

PSICOLOGIA CLÍNICA

A maternidade assombrada: crianças (des)encaminhadas?

29.3

PSICOLOGIA CLÍNICA

A maternidade assombrada: crianças (des)encaminhadas?

29.3

PSICOLOGIA CLÍNICA — 29.3, 2017

PUBLICAÇÃO DO DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

EDITORES RESPONSÁVEIS:

Isabel Fortes
Esther Arantes

EDITORES ASSOCIADOS:

Andrea Seixas Magalhães
Felipe Kenji Sudo
Luciana Fontes Pessoa

COMISSÃO EXECUTIVA:

J. Landeira-Fernandez
Isabel Fortes

ASSISTENTES DE EDIÇÃO:

Eduardo Medeiros e *Gyselle Almeida de Araújo Góes*

CONSELHO EDITORIAL:

Alberto Konichechis, Universidade Paris/Descartes (Paris V), Paris, França
Adriana Wagner, UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil
Ana Maria Rudge, UVA, Rio de Janeiro, RJ, Brasil
Cleonice Alves Bosa, UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil
Eduardo João Ribeiro dos Santos, PUC-Rio, Rio de Janeiro, RJ, Portugal
Fernando Urribarri, Universidad de Buenos Aires, Argentina
Ilana Strozenberg, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Jefferson Machado Pinto, UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil
Jurandir Freire Costa, UERJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil
Luiz Augusto M. Celes, UnB, Brasília, Distrito Federal, Brasil
Luiz Eduardo Prado de Oliveira, Université de Bretagne Occidentale,
Brest, Bretagne, França
Maria Consuelo Passos, UNICAP, Recife, PE, Brasil
Maria da Graça Bompassor Borges Dias, UFPE, Recife, PE, Brasil
Marta Gerez Ambertin, Universidade Nacional de Tucumán,
San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina
Nelson da Silva Junior, USP, São Paulo, SP, Brasil
Pierre Berghozi, Université de Paris 8 – Vincennes St Denis,
Paris, Ile-de-France, França
Renato Mezan, PUC-SP, São Paulo, SP, Brasil
Roland Gori, Université Provence-Aix-Marseille 1, Marseille,
Provence, França
Silvia Helena Koller, UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil
Teresa Cristina Carretero, UFF, Niterói, RJ, Brasil

SECRETÁRIAS:

Marcelina Oliveira de Andrade
Vera Lúcia L. da Silva

REVISÃO: *Sandra Regina Felgueiras*

EDITORIAÇÃO ELETRÔNICA: *HG Design Digital Ltda*

Apoio:



Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da PUC-RIO

PSICOLOGIA CLÍNICA. Rio de Janeiro. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.
Centro de Teologia e Ciências Humanas. Departamento de Psicologia. v. 29.3, 2017

CDD.157.9
ISSN: 0103-5665 (impresso)
ISSN: 1980-5438 (online)

MISSÃO DO PERIÓDICO

Divulgar trabalhos originais na área da Psicologia Clínica, contribuindo para a qualidade da pesquisa, da produção de conhecimento e para a consolidação desse campo no Brasil.

LINHA EDITORIAL

A revista *Psicologia Clínica* é uma publicação quadrimestral de trabalhos originais que se enquadrem em alguma das seguintes categorias: relatos de pesquisa, estudos teóricos, revisões críticas da literatura, relatos de experiência profissional, notas técnicas e resenhas na área de Psicologia Clínica.

PERIÓDICO INDEXADO NAS BASES DE DADOS:

NACIONAIS:

INDEX PSI www.bvs-psi.org.br
LILACS/BIREME lilacs.bvsalud.org/
QUALIS (A2) www.periodicos.capes.gov.br

INTERNACIONAIS:

CLASE: www.dgbiblio.unam.mx/clase.html
DOAJ (Suécia) www.doaj.org/doaj
Latindex (México) www.latindex.unam.mx/index.html
PsycINFO www.apa.org/psycinfo/about/covlist.html#P
REDALYC redalyc.uaemex.mx/

HOME PAGE:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_serial&pid=0103-5665

Departamento de Psicologia
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro
Rua Marquês de São Vicente, 225 – Gávea
22453-9000 – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (021) 3527-2109
Fax: (021) 3527-1187
E-mail: psirevista@puc-rio.br

SUMÁRIO

SUMMARY

EDITORIAL 357

SEÇÃO TEMÁTICA

A MATERNIDADE ASSOMBRADA: CRIANÇAS (DES)ENCAMINHADAS? 361

PARRICIDE ET VIOLENCE PSYCHIQUE DANS LA
FAMILLE: LE RAPPORT D'UNE MÈRE

Parricide and psychic violence in the family: a mother tells

Parricidio y violencias psíquicas en la familia: una madre le dice

Florian Houssier

Aurelie Maurin

Marie-Christine Pheulpin

Gilbert Coyer 363

MÃES ADOLESCENTES QUE VIVEM COM O HIV: UMA INVESTIGAÇÃO
QUALITATIVA SOBRE A “CONSTELAÇÃO DA MATERNIDADE”

*Adolescent mothers living with HIV: a qualitative
research about the “Motherhood Constellation”*

*Madres adolescentes que viven con el VIH: una investigación
cualitativa sobre la “Constelación de la Maternidad”*

Margaret Daros Pinto

Gabriela Nunes Maia

Marco Daniel Pereira

Daniela Centenaro Levandowski 381

SEPARAR-SE DA MÃE PARA TORNAR-SE MÃE:

A CRIAÇÃO DO ESPAÇO DE CONCEPÇÃO

Separate from the mother to become a mother:

the creation of the conception space

Separarse de la madre para convertirse en madre:

la creación del espacio de concepción

Livia Mariane de Sousa Schechter

Simone Perelson 403

ACOLHIDA E CUIDADO A CRIANÇAS E FAMÍLIAS EM UM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL INFANTIL

Reception and care of children and families in a child mental health service
Acogida y cuidado a niños y familias en un servicio de salud mental infantil

Vania Bustamante

Rosângela Oliveira

Nattana Brito Rodrigues 429

ENCAMINHAMENTO DE CRIANÇAS PARA ATENDIMENTO PSICOLÓGICO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Children referral for psychological care: an integrative literature review

Niños de referencia para la atención psicológica:

revisión integradora de la literatura

Marina Autuori

Tania Mara Marques Granato 449

SEÇÃO LIVRE

TRAUMA E TESTEMUNHO: UMA LEITURA DE MARYAN

S. MARYAN INSPIRADA EM SÁNDOR FERENCZI

Trauma and testimony: a reading of Maryan S.

