



MIRIAM TACHIBANA

FIM DO MUNDO:
O IMAGINÁRIO COLETIVO
DA EQUIPE DE ENFERMAGEM
SOBRE A GESTAÇÃO INTERROMPIDA

PUC-CAMPINAS
2011

MIRIAM TACHIBANA

**FIM DO MUNDO:
O IMAGINÁRIO COLETIVO
DA EQUIPE DE ENFERMAGEM
SOBRE A GESTAÇÃO INTERROMPIDA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia do Centro de Ciências da Vida – PUC-Campinas, como requisito para obtenção do título de Doutor em Psicologia como Profissão e Ciência.

Orientadora: Profa. Livre Docente Tânia Maria José Aiello Vaisberg

Co-orientador: Prof. Dr. Daniel Beaune

**PUC-CAMPINAS
2011**

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

t157.9
T117f

Tachibana, Miriam.

Fim do mundo: o imaginário coletivo da equipe de enfermagem sobre a gestação interrompida / Miriam Tachibana. - Campinas: PUC-Campinas, 2011.
170p.

Orientadora: Tânia Maria José Aiello Vaisberg; co-orientador: Daniel Beaune.

Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui anexos e bibliografia.

1. Psicologia clínica. 2. Imaginário. 3. Enfermagem obstétrica. 4. Enfermagem - Aspectos psicológicos. 5. Gravidez – Complicações. I. Aiello, Tânia Maria José. II. Beaune, Daniel. III. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida. Pós-Graduação em Psicologia. IV. Título.

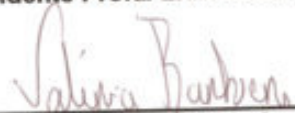
18. ed. CDD – t157.9

MIRIAM TACHIBANA

FIM DO MUNDO:
O IMAGINÁRIO COLETIVO
DA EQUIPE DE ENFERMAGEM
SOBRE A GESTAÇÃO INTERROMPIDA


BANCA EXAMINADORA


Presidente Profa. Livre Docente Tânia Maria José Aiello Vaisberg


Profa. Dra. Valéria Barbieri


Profa. Dra. Christiane Isabelle Couve de Murville Camps


Profa. Dra. Vera Lucia Trevisan de Souza


Prof. Dr. Leopoldo Pereira Fulgêncio Júnior

PUC-CAMPINAS
2011

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, que me apoiaram não apenas na realização do doutorado, com o qual eu vinha sonhando desde o segundo ano da graduação, mas em todos os outros sonhos, permitindo-me “viver”, no sentido winnicottiano do termo.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Tânia Maria José Aiello Vaisberg, com quem jamais me encontrei sem que aprendesse algo de muito valioso, seja em relação à pesquisa, seja em relação à vida.

Ao meu pai, Sekiya Tachibana, que não apenas deu um toque especial à minha tese, realizando os desenhos que ilustram o início de cada um dos capítulos, mas que, também, sempre olhou para mim com muito orgulho, fazendo com que me sentisse especial.

À minha mãe, Anita Kuniko Tachibana, que, mais do que me ensinar a valorizar os estudos, talvez seja a pessoa que mais fez sacrifícios para que eu pudesse dedicar-me a eles.

À minha irmã, Marina Tachibana, que, mesmo sendo extremamente ocupada e tendo pouco tempo disponível, continua sendo uma das pessoas mais generosas que já conheci.

Aos professores da Université Lille 3, Rosa Caron e Thamy Ayouch, assim como ao meu co-orientador Daniel Beaune e sua esposa Dominique Beaune, que me acolheram na França com tanta paciência – principalmente em relação à minha limitada comunicação – e com tanta alegria, fazendo festas de boas-vindas, de aniversário e de despedida.

Aos amigos que conheci na França, em especial à Caterina Rea, Brigitte Kirat, Nathalie Rousseau, Miriam Godet, Bia Ribeiro e Louis Lécareux, que cuidaram de mim como se fossem a minha família, desenvolvendo em mim a confiança de que posso ser muito feliz em mais de um país.

À minhas amigas que, para a minha felicidade, são tantas e são realmente muito amigas. Embora cada uma tenha me apoiado à sua maneira, agradeço especialmente à Maria Lúcia Megid Lessa, que revisou com toda a sua dedicação a minha tese, à Milena

Fernandes de Oliveira, com quem praticava francês todas as semanas, e à Michelle Abou Dehn, que não apenas me ajudou nos preparativos que antecederam a minha ida à França, mas que também chorou, tanto quanto eu, quando eu estava partindo.

Às integrantes do grupo de pesquisa CNPq “Atenção psicológica clínica em instituição: prevenção e intervenção”, em especial à Fabiana Ambrosio, Mariana Pontes, Sueli Belluzo, Kátia Zia, Cristiane Simões e Elisa Corbett, com quem pude contar não apenas no desenvolvimento das reflexões clínico-teóricas da tese, mas também no desenvolvimento do doutorado, compartilhando minhas conquistas e angústias.

Aos examinadores da qualificação e da defesa, em especial às amigas Tania Granato e Valéria Barbieri, por contribuírem com a minha tese e com a minha formação, mesclando uma postura crítica e, ao mesmo tempo, acolhedora.

Ao Rafael Cabelo, que esteve ao meu lado na maior parte destes longos anos de mestrado e de doutorado, por sempre ter confiado em meu potencial, mesmo nos momentos em que eu própria tive dúvidas.

À secretaria do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUC-Campinas, pela prontidão com a qual os meus pedidos foram atendidos, bem como pela precisão das informações prestadas.

Ao CNPq e à CAPES, que me concederam respectivamente as bolsas de doutorado no Brasil e de doutorado “sanduíche” na França, sem as quais eu não teria conseguido mergulhar tão profundamente na minha formação.

“ (...) E a vida? E a vida o que é, diga lá, meu irmão?
Ela é a batida de um coração?
Ela é uma doce ilusão?
Mas e a vida? Ela é maravilha ou é sofrimento?
Ela é alegria ou lamento?
O que é? O que é, meu irmão?
Há quem fale que a vida da gente é um nada no mundo
É uma gota, é um tempo
que nem dá um segundo
Há quem fale que é um divino mistério profundo
É o sopro do criador numa atitude repleta de amor
Você diz que é luta e prazer
Ele diz que a vida é viver
Ela diz que melhor é morrer
pois amada não é, e o verbo é sofrer (...)
Somos nós que fazemos a vida
como der, ou puder, ou quiser
Sempre desejada, por mais que esteja errada
Ninguém quer a morte, só saúde e sorte
E a pergunta roda e a cabeça agita
Eu fico com a pureza da resposta das crianças
É a vida! É bonita e é bonita!”

(trecho da letra “O que é, o que é”,
de Gonzaguinha, mencionada por
uma das participantes deste estudo)

SUMÁRIO

Resumo	i
Abstract	ii
Résume	iii
Apresentação	iv
I. A interrupção da gestação	01
II. O ambiente hospitalar suficientemente bom	10
III. O desenho metodológico	
IIIa. O paradigma intersubjetivo	23
IIIb. Investigando o imaginário coletivo como conduta	28
IIIc. A entrevista para abordagem da personalidade coletiva	34
IIId. Narrativas psicanalíticas	40
IIIe. Os campos de sentido afetivo-emocional.....	46
IV. Fim do mundo, vazio eterno e monstruosidade: os campos do imaginário	52
V. Reflexões e interlocuções	64

VI. Considerações finais	82
---------------------------------------	----

VII. Referências bibliográficas	92
--	----

VIII. Anexos

VIIIa. Termo Livre e Esclarecido	124
--	-----

VIIIb. Narrativa sobre a rotina da pesquisadora no ambiente hospitalar	126
--	-----

VIIIc. Narrativas relativas às entrevistas	128
--	-----

Tachibana, M. (2011). Fim do mundo: o imaginário coletivo da equipe de enfermagem sobre a gestação interrompida. Tese de Doutorado. Centro de Ciências da Vida. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, SP, 170 p.

Resumo

A ocorrência de interrupção da gestação demanda não apenas atendimento médico - hospitalar, mas também sustentação emocional, tendo em vista tanto o bem estar imediato da mulher, como a possibilidade de acolhimento a outros bebês que possa ter futuramente. Durante a internação, a mulher permanecerá sob cuidados da equipe de enfermagem obstétrica, de modo que suas vivências serão, em certa medida, afetadas pelas atitudes e condutas destes profissionais. Assim, justifica-se a proposta de investigar o imaginário coletivo da equipe de enfermagem obstétrica sobre a mulher que sofreu interrupção da gestação. Realizamos entrevistas individuais com dezesseis profissionais de um serviço de Obstetrícia de um hospital universitário, fazendo uso do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema como recurso mediador-dialógico. Após cada entrevista, foram redigidas narrativas psicanalíticas que, juntamente com os desenhos-estórias das participantes, foram considerados psicanaliticamente, visando a captação interpretativa de campos de sentido afetivo-emocional. Foram captados campos denominados “Fim do mundo”, “Vazio eterno” e “Monstruosidade”, que permitem a percepção da vigência de um imaginário coletivo no qual a gravidez interrompida é concebida como um fenômeno humanamente inaceitável, que apresentaria contornos apocalípticos, associados à atribuição de motivações maldosas e nefastas à própria gestante. O quadro geral evidencia que a equipe de enfermagem, como coletivo humano, provavelmente enfrentará dificuldades na adoção de condutas solidárias e sustentadoras diante deste tipo de paciente. Esta situação poderá ser superada apenas se a instrução e o esclarecimento das profissionais puderem ser complementados com atenção psicológica clínica, que lhes permita exercer suas tarefas de modo mais tranqüilo e amadurecido.

Palavras-chaves: enfermagem; gravidez; assistência hospitalar; imaginário coletivo; Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema.

Tachibana, M. (2011). End of the world: the collective imaginary of the nursing team about interrupted pregnancy. Doctoral thesis. Life sciences center, Pontifical Catholic University of Campinas, Campinas, SP, 170 p.

Abstract

The occurrence of a pregnancy's interruption requires not only medical and hospital care, but also emotional support, aiming at the patient's welfare and her ability to welcome other babies that she may have in the future. During hospitalization, the patient is under the care of an obstetrical nursing staff and therefore her experiences are affected by the attitudes and behaviors of these professionals. Thus, our project has the objective of investigating the collective imaginary of the obstetrical nursing staff towards the patient who has miscarried. We conducted individual interviews with sixteen professionals from an obstetrics clinic of a university hospital, using the Procedure Drawings-Story with Theme as dialogue mediator. After each interview, psychoanalytic narratives were written and were considered psychoanalytically together with the drawings-stories of the participants, aiming to capture interpretive fields of affective-emotional sense. We captured patterns denominated "End of the World", "Eternal emptiness" and "Monstrosity", which allows the perception that, in the collective imaginary, the interrupted pregnancy is perceived as a phenomenon humanly unacceptable, that would present apocalyptic traits associated with the evil and harmful motivations towards the pregnant patient. The overall picture shows that the nursing staff, as a human collective, might face difficulties in adopting and sustaining supportive behavior to this type of patient. This situation may be overcome only if the instruction and enlightenment of these professionals is supplemented with clinic psychological care that will allow them to perform their tasks more calmly and maturely.

Keywords: nursing, pregnancy, hospital care, collective imaginary; Procedure Drawing-Story with Theme.

Tachibana, M. (2011). Fin du monde: l'imaginaire collectif de l'équipe infirmière sur la grossesse interrompue. Thèse de doctorat. Centre de Sciences de la Vie. Pontificie Université Catholique de Campinas. Campinas, SP, 170 p.

Résumé

Le phénomène d'interruption de la grossesse exige non seulement une prise en charge médico-hospitalière, mais aussi un soutien émotionnel, soit pour favoriser le bien-être de la femme, soit dans la visée de faire une place à son désir d'avoir un enfant dans le futur. Pendant l'hospitalisation, confiée aux soins de l'équipe d'infirmière obstétrique, les vécus de la femme ayant interrompu une grossesse sont le plus souvent affectés par les attitudes et conduites de ces professionnels. Ainsi, se justifie la démarche d'effectuer une recherche sur l'imaginaire collectif que l'équipe d'infirmières obstétriques constitue de la femme qui a souffert l'interruption de la grossesse. Nous avons réalisé des entretiens individuels avec seize professionnelles du domaine obstétrical d'un hôpital universitaire, en utilisant, au titre d'un médiateur dialogique, la Procédure de Dessins-Histoires avec Thème. Après chaque entretien, un récit psychanalytique a été réalisé. Ce récit et l'ensemble des dessins-histoires des participantes ont alors fait l'objet d'une étude-psychoanalytique, dans le but d'y cerner, de manière interprétative, les champs de sens affectif-émotionnel. Les champs récurrents de "Fin du monde", "Vide éternel" et "Monstruosité" ont révélé un imaginaire collectif selon lequel la grossesse interrompue est conçue comme un phénomène humainement inacceptable, qui présenterait des contours apocalyptiques, associés à l'attribution à la femme enceinte de motivations méchantes et néfastes. Le cadre général met en évidence que l'équipe infirmière, comme collectif humaine, rencontre probablement des difficultés à adopter des conduites solidaires et accueillantes face à ce type de patiente. Cette situation ne pourra être dépassée que si la formation et l'éclaircissement des professionnels soient complétés avec l'attention propre à la psychologie clinique, permettant d'accomplir leurs fonctions de manière plus sereine et mature.

Mots-clés : infirmière ; grossesse ; assistance hospitalière ; imaginaire collectif ; Procédure de Dessins-Histoires avec Thème.

APRESENTAÇÃO

O objetivo deste trabalho foi o de investigar psicanaliticamente o imaginário coletivo da equipe de enfermagem obstétrica acerca da mulher cuja gravidez foi interrompida. Embora esta pesquisa tenha sido realizada ao longo do doutorado, seria mais justo apresentá-la como algo que vinha sendo “gestado” desde a época do meu aprimoramento profissional, realizado num hospital-maternidade situado no interior do estado de São Paulo. Durante o período do aprimoramento, em que atuei na área de Obstetricia, tive a oportunidade de entrar em contato com o universo vivido pelas gestantes que, apesar de figurarem em nosso imaginário como mães felizes cujos bebês seriam saudáveis e cheios de vitalidade, não raro vivenciavam complicações gestacionais que culminavam na interrupção da gravidez.

A partir desta experiência clínica, durante o mestrado desenvolvemos uma pesquisa voltada à vivência emocional de mulheres que tiveram a gestação espontaneamente interrompida. Conscientes de que esta população demanda cuidado psicológico, que por vezes lhe é inacessível, idealizamos um enquadre clínico que pudesse ser utilizado em equipamentos de saúde pública e voltamo-nos à investigação de sua eficácia clínica.

Se ao longo do mestrado privilegiamos a produção de conhecimento clinicamente útil que auxiliasse psicólogos clínicos a oferecerem sustentação emocional às mulheres que vivenciaram perdas gestacionais, no doutorado, nossa intenção já foi a de realizar uma investigação que favorecesse as mulheres que vivenciaram a interrupção da gravidez, sem restringir o seu cuidado emocional aos psicólogos. Entendemos que, ao realizarmos uma pesquisa voltada à equipe de enfermagem obstétrica - que durante a internação consiste nos profissionais que de maneira geral têm maior contato com as pacientes - poderíamos produzir conhecimento que auxiliasse a população de mulheres cuja gravidez foi interrompida.

No capítulo “A interrupção da gestação” discutimos sobre a necessidade da Psicologia clínica debruçar-se sobre o fenômeno da perda gestacional focalizando não apenas a mulher, mas também o bebê que ela poderá vir a ter futuramente e que dela dependerá. Uma vez que compartilhamos do pressuposto winnicottiano de que o desenvolvimento emocional do bebê estaria intimamente associado ao ambiente vivido, geralmente encarnado nas funções maternas, consideramos que a atenção psicológica às mães pode configurar indiretamente num cuidado emocional ao seu filho.

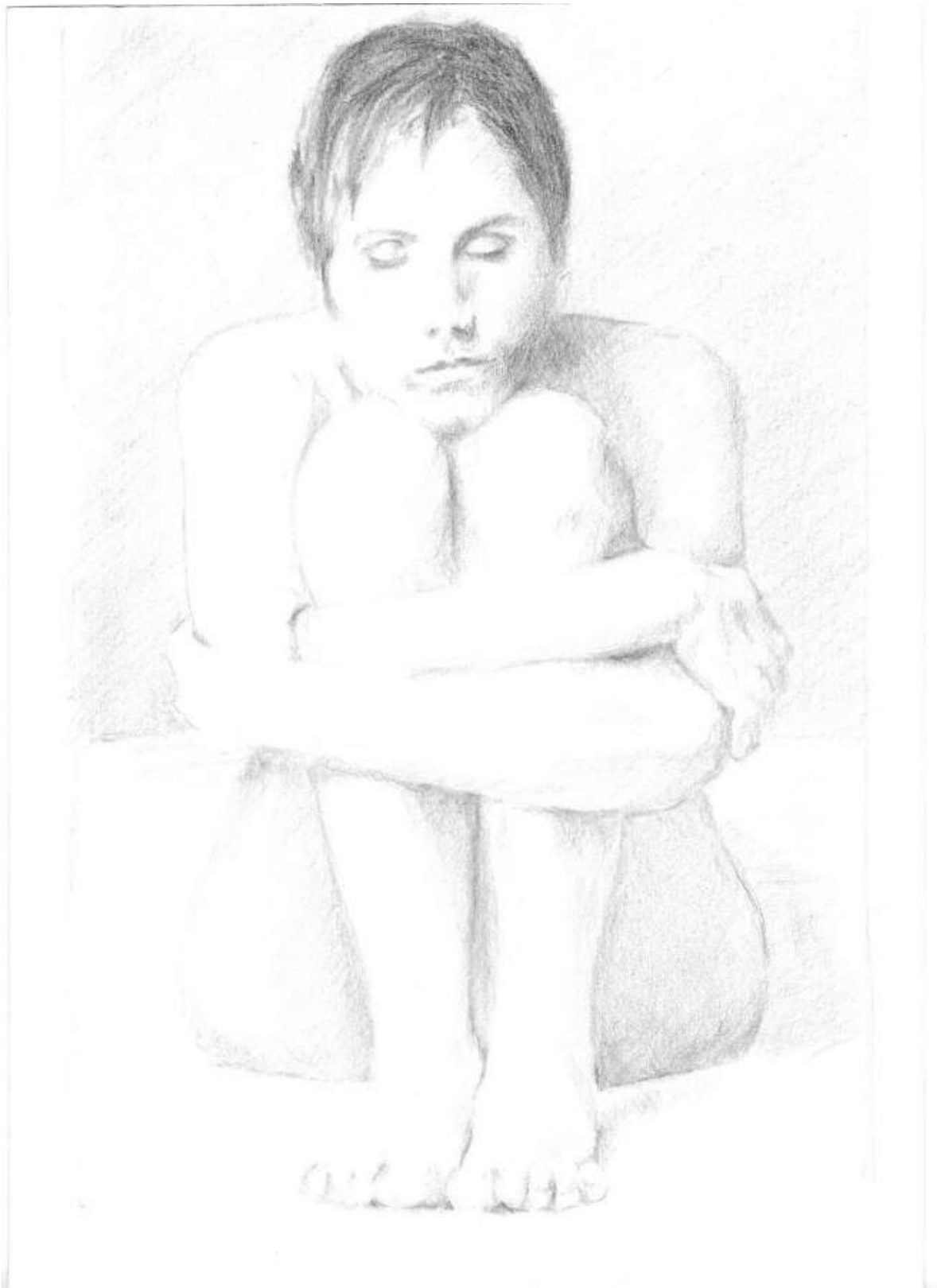
Já no capítulo “O ambiente hospitalar suficientemente bom”, discorremos sobre a possibilidade do hospital constituir-se como ambiente suficientemente bom, quer em relação às pacientes internadas com diagnóstico de perda gestacional, quer em relação à equipe de enfermagem obstétrica que seria igualmente afetada ao lidar com o fenômeno da morte, num processo usualmente associado à vida, como é o caso da gravidez.

No capítulo “O desenho metodológico”, comunicamos as estratégias metodológicas utilizadas para que pudéssemos atender o nosso objetivo de investigar o imaginário coletivo da equipe de enfermagem obstétrica acerca do fenômeno da gravidez interrompida. Assim, apresentamos diversos conceitos metodológicos, tais como “imaginário coletivo”, “campo psicológico de sentido afetivo-emocional”, “entrevista para abordagem da personalidade coletiva” e “narrativa psicanalítica”, que temos usado nas investigações desenvolvidas em nosso grupo de pesquisa e que são epistemologicamente afinados à perspectiva intersubjetiva segundo a qual atuamos.

No capítulo “Os campos do imaginário”, apresentamos os campos de sentido afetivo-emocional captados a partir da consideração psicanalítica dos desenhos-estórias das participantes e das narrativas psicanalíticas, referentes às entrevistas, redigidas por mim. Tais campos, denominados de “Fim do mundo”, “Vazio eterno” e “Monstruosidade”, são

alvo de reflexões clínico-teóricas no capítulo seguinte intitulado “Reflexões e interlocuções”.

Por fim, no capítulo “Considerações finais”, discutimos sobre as implicações do imaginário coletivo da equipe de enfermagem obstétrica, em relação à mulher cuja gravidez foi interrompida, no atendimento que estaria sendo prestado, à esta paciente, em âmbito hospitalar. A partir daí, refletimos sobre as possibilidades de intervenção psicológica clínica que possam favorecer tanto o bem-estar emocional das mulheres, quanto dos profissionais de enfermagem.



I. A INTERRUÇÃO DA GESTAÇÃO

“O bebê que caía”

Quando conheci Luana¹, ela e seu bebê estavam internados no alojamento conjunto, enfermaria onde as mães e seus recém-nascidos ficam internados, nos três primeiros dias após o parto, quando não ocorre nenhuma intercorrência que exija a internação na UTI adulto ou na UTI neonatal.

Embora fisicamente estivesse tudo bem com a paciente e seu bebê, uma das enfermeiras responsáveis pelo alojamento conjunto pediu para que o serviço de Psicologia avaliasse Luana, que demonstrava certa apatia nos cuidados em relação ao próprio filho: não tinha paciência em amamentá-lo; não o segurava no colo sem o incentivo de alguma enfermeira.

Fui até o alojamento conjunto e, apesar do quarto, com mais de dez leitos, estar repleto de mães, bebês, profissionais e visitas, não foi difícil identificar quem era Luana, que destoava das demais parturientes até mesmo na postura corporal: deitada em seu leito, ao invés de estar voltada para o berço de seu recém-nascido, então a seu lado, a paciente mantinha-se de costas para ele.

Logo notei que esta postura de aparente indiferença não se restringia ao bebê: ao sentar-me do seu lado e perguntar se poderíamos conversar, respondeu num tom hostil: “Se quiser saber de mim, é só olhar o meu prontuário que está tudo escrito lá!” Fiquei sem graça com a resposta, mas insisti na conversa, esclarecendo que queria conhecê-la, e não apenas obter algumas informações a respeito de sua vida.

Assim, mesmo demonstrando resistência em estar ali comigo, iniciamos uma conversa. Como a deixei livre para falar sobre o que quisesse, falamos

¹ Nome fictício, visando a preservar o anonimato e o sigilo, tal como prevê o Código de Ética em Psicologia. Maiores informações podem ser encontradas através do site <http://www.crp06.org.br/crp/>

sobre suas dores, sobre o aborrecimento de ficar internada, sobre o ambiente hospitalar...

Já que a paciente não mencionava seu filho, olhei para ele, deitado no berço para o qual ela estava de costas, e perguntei: “E quem é aquele ali?”. Luana virou-se para o bebê, tirou-o do berço e colocou-o em seu próprio leito, mantendo-o deitado a seu lado. Retomou a conversa comigo, falando, entretanto, de outros assuntos que não o filho. Eu, de qualquer forma, já não conseguia mais acompanhá-la: olhava o tempo todo para seu bebê, que se encontrava tão perto da beirada do leito que me dava a impressão de que iria cair de lá a qualquer momento.

Esperei uma pausa na fala de Luana e comentei: “Vai um pouquinho mais pra lá para o seu bebê não ficar tão próximo da beirada da cama”. Sem olhar para ele, respondeu: “Mas meu corpo está doendo muito... Não consigo me mexer... Deixa assim mesmo. É só ele não se mexer que não vai cair.”. Preocupada, prossegui com a conversa, mas fiquei amparando o corpinho do bebê com uma das mãos, impedindo que pudesse cair da cama enquanto conversávamos.

Vendo toda a minha preocupação e esforço em sustentar o recém-nascido, Luana, que estava relutante em falar sobre ele, disse apenas: “Ih, não adianta segurar porque ele vai cair. Mais cedo ou mais tarde, ele vai cair... Os outros dois caíram quando ainda estavam na minha barriga; este aqui não caiu ainda, mas vai cair...”

Esta narrativa refere-se a um dos diversos casos que tive a oportunidade de acompanhar durante o período no qual atuei na área de Obstetrícia de um hospital-

universitário, situado no interior do estado de São Paulo, relacionados à interrupção da gestação, quer um aborto, quer um óbito fetal². Decidi iniciar este trabalho através dessa narrativa por acreditar que, a partir dela, seria possível refletir não apenas acerca da vivência emocional da mulher que sofreu interrupção da gravidez, bem como acerca da condição emocional do bebê que possa vir a ter, numa eventual gravidez posterior à perda gestacional. Trata-se, desse modo, de olhar para dois indivíduos passíveis de sofrimento emocional, e não apenas para a mulher que perdeu seu bebê, como ocorre na maioria dos estudos psicológicos voltados à perda gestacional, como por exemplo os de Legros (2001), Santos, Rosenburg e Buralli (2004); Popper-Gurassa (2005), Clerget (2004) e Arbona (2004).

É verdade que a mulher que sofreu uma interrupção da gestação pode vivenciar um sofrimento emocional intenso que justificaria, por si só, a realização de trabalhos nela focalizados. Em estudo que realizamos anteriormente, junto a mulheres que haviam sofrido aborto espontâneo recente, tivemos a oportunidade de entrar em contato com seu sofrimento emocional, no qual figurava a impressão de serem “impotentes”, dada a incapacidade de levar a gestação a termo (Tachibana, 2006).

Na narrativa apresentada, apesar de a paciente não adotar comportamentos socialmente vinculados à tristeza, não chorando ou revelando-se mais emotiva, por exemplo, observamos o quanto estava profundamente envolvida com as interrupções vivenciadas nas duas gestações anteriores, relatadas através da fala “os outros dois

² Embora haja divergência da literatura médica quanto à definição de óbito fetal e de aborto, ambos considerados uma interrupção da gestação, a maioria utiliza, como critério para diferenciá-los, a questão 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, ao contrário do que comumente ocorre no aborto, é possível vislumbrar o corpo do bebê falecido, que pode tanto ser enterrado pelos pais, quanto deixado para ser estudado pelos geneticistas do hospital (Schupp, Miyadahira & Zugaib, 2002; Nurdan, Mattar & Camano, 2003).

caíram quando ainda estavam na minha barriga (...)”, a ponto de não conseguir confiar na possibilidade de uma história gestacional diversa.

Seria um equívoco, entretanto, limitarmos nosso olhar ao acolhimento do sofrimento da parturiente, “ficando de costas” para o outro protagonista da narrativa: o bebê de Luana. Para olharmos para a vivência emocional do bebê, fruto de uma gestação bem-sucedida de uma mulher que, anteriormente, sofreu interrupção da gravidez, apoiamo-nos nos escritos do psicanalista Donald Winnicott, que justamente por ter sido pediatra e ter entrado em contato com bebês reais e suas mães, teve a oportunidade de desenvolver formulações teóricas complexas acerca do ser humano nos primórdios da vida.

Assim, diferentemente dos teóricos de sua época, em especial Melanie Klein, para quem o ser humano, desde o nascimento, já apresentaria uma realidade psíquica sofisticada, Winnicott (1945) acreditava que, no início da vida, o indivíduo vivenciaria um estado de não integração, sem ter consciência de que habitava um corpo e muito menos que a realidade diante de si não consistia numa criação sua.

De acordo com Winnicott (1952), para que o bebê pudesse evoluir deste estado de não integração para um de maior integração, far-se-ia necessário um ambiente que lhe proporcionasse sustentação emocional:

(...) antes das relações objetais, o estado das coisas é o seguinte: a unidade não é o indivíduo. A unidade é uma organização meio ambiente-indivíduo. O centro da gravidade do ser não começa no indivíduo. Está na organização total. Através de um cuidado suficientemente bom da criança (...), a casca é gradualmente conquistada e o cerne (que o tempo todo nos pareceu um bebê humano) pode começar a ser um indivíduo (Winnicott, 1952, p. 208).

Desse modo, para Winnicott, o bebê demandava tanto cuidado ambiental para que suas potencialidades inatas pudessem ser desenvolvidas, que chegou a afirmar não haver sentido algum falar do recém-nascido de maneira dissociada do ambiente no qual estava inserido. Como observava, de maneira geral, que o cuidado advindo do ambiente era ofertado pela mãe, em diversos momentos de sua obra Winnicott falava do ambiente suficientemente bom, necessário para o desenvolvimento emocional saudável, em termos de uma maternagem suficientemente boa.

Esta concepção de que a mãe encarnaria o ambiente habitado pelo bebê transparece também em seu conceito de *holding*, que se refere à sustentação emocional a partir da qual o recém-nascido se sentiria num ambiente protegido, sem vivenciar intrusões que poderiam ser acompanhadas por estados de confusão, pela sensação de cair eternamente, por ansiedades impensáveis. Pensando nas funções maternas, Winnicott (1967) afirmava que o *holding* consistiria no colo físico e emocional da mãe em relação ao seu filho.

Dito isto, podemos pensar que talvez o bebê de Luana, que parecia em vias de cair da beirada do leito na ocasião do atendimento, vivenciasse o avesso do *holding*. Ao invés de sentir-se emocionalmente amparado pelo ambiente, encontrava-se desprotegido e indefeso, vulnerável não apenas a uma queda literal, como também à vivência emocional de estar em queda livre.

E o que pensar sobre Luana ou sobre as demais mães que se revelam incapazes de exercer a função de *holding*? Embora alguns estudos, voltados às mães que apresentam dificuldades nos cuidados ofertados aos filhos, concebam que consistiriam em mulheres com transtornos psiquiátricos severos, como se a relação mãe-bebê problemática fosse exclusivamente decorrente de uma anormalidade intrapsíquica por parte da mulher (Pegoraro & Caldana, 2008; Tronche, Villemeyre-Plane, Brousse & Llorca, 2007), outros

apontam para a possibilidade dela exercer funções maternas mesmo diante de dificuldades psicológicas, refutando a crença de que crianças doentes equivaleriam necessariamente a mães doentes (Barbieri, Jacquemin & Alves, 2005).

À medida que partimos da perspectiva pós-winnicottiana de que o ambiente suficientemente bom é imprescindível ao bem-estar emocional do indivíduo, seja nos primórdios da infância, seja ao longo de sua vida, entendemos que as dificuldades das mulheres em exercer uma maternagem suficientemente boa estariam relacionadas ao fato de elas próprias não terem contado com um ambiente suficientemente bom. Assim, ao mesmo tempo em que podemos pensar que Luana não conseguia investir nos cuidados de seu recém-nascido por ter sofrido interrupções em suas gestações anteriores, compreendemos que se ela fosse sustentada emocionalmente pelo ambiente vivido, seria capaz de fazer o mesmo em relação a seu bebê.

Quando partimos do pressuposto de que o vínculo estabelecido entre a mãe e seu bebê repousa não num instinto materno, que levaria a mulher naturalmente a assumir uma postura devotada, mas sim no ambiente (Beaune & Ayouch, 2009; Knibiehler, 2001), interpretamos eventos trágicos que chocam toda a população, tal qual os de mães que jogam seus recém-nascidos em rios, como um indício da falta de provisão ambiental.

Vale enfatizar que, ao apontarmos a necessidade das mulheres de serem sustentadas emocionalmente para que possam voltar-se aos filhos, acreditamos que tal tarefa não seja exclusiva do psicólogo clínico. Estamos de pleno acordo com Winnicott (1963) acerca da responsabilidade da sociedade, de modo geral, de constituir um ambiente suficientemente bom para as mães, a despeito de vivermos um imaginário no qual seriam os pais dos bebês os responsáveis exclusivos em prover condições ambientais para que as mulheres possam exercer uma maternagem suficientemente boa:

(...) este adaptar-se dos processos de maturação da criança é algo extremamente complexo, que traz tremendas exigências aos pais, sendo que inicialmente a mãe sozinha é o ambiente favorável. Ela necessita de apoio nesta época, que é melhor dado pelo pai da criança (digamos seu esposo), por sua mãe, pela família e pelo ambiente social imediato. Isto é terrivelmente óbvio, mas apesar disso precisa ser dito. (Winnicott, 1963, p. 81)

Assim, entendendo que a produção de conhecimento pode favorecer a constituição de um ambiente sustentador às mães, temos desenvolvido, em nosso grupo de pesquisa CNPq “Atenção psicológica clínica em instituições: prevenção e intervenção”, diversas pesquisas clínicas voltadas à vivência emocional de mães, sejam elas gestantes (Aiello-Vaisberg, 1999c; Granato, 2002; Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2007a); mulheres que perderam a guarda dos filhos (Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2007b; Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2007c; Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2008) ou mulheres cujos filhos são portadores de necessidades especiais (Granato & Aiello-Vaisberg, 2002; Couto, Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2007).

Sabemos que, grosso modo, as mulheres que experienciaram uma interrupção da gestação vivenciam uma gravidez subsequente no decorrer de um ano (Vidal, 2008). Se partirmos do pressuposto winnicottiano de que a base da saúde emocional reside nos primórdios da infância, período no qual o ambiente cumpre função essencial, entendemos que todas estas produções científicas visam a beneficiar não apenas a mulher, mas também o bebê que eventualmente venha a ter e que dela dependerá. Assim, poderíamos afirmar que um estudo psicológico voltado à mulher que sofreu uma interrupção da gestação consistiria numa atenção psicológica clínica que, em termos interventivos,

visaria ao cuidado emocional desta mulher, e num plano preventivo, poderia beneficiar indiretamente um bebê que ela viesse a ter.

Entendemos que esta questão pode ser controversa para determinados psicanalistas, que concebem que a Psicanálise intervém somente sobre os efeitos decorrentes de uma situação traumática, sendo impossível, dessa forma, atuar antes da ocorrência de falhas ambientais (Lima, 2008). Estamos de pleno acordo, entretanto, com outra vertente de psicanalistas, dentre os quais destacamos Bleger (1963), que defende a possibilidade do psicólogo que atua a partir do referencial psicanalítico fazer mais do que atender, no consultório, pessoas que já estejam em sofrimento. Para ilustrar, citamos Baptista (2003), pesquisadora sintonizada a esta perspectiva de Bleger:

Sabe-se que é a vivência da experiência de sofrimento emocional o que motiva a busca de auxílio clínico-psicológico. Entretanto, o aumento do saber a respeito da vinculação entre condições vitais da existência infantil e a eclosão de diversos modos de sofrimento têm possibilitado a proposição de intervenções psicoprofiláticas que podem se antecipar ao pedido de ajuda (...). Abrem-se amplas possibilidades para a realização da clínica psicoprofilática (...) (Baptista, 2003, p. 28).

Afinados com esta compreensão, desenvolvemos esta pesquisa com o intuito de auxiliar mulheres que já vivenciaram a interrupção da gestação a sustentar um ambiente suficientemente bom aos bebês que futuramente venham a ter, por meio da produção de conhecimento sobre a vivência emocional de um grupo social que lida diretamente com as mães e seus bebês, isto é, a equipe de enfermagem obstétrica.



