendimento, comentou: “Hoje não está chovendo, né? Finalmente aquele tempo horrível mudou...”

Sentamo-nos e ela começou a falar animadamente: “Como eu te disse, eu passei esta semana inteira com o Kodomô. Geralmente, eu fico só um fim-de-semana por mês, mas, desta vez, pedi para o meu ex-marido para ficar uma semana inteira”.

A paciente começou a discorrer sobre o que haviam feito, durante aquele período: passeios no bosque, passeios de bicicleta, cinema... Vi que estava feliz por ter passado aquele tempo com seu filho e simplesmente espelhei-lhe o que ela estava mostrando: “Você está feliz, né, Amagassá?” Sorrindo, respondeu: “Estou... Sabe que sempre é gostoso ter o Kodomô lá em casa? Eu me sinto uma mãe de verdade. Porque, por mais que eu seja mãe o tempo todo, eu acabo não me sentindo assim quando ele está com o pai dele, longe de mim”

Perguntei-lhe porque ela havia pedido para passar uma semana com o Kodomô, ao invés do fim-de-semana usual. Amagassá ficou um tempo pensativa e respondeu: “Ah, não sei... Eu acho que me deu saudade dele, depois de ficar falando tanto dele aqui... Me deu até um pouco de saudade da minha mãe, também, já que a gente falou tanto dela naquele outro dia, lembra? Não sei se foi saudade, mas, sei lá, eu comecei a pensar nela... Porque eu nunca falo dela com ninguém...”

Disse-lhe: “É difícil, às vezes, a gente tocar em determinados assuntos com as pessoas, né?” Ela respondeu: “É... Eu evito ficar falando pra qualquer

um da minha história, porque eu tenho receio de ser julgada. As pessoas acham que você é uma filha desnaturada ou uma mãe desnaturada, porque, na vida, estas são as pessoas mais importantes, né? Não que a minha mãe e o Kodomô não sejam importantes, para mim, mas as pessoas estranham a minha vida...”

Então, Amagassá perguntou-me se eu ouvira falar do caso da mulher que jogara seu bebê à beira do rio²⁰. Eu já ouvira falar da história. Ela continuou: “Outro dia, a gente estava assistindo ao noticiário, quando passou uma reportagem sobre este caso, né? Na hora, comecei a falar que aquilo era um horror; que uma mulher daquelas merecia morrer na cadeia... Daí, a minha vizinha falou: ‘Mas o que ela fez não é muito pior do que você fez deixando o teu filho para trás...’”

Nesta hora, Amagassá começou a chorar. Disse-lhe que eu entendia o quanto se sentia julgada pelos outros: “Sabe, Amagassá, apesar de existir esta visão de que ‘mãe e filha têm uma relação de amor incondicional’ e que ‘uma mãe que deixa o filho é uma mulher pouco maternal’, a verdade é que as relações são mais complexas do que estas enunciações. Eu sei que você só saiu de casa porque já não agüentava mais esperar receber atenção de sua mãe. E eu sei que você deixou o Kodomô com o seu ex-marido porque você se preocupava com ele. Foram gestos de amor, na verdade. Você fez o melhor que você pôde, naquelas situações²¹”.

Então a paciente começou a contar-me novamente quais foram os motivos que a levaram a deixar o Kodomô com seu ex-marido e pude ver o

²⁰ Trata-se do caso ocorrido no início de 2006, em Campinas/SP, em que uma mulher pôs seu recém-nascido dentro de um saco e atirou-o num rio. A criança foi encontrada e abrigada; a mulher estava sendo julgada judicialmente pelo ato.

²¹ No sub-capítulo a seguir, esta intervenção será discutida minuciosamente.

quanto tentava se auto-justificar. Repetia para si mesma, e não para mim, no intuito de fortalecer-se enquanto mãe: era a sua forma de não mergulhar em seu sentimento de culpa.

Propus-lhe, então, que fizéssemos um desenho. Como de hábito, pegou o lápis preto e começou a fazer um desenho sem cor.



Pedi-lhe para que me contasse o que havia desenhado. Ela disse: “Bom, eu quis desenhar um jardim. Por isso que eu escolhi desenhar flores e um coqueiro...” Perguntei: “Mas por que esta flor está tão longe deste coqueiro?” Ela ficou mais um tempo pensativa e respondeu: “Porque ainda falta nascer o resto do jardim... Ainda faltam nascer outras flores e coqueiros, né?” Novamente, perguntei-lhe: “E o que está faltando para crescer o restante do jardim?” Desta vez, sem hesitar, Amagassá respondeu rapidamente e um tanto animada: “Falta fazer um dia de Sol! Falta sair esta Lua, estas nuvens... para o resto do jardim crescer!”

Passamos para o meu desenho.



Disse-lhe que eu havia desenhado uma casa, mas que não era uma simples casa: “Esta é uma casa diferente, tanto que você pode ver que eu desenhei uma nuvem em volta dela, porque é a casa dos sonhos! O mais importante desta casa não é só que é linda, tem um jardim todo cheio de flores... É que é segura, confortável e forte.”.

Nessa hora, Amagassá disse algo que me surpreendeu: “Eu sei do que você está falando... Você está falando daqui, né!? No começo, eu achei que você estava descrevendo a casa da minha sogra, mas agora eu sei que é aqui. Aqui a gente construiu uma casa...” Fiquei surpresa porque, na verdade, eu havia feito aquele desenho com o intuito de representá-la como uma pessoa forte, integrada, capaz de sustentar-se.

Disse-lhe que ficava feliz por ela sentir que nós havíamos construído um espaço em que pôde sentir-se mais fortalecida e acolhida, tanto que se mostrava muito mais segura de si, em relação à primeira vez em que conversamos. Propus-lhe, então, que aquele fosse o nosso último encontro, dizendo-lhe que, agora, aquela casa, segura e confortável, não era mais aquele espaço que nós havíamos criado, mas que residia, naquele momento,

dentro dela mesma: “Agora, você se sente segura e acolhida, independentemente deste espaço que nós tivemos”.

Sorriu e tirou do bolso de sua calça o papel que eu lhe entregara, na primeira vez que a contatei, quando estava dopada no leito da enfermaria. Tratava-se do papel onde eu anotara o dia, o horário e o local onde teríamos o nosso primeiro encontro. Falou: “Eu guardo este papel comigo, sabia? Durante um tempo, eu dormia com ele embaixo do meu travesseiro. Meu marido até dizia que eu estava louca! Eu vou ficar com ele pra me lembrar destes encontros que eu tive com você!”

Fomos em direção à saída da clínica e, antes de nos despedirmos, ela me abraçou e falou: “Obrigada, viu, Miriam. Como eu te disse naquele dia, você foi um anjo que veio me visitar...”

5.2. DEBAIXO DO TEMPORAL COM AMAGASSÁ

“Em tempo de chuva, que chova

Eu não largo da sua mão

Nem que caia um raio, eu saio”

(“Se acontecer”, de Djavan)

Ao revisitar os encontros terapêuticos realizados com Amagassá, através da leitura das narrativas do acontecer clínico, noto que, em todos os encontros, Amagassá falava sobre o seu sentimento de culpa por não conseguir sustentar uma criança, fosse no contexto de “segurar” um bebê, dentro de si, durante os nove meses de gravidez, fosse no sentido de cuidar de Kodomô, seu único filho vivo.

Ao olhar mais detidamente para o sentimento de culpa de Amagassá, faz-se imprescindível remontar aos estudos de Winnicott, a respeito do desenvolvimento emocional nos primórdios da infância. Segundo Winnicott (1988), o bebê adquire a capacidade de sentir-se culpado quando, inexoravelmente, dá-se conta de seus sentimentos de ódio e suas idéias agressivas. Assim, se partirmos do pressuposto winnicottiano de que a culpa dá-se por conta da percepção da própria agressividade, podemos entender que Amagassá sentia-se culpada não meramente pelo comportamento de abortar ou de não cuidar de Kodomô, mas, principalmente, pela percepção inconsciente de seus sentimentos de ódio em relação a seu filho.

Antes de prosseguir com esta discussão, considero importante discutir mais profundamente a respeito do “ódio”. Em nosso imaginário social, o sentimento de ódio acabou sendo concebido como algo de conotação extremamente negativa, a ponto das

pessoas, comumente, acharem que devem “sufocá-lo” para vivenciar apenas sentimentos “bons”.

Sabemos, entretanto, que é impossível um ser humano apenas nutrir sentimentos amorosos, uma vez que a vida é sempre marcada por frustrações que despertam o sentimento de ódio. Nessa perspectiva, podemos pensar que a negação do sentimento de ódio rompe a espontaneidade do indivíduo, podendo gerar uma dissociação, na qual esta parte do *self* verdadeiro seja encoberta, como se sequer existisse (Sanchez, 2005b).

Além dessa discussão do ódio ser natural em todo ser humano, há a questão pontuada por Winnicott (1988) de que o ódio faz parte do amor, não consistindo num sentimento que dele se diferencie totalmente. Esta aceitação do ódio no ser humano fez-se tão presente ao longo da teoria winnicottiana que, inclusive, o autor fez questão de considerá-la quando tratou da relação estabelecida entre a mãe e o bebê, que, como sabemos, aparece, no imaginário coletivo, marcada pelo “amor incondicional” da mulher em relação ao filho. Assim, Winnicott (1957) reconhecia que a maternagem consistia numa tarefa árdua, uma vez que a mãe precisava dedicar-se integralmente ao bebê, que lhe reagiria com ingratidão e indiferença, até adquirir a capacidade de preocupar-se com ela, dando-lhe um retorno dos cuidados que lhe foram dispensados.

Retornando à Amagassá e seu sentimento de culpa, compreendo que a paciente sentia-se angustiadamente culpada não por não exercer a maternidade - fosse por causa do aborto, fosse por não ter criado Kodomô -, mas, sim, por inconscientemente sentir ódio em relação a seu filho.

Para defender-se deste seu sentimento de ódio intolerável, Amagassá recorria a discursos intelectualizados, nos quais discorria prolongadamente na tentativa de justificar o aborto vivido e a escolha por não ficar com o Kodomô para si. Assim, discorria meticulosamente acerca dos motivos que a teriam levado a deixar seu filho com seu ex-

marido: entrava em detalhes tais como o valor do salário de seu ex-marido, o tamanho do quarto em que morara logo após a separação, os cuidados que o Kodomô demandava, naquela época... , ou elucubrava que teria sofrido o segundo aborto devido ao falecimento recente de sua sogra.

A literatura específica reconhece que, de fato, é comum, quando ocorre uma morte fetal no período gestacional, que a mulher busque encontrar razões que expliquem o óbito num processo que, essencialmente, consiste em vida (Quayle, Isfer e Zugaib, 1991).

Por mais que a literatura considere “normal” a mulher recorrer a explicações causais em relação à interrupção gestacional vivida, considero importante, pelo menos no que diz respeito à Amagassá, o entendimento de que esta sua postura em buscar justificativas racionais tinha um caráter defensivo. Para não ter de reconhecer o seu sentimento de ódio e, conseqüentemente, assumir que não ficara com a guarda do Kodomô por dificuldades emocionais – e não simplesmente financeiras –, Amagassá protegia-se através de um discurso racional do tipo falso *self*.

Era esta mesma estratégia defensiva que vigorava quando a paciente dizia que a sua vizinha a comparava com a mulher que jogara seu recém-nascido num rio ou, ainda, quando contava que seu ex-marido acreditava que o primeiro aborto havia ocorrido porque o bebê preferira morrer a tê-la como mãe. Apesar de, nestas falas, Amagassá localizar, no outro, a percepção de que não tinha condições de exercer uma boa maternagem, entendo que me comunicava a sua própria percepção de seu sentimento de ódio em relação a seu filho.

Desse modo, a paciente depositava nos outros, de forma projetiva, aquilo que inconscientemente sentia como intolerável e persecutório dentro de si. Sua preocupação em não contar às pessoas, que sequer sabiam que estava grávida, a respeito do aborto

vivido, por temer ser julgada como incapaz de “segurar um bebê”, revela o quanto se julgava incapaz, precisando situar, no outro, a perseguição (Winnicott, 1988).