Maryan inspired by Sándor Ferenczi

Trauma y testimonio: una lectura de Maryan S.

Maryan inspirada em Sándor Ferenczi

Alan Osmo

Daniel Kupermann 471

O USO DO DESENHO EM TERAPIA DE CASAL

The use of drawings in couple therapy

El uso del dibujo en la terapia de pareja

André Luiz De Biagi-Borges

Emerson Fernando Rasera 495

VIOLÊNCIA CONJUGAL E TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE:

UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Intimate partner violence and personality disorders:

a systematic review of the literature

*Violencia conyugal y trastornos de la personalidad:
una revisión sistemática de la literatura*
Marcela Bianca de Andrade Madalena
Cristofer Batista da Costa
Denise Falcke 519

POR QUE ELES PERMANECEM JUNTOS? CONTRIBUIÇÕES PARA A
PERMANÊNCIA EM RELACIONAMENTOS ÍNTIMOS COM VIOLÊNCIA
*Why do they stay together? Contributions for endurance
in intimate relationships with violence*
*¿Por qué siguen juntos? Contribuciones para la
permanencia en relaciones íntimas con violencia*
Josiane Razera
Denise Falcke 543

RESENHA

COMPREENDENDO E CONSTRUINDO A TERMINALIDADE EM
UTI: OS SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS POR MÉDICOS E FAMILIARES
AO CUIDADO, À FINITUDE, À MORTE E AO MORRER
*Understanding and building terminality in ITU: the meanings
attributed by doctors and family members to care, death and dying*
*Comprender y construir la terminología en UTI: los significados atribuidos
por médicos y familiares al cuidado, a la finitud, a la muerte y al morir*
Claudia Carneiro da Cunha 567

EDITORIAL

O número 29.3 da *Revista Psicologia Clínica* tem como título “A maternidade assombrada: crianças (des)encaminhadas?”. Reúne nove artigos, sendo um deles internacional. A seção temática agrupa trabalhos que apresentam resultados de investigações que contribuem para a problemática da maternidade e da clínica das relações familiares, levantando pontos fundamentais para a psicologia clínica nos tempos atuais.

O artigo que inicia a seção temática, *Parricide et violences psychiques dans la famille: une mère raconte*, dos autores Florian Houssier (Université Paris, Villetaneuse), Aurelie Maurin (Université Paris, Villetaneuse), Marie-Christine Pheulpin (Université Paris, Villetaneuse) e Gilbert Coyer (Université Paris, Villetaneuse), busca compreender, através do relato de uma mãe que teve o ex-marido assassinado pelo filho, a psicopatologia das relações entre pais e filhos e as violências psicológicas que puderam contribuir para essa passagem ao ato, interpretando-o a partir da cumplicidade estabelecida entre mãe e filho.

O segundo artigo, intitulado *Mães adolescentes que vivem com o HIV: uma investigação qualitativa sobre a “Constelação da Maternidade”*, dos autores Daniela Centenaro Levandowski (UFCSPA, Rio Grande do Sul), Marco Daniel Pereira Correio (Universidade de Coimbra, Portugal), Margaret Daros Pinto (Universidade Federal do Rio Grande do Sul) e Gabriela Nunes Maia (UFCSPA, Rio Grande do Sul), reflete sobre a vivência da maternidade adolescente na presença do HIV, tema fundamental para a realidade brasileira e pouco explorado. Nove mães de nível socioeconômico baixo responderam a uma entrevista semiestruturada, cuja análise indicou preocupação com a saúde do bebê e grande desafio para as adolescentes, apesar de seu sentimento positivo frente à maternidade e boa rede de apoio familiar. Ressalta-se a importância do apoio psicológico.

A seguir, temos o trabalho de Lívia Mariane de Sousa Schechter (Universidade Federal do Rio de Janeiro) e Simone Perelson (Universidade Federal do Rio de Janeiro) intitulado *Separar-se da mãe para tornar-se mãe: a criação do espaço de concepção*, que investiga o processo de separação entre mãe e filha relacionado com o desejo de concepção de filhos por parte da filha, desenvolvendo esse tema a partir da relação pré-edípica com a mãe. Discute-se a gravidez como uma oportunidade privilegiada de atualização do processo de separação entre mãe e filha e a construção de um espaço psíquico necessário à concepção.

O quarto artigo da seção temática, *Acolhida e cuidado a crianças e famílias em um serviço de saúde mental infantil* das autoras Vania Bustamante (Universidade Federal da Bahia), Rosângela Oliveira (UNICAMP, São Paulo) e Nattana Brito Rodrigues (Universidade Federal da Bahia) aborda políticas de saúde mental infantil no Sistema Único de Saúde e as contribuições da psicanálise para este campo, a partir de um estudo de caso com frequentadores de um serviço que atende crianças e suas famílias, buscando compreender o processo terapêutico inicial e sua evolução, constatando nesse contexto a importância do fortalecimento dos vínculos familiares.

O quinto artigo da seção temática, *Encaminhamento de crianças para atendimento psicológico: uma revisão integrativa da literatura*, das autoras Marina Autuori (Pontifícia Universidade Católica de Campinas, São Paulo) e Tania Mara Marques Granato (Pontifícia Universidade Católica de Campinas, São Paulo) explora a produção científica atual sobre o encaminhamento de crianças para atendimento psicológico. Para isso, analisa artigos de 2008 a 2015, em periódicos indexados nas bases de dados PePSIC, SciELO Brazil, LILACS, MEDLINE/PubMed, PsycARTICLES (APA), Social Services Abstracts (ProQuest) e Elsevier, para a identificação de motivos para o encaminhamento infantil, perfil da clientela infantil e dos pais e dinamização do atendimento.