II. O AMBIENTE HOSPITALAR SUFICIENTEMENTE BOM

No capítulo anterior discorreremos acerca do sofrimento emocional que pode estar vinculado ao fenômeno da interrupção da gravidez, discutindo sobre a importância da sociedade constituir-se como ambiente suficientemente bom para as mulheres cujas gestações foram interrompidas, com o intuito de beneficiar o seu bem-estar emocional e o dos filhos que poderão vir a ter.

Dentre os diversos grupos sociais que atuam de maneira próxima à mãe e seu recém-nascido, sendo, dessa maneira, capazes tanto de favorecer quanto de dificultar a relação estabelecida entre eles, optamos por focalizar a equipe de enfermagem obstétrica, formada por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Esta escolha baseou-se não apenas no fato destes profissionais serem, de modo geral, aqueles que passam mais tempo junto aos pacientes no ambiente hospitalar, mas principalmente por terem sido apontados - em pesquisas voltadas aos pais que sofreram uma perda gestacional - como aqueles que poderiam ter favorecido a vivência de enlutamento (Rodrigues & Hoga, 2005; Ganière & Fahrni-Nater, 2009; Ferreira da Silva, Furegato & Costa Júnior, 2003),

Em um estudo que realizamos anteriormente, voltado à vivência emocional de mães de crianças e adolescentes com síndrome de Down, foi possível observar a importância da equipe de enfermagem no vínculo entre mãe e filho, à medida que todas as participantes relataram, espontaneamente, o momento em que lhes foi comunicado que seus bebês tinham a síndrome e a maneira como a equipe hospitalar conduziu o caso (Couto, Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2007).

De fato, durante o período em que atuei na área de Obstetrícia do hospital, vivenciei diversos episódios, a partir dos quais pude concluir que a conduta da equipe hospitalar afeta intimamente a postura da mãe em relação a seu bebê. Para ilustrar, apresentarei uma narrativa, que apesar de não tratar especificamente da atuação de uma enfermeira e

de um caso de interrupção da gestação, discorre sobre a conduta da equipe hospitalar em relação aos casos de gestações consideradas de alto risco.

“Gritos no corredor”

Estava na sala de atendimento da Psicologia, com a porta fechada, quando comecei a ouvir os gritos de Helena. Assustada com aquela gritaria, abri a porta e logo percebi aonde ocorria o alvoroço, dado o aglomerado de profissionais e paciente em frente à sala de atendimento médico, de onde vinham os gritos desesperados da paciente.

Helena tinha trinta e dois anos e, após alguns anos planejando junto com o marido quando seria o melhor momento para terem seu primeiro filho, engravidara. Estava tão realizada com a gravidez e com a possibilidade de acolher seu bebê em seus braços, dali a alguns meses, que sequer estranhou quando o médico do posto de saúde que estava fazendo o acompanhamento pré-natal pediu-lhe para que realizasse alguns exames num hospital-maternidade especializado em medicina fetal, isto é, em casos de gestações consideradas de alto risco. Assim, ao contrário das demais gestantes, que chegavam ao hospital em questão com o semblante pesado, receando o motivo pelo qual haviam sido encaminhadas para lá, Helena chegou sorridente, exibindo orgulhosamente sua barriga de gestante e um cartão de pré-natal cheio de adesivos coloridos.

Naquele momento, entretanto, a paciente já não estava mais sorridente ou orgulhosa. Havia acabado de ser notificada que seu bebê, tão esperado e tão sonhado, tinha síndrome de Down. Berrava, aos prantos, com a médica

responsável pela comunicação do diagnóstico: “Está errado! Vocês erraram! Eu quero um outro exame! Eu exijo que vocês façam um outro exame!”

De repente, em meio à gritaria de Helena, uma segunda voz pôde ser ouvida: era a médica, que se mostrava exasperada com a postura da paciente. Gritava em contrapartida: “Não tem como este exame estar errado! Ele é 100% seguro! Nós não vamos fazer outro exame porque vai dar de novo que o feto é malformado! Ele é malformado e não tem nada que você possa fazer que vá mudar isto!”

Em meio à gritaria entre médica e paciente, a chefe do ambulatório de pré-natal veio perguntar-me se poderia interromper aquela discussão e trazer a gestante para que conversasse comigo. Concordei e fiquei ali, em frente à sala da Psicologia, aguardando ansiosamente pela chegada da paciente, sentindo vontade de acolhê-la e, ao mesmo tempo, receio de não conseguir ser suficientemente continente.

Em nossa conversa, Helena não falou quase nada. Ficou olhando fixamente para o chão, enquanto suas lágrimas secavam e sua respiração ofegante se normalizava. Havia mudado radicalmente de postura, não apenas por ter parado de gritar, mas também porque, agora, suas falas não imploravam um novo exame. Ao contrário, repetiam, em tom submisso, o que havia escutado: “Não importa o que eu faça, ele é malformado”.

Procurei tranquilizá-la, dizendo-lhe que embora tivesse recebido o diagnóstico de malformação fetal, isto não implicava, necessariamente, que seu bebê seria um malformado sem potencialidade alguma. Disse-lhe que ela poderia fazer muitas coisas para minimizar aquele rótulo, mas vi que minhas palavras não a atingiam.

Despedimo-nos combinando que ela voltaria na semana seguinte para conversarmos mais um pouco. Este segundo encontro, todavia, jamais ocorreu. Em vez disso, Helena me ligou no hospital e disse, sucintamente, que já não estava mais grávida: havia interrompido sua gestação pois não conseguia ver-se mãe de um bebê malformado. Agradeceu minha ajuda, porém se despediu falando: “Eu nunca mais volto neste hospital”.

À medida que partimos da compreensão de que os fenômenos humanos são complexos e não operam segundo um simples esquema de causa e efeito, cabe-nos tomar cuidado para não concluirmos apressadamente que a decisão de Helena de provocar a interrupção de sua gravidez deveu-se apenas à forma como a médica informou-lhe sobre a malformação de seu bebê. Entretanto, cabe-nos ainda questionar, como descreve Winnicott (1969), o quanto a paciente, ao exigir um novo exame diagnóstico, estaria demandando que aquela realidade fosse apresentada em pequenas doses, solicitando uma atuação médica mais continente. Poderíamos indagar se a paciente teria seguido outro caminho se a profissional - que viveu com ela o momento delicado de informar-lhe que seu bebê era portador da síndrome de Down - não tivesse gritado que não havia nada mais a fazer.

Winnicott (1957) esteve tão atento ao peso da equipe hospitalar na relação estabelecida entre a mãe e seu recém-nascido que, diferentemente dos teóricos de sua época, ao invés de debruçar-se apenas sobre os significados inconscientes de determinados sintomas das gestantes, optou por produzir outro tipo de conhecimento psicanalítico:

De que forma a psicanálise associa-se ao tema da obstetrícia? (...) A psicanálise está começando a projetar luz sobre todos os tipos de anomalias, tais como a menorrágia, os abortos sucessivos, a náusea e o vômito no início da gravidez (...) Muito tem sido escrito sobre estes distúrbios psicossomáticos. Aqui, no entanto, estou preocupado com outro aspecto da contribuição psicanalítica: tentarei indicar, em termos gerais, o efeito das teorias psicanalíticas sobre as relações entre o médico, a enfermeira e a paciente (...) (Winnicott, 1957, pp. 61-62).

Desse modo, no livro intitulado “Os bebês e suas mães”, Winnicott dirige-se especialmente aos médicos e enfermeiras da área de Obstetrícia, buscando sensibilizá-los acerca da necessidade de configurar aquilo que temos denominado “ambiente hospitalar suficientemente bom” (Aiello-Vaisberg & Tachibana, 2008).

Uma vez que nas instituições hospitalares é comum a confusão entre transmissão de informações e cuidado, cabe-nos esclarecer aqui que, ao discorrermos sobre a importância de um ambiente hospitalar suficientemente bom, não estamos afirmando que aos profissionais caberia ensinar às mães como cuidar de seus respectivos filhos, dando-lhes orientações sobre como amamentá-los, segurá-los no colo ou banhá-los. Embora para o Ministério da Saúde, o que tornaria um hospital-maternidade mais qualificado que os demais, conferindo-lhe o título de “hospital amigo da criança”³, esteja relacionado a um atendimento no qual a equipe de enfermagem doutrina as parturientes sobre a importância do aleitamento materno, apresentando-lhes um quadro com os dez “mandamentos” sobre a amamentação, a nosso ver, o mais importante seria a postura de acolhimento da equipe em relação à paciente.

³ Maiores informações podem ser encontradas através do site www.saude.gov.br

Winnicott (1968a) apontou, inclusive, que apesar da conduta dos profissionais ser sempre bem-intencionada, era possível que tal abordagem pedagógica, assumida por eles, viesse a impedir a adoção de uma postura mais autêntica e espontânea da paciente em relação ao seu recém-nascido, o que configuraria o avesso do “ambiente hospitalar suficientemente bom”:

Trata-se de levar médicos e enfermeiras a compreenderem que, se por um lado são necessários, e muito, quando as coisas vão mal do ponto de vista físico, por outro **eles não são especialistas nas questões relativas à intimidade**⁴, que são vitais tanto para a mãe quanto para o bebê. Se começarem a dar conselhos sobre esta intimidade, estarão pisando em solo perigoso, pois nem a mãe, nem o bebê, precisam de conselhos. Em vez de conselhos, eles precisam de recursos ambientais que estimulem a confiança da mãe em si própria (Winnicott, 1968a, p. 22).

Entendemos, portanto, que o que as parturientes demandam da equipe hospitalar seja uma sustentação emocional para que, sentindo-se mais seguras, possam voltar-se para seus bebês. A preciosidade dos chamados cursos para gestantes e parturientes, na nossa visão, residiria não no treinamento de habilidades maternas, mas na configuração de espaços nos quais a paciente poderia sentir-se emocionalmente amparada, o que a capacitaria a exercer uma maternagem suficientemente boa.

Partindo da perspectiva pós-winnicottiana de que todo ser humano demanda um ambiente suficientemente bom, independentemente da etapa evolutiva em que se

⁴ Grifo da autora

encontre, entendemos que a constituição de um ambiente hospitalar suficientemente bom seria vantajosa não apenas para as pacientes e seus bebês, bem como para a própria equipe hospitalar, que de acordo com diversos estudos - dentre os quais destacamos os de Lunardi, Lunardi Filho, Silveira, Soares e Lipinski (2004); Saillant (1999); Fericelli (2008) e Boulot (2005) - vivencia intensa angústia ao lidar cotidianamente com o sofrimento físico e emocional de seus pacientes, a ponto de precisar defender-se assumindo uma postura intelectualizada e dissociada (Baptista, 2003).

Assim, voltando à narrativa de Helena, poderíamos fazer a leitura de que, talvez, a médica tenha gritado de volta com a paciente, dizendo-lhe que não haveria mais nada a ser feito para mudar o diagnóstico da malformação fetal, por também estar angustiada com o resultado do exame. Diante desta perspectiva, acreditamos que a conduta da profissional não representaria falta de envolvimento com a dor da gestante, muito pelo contrário, indicaria a sua própria vontade de poder fazer algo para mudar aquele diagnóstico.

Estamos, desse modo, de pleno acordo com Campos (2003, p. 41):

Desde a década de 70 (...), os profissionais de saúde vêm sendo estimulados a funcionarem como suportes sociais para seus pacientes, seja individualmente, seja em equipe (...). Seu uso vem se difundindo, seja em ambulatórios, hospitais ou ambientes comunitários (...). Por outro lado, se considerarmos o estresse cotidiano em que vivem tais profissionais no contato direto com o sofrimento e a morte, fácil é imaginar que, também eles, estejam vulneráveis à doenças (...). Observa-se que é extensa a literatura sobre grupos de suporte voltados para pessoas e situações de doença, mas poucos são os

trabalhos que enfocam os profissionais da saúde, não enquanto “cuidadores”, mas enquanto pessoas demandando “cuidados”.

Podemos supor que esta escassez de trabalhos investigativos sobre a vivência emocional da equipe de enfermagem em seu cotidiano de trabalho talvez esteja relacionada a uma dificuldade, por parte da comunidade científica, em concebê-la como um grupo social que demanda atenção psicológica. Tal dificuldade pode estar ligada tanto à postura tecnicista e racional dos profissionais, que não deixa transparecer seu próprio sofrimento emocional, quanto a um imaginário social que sustentamos em relação à enfermagem, de que seriam pessoas “naturalmente” cuidadoras, no sentido de terem uma disponibilidade emocional para a devoção e o cuidado (Pessini, 2002; Sadock, 2003; Elias & Navarro, 2006):

A enfermagem está ligada, desde suas origens, à noção de caridade e devotamento, sendo seus primeiros executores pessoas ligadas à igreja, ou leigos praticando a caridade. Esse fato imprimiu marcas que perduram até hoje e se explicitam na concepção de enfermagem de alunos e enfermeiros (...) A ideologia que perpassa a profissão desde sua origem significa abnegação, obediência, dedicação (...) (Elias & Navarro, 2006, p.518).

Ora, se concebemos que a equipe de enfermagem teria uma pré-disposição natural a cuidar do outro, motivo pelo qual, segundo Araújo, Busnardo, Marchiori, Lima e Endlich (2002), a enfermagem consiste numa profissão historicamente exercida por mulheres, que em nosso imaginário social também figuram como aquelas que devem ocupar-se dos

cuidados dos filhos, não nos surpreende esta falta de interesse, por parte da comunidade científica, pelo seu bem-estar emocional, configurando uma certa exclusão.

É verdade, por outro lado, que temos nos deparado cada vez mais com produções científicas que focalizam o cuidado emocional de profissionais de diferentes áreas de atuação, uma vez que foi sendo observada uma relação entre a saúde mental e o trabalho (Dejours, 1992, Sato, Lacaz & Bernardo, 2006). Notamos, não obstante, que ainda são poucos os estudos destinados ao sofrimento emocional da equipe de enfermagem, sendo que a maioria deles vem sendo desenvolvida sob a perspectiva positivista, fazendo uso não apenas de escalas e testes para avaliar os profissionais, bem como de conceitos metodológicos como “stress ocupacional”, “depressão” e “burnout” (Ferreira & De Martino, 2009; Manetti & Marziale, 2007; Traesel & Merlo, 2009; Marques da Silva, Loureiro & Peres, 2008).

Trata-se de trabalhos que embora configurem uma valiosa iniciativa no sentido de privilegiar a saúde emocional da equipe de enfermagem partem de uma perspectiva em que o profissional, ao invés de ser escutado em sua singularidade, é concebido como objeto passível de ser avaliado em termos de saúde e doença, à luz de distúrbios psiquiátricos apresentados em manuais como o CID-10 e o DSM-IV.

É necessário esclarecer que, em nosso trabalho, quando discorremos sobre a necessidade de um ambiente hospitalar suficientemente bom, no qual pacientes e profissionais possam sentir-se emocionalmente sustentados, partimos de concepção distinta da que encontramos em tais estudos. Nossa compreensão de saúde emocional e de psicopatologia, quer em relação à equipe de enfermagem, quer em relação às pacientes cujas gestações foram interrompidas, ancora-se numa visão winnicottiana. Portanto, ao invés de olharmos o indivíduo em função de determinados diagnósticos, buscando verificar se apresentam sintomas que se encaixam nesta ou naquela categoria,

entendemos que o bem-estar emocional associa-se à sensação de um viver criativo, em que se é possível ser autêntico e espontâneo. Já o sofrimento, contrariamente, estaria vinculado ao sentimento de submissão, de não poder ser si mesmo, de que a vida não é digna de ser vivida.

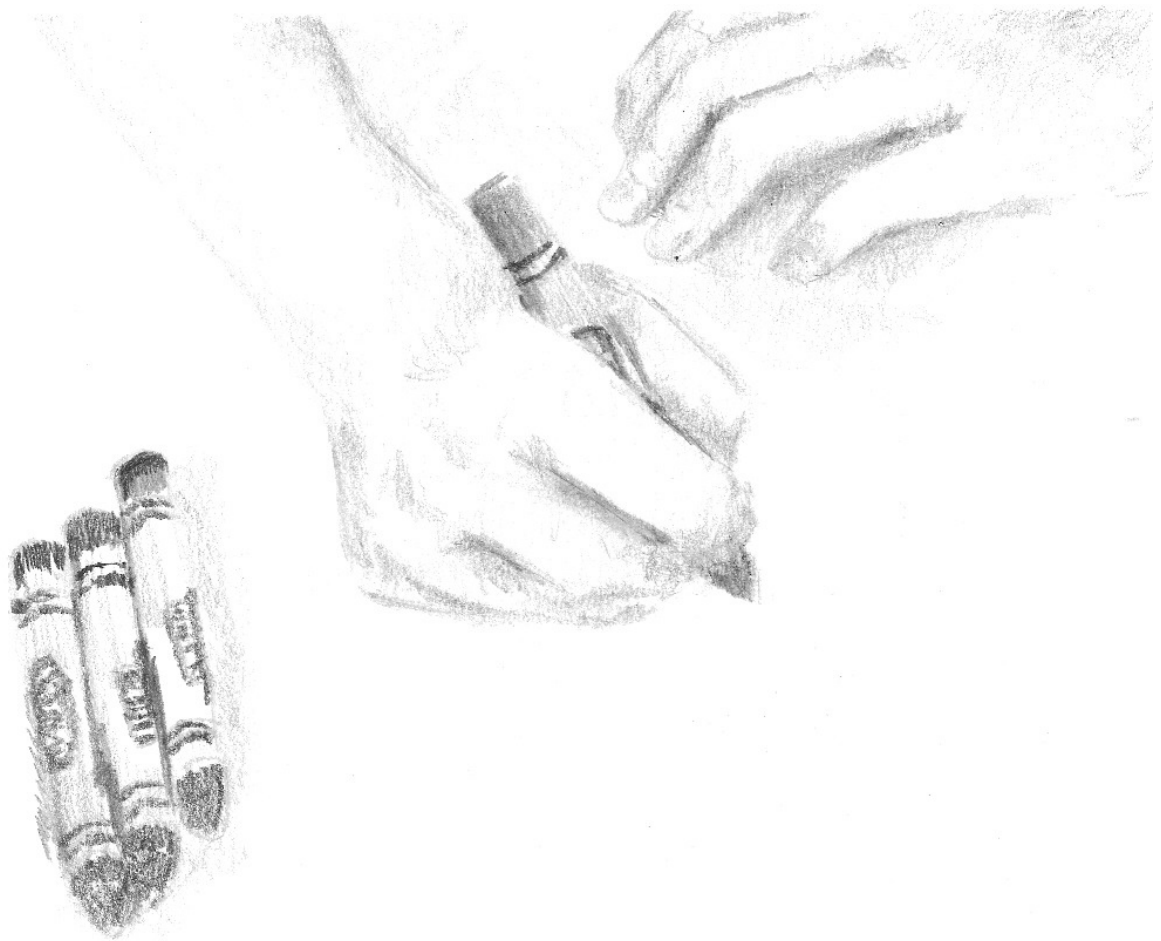
Assim, acreditamos que a criação de um ambiente hospitalar suficientemente bom possibilitaria que o profissional não precisasse assumir uma postura defensiva, de cunho dissociativo, e tampouco fosse invadido pelo sofrimento emocional de seu paciente, tendo condições de vivenciar uma terceira posição existencial, marcada pela autenticidade e criatividade:

É possível pensarmos num ambiente suficientemente bom relacionado ao trabalho criativo (...). Compreendemos que um ambiente suficientemente bom no contexto adulto do trabalho esteja intimamente relacionado a condições de vida e de trabalho que não favoreçam a dissociação, isto é, com espaços e relações humanas que propiciem o gesto espontâneo, oferecendo uma abertura para a expressão pessoal e genuína baseada no ser (Camps, Medeiros & Aiello-Vaisberg, 2004, p. 52).

Embora neste trabalho estejamos focalizando o profissional que atua em hospital, vale destacar que concebemos que o sofrimento emocional relacionado ao exercício profissional não é exclusivo desta população, tendo em vista que vivemos numa sociedade que valoriza o fazer acelerado e a competição, não admitindo falhas (Camps, 2009), tornando o ser humano um “homo efficax” (Beaune & Ayouch, 2009, p. 167). De fato, em nosso grupo de pesquisa, já tivemos a oportunidade de desenvolver estudos

voltados à vivência emocional de psicólogos que atuam junto a mulheres que sofrem violência doméstica (Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2006) e pacientes soropositivos (Mencarelli & Aiello-Vaisberg, 2007), bem como com profissionais que atuam no ramo empresarial (Camps, Medeiros & Aiello-Vaisberg, 2005).

No capítulo seguinte, apresentaremos as estratégias metodológicas adotadas em nossa pesquisa, a fim de produzir conhecimento que possa, de fato, favorecer a constituição do ambiente hospitalar suficientemente bom: continente não apenas para as mulheres cuja gravidez foi interrompida e para os bebês que elas poderão vir a ter, mas, também para os profissionais de enfermagem.



III. O DESENHO METODOLÓGICO

IIIa. O PARADIGMA INTERSUBJETIVO

Antes de já apresentarmos as estratégias metodológicas utilizadas para alcançarmos o nosso objetivo de investigar psicanaliticamente o imaginário coletivo da equipe de enfermagem obstétrica acerca da mulher que teve a sua gravidez interrompida, consideramos imprescindível esclarecermos o tipo de pesquisa psicanalítica que desenvolvemos.

Diferentes tipos de trabalhos vêm sendo realizados em universidades sob o título de “pesquisa psicanalítica” (Pinto & Aiello-Vaisberg, 2001; Safra, 2001; Minerbo, 2000; Loparic, 1997; Gori & Hoffmann, 2006). Herrmann (2004b) observou que haveria três tipos de estudos. O primeiro consistiria em pesquisas que fazem uso da teoria psicanalítica para interpretar os dados encontrados, mas que se utilizam do método positivista para captação destes dados. Trata-se de trabalhos que, por meio de escalas, questionários, testes psicológicos, dentre outros instrumentos, buscam captar os fenômenos humanos de maneira objetivada, fazendo uso dos conceitos teóricos psicanalíticos para a discussão dos resultados. Refletem a preocupação de uma vertente de pesquisadores que, apesar de se identificarem com os pressupostos psicanalíticos, sentem necessidade de recorrer à uma metodologia científica que tenha maior reconhecimento do que a Psicanálise. O segundo grupo de pesquisas equivaleria a trabalhos teóricos, tendo como objetivo uma discussão interpretativa de textos teóricos considerados importantes para o pensamento psicanalítico. Por fim, segundo Herrmann (2004b), encontraríamos um terceiro grupo de pesquisas que se dizem psicanalíticas, fazendo uso da Psicanálise primordialmente como método. Em contrapartida às críticas dos positivistas acerca da alegada falta de cientificidade do método psicanalítico, tais pesquisadores refutam como ingênua a tentativa de objetivar os fenômenos humanos, inscrevendo a Psicanálise como uma ciência natural.

De nossa parte, temos compreendido o método psicanalítico em suas três facetas, tal qual o próprio Freud o definiu e como foi definido no “Dicionário de Psicanálise” de Laplanche e Pontalis (2001, pp.384-385):

Disciplina fundada por Freud e na qual podemos, com ele, distinguir três níveis: A) Um método de investigação que consiste essencialmente em evidenciar o significado inconsciente das palavras, das ações, das produções imaginárias de um sujeito (...); B) Um método psicoterápico baseado nesta investigação (...); C) Um conjunto de teorias psicológicas e psicopatológicas em que são sistematizados os dados introduzidos pelo método psicanalítico de investigação e de tratamento.

Embora tenhamos esclarecido a nossa perspectiva de pesquisa psicanalítica, entendemos que ainda se faz necessário elucidar o paradigma dentro do qual temos desenvolvido nossos estudos, uma vez que notamos, no interior da teorização psicanalítica, dois paradigmas, dos quais um privilegiaria os fenômenos intrapsíquicos, enquanto o outro enfatizaria o ambiente vivido (Machado & Aiello-Vaisberg, 2003a; Loparic, 2001; Stolorow, Atwood & Brandchaft, 1994; Stolorow, 2000; Stolorow & Atwood, 1992; Gomes, 2007; Fulgencio, 2008).

Aqui vale lembrarmos do valioso trabalho de Greenberg e Mitchell (1994), em que os pesquisadores buscaram identificar a perspectiva epistemológica implícita no interior das obras dos principais psicanalistas, como Freud, Klein e Winnicott. Referindo-se às duas “Psicanálises” como pulsional e objetal, Greenberg e Mitchell (1994, p. 285) afirmam:

Cada teórico declara sua lealdade, explícita ou implicitamente, ou ao modelo estrutural-pulsional ou ao estrutural-relacional. Esta lealdade determina a sua estratégia teórica. Adeptos do modelo pulsional ficam preocupados em acomodar suas premissas e dados clínicos que sempre envolvem pessoas, reais ou fantasiadas, em relacionamentos uns com os outros. Seguidores do modelo relacional preocupam-se em criar alternativas coerentes às premissas de longa data do modelo pulsional. Uma terceira abordagem - a estratégia de “mistura de modelos” - é uma tentativa de evitar uma escolha, justapondo a teorização relacional ao sistema clássico (...).

Podemos compreender melhor este cenário psicanalítico, marcado pela duplicidade, remontando ao próprio desenvolvimento da Psicanálise. Sabemos que Freud, preocupado em legitimar a Psicanálise como ciência, esforçou-se por encaixá-la no único paradigma científico possível na época, vale dizer, o das ciências naturais (Poulichet, 2004). Esta preocupação em desenvolver a Psicanálise enquanto uma ciência positivista fica bastante visível em seus escritos metapsicológicos, através dos quais o psiquismo humano é apresentado em termos mecanicistas e fisicalistas, tanto que a terminologia adotada era “aparelho psíquico”, “impulso” e “pulsão” (Aiello-Vaisberg, 2004).

Seria um equívoco, não obstante, reduzirmos a Psicanálise desenvolvida por Freud à metapsicologia. Observamos que, junto a esta apresentação do psiquismo em termos de uma máquina por onde correriam pulsões, há uma parte da Psicanálise freudiana essencialmente fundamentada no acontecer humano, encontrada principalmente no trabalho de interpretação dos sonhos, revelando que Freud conciliava “dois irmãos

inimigos, o energetismo e a hermenêutica” (Assoun, 1983, p. 34; Assoun, 1993, Green (1995; Fulgêncio, 2008).

Diante destes dois paradigmas, temos desenvolvido nossos estudos segundo a perspectiva da Psicanálise intersubjetiva. Afinados aos diversos críticos da metapsicologia (Gill, 1976; Klein, 1976; Schafer, 1976; Stolorow, 1978; Politzer, 1928 e Bleger, 1963), compreendemos que o indivíduo não pode ser empobrecidamente tratado como uma entidade abstrata e objetivante. Estamos de pleno acordo com Bleger (1963, p. 15) quando afirmou:

(...) os pressupostos metafísicos de estudar entidades ou substâncias (...) conduziram historicamente a psicologia a definir seu objeto de estudo como a alma, a mente ou o psiquismo, esquecendo que estas são entidades abstratas com as quais se substituem os fenômenos concretos. Com esse tipo de definição, o objeto de estudo não fica claramente delimitado (...) desemboca-se numa complicada mitologia, da qual não ainda não se desembaraçaram de todo as modernas correntes psicológicas (...). Não há tal coisa como alma, psique, mente ou consciência (...)

Dentre os teóricos representantes desta Psicanálise intersubjetiva, temos desenvolvido pesquisas numa interlocução muito próxima à Winnicott que tanto valorizou a função do ambiente no desenvolvimento emocional do indivíduo. No seguinte trecho, Winnicott deixa claro o seu afastamento da concepção, vigente até então, de um ser humano descontextualizado do meio vivido:

(...) escolhi descrever o crescimento emocional em termos da jornada da dependência à independência. Se tivessem me pedido para desempenhar essa tarefa trinta anos atrás, eu quase certamente me referiria às mudanças pelas quais a imaturidade cede lugar à maturidade em termos de progressão na vida instintiva do indivíduo. Teria me referido à fase oral e à fase anal, à fase fálica e à genital (...) (Winnicott, 1963, p. 79).

Uma vez que esclarecemos o tipo de pesquisa psicanalítica que desenvolvemos, bem como o paradigma teórico ao qual nos aliamos, podemos passar à apresentação das estratégias metodológicas utilizadas, que neles encontram-se ancoradas, nos próximos sub-capítulos.

IIIb. INVESTIGANDO O IMAGINÁRIO COLETIVO COMO CONDUTA

Por conta de nosso posicionamento teórico-epistemológico, fomos levados a desenvolver estratégias metodológicas que valorizassem os fenômenos concretos, respeitando a natureza relacional da perspectiva da Psicanálise Intersubjetiva (Aiello-Vaisberg & Machado, 2008).

Assim, acabamos nos aproximando da tese blegeriana de que ao invés dos psicólogos desenvolverem investigações elegendo como objeto de estudo abstrações teóricas, deveriam voltar-se para a conduta humana, entendida como as manifestações do indivíduo. Aqui vale destacar, tal qual Bleger (1963) o fez, que o termo “conduta” não se limitaria às manifestações externas, isto é, àquelas passíveis de observação e que são alvo de interesse dos comportamentalistas, abarcando todas as manifestações humanas:

Incluimos, assim, sob o termo conduta, todas as manifestações do ser humano, quaisquer que sejam suas características de apresentação (...). Aqui desenvolvemos nossa perspectiva de que a conduta é a unidade de estudo de toda a psicologia e de todas as escolas (...) todas as correntes e todos os campos psicológicos têm estado estudando, consciente ou inconscientemente, a conduta (Bleger, 1963, pp. 25-26).

Em seu livro “Psicologia da conduta”, Bleger (1963) explica que a conduta corresponde a manifestações humanas que se expressam em três áreas: mente, corpo e mundo externo. Para ilustrar, podemos recorrer à imagem da mulher que perdeu seu bebê. Assim, poderíamos pensar que uma conduta que se expressa na área mental de uma mulher que sofreu interrupção da gestação poderia ser os sentimentos de impotência e de

incapacidade de não ter conseguido levar a gravidez a termo. Uma manifestação corporal poderia dar-se através da dificuldade em engravidar novamente. E, por fim, uma manifestação da conduta no mundo externo poderia ser o gesto da mulher não amamentar o filho que teve, após ter vivido um aborto numa gestação anterior.

Esta organização de Bleger (1963), em que a conduta é apresentada como uma unidade integrada por três áreas de manifestação, permitindo que a qualifiquemos como mental, corporal ou como ação no mundo externo, acaba por servir de recorte metodológico, o que facilita a realização de pesquisas.

De fato, apoiados nesta proposta blegeriana, voltamos nosso estudo para a investigação da conduta, privilegiando, entretanto, as manifestações que se expressam na área mental ou simbólica, já que entendemos que os fenômenos humanos são por demais complexos para serem abordados em sua totalidade. Contudo, tendo em vista que a conduta é uma unidade cujas manifestações estão interligadas, entendemos que, ao investigarmos as crenças, emoções e idéias que um indivíduo cria a partir de um determinado fenômeno, seria possível produzir conhecimento científico acerca das motivações emocionais que sustentam suas ações sobre a realidade (Aiello-Vaisberg, 1999a).

Como o objetivo deste estudo é o de investigar os sentidos emocionais que regem a conduta da equipe de enfermagem obstétrica, frente à mulher cuja gravidez foi interrompida, decidimos focalizar as manifestações simbólicas de uma subjetividade grupal, ao invés de um único indivíduo.

Sabemos que a Psicanálise foi originalmente concebida como a ciência do individual, voltada às singularidades e particularidades de cada pessoa. O próprio Freud, ao abordar o grupo, acabou por fazer uma transposição apressada do individual para o coletivo, tratando este último como um mero aglomerado de manifestações individuais (Machado &

Aiello-Vaisberg, 2003b; Barreto, 2006). Notamos também que, mesmo fora da comunidade psicanalítica, são diversos os autores - dentre os quais destacamos Tarot (2004) e Pachès (2007) - que apontam a dificuldade de pesquisadores de outras áreas das ciências humanas em abordar a relação entre o indivíduo e a sociedade.

Afinados com o paradigma da Psicanálise intersubjetiva, criticamos a concepção metapsicológica de que o indivíduo seria um ser essencialmente isolado, que somente relaciona-se com o outro num gesto de sacrifício, para poder satisfazer suas pulsões (Machado & Aiello-Vaisberg, 2003b). Muito pelo contrário, entendemos winnicottianamente que a função do ambiente é tão essencial ao desenvolvimento emocional do indivíduo que sequer seria possível pensar num sujeito isolado:

Nous postulons ici un parallélisme constant entre société et individu: la psyché individuelle est façonnée par son contexte institutionnel social (...). Au fondement de la psyché individuelle, se trouverait une généalogie collective, impliquant le façonnement collectif, conscient, mais surtout inconscient, de certains aspects de la subjectivité (Beaune & Ayouch, 2009, p. 13)⁵

Portanto, entendemos que, da mesma forma que todo indivíduo pode ser compreendido em sua singularidade única, também pode vê-lo em sua coletividade, isto é, como um representante de um dos diversos grupos sociais ao qual pertence (Aiello-Vaisberg, 1999a). Tais coletivos humanos, assim como os indivíduos, seriam singularidades no sentido de terem uma história passada e um porvir.

⁵ “Nós postulamos aqui um paralelismo constante entre sociedade e indivíduo: a psiquê individual é constituída pelo seu contexto institucional social (...). No fundamento da psiquê individual, encontrar-se-ia uma genealogia coletiva, implicando o fazer coletivo, consciente, mas sobretudo inconsciente, de certos aspectos da subjetividade” (Tradução da pesquisadora).

A nosso ver, o que define se um estudo privilegiará a singularidade ou a coletividade de seus participantes é o olhar do pesquisador, segundo o recorte metodológico adotado. Desse modo, temos realizado, em nosso grupo de pesquisa, investigações voltadas às manifestações simbólicas de subjetividades grupais acerca dos mais variados fenômenos humanos, os quais temos denominado “imaginários coletivos”, considerando que uma única pessoa pode ser concebida como integrante de uma “pessoalidade coletiva” (Aiello-Vaisberg, 1999a; Ferreira, 2004).

Uma vez que o termo “imaginário” vem sendo utilizado por diferentes vertentes teóricas em ciências humanas, sendo considerado, por exemplo, por psicanalistas lacanianos como algo ilusório e especular (Natanson, 2001), faz-se necessário esclarecer que o emprego que temos feito deste termo não teria um parentesco direto com outras perspectivas teóricas. Todavia, dentre as variadas acepções que o conceito assume, notamos que a compreensão de Castoriadis estaria próxima à nossa, para quem o imaginário não seria nem ilusório e nem especular, mas potência instituinte da realidade social e humana.

Vale ainda ressaltar a diferença entre o nosso conceito de “imaginário coletivo” e o de “representação social” desenvolvido por Moscovici (1961), uma vez que, num primeiro momento, seria possível concebê-los praticamente como idênticos, à medida que ambos relacionam-se à investigação de manifestações de coletividades, visando à transformação de determinadas práticas sociais. Moscovici (1961) desenvolveu o conceito de representação social a partir de sua observação de que, uma vez que não temos como captar a realidade tal como ela é, recorreremos a representações do mundo, que se por um lado não correspondem à realidade propriamente dita, por outro, permitem que dela nos aproximemos, através desta intermediação. Podemos entender, dessa maneira, que a representação social corresponderia à forma como a sociedade interpreta e pensa a

realidade, viabilizando uma aproximação protegida em relação ao mundo (Aiello-Vaisberg, 1995).