Mas por que sentia ela tanto ódio a respeito de seu filho? Acredito que a paciente deu-me esta resposta em nosso segundo encontro terapêutico, ao contar sobre seu relacionamento com sua mãe. Ali, com o rosto trilhado por um rio de lágrimas, Amagassá compartilhou comigo porque odiava seu filho, a tal ponto de não conseguir exercer a sua maternagem: porque ela, enquanto filha, sentira-se rejeitada por sua mãe, tornando-se difícil, nesse contexto, não rejeitar a si mesma quando concretamente investida da função materna.

São diversos os estudos psicanalíticos que apontam o quanto a maternagem recebida influencia naquela a ser ofertada, futuramente. Winnicott (1964a) notava, através de sua experiência clínica, que algumas mães tinham dificuldades muito intensas em exercer uma maternagem suficientemente boa, o que se relacionava às experiências pelas quais passaram quando crianças.

Os conflitos de Amagassá em relação à sua própria mãe eram tão radicais que a paciente chegava a se questionar se não teria sido adotada. Ao contar-me secretamente que tinha dúvidas de ser realmente filha biológica de seus pais, a paciente estava dizendo-me – independente se era realmente adotiva, o que jamais saberemos – que nutria sentimentos confusos a respeito de sua constituição enquanto filha. Chegou a dizer-me, num determinado momento, que se sentia “perdida com a própria história de vida”, tais eram as suas questões em relação à sua mãe e em relação a ser, ela própria, mãe. Paralelamente, os desenhos-estórias de Amagassá também eram “perdidos”, no sentido de que não tinham uma finalização. Desenhava-os e, apesar de dizer que estavam acabados, passavam-me sempre a sensação de estar incompletos.

Acredito que seu último desenho-estória apresente de forma maximizada esta incompletude, tanto que, ao perguntar-lhe porque seu jardim estava tão vazio, com apenas um coqueiro e um ramo de flor, respondeu-me: *“Porque ainda falta o resto do jardim nascer”*.



Talvez, esta sensação de incompletude dos desenhos de Amagassá tenha surgido porque eu sempre terminava meus desenhos antes dela, de modo que sempre ficava esperando que os finalizasse. Será que ela não os finalizava porque via que eu estava esperando-a? Fazendo uma comparação com Náki, será que eu interrompia Amagassá em sua criação, tal como sentia que Náki fazia comigo? Eu teria sido a lebre, nesta relação terapêutica, enquanto Amagassá a tartaruga?

Não tenho como afirmar se os desenhos de Amagassá passam esta sensação de incompletude porque, talvez, eu a tivesse interrompido em suas criações ou se porque, de fato, este era um tema que ela trazia. Não tenho como afirmar se teria colorido seus desenhos ou feito mais elementos gráficos, se eu tivesse a deixado desenhar por mais de uma hora. Independente de se ela teria elaborado mais seus desenhos se tivesse tido

mais tempo, é interessante constatarmos a relação entre seus desenhos incompletos e o fato de ela própria sentir-se incompleta.

Consideramos importante destacar que, apesar de Amagassá não ter tido uma história de vida na qual tivesse recebido uma maternagem suficientemente boa – o que concorria para que ela própria não conseguisse ser uma mãe suficientemente boa para seu filho - acreditamos que seria possível reinventar a sua própria história, pelo menos no que se refere a Kodomô. Seria possível que ela não repetisse a vivência de abandonar seu filho, assim como fora abandonada enquanto filha, criando uma relação com Kodomô que não fosse um reviver da relação com a sua própria mãe.

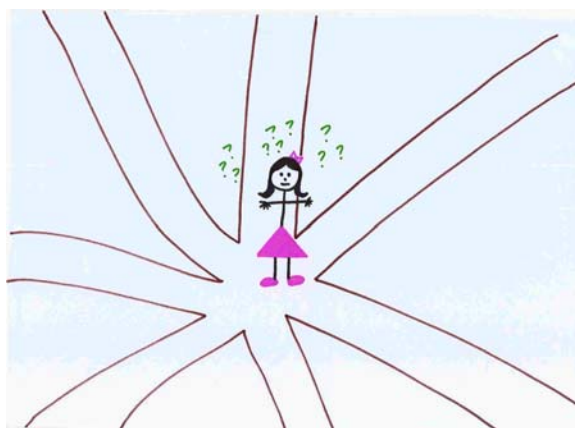
Ferreira (2006), que realizou um estudo sobre crianças adotivas, expressa:

A mãe poderá estar ligada ao que recebeu, na sua história, da sua própria mãe ou de algum cuidador, sustentando a nova relação com a antiga. Ao mesmo tempo, poderá tornar-se suficientemente boa, como a clínica mostra, mesmo não tendo sido, um dia, um “bebê afortunado” (Ferreira, 2006, p. 105).

Mas como trabalhar com o sentimento de culpa por não ter sido uma mãe suficientemente boa para Kodomô? Nos encontros com Amagassá, em meio às suas lágrimas de culpa, acabei espontaneamente adotando a conduta de acolher a Amagassá-filha, que se sentia abandonada por sua mãe, além da Amagassá-mãe, que sentia não ser capaz de cuidar do filho.

Assim, procurava mostrar, à Amagassá-filha, que eu compreendia o quanto sofria por não ter o amor por sua mãe correspondido. Acredito que, em meus desenhos-estórias, eu tentava – mesmo de modo não planejado conscientemente – trabalhar a questão de ela ter

tido seu desenvolvimento “abortado” por uma mãe vivenciada como não suficientemente boa. Em meu segundo desenho-estória, acabei desenhando a própria Amagassá, quando tinha dezoito anos de idade e decidiu ir embora de casa, em seu movimento de recriar a sua história de vida: fosse deixando de conviver com aquela família, fosse construindo uma família em que não repetisse a mesma dinâmica familiar, reconhecendo a sua possibilidade de fazer escolhas e mudar alguns aspectos de sua vida.



À Amagassá-mãe, que parecia sempre justificar-se e justificar-me por ter optado por não criar Kodomô, tentava mostrar que absolutamente não a julgava – ao contrário do resto da sociedade e dela própria – e, através da minha aceitação em relação a ela, favorecer que ela própria se aceitasse e tolerasse todo o ódio que tinha dentro de si. Assim, sempre que discorria intelectualizadamente, tentando desculpar-se por aquilo que fizera ao Kodomô, dizia-lhe que entendia que fizera o melhor que pudera, naquele momento, e que, a meu ver, aquela entrega de Kodomô, a seu ex-marido, havia sido um gesto de amor e, não, de abandono.

É importante enfatizar que minha conduta clínica acabou sendo esta não apenas porque eu, verdadeiramente, como ser humano, acreditava que ela havia feito o seu

melhor - não a julgando como uma mãe “cruel” em momento algum - mas, também, porque eu sentia que a paciente demandava-me que reconhecesse seu potencial materno.

Quando Amagassá falava-me amorosamente de sua sogra, trazendo o quanto ela era a única que acreditava em seu potencial de ser uma boa mãe, sinalizava, a meu ver, que precisava de uma terapeuta que também acreditasse – e não apenas lhe dissesse isso, num discurso falso e vazio – que ela seria capaz de ser uma mãe suficientemente boa, a despeito do que vivera com a sua própria mãe e com Kodomô. E eu acreditava.

Entretanto, uma vez que Amagassá continuava escondendo-se através de seus discursos defensivos, apesar de minha conduta clínica de aceitação e não julgamento, podemos refletir aqui se meu enfoque em relação à paciente foi suficientemente bom. Será que eu deveria ter lhe falado sobre o que me comunicava, ou seja, que ela sentia muito ódio em relação à sua mãe? Será que eu deveria ter-lhe espelhado que a sua incapacidade em exercer a maternagem devia-se à maternagem pouco provedora que ela tivera? Ainda, será que, ao dizer-lhe que a sua conduta em relação ao Kodomô fora um gesto de amor, eu estaria, inadvertidamente, dizendo-lhe que deveria ser boa e, desse modo, negando a expressão de seu ódio?

Apesar de levantar estas indagações, acredito que não teremos como responder efetivamente a estas perguntas. O que podemos verificar são os movimentos de integração da paciente, ao longo do processo terapêutico e, mesmo assim, nunca poderemos afirmar categoricamente qual elemento – se a interpretação, se o manejo do *setting*, se o *holding* do terapeuta... - teria provocado efetivamente esta mudança.

De fato, pude notar, ao final dos encontros terapêuticos, um movimento mutativo por parte de Amagassá, quando tentou “solucionar” seu sentimento de culpa de outra maneira além de desculpar-se através de discursos intelectualizados e defensivos. Percebi, em nosso último encontro, que, apesar de ainda recorrer defensivamente aos discursos

racionais, já assumia condutas reparatórias, o que nos remete, uma vez mais, à literatura winnicottiana.

Winnicott afirmava, em relação ao desenvolvimento emocional primitivo que, após o bebê dar-se conta de seus sentimentos “maus”, tal como o ódio, sentia-se extremamente culpado. Com isso, espontaneamente, dentro de certas condições de maternagem, tornava-se capaz de passar de um estágio de pré-remorso, no qual não se preocupava se estava sendo ou não cruel para com seus cuidadores, para um estágio de remorso.

Winnicott (1948) denominou inicialmente este estágio, no qual o bebê passa a sentir-se culpado e a preocupar-se com o outro, “posição depressiva”. Todavia, devido à confusão que se estabelecia entre este conceito e aquele desenvolvido por Melanie Klein, além da depressão ter uma conotação negativa e ser atrelada a um estado psiquiátrico, o próprio Winnicott sugeriu que este estágio fosse chamado de “estágio da preocupação”.

(...) A preocupação se torna tolerável para a criança porque nela desponta o reconhecimento de que, com o tempo, pode-se fazer algo pelo buraco e pelos vários efeitos do impulso do id dirigido ao corpo da mãe (...) tendo como resultado um mundo interno mais rico, que por sua vez resulta em um maior potencial de dádiva (Winnicott, 1954, p. 448).

Assim, Winnicott (1954) concebia que, apesar de todo ser humano nutrir sentimentos de ódio e sentir-se culpado por eles, seria possível conquistar a capacidade de reparar e, com isto, chegar a conviver criativamente com seu sentimento de culpa de forma saudável.

Compreendo, desse modo, que, em determinados momentos, a paciente era capaz de desapegar-se daquela postura defensiva, que a levava a discorrer racionalmente sobre

os motivos que a levaram a não criar Kodomô, para preocupar-se verdadeiramente com seus sentimentos de ódio e buscar reparar as suas relações “destrutivas”. Desse modo, identificamos como uma reparação quando Amagassá convida seu filho – a quem via apenas um final-de-semana por mês – para passar uma semana inteira em sua casa. Até que ponto nosso vínculo teria sustentado tal iniciativa?

Usando tal visão sobre o desenvolvimento da capacidade de se preocupar e de sentir culpa, podemos considerar a falta à sessão, motivada pela decisão de estar com o filho, e que poderia ser compreendida, no contexto de uma análise ortodoxa, como um ataque ao enquadramento ou ao psicanalista (Safra, 1994), de forma divergente. Podemos abandonar a leitura de que toda falta do paciente é um ato destrutivo em relação ao processo psicanalítico, compreendendo a ausência de Amagassá como um movimento de busca de integração, dotado de sentido não patológico. A paciente estaria aproveitando minha presença como “anjo da guarda” para estar ao lado do filho, cuja guarda renunciara.

Neste contexto, a falta da paciente deixa de ser uma interrupção do processo terapêutico para ser tida como um gesto favorecido pelo vínculo estabelecido entre terapeuta e paciente. Faltar à sessão para ir ao encontro do filho representaria, nesta perspectiva, num gesto incorporado ao acontecer clínico, visto que as questões trabalhadas relacionavam-se justamente ao seu sentimento de culpa por ter deixado Kodomô sob a guarda de seu ex-marido.