O primeiro artigo da seção livre, *Trauma e testemunho: uma leitura de Maryan S. Maryan inspirada em Sándor Ferenczi*, dos autores Alan Osmo (UNICAMP, São Paulo) e Daniel Kupermann (Universidade de São Paulo), explora as ideias de trauma e testemunho a partir de reflexões teóricas de Sándor Ferenczi e da discussão de desenhos do pintor Maryan S. Maryan, feitos durante seu tratamento psicanalítico. A ideia de testemunho, apesar de não ser um conceito propriamente psicanalítico, aponta para a importância da questão da comunicação, que envolve um sujeito que fala e outro(s) que escuta(m), quando do relato de uma experiência traumática.

O segundo artigo da seção livre, *O uso do desenho em terapia de casal* de autoria de André Luiz De Biagi-Borges (Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais) e Emerson Fernando Rasera (Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais), ao tratar da terapia de casal, tradicionalmente restrita aos recursos da linguagem verbal em detrimento de outras formas linguísticas, busca compreender os processos relacionais de construção de sentidos mediante a criação do desenho do casal na clínica. A coleta de dados pelo vídeo-gravação e sua análise possibilitaram a identificação de diferentes usos do desenho como nova linguagem incorporada à usual, pois ensaja a aprendizagem de novos gestos e novos sentidos.

O terceiro artigo da seção livre, *Violência conjugal e transtornos da personalidade: uma revisão sistemática da literatura*, de autoria de Marcela Bianca de Andrade Madalena (UNISINOS, Rio Grande do Sul), Crístopher Batista da Costa (UNISI-

NOS, Rio Grande do Sul) e Denise Falcke (UNISINOS, Rio Grande do Sul), avalia como os transtornos da personalidade são associados à violência conjugal compondo tipologias de agressores. Entre 2009 e 2014 foram selecionados 28 artigos para estudos quantitativos, focando majoritariamente homens perpetradores de violência. Os transtornos prevalentes associados à violência conjugal foram o *borderline* e o antissocial. Poucos estudos investigaram a violência em amostras de homens, mulheres ou casais.

O último artigo da seção livre, *Por que eles permanecem juntos? Contribuições para a permanência em relacionamentos íntimos com violência*, de autoria de Josiane Razera (UNISINOS, Rio Grande do Sul) e Denise Falcke (UNISINOS, Rio Grande do Sul), investiga a violência como um problema de saúde, em vista da longa permanência de muitos casais nesses relacionamentos. Através do estudo de três casais observou-se estratégias de violência física e psicológica nos casais, desencadeadas por discórdia, infidelidade, alcoolismo e questões financeiras. A permanência juntos é combinação de amor e praticidade da convivência, apesar dos danos à saúde e perpetuação da violência.

Isabel Fortes
Esther Arantes

SEÇÃO TEMÁTICA

A maternidade assombrada: crianças (des)encaminhadas?

Parricide et violence psychique dans la famille: le rapport d'une mère

Mães adolescentes que vivem com o HIV: uma investigação
qualitativa sobre a “Constelação da Maternidade”

Separar-se da mãe para tornar-se mãe: a criação do espaço de concepção

Acolhida e cuidado a crianças e famílias em um serviço de saúde mental infantil

Encaminhamento de crianças para atendimento
psicológico: uma revisão integrativa de literatura

PARRICIDE ET VIOLENCE PSYCHIQUE DANS LA FAMILLE: LE RAPPORT D'UNE MÈRE

PARRICIDE AND PSYCHIC VIOLENCE IN THE FAMILY: A MOTHER TELLS

*PARRICIDIO Y VIOLENCIAS PSÍQUICAS EN
LA FAMILIA: UNA MADRE LE DICE*

*Florian Houssier**

*Aurelie Maurin***

*Marie-Christine Pheulpin****

*Gilbert Coyer*****

RESUMÉ

Sur la base du discours d'une mère venue nous consulter, nous reprenons les faits saillants de son récit sur le parricide commis par son fils adolescent sur son ex-mari. À la suite de son discours, nous explorons la psychopathologie du lien parent-enfant pour mettre en évidence la violence psychologique qui aurait pu mener à l'action du fils. Les hypothèses dynamiques qui se dégagent de ce parricide touchent à la complicité mère-fils, au deuil impossible des figures parentales et à la nature incestueuse des liens familiaux.

Mots clés: parricide; violence psychique; famille; mélancolie; l'incestualité.

* Psychologue, psychanalyste, Président du Collège International de l'Adolescence (CILA), Pr de Psychologie clinique et Psychopathologie, Unité Transversale de Recherches: Psychogénèse et Psychopathologie (UTRPP), Université Paris, Villetaneuse, France.

** Psychologue clinicienne, docteure en Sciences de l'éducation, Maitresse de conférences en psychologie et psychopathologie sociale. Université Paris, Villetaneuse, France.

*** Psychologue clinicienne, psychanalyste, Maître de conférences habilitée à diriger des recherches en psychologie clinique et psychopathologie, Université Paris, Villetaneuse, France.

**** Psychologue, anthropologue, docteur en psychologie de l'université Louis Lumière, Lyon 2, maître de conférences en psychologie clinique et pathologique, Université Paris, Villetaneuse, France.

ABSTRACT

Based on the discourse of a mother who came to us for consultation, we take up the highlights of her narrative on the parricide committed by her adolescent son on her exhusband. Following her discourse, we explore the psychopathology of the parent–child bond to highlight the psychological violence which could have led to the son’s action. The dynamic hypotheses that emerge with regard to this parricide touch on mother–son complicity, the impossible mourning of the parental figures and the incestuous nature of familial ties.