De fato, o conceito de “representação social” aproxima-se moderadamente do nosso de “imaginário coletivo”, uma vez que ambos compreendem que o indivíduo habitaria um mundo marcado igualmente pela realidade objetiva e pela subjetividade do indivíduo. Entretanto, a teoria da representação social diverge radicalmente da nossa de imaginário coletivo, já que valoriza os aspectos cognitivos da conduta humana, vale dizer, os pensamentos e cognições, em detrimento do substrato afetivo-emocional (Machado & Aiello-Vaisberg, 2003b; Giust-Desprairies, 2002). Esta ênfase nos aspectos cognitivos pode ser observada na seguinte definição do conceito de representação social:

As representações sociais (...) são modalidades de conhecimento prático orientadas para a comunicação e para a compreensão do contexto social, material e ideativo em que vivemos. São (...) formas de conhecimento que se manifestam como elementos cognitivos (...). São essencialmente fenômenos sociais que, mesmo sendo acessados a partir de seu conteúdo cognitivo, têm de ser entendidos a partir do seu contexto de produção (Spink, 1993, p. 300).

Tal valorização das cognições faz sentido para aqueles que partem de um pressuposto teórico cuja concepção antropológica é a de um ser humano racional, movido por suas cognições. Porém, uma vez psicanalistas, partimos de uma concepção de homem que seria movido principalmente por aspectos ideo-afetivos e cujo intelecto estaria relacionado à tentativa humana de organizar o emocional, como forma de diminuir

a angústia perante o desconhecido, constituindo, desse modo, uma estrutura defensiva (Aiello-Vaisberg, 1999a).

Assim, voltamo-nos para o conceito de imaginário coletivo, a fim de olharmos para as emoções, crenças e idéias que se associariam às ações assumidas em relação ao mundo. Entendemos que, a partir da captação do imaginário coletivo da equipe de enfermagem acerca da mulher cuja gestação foi interrompida, poderemos propôr estratégias que favoreçam o bem-estar emocional tanto do profissional quanto da paciente que dele depende.

Dessa maneira, embora ainda vigore o pensamento de que a transformação de práticas sociais caberia apenas a outros profissionais, como sociólogos e antropólogos, ou que ocorreria a partir do estabelecimento de normas jurídicas ou de programas educacionais (Aiello-Vaisberg, 2002b; Ambrosio, Pontes, Cabreira & Aiello-Vaisberg, 2006), temos desenvolvido em nosso grupo de pesquisa estudos desde a perspectiva da Psicologia Clínica Social, voltados ao imaginário coletivo de diversos grupos sociais, dentre os quais destacamos os de Aiello-Vaisberg (1999a); Ferreira (2004); Baptista (2003); Barreto (2006); Ferreira (2006), Martins (2007), Russo (2008); Ávila (2008); Pontes, Barcelos, Tachibana e Aiello-Vaisberg (2010); Corbett (2010).

IIIc. A ENTREVISTA PARA ABORDAGEM DA PESSOALIDADE COLETIVA

Para a realização desta pesquisa, entramos em contato com um hospital-maternidade situado no interior do estado de São Paulo. Após obtermos a anuência do diretor clínico da instituição, bem como a aprovação do projeto no comitê de ética em pesquisa, o passo seguinte foi o de conversar com as integrantes da equipe de enfermagem da área de obstetrícia do hospital, composta por dezesseis mulheres⁶ - entre enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem - que aceitaram prontamente o convite para participar do estudo, concretizado através de suas assinaturas no termo de consentimento livre e esclarecido (anexo VIIIa).

Objetivando investigar o imaginário coletivo da equipe de enfermagem obstétrica acerca da mulher que sofreu interrupção da gestação, realizamos entrevistas individuais segundo um enquadre que desenvolvemos em nosso grupo de pesquisa, com o intuito de estudar fisionomias coletivas, o qual denominamos de “entrevista individual para abordagem da personalidade coletiva” (Ávila, Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2008). Trata-se de um enquadre inspirado nas consultas terapêuticas de Winnicott (1970), nas quais o psicanalista fazia uso de um brincar que denominou Jogo do Rabisco, através do qual ele e seu paciente utilizavam rabiscos como recurso que poderia favorecer a comunicação emocional num contato concebido epistemologicamente como de natureza intersubjetiva.

Por meio deste simples brincar⁷, Winnicott (1968b) acreditava que poderia facilitar a comunicação emocional profunda de seus pacientes, além de favorecer que aquele momento fosse potencialmente mutativo, no sentido de possibilitar que o paciente

⁶ Embora a equipe fosse composta por dezoito integrantes, duas delas não participaram deste estudo porque estavam em férias durante o período em que as entrevistas foram realizadas.

⁷ Vale ressaltar que, na teoria winnicottiana, o brincar não é concebido como o simples comportamento. O brincar winnicottiano teria um sentido muito preciso que, embora inclua a atividade propriamente dita de brincar, ultrapassa-a, associando-se à espontaneidade e à criatividade.

retomasse contato fundamental consigo mesmo, por meio da superação de dissociações defensivas.

Dessa maneira, inspiradas nas consultas terapêuticas winnicottianas, nas entrevistas que realizamos lançamos mão de um recurso mediador-dialógico paradigmaticamente análogo ao Jogo do Rabisco. Entendendo que poderíamos utilizar qualquer recurso, escolhemos o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, desenvolvido por Aiello-Vaisberg (1999a), a partir do Procedimento de Desenhos-Estórias de Trinca (1972).

Tais recursos se diferenciariam entre si não apenas na quantidade de desenhos solicitados ou na introdução de um tema, mas inclusive em relações às suas finalidades. Assim, no procedimento de Trinca (1972), inicialmente voltado a objetivos psicoterapêuticos individuais, o participante é convidado a realizar uma série de cinco desenhos livres, sem a introdução de qualquer tema, além de inventar histórias e títulos a cada um. Já no de Aiello-Vaisberg (1999a), idealizado para a investigação do imaginário coletivo de diversos grupos sobre diferentes fenômenos sociais, o participante é convidado a realizar um único desenho, segundo um tema escolhido conforme os interesses de pesquisa, e, em seguida, a inventar uma história a partir do que desenhou.

Visando investigar o imaginário coletivo da equipe de enfermagem obstétrica acerca da gravidez interrompida, o tema dos desenhos-estórias solicitados às participantes foi “uma mulher que sofreu interrupção da gestação”. Vale ainda ressaltar que, neste estudo, contrariamente aos demais que já foram realizados, em nosso grupo de pesquisa, ao invés das participantes escreverem, no verso de seus desenhos, as histórias que inventaram a partir de seus desenhos, foi a pesquisadora quem tomou nota das histórias, enquanto as profissionais as relatavam. Uma outra diferença consistiu no fato da equipe ter sido solicitada a atribuir um título, ao desenho-estória, ao final da entrevista. Trata-se de mudanças relativas à maneira com que a pesquisadora se sentiu mais à vontade para

fazer uso do recurso, que puderam ser empregadas à medida que não o concebemos como uma técnica que não poderia ser ajustada à personalidade do pesquisador.

Através da entrevista para abordagem da personalidade coletiva, organizada ao redor do Procedimento Desenhos-Estórias com Tema, buscamos alcançar objetivos análogos aos de Winnicott em suas consultas terapêuticas, quando apresentava o Jogo do Rabisco a seus pacientes. Assim, visamos não apenas a favorecer a emergência de uma comunicação emocional significativa, mas também facilitar que o momento da entrevista guardasse algum potencial mutativo, à medida que os participantes são concebidas como pessoas, ao invés de objetos passivos. Assim, aos moldes de uma pesquisa clínico-interventiva, cuidamos para não dissociarmos a produção de conhecimento do benefício imediato dos participantes (Szymanski & Cury, 2004; Aiello-Vaisberg & Ambrosio, 2005; Aiello-Vaisberg, 1995).

(...) tornam-se desejáveis procedimentos de pesquisa que não apenas permitam a detecção de dados como também propiciem ou facilitem mudanças a partir de elaboração reflexivo-vivencial dos próprios sujeitos, de acordo com o paradigma clínico. A clínica psicodinâmica permite a expressão subjetiva, a interpretação e a transformação. Traz, assim, ensinamentos que podem ser transpostos para o âmbito sociodinâmico, articulando vinculadamente investigação e intervenção (Aiello-Vaisberg, 1995, p. 114).

Em relação ao nosso primeiro objetivo, ao escolhermos este enquadre, isto é, o de favorecer a expressão emocional das participantes, entendemos que a utilização de um recurso mediador-dialógico poderia favorecer a criação de um ambiente suficientemente

bom, no qual poderiam aproximar-se de maneira relativamente tranquila de um tema emocionalmente mobilizador, como a morte de um bebê. Tratar-se-ia, desse modo, de possibilitar a abordagem de um tema delicado, vinculado ao sofrimento emocional, num ambiente “seguro” e protegido (Camps, 2003).

Quanto ao nosso segundo objetivo, embora nossa proposta investigativa não contemplasse finalidades terapêuticas, nem por isso deixamos de considerá-las como potenciais. Assim, partimos do pressuposto de que seria possível intervir em prol do bem-estar emocional das participantes, fazendo uso de um recurso mediador-dialógico, apoiados na tese winnicottiana de que o brincar poderia favorecer o resgate à criatividade do indivíduo, em detrimento de sua submissão e dissociação (Ferreira, 2004).

Winnicott valorizava tanto o brincar, entendido não apenas como comportamento exterior, mas como um modo de estar no mundo, associado à espontaneidade e autenticidade do indivíduo, que acabou por descrever a psicoterapia como um brincar sofisticado:

A psicoterapia se efetua na sobreposição de duas áreas do brincar, a do paciente e a do terapeuta. A psicoterapia trata de duas pessoas que brincam juntas. Em conseqüência, onde o brincar não é possível, o tratamento efetuado pelo terapeuta é dirigido então no sentido de trazer o paciente de um estado em que não é capaz de brincar para um estado em que o é (Winnicott, 1971, p. 59).

Fica evidente, portanto, que o uso que fizemos do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema vinculou-se a uma estratégia dialógica e potencialmente mutativa, a despeito de haver estudos, dentre os quais destacamos o de Vieira (2001), que compreendem os

desenhos-estórias como uma técnica projetiva no sentido clássico do termo. Consideramos importante também ressaltar a divergência entre o emprego que fazemos deste recurso mediador-dialógico daquele que vem sendo usado em pesquisas positivistas, que pretendem inclusive “aperfeiçoar” os testes projetivos para que se aproximem dos testes psicométricos, visando apreender conteúdos intrapsíquicos que independeriam do ambiente vivido (Baptista & Aiello-Vaisberg, 2003; Aiello-Vaisberg & Machado, 2000).

A preocupação em distinguir o uso de um determinado recurso à luz do paradigma positivista ou da epistemologia intersubjetiva pode ser observada no próprio Winnicott, em relação ao Jogo do Rabisco:

(...) hesitei em descrever esta técnica (...) não apenas por ser um jogo natural que duas pessoas quaisquer podem jogar, mas também 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 (...). Existe um perigo muito real (...) de que os outros o tomem e o transformem em algo que corresponda a um Teste de Apercepção Temática. (Winnicott, 1968b, p. 231).

A partir da perspectiva que adotamos, entendemos os desenhos-estórias das participantes como condutas imaginativas coletivas, ao invés de expressões de sua interioridade psíquica, desconectada do viver coexistencial, que seriam passíveis de ser objetivamente captadas a partir de um teste projetivo (Aiello-Vaisberg, Correa & Ambrosio, 2000). Lagache (1964, pp. 292-293), que também focalizou a conduta humana como

objeto de estudo da Psicologia, já chamava a atenção para o fato de que até mesmo as expressões verbais dos pacientes deveriam ser tomadas como produções de sua conduta:

Habituellement, en ce qui concerne a la forme classique de la psychanalyse de l'adulte, le matériel est considéré comme formé principalement par la "verbalisation", c'est à dire l'expression verbale des associations libres (...). Il est possible de considérer ces diverses données comme des "expressions" (...). L'activité psychanalytique consiste dans l'interprétation compréhensive de ces "expressions". Mais ramener ainsi ce matériel psychanalytique à des expressions, c'est trop se placer dans la perspective intellectualiste (...). Il est beaucoup plus satisfaisant de les considérer comme des conduites, ou, plus exactement, comme des segments de conduite (...).⁸

No sub-capítulo seguinte, discorreremos sobre a estratégia metodológica da qual fizemos uso com o intuito de considerar os desenhos-estórias, visando a captar o imaginário coletivo acerca da mulher que teve a gestação interrompida.

⁸ "Habitualmente, no que concerne à forma clássica da psicanálise do adulto, o material é considerado como formado principalmente pela verbalização, quer dizer, a expressão verbal das associações livres (...). É possível considerar estes diversos dados como "expressões" (...). A atividade psicanalítica consiste na interpretação compreensiva destas "expressões". Mas tomar assim este material psicanalítico como expressões é se posicionar demais numa perspectiva intelectualista (...). É muito mais satisfatório considerá-lo como conduta ou, mais exatamente, como segmentos da conduta" (...). (Tradução da pesquisadora).

IIIId. NARRATIVAS PSICANALÍTICAS

No sub-capítulo anterior discorreremos sobre o enquadre que desenvolvemos, a denominada “entrevista para abordagem da personalidade coletiva”, visando apreender o imaginário coletivo da equipe de enfermagem, de maneira clínico-interventiva. Neste capítulo discutiremos sobre a estratégia metodológica adotada para que, a partir das entrevistas realizadas, pudéssemos desenvolver reflexões clínico-teóricas acerca do imaginário coletivo da equipe de enfermagem.

De fato, uma vez que as entrevistas foram realizadas com o objetivo científico de produzir conhecimento clinicamente útil que pudesse beneficiar a equipe de enfermagem, bem como as mulheres que perderam seus bebês e os futuros filhos que poderiam vir a ter, fazia-se necessário algum recurso metodológico que viabilizasse a comunicação do acontecer clínico.

Uma vez que atuamos numa perspectiva epistemológica intersubjetiva, que valoriza a personalidade do pesquisador não apenas no momento da realização da entrevista, mas em todas as etapas da pesquisa, vemos que a comunicação do acontecer clínico deve ser feita por meio de uma estratégia que inclua tanto as ocorrências mais visíveis em termos do que foi dito e feito, como as ressonâncias afetivo-emocionais vividas contratransferencialmente pelo pesquisador (Mencarelli, 2010).

Nesta perspectiva, notamos que a comunicação do acontecer clínico através de relatórios técnicos não consistiria numa possibilidade metodológica neste estudo. Mesmo que fosse possível apresentar um relato totalmente desprovido das impressões do pesquisador, acreditamos que consistiria num conhecimento inútil, pois concebemos que o ser humano é social e, como tal, deve ser sempre estudado em relação ao outro (Lino da Silva, 1993). Assim, estamos de pleno acordo com diversos pesquisadores psicanalistas - dentre os quais destacamos Chiantaretto (2004), Mijolla-Mellor (2004) e

Safra (1994), acerca do risco que correríamos - caso fizéssemos uso de um relatório técnico ou de uma transcrição de uma gravação, de apresentar um material emocionalmente empobrecido, além de incoerente do ponto de vista epistemológico.

Conscientes de que mesmo recorrendo a uma estratégia metodológica que valorizasse o acontecer humano, fatalmente seríamos incapazes de comunicar toda a sua carga emocional e complexidade (Ambrosio, 2005), recorreremos à redação de narrativas psicanalíticas, estratégia que temos usado em nossas investigações e que tem consistido objeto de estudos, no que diz respeito à sua potencialidade heurística (Granato & Aiello-Vaisberg, 2004; Aiello-Vaisberg & Machado, 2005; Aiello-Vaisberg, Machado, Ayouch, Caron & Beaune, 2009).

Cabe ressaltar que o que temos entendido como narrativa psicanalítica não equivale à narrativa literária, tal como foi estudada por Walter Benjamin (1936). É verdade que, por um lado, as narrativas psicanalítica e literária consistem ambas numa forma de comunicação especial em que a ênfase recairia sobre a vivência pessoal e particular do narrador, em detrimento da transmissão do estado puro dos fenômenos, tal qual ocorre na informação. Esta similaridade entre ambos os tipos de narrativa fica clara no seguinte trecho, relativo à narrativa psicanalítica:

A exatidão aqui pode ser entendida como precisão do olhar não porque vê o “certo” ou o “real”, mas porque apreende o verdadeiro para aquela relação. O rigor se dá através de um comprometimento com o verdadeiro, retirando o pesquisador-narrador de um modelo de ciência em que o conhecimento é cópia fiel e representada da realidade. Ser um recorte deixa de ter o sentido negativo de restrição, configurando-

se novamente como singularidade ou uma possibilidade única de compreensão (Medeiros, 2003, p. 157).

Por outro lado, a narrativa psicanalítica diferiria da literária, à medida que em que, naquela, tal como o próprio nome evidencia, o narrador faz uso do método psicanalítico no momento de sua elaboração, mediante a associação livre e a atenção equiflutuante. Dessa maneira, após a realização de cada entrevista, redigi uma narrativa psicanalítica acerca do encontro vivido, imprimindo, em cada uma das dezesseis narrativas, as associações livres, sentimentos e interpretações que em mim foram despertados. Tal fato acabou conduzindo-me, como apontam Granato e Aiello-Vaisberg (2004), a um segundo encontro:

(...) o texto se apresenta também ao seu autor somente após a sua inscrição, ele se dá a conhecer numa revelação até para aquele que o escreve. A semelhança de substância reveladora, o psicanalista aqui se coloca como veículo de expressão, marcando uma profunda diferença entre o seu trabalho e o do cientista que elabora seu relatório, ou ainda, o do jornalista que constrói sua notícia, interessados que estão no “retrato fiel” de uma realidade (...) (Granato & Aiello-Vaisberg, 2004, p. 268).

Dessa maneira, enquanto o primeiro encontro consistiu na entrevista propriamente dita, protagonizada pela participante e por mim, o segundo encontro correspondeu a um reencontro com o acontecer clínico por meio da narrativa. Portanto, poderíamos dizer que a narrativa psicanalítica permite que o pesquisador retome o encontro vivido e que até

então não havia sido alvo de reflexões, já que naquele primeiro momento, ocupado em sustentar o ser humano que se encontrava à sua frente, ele não se deteve em intelectualizações.

Ao discorrermos sobre a narrativa psicanalítica como a forma de registro a partir da qual será possível desenvolver reflexões clínico-teóricas, faz-se necessário destacar que o pesquisador assume uma postura psicanalítico-fenomenológica no momento de sua elaboração, privilegiando a associação livre e a atenção equiflutuante, de maneira que os conceitos teóricos apareceriam apenas se emergissem sob a forma de associação livre, mas jamais porque o narrador estaria preocupado em embasar teoricamente aquilo que foi vivido durante o encontro:

O caráter receptivo, construtivo e participativo do método psicanalítico nos leva a considerá-lo como a concretização de uma atitude essencialmente fenomenológica nas ciências humanas. De fato, é recomendável que o pesquisador em psicanálise esteja, desde o início de sua pesquisa, desprendido ao máximo de possíveis respostas, conhecimentos ou teorias pré-existentes. É uma posição existencial de abertura para o novo e inusitado e de curiosidade, a mesma postura que deve ter o psicanalista em seu consultório (Aiello-Vaisberg, 2006, p. 10).

Concebemos que a adoção desta postura psicanalítico-fenomenológica faz-se imprescindível num duplo sentido. O primeiro deles refere-se à compreensão de que para produzir conhecimento científico, na perspectiva epistemológica que adotamos, é necessário que o pesquisador assuma uma postura desprendida em relação à teoria pré-

existente, evitando uma leitura contaminada acerca do acontecer clínico. De fato, são diversos os psicanalistas preocupados com esta dificuldade dos pesquisadores, de modo geral, em aproximar-se do fenômeno a ser estudado sem reproduzir de maneira “submissa” aquilo que a literatura especializada discorre sobre o tema, comprometendo o desenvolvimento da própria teoria psicanalítica (Safra, 1996; Aiello-Vaisberg, 1999b).

O segundo motivo pelo qual seria necessário redigir a narrativa psicanalítica sem a preocupação de inserir conceitos teóricos e tampouco a discussão da literatura específica, relaciona-se ao fato de que em nossos trabalhos temos compartilhado as narrativas psicanalíticas junto aos demais integrantes do grupo de pesquisa, com o intuito de nos beneficiarmos da multiplicidade de olhares na produção do conhecimento científico.

No paradigma científico positivista, o fato de diferentes pesquisadores tecerem as mesmas considerações acerca de um mesmo material clínico é um indício do alcance do rigor e da fidedignidade em relação ao fenômeno, o que torna frequente a busca do “acordo entre juízes”. Entretanto, dentro do paradigma científico intersubjetivo, que visa a abrir horizontes compreensivos, a multiplicidade de olhares é vista como caminho para o enriquecimento da investigação científica (Wolf-Fedida, 2004; Gavião, Costa, Oliveira, Nascimento, Lucia & Arap, 2004). É justamente por esse motivo que temos feito uso de narrativas psicanalíticas em nossas pesquisas, dado o enorme potencial desta forma especial de escrita de viabilizar que outra pessoa, além do próprio narrador, possa aproximar-se da experiência, vivenciando os mais diversos estados emocionais. Entendemos que:

(...) a apresentação [da narrativa] suscitará narrativas alternativas. Estas não se referirão evidentemente ao acontecer primeiro, tomado como imaginário, 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 & Machado, 2005, p. 7).

Esta forma de produzir conhecimento científico, digna da perspectiva epistemológica intersubjetiva, que valoriza o aspecto relacional na atividade de pesquisa, quer do pesquisador com o participante, quer do grupo de pesquisadores entre si, quer da interlocução reflexiva com diferentes autores, pode ser assimilada ao Jogo do Rabisco de Winnicott, uma vez que permite que um “rabisco” seja completado por outra pessoa, possibilitando que as pesquisas sejam “desenhadas” por mais de uma pessoa (Safra, 2005).

Por fim, vale ressaltar que a narrativa psicanalítica deverá ser apresentada não apenas ao grupo de pesquisadores dentro do qual o estudo foi desenvolvido, mas a outros círculos científicos, por meio de congressos e artigos em periódicos, configurando o processo por meio do qual produzimos conhecimento científico no âmbito das ciências humanas (Medeiros, 2003). Por este motivo, apresentamos todas as narrativas psicanalíticas relativas às entrevistas realizadas, no anexo VIIIb, para permitir que outros pesquisadores possam captar novos sentidos.

IIIe. OS CAMPOS DE SENTIDO AFETIVO-EMOCIONAL

A partir da leitura e releitura das produções gráficas das participantes e das narrativas - nas quais tanto ficaram registradas as lembranças sobre o que foi dito e vivido durante o encontro, como as impressões, lembranças e sentimentos da pesquisadora - iniciamos o trabalho de captação do que denominamos, em nosso grupo de pesquisa, “campos de sentido afetivo-emocional”, a partir dos quais se organizam as condutas.

Diversos psicanalistas têm compreendido o conceito de “campo” como a atmosfera que rege a relação entre analista e analisando (Neri, 2007; Herrmann, 1979; Stolorow, Atwood & Brandchaft, 1994), o que parece indicar a sua utilidade no campo da Psicologia que opera desde o referencial psicanalítico. O uso deste conceito, em nossas pesquisas, deriva das indicações de Bleger (1963) e de Herrmann (2001).

Bleger (1963)⁹ desenvolveu o conceito de campo a partir de sua compreensão de que, como os fenômenos humanos são altamente complexos, não seria possível aprendê-los em sua totalidade, havendo portanto a necessidade de realizarmos um recorte metodológico visando a limitar sua amplitude. Dessa maneira, propôs o uso do conceito de campo com o intuito de favorecer a compreensão das condutas humanas:

Coloca-se a exigência metodológica de reduzir sua amplitude para poder estudar os fenômenos com maior precisão; essa necessidade preenche-se satisfatoriamente com o conceito de campo. Esse último não é outra coisa que a situação total, considerada em um dado momento, quer dizer, é um corte hipotético e transversal da situação. Define-se campo como o conjunto de elementos coexistentes e

⁹ Vale ressaltar que Bleger desenvolveu seu conceito de “campo” apoiado nas formulações do psicólogo Kurt Lewin (1951).

interatuantes em um determinado momento (...) A conduta é sempre o emergente de um campo (Bleger, 1963, p. 37).

Assim como fez em relação à conduta, organizando-a em termos de manifestações mentais, corporais e de ação sobre o externo, Bleger (1963) discorre sobre o campo como uma unidade na qual seria possível distinguir três subestruturas. Dessa maneira, fala sobre um campo ambiental, que consistiria na realidade exterior, vale dizer, nos elementos concretos situados num determinado espaço e tempo e nos sentidos atribuídos a esta organização. Tratar-se-ia, desse modo, de uma sub-estrutura que corresponderia ao que poderia apreender um observador que estivesse fora do campo do acontecer clínico propriamente dito, posição, aliás, ocupada pelo leitor que se debruça sobre as narrativas psicanalíticas aqui apresentadas.

Além do campo ambiental, haveria também um campo psicológico, que seria composto por um campo não consciente e por um outro consciente. A partir desta perspectiva conceitual, Bleger (1963) afirma que para investigar a conduta humana fazia-se necessário retomar o campo a partir do qual a conduta emergiu, isto é, quais foram o contexto ambiental e as motivações conscientes e não conscientes que estavam interagindo entre si no momento da manifestação humana.

Herrmann (2001), por sua vez, desenvolveu seu conceito de campo ao observar que a comunidade psicanalítica estava dividida em várias doutrinas teóricas que aparentemente geravam, todas elas, práticas clínicas eficazes. Curioso diante da percepção de que todas geravam bons resultados clínicos, buscou encontrar qual seria o “denominador comum” entre elas, chegando à seguinte constatação: apesar de cada escola privilegiar uma determinada intervenção, todas faziam uso do método psicanalítico, no sentido de que pretendiam romper o campo no qual o paciente se encontrava,

responsável em reger os sentidos da representação que o indivíduo tem de si mesmo e do mundo. Esta questão fica clara no seguinte trecho:

Campos são organizações poderosas que formam o solo de cada consciência e decidem que vegetação pode ou não pode nela crescer. Determinam o sentido permissível das representações, das palavras, dos sentimentos (...). Sendo o avesso da consciência, o campo emite mensagens de duplo sentido, que contêm (...) as diretrizes para sua (incorreta) tradução (...). (Herrmann, 2004a, p. 31)

Vemos, portanto, que apesar de Herrmann não ter desenvolvido sua teoria baseado no conceito de conduta, compartilha com Bleger a concepção de que as manifestações humanas são regidas por campos, que, justamente por isso, poderiam ser entendidos, conforme destaca Herrmann (2007), como o avesso das condutas.

Em nosso grupo de pesquisa temos trabalhado com o conceito de campo de Herrmann, à luz da contribuição de Bleger, considerado as condutas, como ponto de partida, para, em seguida, buscar os campos a partir do qual emergiriam. Justamente pelo fato de complementarmos a Teoria dos Campos de Herrmann com o conceito de conduta de Bleger, temos adotado uma terminologia diferente, referindo-nos preferencialmente a “campo de sentido afetivo-emocional”.

Além disso, fazendo uso deste termo diferenciado, evidenciamos também a nossa compreensão divergente da de Herrmann, segundo o qual as condutas se modificariam quando o campo fosse rompido. Como, a nosso ver, o campo não poderia ser rompido, permanecendo ali mesmo que latentemente, à medida que continuaria vigente no ambiente social e cultural em que vivemos, privilegiamos a concepção de que aquilo o que

ocorreria seria a possibilidade do indivíduo transitar de um campo para outro, vivenciando transformações em suas manifestações (Aiello-Vaisberg & Machado, 2008).

Desse modo, temos entendido que o campo de sentido afetivo-emocional se configuraria a partir de regras lógico-emocionais que regem as manifestações simbólicas. Se pensarmos que os imaginários coletivos se constituem como mundos compartilhados, os campos de sentido afetivo-emocional determinariam a produção de sentidos destas manifestações:

(...) o que a psicanálise apresenta como contribuição fundamental ao conhecimento do humano é a consideração da existência de um avesso estruturante de toda e qualquer manifestação humana, que usualmente denominamos campo ou inconsciente relativo. (...) não se há que pensar o inconsciente em termos substanciais, mas sim como conjunto de regras lógico-emocionais de efeito estruturante. (Aiello-Vaisberg, 2002a, p. 206).

Ao partimos da compreensão de que os campos de sentido são os determinantes ou organizadores das manifestações simbólicas, de subjetividades individuais ou grupais, as quais, por sua vez, encontram-se intrinsecamente vinculadas às ações humanas sobre o ambiente, entendemos a importância de captarmos essas regras lógico-emocionais, se quisermos promover transformações em determinadas práticas sociais, visando a uma sociedade mais justa e inclusiva (Aiello-Vaisberg, 1999a; Tardivo, 2004).

Mas como procedemos à captação dos campos a partir dos quais os imaginários coletivos se estruturam? Do mesmo modo que assumimos uma postura psicanalítico-fenomenológica tanto na realização das entrevistas, quanto na redação das narrativas

psicanalíticas, acreditamos que o cultivo desta postura continua sendo primordial na captação dos campos de sentido afetivo-emocional:

Todo o processo é presidido pelo cultivo da atenção equiflutuante. As mesmas recomendações psicanalíticas, no sentido de permitir ao paciente que o que venha à mente seja comunicado de modo solto, livre e sem censura, conhecidas como associação livre, tem sua contrapartida na assunção deste especial estado de atenção por parte do analista. Um bom jeito de pensar nisso é lembrar de jogos do tipo “Olho mágico”, nos quais uma nova figura pode se formar se deixarmos de focalizar do modo como normalmente o fazemos (Aiello-Vaisberg, 1999a, p. 256).

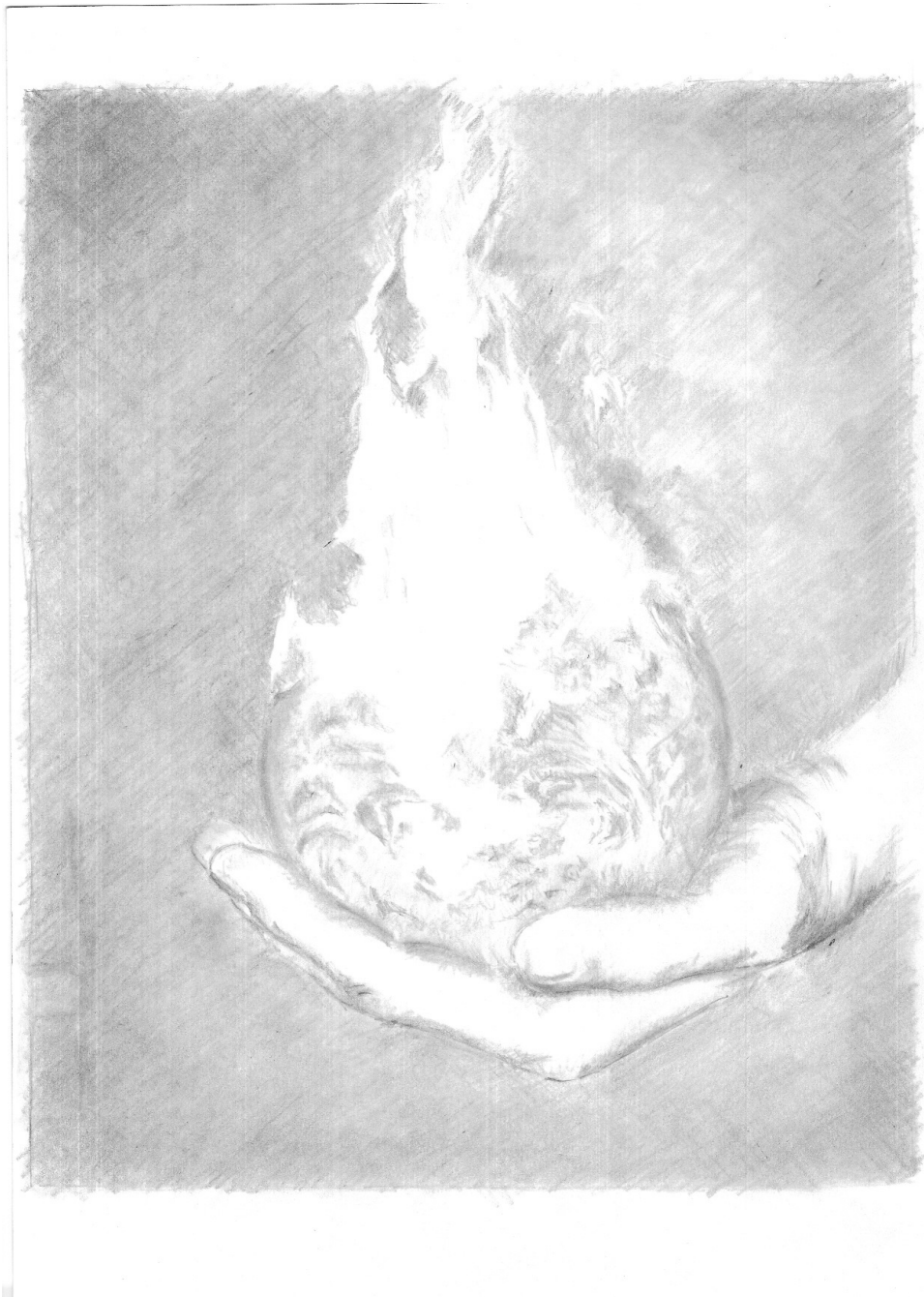
Assim, da mesma forma que nos deixamos tocar pelas falas dos pacientes na clínica psicanalítica, trabalhando a partir daquilo que nos causa impacto emocional, captamos os campos de sentido afetivo-emocional pela intensidade de uma expressão, palavra ou gesto que nos desperta a atenção, como um tom desafinado aos nossos ouvidos, ao invés da quantidade de vezes em que um tema qualquer foi mencionado pelas participantes (Ferreira, 2006).

Fica claro, portanto, que em nossa perspectiva epistemológica os sentimentos contratransferenciais do pesquisador - entendidos aqui como a sua resposta emocional frente ao encontro com os participantes - muito contribuem para o desenvolvimento de reflexões clínico-teóricas, embora em outras vertentes, que privilegiam o esfumaçamento da personalidade do pesquisador, a contratransferência seja concebida como um fenômeno

de cunho negativo, que deveria ser controlada, em prol da objetividade (Mencarelli, 2010; Devereux, 1966).

Embora valorizemos a personalidade do pesquisador na captação de campos, compreendendo que outros estudiosos poderiam captar outros campos de sentido afetivo-emocional, em função de sua subjetividade, acreditamos que este processo de buscar as motivações emocionais que estariam sustentando o imaginário coletivo não é, de modo algum, arbitrário. Partimos do pressuposto de que a captação dos campos de sentido afetivo-emocional é um processo que integra a capacidade criativa do pesquisador e algo que estaria na realidade. É justamente por isso que em nossos trabalhos temos utilizado o termo “criado/encontrado”, ao nos referirmos aos campos de sentido afetivo-emocional que foram captados, numa alusão à teoria winnicottiana sobre a maneira como se dá uma relação criadora do indivíduo com o mundo em que vive. Winnicott (1969) afirmava que, num primeiro momento, o indivíduo precisaria acreditar onipotentemente que aquilo que se encontra diante de si foi por ele criado, como se a realidade não existisse independentemente dele, para, a partir deste processo maturacional, ser capaz de encontrar esta realidade. A nosso ver, esta apreensão paradoxal da realidade esclarece o processo pelo qual se faz a captação interpretativa dos campos.

No capítulo seguinte, apresentamos os campos de sentido afetivo-emocional que pudemos captar no contexto do grupo de pesquisa dentro do qual este estudo foi desenvolvido, a partir dos desenhos-estórias das participantes e das narrativas redigidas pela pesquisadora.