Analogamente, Amagassá mostrou este movimento de reparação em relação à sua mãe, quando, em nosso terceiro e último encontro, falou:

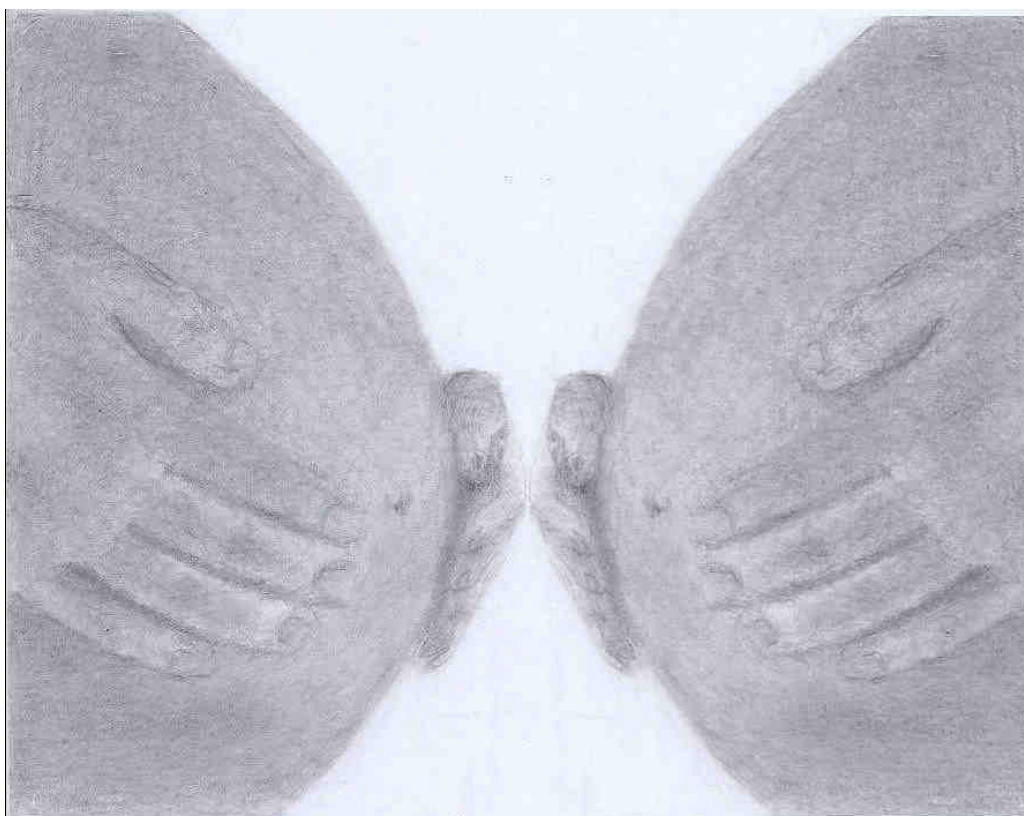
“Eu acho que me deu saudade dele [do Kodomô], depois de ficar falando tanto dele aqui... Me deu até um pouco de saudade da minha mãe, também, já que a gente falou tanto dela naquele outro dia, lembra? Não sei se foi

saudade, mas, sei lá, eu comecei a pensar nela... Porque eu nunca falo dela com ninguém...”

Aqui, Amagassá estaria dizendo que, por sentir tanto ódio de sua mãe – ódio este que era fruto de um amor vivido como não correspondido –, acabara tendo que defender-se por uma via dissociativa. Assim, não pensava em sua mãe; não falava dela; não deixava que os outros lhe falassem dela... Entretanto, aos poucos, pôde ir integrando este seu ódio dissociado e reparar esta relação, não no sentido de restabelecer concretamente o vínculo com sua mãe, tal como fizera com Kodomô, mas no de, ao menos, poder falar sobre ela e não ter de ignorar desesperadamente aquilo que ocorrera.

Para finalizar este sub-capítulo, gostaria de dizer que, por mais que Amagassá não tivesse nenhum motivo concreto para reparar algo em relação à minha pessoa, eu notava um sentimento de preocupação dirigido a mim. Sentia seu cuidado comigo quando, ao final dos encontros, oferecia-me seu guarda-chuva - o seu *holding* - para que eu não me molhasse até chegar ao meu carro. Também notei seu zelo quando me ligou para avisar que iria faltar ao nosso terceiro encontro e perguntou-me se eu ficaria chateada.

Esta preocupação de Amagassá tocava-me uma vez que, até então, jamais havia deparado-me com uma paciente cujos gestos fossem cuidadosos comigo. É claro que já tive e tenho contato com pacientes que, por vezes, principalmente em contexto de encerramento do processo terapêutico, presenteiam-me. Entretanto, não sentia que ela estivesse me “presenteando” com seu guarda-chuva para agradecer-me por algo que eu fizera para ela, ou, ainda, para seduzir-me - como alguns psicólogos poderiam compreender -, mas, sim, que estava genuinamente preocupada comigo, tal como eu preocupava-me com ela. Vivia, pois, em um certo nível, uma experiência de mutualidade.



6. OS CAMPOS PSICOLÓGICOS VIVENCIAIS NÃO CONSCIENTES

Neste capítulo, apresentamos os campos psicológico-vivenciais não conscientes, captados pela pesquisadora e pelo grupo de pesquisadores no qual se encontra inserida, através da leitura e re-leitura das narrativas referentes aos encontros terapêuticos com Náki e Amagassá.

É importante destacar que, segundo Bleger (1963), são os campos que produzem, silenciosamente, os sentidos das condutas assumidas pelos indivíduos. Lembrando que nosso interesse primordial, na presente pesquisa, é o do estudo da potencialidade mutativa de um enquadre configurado para o atendimento de mulheres que sofreram aborto recentemente, vale assinalar que estamos em busca de evidências indicadoras da ocorrência de experiências mutativas. Desde nossa perspectiva winnicottiana, tais experiências acontecem sempre no sentido de superação de dissociações e distanciamento da pessoa em relação ao seu próprio sentir e pensar, o que nos coloca em busca de sinais reveladores da presença de movimentos de integração pessoal. Ora, tais movimentos tornam-se visíveis no contexto dos campos psicológico-vivenciais, que são o seu fundamento dramático (Bleger,1963), ao mesmo tempo em que toda integração é transformação do campo em que acontece. Justifica-se, assim, que o trabalho clínico-reflexivo comece pela tentativa de captação dos campos.

Como veremos a seguir, foram encontrados três campos psicológico-vivenciais não conscientes no transcorrer dos dois atendimentos realizados, sendo digno de nota que os mesmos campos se repetiram em ambos os casos, com coloridos pessoais bastante diferentes, como veremos a seguir.

6.1. IMPOTÊNCIA FEMININA

O primeiro campo que escolhi para discutir aqui refere-se exatamente àquilo que estava por trás das primeiras falas, que tanto Náki quanto Amagassá dirigiram-me quando as conheci.

A primeira fala das duas pacientes foi: “Este é o meu segundo aborto”. O que estariam comunicando-me emocionalmente ao contarem-me que aquela era a segunda vez que suas gestações eram interrompidas? Por que seria tão importante dizer-me isto, a tal ponto desta ser a primeira fala das duas pacientes?

Acredito que um dos sentidos dessa frase era que seus casos não se tratavam histórias infelizes e casuais de aborto, mas que se tratavam de repetições. Entendi que me comunicavam seus medos de que aquelas repetições não fossem uma mera coincidência e que, talvez, tivessem algum impedimento físico – e até mesmo emocional – para levar uma gestação a termo. Traduzindo, é como se estivessem me perguntando: “Será que eu tenho algum problema?”

Esta sensação de que seriam “problemáticas” foi exposta de forma mais clara nos primeiros encontros terapêuticos. Amagassá contou-me seu receio de não ser capaz de “sustentar um bebê” dentro de si e Náki, por sua vez, falou-me que se sentia “impotente” - termo este que, apesar de estar, em nosso imaginário, atrelado ao universo masculino, foi muito usado pela paciente, culminando na minha escolha de nomear este campo psicológico de “impotência feminina”.

Entendo, desse modo, que suas lágrimas não reportavam unicamente ao fato de terem abortado e, com isto, estarem lamentando pela gestação interrompida. Choravam, também, pela possibilidade de serem impotentes em relação à terem uma gravidez bem-sucedida.

São diversos os autores que apontam que a notória preocupação da gestante, em relação à “normalidade” do bebê, não se refere meramente ao estado de saúde deste, mas, também, a temores relativos à capacidade, enquanto mãe, de gestar um bebê sadio dentro de si (Sanchez, Peter e Arida, 2005).

Winnicott (1965), como pediatra, teve a oportunidade de ter contato com diversas parturientes em seus primeiros minutos com seus respectivos recém-nascidos e pôde observar o quanto as mães tranquilizam-se ao certificarem-se da normalidade e saúde de seus bebês. Notou, a partir daí, o quanto temem pela saúde de seus filhos, receando não conseguir dar à luz um bebê são e perfeito.

Em minha experiência clínica num hospital-maternidade, através do qual tive contato com diversas mulheres cujas gestações foram interrompidas, pude perceber o quanto estas eram vividas como fracasso materno. Esta sensação era tal que as mulheres que sofriam óbito fetal²², ao serem abordadas pela equipe de genética, responsável pela investigação do motivo do falecimento fetal, temiam vir a receber concretamente atestados de anormalidade.

Lembro-me particularmente de uma delas, cujo diagnóstico levava a equipe de pesquisa genética a atribuir o aborto à “incompetência ístmocervical”²³. Assim que ela recebeu o documento do médico, veio espontaneamente procurar-me na sala do ambulatório e disse: “Eu sou incompetente mesmo...” Aqui, podemos pensar que a

²² O óbito fetal, tal como o aborto espontâneo, refere-se a uma interrupção da gestação. A diferença entre estes dois eventos é temporal: assim, qualquer interrupção da gestação até a vigésima semana de idade gestacional é tida como aborto; a partir daí, como se considera que o feto já teria sido desenvolvido, o termo correto passa a ser “óbito fetal”. Neste caso, diferentemente do que comumente ocorre no aborto espontâneo, é possível vislumbrar o corpo do bebê falecido, que pode tanto ser enterrado pelos pais quanto ser deixado para ser estudado pelos geneticistas do hospital. (Schupp, Miyadahira e Zugaib, 2002).

²³ A incompetência ístmocervical é descrita como a incapacidade da cérvix uterina de se manter ocluída até o termo da gravidez, levando, em consequência, à interrupção prematura desta. É responsável por aproximadamente 8% a 15% dos casos de abortamento. O tratamento seria a circlagem uterina, a ser feita por volta da 13ª semana de gestação, quando o colo do útero passa a demandar maior sustentação. (Costa e Costa, 2001).

paciente usou o termo “incompetente” devido ao nome de sua patologia – o que nos leva a refletir se este termo “incompetência” seria o mais adequado, uma vez que pode suscitar sentimentos pessoais de incompetência – além de estar dizendo, tal como Náki, que, em termos de função materna, ela era incompetente, impotente...

Há uma vasta literatura psicanalítica que, mediante o uso dos conhecimentos oriundos da psicossomática, aponta que esses sentimentos de impotência e de culpa, presentes na mulher pelo abortamento vivido, devem-se por, de fato, nela residir um interdito inconsciente que a impede de levar a gravidez adiante.

Langer (1981) – em seu livro “Maternidade e Sexo”, tido como leitura obrigatória para os psicanalistas que enveredam no trabalho com gestantes – aponta:

As tendências favoráveis e adversas à gravidez entram em conflito e se manifestam no plano psicológico e psicossomático, provocando angústias e transtornos típicos. Entre os últimos, os mais freqüentes são do tipo oral e anal. A hiperemese²⁴ (...) significa uma tentativa inconsciente e irracional de abortar por via oral (...). Na diarréia e na constipação, a tentativa de aborto se desenvolve no plano anal e adquire mais gravidade para a continuação da gravidez. No aborto real, as tendências inconscientes hostis à gravidez são tão fortes que saem vitoriosas, atuando sobre os órgãos adequados (Langer, 1981, p. 207).

²⁴ A hiperemese gravídica consiste em vômitos severos, que persistem ao longo da gravidez, acarretando a perda de peso materna e o possível prejuízo do desenvolvimento fetal (Sipiora, Murtaugh, Gregoire e Duffy, 2000)

Partindo desta compreensão, a autora relata uma série de casos, atendidos por ela, de mulheres que engravidavam e sofriam diversas dificuldades gestacionais, a tal ponto de terem suas gestações interrompidas. Conclui que, em todos os casos, os abortos ocorreram por conta de dificuldades emocionais muito intensas das gestantes, que, a despeito de conscientemente desejarem estar grávidas, inconscientemente vivenciavam os fetos, que carregavam dentro de si, como perseguidores. Para ilustrar, novamente faço uso de um trecho de seu livro:

Vi duas mulheres conseguirem a interrupção de sua gravidez por indicação psiquiátrica, e uma terceira que conseguiu o mesmo através de seus vômitos incoercíveis, e duas que praticamente destruíram o embrião pela força de sua ansiedade. Mas a defesa psicossomática mais freqüente contra a angústia provocada pelo feto que cresce consiste no aborto, na expulsão prematura do perseguidor, que ocorre amiúde, sem poder ser freada por nenhuma medida preventiva ou medicação (Langer, 1981, p. 199).