Keywords: parricide; psychic violence; family; melancholia; incestuality.

RESUMEN

A partir de las declaraciones de una madre recibida en consulta, reanudamos los puntos salientes de este relato sobre el parricida actuado por el hijo adolescente de ella sobre su ex marido. Siguiendo el hilo de su discurso, exploramos la psicopatología de los lazos padres-niños para destacar las violencias psicológicas que pudieron contribuir este paso al acto. Las hipótesis dinámicas que emergen concerniendo a este parricidio tocan la complicidad madre-hijo, el luto imposible de las figuras paternas o todavía el carácter incestuoso de los lazos familiares.

Palabras clave: parricidio; violencias psíquicas; familia; melancolía; incestualidad.

Introduction

Lorsqu’il est question du meurtre d’un père par son fils (Houssier, 2013), on indique souvent à quel point l’élaboration psychique d’un père œdipien a échoué; F. Marty (1999) considère ainsi qu’il ne peut y avoir de parricide que lorsqu’il n’y a pas de père symbolique que ce soit par son absence ou ses excès. L’absence de père ne pointe pas seulement une défaillance paternelle; elle implique tout autant l’impossibilité pour l’enfant de s’identifier à lui et de faire vivre son imago, impliquant également les relations d’objet précoces avec la mère de l’enfant.

Le constat d’adolescents abusés, physiquement ou sexuellement, parmi les adolescents parricides, est une donnée récurrente (Heide, 1994). Elle comprend pourtant le risque d’une sous-évaluation de la violence psychique intra-familiale et intersubjective, voie que nous empruntons dans cet article. Lorsque la circulation des fantasmes familiaux est prise en considération, elle est associée

à une violence transgénérationnelle dont l'adolescent est à son tour porteur au moment du passage à l'acte (Crespi, & Rigazio-Digilio, 1996). Dans le contexte d'un parricide, nous intercalons la notion d'incestualité entre l'opposition usuelle entre inceste agi et fantasme œdipien; l'incestualité est plus proche d'un inceste non agi que de l'accès aux constructions imaginaires œdipiennes impliquant l'existence d'un tiers substituable; cette notion illustre les interrelations fantasmatiques en jeu dans les liens familiaux.

L'incestualité: agir et faire agir

L'incestualité (ou l'incestuel) est une notion introduite par le psychiatre et psychanalyste français P. C. Racamier, à partir d'observations de patients psychotiques (Racamier, 1980), et étendues à d'autres configurations psychologiques non psychotiques mais présentant des défauts de symbolisation (Racamier, 1989). La relation incestuelle est caractérisée par le même type de liens étroits qu'uniraient deux personnes vivant une relation incestueuse, sans cependant réaliser celle-ci. Elle se présente comme un "fantasme agi", scénarisé, mais sans les propriétés ou les fonctions du fantasme – sans désir ni conflictualité exprimés – sur un ton banalisé emprunt de déni. Pour Racamier, ce déni porte sur la vérité de l'existence de l'inceste, ce qui permet que l'irruption du désir sexuel n'altère pas l'union narcissique fondamentale. Le terme a été étendu pour décrire certains fonctionnements familiaux où règne un "climat incestuel" et où le manque de limites, les confusions d'identités, les intrusions, la paradoxalité, voire les liens d'emprise, sont prégnantes.

Sans pour autant parler d'identification projective, Racamier (1995) crée le terme "d'engrènement" pour expliciter le fonctionnement incestuel familial: l'engrènement est un processus mettant une psyché en prise directe avec celle d'un autre sans qu'une médiation – fantasmatique, relationnelle ou culturelle – puisse intervenir. La particularité de l'engrènement est que ce processus ne relève pas seulement du psychisme; c'est un circuit interactif antipensée relevant de l'articulation agir-faire agir. Dans "Les temps modernes", le personnage de Charlot se retrouve passivé dans le répétitif travail à la chaîne puis dans les rouages d'une immense machine à broyer la psyché, dans un engrenage anti-symbolisant le transformant de sujet en objet manipulable. Cette robotisation qui l'agit le fait ensuite agir de manière irrationnelle dans la rue, où il ne peut pas s'empêcher de visser tout ce qu'il trouve avec une pince dans chaque main, confondant in fine les seins d'une femme avec les boulons d'une machine.

Agir-faire agir s'articule donc avec des fantasmes anti-fantasmes (Racamier, 1995), sur fond d'indifférenciation sujet/objet anti-symbolisant.

Le refus des deuils et autres processus inconscients est au service d'un enchevêtrement narcissique; la séduction narcissique dans le lien mère-bébé provoque une confusion indifférenciatrice qui met à mal la séparation entre le moi maternel puis l'espace psychique familial et celui de l'enfant. Ce que Racamier (1992, p. 64) illustre notamment de la sorte: "Toute psyché à un travail à accomplir: s'il n'est pas accompli par le sujet à qui il revient, ce travail sera porté par d'autres".

Ce qu'il nomme le "transport de travail psychique" implique la contrainte, pour l'enfant, à porter le travail et les souffrances du deuil et de la séparation d'un autre qui les refuse. Ce transport, à long terme s'effectuera par la voie d'un comportement qui est interagi et manipulateur, s'appuyant sur des dilemmes ou des paradoxes (Racamier, 1992, p. 71).

Ce fonctionnement psychique qui agit l'enfant s'instaure en lieu et place de l'espace intermédiaire: la tendance à agir remplace le travail de pensée. Dans cette configuration, ce qui devrait se traiter au sein d'une psyché, va faire l'objet d'un jeu de relations destructeur avec une ou plusieurs autres psychés. Par exemple, lorsque le deuil ne se fait pas dans la psyché du sujet, on va le retrouver ailleurs que dans l'intrapsychique de celui qui "aurait dû" l'éprouver qui a clivé ses éprouvés, les rendant ainsi étrangers à lui-même. Le deuil dénié se caractérise par une cascade d'expulsions. On est dans le domaine mouvant du refus et du déni du deuil, à l'origine de pathologies narcissiques chez l'enfant devenant adolescent. Le deuil et la dépression forment, dans la psyché du sujet, un magma indistinct prêt à l'agir, à l'expulsion, que ce soit sur soi ou son entourage, précise encore Racamier en évoquant la fonction de l'enfant déversoir d'agir.