**IV. O FIM DO MUNDO, O VAZIO
ETERNO E A MONSTRUOSIDADE:
OS CAMPOS DO IMAGINÁRIO**

Neste capítulo, apresentaremos o que criamos/encontramos a partir das dezesseis entrevistas realizadas com quatro enfermeiras, duas assistentes de enfermagem e dez técnicas, sendo oito delas do plantão noturno, quatro do vespertino e as outras quatro do matutino. Uma narrativa elaborada pela pesquisadora a respeito de sua vivência ao longo dos dois meses em que as entrevistas foram realizadas encontra-se no anexo VIIIb.

A partir do debruçar sobre o material clínico, isto é, sobre os dezesseis desenhos-estórias elaborados pelas participantes e sobre as dezesseis narrativas redigidas pela pesquisadora, que também estão anexadas (anexo VIIIc), foi possível captar três campos de sentido afetivo-emocional que guardariam certa ligação entre si, de tal maneira que um deles seria o mais abrangente e os outros dois equivaleriam a sub-campos nele ancorados.

Assim, o campo “Fim do mundo” - regido pela regra lógico-emocional de que a interrupção da gestação equivaleria a um fenômeno apocalíptico - abarcaria tanto o sub-campo “Vazio eterno”, organizado pela crença de que a mulher que sofreu uma interrupção espontânea viveria um sofrimento infinito, quanto o sub-campo “Monstruosidade”, definido pela crença de que aquela que provocou a interrupção corresponderia a uma mulher cruel e monstruosa, que teria cometido um crime hediondo.

A seguir, apresentamos mais pormenorizadamente cada um destes campos, ilustrando cada um deles a partir de algumas produções, a fim de tornar esta exposição mais clara.

Campo “Fim do mundo”

“(...) Conheço bem a minha história
começa na lua cheia
e termina antes do fim
aqui é o fim do mundo
aqui é o fim do mundo
aqui é o fim do mundo
minha terra tem palmeiras onde
canta o vento forte
da fome, do medo e muito
principalmente da morte (...)”

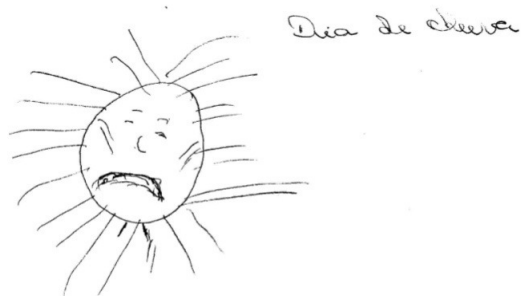
(trecho da letra “Marginália II”, de Maria Bethânia)

Este campo de sentido afetivo-emocional é regido pela crença de que a interrupção da gestação equivaleria a um fenômeno apocalíptico. A morte de um bebê que ainda estava sendo gestado seria concebida como a destruição de tudo e de todos, do próprio universo, ao invés de equivaler à morte de um único indivíduo. Logo, no imaginário da equipe de enfermagem, não seria apenas a vida do bebê que estaria comprometida com o fenômeno da interrupção da gestação: esta teria conseqüências amplas e irrestritas, que afetariam a vida no planeta.

Para ilustrar apresentamos um trecho de uma narrativa referente à entrevista realizada com Sônia¹⁰, técnica de enfermagem do plantão noturno:

Sônia fez o seguinte desenho:

¹⁰ Todos os nomes das participantes são fictícios, visando preservar o anonimato e sigilo, como prevê o Código de Ética em Psicologia.



Quando pedi que me contasse uma história associada ao desenho, falou: “Desenhei este sol morrendo porque é assim que vejo a gravidez interrompida. A gente tem sempre certeza de que o sol vai nascer no dia seguinte, não é? É algo que já é tão esperado e tão natural que a gente nem pára para pensar que pode ser que ele não nasça. Para mim, gravidez sempre termina em nascimento: o bebê é feito pra nascer e não para morrer. Quando um bebê morre é como se o sol estivesse morrendo também...”

Após contar que era mãe de quatro filhos e que, em breve, tornar-se-ia avó de dois netos, completou: “Escolhi trabalhar em Obstetrícia porque queria ver bebês nascendo e mães renascendo junto com seus filhos...”

Antes do término do nosso encontro, quando pedi para que atribuísse um título para o seu desenho, Sônia chamou-o de “Dia de chuva” e comentou: “Gostaria que só existissem dias ensolarados, sem chuva, sem nublado, sem céu cinzento”.

Apesar de todas as participantes terem apresentado o imaginário de que a interrupção da gestação equivaleria a uma tragédia, selecionamos este material clínico porque, ao fazer uso de elementos cósmicos para se referir à gravidez, Sônia expressou de maneira

poética e intensa a idéia de que sua interrupção seria uma verdadeira catástrofe. Se “dar à luz” equivale ao sol, a interrupção da gravidez corresponderia, ao avesso, à escuridão, ao fim do mundo¹¹.

Embora tenhamos observado que todas as produções gráficas das participantes habitam este campo “Fim do mundo”, foi possível notarmos um nítido movimento por parte da equipe em identificar se a mulher cuja gestação foi interrompida sente alívio ou se sofre verdadeiramente com o fato. A partir daí organizamos o material em dois sub-campos, isto é, em dois grupos de manifestações imaginativas, relativos à mulher que sofreu interrupção espontânea e aquela que a provocou.

¹¹ Esta questão de que a humanidade chegaria ao fim, caso as gestações fossem interrompidas, evoca o filme “Filhos da esperança”, de 2007, sob direção de Alfonso Cuarón, com os atores Clive Owen e Julianne Moore. Entretanto, neste longa de ficção que se passa em 2027, ao invés das mulheres terem suas gestações interrompidas, tornam-se incapazes de engravidar, o que acaba criando um caos, à medida que a humanidade vê-se perto da extinção.

Sub-campo “Vazio eterno”

“(...) Would you know my name
if I saw you in heaven?
Would you help me stand
if I saw you in heaven?
I'll find my way
through night and day,
'cause I know
I just can't stay
here in heaven (...)”¹²

(trecho da letra “Tears in heaven”, de Eric Clapton,
em homenagem ao seu filho falecido)

Este grupo de produções imaginativas organiza-se ao redor da regra lógico-emocional de que a mulher que sofreu uma interrupção espontânea da gestação é marcada eternamente por uma profunda dor, vivenciando um estado de enlouquecimento. Tratar-se-ia, dessa maneira, de uma mulher atormentada por um sofrimento ininterrupto. Para ilustrar este sub-campo apresentamos um trecho de uma narrativa referente ao encontro com Ângela, enfermeira do plantão noturno:

Ângela fez um desenho inteiramente à lápis, em que havia uma pessoa segurando, no colo, um bebê. Tanto o rosto da pessoa quanto o do bebê pareciam tristes e, acima deles, havia um grande ponto de interrogação.

¹² “(...)Você saberia o meu nome, se eu o visse no paraíso? Você me ajudaria a me levantar, se eu o visse no paraíso? Eu encontrarei o meu caminho, através da noite e do dia, porque eu sei que simplesmente não posso ficar aqui no paraíso(...)” (Tradução da pesquisadora).

E agora José!?! digo o cuidador



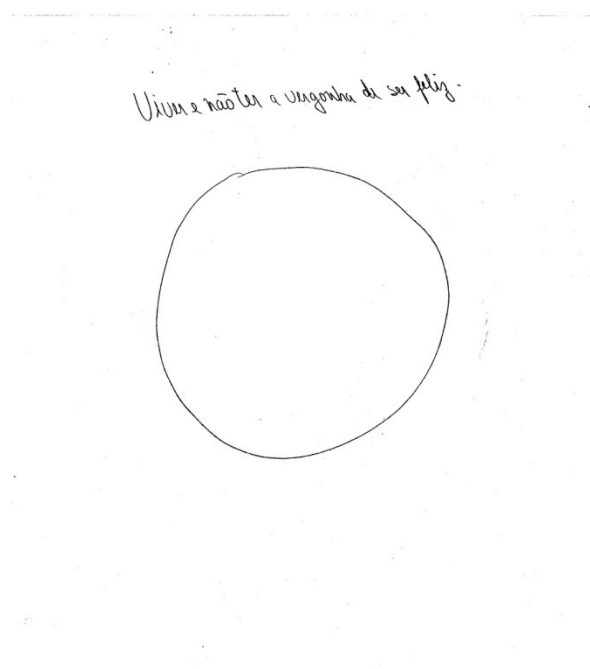
Após dizer que o ponto de interrogação representava o fato de a mulher que sofreu interrupção da gestação poder assumir diversas condutas, sendo difícil descrevê-la, contou-me a seguinte história: “Teve uma vez que uma mãe que tinha perdido o bebê pediu pra segurar, no colo, o bebê de outra paciente que estava internada na enfermaria. Isto causou um choque pra toda equipe e muita gente ficou pensando que ela havia enlouquecido. Só depois que pediram para que voltasse pro quarto que entendi que ela só queria segurar um bebê. Ela sabia que não era o dela, mas queria ver como seria”.

Perguntei, em seguida, se era esta a paciente que havia desenhado. A participante fitou seu desenho e respondeu: “Não sei... Sabe, na hora em que estava fazendo o desenho não pensei em nenhuma paciente especificamente, mas pode ser que seja ela, sim. Aquela imagem dela mal conseguindo andar, chorando e segurando o bebê de outra mãe, foi bem forte, para mim...”.

Apesar de Ângela ter sustentado inicialmente a visão de que a mulher que sofreu interrupção da gestação pode percorrer vários caminhos - sendo impossível apresentá-la de uma única maneira - a imagem que trouxe foi a de alguém que parece estar enlouquecida, a ponto de a equipe considerar perigoso que carregasse um bebê no colo. Existiria aí o imaginário de que ela poderia machucar o filho saudável de outra mulher, motivada pelo ódio decorrente da morte de seu próprio bebê? Ou a crença de que poderia ter dificuldades em devolver o bebê à mãe, tomando-o pelo filho que acabou não tendo, em virtude da gravidez interrompida?

Se, de um lado, o material clínico relativo à entrevista com Ângela ilustra bem a crença de que o sofrimento associado a uma perda gestacional teria contornos de loucura, de outro, recorreremos a um outro material clínico, referente à entrevista com uma técnica do plantão noturno, para exemplificar o imaginário de que este estado seria eterno:

Em nosso encontro, Laura fez o seguinte desenho:



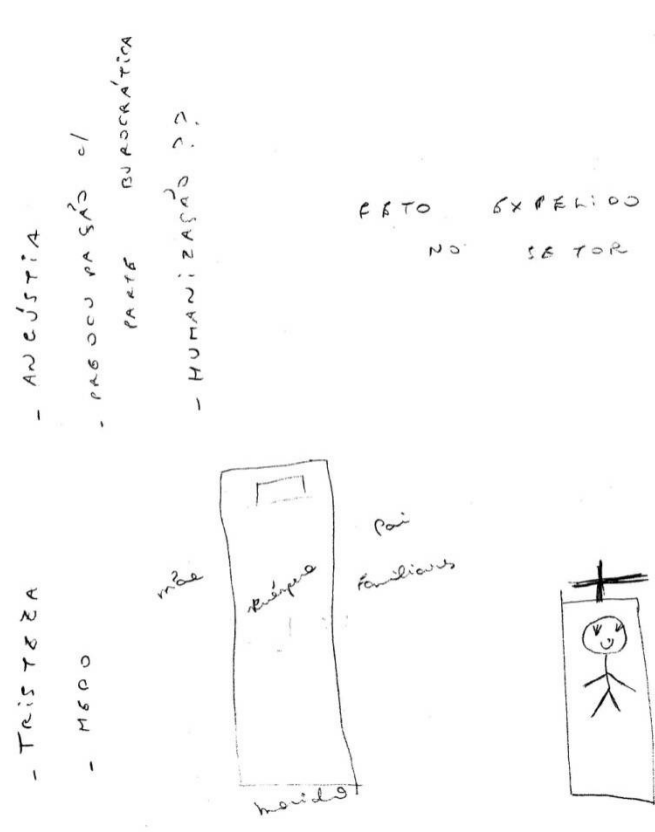
Quando perguntei o que havia desenhado, respondeu: “Desenhei o vazio. Porque é assim que a mulher que perdeu o bebê deve se sentir. Está vazia nos dois sentidos: no emocional, sente um vazio; fisicamente, está vazia mesmo. Sabe, já perdi um filho. Faz uns três anos. Ele morreu quando tinha 18 ano porque acabou se envolvendo com uns amigos ruins, mexendo com coisa errada e foi assassinado. E o que senti não foi uma casa cheia de gente. Senti um vazio mesmo... E sinto até hoje... Penso no meu filho o tempo todo: no aniversário dele, no natal, no dia que morreu, quando uma mãe perde o bebê, quando meu marido fica doente... O tempo todo sinto este vazio...”.

No término do encontro, quando pedi para que intitulasse seu desenho, chamou-o de “Viver e não ter a vergonha de ser feliz”. Explicou que gostava muito da letra desta música, que era otimista e passava uma mensagem sobre “seguir em frente”.

Embora Laura não tenha falado sobre a mulher que sofreu uma interrupção da gestação como foi-lhe solicitado, revelou um intenso sofrimento pela morte do filho. Não falou, portanto, de como é ser cuidadora de uma paciente que perdeu o seu bebê, mas trouxe a si mesma como uma mulher que teria perdido o seu e que desde então estaria atormentada, assim como a mulher trazida por Ângela, que queria a qualquer custo segurar um bebê no colo.

Desta perspectiva, ambas as participantes, cada uma a seu modo, comunicaram o imaginário de que a mulher que perdeu seu filho, ao invés de enlouquecer por um breve período - vivenciando um luto passível de ser elaborado com o passar do tempo - ficaria vazia para sempre, sem jamais conseguir “seguir em frente”.

Esta crença de que a mulher que perdeu seu filho não mais seria capaz de encontrar realização pessoal, como se se tratasse de uma “morta-viva”, foi também expressa pela produção gráfica de Heloísa, técnica do plantão vespertino: embora tenha intencionado desenhar uma mulher em um leito de enfermaria, acabou realizando um desenho que suscita, diante do tema solicitado, a impressão de tratar-se de um bebê falecido dentro de um caixão.



Chamou-nos também a atenção o fato de a mulher desenhada apresentar um sorriso no rosto. Estaria ele associado a uma dificuldade emocional por parte da equipe de enfermagem de entrar em contato com o universo atormentado que a paciente habitaria, segundo o seu imaginário?

Sub-campo “Monstruosidade”

“(...) J'ai péché par colère
contre toi, contre moi
contre toute la terre (...)”¹³
(trecho da letra “Mea culpa”, de Edith Piaf)

Este segundo grupo de produções imaginativas define-se pela regra lógico-emocional de que a mulher que provocou a interrupção da gestação seria cruel, apresentando profundas falhas de caráter, tendo cometido um crime hediondo. Para ilustrar, elegemos um trecho da narrativa relativa a uma entrevista com uma técnica do plantão matutino:

Quando perguntei à Lia como se sentia ao atender uma paciente que teve a sua gestação interrompida, respondeu-me: “Procuro fazer com que ela sofra o mínimo possível. Sempre tomo o cuidado de não deixar uma mãe que perdeu o bebê junto com uma mãe que está ali internada com o bebê ao lado. Acho que é muita crueldade fazer a mulher ficar ouvindo o choro do bebê da outra, né? Hoje, quando cheguei no hospital e vi que tinha uma mãe esperando pra ser internada, pois tinha o diagnóstico de óbito fetal, fui olhar na minha listagem se tinha alguma outra paciente que estava internada aqui sem o bebê. Daí, vi que tinha uma sozinha, porque o bebê dela está na UTI neonatal. Juntei as duas no mesmo quarto, né? Só que mais tarde ouvi bronca da minha chefe: ela veio brigar comigo porque a mãe que estava sozinha no quarto é uma paciente que tentou provocar o aborto da gravidez, mas não conseguiu e seu bebê nasceu prematuro e cheio de problemas. Acabei juntando, sem saber, uma mãe que perdeu o bebê e outra que queria ter perdido, entendeu? E esta mulher, como não conseguiu interromper a

¹³“(...) Eu pequei por coléra contra você, contra mim, contra toda a Terra! (...)” (Tradução da pesquisadora)

gravidez, acabou prometendo dar o bebê pra um casal. Só que o pai da criança – que não é namorado dela – acabou descobrindo tudo e veio aqui, hoje, pegar o filho dele e levar pra casa. Ele ficou berrando, no hospital, que ia matar a paciente; que ela não poderia ter feito isto, sem ter falado com ele; que ela tinha escondido a gravidez dele; que o filho ia ficar com ele... Foi horrível! Ele foi contido pela segurança e passou a tarde inteira lá fora, dizendo que ia esperar a paciente sair do hospital...”

Durante o período em que as entrevistas foram realizadas, Lia não foi a única participante que relatou este caso ocorrido na ala de Obstetrícia. A equipe ficou tão chocada com o desespero dessa paciente em se libertar de seu bebê, seja tentando abortar a gravidez, seja prometendo dá-lo que em vários encontros este caso foi narrado.

Na entrevista com Lia esta narrativa do caso comunica não apenas o movimento por parte da equipe de enfermagem de observar a paciente e “avaliar” se aquela gestação fora espontaneamente interrompida ou se fora provocada, mas também a crença de que a mulher que sofreu uma interrupção não poderia ficar internada no mesmo quarto em que se encontra uma outra que a provocou. Seria como se juntássemos uma mulher vítima de uma tragédia infinita, com uma mãe má, que dissemina este horror.



V. REFLEXÕES E INTERLOCUÇÕES

“(...) Quero assistir ao sol nascer,
ver as águas dos rios correr
ouvir os pássaros cantar,
eu quero nascer, quero viver.
Deixe-me ir, preciso andar, vou por aí a procurar,
rir pra não chorar.
Se alguém por mim perguntar, diga que eu só vou voltar
quando eu me encontrar (...)”

(trecho da letra “Preciso me encontrar”, de Marisa Monte)

No capítulo anterior, apresentamos os campos de sentido afetivo-emocional que estariam sustentando o imaginário da equipe de enfermagem captados a partir dos desenhos-estórias das participantes, bem como das narrativas redigidas pela pesquisadora. Neste capítulo, revisitaremos cada um dos campos, buscando desenvolver reflexões clínico-teóricas sobre cada um deles e, em seguida, sobre como relacionam-se entre si.

Em relação ao campo de sentido “Fim do mundo”, regido pela crença de que a interrupção da gestação equivaleria a um fenômeno apocalíptico - no sentido de associar-se à destruição do universo - poderíamos pensar, num primeiro momento, que tal imaginário estaria vinculado ao fato da equipe de enfermagem, assim como os demais profissionais da área de saúde, habitar um mundo no qual a morte, seja a de um bebê, seja a de um adulto, deve ser evitada a qualquer custo. Partindo desta perspectiva, entendemos que o campo “Fim do mundo” estaria intimamente ligado à postura médica voltada para a cura, decorrente não apenas da formação, mas também de uma sociedade cada vez mais marcada por avanços tecnológicos que objetivam, em última instância, dar ao homem maior controle sobre a morte:

Nos dias atuais, todos os avanços técnicos e tecnológicos fazem do hospital e de toda a equipe de saúde, com destaque para a figura do médico, detentores de maior controle sobre a morte e o morrer, controle este traduzido pelas inúmeras possibilidades técnicas de manter o paciente vivo, um poder admitido e consentido pela sociedade. Formação profissional e pessoal, aliada ao progresso tecnológico, transforma a morte, a incurabilidade em limite não admitido, foco de conflitos (...). Os profissionais passam a ter que lidar com o fato de que a prática médica fica restrita ao “tratamento possível”, tratamento este que está muito aquém das próprias expectativas (...). (Vitali & Aiello-Vaisberg, 2006, p. 61-62).

Assim, num primeiro momento, poderíamos considerar que o fenômeno da interrupção da gestação seria “cosmicamente” inaceitável em virtude de uma dificuldade emocional por parte da equipe de enfermagem em aceitar a morte e, conseqüentemente, lidar com a sensação de impotência por não ter conseguido evitá-la (Prieur-Bertrand, 2001).

Contudo, mesmo observando que, independentemente da etapa evolutiva em que se encontra o seu paciente, a profissional de enfermagem depara-se com o caos ao enfrentar a sua morte, cabe indagar, num segundo momento, se o falecimento de um bebê que ainda estava sendo gestado não provocaria uma sensação ainda maior de catástrofe.

Ao retomarmos a narrativa referente à entrevista com Sônia, na qual a participante equipara a morte de um bebê à do sol, observamos que há, sim, no imaginário da equipe de enfermagem, uma diferença substancial entre o falecimento de um indivíduo já

constituído e o de um bebê. Enquanto o do primeiro equivaleria à morte de um indivíduo, num mundo que continuaria vivo, o do bebê equivaleria ao desaparecimento de toda a humanidade. O fim da vida de um bebê traria consigo o fim do mundo.

Embora o grupo tenha apresentado um imaginário de contornos esquizofrênicos, à medida que não haveria uma diferença entre o eu e o não eu, no fenômeno da interrupção da gestação, as participantes deste estudo não apresentavam características individuais sintomáticas. Entendemos que esta simetria entre o fim da vida de um bebê e o fim do mundo pode ser indicativa do forte impacto emocional que o fenômeno da gestação interrompida gera nas profissionais. Como afirma Matte-Blanco (1988), apesar de, na maioria das vezes, sermos capazes de conceber coerentemente a simetria e a assimetria entre os fenômenos - compreendendo, por exemplo, que um indivíduo não equivale ao mundo, quando estamos extremamente mobilizados - é possível que operemos segundo uma lógica simétrica, igualando os fenômenos a tal ponto que o falecimento de um bebê corresponderia, sim, ao fim da humanidade.

Podemos pensar que o avesso deste imaginário, de que a interrupção da gestação seria “cosmicamente” inaceitável, talvez seja o de que trabalhar na área de Obstetrícia equivaleria a lidar exclusivamente com a vida. Não apenas Sônia expressa claramente esta crença, ao afirmar que escolheu trabalhar em Obstetrícia porque queria ver bebês nascendo, como diversos outros profissionais que atuam na área (Grand-Sebille, 2004; Buchs-Renner & Iacobelli, 2009; Ferry, 2006). Selecionamos o seguinte trecho de um artigo redigido por uma profissional da área numa revista dedicada à perinatalidade:

Être accoucher, c'est choisir, parmi les orientations médicales, d'assister la vie montante plutôt que la vie descendante. Restons modestes: les parents donnent la vie, l'accoucheur a le privilège

d'assister et parfois de participer à cet événement. Quelle jolie, jamais la même, toujours renouvelée: voir une maman mettre au monde "leur" enfant et le père s'en émerveiller (Thoulon, 2004, p. 35)¹⁴

Em relação ao sub-campo "Vazio eterno", regido pela regra lógico-emocional de que a mulher que sofreu uma interrupção espontânea da gestação vivenciaria um sofrimento interminável, associado ao enlouquecimento, podemos questionar até que ponto não estaria ancorado na concepção - prevalente na sociedade atual - de que a maternidade seria o único caminho possível para a realização da mulher.

Embora sejam inúmeros os trabalhos voltados à desmistificação do instinto materno, discutindo a possibilidade da mulher sentir-se plena mesmo que não venha a ter filhos, notamos que o imaginário que prevalece acerca da maternidade, ainda nos dias de hoje, é o de que consistiria no melhor destino a toda mulher (Morel, 2001/2002; Pierrehumbert, 2001/2002; Trindade & Enumo, 2003). Elisabeth Badinter (1985, 2010), uma das principais pesquisadoras a respeito de como se deu o processo de naturalização da maternidade na sociedade, afirma que, apesar de todos os esforços da comunidade científica, ainda vivemos num mundo em que a mulher é definida pela maternidade:

Alors que l'on pensait en avoir fini avec le vieux concept d'instinct maternel, d'aucuns revirent à la charge sous couvert d'études scientifiques (...). Ils s'appuyèrent principalement sur l'éthologie (science des comportements des espèces animales) pour rappeler aux femmes qu'elles étaient des mammifères comme les autres, dotées

¹⁴ "Fazer partos é escolher, dentre as orientações médicas, por assistir mais ao início da vida do que ao seu fim. Sejamos modestos: os pais dão a vida, o responsável por fazer o parto tem o privilégio de assistir e às vezes participar deste acontecimento. Que alegria, jamais a mesma, sempre renovada: ver uma mãe pôr no mundo seu bebê, enquanto o pai se maravilha" (Tradução da pesquisadora).

des mêmes hormones du maternage: l'ocytocine et la prolactine (...).
L'instinct maternel redevenait à la mode (Badinter, 2010, pp. 68-69)¹⁵.

A concepção de que a realização feminina dependeria da vivência da maternidade é observada, inclusive, dentro da comunidade psicanalítica: ao mesmo tempo em que é influenciada pelo imaginário social acerca da maternidade, também contribui com a sua constituição e manutenção (Farias & Lima, 2004; Benhaim, 2001). Ao desenvolver a teoria psicanalítica, Freud (1931) afirmou que a menina só desenvolveria sua feminilidade caso fosse capaz de substituir o desejo do pênis pelo de um bebê. Assim, na teoria freudiana, a castração poderia ser superada se a mulher vivenciasse a maternidade, havendo aí uma verdadeira equação entre pênis-bebê.

Ora, se, por um lado, podemos compreender que as idéias freudianas foram desenvolvidas numa época na qual a condição feminina era bastante desfavorecida em relação à masculina - nos âmbitos da vida social, econômica e familiar (Machado & Aiello-Vaisberg, 2004) - do que resultaram noções que associam a feminilidade à inferioridade e à maternidade, por outro, consideramos preocupante quando nos deparamos com estudos psicanalíticos recentes que continuam reproduzindo, de maneira cristalizada, a teoria do bebê fálico (Barros & Duarte, 1998; Chaves, 2000; Costa, 2003).

Assim, se pensarmos que habitamos um mundo em que o imaginário que prevalece acerca da maternidade é o de que, apenas por meio dela, a mulher poderia sentir-se plena e realizada, não nos surpreende que a equipe de enfermagem obstétrica tenha apresentado a crença de que aquela que sofreu uma interrupção da gestação estaria

¹⁵ “Enquanto pensávamos ter acabado com o velho conceito de instinto materno, alguns o retomam a partir de estudos científicos (...). Eles se apóiam principalmente sobre a etologia (ciência dos comportamentos das espécies animais) para lembrar às mulheres que eram mamíferos como os demais, dotadas dos mesmos hormônios de maternagem: a ocitocina e a prolactina (...). O instinto materno voltava à moda”(Tradução da pesquisadora).

fadada a uma dor infinita. Afinal, ela não teria conseguido alcançar a posição de uma mãe “luminosa e poderosa como o sol”.

Por outro lado, também é possível perceber, quando deixamo-nos tocar mais profundamente, que este imaginário da mulher cuja gestação foi interrompida como sofredora eterna, estaria associado à crença de que teria intimamente desejado a interrupção. Portanto, para a equipe de enfermagem, o enlouquecimento vivido pela mulher estaria vinculado à vivência de um sentimento de culpa por ter nutrido maus sentimentos em relação à gestação, o que provavelmente teria ocasionado a sua interrupção por caminho psicossomático. Para ilustrar esta questão, apresentamos o material clínico relativo à entrevista com Camila, enfermeira do turno vespertino:

Camila fez o seguinte desenho:



Quando pedi para que me contasse uma história associada ao que desenhara, a participante falou: “Esta mulher que desenhei está chorando porque perdeu o bebê. A gente vê aqui que as mulheres que perdem o bebê têm reações muito diversas: umas choram muito e você vê, daí, que essas queriam muito aquela gravidez; outras ficam mais caladas, sérias, e você percebe que

aquela gravidez não era tão querida. Talvez a interrupção até tenha sido provocada, sabe?”

Perante este comentário de Camila, questionei: “Mas e esta aqui que você desenhou? Ela está chorando, mas também está sorrindo”. A participante respondeu: “É, aqui ela está fazendo as duas coisas, né? Mas ela realmente queria a gravidez. E está sorrindo porque o seu bebê era muito malformado e não teria uma vida muito digna... Neste caso, foi melhor para o bebê que acabasse falecendo dentro da mãe dele...”

Embora Camila tenha dito que a mulher desenhada chorava, apresentando, a seu ver, um comportamento que atestaria o quanto aquela gravidez seria desejada, também sustentava um sorriso, que poderia estar, contrariamente, associado a uma alegria pela interrupção da gravidez. Ao admitir que a mulher desenhada estaria, sim, aliviada com a interrupção, à medida que seu bebê era malformado, podemos considerar que Camila tenha dado esta resposta porque seria emocionalmente menos perturbador apelar para uma malformação, que do ponto de vista legal justifica inclusive uma interrupção provocada.

Assim, cabe questionar se os sorrisos estampados nos rostos de algumas das mulheres desenhadas pelas participantes deste estudo equivaleriam não apenas a uma dificuldade da equipe em lidar com o sofrimento intenso da mulher que sofreu uma interrupção da gestação, como levantado anteriormente, ou se também estariam relacionados à crença de que elas estivessem não apenas aliviadas com a interrupção, como também seriam responsáveis por ela, em função de não terem desejado o bebê “como deveriam”.

Trata-se de um imaginário que, de certo modo, coincide com a compreensão de alguns psicanalistas, dentre os quais destacamos Dolto (1986), Debray (1988) e Langer (1986), que partindo do determinismo intrapsíquico, afirmam que as gestações interrompidas espontaneamente equivaleriam a desejos inconscientes - por parte da gestante - de se libertar do bebê:

Impressiona geralmente a intensidade de angústia que sentem muitas mulheres no princípio de uma gravidez desejada conscientemente. Se a angústia torna-se intolerável, tentarão libertar-se do feto perseguidor por todos os meios ao seu alcance. Vi duas mulheres conseguirem a interrupção de sua gravidez, por indicação psiquiátrica, 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 e cresce consiste no aborto, na expulsão prematura do perseguidor, que ocorre amiúde, sem poder ser freada por nenhuma medida preventiva ou medicação. Mas se o conflito frente a gravidez é menos intenso e desperta menor ansiedade, suas manifestações serão mais inofensivas. A mais freqüente é de caráter oral e consiste em náuseas, vômitos e desejos caprichosos (...). (Langer, 1986, p. 199).

Cabe refletirmos, a partir daí, se esta leitura psicanalítica, que associa os abortos à uma intensa rejeição materna - reduzindo as manifestações orgânicas a questões exclusivamente emocionais - não estaria, também, ancorada neste imaginário de que a

mãe é tão poderosa, tal qual o sol, a ponto de seu desejo onipotente ser capaz de assegurar ou destruir a vida, promovendo a continuidade ou a interrupção da gravidez.

Podemos pensar ainda que talvez este tormento infinito - imaginado em relação à mulher cuja gestação foi espontaneamente interrompida - esteja associado à crença de que consistiria numa espécie de punição que viveria tanto por ter nutrido maus sentimentos pela gravidez quanto por ter ficado aliviada com a sua interrupção. Afinal, se as mães seriam seres divinos, “representantes de Deus na Terra, já que Ele não poderia estar em todos os lugares”, como diz o ditado popular, o que seriam as mulheres que não conseguem ser mães? Executoras do fim do mundo?

No que diz respeito ao sub-campo “Monstruosidade”, regido pela crença de que a interrupção da gestação é crime hediondo que revela profunda crueldade de sua autora, cabe indagar, num primeiro momento, se estaria vinculado ao fato de, no Brasil, a interrupção voluntária da gravidez ser legalmente autorizada apenas em três situações: 1) nos casos em que a gravidez é fruto de uma violência sexual; 2) naqueles em que a mulher corre risco de vida em função da gestação; e 3) nos que é diagnosticada uma malformação fetal incompatível com a vida.

Entretanto, como psicanalistas, que consideram que os imaginários coletivos têm raízes afetivo-emocionais profundas, tendemos a acreditar que, ao invés da lei “criar” ou “determinar” o imaginário, decorre dele, fortalecendo-a eventualmente (Castoriadis, 1975). Desta perspectiva, podemos pensar que a criminalização do aborto seria decorrente da crença de que a mulher que o realiza é cruel e teria mau caráter, pois estaria indo contra o imaginário social que prevê a maternidade como um ideal na vida de toda mulher.

Se partimos do pressuposto de que o ódio evocado pela mulher que provocou a interrupção da gravidez estaria embasado no imaginário social acerca da maternidade, podemos pensar, num plano mais abrangente, que a equipe de enfermagem não seria o

único grupo social a se revoltar frente ao aborto provocado, e que este tampouco seria o único fenômeno associado à rejeição materna que despertaria horror.

De fato, apesar de vivermos numa sociedade em que cada vez mais mulheres optam por não ter filhos para prestigiar a carreira profissional (Joulain, 2005; Squires, Jouannet, Wolf, Cabrol & Kuntsman, 2008), diversos estudos apontam que se sentem discriminadas por sua escolha, como se tivessem contraído uma dívida social, por não ter realizado o potencial da maternidade (Rios & Gomes, 2009a; Rios & Gomes, 2009b; Mansur, 2003).

Mas se ambos fenômenos - o de optar por não engravidar e o de interromper voluntariamente a gestação - ferem igualmente o imaginário social a respeito da maternidade, constituindo aberrações, à medida que se desviam da norma de que toda mulher é naturalmente impelida a ser mãe, apresentam também particularidades. A mulher que escolhe em não engravidar, por mais que seja vista como alguém que escapa ao que seria o seu melhor destino, é também concebida como alguém que concilia o seu desejo de não ser mãe com a adoção de métodos contraceptivos. Já aquela que provoca a interrupção da gravidez, alegando que não consegue conceber-se mãe, despertaria na equipe de enfermagem a crença de que deveria levar a gestação adiante, na medida em que teria podido evitá-la, seja por abstinência sexual, seja pela contracepção.

Desse modo, a equipe de enfermagem comunica a crença de que, uma vez que as mulheres conquistaram o direito de controlar a sua fecundidade, com o advento dos métodos contraceptivos, estariam condenadas a assumir a gravidez, mesmo se não planejada, já que poderiam simplesmente tê-la evitado, como aponta Caumel-Dauphin (2008, p. 36):

“Un enfant, si je veux, quand je veux!”. Ce combat, que nous avons mené et remporté tardivement par rapport à d’autres pays, est un

acquis précieux, mais il a des conséquences plus ou moins évidentes. En ce début de XXI^e siècle, il semble clair pour tout le monde que lorsqu'un enfant arrive, il est souhaité, voulu, il ne peut donc qu'être accepté et la future mère ne peut qu'être heureuse!¹⁶

Em meio à polêmica discussão, em que alguns defendem que a mulher que engravidou deve assumir a maternidade (Neirinck, 2005), enquanto outros apontam que haveria algo mais a ser considerado, haja vista que a grande diversidade de métodos contraceptivos não reduziu radicalmente o número de interrupções voluntárias da gravidez (Chatel, 1995; Bajos & Ferrand, 2002), a Psicanálise também tem a sua participação. Enquanto uma parte da comunidade psicanalítica - partindo da premissa de que toda conduta humana é dotada de uma lógica afetivo-emocional – compreende de maneira inclusiva a postura aparentemente sem sentido de uma mulher que, embora não queira engravidar, não faça uso de métodos contraceptivos (Granato, 2006), uma outra reproduz a crença de que se a mulher engravidar é porque inconscientemente desejava este bebê, apelando para o determinismo intrapsíquico.

Em relação ao segundo grupo, destacamos Françoise Dolto, conhecida por seu trabalho voltado ao cuidado emocional de recém-nascidos que, privilegiando quase que exclusivamente a realidade interna do indivíduo, acabou apresentando concepções radicais nas quais aquilo o que se passa na vida do sujeito refere-se unicamente ao seu inconsciente onipotente. À luz desta perspectiva, a psicanalista chega a afirmar que a ocorrência da gravidez equivaleria a um desejo inconsciente de engravidar:

¹⁶ “Uma criança, se eu quiser, quando eu quiser!” Este combate, que nós conduzimos tardiamente em relação aos outros países, é uma aquisição importante, mas tem consequências mais ou menos evidentes. No começo deste século XXI, parece claro para todo mundo que, quando uma criança chega, ela foi esperada, desejada e só pode ser aceita pela futura mãe, a quem caberia apenas estar feliz!” (Tradução da pesquisadora).