Reconheço a importância da medicina psicossomática e, de fato, em meus atendimentos, noto diversos conflitos emocionais em pacientes que sofrem aborto espontâneo, em relação à maternidade. Mesmo em relação à Náki e à Amagassá, vejo claramente seus conflitos em assumir a maternidade, conflitos estes sobre os quais discorrerei no próximo sub-capítulo.

Questiono, entretanto, esta postura determinista de que todo abortamento vivido teria sido ocasionado inconscientemente pela mulher. Então todo aborto espontâneo seria um aborto provocado camuflado? Ou, ainda, o sentimento de impotência nutrido pela mulher

que sofre uma interrupção na gestação seria decorrente, de fato, de ela ser impotente, em termos emocionais, de gerar uma vida dentro de si? Tratam-se de questões não passíveis de serem respondidas objetivamente, entretanto, apresento-as ao leitor para que não encerremos vivências tão complexas, como a do aborto, de forma tão determinista e pré-fixada.

Ademais, uma vez que estas mulheres encontram-se inseridas num contexto social, que as influencia em suas condutas, não podemos considerar descontextualizadamente que a mulher responsabiliza-se pela gravidez interrompida unicamente por, talvez, associar que seus sentimentos inconscientes de ódio em relação à gravidez pudessem ter ocasionado o abortamento.

Defendo, aqui, que a sensação de impotência da mulher cuja gestação não foi “bem-sucedida” – seja porque a gravidez foi interrompida ou porque o bebê nasceu com alguma malformação, por exemplo – não se deve exclusivamente a possíveis interditos inconscientes, tal como a literatura específica aponta. Acredito que possa se sentir tão impotente – ou, nas palavras de Náki, em nosso primeiro encontro terapêutico, “vazia e oca” – porque, socialmente, cabe à mulher exercer a maternidade.

Diversos estudos já foram realizados com o intuito de desmistificar a questão do instinto materno. Dentre eles, podemos destacar o famoso livro “Um amor conquistado: o mito do amor materno”, de Badinter (1985), que, preocupada com as pressões que a mulher vinha sofrendo pela crença social de que a maternidade seria um destino inevitável, realizou um estudo remontando à França dos séculos XV a XVIII, para mostrar o quanto, naquela época, era possível que a mulher não seguisse este destino sem sofrer nenhum julgamento social por isto.

Apesar da abundante literatura que critica incisivamente uma sociedade que valoriza a maternidade a ponto de toda mulher sentir-se pressionada, notamos que, ainda hoje, o

imaginário coletivo prevê a maternidade como o acontecimento de maior realização na vida de uma mulher.

Mesmo dentro da comunidade psicanalítica, deparamo-nos com diversas teorias que, ao invés de conceberem que o ser humano é capaz de encontrar maneiras criativas de ser no mundo, pregam impiedosamente que a mulher sem filhos está fadada à falta. Podemos destacar, para uma discussão mais detida, a própria teoria freudiana do Complexo da Castração. Segundo esta perspectiva, toda mulher é um ser castrado e incompleto, que busca consolo na maternidade por via da equação simbólica entre falo e bebê.

Com isto, a meu ver, a teoria da castração acabou condenando a mulher duplamente. Por um lado, com esta teoria falocêntrica de Freud, a mulher passou a ser concebida como um ser inferior, marcado pela falta. Por outro, passou a ser naturalmente destinada à maternidade, uma vez que esta seria a única maneira de lidar com esta falta pela qual é inexoravelmente marcada.

A partir daí, muitos autores psicanalistas têm desenvolvido estudos que partem da premissa central de que a mulher é um ser essencialmente marcado pela falta. Podemos apontar Langer (1981), que afirma:

Para a mulher de hoje em dia é válido o velho provérbio chinês: 'Para poder enfrentar tranqüilamente a velhice e a morte, deve-se ter tido um filho, plantado uma árvore e escrito um livro'. Somente assim sente haver transcendido em todos os planos (Langer, 1981, p. 31)

O próprio Winnicott, ao apresentar seu conceito de "mãe suficientemente boa", acabou sendo equivocadamente criticado, como se, à maneira de Freud e de diversos outros psicanalistas, estivesse defendendo que o caminho natural a ser percorrido por toda

mulher exigiria a maternidade (Catafesta, 1997). O que o autor afirmava não era que toda mulher teria que se tornar mãe - muito pelo contrário, em toda a sua obra, faz uma defesa à capacidade criadora do ser humano, que lhe permitiria reinventar-se de diversas formas - mas que, uma vez tendo optado por ser mãe, era imprescindível apresentar um ambiente suficientemente bom, não perfeito, ao bebê.

Levando em consideração o quanto, em nosso imaginário coletivo, a maternidade é imposta à mulher, é possível vislumbrar com mais clareza que o sentimento de impotência de Náki e de Amagassá não se devia unicamente, tal como a literatura especializada aponta, a interditos inconscientes em relação à gravidez. Parece importante levar em conta os efeitos do discurso social de valorização da maternidade e da conseqüente desvalorização da mulher que não segue este caminho.

São diversos os estudos que apontam como é difícil não olharmos preconceituosamente para a mulher que não exerce a maternidade. Assim, as mulheres que optam provocar um aborto são freqüentemente descritas como pessoas frias e insensíveis, segundo pesquisa realizada por Costa, Hardy, Osis e Faúndes (1995). Da mesma forma, as mulheres que optam pela esterilização são vistas como “transgressoras” por abdicarem de sua fertilidade através da própria “castração” (Costa, 2003). Analogamente, as mulheres inférteis, de acordo com Trindade e Enumo (2002), são descritas como tristes, frustradas e sozinhas.

De fato, tanto Náki quanto Amagassá trouxeram-me, em diversos momentos, a preocupação de serem julgadas como incapazes. Náki sentia-se assim julgada por seu ex-marido, tanto que afirmava, veementemente, que ele havia pedido o divórcio, seis meses após a vivência de seu primeiro aborto, por achá-la impotente. Ainda, o momento em que a senti mais triste, ao longo de todos os encontros terapêuticos que tivemos, foi aquele no qual narrava-me que seu pai dissera-lhe que não conseguia levar uma gravidez adiante.

Amagassá, por sua vez, trazia-me o medo de que os outros pudessem julgá-la como incapaz de sustentar um bebê, a ponto de decidir fingir que nada havia ocorrido diante de pessoas que sequer sabiam que havia engravidado. Seu sentimento de incapacidade era tamanho que, comumente, em termos contratransferenciais, sentia que ela tentava provar, a si mesma e a mim, ser capaz de ser uma mãe suficientemente boa – como se eu fosse, tal qual os outros, julgá-la impotente.

Muito pelo contrário, é importante destacar que minha conduta era a de justamente mostrar, às duas pacientes, que não as julgava impotentes pelo fato de terem vivido dois abortos espontâneos consecutivos. Sentia que esta minha postura era mais fortemente demandada por Amagassá, e não tanto em relação ao aborto vivido, mas, principalmente, pelo fato de ter deixado de criar Kodomô. Amagassá sentia-se tão avaliada como incapaz pelos outros e, principalmente, por si própria, que era preciso que eu lhe demonstrasse minha aceitação incondicional de sua pessoa. Isto acabou levando-me, conforme já discutido previamente, a enfatizar-lhe seus gestos amorosos em relação ao Kodomô e à sua mãe, ao invés de espelhar-lhe todo o ódio que sentia, pois isto poderia, talvez, ser sentido, por ela, como um julgamento moral de minha parte.

Ao final dos encontros, pude perceber que ambas pacientes buscavam formas de superar este sentimento de impotência ligado à maternidade. Assim, enquanto Náki planeja engravidar brevemente, Amagassá já voltava-se à maternagem de seu único filho vivo, Kodomô. Não conseguiam elaborar seu sentimento de impotência de outra maneira além do ser mãe – ou seja, recriando-se de forma fortalecida sem ter de recorrer à função materna – mas, de todo modo, conseguiam transformar seu sentimento de impotência à potência, ao vislumbrarem a possibilidade de novamente serem mães.

Para finalizar, gostaria de aludir a uma prosa de Baudelaire (1968), denominada “Chacun sa chimère”, da qual me lembrei durante a redação sobre esse campo

psicológico. Nela, Baudelaire fala sobre um homem que, num dia cinzento, depara-se com uma fila de homens caminhando rumo a um destino desconhecido. O que lhe despertava a atenção, porém, era que cada um deles carregava, em suas costas, uma quimera²⁵ - um monstro com cabeça de leão, corpo de cabra e rabo de dragão - que parecia pesar-lhes e cansar-lhes, mas continuavam sustentando-as sem tentativa alguma de desvencilhar-se.

Num determinado momento da prosa, o homem dirige-se a um dos transeuntes:

Eu questionei um destes homens e lhe perguntei aonde eles iam assim. Ele me respondeu que ele não sabia de nada, nem ele, nem os outros; mas que, evidentemente, eles iam a alguma parte, pois estavam possuídos por uma invencível necessidade de marchar (Baudelaire, 1968, p. 150)²⁶.

Através desta prosa, fazendo uso metafórico do ser mitológico monstruoso, Baudelaire faz uma crítica às representações sociais que carregamos: são aquelas que nos cobram que caminhemos em determinadas direções, e que não questionamos, realizando-as acriticamente.

²⁵ Segundo o dicionário Aurélio, a palavra “quimera” possui vários significados. Pode significar um monstro, assim como um sonho ou um absurdo. Parece que Baudelaire, em sua prosa, fez uso desta palavra em todos os sentidos.

²⁶ Tradução minha.

6.2. SER FILHA

O segundo campo psicológico que acabei encontrando, em minhas “visitas” às narrativas de Náki e Amagassá, refere-se às suas funções enquanto filhas. Ao longo dos encontros terapêuticos, ambas falavam-me o tempo todo de suas relações enquanto filhas, de tal forma que, em nossos desenhos-estórias, este tema despontou espontaneamente.

Em relação à Náki, era a paciente que fazia desenhos nos quais representava-se como filha. E não se tratava de uma filha qualquer, mas daquela que era sempre desenhada no centro da família e em tamanho nitidamente menor relativamente aos outros membros familiares (seus pais, seus dois irmãos e seu noivo) desenhados.

Acredito que o segundo desenho-estória realizado pela paciente sirva de exemplo para ilustrar esta questão.



Creio que este desenho simbolize adequadamente como Náki se sentia em relação à sua família, ou seja, como o verdadeiro bebezinho de sua casa, que lhes demandava atenção para que se sentisse melhor; que lhes pedia que lhes fizessem coisas – tal como

fazer um jantar ou tirar fotos suas... Tanto era assim que ela dizia: “Eu sou a princesinha lá de casa!”

É interessante pensar que esta dinâmica em que Náki, infantilizada, demandava cuidados de outrem, aparecia em relação ao seu noivo, que a acompanhou em todos os encontros terapêuticos. Ele ausentava-se em seu serviço para poder levá-la, de carro, ao meu encontro, poupando-a de enfrentar o trajeto de ônibus, no estado em que se encontrava. Seu cuidado e zelo em relação à paciente era tal que, não raro, quando eu abria a porta da sala de espera, e via os dois conversando, a cena fazia-me pensar numa dupla pai e filha.

Não por menos, em nossa relação terapêutica, via Náki como um verdadeiro bebê, que chorava muito, pedindo atenção, desenhos-estórias e apoio para caminhar da sala de espera à sala de atendimento, tal qual um bebê que está deixando de engatinhar para começar a andar. É até interessante pensar que, em nosso primeiro contato, quando estava internada na enfermaria de ginecologia do hospital, fiquei tão mobilizada com seu sofrimento a ponto de levantar a hipótese de acompanhá-la em sua curetagem. Vê-la aos prantos, cobrindo o rosto com um lençol, acabou despertando em mim, contratransferencialmente, o movimento de cuidar dela mais do que eu poderia naquele enquadre – uma vez que meu vínculo no hospital não permitiria que eu, como alguém que estava meramente fazendo uma pesquisa naquele campo, interviesse num momento cirúrgico. Vejo, dessa maneira, que Náki, apesar de, fisicamente, ser uma mulher de trinta anos, que já casara e engravidara duas vezes, em termos de dependência, ainda era como “filha” em muitos sentidos.