Le refus de la séparation comme d'un deuil a un effet contaminant d'autant que ce refus transforme le contenu de pensée au point de ne plus être reconnaissable, la perte de sens brouillant les affects comme les jugements.

Il est d'autant plus difficile pour l'enfant de se dégager de cette emprise que le lien est marqué par une séduction narcissique pathologique, sur fond de refus de vivre la douleur psychique.

Les situations incestuelles sur fond de confusion ou de déni des registres symboliques sont donc porteuses de passage à l'acte potentiel; c'est ce que nous explorons à travers le cas de Louis, meurtrier "indirect" de son père.

Méthode

Complicité et indifférenciation des psychés

L'exposé qui suit de trois entretiens de consultation en pratique libérale il y a quelques années avec la mère de Louis appelle quelques remarques préalables; nous n'avons pas accès au discours de Louis, mais nous en entendons certains aspects à travers les propos de sa mère. Si certains commentaires de notre part peuvent paraître affirmatifs ou assertifs, on ne peut qu'envisager une certaine prudence dans l'analyse de discours indirects, ce qui n'empêche pas de proposer des hypothèses par association ou analogie. Il reste néanmoins nécessaire de garder en tête que le matériel sur lequel nous nous appuyons est avant tout, dans un certain écart subjectif avec la parole de cet adolescent, ce que sa mère en dit. Ces précautions rencontrent la difficulté, plus globale, de retranscrire le discours d'un patient. Il ne saurait exister de récit d'entretien clinique objectif dans la rencontre de deux subjectivités, chacun ne pouvant en rendre compte qu'à travers son prisme. Toutes les déformations pour "maquiller" le cas ne changeront rien à ce roc du subjectif, que Freud (1905/1954) avait déjà repéré en son temps à propos du cas d'une adolescente, Dora; cela ne l'empêcha pas de publier un cas d'analyse "accompagnée" à propos du petit Hans (Freud, 1909/1954) qu'il ne reçut jamais tout en écoutant le père du garçon lui en parler.

Cet article écrit à plusieurs est donc l'objet d'une reconstruction de part et d'autre, ne serait-ce que pour préserver une certaine confidentialité propre à l'analyse de cas. Même si un seul clinicien a reçu cette mère, penser dans l'après-coup à plusieurs a fait partie intégrante de notre méthodologie de la recherche.

La présence de cet écart entre discours direct et indirect résonne également avec le crime parricide; quand bien même ce meurtre n'a pas été directement agi par Louis, contrairement à sa complicité reconnue et avérée, il vit ce qui s'est passé comme si c'était lui qui avait porté les coups meurtriers à son père; il ne fait guère de doute qu'il se vit donc comme le principal meurtrier, alors que les coups ont été portés par son complice et non par lui. Nous le verrons, la mère elle-même se sent très concernée par l'idée qu'elle puisse être l'auteure de ce parricide, ce qui psychiquement ne peut être exclu. Nous suivons donc avant tout les traces subjectives de ce meurtre, à partir des actes commis et du discours d'une mère.

Résultats et Discussion

Une mère psychologue

Mme W. est âgée de quarante ans; elle m'indique qu'après avoir lu un de mes articles dans lequel je parlais de la relation père-fils, elle a eu l'idée de venir me voir pour son fils Louis, dix-sept ans, incarcéré pour avoir tué son père, "aidé" par un complice.

Au cours de la première séance, je ne comprends pas ce que veut la mère; je perçois davantage, dans les effets transférentiels produits par la rencontre, un éclat particulier dans le regard – celui de la passion? –, accompagné d'une forme de séduction passant par un mélange de franchise et de douceur. A la fin de la seconde séance, j'entends qu'elle aimerait que son fils change de psychothérapeute et que je puisse aller le voir en détention. J'envisage cette possibilité, tout en continuant à interroger la mère sur le parcours de son fils. Ce dernier a déjà changé de "psy" deux fois en détention, je serais donc le troisième en peu de temps. La mère espère que ça marchera avec moi, mais finit par m'indiquer que si je pouvais faire un courrier en vue du jugement à venir, et montrer ce jour-là que son fils est déjà suivi et qu'il continuera à l'être à sa sortie, alors ce serait au mieux selon l'avocat conseil de la mère. Celle-ci ajoute que de toute façon, Louis ne veut parler qu'à elle, il la considère comme "sa psychologue", la seule qui puisse comprendre pourquoi il a tué son père. En dépit de mon intérêt pour cette situation peu ordinaire, je ressens un mouvement de "recul" intérieur face à une impression de manipulation par la séduction et de chosification dans le sens où hormis elle, les "psy" sont interchangeables.

Ces impressions transférentielles s'articulent avec certains éléments du récit familial livré par la mère. Les parents de Louis ont vingt ans d'écart, le père étant plus âgé, décrit comme déprimé et accaparant son fils. Louis a dormi jusqu'à treize ans dans le lit du père; ayant peur de dormir seul, il a pris cette habitude alors que les parents vivaient encore ensemble. Après la séparation, Louis a vécu plutôt chez son père que chez sa mère sans que la séparation ait fait l'objet d'un arbitrage judiciaire. Lorsque Louis a quinze ans et quelques velléités d'autonomie, le père ne le supporte pas, se mettant régulièrement en colère contre lui, surveillant ses allées et venues, le critiquant régulièrement, ce dont Louis se plaint à sa mère. Il quitte alors le foyer paternel pour aller vivre chez sa mère, qui, contrairement au père, a refait sa vie.