É preciso não esquecer que uma mulher de corpo adulto pode receber um filho sem o ter desejado conscientemente e sem mesmo haver desejado conscientemente o contato gênito-genital com o homem de quem o concebe. E, no entanto (...) o apelo de seu corpo, o desejo inconsciente de fecundidade estava nela sem que disso se apercebesse, pronto a responder à aninhagem e a suas conseqüências (Dolto, 1984, p. 204).

É verdade que a Psicanálise muito contribuiu para a compreensão de sintomas corporais, que não demonstravam nenhuma causa orgânica imediata, ao indicar que não se relacionavam necessariamente a questões exclusivamente físicas. Com o desenvolvimento da Medicina Psicossomática, a partir da década de 30, a Psicanálise promoveu um enorme avanço no tratamento de diversas doenças (Traverso-Yépez, 2001).

Por outro lado, chamam-nos a atenção afirmações como a de Dolto (1984), de que a gravidez seria uma manifestação psicossomática de um desejo inconsciente por ter um filho. Ao compreendermos um fenômeno tão complexo como o da gestação não planejada, como sendo um movimento exclusivamente intrapsíquico, acabamos apresentando uma postura igualmente empobrecida à de que os sintomas físicos seriam limitados às questões orgânicas, que tanto a comunidade psicanalítica combateu. Além disso, a partir do momento que aceitamos o pressuposto de que se a mulher engravidou, é porque era isso o que desejava inconscientemente, não lhe damos outra saída a não ser acolher esta criança.

Vale ainda destacar que a “monstruosidade” foi associada não apenas às mulheres que provocaram a interrupção de sua gestação, bem como aos bebês mortos, que seriam

vistos como monstros não tanto pela malformação que por vezes apresentam, mas, principalmente, por serem fruto de um mãe desumana. Assim, curiosamente, no imaginário da equipe de enfermagem, o bebê morto seria monstruoso segundo dois sentidos dicionarizados deste termo: como “um corpo organizado que apresenta, parcial ou totalmente, conformação anômala” e como “pessoa cruel ou horrenda”, à medida que consistiria num atestado da maldade materna¹⁷.

Para ilustrar, elegemos o seguinte material clínico, referente à entrevista com Fernanda, técnica do plantão noturno:

Em seu desenho, Fernanda fez uma criança com asas e uma auréola de anjo. A criança estava com os braços abertos e parecia sorrir.

Todos merecem o céu.



Quando pedi para que me contasse uma história associada ao desenho, disse: “Acredito que todos, principalmente as crianças, quando morrem, vão

¹⁷ O leitor pode conferir tais sentidos em dicionários bastante utilizados e reconhecidos, como o Aurélio (Ferreira, 1993).

pro céu. Esta criança que desenhei é um bebê que não teve a oportunidade de viver aqui na Terra...”

Apesar de Fernanda ter desenhado um anjo e de ter recorrido à religião para dizer que o bebê morto, fruto de uma gestação interrompida, equivaleria a um anjo no céu, trouxe, ao longo da entrevista, a impactante história de uma paciente que teve um bebê com múltiplas malformações:

Fernanda narrou uma situação em que foi acompanhar uma paciente até a “geladeira”, para que conhecesse seu bebê falecido: “Eu sabia que o bebê tinha múltiplas malformações, porque o pessoal que estava no parto já tinha comentado. Daí, quando a mãe pediu para que a acompanhasse, já sabia que veria algo difícil. Mas não imaginava que fosse tanto... Era um bebê que não tinha pernas e braços (os pés e as mãos partiam direto do corpo); tinha uma cabeça grande (maior que o tamanho do corpo); estava com o cérebro exposto; tinha duas genitálias...”

Podemos considerar aqui que a participante tenha trazido um cadáver monstruoso, que lhe despertara medo e horror, disfarçado de um anjo, a partir de um movimento defensivo. Assim, falando do céu e do divino, seria possível entrar em contato com o inferno e a monstruosidade. De maneira análoga, o discurso religioso de que a interrupção da gestação equivaleria a um vontade divina estaria associado à uma estratégia defensiva frente à angústia despertada pela crença de que haveria mães monstruosas, capazes de gerar bebês igualmente horrendos (Noret, 2009; Morel, 2001):

“le Seigneur l’a donné, le Seigneur l’a repris, béni soit le nom du Seigneur!”(...). Que signifie cet adage si souvent répété? Il signifie clairement la non-culpabilité des parents, car si c’est Dieu qui a décidé de reprendre l’enfant, les parents (et la mère surtout) n’ont pas à se considérer comme responsables de sa mort (...). Cependant, autrefois, la culpabilité existe aussi, en particulier chez la mère, pendant le temps de la grossesse: si l’enfant naît malformé ou malade, c’est elle qui est considérée comme responsable, soit qu’elle ait regardé des spectacles trop violents ou qu’elle ait porté la main à son ventre lors d’une “envie”(...) (Morel, 2001, pp. 22-23)¹⁸.

De fato, como Fernanda discorreu, por associação livre, sobre as mulheres que provocam a interrupção da gravidez um pouco antes de falar sobre o feto malformado, é possível que tenha comunicado o imaginário de que o cadáver “desumano” estaria, sim, associado à “maldade” materna. Não seria Deus o responsável pela vida e pela morte do bebê: a figura divina e iluminada que, com sua onipotência, seria capaz de gerar um bebê perfeito ou uma aberração da natureza, seria a mulher. O imaginário não corresponderia ao de um anjo que foi para o céu, mas ao de um bebê monstruoso, tal qual o “bebê de Rosemary”¹⁹. E lidar com esta mulher monstruosa, bem como com seu bebê que teria a

¹⁸ “o Senhor deu, o Senhor retomou, bendito seja o nome do Senhor!” (...). O que significa esta frase tão repetida? Ela significa claramente a ausência de culpa dos pais, porque se foi Deus quem decidiu retirar a criança, os pais (e a mãe principalmente) não têm que se considerar responsáveis pela sua morte (...). Entretanto, algumas vezes, a culpa existe também, em particular na mãe, durante a gravidez.: se o bebê nasce malformado ou doente, é ela quem é considerada a responsável, seja porque ela tenha presenciado eventos muito violentos ou porque tenha passado a mão em seu ventre com alguma ‘vontade (...)’ (Tradução da pesquisadora).

¹⁹ Referência ao famoso filme de Roman Polanski, gravado em 1968, nos Estados Unidos. No filme homônimo, uma mulher casada descobre estar grávida após sonhar que foi possuída pelo demônio. O longa trata da chegada do anti-Cristo, que levaria o mundo ao seu fim.

sua feição pavorosa, seria algo extremamente assustador para as profissionais, como Fernanda deixa claro, ao longo da entrevista:

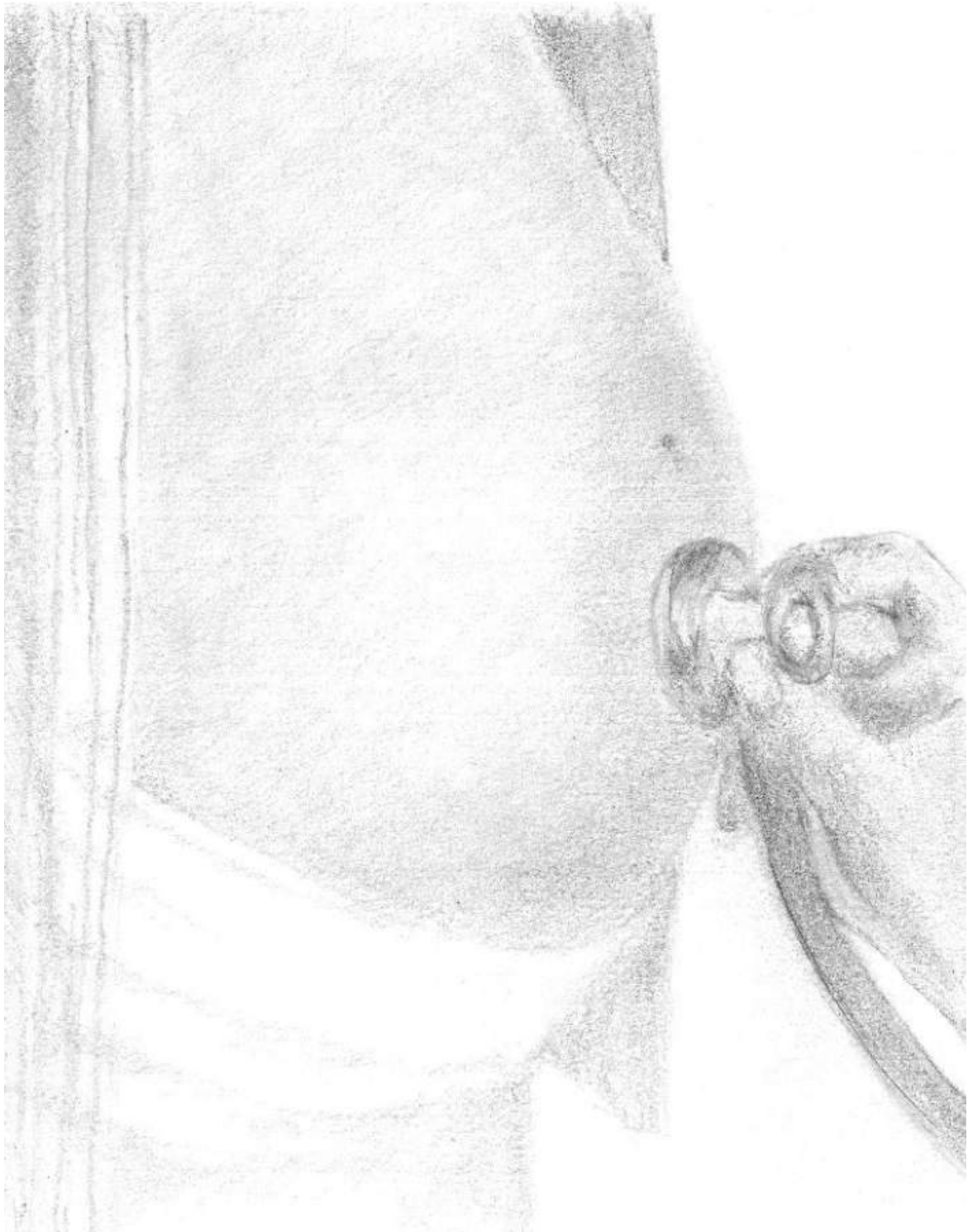
Mas nunca mais voltei pra “geladeira”. Só fui uma vez – que foi esta vez – e nunca mais tive coragem de ir de novo. É um lugar medonho... Eu lembro que teve uma hora que tive medo que a portinha fechasse e a gente ficasse trancada, lá dentro, junto com aqueles corpos todos, no escuro...”

O imaginário de que um bebê horrendo seja fruto de uma maldade materna pode ser observado em diversos romances, como aponta Santos (2007). Estudando algumas obras, a pesquisadora assinala que seria possível observar esta crença - a de que um criador monstruoso geraria uma cria monstruosa – inclusive na célebre obra de Mary Shelley:

A relação entre o monstro e a maternidade ou o ato de criar não se constitui novidade na literatura. Em Frankenstein, de Mary Shelley, isso já fica claro. Apesar de a criatura ser monstruosa, é inegável que a sua formulação pertence ao cientista. Nesse sentido, o Dr. Viktor Frankenstein também é um monstro. O mero fato de a criatura vir sendo denominada pelo nome do seu criador por anos a fio comprova a afirmativa. Ambos se confundem aos olhos de leitores e de espectadores dos filmes produzidos a partir do romance (Santos, 2007, p. 148).

Paralelamente a este imaginário de que a monstruosidade dos bebês consistiria na revelação da maldade materna, deparamo-nos com diversos estudos que apontam o sentimento de culpa das mulheres quando sofrem uma interrupção da gestação ou quando recebem o diagnóstico de malformação fetal, pois acreditam que não foram capazes de gerar uma vida dentro de si (De Felice, 2000; Hiluey, 2000; Benute, Nomura, Lucia & Zugaib, 2006; Benute & Gollop, 2003; Darchis, 2004; Piccinini, Gomes, Moreira & Lopes, 2004). A nosso ver, provavelmente a vivência emocional das mães estaria alicerçada neste imaginário de que a malformação de seus bebês consistiria num atestado de sua maldade.

Vemos, a partir daí, que o imaginário possivelmente prevalente, na sociedade atual, de que toda mulher seria naturalmente impelida a ser mãe, não apenas exigiria que ela concebesse filhos, mas também produziria a crença de que aquela que vivencia uma interrupção da gestação contribui para o fim da humanidade, merecendo ser punida. Ao intitular sua produção como “Todos merecem o céu”, Fernanda coloca, de modo claro, a crença de que as pessoas seriam enviadas ao céu ou ao inferno conforme seus merecimentos, isto é, se tiverem se comportado bem. Aparentemente, boas mães, que levam a gravidez a termo, mereceriam a paz, a felicidade e a alegria. As demais, entretanto, que teriam provocado a interrupção da gestação, teriam o mesmo destino?



VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste estudo, observamos que, no imaginário coletivo da equipe de enfermagem, a interrupção da gestação seria concebida, seguindo delineamentos de uma lógica simétrica (Matte-Blanco, 1988), como uma tragédia apocalíptica que levaria a humanidade a seu fim. Dentro deste campo “Fim do mundo”, foi possível observarmos dois grupos de manifestações imaginativas: o sub-campo “Vazio eterno”, em que a mulher seria vista como um ser em eterno sofrimento; assim como o sub-campo “Monstruosidade”, em que ela seria tão cruel que deixaria até de ser considerada uma pessoa, para ser concebida como um monstro.

Observamos, dessa maneira, que no imaginário das participantes a interrupção da gestação, seja espontânea ou provocada, estaria associada a um querer materno malévolo, capaz de destruir. Assim, se, de um lado, a mulher seria concebida como aquela que é capaz de criar a vida e de amar incondicionalmente seus filhos, de outro, a que tem a sua gravidez interrompida seria dotada de um poder sombrio capaz de destruir a vida.

A nosso ver, foi em função deste imaginário que as participantes, de maneira geral, não desenharam as mulheres cujas gestações foram interrompidas, como se se tratassem de pacientes. Com exceção de um único desenho em que figurava uma profissional da enfermagem, nos demais, as mulheres foram desenhadas sozinhas e, nas poucas produções em que figuravam outros personagens, tratava-se do bebê morto, do marido da mulher ou do médico responsável por realizar o procedimento cirúrgico necessário para finalizar a gestação interrompida. Estaria, portanto, a equipe comunicando que, a seu ver, a mulher cuja gravidez foi interrompida não consistiria numa paciente, pois não seria exatamente uma vítima? Seria a vítima, no imaginário da equipe, o bebê imaginado como rejeitado pela mãe (Boinot, 2010)?

Tais questões tornam-se preocupantes quando confrontadas com a literatura especializada, voltada à vivência da equipe de enfermagem face ao fenômeno da interrupção da gravidez e que consensualmente aponta progressos no atendimento às mulheres cujas gestações foram interrompidas. Trata-se de estudos, dentre os quais destacamos os de Haussaire-Niquet (2001), Granet (2001), Gomes e Piccinini (2007) e Dumoulin e Valat (2001), que, ao fazerem uma revisão histórica, assinalam que se, há algumas décadas, o fenômeno da interrupção da gestação era mal conduzido pela equipe, que tentava negá-lo a qualquer custo, escondendo o feto morto e não autorizando os rituais funerários, atualmente, é bem abordado, favorecendo o luto dos pais e humanizando o bebê que não chegou a ser gestado:

Dans nos maternités et jusque les années 1980, une véritable conspiration du silence (...) s'était installée autour des accouchements d'enfants morts: la mère accouchait sous anesthésie générale ou derrière un champ opératoire pour qu'elle puisse rien voir. Elle était isolée, évitée des soignants, le retour à la maison précipité, la rencontre avec l'enfant impensable et les rituels funéraires escamotés. Les soignants pensaient protéger les parents d'une trop grande souffrance et probablement s'épargnaient ainsi d'être confrontés à la réalité de la mort à laquelle leur formation ne les avait pas du tout préparés (...). Au cours des deux dernières décennies, des travaux de psychiatres et de psychanalystes sur le deuil périnatal, ont appris aux équipes de maternité que l'impossibilité de voir l'enfant mort, de l'inhumer et d'effectuer les rites funéraires, l'absence de preuves d'existence de cet enfant, risque d'interrompre le travail de deuil au

stade du déni, de conduire à l'absence de deuil conscient et d'aggraver les troubles psychiatriques (psychose, dépression du post-partum) observés chez les femmes ayant vécu un deuil périnatal (Dumoulin & Valat, 2001, p. 84)^{20 21}.

Embora provavelmente as mulheres que tenham a gestação interrompida sejam beneficiadas por esta mudança por parte da equipe hospitalar, consideramos que seria um equívoco acreditar que a mera apresentação do corpo do bebê falecido, bem como a possibilidade de atribuir-lhe um nome, corresponderiam de saída a um atendimento ético, humanizado e integrado. Muito pelo contrário, cabe questionarmos até que ponto todos os trabalhos que apresentam um protocolo de como atender os pais que vivenciaram uma interrupção da gestação, dentre os quais destacamos os de Santos (2003), Delahaye (2001), Ropert (2001), Carvalho e Meyer (2007), Alvarez, Parat, Yamgnane, Golse, Beauquier e Oucherif (2008), assim como o clássico Kennell e Klaus (1992) - embora representem um esforço coletivo para promover um melhor atendimento - não passariam de uma descrição de técnicas a serem adotadas pelos profissionais. Esta questão pode ser melhor observada no seguinte trecho, extraído de um destes trabalhos:

²⁰ Embora este trecho refira-se aos hospitais-maternidades franceses, os hospitais-maternidades brasileiros também apresentaram esta revolução apontada pela pesquisadora francesa.

²¹ “Nas nossas maternidades, até a década de 1980, uma verdadeira conspiração do silêncio (...) havia sido instalada em torno dos partos das crianças mortas: a mãe dava à luz sob anestesia geral ou sob um campo operatório para que ela não pudesse ver nada. Ela era isolada, evitada pelos cuidadores, o retorno à casa era antecipado, o encontro com a criança era impensável e os rituais funerários eram escamoteados. Os cuidadores pensavam proteger os pais de um grande sofrimento e provavelmente se afastavam assim de serem confrontados com a realidade da morte à qual a sua formação não lhes havia preparado para enfrentar (...). Ao longo das duas últimas décadas, os trabalhos de psiquiatras e de psicanalistas sobre o luto perinatal ensinaram às equipes de maternidade que a impossibilidade de ver a criança morta, de embalá-la e de efetuar os ritos funerários, a ausência de provas da existência desta criança, poderia interromper o trabalho de luto levando à negação, conduzir à ausência do luto consciente e agravar os problemas psiquiátricos (psicose, depressão pós-parto) observados nas mulheres que tiveram um luto perinatal” (Tradução da pesquisadora).

L'organisation du suivi pos natal: un rendez vous avec le médecin responsable du centre de médecine foetale est pris avant le départ de la maternité afin de transmettre des résultats amniocentèse, autopsie; suite à cet entretien, un conseil génétique peut être proposé ainsi qu'un pronostic et un suivi adapté à une future grossesse si les parents en font le projet; par ailleurs, lors de cette consultation, un soutien psychologique peut être proposé à nouveau aux patients et à leurs conjoints (Delahaye, 2001, p. 52)²².

Ora, se do ponto de vista exclusivamente comportamental podemos observar uma enorme mudança entre esconder e apresentar o corpo de um bebê que não chegou ao fim da gestação, do ponto de vista emocional a omissão e a exibição não necessariamente seriam contrárias. Como partimos do pressuposto de que não basta olhar os sujeitos a partir de seus comportamentos externos, sem levar em conta suas motivações emocionais, podemos pensar que esta mudança comportamental talvez não tenha sido acompanhada por uma mudança existencial por parte da equipe de enfermagem.

Segundo esta perspectiva, as profissionais estariam cumprindo com todo o protocolo previsto no atendimento aos pais que vivenciaram uma perda gestacional, como muitas das participantes fizeram questão de esclarecer, explicando, durante a entrevista, quais eram as técnicas a serem adotadas, mas este fazer estaria sendo executado de maneira dissociada, em que “o ser é substituído pelo fazer” (Sanches, 2005, p. 22). Assim, as

²² “A organização do acompanhamento pós-natal: um encontro com o médico responsável do centro de medicina fetal é marcado antes da alta hospitalar a fim de transmitir os resultados da amniocentese, autópsia; em seguida a esta entrevista, um aconselhamento genético pode ser proposto, assim como um prognóstico e um acompanhamento adaptado a uma futura gravidez, se os pais tiverem este projeto; além disso, durante esta consulta, um suporte psicológico pode ser proposto aos pacientes e seus companheiros”(Tradução da pesquisadora).

mães estariam conhecendo seus bebês falecidos e atribuindo-lhes nomes, mas as profissionais estariam relacionando-se com elas nutrindo o imaginário de que estariam “cuidando” das responsáveis por aquela “monstruosidade”, ficando chocadas a cada vez que tivessem que acompanhar as mães à “geladeira” para lidar com um monte de fetos mortos.

Esta observação é preocupante num duplo sentido, como abordamos anteriormente. No primeiro, entendemos que se faz necessário olhar para a saúde emocional da equipe de enfermagem obstétrica, de maneira que possibilite lidar com o fenômeno da gestação interrompida sem precisar negá-la, mas sem tampouco encará-la através de um fazer protocolado que lhe aterroriza. No segundo, este imaginário apocalíptico da equipe de enfermagem chama-nos a atenção porque, se pensarmos que as ações das profissionais estão relacionadas ao imaginário que produzem, cabe indagar sobre a qualidade do cuidado emocional que estaria sendo prestado à mulher cuja gestação foi interrompida. Consideramos que, mesmo que a equipe siga todo o protocolo, indicado para os atendimentos de interrupção da gravidez, provavelmente este fazer dissociado não contemple a necessidade da paciente. Afinal, mais do que ser cuidada do ponto de vista técnico, esta precisa sentir-se emocionalmente sustentada no ambiente hospitalar.

Como poderíamos, enquanto psicólogos clínicos, intervir no sentido de cuidar destes profissionais e das pacientes, bem como dos filhos que possam vir a ter futuramente? Diversos pesquisadores, muitos dos quais pertencentes à área hospitalar, vêm tentando responder a esta questão. De maneira geral, acreditam que o problema resume-se à falta de conhecimento teórico, sugerindo que uma solução seria substituir o imaginário dos profissionais por conceitos teóricos (Souza, Alencastre & Saeki, 2000; Ciampone, Tonete, Pettengill & Chubaci, 1999; Lopes & Luis, 2005), como notamos no trecho a seguir,

extraído de uma pesquisa voltada à vivência do profissional de enfermagem acerca do paciente usuário de álcool e drogas:

(...) o estudo evidenciou que muitos conceitos e atitudes dos mesmos pautavam-se justamente em concepções do senso comum parecendo estar mais vinculados às vivências do seu cotidiano do que no preparo técnico, científico e ético, o qual deveria ser proporcionado no decorrer da formação. Os dados desse estudo revelam também que o ensino recebido pouco influenciou nas atitudes desses alunos sobre o alcoolismo (...), persistindo idéias preconceituosas explicadas pelo modelo moral, reveladas através de atitudes negativas frente ao alcoolista (...). Os dados apontam que os acadêmicos não têm conhecimento suficiente para abordar os pacientes, demonstrando insegurança em relação ao diálogo que pode ser estabelecido na interação enfermeiro / paciente (...). (Lopes & Luis, 2005, pp. 877-878).

Trata-se, desse modo, de trabalhos que partem do pressuposto de que o conhecimento teórico e o imaginário - que eles consideram como uma concepção de senso comum - seriam radicalmente diferentes: o primeiro equivaleria a uma verdade superior, que deve ser aprendida, enquanto o segundo corresponderia a uma crença irracional, que deveria ser substituída ao longo da formação.

Em nosso estudo, entretanto, compreendemos que o conhecimento teórico e o senso comum correspondem igualmente a imaginários coletivos, no sentido de que ambos constituem-se como criações humanas, não cabendo pensar, portanto, que o primeiro possa simplesmente substituir o segundo (Aiello-Vaisberg, 1999b; Lino da Silva,

1993). Além disso, à medida que partimos de uma perspectiva antropológica segundo a qual o ser humano seria essencialmente movido por emoções e crenças, e não apenas por cognições, entendemos que a mera transmissão de conteúdos teóricos não seria capaz de romper condutas preconceituosas e estereotipadas (Ambrosio, Pontes, Cabreira & Aiello-Vaisberg, 2006).

Justamente por isso, entendemos que estudos como os de Stutz e Jansen (2006); Blank (2006); Zerbetto e Pereira (2005); Lima (2005); Ribeiro e Pedrão (2001); Esperidião, Munari e Staccirini (2002); Souza, Alencastre e Saeki (2000), que apontam a necessidade de ensinar aos alunos do curso de Enfermagem como se relacionar com seus pacientes, embora consistam numa tentativa valiosa de constituir um ambiente hospitalar suficientemente bom, não teriam o poder de mudar completamente a situação.

Do mesmo modo, entendemos que o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde, que desde 2000 tem orientado diversas políticas visando a humanização do ambiente hospitalar, tanto para os pacientes quanto para os profissionais, carece de estratégias que favoreçam a dimensão afetivo-emocional dos cuidadores, ao privilegiar técnicas de desenvolvimento de habilidades interpessoais ou a apresentação teórica de temas relacionados ao cotidiano de trabalho. Apesar do Programa de Humanização chamar a atenção para a necessidade de olharmos para a saúde mental dos cuidadores, para cuidarmos indiretamente de seus pacientes, o que mobilizou diversos pesquisadores a se debruçar sobre o movimento, como notamos nos estudos de Dimenstein (2004), Moraes et al. (2009), Bazon, Campanelli e Blascovi-Assis (2004), Bernardes e Guareschi (2007), Souza e Pegoraro (2004), Carvalho, Santana e Santana (2009) e Pessini (2002), acreditamos que as estratégias adotadas, acabam limitando-se a um fazer tecnicista que paradoxalmente criticam.

É até interessante constatar que alguns dos profissionais, que atuam no Programa de Humanização, observam que a estratégia educativa não soluciona satisfatoriamente as necessidades dos profissionais, como notamos no seguinte relato:

Para que estes profissionais se sintam mais valorizados, é necessário estimulá-los de alguma maneira, e uma delas é a Educação Permanente (...). Nesse sentido, pensamos inicialmente em um programa de palestras com conteúdos teóricos e informativos a serem desenvolvidos, mas à medida que as discussões foram se clarificando, percebemos que entre as demandas presentes no referido grupo estava a necessidade premente de se colocarem, ou seja, serem ouvidos (Lange, Matina, Almeida, Morin & Souza, 2008, pp. 96-97).

Entendemos que para transformar este imaginário de que a mulher cuja gestação foi interrompida teria de alguma maneira provocado esta interrupção, o que sustentaria práticas discriminatórias e preconceituosas, à medida que sequer seria concebida como uma paciente, faz-se necessária a criação de espaços, tanto ao longo da graduação quanto nos hospitais-maternidade, em que os estudantes e profissionais possam expressar seus sentimentos e crenças, tal como as participantes deste estudo puderam fazer ao longo das entrevistas. A partir destes espaços, acreditamos ser possível que entrem em contato com aquilo que tem mobilizado suas ações, o que contribuiria para a criação de condições capazes de transformar concepções e práticas.

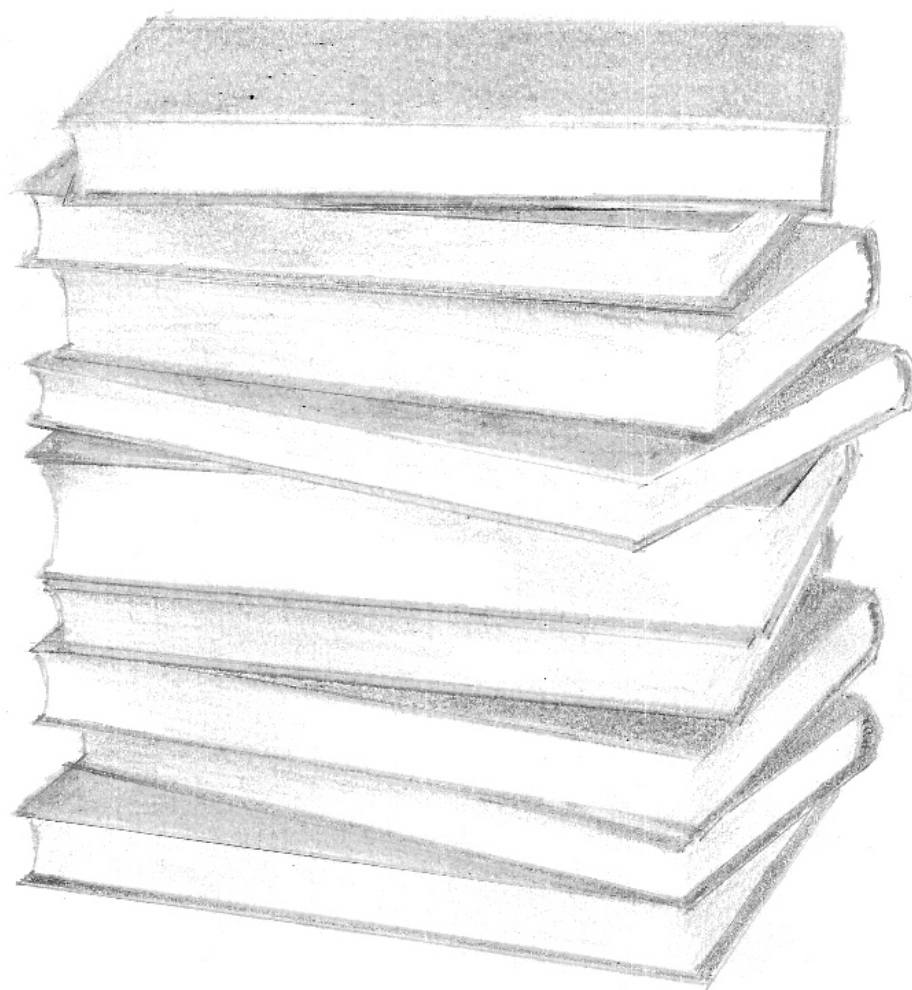
Em nosso grupo de pesquisa, já realizamos algumas investigações clínicas relativas à possibilidade de uma formação e atuação profissionais que integrem, à formação teórica e técnica, uma atenção à dimensão afetivo-emocional, dentre as quais destacamos Aiello-

Vaisberg e Machado (1996), Aiello-Vaisberg (1999a); Ribeiro, Tachibana e Aiello-Vaisberg (2008), Vitali e Aiello-Vaisberg (2006) e Baptista e Aiello-Vaisberg (2003).

Encerramos este estudo lembrando que nossas considerações finais não visam, de maneira alguma, ao encerramento deste assunto. A nosso ver, há muito a ser discutido, não apenas em relação ao imaginário da equipe obstétrica acerca da mulher que sofreu uma interrupção da gestação, mas acerca da vivência emocional dessa equipe no cotidiano de trabalho, independentemente da ocorrência de gestações interrompidas. Afinal, compreendemos que a perda gestacional apenas evidencia a necessidade de prover atenção psicológica clínica aos profissionais que demandam continuamente um cuidado emocional.

De fato, em estudo realizado anteriormente sobre o imaginário coletivo de uma equipe de enfermagem obstétrica a respeito de gestações não planejadas (Granato, Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2010), pudemos observar a presença de mal-estar emocional nas profissionais, independentemente de tratarmos do tema da interrupção da gestação: a mera idéia de uma mulher que não estaria feliz com a sua gravidez já lhes causava desconforto emocional. Entendemos, assim, que, malgrado as conquistas dos movimentos de defesa dos direitos das mulheres, estas continuam a ser tratadas de modo francamente preconceituoso quando entra em pauta a ocorrência ou não ocorrência da maternidade.

Finalizamos, dessa maneira, incentivando a realização de novas investigações, quer relacionadas à equipe de enfermagem obstétrica, quer associadas ao imaginário social predominante acerca da maternidade, de tal forma que possamos, como cidadãos, conviver com as inúmeras escolhas pessoais relativas à maternidade, favorecendo, assim, a criação de um mundo menos discriminatório e mais ético: um novo mundo, ao invés do fim do mundo.



VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aiello-Vaisberg, T.M.J. (1995). O uso de procedimentos projetivos na pesquisa de representações sociais: projeção e transicionalidade. *Psicologia USP*, 6 (2), 103-127.

Aiello-Vaisberg, T.M.J. (1999a). *Encontro com a loucura: transicionalidade e ensino de Psicopatologia*. Tese de Livre-Docência. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo

Aiello-Vaisberg, T.M.J. (1999b). O uso do objeto “teoria”: desconstrução e mudança de representações sociais de estudantes de Psicologia sobre o doente mental. *Interações*, 4 (7), 77-97.

Aiello-Vaisberg, T.M.J. (1999c). Sonhos de nascimento e preocupação materna primária. *Psychê*, 3 (4), 131-143.

Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2002a). Marionetes em consultas terapêuticas: a Teoria dos Campos na fundamentação de enquadres transicionais. In Barone, L.M.C. (Org.), *O Psicanalista: hoje e amanhã. O II Encontro Psicanalítico da teoria dos Campos por Escrito* (203-222). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2002b). Sofrimento humano e práticas clínicas diferenciadas. In Aiello-Vaisberg, T.M.J. & Ambrosio, F.F. e (Orgs.), *Cadernos Ser e Fazer: Trajetos do sofrimento, desenraizamento e exclusão* (pp.6-14). São Paulo: IPUSP.

Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2004). Sofrimento humano e práticas clínicas diferenciadas. In Aiello-Vaisberg, T.M.J. (Org.). *Ser e Fazer: enquadres diferenciados na clínica winnicottiana* (pp. 9-21). São Paulo: Idéias & Letras.

Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2006). A ética na pesquisa em debate no Brasil: reflexões sobre a pesquisa psicanalítica na universidade. In Aiello-Vaisberg, T.M.J. & Ambrosio, F.F. (Orgs.). *Cadernos Ser e Fazer: Imaginários coletivos como mundos transicionais* (pp.9-20). São Paulo: IPUSP.

Aiello-Vaisberg, T.M.J. & Ambrosio, F.F. e (2005). O ser e o fazer na clínica winnicottiana. *Mudanças*, 13 (2), 343-363.

Aiello-Vaisberg, T.M.J. , Correa, Y.B. & Ambrosio, F.F. (2000). Encontros brincantes: o uso de procedimentos apresentativo-expressivos na pesquisa e na clínica winnicottiana *Anais do Encontro Latino Americano sobre o pensamento de D.W. Winnicott*, 9 (331-341). Rio de Janeiro: RJ.

Aiello-Vaisberg, T.M.J. & Machado, M.C.L. (1996). Transicionalidade e ensino de psicopatologia: pensando “aulas práticas” com Winnicott. In Catafesta, I. F. da M. (Org.). *O verdadeiro e o falso: a tradição independente na Psicanálise contemporânea* (pp. 237-252). São Paulo: IPUSP

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

Aiello-Vaisberg, T.M.J. & Machado, M.C.L. (2005). Narrativas: o gesto do sonhador brincante [CD-ROM]. In *Anais do Encontro Latino Americano dos Estados Gerais da Psicanálise*, 4. São Paulo: Estados Gerais da Psicanálise.