Winnicott (1963b), em seu contato freqüente com bebês, pôde notar que a dependência do bebê em relação aos cuidados maternos passava por três fases: de um estado de absoluta dependência, o bebê evoluía para uma dependência relativa e, com

um maior desenvolvimento, evoluía a um estado denominado “rumo à independência”, no qual apresentaria um desprendimento máximo em relação aos cuidados maternos.

É claro que, objetivamente falando, Náki já tinha condições de cuidar-se por conta própria, diferentemente de um bebê de poucos meses de vida, que não teria condições de promover este auto-cuidado. Ela já havia alcançado a fase rumo à independência. Entretanto, em seu mundo emocional, a paciente parecia ter receio de “cortar o cordão umbilical” com a sua família e ir “rumo à maternidade”, vindo a assumir os cuidados que sua família tinha, para com ela, em relação a um futuro bebê que viesse a gestar.

Amagassá, assim como Náki, também trazia questões relacionadas à sua função como filha. Como era de esperar-se, estes acabaram sendo espontaneamente os temas de nossos desenhos-estórias. Entretanto, diferentemente de Náki, os desenhos de Amagassá eram mais velados, isto é, não traziam concretamente a imagem da paciente enquanto filha ou enquanto criança.

Desse modo, vemos que ambas trouxeram muito fortemente questões relacionadas às suas funções enquanto filhas. Embora cada uma estivesse “presa” ao ser filha por questões diferentes, no final, as duas estavam paralisadas em seu desenvolvimento rumo à maternidade: assim, se Náki era uma plantinha-bebê, Amagassá era uma moradia sem porta...

Winnicott (1964b) afirmava que a mãe suficientemente boa deveria prover um ambiente acolhedor para o bebê, adaptando-se sensivelmente às suas necessidades. Todavia, à medida que este bebê fosse tornando-se capaz de lidar com as falhas ambientais sem sentir-se ameaçadoramente invadido em sua sensação de continuidade de ser, caberia à mãe deixar de filtrar o mundo em pequenas doses, permitindo a ocorrência destas falhas.

Penso que Náki e Amagassá, talvez, estivessem com tanta dificuldade emocional em caminhar rumo à maternidade porque os ambientes que as rodeavam correspondiam, cada um, a um dos extremos das falhas ambientais descritas por Winnicott (1964b).

Assim, levanto a hipótese de que Náki ocupasse, no contexto familiar, um lugar de filha, o qual não conseguia abandonar, porque vivia num ambiente que dificultava sua caminhada rumo à independência. De nada adiantava que seus pais lhe dissessem que deveria “cortar o cordão umbilical”, se, no final, ela era a “princesinha” da casa, para quem haviam construído uma casa vizinha, de modo que ela sempre morasse próximo a eles.

Vivenciando a sensação de ter “a mãe mais linda de todas” e o “pai mais inteligente de todos”, Náki sentia viver na “melhor família do mundo”, a ponto de não conseguir caminhar rumo à independência e, conseqüentemente, rumo à maternidade, que, em sua fantasia, seria um marco que a tornaria concretamente um ser adulto.

Amagassá, por outro lado, já trazia questões que remetiam a um ambiente pouco provedor. Era um ambiente que, apesar de diverso em relação aquele em que Náki encontrava-se inserida, “abortava” igualmente o seu desenvolvimento. Seus sentimentos de abandono e de desamparo enquanto filha eram tais que Amagassá chegava a duvidar se era, efetivamente, filha biológica de seus pais. A sensação de descuido que Amagassá vivenciava, em relação à sua família, fazia com que formulasse a hipótese de não ser aquela a sua verdadeira família.

Acredito que Amagassá não conseguia caminhar rumo à maternidade porque, sendo uma filha desafortunada, tinha o seu desenvolvimento incompleto, ou melhor dizendo, “em construção”. Não tinha condições emocionais de criar-se/encontrar-se enquanto mãe, já que ainda nutria dúvidas em relação à sua função de filha.

Gostaria de ressaltar que, apesar de tecer essas considerações acerca de Amagassá, discordo veementemente de determinadas leituras que alguns psicanalistas

fazem, de casos similares aos da paciente, que afirmam que toda mulher que foi abandonada, na infância, tende a fazer o mesmo em sua maternidade, tal como Szejer e Stewart (1997, p. 50):

Muitas vezes, as mulheres que dão à luz anônimas e confiam seu filho ao Estado, para que o coloque em adoção, têm em sua história um abandono, elas mesmas foram abandonadas, ou há outras situações de abandono em sua família. Como se o abandono estivesse lá, preparado, inscrito, como se não pudessem escolher, mas tivessem simplesmente que obedecer. “Estava escrito”.

Apesar de Amagassá ter tido uma criação na qual fora desamparada, e de ter desamparado igualmente seu filho Kodomô, considero equivocada afirmar ser esta a sina da paciente. Não nego que haja uma associação entre a sua relação com a sua mãe e a sua relação com seu filho. Entretanto, é preciso enxergar o ser humano como um indivíduo capaz de integrar-se de diversas formas, que não está fadado, em termos de determinismo psíquico, a repetir suas vivências de forma pouco criadora.

Concordo com Langer (1981), quando afirma que, às vezes, uma mulher que sofreu privações em sua infância pode vir a desenvolver uma boa identificação com o seu filho e ser brindada, mediante a maternidade, com a possibilidade de resolver antigos conflitos vividos com a própria mãe.

De fato, notei que, ao final dos encontros, não apenas Amagassá tentava resolver seus conflitos em assumir a maternidade, como Náki assim o fazia. Desse modo, entendo que, ao decidir passar uma semana junto a Kodomô, Amagassá estava tentando deixar de ser a filha rejeitada pela mãe, para ser a mãe devotada de Kodomô. Náki, por sua vez, ao

decidir casar-se e engravidar novamente, estava buscando – mesmo que de modo um tanto atropelado – sair da posição existencial de filha, para criar uma família além da de origem, na qual viria a assumir a função materna. Vejo, dessa maneira, que, ao final dos encontros terapêuticos, este campo psicológico vivencial, que denominei “ser filha”, tendia a chamar-se “ser mãe”.

6.3. ESPERANÇA E CONFIANÇA NA PSICOTERAPIA

O último campo psicológico não consciente que gostaria de apresentar não se refere exatamente à vivência da mulher que sofreu aborto espontâneo, mas, sim, à relação terapêutica estabelecida entre mim e as pacientes.

Ao reler as narrativas referentes aos encontros realizados com Náki e com Amagassá, percebi que, logo em nosso primeiro contato, realizado quando as pacientes estavam internadas na enfermaria de ginecologia, ambas “abriram-se” comigo.

Náki, que estava deitada e imóvel em seu leito – aparentava, inclusive, estar dormindo –, ao ser abordada por mim, sentou-se na cama e passou a contar-me de si. Amagassá, que estava anestesiada por conta da curetagem a que havia acabado de submeter-se, pediu-me para que não fosse embora, pois não queria me “perder”.

Chamo, aqui, a atenção para o termo “perder”, utilizado pela paciente, termo este que poderíamos considerar “pesado”, se contextualizarmos que estava referindo-se a perder uma pessoa que sequer conhecia. O que estaria por trás do “perder” de Amagassá? O que ela tinha medo de “perder”?

Penso que ao falar que não queria me perder, Amagassá poderia estar aludindo à perda que acabara de vivenciar naquele momento. Desse modo, estaria dizendo-me que não conseguiria lidar com outra perda, além da ocasionada pelo abortamento. Ainda, podemos entender que Amagassá pudesse estar dizendo que não queria perder a oportunidade de vivenciar aquela interrupção da gravidez – e conseqüente interrupção de sua continuidade de ser – de forma mais integrada. Falava, pois, de perder a oportunidade de encontrar uma psicóloga que poderia favorecer seu crescimento pessoal.

Vemos, assim, o quanto as pacientes foram extremamente receptivas em relação à minha ajuda. Não apenas elas, bem como as outras mulheres que haviam sofrido aborto

espontâneo e com as quais havia entrado em contato, na enfermaria, para convidá-las a participarem deste estudo.

Conforme dito previamente, até que ficasse definido que as participantes deste estudo seriam Náki e Amagassá, entrei em contato com outras oito mulheres que haviam abortado e que, por diversos motivos, acabaram não aderindo ao meu convite de participar deste estudo. Com exceção de uma delas – que, tão logo me apresentei como psicóloga, pediu-me para ir embora, demonstrando claramente não estar disponível emocionalmente para um encontro terapêutico -, com todas senti a mesma receptividade de Náki e de Amagassá.

Assim, apesar de oito mulheres não terem efetivamente participado dos encontros terapêuticos que propus, sete delas, ao serem abordadas por mim, começavam, espontaneamente, a discorrer sobre aquela experiência que estavam vivenciando, fazendo daqueles momentos mais do que meros convites.

Lembro-me de uma delas que, chorando muito, contou, em meu ouvido – como se estivesse confessando-me um segredo – que, quando descobrira estar grávida, havia odiado a situação, uma vez que não queria ser mãe. Perguntou-me: “Será que porque eu odiei o meu bebê, Deus quis me castigar?” Disse-lhe que era normal uma mulher sentir ódio de uma gravidez que surge inesperadamente e que, desse modo, ela não deveria sentir-se culpada por seus sentimentos verdadeiros. Ela ficou tão agradecida que, quando eu estava indo embora, presenteou-me com uma banana, sua sobremesa do almoço hospitalar.

O gesto de ser presenteada com uma banana, assim como o gesto de Náki de sentar-se em seu leito, bem como o de Amagassá pedir-me que eu não fosse embora, revelam o quanto seria impraticável que, num primeiro momento, eu apenas convidasse as

pacientes para participar deste estudo, somente iniciando os encontros terapêuticos propriamente ditos após as pacientes não mais estarem internadas na enfermaria.

Em termos éticos, seria problemático eu propor, a estas pacientes, que compartilhassem comigo as suas vivências dolorosas e, logo em seguida, ir-me embora, “abortando-as” em sua esperança de virem a ser entendidas por alguém. Eu era demandada a fazer mais do que um convite a elas, naqueles momentos, com a minha presença não sendo vivida como invasiva, mas, pelo contrário, oportuna.

Winnicott (1970) afirmava que os primeiros momentos com o paciente eram tão potencialmente mutativos – uma vez que consistem no instante em que o paciente estaria carregado da esperança de vir a ser verdadeiramente compreendido por alguém -, que jamais deveriam ser desperdiçados. Embasado nesta sua percepção que Winnicott acabou desenvolvendo as suas consultas terapêuticas, que, na verdade, consistiam em primeiras entrevistas com o paciente, que se caracterizavam pela presença de grande motivação e esperança de ser compreendido. Neste contexto, explica-se porque não raro seus pacientes chegavam a sonhar com ele, antes de conhecê-lo propriamente:

Fiquei surpreso com a frequência com que as crianças sonhavam comigo na noite anterior à consulta. Esse sonho com o médico que elas iriam ver obviamente refletia o preparo mental imaginativo delas mesmas em relação a médicos, dentistas e outras pessoas que se supõem auxiliadoras (...). Contudo, lá estava eu quando, na minha surpresa, descobri ajustando-me a uma noção preconcebida (...). Numa linguagem que uso atualmente, mas que não estava preparado para usar naquela época, encontrava-me na posição de objeto subjetivo. O que sinto agora é que nesse papel de objeto

subjetivo, que raramente sobrevive à primeira ou às primeiras entrevistas, o médico tem uma maior oportunidade de estar em contato com a criança. (Winnicott, 1970, p. 12).

Apesar de tanto Náki quanto Amagassá terem expressado sua necessidade em compartilhar suas experiências com alguém, creio que foi Amagassá quem trouxe muito nitidamente essa questão do sonho e da esperança de ser compreendida.