Lors d'un nouvel entretien de consultation, j'interroge l'enfance de Louis; la mère se souvient spontanément qu'elle l'a repoussé à la naissance car elle a été frappée par son apparence, "comme un monstre chevelu et poilu". Elle s'attendait à un enfant lui ressemblant, "un petit ange" précise-t-elle, déjà formé comme un enfant, et pas un nourrisson sortant de son ventre comme un enfant-monstre, un "Alien". Après ce premier temps d'effroi, succède un lien complice, "depuis toujours". Elle revient pourtant sur la petite enfance de Louis pour dire qu'elle haïssait les rejets de son fils, ce vomi sur son chemisier, jusqu'à ses dix-huit mois. Elle voulait sortir, voir du monde, alors que son enfant était touché par diverses maladies "nerveuses", précise-t-elle: de la toux pendant quatre mois, diverses douleurs physiques qui l'inquiétaient alors que le diagnostic était toujours le même: rien à signaler. Son fils voulait capter son attention, de peur qu'elle l'oublie, ne pense plus à lui. Elle peut assumer que leur relation était sans limites, ils parlaient de tout. Elle précise que ce laisser faire éducatif a représenté une sorte de revanche sur son histoire, elle qui a vécu l'éducation de ses parents comme rigide et autoritaire.

Cette relation sans limites est une constante de leur lien: elle est désarçonnée lorsqu'elle apprend que son fils devenu adolescent a volé une montre dans une bijouterie, elle ne sait pas quoi lui dire, avant d'apprendre que c'est à un copain qu'il a volé cette montre.

Un parricide à deux

Louis a préparé cet acte avec son complice, un jeune homme âgé de quelques années de plus que lui, ce dernier envisageant un vol qui leur profiterait. Il admire ce grand frère complice, en qui sans doute il projette et reconnaît, plus que son Idéal du Moi, son propre Moi-Idéal, et chez qui sans doute aussi, sur le fond d'indifférenciation sujet-objet qui le caractérise, il perçoit, dans une identification à l'imgo maternelle, qu'il pourra agir/faire-agir. Louis, lui aurait ainsi confié souhaiter la mort de son père, dans l'idée de le faire mourir pour ne pas le faire souffrir. Dans sa lutte anti-impuissance de ne pouvoir empêcher la souffrance de l'objet (du père), le Moi triomphe de tous les obstacles pour envisager la mort de l'autre comme seul point d'arrêt à la souffrance dont il se sent la cause. En effet, Louis a beau comprendre et savoir de quoi ils parlent lorsque son complice et lui préméditent le meurtre, il ne parvient pas à l'intégrer en termes de prise de conscience et de conséquences, ne voulant pas, selon la mère, décevoir son ami.

Le soir du crime, Louis mange avec son père alors qu'il sait que le meurtre aura lieu quelques heures plus tard; un dernier repas où l'ambiance entre son père et Louis aurait été excellente, son père lui disant qu'il l'aime; sans doute n'est-il pas anodin que cet ultime temps de partage entre Louis et son père se soit scellé au cours d'un repas, c'est à dire dans le registre de l'oralité dont on connaît l'investissement particulier dans les problématiques mélancoliques et maniaques (Neau & Pheulpin, 2013).

Ce n'est que lorsqu'il croise son ami à la suite du meurtre, ce dernier commençant à lui raconter ce qui s'est passé, lorsqu'il évoque la réaction du père, qui a essayé de se défendre alors qu'il était frappé avec un objet contondant que Louis réagit pour lui dire d'arrêter son récit, se mettant à pleurer. Il envoie un texto à son père après le crime, dans l'espoir que celui-ci soit encore en vie. Ce n'est que lorsqu'il apprend que l'enterrement de son père a bien eu lieu alors qu'il est déjà incarcéré, qu'il semble se dégager du clivage et réaliser ce qui s'est passé.

En détention, Louis recherche plutôt la solitude plutôt que les sorties ou activités possibles. Il tente de réviser son Baccalauréat et suit des cours régulièrement. Lors d'une visite de sa mère au parloir, Louis parvient à la convaincre de faire sortir en cachette deux lettres, celle-ci ne sachant pas à qui elles sont destinées. Lorsqu'elle tente de protester quant au rôle complice qu'il lui fait tenir, elle ne pense pas au risque qu'elle prend; elle est surtout angoissée à l'idée qu'on découvre ce forfait et qu'il aille au mitard. La mère transgresse la loi avec son fils, "pour le protéger", justifie-t-elle, me rendant à mon tour complice: en me plaçant devant ce fait accompli, par l'énoncé de cette transgression, la mère m'inclut dans une boucle incestuelle, élément contre-transférentiel me permettant de mieux repérer la problématique familiale.

Lorsque j'interroge l'histoire de Louis, sa mère raconte qu'elle voit un hypnothérapeute pour remonter dans ses souvenirs d'enfance sans avoir à dire ce qu'elle voit. L'idée qui est remontée à la surface cette semaine, c'est que le père de Louis est en fait son beau-père, ce qu'elle a "découvert" alors qu'elle le savait, une redécouverte donc. Frappée par cette "révélation" – il n'a pas tué son père biologique –, elle s'interroge sur cet oubli: au moment où Louis a été conçu, alors qu'elle a vingt et un ans, le couple était instable, Mme W. doutant de ses sentiments envers son mari. Elle avait rencontré un autre homme, un soir, dont elle savait qu'il pouvait être le géniteur de son fils. Le père de Louis n'était pas au courant de ce secret bien gardé.

Lorsqu'elle lui rend visite et lui parle de ce qu'elle vit comme une révélation, il confirme ses sentiments filiaux envers le père qui l'a éduqué, malgré

l'existence de conflits identificatoires. Il s'est toujours vécu comme le sosie de sa mère, physiquement comme psychologiquement.

L'idéalisation s'exprime dans l'idée d'une mère qui saurait le reconforter en une seule phrase, magiquement. Se sentant moins proche de son père, il indique à sa mère qu'il était tout pour son père, l'amour de sa vie, au point d'être systématiquement décevant aux yeux de ce dernier, quoiqu'il fasse.