Aiello-Vaisberg, T.M.J. & Machado, M.C.L. (2008). Pesquisas psicanalíticas de imaginários coletivos à luz da teoria dos Campos. In Monzani, J. & Monzani, L.R. (Orgs.), *Olhar: Fábio Herrmann, uma viagem psicanalítica* (pp.311-324). São Carlos: Editora Pedro e João Editores.

Aiello-Vaisberg, T.M.J., Machado, M.C.L., Ayouch, T., Caron, R. & Beaune, D. (2009). Les récits transferenciels comme présentation du vécu clinique: une proposition méthodologique. In Beaune, D. (Org.), *Psychanalyse, Philosophie et Art: dialogues* (pp.39-52). Paris: L'Harmattan.

Aiello-Vaisberg, T.M.J. & Tachibana, M. (2008). O ambiente hospitalar suficientemente bom: sustentação da preocupação materna primária. In Lange, E.S.N. (Org.), *Contribuições à Psicologia Hospitalar: desafios e paradigmas* (pp.145-162). São Paulo: Vetor editora.

Alvarez, L., Parat, S., Yamgnane, A., Golse, B., Beauquier, B. & Oucherif, S. (2008). La naissance d'un enfant porteur de pathologie foetale sévère: réflexions cliniques et éthique périnatale. *Psychiatrie de l'enfant*, LI (2), 457-479.

Ambrosio, F.F. e (2005). *Ser e Fazer arte de papel: uma oficina inclusiva*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Ambrosio, F.F. e, Pontes, M.L. da S., Cabreira, J.C. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2006). Como o psicanalista pode contribuir no processo de adoção – reflexões sobre a investigação do imaginário de um grupo de professoras sobre a criança adotada. In Aiello-Vaisberg, T.M.J. & Ambrosio, F.F. e (Orgs.), *Cadernos Ser e Fazer: Imaginários coletivos como mundos transicionais* (pp. 46-60). São Paulo: IPUSP.

Araujo, M.D. de, Busnardo, E.A., Marchiori, F.M., Lima, M.F. de & Endlich, T.M. (2002). Formas de produzir saúde no trabalho hospitalar: uma intervenção em Psicologia. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 5, 37-49.

Arbona, M.F. (2004). L'accomplissement de toute vie a besoin de témoin. L'accompagnement des familles ayant perdu un bébé. *Spirale*, 3 (31), 77-88.

Assoun, P.L. (1983). *Introdução à epistemologia freudiana* (H. Japiassu, Trad.). Rio de Janeiro: Imago.

Assoun, P.L. (1993). *Metapsicologia freudiana: uma introdução*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Ávila, C.M. de (2008). *As gêmeas cantoras e o menino que sonhava ser jogador de futebol: imaginário de professores sobre inclusão escolar*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

Ávila, C.M. de, Tachibana, M. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2008). Qual é o lugar do aluno com deficiência? O imaginário coletivo de professores sobre a inclusão escolar. *Paidéia*, 18, 155-164.

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

Badinter, E. (2010). *Le conflit: la femme et la mère*. Paris: édition Flammarion.

Bajos, N. & Ferrand, M. (2002). *De la contraception à l'avortement: sociologie des grossesses non prévues*. Paris: Inserm.

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

Baptista, A.M. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2003). Agentes comunitários de saúde: o que não foi previsto. Uso de consultas terapêuticas coletivas na abordagem do sofrimento emocional vivido pelos agentes comunitários de saúde. In Aiello-Vaisberg, T.M.J. & Ambrosio, F.F. e (Orgs.), *Cadernos Ser e Fazer: Apresentação e materialidade* (pp.105-120). São Paulo: IPUSP.

Barbieri, V., Jacquemin, A. & Alves, Z.M.M.B. (2005). Personalidade materna e resultados de crianças no psicodiagnóstico interventivo: o que significa “mãe suficientemente boa”? *Psico*, 36 (2), 117-125.

Barreto, M.A.M (2006). *Do vôo preciso: considerando o imaginário coletivo de adolescentes*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Barros, T.M. de, Duarte, A.L. S. (1998). Investigação do conflito da feminilidade em aborto provocado. *Aletheia*, 8, 49-57.

Bazon, F.B.M., Campanelli, E.A. & Blascovi-Assis, S.M. (2004). A importância da humanização profissional no diagnóstico das deficiências. *Psicologia: Teoria e Prática*, 6 (2), 89-99.

Beaune, D. & Ayouch, T. (2009). *Folies sociales et contemporaines*. Paris: L'Harmattan

Benhaim, M. (2001). *L'ambivalence de la mère: étude psychanalytique sur la position maternelle*. Toulouse: Érès.

Benjamin, W. (1936). O narrador. Considerações sobre a obra de Nicolai Leskov. In Benjamin, W. *Magia e Técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura* (S.P. Rouanet, Trad.) (pp.197-221). São Paulo: editora Brasiliense.

Benute, G.R.G. & Gollop, T.R. (2003). O que acontece com os casais após o diagnóstico de malformação fetal? *Femina*, 30 (9), 661-663.

Benute, G.R.G., Nomura, R.M.Y, Lucia, M.C.S. de & Zugaib, M. (2006). Interrupção da gestação após o diagnóstico de malformação fetal letal: aspectos emocionais. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 28 (1), 10-17.

Bernardes, A.G. & Guareschi, N. (2007). Estratégias de produção de si e a humanização do SUS. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 27 (3), 462-475.

Blank, D. (2006). A propósito de cenários e atores: de que peça estamos falando? Uma luz diferente sobre o cenário da prática dos médicos em formação. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 30 (1), 27-31.

Bleger, J. (1963). *Psicologia da conduta*. (E.D. O. Diehl, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Boinot, K. (2010). Mères dites vulnérables, enfants à protéger. *Vie sociale et traitement*, 2 (106), 83-90.

Boulot, P. (2005). Le point actuel sur la collaboration entre obstétriciens et spécialistes de psychologie périnatale. *Spirale*, 1 (33), 41-54.

Bushs-Renner, I. & Iacobelli, S. (2009). Regards, paroles, espaces de pensée autour du bébé prématuré, de ses parents et de l'équipe de réanimation néonatale. *Spirale*, 3 (51), 25-33.

Campos, E.P. (2005). *Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais da saúde*. Rio de Janeiro: Editora Vozes.

Camps, C.I.C. de M. (2003). *A hora do beijo: teatro espontâneo com adolescentes numa perspectiva winnicottiana*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Camps, C.I.C. de M. (2009). *Ser e Fazer na escolha profissional: atendimento diferenciado na clínica winnicottiana*. Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Camps, C.I.C. de M., Medeiros, C. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2004). Trabalho criativo: um herdeiro do brincar. In Aiello-Vaisberg, T.M.J. & Ambrosio, F.F. e (Orgs.), *Cadernos Ser e Fazer: o Brincar* (pp.50-57). São Paulo: IPUSP.

Camps, C., Medeiros, C. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2005). Quando um clínico vai brincar em um escritório: um atendimento ético em ambiente corporativo. In Aiello-Vaisberg, T.M.J. & Ambrosio, F.F. e (Orgs.), *Cadernos Ser e Fazer: Reflexões éticas na clínica contemporânea* (pp.68-78). São Paulo: IPUSP.

Carvalho, F.T. & Meyer, L. (2007). Perda gestacional tardia: aspectos a serem enfrentados por mulheres e conduta profissional frente a essas situações. *Boletim de Psicologia*, LVII (126), 33-48.

Carvalho, D.B. de, Santana, J.M. & Santana, V.M. de (2009). Humanização e controle social: o psicólogo como ouvidor hospitalar. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 29 (1), 172-183.

Castoriadis, C. (1975). *L'institution imaginaire de la société*. Paris: Du Seuil.

Caumel-Dauphin, F. (2008). Accoucher ne s'apprend pas! *Spirale*, 3 (47), 35-39.

Chatel, M.M. (1995). *Mal-estar na procriação: as mulheres e a medicina da reprodução* (D.D. Estrada, Trad.). Rio de Janeiro: Campo Matêmico.

Chaves, E.L. (2000). Desejo masculino de maternidade. *Cadernos de Psicanálise*, 16 (19), 181-196.

Chiantaretto, J.F. (2004). L'analyste chercheur impliqué. *Recherches en Psychanalyse*, 1, 171-178.

Ciampone, M.H., Tonete, V.L.P., Pettengill, M.A.M. & Chubaci, R.Y.S. (1999). Representações sociais da equipe de enfermagem sobre a criança desnutrida e sua família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem de Ribeirão Preto*, 7 (3), 17-24.

Clerget, J. (2004). Un bébé meurt, des parents pleurent, douleur et deuil. *Spirale*, 3 (31), 89-104.

Corbett, E. (2009). *Até que a morte nos separe e outros campos do imaginário coletivo de estudantes de Psicologia sobre sexualidade*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

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

Couto, T.H.A., Tachibana, M. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2007). A mãe, o filho e a síndrome de Down. *Paidéia*, 17, 265-272.

Darchis, E. (2004). Bébés monstrueux en gestation. *Imaginaire et inconscient*, 13, 91-108.

De Felice, E.M. (2000). *A psicodinâmica do puerpério*. São Paulo: Vetor.

Debray, R. (1988). *Bebês / mães em revolta: tratamentos psicanalíticos conjuntos dos desequilíbrios psicossomáticos precoces* (L.M.V. Fischer, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Dejours, C. (1992). *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho* (A.I. Paraguay & L.L. Ferreira, Trad.). São Paulo: Cortez.

Delahaye, M. (2001). L'accompagnement à la mort autour de la naissance. *Études sur la mort*, 119, 47-61.

Devereux, G. (1968). *From anxiety to methode : in the behavioral sciences*. The Hague : Mouton.

Dimenstein, M. (2004). A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 24 (4), 112-117.

Dolto, F. (1984). *No jogo do desejo : ensaios clínicos* (V. Ribeiro, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar editores.

Dumoulin, M. & Valat, A.S. (2001). Morts en maternité: devenir des corps, deuil des familles. *Études sur la mort*, 119, 77-99.

Elias, M.A. & Navarro, V.L. (2006). A relação entre trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital-escola. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14 (4), 517-525.

Espiridião, E., Munan, D.B. & Stacciarini, J.M.R. (2002). Desenvolvendo pessoas : estratégias didáticas facilitadoras para o autoconhecimento na formação do enfermeiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem de Ribeirão Preto*, 10 (4), 516-522.

Farias, C.N. De F. & Lima, G.G. de (2004). A relação mãe-criança: esboço de um percurso na teoria psicanalítica. *Estilos da Clínica*, IX (16), 12-27.

Fericelli, F. (2008). Grossesse, naissance et transmission: la place d'un pedopsychiatre en maternité. *Psychothérapies*, 4 (XXVIII), 235-244.

Ferreira, A.B.H. (1993). *Minidicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

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

Ferreira, L.R.C. & De Martino, M.M.F. (2009). Stress no cotidiano da equipe de enfermagem e sua correlação com o cronótipo. *Estudos de Psicologia*, 26 (1), 65-72.

Ferreira, M.C. (2006). *Encontrando a criança adotiva: um passeio pelo imaginário coletivo de professores à luz da Psicanálise*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

Ferreira da Silva, M.C., Furegato, A.R.F. & Costa Junior, M.L. da (2003). Depressão: ponto de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11 (1), 7-13.

Ferry, N. (2008). Devenir mère, une formidable rencontre. *Spirale*, 3 (47), 157-165.

Freud, S. (1931). Sexualidade feminina. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, XXI. Rio de Janeiro : Imago.

Fulgêncio, L. (2003). As especulações metapsicológicas de Freud. *Natureza Humana*, 5 (1),

Fulgencio, L. (2008). *O método especulativo em Freud*. São Paulo : EDUC FAPESP.

Ganieri, J. & Fahrni-Nater, P. (2009). De l'enquête au soutien des parents endeuillés. *Infokara*, 24 (2), 55-60.

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*, 12 (2), 409-432.

Gill, M. (1976). *Psychology versus Metapsychology: psychoanalytical Essays in Memory of George S.Klein*. New York: International University Press.

Giust-Desprairies, F. (2002). Répresentation et imaginaire. In Barus-Michel, J., Enriquez, E. & Levy, A. (Orgs.), *Vocabulaire de psychosociologie* (pp. 231-250). Paris: Érès.

Gomes, A.G. & Piccinini, C.A. (2007). Impressões e sentimentos de gestantes sobre a ultra-sonografia e suas implicações para a relação materno-fetal no contexto da anormalidade fetal. *Psico*, 38 (1), 67-76.

Gomes, P. (2007). Psicanálise relacional contemporânea: uma nova maneira de trabalhar em Psicanálise. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 41 (4), 113-123.

Gori, R. & Hoffman, C. (2006). Une épistémologie naturalisante? *Recherches en Psychanalyse*, 5, 99-101.

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. (2006). Ética materna. In Aiello-Vaisberg, T.M.J. & Granato, T.M.M. (Orgs.), *Ser e Fazer na clínica winnicottiana da maternidade*. São Paulo: Idéias & Letras.

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*, 12 (2), 253-271.

Granato, T.M.M., Tachibana, M. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2010/no prelo). Narrativas interativas na investigação do imaginário coletivo de enfermeiras obstétricas sobre o cuidado materno. *Psicologia e Sociedade*.

Grand-Séville, C. (2004). Anthropologie de la mort périnatale aujourd'hui. *Spirale*, 3 (31), 41-50.

Granet, F. (2001). Les droits européens et le décès périnatal. *Études sur la mort*, 119, 163-169.

Green, A. (1995). *La Metapsicologia Revisitada*. Buenos Aires: Eudeba.

Greenberg, J.R. & Mitchell, S.A. (1994). *Relações objetais na teoria psicanalítica* (E. de O. Diehl, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Haussaire-Niquet, C. (2001). L'enfant interrompu: la mort au creux du ventre. *Études sur la mort*, 119, 155-162.

Herrmann, F. (2001). *Introdução à Teoria dos Campos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Herrmann, F. (2004a). O que é a Teoria dos Campos (Curso de New Orleans). *Revista Brasileira de Psicanálise*, 38 (1), 15-38.

Herrmann, F. (2004b). Pesquisando com o método psicanalítico. In Herrmann, F. & Lowenkron, T.S. (Orgs.). *Pesquisando com o método psicanalítico* (pp.43-83). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Herrmann, L. (2007). Campo transferencial: nos rastros de uma teoria para a clínica. *Percurso*, 38, 23-30.

Hiluey, A.A.G. da S. (2000). Gravidez de alto risco: expectativas dos pais durante a gestação – uma análise fenomenológica. *A Folha Médica*, 4 (119), 29-42.

Joulain, M. (2005). La satisfaction au travail des femmes. *Psychologie Française*, 50 (2), 181-194.

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 / bebês: a formação do apego* (M.H. Machado, Trad.) (pp.276-307). Porto Alegre: Artes Médicas.

Klein, G.S. (1976). *Psychoanalytical theory*. New York: International Press.

Knibiehler, Y. (2001). La construction sociale de la maternité. In Knibiehler, Y. (Org.), *Maternité: affaire privée, affaire publique* (pp.13-20). Paris: Bayard éditions.

Lagache, D. (1948). La psychanalyse envisagée comme analyse de la conduite. In Lagache, D. *La psychanalyse comme science exacte* (pp.287-306). Presses universitaires de France.

Lange, E.S.N., Matina, E.A.B, Almeida, M.C. de, Morin, R.M.R. & Souza, S.A. de (2008). Psicologia hospitalar e humanização do atendimento: relato de uma intervenção com profissionais de saúde. In Lange, E.S.N. (Org.). *Contribuições à Psicologia hospitalar: desafios e paradigmas* (pp.93-108). São Paulo: editora Vetor.

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

Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (2001). *Vocabulário de Psicanálise* (P. Tamen, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.

Legros, J.P. (2001). L'arrêt de vie in utero ou l'errance des foetus: un possible deuil. *Études sur la mort*, 119, 63-75.

Lewin, K. (1951). *A teoria do campo em ciência social* (C.M. Bori, Trad.). São Paulo: Pioneira.

Lima, L.A. (2008). Intervenção precoce em neonatologia. In Lange, E.S.N. (Org.). *Contribuições à Psicologia hospitalar: desafios e paradigmas* (pp.129-143). São Paulo: editora Vetor.

Lima, V.V. (2005). Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. *Interface*, 9 (17), 369-379.

Lino da Silva, M.E. (1993). Pensar em Psicanálise. In Lino da Silva, M.E. (Org.). *Investigação em psicanálise* (pp. 11-26). Campinas: Papirus.

Loparic, Z. (1997). A máquina no homem. *Psicanálise e universidade*, 7, 97-115.

Loparic, Z. (2001). Esboço do paradigma winnicottiano. *Caderno de História, Filosofia e Ciência*, 3 (11), 7-58.

Lopes, G.T. & Luis, M.A.V. (2005). A formação do enfermeiro e o fenômeno das drogas no estado do Rio de Janeiro – Brasil: atitudes e crenças. *Revista Latino Americana de Enfermagem de Ribeirão Preto*, 13, 872-879.

Lunardi, V.L., Lunardi Filho, W.D., Silveira, R.S. da, Soares, N.V. & Lipinski, J.M. (2004). O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12 (6), 933-939.

Machado, M.C.L. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2003a). Sofrimento, sentido e absurdo: ilusão criativa e ação sobre o mundo. In Aiello-Vaisberg, T.M.J. & Ambrosio, F.F. (Orgs.). *Cadernos Ser e Fazer: Trajetos do sofrimento: rupturas e (re)criações de sentido* (pp. 40-54). São Paulo: IPUSP.

Machado, M.C.L. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2003b). Transicionalidade e fisionomia coletiva. In Aiello-Vaisberg, T.M.J. & Ambrosio, F.F. (Orgs.). *Cadernos ser e Fazer: apresentação e materialidade* (pp. 60-65). São Paulo: IPUSP.

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. In Aiello-Vaisberg, T.M.J. & Ambrosio, F.F. e (Orgs.), *Cadernos Ser e Fazer: o Brincar* (pp. 18-22). São Paulo: IPUSP.

Manetti, M.L. & Marziale, M.H.P. (2007). Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de enfermagem. *Estudos de Psicologia*, 12 (1), 79-85.

Mansur, L.H.B. (2003). Experiências de mulheres sem filhos: a mulher singular no plural. *Psicologia, ciência e profissão*, 23 (4), 2-11.

Martins, P.C.R. (2007). *O amante competente e outros campos do imaginário coletivo de universitários sobre dificuldades sexuais masculinas*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

Marques da Silva, D.C., Loureiro, M.de F. & Peres, R.S. (2008). Burnout em profissionais de enfermagem no contexto hospitalar. *Psicologia Hospitalar*, 6 (1), 39-51.

Matte-Blanco, I. (1988). *Thinking, feeling and being*. London and New York: Routledge.

Medeiros, C. (2003). 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.). *Cadernos Ser e Fazer: Apresentação e materialidade* (pp.153-168). São Paulo: IPUSP.

Media, M. (2003). L'enjolivement de la réalité, une défense féminine? Étude auprès des auxiliaires puéricultrices. *Travailler*, 2 (10), 93-106.

Mencarelli, V.L. (2010). *Compaixão na contratransferência: cuidado emocional a jovens HIV+(s)*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Mencarelli, V.L. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2007). Contratransferência e compaixão: encontro clínico com um rapaz HIV+. *Psicologia Clínica*, 19 (1), 93-107.

Mijolla-Mellor, S. (2004). La recherche en psychanalyse à l'Université. *Recherches en Psychanalyse*, 1, 27-47.

Minerbo, M. (2000). *Estratégias de investigação em Psicanálise: desconstrução e reconstrução de conhecimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Moraes, S.D.T. de A., Buchalla, C.M., Valenti, V.E., Leite, V., Tanaka, A.C.A., Macedo Junior, H. & Abreu, L.C. (2009). Acolhendo o acolhedor: o caminho curto para a humanização da assistência. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 19 (2), 309-402.

Morel, M.F. (2001). Images du petit enfant mort dans l'histoire. *Études sur la mort*, 1 (119), 17-38.

Morel, M.F. (2001/2002). L'amour maternel: aspects historiques. *Spirale*, 18, 29-55.

Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: PUF.

Natanson, J. (2001). L'imaginaire dans la culture occidentale. *Imaginaire & inconscient*, 1 (1), 25-33.

Neirinck, C. (2005). Maternité et filiation. *La lettre de l'enfant et de l'adolescence*, 1 (59), 27-33.

Neri, C. (2007). La notion élargie de champ. *Psychothérapies* (1), 27, 19-30.

Noret, J. (2009). Perdre un bébé, une mort insoutenable? Quelques remarques d'anthropologie comparative. *Études sur la mort*, 136, 137-148.

Nurdan, N., Mattar, R. & Camano, L. (2003). Óbito fetal em microrregião de Minas Gerais causas e fatores associados. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 25 (2), 103-107.

Pachès, V. (2007). Construire les interactions entre individu, groupe et société. *Vie sociale et Traitements*, 3 (95), 22-25.

Pegoraro, R.F. & Caldana, R.H.L. (2008). Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. *Saúde e sociedade*, 17 (2), 82-94.

Pessini, L. (2002). Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. *Bioética*, 10 (2), 51-72.

Piccinini, C.A., Gomes, A.G., Moreira, L.E. & Lopes, R.S. (2004). Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. *Psicologia, teoria e pesquisa*, 20 (3), 373-382.

Pierrehumbert, B. (2001/2002). L'amour maternel... un amour impératif. *Spirale*, 18, 83-112.

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

Politzer, G. (1928). *Crítica dos fundamentos da psicologia: psicologia e psicanálise* (M. Marcionilo & Y.M. de C.T. da Silva, Trad.). São Paulo: UNIMEP.

Pontes, M.L. da S., Barcelos, T.F., Tachibana, M. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2010). A gravidez precoce no imaginário coletivo de adolescentes. *Psicologia, Teoria e Prática*, 12, 85-96.

Popper-Gurassa, H. (2005). Lutte des mères et processus d'humanisation. *La lettre de l'enfance et de l'adolescente*, 1 (59), 59-66.

Poulichet, S.L. (2004). De la clinique à la recherche. *Recherches en Psychanalyse*, 1, 71-79.

Prieur-Bertrand, M. (2001). Le deuil des soignants. *Études sur la morte*, 119, 147-153.

Ribeiro, M.I.L.C. & Pedrão, L.J. (2001). Relacionamento interpessoal em enfermagem: considerações sobre formação/atuação no nível médio de enfermagem. *Paidéia*, 11 (20), 99-102.

Ribeiro, D.P. de S.A., Tachibana, M. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2008). A experiência emocional do estudante de Psicologia na primeira entrevista clínica. *Aletheia*, 28, 135-145.

Rios, M.G. & Gomes, I.C. (2009a). Casamento contemporâneo: revisão da literatura acerca da opção por não ter filhos. *Estudos de Psicologia*, 26 (2), 215-225.

Rios, M.G. & Gomes, I.C. (2009b). Estigmatização e conjugalidade em casais sem filhos por opção. *Psicologia em Estudo*, 14 (2), 311-319.

Rodrigues, M.M.L. & Hoga, L.A.K. (2005). Homens e abortamento espontâneo: narrativas das experiências compartilhadas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39 (3), 258-267.

Ropert, J.C. (2001). Préparation aux deuils: une éthique de l'information des parents en néonatalogie. *Études sur la mort*, 119, 111-115.

Russo, R.C. de T. (2008). *O imaginário coletivo de estudantes de Educação Física sobre pessoas com deficiência*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

Sadock, V. (2003). L'enjolivement de la réalité, une défense féminine? Étude auprès des auxiliaires puéricultrices. *Travailler*, (2), 10, 93-106.

Safra, G. (1994). Pesquisando 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*, 12 (2), 171-175.

Safra, G. (2005). *O narrar* [Filme-vídeo]. São Paulo: edições Sobornost.

Saillant, F. (1999). Chercher l'invisible: épistemologie et méthode de l'étude de soins. *Recherches Qualitatives*, 29, 125-158.

Sanches, R.M. (2005). Self verdadeiro e falso self. In Sanches, R.M. (Org.), *Winnicott na clínica e na instituição* (pp. 19-24). São Paulo: editora Escuta.

Santos, A.L.D. dos, Rosenburg, C.P. & Buralli, K.O. (2004). Histórias de perdas fetais contadas por mulheres: estudo de análise qualitativa. *Revista de Saúde Pública*, 38 (2), 68-76.

Santos, J.F. dos (2007). Maternidade monstruosa em Cornélio Penna. *Aletria*, 16, 147-157.

Santos, M.A. dos (2003). Perto da dor do outro, cortejando a própria insanidade: o profissional de saúde e a morte. *Revista SPAGESP*, 4 (4), 43-51.

Sato, L., Lacaz, F.A. de C. & Bernardo, M.H. (2006). Psicologia e saúde do trabalhador: práticas e investigações na saúde pública de São Paulo. *Estudos de Psicologia*, 11 (3), 281-288.

Schafer, R. (1976). *A new language for Psychoanalysis*. New Haven: University Press.

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

Spink, M.J.P. (1993). O conceito de representação social na abordagem psicossocial. *Caderno de Saúde Pública*, 9 (3), 300-308.

Souza, K.O.J. de & Pegoraro, R.F. (2009). Concepções de profissionais de saúde sobre humanização no contexto hospitalar: reflexões a partir da Psicologia Analítica. *Aletheia*, 29, 73-78.

Souza, M.C.B.M. e, Alencastre, M.B. & Saeki, T. (2000). Enfermeiros assistenciais das instituições psiquiátricas de Ribeirão Preto: caracterização, formação e atuação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem de Ribeirão Preto*, 8 (5), 71-80.

Squires, C., Jouannet, P., Wolf, J.P., Cabrol, D. & Kuntsmann, J.M. (2008). Psychopatologie et procréation médicalement assistée: comment les couples infertiles élaborent-ils la demande d'enfant? *Devenir*, 20 (2), 135-149.

Stolorow, R.D. (1978). The concepts of psychic structure: its metapsychological and clinical psychoanalytic meanings. *International Review of Psycho-Analysis*, 5, 313-320.

Stolorow, R.D. (2000). Psicanálise relacional: entrevista com Robert Stolorow. *Percurso*, 13 (24), 97-102.

Stolorow, R.D. & Atwood, G.E. (1992). Three realms of the unconscious. In Stolorow, R.D. & Atwood, G.E. (Orgs.). *Contexts of being: the intersubjective foundations of psychological life* (pp. 29-40). Hillsdale: The Analytic press, Inc.

Stolorow, R.D., Atwood, G.E. & Brandchaft, B. (1994). *The intersubjective perspective*. Oxford: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.

Stutz, B.L. & Jansen, A.C. (2006). Ensino técnico na área de saúde: os desafios do processo de aprendizagem. *Psicologia Escolar e Educacional*, 10 (2), 211-222.

Szymanski, H. & Cury, V.E. (2004). A pesquisa intervenção em psicologia da educação e clínica: pesquisa e prática psicológica. *Estudos de Psicologia*, 9 (2), 355-364.

Tachibana, M. (2006) *Rabiscando desenhos-estórias: encontros terapêuticos com mulheres que sofreram aborto espontâneo*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

Tachibana, M. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2006). O interior do cacto: o imaginário coletivo de psicólogos a respeito da mulher que sofre violência doméstica. In Aiello-Vaisberg, T.M.J. & Ambrosio, F.F. (Orgs.). *Cadernos Ser e Fazer: Imaginários coletivos como mundos transicionais* (pp.80-94). São Paulo: IPUSP.

Tachibana, M. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2007a). Desenhos-estórias em encontros terapêuticos na clínica da maternidade. *Mudanças*, 15 (1), 23-31.

Tachibana, M. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2007b). “Maternando” mulheres cujos filhos foram abrigados num enquadre clínico diferenciado [CD-ROM]. In *Anais da Jornada CEFAS*, 8. Campinas: CEFAS.

Tachibana, M. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2007c). Oficina psicoterapêutica de velas: cuidando de mulheres que perderam a guarda dos filhos [CD-ROM]. In *Anais do Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde*, 1. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista.

Tachibana, M. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2008). “Éramos sete”: cuidando da mulher que perdeu a guarda do filho no estilo clínico Ser e Fazer [CD-ROM]. In *Anais do Simpósio Internacional de Pesquisa em Psicoterapia*, 2. Campinas: Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Tardivo, L.S. de L.P.C. (2004). *O adolescente e o sofrimento emocional nos dias de hoje: reflexões psicológicas, encontros e viagens*. Tese de Livre-Docência, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Tarot, C. (2004). Individu, société et individualismes: une introduction au débat sociologique. *Essaim*, 1 (12).

Thoulon, J.M. (2004). Mort d’un “bébé”: le point de vue d’un accoucher. *Spirale*, 3 (31), 35-40.

Traesel, E.S. & Merlo, A.R.C. (2009). A psicodinâmica do reconhecimento no trabalho de enfermagem. *Psico*, 40 (1), 102-109.

Traverso-Yépez, M. (2001). A interface Psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. *Psicologia em Estudo*, 6 (2), 49-56.

Trinca, W. (1972). *O Desenho Livre como Estímulo de Apercepção Temática*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

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

Tronche, A.M., Villemeyre-Plane, M., Brousse, G. & Llorca, P.M. (2007). Du déni de grossesse au néonaticide: hypothèses diagnostiques autour d'un cas. *Annales Médico-Psychologiques*, 165 (9), 674-675.

Vidal, M.(2008). Sobre a gravidez subsequente a morte perinatal – a síndrome da criança de substituição. *Psicologia para América Latina*, 13, 13-22.

Vieira, C.M.S. (2001). Utilização de técnicas projetivas em uma psicoterapia breve. *Psikhê*, 6 (2) 48-59.

Vitali, L.M. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2006). “Cada um sabe a dor e a delícia de ser o que é...” O uso de consultas terapêuticas coletivas na abordagem do sofrimento emocional vivido pelos profissionais de saúde em ambulatórios de cuidados paliativos. In

Aiello-Vaisberg, T.M.J. & Ambrosio, F.F. (Orgs.), *Cadernos Ser e Fazer: Imaginários coletivos como mundos transicionais* (pp.61-79). São Paulo: IPUSP.

Winnicott, D.W. (1945). Desenvolvimento emocional primitivo. In Winnicott, D.W. *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (J. Russo, Trad.) (269-285). Rio de Janeiro: Francisco Alves.

Winnicott, D.W. (1952). Ansiedade associada à insegurança. In Winnicott, D.W. *Textos selecionados: da Pediatria à Psicanálise* (J.Russo, Trad.) (205-210). Rio de Janeiro: Francisco Alves.

Winnicott, D.W. (1957). A contribuição da psicanálise à obstetrícia. In Winnicott, D.W. *Os bebês e suas mães* (pp.61-71) (J.L. Camargo, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.

Winnicott, D.W. (1963). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In Winnicott, D.W. *O ambiente e os processos de maturação* (I.C.S. Ortiz, Trad.) (pp.79-87). Porto Alegre: Artes Médicas.

Winnicott, D.W. (1967). O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In Winnicott, D.W. *O brincar e a realidade* (J.O. de A. Abreu & V. Nobre, Trad.) (pp.153-162). Rio de Janeiro: Imago editora.

Winnicott, D.W. (1968a). A amamentação como forma de comunicação. In Winnicott, D.W. *Os bebês e suas mães*. (J.L. Camargo, Trad.). (19-27). São Paulo: Martins Fontes.

Winnicott, D.W. (1968b). O Jogo do Rabisco. In Winnicott, C., Sheperd, R. & Davis, M. (Orgs.). *Explorações psicanalíticas D.W. Winnicott* (J.O. de A. Abreu, Trad.) (pp.230-243). Porto Alegre: Artes Médicas.

Winnicott, D.W. (1969). O uso de um objeto e relacionamento através de identificações. In Winnicott, D.W. *O brincar e a realidade* (J.O. de Abreu & V. Nobre, Trad.) (pp.121-131). Porto Alegre: Artes Médicas.

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

Winnicott, D.W. (1971). O brincar: uma exposição teórica. In Winnicott, D.W. *O brincar e a realidade* (J.O. de A. Abreu & V. Nobre, Trad.) (pp.59-77). Rio de Janeiro: Imago editora.

Wolf-Fedida, M. (2004). Objet et méthodologie de la recherche em Psychanalyse: l'exemple de la Psychopathologie psychanalytique d'orientation phénoménologique. *Recherches en Psychanalyse*, 1, 81-96.

Zerbetto, S. & Pereira, M.A.O. (2005). O trabalho do profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de atenção em saúde mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem de Ribeirão Preto*, 13 (1), 112-117.



VIII. ANEXOS

VIIIa. 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 Doutorado em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, está realizando uma pesquisa intitulada "Imaginário coletivo de profissionais da saúde acerca da mulher que sofreu interrupção da gestação", com funcionários que atuam em hospital, que lidam com mulheres que vivenciam este tipo de situação, e que representariam a outra parte envolvida.

Este estudo consiste numa investigação na qual solicita-se que os participantes realizem um desenho sobre o tema "Mulher que sofreu interrupção da gestação", além de criarem e relatarem uma história a partir do mesmo. Este é um método denominado *Procedimento de desenhos-estórias com tema*, de Aiello-Vaisberg. A análise dos desenhos será feita de acordo com o método interpretativo psicanalítico, assim como a história, a qual será lida e relidas diversas vezes, até que seu conteúdo possa ser apreendido. O desenho-estória manterá o anonimato do participante, impossibilitando sua identificação, assim como o sigilo quanto a dados confidenciais.

Espera-se, assim, obter alguns dados desta população, permitindo ampliar a compreensão das construções de imaginários coletivos sobre o tema da interrupção da gestação, a partir dos dados obtidos nesta investigação, respeitando o anonimato dos participantes. A participação é totalmente voluntária, podendo o 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.

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.

Nome/assinatura do participante: _____

Nome/assinatura da pesquisadora: _____

Em caso de queixas, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa no qual o projeto desta pesquisa foi avaliado: PUC-CAMPINAS, Rodovia Dom Pedro I, km 136, Parque das Universidades, Campinas – SP. CEP 13086-900 - Telefone (019) 3343-6777. Informações adicionais a respeito da pesquisa poderão ser solicitadas diretamente com a pesquisadora responsável, através do e-mail mirita@uol.com.br

VIIIb. NARRATIVA SOBRE A ROTINA DA PESQUISADORA NO AMBIENTE HOSPITALAR

Esta narrativa refere-se ao que vivi, ao longo dos dois meses em que realizei as entrevistas individuais, com as dezesseis integrantes da equipe de enfermagem obstétrica de um hospital-maternidade situado no interior do estado de São Paulo.

Entendendo que facilitaria a participação da equipe se realizasse as entrevistas no próprio hospital, combinei com a chefe da enfermagem que faria os encontros numa sala vaga, que ficava na própria área de Obstetrícia. Tratava-se de uma sala pequena, porém munida de mesa, cadeiras e ventilador.

Se, por um lado, esta decisão de desenvolver o estudo na própria instituição facilitou a participação das profissionais, por outro, acabou exigindo que me adaptasse à dinâmica hospitalar, marcada por muitas intercorrências e por um turno de trabalho diferenciado. Assim, para que pudesse realizar as dezesseis entrevistas, ia ao hospital de manhã, à tarde e à noite, uma vez que o trabalho da enfermagem é tradicionalmente organizado nestes três plantões. Embora sempre agendássemos os encontros nos horários tidos como os mais tranquilos de cada plantão, vale dizer, no momento em que todas as pacientes já estivessem medicadas, não havendo, desse modo, nenhum problema em uma integrante da equipe ausentar-se para conversar comigo, era comum surgirem emergências que demandavam a mudança abrupta do horário da entrevista. Assim, embora a equipe do noturno escolhesse agendar as entrevistas a partir da meia-noite, não foram raras as vezes em que alguma

intercorrência exigiu que eu esperasse até às duas horas da madrugada para, enfim, realizar a entrevista que havia sido agendada.