Em nosso primeiro encontro terapêutico, após Amagassá ter tido alta hospitalar, comentou que achava que o nosso encontro pudesse ter sido um sonho, no qual era escutada por um anjo. Apenas teve certeza de que nossa conversa não fora um sonho – e que eu tampouco era um anjo – porque se deparou concretamente com o papel no qual eu marcara meu número de telefone, além do dia e horário em que iríamos encontrar-nos novamente.

É claro que podemos compreender que Amagassá tenha ficado confusa se o nosso encontro fora real ou ilusório porque estava sedada e, desse modo, encontrava-se num estado racional meio nebuloso. Talvez seja até por conta disso que Náki, diferentemente de Amagassá, não trouxe questões desse tipo.

Por outro lado, podemos refletir que o estado confusional no qual Amagassá encontrava-se imersa apenas favoreceu a vivência nítida da sensação de ansiar esperançosamente que alguém a compreendesse, a ponto de sonhar com um encontro. Tal situação remete-nos ao conceito de “objeto subjetivo”, que se refere à forma do bebê relacionar-se com os objetos do mundo. Inicialmente, o bebê relaciona-se com os objetos “acreditando” que foram onipotentemente por ele criados, não havendo, assim, uma clara distinção entre o “*me*” e o “*not-me*”, o que justificaria a denominação de “objeto subjetivo”. Desse modo, inicialmente, o bebê usaria a sua mãe como objeto subjetivo - não

percebendo, por exemplo, que o seio ofertado por ela não foi criado por ele, mas que existia independentemente dele (Winnicott, 1971). Desde tal perspectiva, acredito que Amagassá via-me, no início de nossa relação terapêutica, como um verdadeiro objeto subjetivo.

Se, no início dos encontros terapêuticos, Náki e Amagassá vincularam-se a mim movidas pela esperança de virem a serem compreendidas, o fim dos encontros ocorreu de modo que merece ser destacado.

No dia de nosso quarto e último encontro, Náki avisou-me que estava doente e pediu-me para que postergássemos aquele encontro para a semana seguinte. Amagassá, na semana de nosso terceiro e último encontro, avisou-me que seu filho estava passando uma semana em sua casa, pedindo, também, para que postergássemos o encontro para a outra semana. Estes cancelamentos dos encontros teriam sido coincidência ou indicariam algo significativo, em termos do enquadre utilizado?

É possível que alguns façam a leitura de que estas faltas foram casuais ou, ainda, que teriam sido um movimento de resistência das pacientes em relação ao término do contrato terapêutico. Por mais que não soubessem, conscientemente, que os encontros seguintes seriam os últimos - até porque isto não era planejado, sendo decidido, por mim e pelas pacientes, de acordo com o andamento do encontro -, talvez percebessem, inconscientemente, que estávamos caminhando rumo a um término terapêutico e, daí, teriam faltado para prolongar o nosso contato por mais uma semana.

Faço, entretanto, outra leitura, baseada no que Winnicott afirmava a respeito de suas consultas terapêuticas. Winnicott (1970) dizia que o paciente, após poucos encontros com o terapeuta, sentindo-se verdadeiramente compreendido, poderia resgatar a sua esperança relativa às perspectivas de vida, e “retornar” para a sua situação de vida sem mais ser acompanhado pelo terapeuta, desde que tal ambiente fosse minimamente

favorável. Reiterava, desse modo, o quanto era extremamente valiosa, para o paciente, a sensação de ser compreendido por alguém, como podemos observar no seguinte trecho:

Naturalmente, a criança²⁷ pode sentir-se mais compreendida do que realmente foi, mas o efeito terá sido o de haver dado à criança alguma esperança de ser compreendida e talvez até mesmo de ser ajudada (Winnicott, 1970, p. 13).

Analogamente, penso que Náki e Amagassá faltaram aos encontros terapêuticos porque já haviam vivido, comigo, uma experiência significativa, através da qual puderam deparar-se com a possibilidade de criarem-se enquanto mães. Logo, Náki via a possibilidade de deixar de ser a “princesinha” da casa, assim como Amagassá via um caminho alternativo a construir junto a seu filho. Elas já haviam feito uso de mim e daquele espaço terapêutico, de modo que já poderiam partir para mudanças extra-transferenciais.

É importante destacar que, segundo Winnicott (1970), esta valiosa sensação de sentir-se compreendido, gerando uma certa esperança em relação à vida, deve-se justamente ao fato do terapeuta ser tido como um objeto-subjetivo do paciente, ou seja, tido de forma extremamente ilusória e idealizada. Caso o terapeuta passasse a ser visto de forma real, o que inevitavelmente ocorreria num contexto de uma análise de longa duração, a dinâmica seria outra: ao invés de termos um paciente que se mantém esperançoso porque, certa vez, foi atendido por um terapeuta “anjo da guarda”, que nele acreditou, teríamos um paciente que se sente fortalecido porque faz terapia intensiva e, desse modo, tem concretamente um profissional ao seu lado.

²⁷ Conforme mencionado previamente, Winnicott, por ter sido pediatra, acabou desenvolvendo a sua teoria junto a pacientes infantis, o que não impede, entretanto, que façamos uma leitura de sua obra estendendo-a aos pacientes adultos.

Assim, penso que Náki e Amagassá puderam usar-me melhor na medida em que tivemos poucos encontros terapêuticos e eu pude, tal como Amagassá disse em nossa despedida, ser tida como o “anjo da guarda” que a compreendeu.

Isto talvez justifique porque, em termos contratransferenciais, fiquei ansiosa em finalizar os encontros terapêuticos com Amagassá. Reconheço que, talvez, esta minha postura de encerrar os encontros tenha sido, para a paciente, uma nova interrupção, além da que havia acabado de viver. Será que eu deveria tê-la atendido mais vezes, bem como ter lhe dado mais tempo para que seus desenhos ficassem coloridos? Por outro lado, penso que era importante que ela vivesse, comigo, um momento pontual – vendo-me de maneira idealizada – para poder usar-me de forma prolongada, ou seja, para além do término de nosso contato.

É até interessante pensar que as duas pacientes, ao final, “levaram” concretamente um pouco de mim, junto de si mesmas, após o encerramento de nossos encontros: Náki levou dois de meus desenhos-estórias, enquanto Amagassá guardou o papel em que eu anotara os dados de nosso primeiro encontro terapêutico.



7. MOVIMENTOS MUTATIVOS

Chegamos ao último capítulo deste estudo. Mas, apesar de termos chegado ao “fim” deste trabalho, gostaríamos de salientar que não o consideramos concluído, no sentido de que nada haveria a ser acrescentado. Muito pelo contrário, concebemos esta pesquisa como algo em desenvolvimento, como um botão de flor que desabrocha.

Acreditamos que este caráter de “incompletude” faz-se presente tanto no que diz respeito às reflexões teóricas, quanto no que tange ao acontecer clínico. No que concerne à parte teórica, assim como apontamos, ao longo da dissertação, que as pesquisas em ciências humanas não visam a dar uma investigação por encerrada, mas, pelo contrário, a provocar maiores reflexões acerca do fenômeno estudado, assumimos que, de fato, nossa teorização está incompleta. Tanto sabemos não termos apresentado todos os campos psicológicos vivenciais não conscientes referentes à mulher que sofre aborto espontâneo - uma vez que essa captação consiste na relação da pesquisadora, com a sua personalidade, com as narrativas psicanalíticas -, que defendemos ser possível que outros leitores encontrem campos que, aqui, tenham passado despercebidos. Assim, segundo a perspectiva que adotamos, o fato de alguém captar um outro campo não nos seria um indicativo de falha, na pesquisa, mas, sim, do quanto as narrativas psicanalíticas apresentadas puderam ser fértilmente usadas a serviço da construção do conhecimento.

Analogamente, dizemos que a parte “clínica” deste estudo tampouco encontra-se encerrada, pois, apesar dos encontros terapêuticos propriamente ditos terem-se finalizado, consideramos, como discutimos previamente, que a “presença” da pesquisadora, enquanto terapeuta, não se dissipou com o término das sessões. Partimos do pressuposto winnicottiano de que Náki e Amagassá puderam vivenciar encontros significativos, com uma terapeuta que as entendia e que confiava verdadeiramente em seu potencial de crescer e assumir a maternidade, agregando-lhes uma sensação de esperança que pudesse acompanhá-las em momentos posteriores aos encontros clínicos.

Logo, nas narrativas referente aos encontros terapêuticos com Náki, pudemos vislumbrar que, através da realização de desenhos-estórias, a participante pôde deparar-se com uma parte de seu *self*, que se encontrava dissociada. Pôde, assim, compreender que, por mais que conscientemente afirmasse querer casar-se e ter filhos, não conseguia viajar sem a sua família ou residir longe dela. Vivia um verdadeiro impasse existencial, entre manter-se na posição de “princesinha” de dezesseis anos ou assumir a posição existencial de uma mulher de trinta anos, “rainha” de sua própria vida.

Acreditamos que a decisão de Náki de casar-se mais cedo e engravidar rapidamente possa ser compreendida como uma tentativa violenta, da paciente, em resolver tal impasse: tentava desprender-se de sua função de filha. Por outro lado, exatamente por consistir num gesto desesperado, vimos que a própria Náki não conseguia dar sustentação à esta mudança brusca, optando continuar morando com seus pais ou voltando para casa às 22:00 horas. Apesar de enxergarmos que, no final, o impasse de Náki não foi plenamente resolvido, pensamos que ela estava esperançosa de que conseguiria ser uma gaivota livre, ao invés de uma filhinha presa, à família, por cordões umbilicais.

No que se refere à Amagassá, fizemos a leitura de que a paciente, ao final dos encontros, teria igualmente tentado caminhar em direção à maternidade. Se Náki o fazia tentando engravidar, brevemente, Amagassá dirigia-se a Kodomô, seu único filho vivo. Assim, consideramos que Amagassá pôde trazer, à pesquisadora, aspectos de sua vida que, de tão dolorosos, tiveram que ser dissociados, sendo tidos como temas “proibidos” de serem abordados. Pôde confiar à terapeuta como se sentira desamparada, enquanto criança, assumindo um sentimento de ódio, por sua mãe, já que o amor que lhe tinha não lhe parecia ser correspondido.

Desse modo, até quando tivemos contato com as duas participantes, vimos uma Náki que tentava criar uma família para si própria, além de uma Amagassá que tentava ser,

para o filho preterido, uma mãe diferente daquela que tivera. Entretanto, não temos como afirmar que as pacientes, após o término dos encontros, tenham mantido, efetivamente, esta nova postura. Será que Náki conseguiu, de fato, sair da casa de seus pais e morar com Tsutí? Será que Amagassá manteve o seu plano de passar mais tempo com Kodomô, deixando para trás seu sentimento de culpa e seu ódio?

É importante esclarecermos que não estamos promovendo aqui uma discussão similar àquela empreendida por Wolberg (1977), segundo o qual as verdadeiras mudanças só aconteceriam a partir de alterações na estrutura da personalidade do paciente, através de uma psicanálise ortodoxa, em que um terapeuta simplesmente modificaria a estrutura do ser de um indivíduo como se se tratasse de algo mecânico. Discordamos do autor, acreditando ser extremamente possível que um paciente possa recriar a sua forma de ser, no mundo, sem necessariamente demandar um trabalho de tipo reconstrutivo, apenas através da postura facilitadora do analista.

Nossos questionamentos sobre o caminhar de Náki e de Amagassá, dessa forma, não se referem se o enquadre utilizado foi suficientemente bom, mas, sim, se o ambiente que as rodeou, após o término dos encontros, foi suficientemente bom para com elas. Winnicott (1970, p. 13) nutria esta dúvida em relação às suas consultas terapêuticas:

Diria que, se a criança sai da consulta terapêutica e retorna para uma situação familiar ou social anormal, então não há provisão ambiental alguma da espécie necessária e que eu julgaria admissível... Confio em um 'ambiente desejável médio' para encontrar e utilizar as mudanças que ocorrem no menino ou na menina, durante a entrevista, mudanças que indicam uma anulação da dificuldade no processo de desenvolvimento.

Portanto, o que estamos afirmando é que, do nosso ponto de vista, ambas as participantes puderam vivenciar um momento significativo, ao término do qual demonstraram movimentos mais integrados e criativos. Do mesmo modo, demonstraram que levariam a “presença” da terapeuta para além daquele enquadre, o que lhes serviria de inspiração para continuarem confiando na possibilidade de recriarem suas vidas.