Au cours du troisième et dernier entretien avec elle, au moment où je commence à mieux repérer le tableau d'ensemble et la nature de la demande, la mère se confie davantage. Il existait de vives tensions entre Louis et son père, autour de l'argent que lui donnait le père et qu'il dépensait sans compter. L'année précédant le crime, il a sa première relation sexuelle avec une jeune fille dont il semblait épris. Il s'attribue la responsabilité de la rupture, au bout de deux mois, à l'origine d'un pic dépressif accompagné d'idées suicidaires. Il pense alors à s'empoisonner, ne souhaitant ni souffrir ni abimer son corps, comme ce qu'il voulait pour son père en toute mélancolie, éviter de le faire souffrir.

La mère associe sur la mort de son père, décédé d'une maladie de l'amiante sans y avoir été exposé, ce qu'elle a toujours trouvé "bizarre". Frappé par sa mort, Louis a idéalisé ce grand-père, disant à sa mère qu'il ne méritait pas de mourir avant son père à lui.

"Il se mettait souvent en hauteur, pour juger et distribuer des bons et mauvais points", commente-t-elle, "et il n'a pas supporté la place prise par son père auprès de ma famille le jour de l'enterrement de son grand-père".

S'identifier jusqu'à se confondre

Associant sur la tendance de son fils à porter des jugements péremptoirs, elle associe sur ce point: lorsque son compagnon actuel et elle entrent en conflit – manifestement Louis en entend tout –, Louis vient la voir ensuite pour lui dire que tout est de sa faute à elle, dressant un portrait dans lequel elle ne se reconnaît pas.

Peu avant le drame, son fils a consulté un psychiatre pendant six mois avant d'interrompre les séances. Au cours de ces six mois, la mère réussit à convaincre le psychiatre de la recevoir parallèlement, le psychiatre acceptant tout en lui disant que c'était inhabituel dans sa pratique, qu'il "ne devrait pas faire ça", à savoir la recevoir et parler à la mère des séances avec son fils. La mère justifie sa démarche en expliquant que son fils est trop immature pour avoir une demande, qu'il n'a pas de demande propre, sous-entendu qu'elle seule peut en avoir pour lui, désubjectivant le désir potentiel de son fils. Cette confusion des places et

des désirs est également présente au moment où Louis est interpellé; elle appelle alors la police pour dire: “Incarcérez-moi, c’est moi!”. Elle s’imagine alors tuer son ex-mari à la place de son fils, et pensant tout haut, énonce: “Je n’aurais pas fait toutes les erreurs que mon fils a faites”. Louis a participé à l’achat de l’objet contondant, il aurait selon elle tout fait pour qu’on puisse le relier à cette histoire, tandis qu’elle, à sa place, se serait protégée en évitant qu’on puisse découvrir tout lien avec elle. C’est dans cette différence de conduite que s’immisce une légère distanciation, ouvrant sur une différenciation mère-fils éventuelle; mais ce fil est bien fragile face à l’intensité de la dépendance mutuelle tendant à la confusion identificatoire, entretenue de longue date.

A sa tante maternelle, Louis a évoqué l’idée d’un suicide familial pour tenter d’expliquer son geste; comme en écho, la mère, au moment où le drame éclate, est convaincue que son fils va l’impliquer dans ce meurtre, ainsi que toute la famille. Elle associe cette idée au fait qu’enfant et adolescent, il la menaçait de la faire enfermer, sa pire crainte à elle, qui se réalisera à travers l’incarcération de son fils. Après être partie en voyage sans pouvoir être jointe, son fils l’accueillit à son retour par un cinglant: “Plus jamais ça”. Le sentiment de perte de liberté est ce contre quoi elle lutte, tout le monde dans son entourage étant persuadé que si on la “gonfle trop”, elle est capable de partir sans jamais revenir, ce qu’elle compare à la personne qui descend acheter un paquet de cigarettes et qui ne revient plus. Elle associe sur la relation très conflictuelle avec son père, qui prenait beaucoup de place dans sa vie, l’appelant tous les jours, l’étouffant de son omniprésence; les termes qu’elle utilise alors sont similaires à ceux qu’elle utilise lorsqu’il est question de la réaction de Louis face à la présence de son père, trop présent auprès de la famille de sa mère: un père est à tuer, dans un lien où la séparation n’est possible que dans le raptus meurtrier. En le tuant, Louis se donne ainsi un sentiment d’existence dont il peut douter, consciemment ou non, et créer ainsi ses propres origines. Tuer le père crée en effet un lien indéfectible entre eux, et des origines “garanties”, dans un fantasme défaisant tout lien biologique.

Confusion et destructivité: psychopathologie du lien parent-enfant

Créer son monde par son suicide

Dans cette situation, la complicité incestuelle mère-fils s’accompagne d’une ambivalence maternelle primaire. La séduction n’est pas seulement maternelle mais fait partie du lien avec le père, laissant apparaître l’image d’un cou-

ple peu différencié. Cette problématique touchant l'indifférenciation psychique provoque le caractère insupportable de l'absence maternelle, en écho avec le fantasme de meurtre du lien énoncé par la mère: elle pourrait bien sortir acheter un paquet de cigarettes et ne plus jamais revenir. L'identification flottante ou partielle de la mère envers son fils connaît son envers: lorsqu'elle veut prendre sa place en tant que coupable du meurtre parricide, elle nie à la fois la différence entre son fils et elle, sur un mode narcissique sacrificiel, et, à travers le fantasme du crime potentiellement parfait, la réalité du meurtre.