Apesar desta experiência ter sido bastante cansativa, pois exigia inúmeras idas e vindas à instituição, além de horas de espera para a realização das entrevistas, acabei, de certa maneira, compartilhando da rotina hospitalar das participantes de meu estudo.

Era interessante que, naquela época, fazia um curso intensivo de francês que encerrava às dez horas da noite. Como a escola ficava relativamente perto do hospital, ia direto para lá, apesar de as entrevistas com a equipe do noturno serem geralmente agendadas a partir da meia-noite. Por conta disso, ficava algumas horas aguardando para realizar as entrevistas e, nesse meio período, comia algum lanche que trouxera comigo. Após alguns dias observando este “ritual”, uma das integrantes da equipe chamou-me até a copa da enfermaria, local onde as profissionais se alimentavam, e disse que poderia “jantar” lá, ao invés de comer na sala de entrevistas. Mostrou-me a geladeira, a gaveta de talheres e disse-me que poderia ligar a televisão, se quisesse comer assistindo à novela. Assim, acabei dando um pequeno mergulho no cotidiano de trabalho da equipe, compartilhando as manhãs iniciadas pela visita médica, as tardes turbulentas marcadas pelas visitas dos familiares e amigos das pacientes, bem como as noites silenciosas que atravessam um hospital.

VIIIc. NARRATIVAS RELATIVAS ÀS ENTREVISTAS

Narrativa da entrevista 1: “Um desenho com 2 lados”

Assim que convidei Amanda a fazer um desenho sobre o tema “uma mulher que sofreu interrupção da gestação”, perguntou: “Posso usar estas canetinhas coloridas? Sei que é meio infantil, mas adoro estas canetinhas...”. Assim, começou a fazer um desenho extremamente colorido, desenhando uma mulher com a canetinha roxa e pintando os seus cabelos de vermelho.

Foi interessante que, por diversas vezes, pensei que a participante houvesse terminado o desenho, sendo que ela havia apenas feito uma pausa na atividade, refletindo sobre o próximo passo a ser desenhado. Estava tão entregue à atividade que, num determinado momento, perguntou: “Posso continuar meu desenho usando o verso?” Respondi que sim.

Quando finalmente encerrou seu desenho, Amanda mostrou-o a mim. Havia desenhado, num lado da folha, uma mulher grávida, pintada com a cor roxa, com os cabelos vermelhos e com um largo sorriso em seu rosto. No mesmo lado da folha, desenhara a mesma mulher, mas desta vez pintada de marrom e com os cabelos verdes. Entre as duas mulheres, escreveu a palavra “semanas” e desenhou algumas peças de roupa e um berço.



No verso da folha, desenhou a mesma mulher, mas com a cor vermelha e com um rosto triste, de onde escorriam algumas lágrimas. Na outra extremidade da folha, desenhou a mesma mulher com a cor preta, mas desta vez sem mais estar grávida.



Pedi, então, para que me contasse uma história associada àquilo que desenhara. Começou a falar didaticamente, quase como se estivesse me ensinando como proceder num caso de interrupção da gestação: “Neste primeiro desenho, a mulher descobriu que está grávida e está feliz, porque estava aguardando engravidar. Ela queria muito este bebê. Então, enquanto espera ansiosamente a chegada dele, vai se preparando, comprando as roupinhas, o berço... Quando alcança as 38 semanas de idade gestacional, o que é representado neste segundo desenho, aqui, ela vem para o serviço para fazer o parto no hospital. Quando o obstetra vai avaliar, não consegue escutar

o coraçãozinho do bebê. Daí, ele pergunta: 'O bebê está se mexendo?' A mãe fica assustada com a pergunta do obstetra!"

Amanda vira a página de seu desenho e continua sua história: "Neste terceiro desenho, já fiz a mulher triste, chorando, porque o médico está dizendo à ela que não está conseguindo ouvir o coraçãozinho do bebê e que vai precisar investigar. Depois de algum tempo, neste último desenho, ela já sabe que o bebê morreu e já não está mais grávida. Eu a desenhei pedindo para ver o filho, porque, na maioria das vezes, as mulheres pedem pra conhecer o bebê, né? Aí, eu escrevi a mãe dizendo: 'Ai, que dor... Estou sozinha... Não quero mais viver... Por quê? Por quê? Por quê?'"

Logo após apresentar seu desenho, Amanda perguntou: "Você achou que consegui fazer um desenho bonito?" Respondi: "Achei que as duas primeiras mulheres estão bem bonitas, sorridentes, coloridas... As duas últimas já não estão tão bonitas... Mas eu acho que foi proposital, né?" A participante olhou para o seu próprio desenho e respondeu: "É, não tinha percebido que tinha desenhado as duas primeiras mulheres tão diferentes das duas últimas. Eu só ia mudar a expressão do rosto - de alegria para surpresa -, mas acabei mudando até a cor, né?"

Amanda ficou olhando para o seu próprio desenho e passou a falar sobre o quanto se sentia impotente perante a paciente que sofreu interrupção da gestação: "Eu queria saber qual é a melhor maneira da gente lidar com a morte... Geralmente, não toco no assunto com a paciente – a não ser que ela tome esta iniciativa – e nunca choro na frente dela. Quando vejo o marido de alguma paciente chorando, falo com ele, reservadamente, e peço para que tente não chorar na frente dela. Você acha que está certo?"

Senti que a participante estava perguntando se concordava ou não com as suas atitudes. Esta sensação ficou maximamente presente quando perguntou: “Em Psicologia, vocês aprendem como lidar com a morte? Ou por que a gente tem que lidar com este tipo de acontecimento?” Respondi que percebia, através de suas indagações, o quanto se sentia perdida perante a paciente cujo bebê faleceu.

Neste momento notei que os olhos da participante encheram-se de lágrimas, embora nenhuma delas tenha escorrido por seu rosto. Então Amanda disse: “É muito difícil, pra mim, ter que viver este tipo de situação, principalmente quando a paciente é jovem, porque é diferente isto acontecer com uma mulher que já tem 40 anos e já tem outros filhos vivos, e com outra, que passa por isto logo na primeira gravidez. A gente teve uma paciente jovenzinha que perdeu o bebê e que não poderia mais engravidar novamente, e isto mexeu muito comigo. Eu queria ter dito pra ela: ‘Olha, você vai poder ter outro filho, depois’, mas nem podia dizer isto...”

Finalizamos o encontro. Senti, entretanto, que a participante saiu da sala com um humor diferente daquele com o qual chegara: se, inicialmente, estava bastante extrovertida e “colorida”, no final, parecia estar mais introspectiva e reflexiva. Fazendo uma analogia com o seu desenho, percebi que Amanda entrara na sala tão colorida quanto as duas primeiras gestantes que desenhara e, no final, saíra tão “enlutada” quando as duas últimas figuras que fizera.

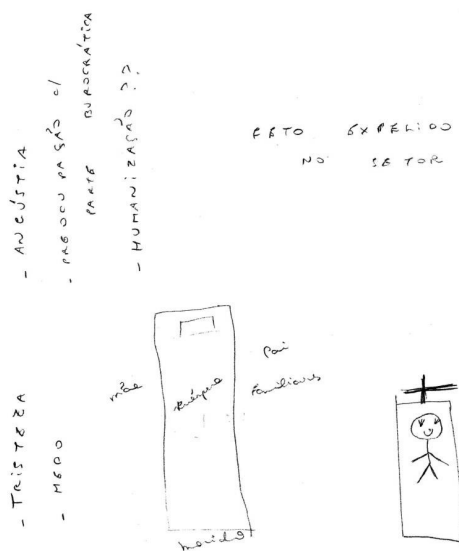
Fiquei preocupada com o estado da participante ao final de nosso encontro. Esta preocupação, porém, passou logo no dia seguinte, quando veio cumprimentar-me, ao nos encontrarmos no hospital. Ao me ver, falou brincando: “Olha só a minha psicóloga!”

Narrativa da entrevista 2: “Um rosto sorridente”

Quando estava apresentando-me à Heloísa, no sentido de convidá-la para participar da pesquisa, ela interrompeu minha fala e disse: “Eu também trabalho com pesquisa. Ainda não é a minha pesquisa de mestrado: é a de uma mulher, lá da UNICAMP, e eu a ajudo na coleta de dados do mestrado. Mas esta é a forma que encontrei de me aproximar do departamento e aprender a fazer pesquisa, né?”

Quando entramos na sala e pedi para que fizesse um desenho sobre o tema “uma mulher que sofreu uma interrupção da gestação”, a participante disse: “Nossa, mas desenho muito mal...” Procurei tranquilizá-la, dizendo que tampouco fazia desenhos bonitos, explicando que poderia ficar à vontade, pois o nosso objetivo era o de conversarmos a partir do desenho que fizesse, e não o de avaliar o seu desenho, como num teste psicológico.

Então a participante desenhou uma mulher sorridente em um leito de enfermaria, em cima do qual havia uma cruz. Desenhou também um outro leito e, dentro dele, escreveu a palavra “puérpera”. Ao lado, escreveu as palavras “mãe”, “pai”, “familiares” e “marido”. Por fim, escreveu “tristeza”, “medo”, “angústia”, “preocupação com a parte burocrática”, “humanização” e “feto expelido no setor”.



Quando pedi para que me contasse uma história associada ao desenho, a participante começou a falar, como se estivesse me dando uma aula: “Quando a mãe recebe o diagnóstico de óbito fetal, ela interna para indução do parto, né? Na teoria, é para ela passar por todo o processo de indução na enfermaria e, quando estiver para passar pelo momento expulsivo, é para ir ao centro obstétrico. O problema é que, às vezes, as pacientes acabam tendo o bebê aqui mesmo, na enfermaria, e, para mim, este é o pior momento... A gente é obrigada a passar, aqui, por coisas que não deveriam acontecer na enfermaria e sim num centro cirúrgico...”

Perguntei especificamente sobre o que havia desenhado, ao que me respondeu: “Eu quis desenhar a mãe, na enfermaria, triste e rodeada pelos familiares”. Indaguei: “Mas esta paciente, aqui, está sorrindo, não está?” Ela olhou para seu desenho e exclamou: “É, te falei que desenho mal, né?”

Fiquei pensando nesta resposta e concluí que o fato da paciente desenhada estar sorrindo não se devia à suposta falta de habilidade gráfica de Heloísa. Entendi que a paciente sorria porque, talvez, fosse justamente isto o que a participante estivesse fazendo para mim, naquele momento: sorrindo e mostrando-se impecavelmente conhecedora do procedimento técnico envolvido, soltando frases politicamente corretas, tais como: “Eu, como enfermeira e líder da minha equipe, procuro passar os conceitos da humanização e fazer com que toda a minha equipe seja sensível ao sofrimento da paciente e a ajude da melhor forma possível”.

Perguntei, num determinado momento, tentando “encontrar-me” com Heloísa: “E como você se sente em relação a estas pacientes?” Ela respondeu: “Procuro sempre facilitar pro lado dela. Sempre autorizo que saia temporariamente da

enfermaria para ir ao enterro do bebê; sempre a convido para ir, na geladeira, ver o corpinho...” Diante de sua resposta pouco afetiva, mais voltada para o protocolo do atendimento do que para seus sentimentos propriamente ditos, insisti: “E como é pra você acompanhar a paciente até a geladeira?” Ao que me respondeu: “Na verdade, só fui lá uma vez. Eu estava com tanto medo que pedi para que uma colega nos acompanhasse até lá... A paciente pegou o bebê no colo e o ninava como se estivesse vivo, ainda... Foi muito difícil... Tanto que, depois, decidi que nunca mais iria e, hoje, quando alguma paciente pede para ser acompanhada até a geladeira, eu a encaminho para ir com alguma colega, sabe?”

Entendi esta fala da participante como se estivesse dizendo que prefere não se envolver tanto com o sofrimento da mulher que perdeu seu bebê, deixando esta parte mais emotiva para que outra pessoa sustente. Por fim, pedi para que desse um título para seu desenho. Ela o intitulou “Expressões/sentimentos nos casos de óbito fetal”, título este que soou para mim extremamente intelectualizado, como grande parte de nosso encontro. Antes de ir embora, a participante fez algumas perguntas relacionadas à atividade de pesquisa, pedindo dicas acerca do processo seletivo de ingresso na pós-graduação.

Narrativa da entrevista 3: “Solidão materna”

Quando convidei Camila para participar da pesquisa, abriu um largo sorriso e comentou: “A Amanda (entrevista 1) comentou da sua pesquisa comigo... Eu quero participar, sim!”

Quando entramos na sala, pedi para que fizesse um desenho sobre o tema “uma mulher que sofreu interrupção da gestação” e, na mesma hora, a

participante reclamou: “Nossa, um desenho? Eu não sei desenhar... Eu só sei fazer um desenho, que é o que sempre faço quando tenho que desenhar alguma coisa, mas é um desenho alegre, o que não combina com este tema, né? E agora?” Então a participante ficou olhando para a folha em branco, à sua frente. Como parecia estar com dificuldade para iniciar a atividade, resolvi fazer uma nova proposta: “Ao invés de desenhar, você prefere contar uma história sobre alguma mulher que perdeu o bebê? É mais fácil para você se for desse jeito?” Ela continuou com o semblante preocupado e, após alguns segundos, disse: “Bom, primeiro vou escolher as cores, então... Têm que ser cores tristes, porque não combina um desenho coloridíssimo com a mulher que perdeu o bebê, né?”.

Falando isto, a participante escolheu canetinhas das cores marrom, preto e azul escuro. Assim, desenhou uma mulher marrom, em cima de um chão preto. É interessante que, no desenho, a mulher aparece chorando, mas apresenta um sorriso em seu rosto.



Finalizado o desenho, pedi para que me contasse uma história associada ao que desenhara. Então a participante falou: “Esta mulher que desenei está chorando porque perdeu o bebê. Aqui, ela já nem está mais grávida: já passou pela indução de parto e já é puerpera”. Perguntei: “E como ela está se sentindo?” Camila respondeu: “Está sofrendo bastante, porque queria muito este

bebê. A gente vê aqui que as mulheres que perdem o bebê têm reações muito diversas: umas choram muito e você vê, daí, que essas queriam muito aquela gravidez; outras ficam mais caladas, sérias, e você percebe que aquela gravidez não era tão querida. Talvez a interrupção até tenha sido provocada, sabe?”

Perante este comentário de Camila, questionei: “Mas e esta aqui que você desenhou? Ela está chorando, mas também está sorrindo. Ou seja, não está nem totalmente chorosa, como as mulheres que você diz que planejaram a gravidez, mas tampouco está totalmente aliviada, como as que provocaram a interrupção”. A participante olhou para o seu desenho e respondeu: “É, aqui ela está fazendo as duas coisas, né? Mas ela realmente queria a gravidez. E está sorrindo porque o seu bebê era muito malformado e não teria uma vida muito digna... Neste caso, foi melhor para o bebê que acabasse falecendo dentro da mãe dele...”

Perguntei, então, como se sentia ao atender este tipo de paciente, ao que respondeu: “Pra mim, é muito difícil. Eu não sei se é porque já sou mãe, mas fico olhando pra estas pacientes que perderam o bebê e realmente consigo imaginar a dor delas, sabe? E, sabe, tive meu filho bem cedo, quando ainda nem trabalhava aqui. Hoje, ele tem 7 anos e eu até queria ter outro filho, mas tenho medo de tanto ver tanta gravidez dando errado... Tenho pressão alta e fico pensando: poxa, posso ter pré-eclâmpsia e acabar correndo risco de vida...”

Comentei que o que estava me dizendo era que ficava tão sensibilizada com o sofrimento das mulheres que perderam seus bebês que isto acabava, de certa forma, influenciando seus planos pessoais em relação à maternidade. Então Camila falou: “Se bem que tenho receio em engravidar de novo não só por isso... Eu engravidei com 16 anos e meu namorado, na época, não foi muito

companheiro, sabe? Acabei criando meu filho praticamente sozinha, o que foi muito difícil. Mas consegui terminar o colegial, fazer faculdade de enfermagem... E ainda penso em fazer mestrado, especialização... Mas tive que lutar muito... Talvez, se não fosse mulher, não teria sofrido tanto com a minha gravidez não planejada, porque você sabe que são as mulheres que carregam os filhos, na verdade, né?”

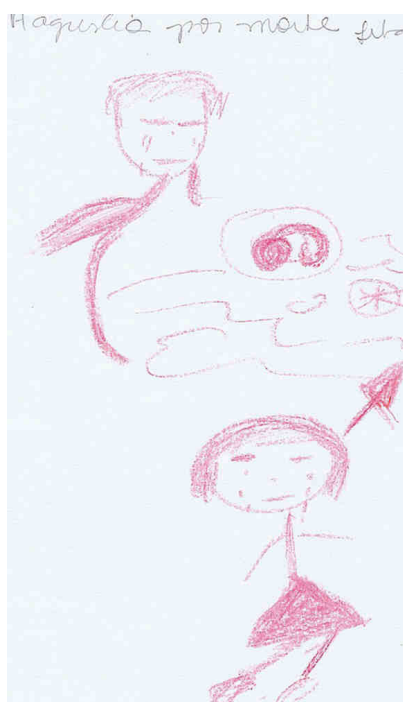
Olhei para o desenho de Camila e notei que, nele, a paciente estava sozinha, sem nenhum profissional ou familiar ao seu redor. Ao final, quando pedi para que desse um título ao seu desenho, escreveu “A dor da mulher” e comentou: “Dei este título porque são as mulheres que carregam a maior dor. E elas estão sozinhas, assim como eu, na minha gravidez...”

Narrativa da entrevista 4: “Um desenho cor de sangue”

Quando expliquei à Roberta que precisava que fizesse um desenho a respeito do tema “uma mulher que sofreu interrupção da gestação”, imediatamente se queixou: “Nossa, um desenho!? Mas não sei desenhar direito...” Procurei tranquilizá-la, explicando que não precisava ficar preocupada com seu desempenho artístico, até que ficou mais à vontade com a proposta.

Olhando para o material que havia disponibilizado sobre a mesa, a participante pegou a caixa de giz de cera e disse: “Vou fazer um desenho todo vermelho, pode? É que o vermelho lembra sangue, que lembra morte...” Assim, Roberta fez um desenho dividido em duas partes: na primeira, há uma mulher chorando, com a barriga aberta, de onde sai um feto e um líquido. Na

segunda parte, desenhou a mesma mulher, chorando muito, com uma seta apontando para o primeiro desenho.



Quando pedi para que a profissional me contasse uma história associada ao desenho, disse: “Aqui (apontando para a primeira parte de seu desenho), quis desenhar a mulher parindo o feto morto. Dá pra ver que quis desenhar o feto saindo, a bolsa rompendo...? Eu acho que este deve ser o pior momento para ela, porque é quando deixa de ser mãe e se separa definitivamente do bebê. No desenho seguinte, já fiz a mulher em casa, chorando muito e relembrando tudo o que aconteceu. Esta seta que fiz é pra mostrar que ela não se esqueceu de nada do que aconteceu”.

A participante passou a contar sobre uma paciente que, naquele momento, encontrava-se internada na enfermaria, justamente no leito pelo

qual era responsável. Disse que esta paciente, grávida de gêmeos, recebera o diagnóstico de que um dos fetos havia evoluído a óbito. Mesmo sabendo que o outro feto não corria risco de morte, a paciente estava desconsolada. Roberta falou: “As pessoas acham que porque ela ainda vai ter um, então sofre menos que as que estavam grávidas de um só e perdem justo aquele um. Mas eu sei que o feto que ainda está vivo nunca vai substituir o que morreu e que ela vai sempre carregar isto”.

Perguntei à Roberta como se sentia, ao atender este tipo de paciente, ao que respondeu: “Olha, fico bastante angustiada... Até esta paciente retornar do ultrassom, estava meio angustiada. Fiquei pensando se estava tudo bem com o outro bebê...”

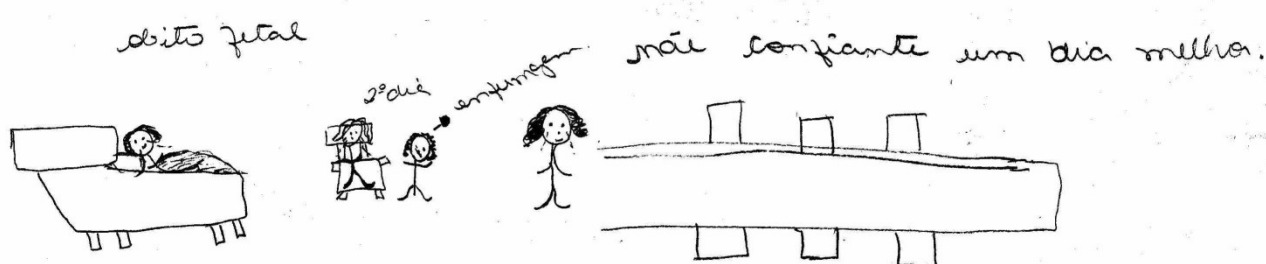
Disse à participante que, por meio do relato daquele caso, ela estava contando o quanto se envolve com as suas pacientes, acompanhando-as em seus sentimentos. Ela confessou: “É, me envolvo bastante. Procuro separar o lado profissional do pessoal, mas não tem jeito... Esta paciente mexeu bastante comigo: percebi porque, quando cheguei em casa, no outro dia, estava meio mal-humorada, meio chateada... Esta paciente ainda não tinha feito o ultra-som e não sabia que o segundo feto estava bem. Daí, hoje, cheguei no hospital e a primeira coisa que fui fazer foi ler o prontuário dela e ver o resultado do ultra-som. Na hora que li que estava tudo bem, daí já fiquei bem humorada de novo; me senti mais leve...”

Ao final, pedi para que a participante desse um título ao seu desenho, o qual intitulou “Angústia pós-morte fetal”.

Narrativa da entrevista 5: “Caminhada sutil”

Karina, assim como as outras participantes, reclamou quando a convidei a fazer um desenho sobre o tema “uma mulher que sofreu interrupção da gestação”. Disse que tinha bastante dificuldade em fazer desenhos e que não tinha idéia de por onde começar. Novamente, procurei acalmá-la em relação à atividade, tentando fazer com que confiasse em sua capacidade de se expressar através de um desenho, além de cultivar sua confiança em relação a mim, no sentido de que aquilo não era um teste psicológico.

Então a participante fez um desenho a lápis que ocupava apenas o topo da página, de tal forma que a maior parte da folha ficou em branco. Fez o seu desenho em três partes, como se compusessem uma história em quadrinhos: na primeira parte, há uma mulher deitada numa cama, chorando muito; na segunda, a mulher está sentada numa cadeira e, a seu lado, encontra-se uma enfermeira; na terceira, a paciente continua chorando e caminha por um corredor.



Assim que finalizou seu desenho, pedi para que me contasse uma história a partir dele. Então a participante falou: “O primeiro desenho corresponde ao primeiro dia das pacientes no hospital. Logo que elas chegam, ficam meio caladas, num cantinho, e não conversam com ninguém. Eu, que já estou acostumada, procuro ficar bem quietinha, respeitando o silêncio delas. O segundo desenho já reflete o segundo dia: aqui, desenhei a paciente conversando com a enfermeira, começando a se abrir... Esta conversa não necessariamente tem a ver com a morte do bebê: pode ser sobre a novela, sobre o tempo... E, no terceiro desenho, fiz o terceiro dia delas, no hospital: elas começam a caminhar pelo corredor, querendo ver o hospital e conhecer as outras pacientes...”

Fiquei olhando para o desenho de Karina e comentei que, através dele, estava me contando a trajetória que costuma observar das mulheres que têm suas gestações interrompidas: de um momento de maior introspecção e isolamento, passavam para um outro, no qual já eram capazes de retomar contato com a realidade e, inclusive, de voltar a caminhar. Comentei: “Seu desenho fala de um lado ao qual eu ainda não havia sido apresentada: o momento em que a mulher que perdeu seu bebê consegue reerguer-se do sofrimento que a estava atravessando”.

Karina comentou: “Eu vejo este trilhar em quase todas as pacientes, sabe? É uma coisa muito sutil, porque, na verdade, todas elas ainda estão chorando muito e sofrendo muito, mas dá pra sentir uma diferença, mesmo que não muito grande, entre o dia em que elas chegam e o que elas vão embora”.

Ao final, pedi à Karina que desse um título ao seu desenho. Chamou-o de “Mãe confiante num dia melhor”.

Narrativa da entrevista 6: “Cortinas abertas”

Confesso que quando convidei Estela a realizar um desenho sobre o tema “uma mulher que sofreu interrupção da gestação”, achava que iria reclamar da atividade, pois todas as participantes, até então, haviam demonstrado uma resistência inicial em fazer desenhos. Entretanto, Estela surpreendeu-me ao reagir diferentemente: pegou uma folha de papel, um lápis e a caixa de lápis de cor e começou a fazer um desenho, imediatamente!

A atividade foi bastante silenciosa. Enquanto fazia seu desenho, parecia estar concentrada, estudando quais seriam os melhores traços e cores. Nele, Estela fez o rosto de uma mulher, chorando por trás de uma cortina aberta. Com exceção das lágrimas, que foram pintadas de vermelho, todo o desenho foi feito à lápis.



Quando pedi para que a participante me contasse uma história a partir do desenho que fizera, falou: “Esta mulher que desenhei perdeu o bebê e está chorando por causa disso. Esta cortina aqui é porque ela vai viver um monte de coisas e descobrir coisas dela, pensar no significado daquela gravidez... Vai se conhecer mais...”

Pedi, então, para que Estela me falasse mais sobre a experiência de auto-conhecimento que a mulher cujo bebê pereceu poderia vivenciar. Ela respondeu: “Já tive paciente que tinha engravidado sem querer e que não queria aquela gravidez de jeito nenhum. Daí, quando recebeu o diagnóstico de óbito fetal, percebeu o quanto, no fundo, queria aquela gravidez. Descobriu que queria, sim, ser mãe. E já vi o contrário, também: paciente que depois do óbito fetal não fica tão abalada quanto achava que ficaria e percebe que, talvez, não fosse pra acontecer naquela hora...”

Perguntei a Estela como se sentia em relação a este tipo de paciente, ao que respondeu: “À medida que vou conhecendo a paciente, vai ficando mais difícil. Assim que ela chega pra internar, que não sei nada da vida dela, é como se fosse uma paciente qualquer, sabe? Mas quando você vai ouvindo as histórias de vida, os planos, daí já vai ficando mais difícil pra mim...”

Ao ouvir esta fala, comentei: “Eu entendo o que você está falando. Quanto mais você conhece a paciente, mais você lamenta pela perda do bebê... O seu desenho, então, não fala só da mulher que se descortina para si mesma: fala de você, abrindo as cortinas que cobrem suas pacientes, conhecendo-as melhor...”. Estela ficou em silêncio por alguns segundos, até que abriu um sorriso e repetiu, surpresa, o que eu acabara de falar: “Sou eu

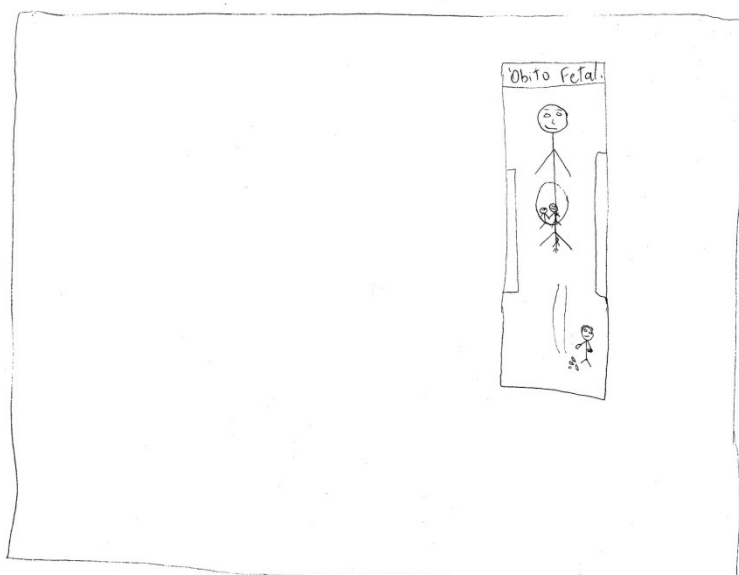
que estou abrindo estas cortinas, né? Sou eu que estou buscando conhecer a paciente e entender o quanto queria ou não a gravidez...”

Ao final do encontro, pedi para que desse um título ao seu desenho, que ficou sendo “Lágrimas”. Antes de ir embora, Estela abraçou-me e disse: “Obrigada, viu? Você abriu um pouco as minhas cortinas...”

Narrativa da entrevista 7: “Um sorriso bravo”

Assim que Sofia entrou na sala, chamou-me a atenção o sorriso em seu rosto. Enquanto me apresentava e propunha que fizesse um desenho sobre o tema “uma mulher que sofreu interrupção da gestação”, a participante ficou me olhando e sorrindo.

Fez, então, o seguinte desenho, no qual representou uma gestante gemelar deitada no leito da enfermaria e, no canto inferior do papel, seu médico.



Quando pedi para que me contasse uma história associada ao desenho, falou: “Este lugar que desenhei é o centro obstétrico. É onde as mães ganham os bebês, independente se estão vivos ou não. Aqui, desenhei uma

mulher, grávida de gêmeos, em trabalho de parto. Esta outra pessoa, no canto da sala de cirurgia, é o médico, que vai fazer o parto”.

Perguntei: “Estes bebês gêmeos estão vivos?” Sofia, então, respondeu: “Um deles está morto. O outro eu não sei...” Lembrei-me de Roberta (entrevista 4), que no dia anterior havia comentado, em nossa entrevista, um caso de uma gestante gemelar que havia recebido o diagnóstico de óbito fetal de um dos bebês. Fiquei imaginando se Sofia estaria trazendo o mesmo caso e, dessa forma, perguntei: “Você está falando de algum caso que ocorreu aqui, na enfermaria?” Respondeu surpresa: “É uma paciente que estava no quarto pelo qual sou responsável. Ontem, saí do hospital e ela ainda estava internada, sendo que iam fazer ultra-som pra saber se o segundo feto estava vivo. Hoje voltei pro hospital, mas a paciente já tinha tido alta... Imagino que o outro bebê deva estar bem, porque ela foi embora, né? Eu até procurei o prontuário dela, mas já tinha sido levado embora...”

Comentei: “Acho interessante você ter desenhado este caso... Acho que você está me contando o quanto você se sensibilizou com ele, né?” Neste momento, apesar de ainda manter um sorriso em seu rosto, notei que os olhos da participante encheram-se de lágrimas. Fiquei imaginando que talvez houvesse trazido o caso para o nosso encontro, pois, como a própria participante comentou, não tivera a chance de se despedir desta paciente e saber qual fora o desfecho de seu caso.

Então Sofia falou: “É, me envolvo bastante... Sou bastante sorridente e simpática e procuro ser mais ainda com as pacientes que perdem o bebê. Procuro sempre me mostrar alegre e disponível”. Comentei: “Você está

falando sobre se mostrar sorridente para as pacientes e, de fato, me chamou a atenção que no seu desenho as pessoas estão sorrindo...”

A participante olhou para seu próprio desenho e respondeu: “Isto aqui não são sorrisos, não. Quis desenhar rostos bravos, na verdade... O médico está bravo porque foi chamado no meio da noite²³. A mãe está brava porque não se sente bem cuidada e quer ir logo embora do hospital. As pacientes sempre reclamam muito, né, principalmente à noite, que não tem parte administrativa (serviço social, psicóloga) e é tudo mais parado mesmo...”

Perguntei, então, se sentia o mesmo que a paciente: se sentia que recebia menos apoio, por estar no plantão noturno. Sofia respondeu afirmativamente, lembrando que, por ser da noite, não tinha como ir até o departamento onde ficam guardados os prontuários para ler o prontuário da tal paciente gemelar. Entendi, afinal, que seu sorriso era só uma máscara: olhando melhor, não estava sorrindo; pelo contrário, estava brava, assim como as figuras em seu desenho.

No final de nosso encontro, quando pedi para que atribuísse um título ao desenho, intitulou-o “Óbito fetal”.

Narrativa da entrevista 8: “Um anjo deformado”

Quando pedi para que Fernanda fizesse um desenho sobre o tema “uma mulher que sofreu interrupção da gestação”, perguntou: “Não preciso necessariamente desenhar uma mulher que sofreu interrupção da gestação, né?” Fiquei surpresa com a sua indagação, pois, até então, todas as participantes haviam levado a minha solicitação no sentido literal, desenhando

²³ Esta participante compõe a equipe de enfermagem noturna. Assim, seu turno é das 19:00hs às 07:00hs.

efetivamente mulheres que haviam perdido seus bebês. Este seria o primeiro desenho que fugiria da representação concreta para algo mais simbólico!

Fernanda desenhou uma criança com asas e uma auréola de anjo. A criança estava com os braços abertos e parecia sorrir.

Todos morrem e vão.



Quando pedi para que me contasse uma história associada ao desenho, disse: "Sou uma pessoa bastante religiosa. Acho que se não fosse tão religiosa não agüentaria trabalhar num hospital... E acredito que todos, principalmente as crianças, quando morrem, vão pro céu. Esta criança que desenhei é um bebê que não teve a oportunidade de viver aqui na terra..."

Pedi então para que me contasse como se sentia ao atender uma gestante que perdeu seu bebê. Fernanda respondeu: "Para mim é muito difícil... Ver a tristeza dela, o quanto queria aquela gravidez... Mas é muito difícil, também, quando percebo que aquela interrupção foi de alguma maneira provocada. Sei que não posso julgar e procuro não mudar em meus comportamentos, mas, de coração, fico muito revoltada quando percebo que a mulher provocou o aborto, sabe?"

Fiquei imaginando que seria possível que a participante tivesse optado por desenhar a criança, ao invés da mãe que sofreu a interrupção da gestação, justamente por carregar esta questão em relação à mulher que aborta. Desenhar uma criança, que para ela vai sempre para o céu, talvez fosse mais fácil do que desenhar uma mãe que possivelmente tenha provocado a interrupção da gravidez, situação esta que já lhe trazia revolta.

A participante, então, passou a falar de sua dificuldade em acompanhar as mães até a “geladeira” para que conheçam seus fetos mortos. Narrou uma situação em que foi acompanhar uma paciente: “Eu sabia que o bebê tinha múltiplas malformações, porque o pessoal que estava no parto já tinha comentado. Daí, quando a mãe pediu para que a acompanhasse, já sabia que veria algo difícil. Mas não imaginava que fosse tanto... Era um bebê que não tinha pernas e braços (os pés e as mãos partiam direto do corpo); tinha uma cabeça grande (maior que o tamanho do corpo); estava com o cérebro exposto; tinha duas genitálias... A mãe chorou bastante quando viu o bebê. Tive vontade de chorar também, mas me segurei. Queria que ela sentisse que tinha alguém forte, lá do lado dela. Mas nunca mais voltei pra ‘geladeira’. Só fui uma vez – que foi esta vez – e nunca mais tive coragem de ir de novo. É um lugar medonho... Eu lembro que teve uma hora que tive medo que a portinha fechasse e a gente ficasse trancada, lá dentro, junto com aqueles corpos todos, no escuro...”

Comentei que aquela cena mexera tanto com a participante que, apesar de não ter chorado, isto não significava que não ficara abalada. Ficara tão mobilizada que não conseguia mais voltar à geladeira... Acrescentei: “É interessante que você me contou toda esta cena monstruosa, mas fez um

desenho de um anjo. Acho que você procura transformar as coisas feias em belas, quando me mostra um desenho assim". Ela sorriu e respondeu: "Acho que sim... E é isto o que a religião faz por mim: consegue dar um outro sentido para a morte. Consegue me fazer ver um pouco de luz, num ambiente tão escuro..."