Por outro lado, não temos como afirmar se o ambiente que as acolheu permitiu-lhes que esta vivência de esperança e de recriação não fosse abortada. Assim, por exemplo, não sabemos se a família de Náki foi sensível ao crescimento emocional da paciente, dando-lhe a oportunidade de, finalmente, abandonar a função de “princesinha” da casa. Analogamente, não sabemos se o ex-marido de Amagassá, por exemplo, foi acolhedor ao gesto da paciente, permitindo-lhe que passasse mais tempo com Kodomô, ao invés de ficar dizendo-lhe que era uma mãe relapsa. Terá sido a sensação de esperança das pacientes mais forte do que um ambiente externo hostil e pouco acolhedor às suas mudanças? Tratam-se de questões não passíveis de serem respondidas aqui, mas que revelam o quanto o trabalho clínico, com as participantes, não findou ao término dos encontros terapêuticos.

Ainda, consideramos que a “incompletude” presente, neste trabalho, também estaria presente em nossa proposta de um tipo de enquadre clínico diferenciado que, neste estudo, traduziu-se em encontros terapêuticos nos quais se fazia um uso adaptado de desenhos-estórias. Compreendo que, da mesma forma que usei o paradigma presente no Jogo do Rabisco de Winnicott, para inventar o meu próprio “Jogo do Rabisco”, é possível que cada psicólogo crie o seu recurso mediador-dialógico, de acordo com a sua própria personalidade e com a disponibilidade do paciente.

Consideramos, não obstante, que a preciosidade deste trabalho não é a mera apresentação de um enquadre clínico diferenciado, específico às mulheres cujas

gestações são espontaneamente interrompidas, a ser apreendido por profissionais que atuam nesta área. Assim, entendemos que, a partir deste material, faz-se possível que outras formas de enquadres clínicos diferenciados sejam desenvolvidas, voltadas para diversos grupos sociais, além daquele constituído especificamente pelas mulheres que sofreram aborto espontâneo. Este estudo, afinal, far-se-ia interessante para qualquer psicanalista – e não apenas àquele que trabalha com a vivência da gravidez – desejoso de reinventar sua prática clínica.

Para encerrar, gostaria de aludir aos versos de uma canção, a mesma música que elegi para o prefácio deste trabalho. Desse modo, uno o término ao começo, como de fato deve ocorrer com as pesquisas psicanalíticas: cada estudo finalizado deve dar à luz novos trabalhos, configurando o campo científico das ciências humanas.

“Nessa estrada não nos cabe
Conhecer ou ver o que virá
O fim dela ninguém sabe
Bem ao certo onde vai dar”
 (“Aquarela”, de Toquinho)

REFERÊNCIAS

Aiello-Vaisberg, T.M.J. (1999). *Encontro com a loucura: Transicionalidade e Ensino de Psicopatologia*. Tese de Livre-Docência não publicada. Instituto de Psicologia, USP, São Paulo.

Aiello-Vaisberg, T. M. J., Correa, Y. B., & Ambrósio, F. F. (2000). *Encontros brincantes: o uso de procedimentos apresentativo-expressivos na pesquisa e na clínica winnicottiana*. Trabalho apresentado no IX Encontro Latino Americano sobre o Pensamento de D. W. Winnicott, Rio de Janeiro, RJ.

Aiello-Vaisberg, T.M.J. & Machado, M.C.L. (2000). Diagnóstico estrutural de personalidade em psicopatologia psicanalítica. *Psicologia USP*, 1(11), 29-48.

Aiello-Vaisberg, T.M.J., Silva, L.S. da, Granato, T.M.M. & Félici, E.M. de (2004). Tissant la grossesse point à point: Art-thérapie pour femmes enceintes. *Bulletin de Psychologie*, 6, (4686), 807-810.

Aiello-Vaisberg, T.M.J. & Machado, M.C.L. (2003). Sofrimento humano e estudo da “eficácia terapêutica” de enquadres clínicos diferenciados. In Aiello-Vaisberg, T.M.J. & Ambrosio, F.F. (Orgs), *Apresentação e Materialidade*. São Paulo: Cadernos Ser e Fazer.

Aiello-Vaisberg, T. M. J., Machado, M.C.L. & Ambrosio, F. F.(2003). A ALMA, O OLHO E A MÃO: Estratégias metodológicas de Pesquisa na Psicologia Clínica Social

Winnicottiana. In Aiello-Vaisberg, T.M.J. & Ambrosio, F.F. (Orgs), *Trajeto do sofrimento: desenraizamento e exclusão*. São Paulo: Cadernos Ser e Fazer.

Aiello-Vaisberg, T.M.J., Machado, M.C.L., Baptista, A.M. (2003). *Sofrimento Humano e Psicanálise Contemporânea*. Trabalho apresentado no Congresso Estados Gerais da Psicanálise, Rio de Janeiro, RJ.

Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2004a). Os enquadres clínicos diferenciados e a personalização/realização transicional. Em Aiello-Vaisberg, T.M.J. & Ambrosio, F.F. (Orgs), *O Brincar*. São Paulo: Cadernos Ser e Fazer.

Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2004b). *Ser e Fazer. Enquadres diferenciados na clínica winnicottiana*. Aparecida, SP: Idéias e Letras.

Aiello-Vaisberg, T.M.J. & Machado, M.C.L. (2005). *O gesto do sonhador brincante*. Trabalho apresentado no Congresso Estados Gerais da Psicanálise, Rio de Janeiro, RJ.

Alberti, S. (2000). Psicanálise: a última flor da medicina. A clínica no discurso do hospital. In Elia, L. & Alberti, S. (Orgs) , *Clínica e Pesquisa em Psicanálise*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

Andreis, M. (1995). *Morte e prática médica: ensaio reflexivo sobre o discurso de cardiologistas*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, USP, São Paulo.

Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: o mito do amor materno* (trad. por W. Dutra). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Baptista, A.M. (2003). *Sufrimento e prática médica: abordagem do pedido de interconsulta médico-psicológica numa perspectiva winnicottiana*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, USP, São Paulo.

Baptista, A.M. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2004). O coelhinho Ludovico: intervenção na clínica winnicottiana. Em Aiello-Vaisberg, T.M.J. & Ambrosio, F.F. (Orgs), *O Brincar*. São Paulo: Cadernos Ser e Fazer.

Barone, K.C. (2003). *Realidade e luto na obra de Winnicott: outras perspectivas a partir do conceito de transicionalidade*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, USP, São Paulo.

Barros, C.J. (2005). O uso terapêutico da falha do analista. In Sanches, R.M. (Org), *Winnicott na clínica e na instituição*. São Paulo: editora Escuta.

Barus-Michel, J. (2003). Sofrimento, trajetos, recursos, dimensões psicossociais do sofrimento humano. In Aiello-Vaisberg, T.M.J. & Ambrosio, F.F. (Orgs), *Trajetos do sofrimento: rupturas e (re)criações de sentido*. São Paulo: Cadernos Ser e Fazer.

Bastidas, C. (2001). Fruto gestante: reflexões sobre experiências de orientação e prevenção em saúde pública e sobre a construção da figura do bebê no mundo mental da gestante. *Encontro*, 6, 32-34.

Baudelaire, C. (1968). Chacun as chimère. In Baudelaire, C., *Ouvres completes*. France: Imprimerie Mame à Tours.

Bleger, J. (1963/1984). *Psicologia da conduta* (trad. Por E. de O. Diehl). Porto Alegre: Artes Médicas.

Bohoslavsky, R. (1993). *Orientação vocacional: a estratégia clínica* (trad. por J.M.V. Bojart). São Paulo: editora Martins Fontes.

Carvalho, V.M. de (2005). O acontecimento clínico e a presença real do analista. In Aiello-Vaisberg, T.M.J. & Ambrosio, F.F. (Orgs), *Reflexões Éticas na Clínica Contemporânea*. São Paulo: Cadernos Ser e Fazer.

Catafesta, I.F. da M. (1997). Comemoração do centenário de nascimento de D.W. Winnicott na Universidade de São Paulo. In Catafesta, I.F. da M. (Org), *A clínica e a pesquisa no final do século: Winnicott e a universidade*. São Paulo: editora Lemos.

Celes, L.A.M. (2000). Contemporaneidade da Psicanálise. In Pacheco Filho, R.A., Coelho Junior, N. & Rosa, M.D. (Orgs), *Ciência, Pesquisa, Representação e Realidade em Psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Costa, R.G., Hary, El, Osis, M.J.D. & Faúndes, A. (1995). A decisão de abortar: processos e sentimentos envolvidos. *Cadernos de Saúde Pública*, 11 (1),97-105.

Costa, C.F.F. & Costa,H. de L.F.F. (2001). Abortamento. In Benzecry, R, Oliveira, H.C. de & Lemgruber, I. (Orgs), *Tratado de Obstetrícia da FEBRASGO*. Rio de Janeiro: Revinter.

Costa, A.M. (2003). Metáforas do desejo: a esterilização como processo de defesa. *Revista de Ciências Médicas*, 12 (1), 3-13.

Dutra, E. (2002). A narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica. *Estudos de Psicologia*, 2(7), 371-378.

Elia, L. (2000). Psicanálise: clínica e pesquisa. In Elia, L. & Alberti, S. (Orgs) , *Clínica e Pesquisa em Psicanálise*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

Ferreira, J.C. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2003). O amor violenta: dom de iludir. In Aiello-Vaisberg, T.M.J. & Ambrosio, F.F. (Orgs), *Trajetos do Sofrimento: rupturas e (re)criações de sentido*. São Paulo: Cadernos Ser e Fazer.

Ferreira, J.C. (2004). *Encontrando a Mulher: a Psicanálise do Self na abordagem de um singular plural*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, USP, São Paulo.

Ferreira, M.C. (2006). *Encontrando a criança adotiva: um passeio pelo imaginário coletivo de professores à luz da psicanálise*. Tese de Doutorado. Curso de Psicologia, PUC-Campinas, Campinas.

Figueiredo, L.C. (2003). Being myself and behaving myself. Implicação e reserva na clínica de Winnicott. *Tempo Psicanalítico*, 35, 173-188.

Gavião, A.C.D., Costa, F.S.J., Oliveira, A.C. de O.A. de, Nascimento, R.A., Lucia, M.C.S. de, & Arap, S. (2004). Escuta psicanalítica no setting hospitalar: o procedimento Desenhos-Estórias como intermediador. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 12(2), 409-432.

Gonçalves Silva, M.C.Y. (2006). *Le jeu des origines: possibilites et empêchements de la mise en jeu des origines culturelles dans un groupe à médiation*. Dissertação de Mestrado. Laboratoire de Atteintes Somatiques et Identitaires, Université Paris, Paris.

González Rey, F. (2005). *Pesquisa qualitativa e subjetividade* (trad. por M.A.F. Silva). São Paulo: Thomson.

Granato, T.M.M. (2002). *Tempo de gestar: encontros terapêuticos com gestantes à luz da preocupação materna primária*. São Paulo: Landmark

Granato, T.M.M. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2002). A preocupação materna primária especial. *Psicologia Clínica*, 2(14), 87-92.

Granato, T.M.M. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2004). Tecendo a pesquisa clínica em narrativas psicanalíticas. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 12 (2), 253-271.

Granato, T.M.M. (2005). Ética Materna. In Aiello-Vaisberg, T.M.J. & Ambrosio, F.F. (Orgs), *Reflexões Éticas na Clínica Contemporânea*. São Paulo: Cadernos Ser e Fazer.

Hermann, F. (1991). *Clínica psicanalítica: a arte da interpretação*. São Paulo: editora Brasiliense.

Kennell, J.H. & Klaus, M.H. (1992). Atendimento aos pais de um natimorto ou de um bebê que morre. In Klaus, M.H. & Kennell, J.H. (Orgs), *Pais/bebê: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Langer, M. (1981). *Maternidade e sexo: estudo psicanalítico e psicossomático* (trad. por M.N.F.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Lino da Silva, M.E. (1993). Pensar em Psicanálise. Em Lino da Silva, M.E. (Org), *Investigação e Psicanálise*. São Paulo: Papirus.

Lins, M.I.A. (1990). O jogo dos rabiscos: uma aplicação da teoria do jogo de D.W.Winnicott. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 2(24), 191-209.

Loparic, Z. (1997a). A máquina no homem. *Psicanálise e Universidade*, (7), 97-113.

Loparic, Z. (1997b). Winnicott: uma Psicanálise não-edipiana. *Revista de Psicanálise*, 4 (2), 375-387.

Loparic, Z. (1997c). Winnicott e Melanie Klein: conflito de paradigmas. In Catafesta, I.F. da M. (Org), *A clínica e a pesquisa no final do século: Winnicott e a universidade*. São Paulo: editora Lemos.

Luz, R. (1990). Winnicott e a experiência artística. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 2 (24), 179-190.

Machado, M.C.L. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2004). O brincar e a sexualidade: considerações sobre o erotismo e o desejo à luz da psicanálise winnicottiana. Em Aiello-Vaisberg, T.M.J. & Ambrosio, F.F. (Orgs), *O Brincar*. São Paulo: Cadernos Ser e Fazer.

Medeiros, C. (2003a). Brincar, sonhar, ser: reflexões sobre intervenções não interpretativas em diferentes contextos clínicos. In Aiello-Vaisberg, T.M.J. & Ambrosio, F.F. (Orgs), *Trajetos do sofrimento: rupturas e (re)criações de sentido*. São Paulo: Cadernos Ser e Fazer.

Medeiros, C. (2003b). O certo, o errado e o verdadeiro: conversando com pais e mães em consulta terapêutica coletiva. In Aiello-Vaisberg, T.M.J. & Ambrosio, F.F. (Orgs), *Apresentação e Materialidade*. São Paulo: Cadernos Ser e Fazer.

Medeiros, C. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2005). Fios da vida e da morte: tecendo reflexões entre o holding e a ética. In Aiello-Vaisberg, T.M.J. & Ambrosio, F.F. (Orgs), *Reflexões Éticas na Clínica Contemporânea*. São Paulo: Cadernos Ser e Fazer.

Meirelles, F. & Sanches, R.M. (2005). Um olhar psicanalítico na instituição educacional.: o psicodiagnóstico institucional. In Sanches, R.M. (Org)., *Winnicott na clínica e na instituição*. São Paulo: editora Escuta.

Mello Filho, J. de (2001). *O ser e o Viver. Uma visão da obra de Winnicott*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Mencarelli, V.L., Bastidas, L.S. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2003). Violência sexual: um acompanhamento realizado na oficina de velas ornamentais. In Aiello-Vaisberg, T.M.J. & Ambrosio, F.F. (Orgs), *Apresentação e Materialidade*. São Paulo: Cadernos Ser e Fazer.

Morato, H.T.P. (2002). Práticas clínicas em instituições: sofrimento, violência e exclusão. In Aiello-Vaisberg, T.M.J. & Ambrosio, F.F. (Orgs), *Trajetos do sofrimento: desenraizamento e exclusão*. São Paulo: Cadernos Ser e Fazer.

Pacheco Filho, R.A. (2000). O método de Freud para produzir conhecimento: revolução na investigação dos fenômenos psíquicos. In Pacheco Filho, R.A., Coelho Junior, N. & Rosa, M.D. (Orgs), *Ciência, Pesquisa, Representação e Realidade em Psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Pinto, E.B. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2001). Psicanálise e Universidade: perspectivas. *Psicologia USP*, 2 (12), 137-145.

Politzer, G. (1928/1998). *Crítica dos fundamentos da Psicologia: a Psicologia e a Psicanálise* (trad. por M. Marciolino & Y.M. de C.T. da Silva). Piracicaba: editora UNIMEP.

Quayle, J., Isfer, E. & Zugaib, M. (1991). Considerações acerca das representações associadas ao diagnóstico pré-natal. *Revista de Ginecologia e Obstetrícia*, 2 (1), 34-38.

Rezende, A.M. de (1993). A investigação em psicanálise: exegese, hermenêutica e interpretação. Em Lino da Silva, M.E. (Org), *Investigação e Psicanálise*. São Paulo: Papyrus.

Safra, G. (1994). Pesquisa com material clínico. *Psicanálise e Universidade*, 1, 51-72.

Safra, G. (1996). O que há de novo na psicanálise? O homem! *Psicanálise e Universidade*, 4, 61-64.

Safra, G. (2001). Investigação em Psicanálise na universidade. *Psicologia USP*, 2 (12), 171-175.

Safra, G. (2005). DVD *O narrar*.

Sanches, R.M. (2005a). A “grande crise”: uma tentativa de cura. In Sanches, R.M. (Org)., *Winnicott na clínica e na instituição*. São Paulo: editora Escuta.

Sanches, R.M. (2005b). Quando as próteses se rompem. In Sanches, R.M. (Org)., *Winnicott na clínica e na instituição*. São Paulo: editora Escuta.

Sanches, R.M., Peter, A.C.A. & Arida, S.G.P. (2005). UTI neonatal como espaço para intervenção psicoprofilática. In Sanches, R.M. (Org)., *Winnicott na clínica e na instituição*. São Paulo: editora Escuta.

Schupp, T.R., Miyadahira, S. & Zugaib, M. (2002). Qual é a conduta no óbito fetal? *Revista da Associação Médica Brasileira*, 48 (4), 284.

Sipiora, M.L., Murtaugh, M.B. & Duffy, V.B. (2000). Bitter taste perception and severe vomiting in pregnancy. *Physiology & Behavior*, 69, 259-267.

Szejer, M. & Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento* (trad. por M.N.B. Benetti). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Teixeira, A.M. (2006). *Vida revirada: o acontecer humano frente à deficiência adquirida na fase adulta*. Dissertação de Mestrado. Curso de Psicologia, PUC-Campinas, Campinas.

Trinca, W. (1976). *Investigação clínica da personalidade: o desenho livre como estímulo de apercepção temática*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária.

Trindade, Z.A. & Enumo, S.R.F. (2002). Triste e incompleta: uma visão feminina da mulher infértil. *Psicologia USP*, 13 (2), 151-182.

Vitali, L.M. (2004). “Flor-rabisco”: narrativa psicanalítica sobre uma experiência surpreendente. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, USP, São Paulo.

Winnicott (1941). A observação de bebês em uma situação estabelecida. Em Winnicott, D.W. (1958/1993). *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (trad. por J. Russo). Rio de Janeiro: Francisco Alves.

Winnicott, D.W. (1948). A reparação em função da defesa materna organizada contra a depressão. Em Winnicott, D.W. (1958/1993). *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (trad. por J. Russo). Rio de Janeiro: Francisco Alves.

Winnicott, D.W. (1949). O bebê como pessoa. Em Winnicott, D.W. (1965/1975). *A criança e o seu mundo* (trad. por A. Cabral). Rio de Janeiro: Zahar editores.

Winnicott, D.W. (1954). A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal. Em Winnicott, D.W. (1958/1993). *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (trad. por J. Russo). Rio de Janeiro: Francisco Alves.

Winnicott, D.W. (1955). Variedades clínicas da transferência. Em Winnicott, D.W. (1958/1993). *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (trad. por J. Russo). Rio de Janeiro: Francisco Alves.

Winnicott, D.W. (1956). Preocupação materna primária. Em Winnicott, D.W. (1958/1993). *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (trad. por J. Russo). Rio de Janeiro: Francisco Alves.

Winnicott (1957). A contribuição da psicanálise à obstetrícia. Em Winnicott, D.W. (1987/1994). *Os bebês e suas mães* (trad. por J.L.Camargo). São Paulo: Martins Fontes.

Winnicott, D.W. (1960). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro "self". Em Winnicott, D.W. (1965/1983). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (trad. por I.C.S. Ortiz). Porto Alegre: Artes Médicas.

Winnicott, D.W. (1962). Os objetivos do tratamento psicanalítico. Em Winnicott, D.W. (1965/1983). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (trad. por I.C.S. Ortiz). Porto Alegre: Artes Médicas.

Winnicott, D.W. (1963a). A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências. Em Winnicott, D.W. (1987/1994). *Os bebês e suas mães* (trad. por J.L.Camargo). São Paulo: Martins Fontes.

Winnicott, D.W. (1963b). Da dependência à independência.no desenvolvimento do indivíduo. Em Winnicott, D.W. (1965/1983). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (trad. por I.C.S. Ortiz). Porto Alegre: Artes Médicas.

Winnicott, D.W. (1964a). A amamentação como forma de comunicação. Em Winnicott, D.W. (1987/1994). *Os bebês e suas mães* (trad. por J.L.Camargo). São Paulo: Martins Fontes.

Winnicott, D.W. (1964b). O recém-nascido e sua mãe. Em Winnicott, D.W. (1987/1994). *Os bebês e suas mães* (trad. por J.L.Camargo). São Paulo: Martins Fontes.

Winnicott, D.W. (1965/1975). *A criança e o seu mundo* (trad. por A. Cabral). Rio de Janeiro: Zahar editores.

Winnicott, D.W. (1966). A mãe dedicada comum. Em Winnicott, D.W. (1987/1994). *Os bebês e suas mães* (trad. por J.L.Camargo). São Paulo: Martins Fontes.

Winnicott, D.W. (1968). O jogo do rabisco. Em Winnicott, C., Shepherd, R. & Davis, M. (Orgs.), *Explorações psicanalíticas D.W. Winnicott* (trad. por J.O. de A. Abreu). Porto Alegre: Artes Médicas.

Winnicott, D.W. (1970/1984). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil* (trad. por J.M.X. Cunha). Rio de Janeiro: Imago.

Winnicott, D.W. (1971/1975). *O brincar e a realidade* (trad. por J.O. de A. Abreu e V. Nobre). Rio de Janeiro: Imago editora.

Winnicott, D.W. (1988/1990). *Natureza Humana* (trad. por D.L. Bogomoletz). Rio de Janeiro: Imago.

Wolberg, L.R. (1977). *The technique of psychotherapy*. New York: Grune e Stratton.

Yin, R.K. (2001). *Estudo de Caso. Planejamento e Métodos* (trad. por D. Grassi). São Paulo: Bookman.

ANEXO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este termo é o consentimento de duas partes envolvidas em um processo de pesquisa científica. De um lado, a pesquisadora Miriam Tachibana, aluna do curso de Mestrado em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, está realizando uma pesquisa intitulada "Rabiscando Desenhos-Estórias: Encontro Terapêutico com Mulheres que Sofreram Aborto Espontâneo", com mulheres que vivenciaram este tipo de situação, que, neste caso, representariam a outra parte envolvida.

Este estudo consiste numa investigação na qual solicita-se que as participantes realizem desenhos livres, além de criarem e relatarem uma estória a partir de cada um dos desenhos elaborados. Este é um método denominado *Procedimento de Desenhos-Estórias*, de Trinca. A análise dos desenhos e das estórias será feita de acordo com o método interpretativo psicanalítico, sendo garantido o anonimato da participante, impossibilitando sua identificação, assim como o sigilo quanto a dados confidenciais.

A participação é totalmente voluntária, podendo a participante se recusar a participar ou retirar o seu consentimento em qualquer momento da pesquisa, sem penalização ou prejuízo, assim como impedir a inclusão do desenho ou estória na pesquisa.

Espera-se, com este trabalho, obter elementos que permitam perceber se este tipo de atendimento pode ser proveitosamente adotado em serviços psicológicos em instituições. Visa-se, a curto prazo, beneficiar a paciente e pretende-se gerar efeitos psicoprofiláticos em relação a gestações futuras e ao estabelecimento de vínculos com os filhos que virão.

Eu, (nome completo do participante), declaro estar ciente dos objetivos e métodos dessa pesquisa, assim como declaro minha participação voluntária na mesma, autorizando a inclusão do meu desenho-estória na investigação, respeitadas as condições de sigilo, privacidade e o direito de avaliar o material transcrito, nos termos acima descritos. Também estou ciente de que poderei me retirar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo a minha pessoa.

Assinatura da Participante: _____

Assinatura da Pesquisadora: _____

Em caso de dúvidas ou queixa, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa - PUC-CAMPINAS, na Av. John Boyd Dunlop, s/nº. Jd Ipaussurama/Campinas/SP CEP: 13059-900 ou Caixa Postal 317. CEP: 13012-970. O telefone do Comitê é (019) 3729-6808.