Ao final, a participante nomeou seu desenho de "Todos merecem o céu".

Narrativa da entrevista 9: "Longe de casa"

Quando cheguei à recepção do hospital e disse que iria até a enfermaria de obstetrícia para fazer uma pesquisa com a equipe de enfermagem, o guarda – que já me conhecia de vista, por ver-me lá diariamente – comentou: "Ih, hoje aquela enfermaria está pegando fogo! Acabou de acontecer uma confusão lá, envolvendo um pai idiota, e o lugar está uma bagunça!"

Quando cheguei à enfermaria propriamente dita, notei que algumas enfermeiras estavam alvoroçadas. Cheguei a pensar que talvez fosse melhor agendar uma nova data com as duas participantes com as quais havia combinado de conversar naquele dia, mas as duas disseram que a pesquisa poderia, sim, ser realizada naquele instante.

Quando Lia entrou na sala, pedi para que fizesse um desenho sobre o tema "uma mulher que sofreu interrupção da gestação". Ela então retrucou: "Mas desenho muito mal! Eu tenho vergonha de fazer um desenho pra você!" Entretanto, após tranquilizá-la, começou a fazer um desenho no qual havia uma mulher com o semblante triste e choroso, sendo que em seu corpo havia o desenho de um coração flechado. Assim que finalizou o desenho, falou: "Olha só, eu acho que terminei..." Perguntei: "Então você está pronta para me contar

uma história em cima dele?” Ela sequer olhou para mim e, fixada no desenho, tornou a desenhar outros elementos, como a bolsa e a casa.



Quando finalmente encerrou seu desenho, pedi então para que me contasse uma história a partir dele. A participante falou: “Esta mulher está chorando porque tinha vindo até o hospital pra ganhar o bebê e, no final, foi informada que ele tinha morrido e que já não era mais mãe... Eu até desenhei a bolsinha que ela tinha trazido pro hospital, com as roupinhas do bebê, a camisolinha dela... Esta casa que desenhei é a casa dela e, quando ela voltar, vai ver o bercinho que tinha comprado pro bebê, e que já não vai mais usar...”

Disse à Lia que, através de seu desenho, falava das expectativas frustradas da mulher que sofreu uma interrupção de sua gestação. Estava trazendo-me os sonhos e planos da gestante que deixariam de ser realizados com a morte fetal. Acrescentou: “Penso muito no quanto ela deve ter esperado, se preparado... É claro que a gente vê que algumas mães não queriam muito aquele bebê e estas nem mostram muita tristeza, mas tem umas que queriam muito, né? Ficar esperando um bebê por 9 meses, ver o

seu corpo mudar, preparar todo o enxoval... e depois não ter o bebê é muito difícil...”

Perguntei à Lia como se sentia ao atender este tipo de paciente e, em seguida, passou a narrar o seguinte episódio: “Procuro fazer com que ela sofra o mínimo possível. Sempre tomo o cuidado de não deixar uma mãe que perdeu o bebê junto com uma que está ali internada com o bebê ao lado. Acho que é muita crueldade fazer a mulher ficar ouvindo o choro do bebê da outra, né? Hoje, quando cheguei no hospital e vi que tinha uma mãe esperando pra ser internada, pois tinha o diagnóstico de óbito fetal, fui olhar na minha listagem se tinha alguma outra paciente que estava internada aqui sem o bebê. Daí, vi que tinha uma sozinha, porque o bebê dela está na UTI neonatal. Juntei as duas no mesmo quarto, né? Só que mais tarde ouvi bronca da minha chefe: ela veio brigar comigo porque a mãe que estava sozinha no quarto é uma paciente que tentou provocar o aborto da gravidez, mas não conseguiu e seu bebê nasceu prematuro e cheio de problemas. Acabei juntando, sem saber, uma mãe que perdeu o bebê e outra que queria ter perdido, entendeu? Você ficou sabendo que deu uma confusão aqui na enfermagem?”

Respondi que sim e perguntei se a confusão estava relacionada a este episódio. Ela respondeu: “É que esta mulher, que tinha tentado abortar a gravidez no começo da gestação, como não conseguiu, prometeu dar o bebê pra um casal. Só que o pai da criança – que não é namorado dela – acabou descobrindo tudo e veio aqui, hoje, pegar o filho dele e levar pra casa. Ele ficou berrando no hospital que ia matar a paciente; que ela não poderia ter feito isto sem ter falado com ele; que ela tinha escondido a gravidez dele; que

o filho ia ficar com ele... Foi horrível! Ele foi contido pela segurança e passou a tarde inteira lá fora, dizendo que ia esperar a paciente sair do hospital...”

Lia, então, passou a desabafar que estava bastante chateada com a reprimenda que havia levado devido à confusão da internação e completou: “Nunca fui de ficar triste de levar bronca dos outros. Mas acho que depois que vim pra Campinas²⁴, talvez por estar longe da minha família e, principalmente da minha mãe, fiquei assim, meio sensível, meio carente... Chorei bastante hoje por causa da bronca, sabe? Estou longe de casa e me sentir reprovada, pelos outros, faz com que me sinta desprotegida, indefesa...”

Olhei para o desenho e vi nele a própria Lia, com a sua malinha de viagem e longe de casa. Por estar longe de sua casa e de sua mãe, conseqüentemente, ela também estava vivenciando uma espécie de “interrupção da maternidade”, só que no lugar de filha.

Ao final, a participante chamou seu desenho “O amor supera tudo!”

Narrativa da entrevista 10: “Um dia sem Sol”

Meu encontro com Sônia ocorreu logo após o meu com Lia (entrevista 9). Assim, logo que Sônia entrou na sala, falou: “Ai, eu gosto tanto da Lia. Aperta o meu coração vê-la chateada desse jeito. Sabe, a Lia mora sozinha aqui em Campinas e, pela nossa diferença de idade, eu a vejo como uma filha. Então, quando vejo alguém brigando com ela, fico triste, revoltada... Não estava aqui na hora da bronca, senão a teria defendido, com certeza...”

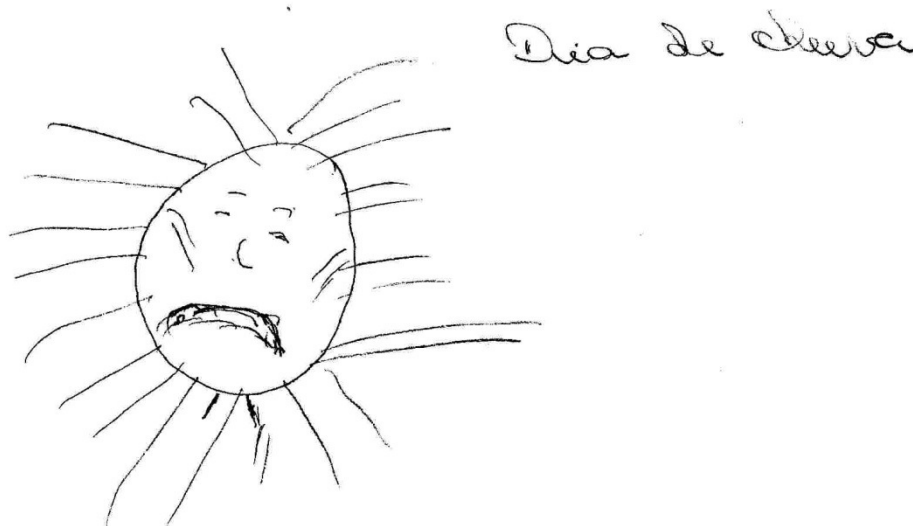
Ouvi este desabafo de Sônia e, pensando em não comprometer Lia, evitei tocar neste assunto mais pormenorizadamente. Pedi para que a participante fizesse um desenho sobre o tema “uma mulher que sofreu

²⁴ A participante é do Nordeste e veio para Campinas em busca de trabalho.

interrupção da gestação” e, então, ela disse imediatamente: “Nossa, precisa desenhar? Eu não sei desenhar, não...” Assim como ocorreu com a maioria das participantes, procurei tranquilizá-la, mas Sônia parecia estar pouco à vontade para fazer o desenho.

Segurando a folha de papel em branco e com um lápis nas mãos, começou a falar sobre seu ponto de vista a respeito do tema: “Acho que a mulher que perdeu o bebê tem dois tipos de reação: se realmente queria aquela gravidez, chora muito, sofre, fica triste; se não queria tanto assim, então já sente um certo alívio, né? Mas nas duas formas eu fico chateada, porque gravidez é pra ser vida, né? Independente se a mulher queria ou não aquele bebê, gravidez é pra terminar em vida, e não em morte. Foi por isso que eu vim trabalhar na Obstetrícia, porque esperava trabalhar com vida...”

Quando já achava que a participante não iria mesmo fazer um desenho, começou a fazê-lo rapidamente: fez, à lápis, um sol com o semblante triste.



Quando pedi que me contasse uma história associada ao desenho, falou: “Desenhei este sol morrendo porque é assim que vejo a gravidez interrompida. A gente tem sempre certeza de que o sol vai nascer no dia seguinte, não é? É algo que já é tão esperado e tão natural que a gente nem pára pra pensar que pode ser que ele não nasça. Para mim, gravidez sempre termina em nascimento: o bebê é feito pra nascer e não para morrer. Quando um bebê morre é como se o sol estivesse morrendo também...”

Ouvi esta explicação e disse-lhe que o que estava me contando era que, para ela, morte e nascimento não poderiam caminhar juntos e o quanto acreditava que, ao trabalhar em Obstetrícia, só conviveria com um lado da vida: o do nascimento, o do sol que brilha...

A participante passou a contar, então, que era mãe de quatro filhos e que, em breve, tornar-se-ia avó de dois netos, já que uma de suas filhas está grávida e um de seus filhos engravidou a namorada. Completou: “Escolhi trabalhar em Obstetrícia porque queria ajudar as grávidas em relação à maternidade. Queria ver bebês nascendo e mães renascendo junto com seus filhos... Na maioria das vezes, é isto mesmo o que vejo aqui. Mas, às vezes, a gente tem mães que perdem os bebês ou que, pior ainda, querem perder o seu bebê, assim como esta mulher que está internada e que quer dar o filho. Como uma pessoa pode ter coragem de abandonar uma criança totalmente indefesa, que nem sabe se proteger e lutar pelos seus direitos? Ela tinha que ser posta na cadeia!”

Vendo que Sônia estava começando a se exaltar, disse que percebia, em função de suas falas, o quanto era maternal, não apenas por causa de seus filhos e futuros netos, mas também pela relação que construíra com Lia

(entrevista 9) e pelo motivo que a levava a trabalhar em Obstetrícia. Disse que notava o quanto era voltada para a maternidade e que por isso talvez fosse tão difícil para ela compreender por que algumas mulheres não queriam trilhar o mesmo caminho.

Quando pedi para que atribuísse um título ao seu desenho, chamou-o de “Dia de chuva”. Ao nos despedirmos, falou: “Gostaria que só existissem dias ensolarados, sem chuva, sem nublado, sem céu cinzento”

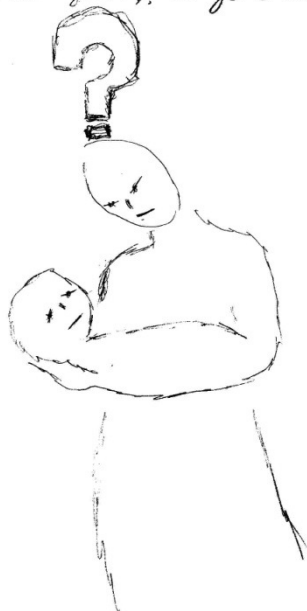
Narrativa da entrevista 11: “O colo da enfermagem”

A primeira vez que falei com Ângela foi por telefone foi pelo telefone. Liguei para o hospital, no horário do plantão noturno, para agendar a entrevista com ela e com o restante da equipe que compunha aquele turno. Quando disse que o tema abordado seria “interrupção da gestação”, comentou: “Nossa, que bom! É importante você fazer uma pesquisa sobre o tabu da Obstetrícia, focando justamente os cuidadores mais próximos!”

Quando fui ao seu encontro no horário que havíamos agendado, a primeira coisa que disse foi: “Miriam, acabei não resistindo e lendo o termo de consentimento que você entregou pra Lia (entrevista 9). Então meio que já estou sabendo que é pra fazer um desenho e falar dele... Tem algum problema?” Respondi que não haveria problema algum e achei interessante esta comunicação paralela: não foi a primeira vez que aconteceu de uma participante comunicar-se com outra e elas conversarem sobre os encontros comigo. Cogitei se esta “fofoca” estaria acontecendo pelo fato das entrevistas focalizarem o “tabu da Obstetrícia”.

Ângela fez um desenho inteiramente à lápis, em que havia uma pessoa segurando um bebê no colo. Tanto o rosto da pessoa quanto o do bebê pareciam tristes e, acima deles, havia um grande ponto de interrogação.

E agora José!? digo o cuidado do!



Quando pedi para que me contasse uma história associada ao desenho, falou: “Percebo que, quando a mulher perde o bebê, tem um leque de reações a adotar. Algumas mães saem daqui e voltam, em menos de 3 meses, grávidas de novo; outras sofrem tanto que só a idéia de engravidarem novamente já angustia; outras choram bastante; outras não soltam uma lágrima sequer... Não dá pra apontar quem é a mulher que perdeu o bebê. Foi por isso que fiz este ponto de interrogação enorme”.

Passou então a contar a seguinte história: “Teve uma vez que uma mãe que tinha perdido o bebê pediu pra segurar no colo o bebê de outra paciente

que estava internada na enfermaria. Isto causou um choque pra toda equipe e muita gente ficou pensando que ela havia enlouquecido. Só depois que pediram para que voltasse pro quarto que entendi que ela só queria segurar um bebê. Ela sabia que não era o dela, mas queria ver como seria”.

Perguntei em seguida se era esta a paciente que havia desenhado. A participante fitou seu desenho e respondeu: “Não sei... Sabe, na hora que estava fazendo o desenho não pensei em nenhuma paciente especificamente, mas pode ser que seja ela, sim. Aquela imagem dela mal conseguindo andar, chorando e segurando o bebê de outra mãe, foi bem forte para mim...”.

Ângela passou a falar sobre o quanto se impressionava com o instinto materno, observado por ela ao longo de seus anos como enfermeira da obstetrícia. Disse que nunca havia visto um ser humano mais bondoso e altruísta, que se entrega e se dedica, quanto a mãe em relação a seu bebê. Continuou: “Às vezes a gente vê o contrário, também... Hoje mesmo a gente tem aqui na enfermaria uma mãe que tentou abortar e agora o bebê está correndo risco de vida na UTI neonatal. Mesmo se ele ficar bem, ela disse que já decidiu doar pra um casal que não consegue ter filhos. Procuo ver esta situação sem ser preconceituosa, mas é difícil... Dá vontade de falar pra ela dar uma chance pra este bebê; que não pode abandonar uma criança desse jeito...”

Disse à Ângela que ela estava me trazendo o quanto era difícil, como cuidadora, saber como cuidar da paciente: se é ruim ou não querer segurar o bebê de outra? Se é melhor que doe o bebê ou que fique com ela? Disse-lhe que por meio de seus relatos estava falando da dúvida que carregava a

respeito de como cuidar da paciente. Prossegui: “E não é à toa que você fez um ponto de interrogação enorme: são muitas dúvidas, muitas indagações...”

Ângela pareceu animada com a minha fala e, apontando para seu desenho, falou: “Esta aqui, segurando o bebê no colo, não é uma mãe e um bebê. Sou eu, olhando para as minhas pacientes, tentando achar a melhor forma de respeitá-las e ajudá-las!”. Ao final, quando atribuiu um título ao desenho, chamou-o de “E agora, José? Digo, o cuidador”.

Narrativa da entrevista 12: “Flores despetaladas”

Quando perguntei à Zilda se sabia sobre o que iríamos conversar, respondeu: “É sobre as mulheres que provocaram o aborto, não é?” Respondi que, na verdade, o tema era “a mulher que sofreu interrupção da gestação”, mas que poderíamos conversar sobre a gestação interrompida propositadamente, vale dizer, sobre o aborto provocado.

Achei interessante, entretanto, a participante ter pensado que iríamos falar sobre “aborto provocado”. Fiquei pensando no quanto esta confusão tinha a ver com a internação da mulher cuja tentativa de interromper a própria gravidez havia malgrado de modo que seu recém-nascido prematuro corria risco de morte na UTI neonatal. Tratava-se de um caso que evidentemente havia chocado a equipe de maneira geral, pois muitas participantes haviam espontaneamente discorrido sobre ele.

Quando pedi para que fizesse um desenho a partir do tema exposto, Zilda reclamou: “Não sei desenhar. Nunca faço desenhos de pessoas porque desenhar gente é muito difícil...” Propus então que não desenhasse um ser humano e fizesse em seu lugar um desenho mais abstrato. A participante começou a desenhar uma árvore, mas logo a apagou. Acabou desenhando algumas flores.



Quando pedi que me apresentasse seu desenho, esclareceu: “Quis desenhar umas rosas. São as flores que mais gosto. Escolhi desenhar flores porque representam natureza, vida, né? Mas aqui as pétalas estão caindo, porque é assim que vejo a mulher que perdeu o bebê: ela murcha, perde pétalas, perde um pouco de vida...”

Tendo em vista a confusão do início de nossa conversa, perguntei: “Isto você sente em relação à mulher que perdeu espontaneamente o bebê ou em relação à que optou por interromper a gravidez?” A participante respondeu prontamente: “Às duas. Porque a que perdeu o bebê espontaneamente sofre

muito. Murcha de tanta tristeza, como estas flores. Queria tanto um bebê que acaba ficando assim. A outra, que abortou, também acaba ficando murcha: fica se sentindo culpada, tem medo de ser julgada pelos outros...”

Zilda passou a me conta que é mãe de uma menina de 14 anos e sempre que sua filha sai à noite, adverte para que tome cuidado para não engravidar. Disse: “Penso assim: existem tantas formas da gente prevenir gravidez que engravidar sem querer é uma burrice. Não vejo problema algum em não querer engravidar, mas, a partir do momento em que a mulher engravida, é responsável por esta situação e tem que levar adiante. Não pode querer interromper a gravidez e simplesmente acabar com a vida do bebê, que não tem nada a ver com isto...”

Afirmar que notava o quanto ela se mobilizava em relação à mulher que decide abortar a sua gravidez, ao que respondeu: “Mas, na verdade, para mim é mais difícil atender uma paciente que sofreu interrupção espontânea da gestação do que uma que abortou a gravidez. Acho que a tristeza da que perdeu é maior, é mais profunda... Aquela que queria ter abortado se sente mal também, mas no fundo conseguiu o que queria”.

Quando pedi para que atribuísse um título ao seu desenho, nomeou-o de “Vida”. Comentei: “Este título condiz com o que você trouxe neste encontro: você gosta de vida, nascimento, gravidez...” Ela concordou: “Ah, com certeza! Nada de pétalas caindo no chão, para mim!”

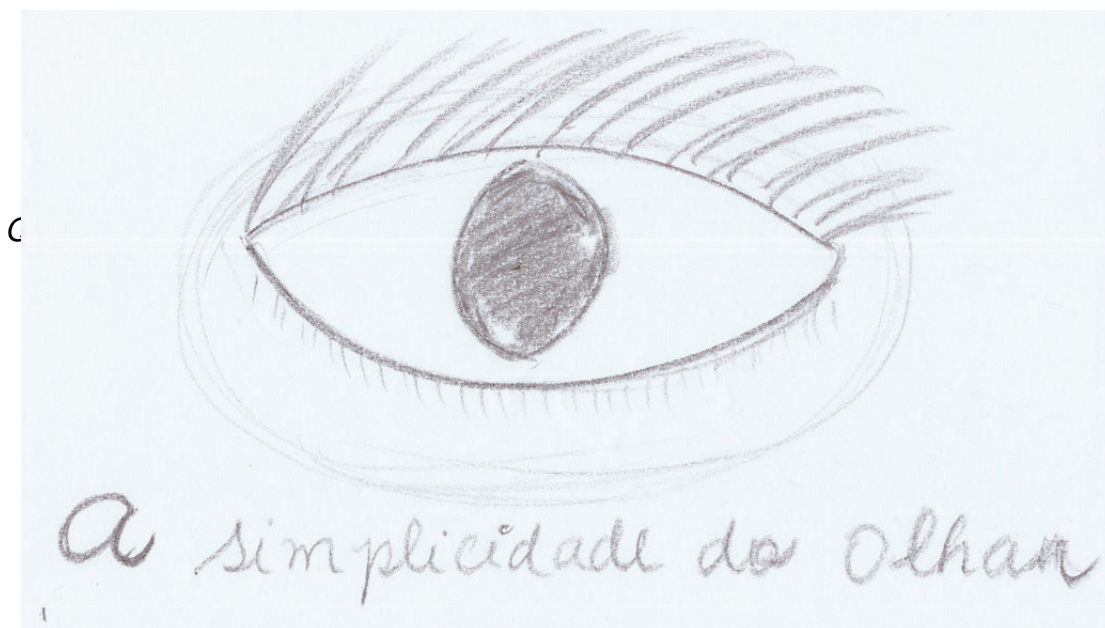
Narrativa da entrevista 13: “Olhos, janela da alma”

Ao entrarmos na sala, Maíra, uma enfermeira do plantão noturno, comentou que naquela noite, especificamente, estava bastante cansada.

Passamos a conversar sobre o quanto a jornada de trabalho da equipe noturna, de 12 horas seguidas, consistia numa carga horária puxada. Quando perguntei se escolhera trabalhar no plantão noturno, respondeu: “Na verdade, não tive muita opção... Já estava formada há dois anos e não estava conseguindo arrumar emprego em lugar nenhum. Daí, como tinha mandado meu currículo ao hospital, me chamaram para uma entrevista para ocupar o cargo da noite. Passei na entrevista e fiquei, né? Mas pretendo, daqui a algum tempo, conseguir um horário melhor pra mim...”

Quando pedi que fizesse um desenho sobre o tema “uma mulher que sofreu interrupção da gestação”, queixou-se: “Nossa, um desenho? Uma colega tinha falado que no encontro vocês tinham conversado sobre um desenho, mas achei que você mostraria uns desenhos para a gente falar o que vê, sabe? Não sabia que era pra fazer um desenho! Nossa...”

Após um minuto de resistência, a participante pegou o giz de cera preto e começou a desenhar. Enquanto fazia, perguntava: “Dá pra você ver o que estou desenhando?” Disse que estava desenhando um olho.



Quando pedi para que me contasse uma história associada ao desenho, falou: “Sou muito observadora e presto muita atenção no olhar das pessoas. Sempre digo que o olhar denuncia se a pessoa está falando a verdade ou se está mentindo. Por exemplo, se estivesse te contando uma mentira, agora, não conseguiria ficar olhando nos seus olhos por tanto tempo, não é mesmo? E eu presto muita atenção no olhar das minhas pacientes: acho que, através dele, dá pra gente ver o quanto aquela mãe está realmente sofrendo ou não com aquela perda, sabe? Tem mulher em que o olhar entrega tanta tristeza que você sabe que aquele bebê era muito querido. E tem mulher que, pelo olhar, dá pra perceber que não queria muito aquela gravidez...”

Acrescentou: “É aquela história de que os olhos são a janela da alma, sabe? Acredito muito nisso. O pessoal daqui da enfermagem fica tirando sarro de mim, dizendo que sou meio sensitiva, mas acho que sou é sensível mesmo... Eu não consigo olhar pra uma paciente e não ter vontade de conhecer um pouco da sua história de vida e quais são os planos que vai seguir... Sinto necessidade de saber o quanto está sofrendo ou não com aquela gestação. O pessoal já é mais do tipo de não querer se envolver, de dizer que tem que separar o lado pessoal do profissional...”

De repente, Máira passou a contar que acreditava que sua sensibilidade devia-se a um episódio que a marcara muito em relação à morte. Contou que, quando estava na metade da faculdade de enfermagem sua mãe descobriu ter insuficiência renal crônica e passou a viver dependendo de hospitais. Chorando, a participante disse: “Minha mãe não morreu, mas perdeu muita vitalidade. Antes, era bastante trabalhadora, dinâmica, alegre... Hoje tem que ir ao hospital quase todo dia. Ela não trabalha mais... Na época, lembro que até

pedi pros meus professores alterarem minha grade de estágios para que não tivesse que fazer estágio em UTI bem no momento que a minha mãe ficou na UTI. Pedi pra ficar em lugares com menos gente morrendo e, no final, acabei ficando em Obstetrícia, né?”

Maíra chorava muito. Disse-lhe que entendia o seu sofrimento e que apesar de ter sobrevivido, aquela mãe forte e indestrutível que até então ela conhecia deixara de ser tão fortaleza. Fiquei imaginando, então, o quanto a vivência da mulher que perdeu o bebê fazia com que a participante revivesse a dor de quase perder sua mãe: em ambas as situações, há a vivência da interrupção da maternidade; há uma figura materna acometida de sofrimento...

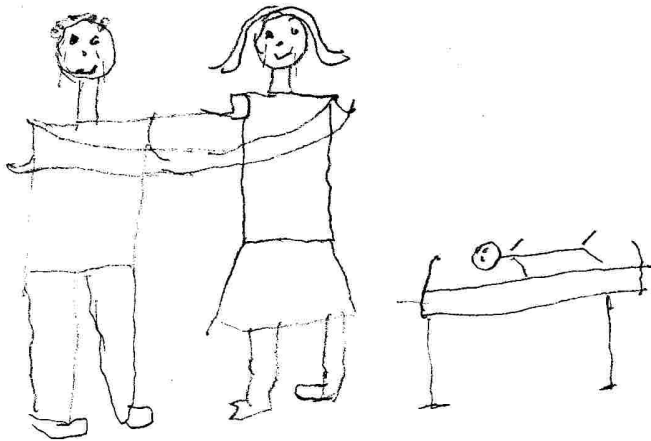
Ao fim, quando Maíra já havia parado de chorar e mostrava-se mais tranqüila, pedi que atribuísse um título ao desenho. Chamou-o de “A simplicidade do olhar”.

Narrativa da entrevista 14: “O abraço”

Meu encontro com Diana ocorreu logo após a entrevista com Maíra. Assim que entrou na sala, perguntei se sabia qual era o motivo de nos encontrarmos, ao que tornou: “Ah, é pra falar sobre as mulheres que perderam os bebês, né?” Assim, pedi para que fizesse um desenho sobre o tema “uma mulher que sofreu interrupção da gestação”.

Diana fez um desenho de um homem e de uma mulher abraçados, com lágrimas escorrendo dos olhos, mas com sorrisos em suas faces. Ao lado deles fez um berço e, dentro dele, o que parecia ser um bebê.

Igualdade de sentimento



Quando pedi para que me contasse uma história a partir do que desenhara, falou: “Desenhei um caso que atendi, há uns seis meses, aqui no hospital. Trabalho há quase 20 anos em Obstetrícia e já vi muitos casos de óbito fetal, né? Já vi muita coisa mesmo... E daí acabei me acostumando, tanto que hoje já não me envolvo e não me emociono com as pacientes que atendo. Aprendi a ser forte. E este caso aqui me marcou, porque foi a primeira vez que vi um homem tão triste, tanto quanto a gestante, pela morte do bebê. Geralmente a gente vê que é a mulher quem sofre mais. Mas neste caso aqui via que os dois estavam sofrendo muito e igualmente: me marcou pela igualdade de sentimentos, sabe?”

Perguntei se havia visto esta cena em que o casal se abraçava. Disse que sim. Então contou que acompanhara este casal até a “geladeira” para que vissem o corpo sem vida do bebê. Falou que quando o casal o viu começou a chorar desesperadamente. Acrescentou: “Lembro que nesta hora pensei em

sair de lá e deixar os dois sozinhos, mas daí eles vieram e me abraçaram e ficamos os três abraçados. Foi estranho...”

Perguntei por que achava estranho o casal tê-la abraçado, ao que respondeu: “Ah, não esperava por isto. Tinha ido lá só para acompanhá-los e não pra ficar abraçando. Eu sou muito profissional e nunca abraço minhas pacientes, choro ou levo estas preocupações pra casa, sabe? Trabalho há bastante tempo e sei lidar muito bem com o sofrimento dos outros”.

Comentei com a participante que, apesar de acreditar que não se envolvia com suas pacientes, havia desenhado um episódio que a mobilizara, que a “abraçara”... Prossegui: “Acho que quando você me diz que se chocou ao ver o pai tão triste quanto a mãe, está contando, também, do quanto se chocou com os seus sentimentos e com a possibilidade de ter ficado tão mobilizada quanto o casal”. Então Diana falou: “É verdade... Meu marido até comentou neste dia que eu parecia estar mais triste. E eu acho que fiquei mesmo...”

Ao final, quando pedi para que atribuísse um título ao seu desenho, chamou-o de “Igualdade de sentimentos”.

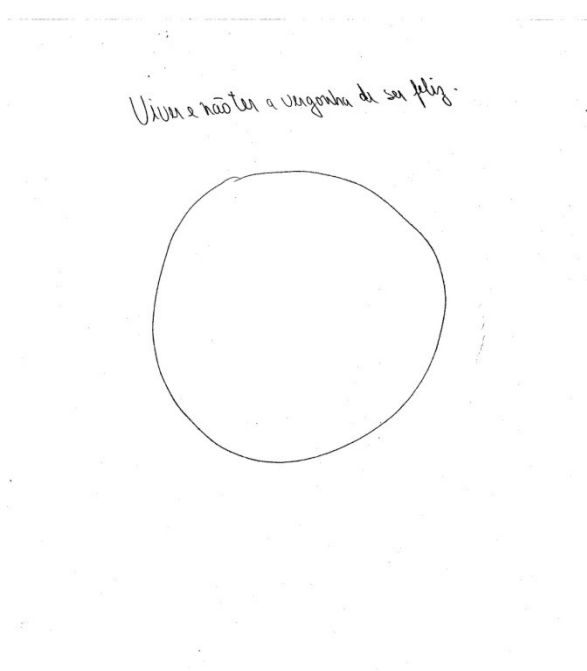
Narrativa da entrevista 15: “O vazio”

Quando Laura entrou na sala, sua primeira fala foi: “A Zilda (entrevista 12) disse que chorou quando conversou com você. Eu disse a ela que achava que não ia chorar, não, mas agora, pensando bem, não sei...” Não consegui entender se esta fala de Laura significava que julgava aquele espaço confiável o suficiente para que pudesse chorar ou se, pelo contrário, considerara aquele encontro ameaçador, no sentido de que a mobilizaria mais do que queria. Em dúvida, disse que esperava que se sentisse à vontade tanto para chorar, se

era isso o que queria, quanto para não chorar, se não quisesse chegar neste ponto.

Notei, todavia, que a participante estava nervosa quando antecipou a minha fala, dizendo que já sabia que iria fazer um desenho, pois conversara com Zilda sobre o que iríamos fazer ali. Senti que precisara se precaver do que aconteceria, em nosso encontro, como se estivesse defendendo-se do desconhecido.

Assim, após refletir um pouco, fez o seguinte desenho:



Quando perguntei o que havia desenhado, respondeu: "Desenhei o vazio. Porque é assim que a mulher que perdeu o bebê deve se sentir. Está vazia nos dois sentidos: no emocional, sente um vazio; fisicamente, está vazia mesmo".

Então a participante falou: "Sabe, já perdi um filho. Faz uns três anos. Ele morreu quando tinha 18 anos porque acabou se envolvendo com uns amigos

ruins, mexendo com coisa errada e foi assassinado. E o que senti não foi uma casa cheia de gente. Senti um vazio mesmo... E sinto até hoje..."

Nessa hora Laura começou a chorar. Peguei minha bolsa e tirei um lençinho de papel. Quando lhe dei o lençinho, falou sorrindo: "Acabei chorando, né?" Disse: "Não tem problema... Parece que você estava precisando chorar e falar sobre o vazio que você vem carregando há três anos, né?"

A participante permaneceu um tempo em silêncio e disse que não conseguia deixar de sentir o tal vazio, embora quisesse melhorar: "Penso no meu filho o tempo todo: no aniversário dele, no natal, no dia que morreu, quando uma mãe perde o bebê, quando meu marido fica doente... O tempo todo sinto este vazio..."

No término do encontro, quando pedi para que intitulasse seu desenho, chamou-o de "Viver e não ter a vergonha de ser feliz". Explicou que gostava muito da letra desta música, que era otimista e passava uma mensagem sobre "seguir em frente".

Narrativa da entrevista 16: "Funeral do bebê"

Logo após entrar na sala, Maria da Graça falou: "Olha, sou meio suspeita para conversar sobre a mulher que perdeu o bebê... Porque perdi o meu... Quer dizer, o filho que perdi não era um bebê; ele já tinha 23 anos. Mas era meu filho e eu o perdi, né?" Assegurei que não haveria nenhum problema por ela já ter vivido a experiência de perder um filho e nós falarmos sobre a mulher que perdeu seu bebê.

Enquanto fazia seu desenho sobre “uma mulher que sofreu interrupção da gestação”, a participante falou: “A Laura (entrevista 15) estava com medo de vir aqui e ficar lembrando do filho que ela perdeu. Mas eu não tenho medo, não... Falo sobre ele normalmente e isto nem me deixa triste, não...”

Maria da Graça desenhou uma mulher e um caixão ao seu lado:



Ao olhar para o desenho fiquei intrigada com a figura da mulher, tanto porque apresentava um leve sorriso no rosto, quanto porque seu cabelo lembrava o da própria participante. A impressão que tive era a de que Maria da Graça havia desenhado a si mesma: uma mulher de cabelos pretos e curtos, que se esforçava para sorrir diante da morte do filho. Mergulhada nestas associações, acabei me traindo e, num determinado momento, acabei chamando a participante de Maria das Dores, em vez de Maria da Graça. Quando cometi o lapso corriji-me imediatamente, sendo que a participante ficou apenas rindo. Mas entendi que esta minha confusão acerca do seu nome

representava, no meu imaginário, o quanto era uma mulher que estava sofrendo dolorosamente... Para mim, ela era “das Dores”, e não “da Graça”...

Quando pedi para que me contasse uma história associada àquilo o que desenhara, a participante falou: “Quis desenhar a mulher indo ao enterro do bebê. É muito comum as pacientes pedirem ou para ver o corpinho do bebê na “geladeira” ou para terem alta temporária para irem ao enterro do filho, sabe? E isto é uma coisa que me marca muito, porque é quando elas vão ver que acabou mesmo...”..

Subitamente, Maria da Graça começou a chorar. Em meio às lágrimas, confessou: “Sabe, não fui ao enterro do meu filho. Eu fiquei lá, no velório, mas na hora do enterro pedi para alguém me levar pra casa. Não ia agüentar ver meu filho sendo enterrado. Eu admiro estas mulheres que pedem pra ver o enterro dos filhos delas... Eu não agüentei...”

Ouvi esta fala da participante e fiquei pensando que desenhara para mim justamente aquilo que não conseguira fazer: ir ao enterro de seu filho. Então ela perguntou, em tom de culpa: “Você acha que foi muito egoísmo meu não querer ver o enterro dele?” Procurei tranqüilizá-la, dizendo ser compreensível que não tivesse conseguido presenciar o enterro do próprio filho e que, naquele momento, havia feito o melhor que pudera.

Após uns segundos em silêncio contemplando seu próprio desenho, Maria da Graça falou: “Eu não enterrei mesmo meu filho. Eu o tenho aqui comigo o tempo todo. Não só porque me lembro dele várias vezes ao dia, mas também porque quando morreu a namorada dele estava grávida. Então tenho hoje uma netinha de seis anos que é a cara dele: e ela gosta de muitas coisas que meu filho gostava. Ele não foi enterrado para mim, neste sentido...”

Ao término, quando pedi para que desse um título ao seu desenho, chamou-o de “Última despedida”.