Confusion et séduction narcissique semblent à l'œuvre. Le sentiment de culpabilité par rapport à l'acte commis semble comme absent de cette séquence "à ciel ouvert", sans la qualité de refoulement qui pourrait accompagner ce sentiment. La fragilité du père de Louis menace l'intégration de son image, sur fond de plainte de la mère vis-à-vis de son propre père; elle induirait le meurtre de son ex-mari, un autre père, en même temps qu'elle expulse par procuration via le bras de son fils ses désirs infanticides: la vie de son fils est sacrifiée. Tuer son père revient, dans ce contexte marqué par une intense proximité dans le lien, à supprimer la séduction homosexuelle que Louis prête à son père. Cette séduction n'est ni "réelle" ni fantasmatique, elle est les deux à la fois, et donc ne peut être considérée comme une seule projection. Elle semble porteuse d'une double représentation, d'un père trop maternel et d'un père qui n'a jamais fait le deuil de son ex-femme, certains éléments, comme le fait pour un père et son fils de partager le même lit, pouvant renvoyer à la projection de l'image de la femme-mère sur son fils. Ces fantasmes s'opposent à la désensualisation nécessaire du lien aux figures parentales à l'adolescence (Houssier, 2012).

Sur ce versant objectal, dans le lien à l'autre parent, la problématique incestueuse alimente la haine parricide. Le surgissement du crime semble également lié à la fragilité narcissique ressentie par Louis, notamment lorsqu'il se sent isolé et lorsque les enjeux incestueux se substituent à l'étayage narcissique parental. Une cruelle déception, dit-on parfois: pour Louis, décevoir son père qui l'idéalise de façon quasi-tyrannique devient une source de persécution, entraînant la cruauté en miroir d'un crime violent.

L'absence de distance psychique entre Louis et, chacun à sa façon, sa mère comme son père, provoque une tentative de solution par l'externalisation du conflit, à défaut de pouvoir engager un travail psychique de différenciation/personnalisation; celui-ci aurait rendu possible l'introjection d'une image paternelle sans avoir besoin d'un passage à l'acte meurtrier. Ce qui revient à proposer que le meurtre est aussi une tentative d'introjection d'une figure restée jusque-là externalisée; le meurtre fige cette image paternelle en devenant,

à la façon d'un ver solitaire, un dévorateur de l'intérieur, une image fixe (pré-formalisée) rongant désormais Louis pour le reste de ses jours.

Sous l'angle du processus d'adolescence, tout en restant collé à l'objet maternel, Louis tue pour colmater toute angoisse provoquée par le travail de renoncement aux objets incestueux, hétérosexuel comme homosexuel; il évite ainsi l'effondrement potentiellement psychotique que ce travail psychique et la perspective de son échec auraient pu engendrer.

Le meurtre est pris dans les enjeux d'indifférenciation, à la façon d'un déni partagé entre mère et fils favorisant l'agissement d'un mandat transgénérationnel. Cette hypothèse pourrait être dépliée ainsi: Louis aurait en effet agi par procuration (Chagnon, 2010) la haine de la mère envers son propre père. Ce mandat résulte du dépôt des identifications projectives parentales qui font retour, notamment à l'adolescence, et dont le scénario primaire éclate lors du passage à l'acte. Lorsque Louis évoque l'injustice d'un grand-père décédé avant son père, ne choisit-il pas l'un contre l'autre sans envisager que les deux puissent survivre au même moment à ses fantasmes meurtriers? Le clivage opère ici au service d'une confusion générationnelle, Louis ne percevant pas l'ordre générationnel habituel en termes de disparition des vivants. L'acte est la mémoire du clivage peu figuré, la scène actuelle faisant écho à l'histoire des relations précoces du sujet, au-delà de laquelle se reprend l'organisation familiale transgénérationnelle.

Détruire avec acharnement l'objet, ici le père, est une vaine tentative de croire en son effacement possible; ce fantasme s'articule avec son envers, tuer pour prolonger indéfiniment la vie de l'être éperdument aimé, comme si Louis était mû par un fantasme d'engendrement de son père et de ses origines.

Tuer dans la famille touche ses origines, ce que Lacan (1948) commentera en considérant que le parricide est une façon de constituer son monde par son suicide. La fréquence de scénarios suicidaires, imaginés ou réalisés avant ou à la suite du parricide, ne manque pas d'interroger cette dimension. Là où l'appareil psychique échoue dans la possibilité de faire travailler le conflit traumatique ou non représenté, le sujet répond par le passage à l'acte, qui peut être retourné contre soi dans l'impulsion suicidaire ou ses équivalents.

Impersonnalisation et mélancolie: un pousse au crime?

La situation de Louis nous évoque la distinction établie par Winnicott (1994) entre violence et tendance antisociale. En ce qui concerne les adolescents délinquants, qu'il différencie des sujets exprimant par le délit une

tendance antisociale, ceux-ci ont été confrontés précocement à une relation cruelle et destructrice avec la mère, qui n'a pas permis d'intégrer leur propre destructivité, sous peine d'un empiètement de la part de l'environnement. Ainsi, le sentiment d'être soi et de vivre une continuité d'existence sont rompus, provoquant des états de dissociation à l'œuvre dans le passage à l'acte violent.

L'utilisation de la violence comme moyen de continuer à se sentir réel indique le risque encouru lorsque l'appel de détresse n'a pas été entendu ni la déprivation reprise et réparée. L'enfant ou l'adolescent peut alors être envahi par une excitation déliée, soit coûteuse en terme d'énergie pour la contrer – inhibition, repli, dépersonnalisation –, soit amenant à une régression plus franche à travers le passage à l'acte, franchissement à but de décharge qui fait prédominer l'investissement de quantités aux détriments de l'apport de sens, la sensorialité et l'investissement du corps physique aux détriments de la sphère somato-psychique et de ses effets de liaison psychique.

L'acte antisocial cherche à ce que l'environnement lui dise "non", non pas pour le punir, mais pour créer en lui un sentiment de sécurité en le rassurant sur la survie de l'objet quant sa destructivité. Il s'agit de rétablir un contrôle venu d'en dehors de lui par l'attaque de la société. Ce n'est pas donc pas seulement les parents qui doivent survivre à la destructivité, interne comme externe, de l'enfant puis de l'adolescent, mais l'ensemble de l'environnement, qui inclut l'environnement social par déplacement. A ce titre, Winnicott établit une distinction entre la survie de l'objet – l'objet garde toutes ses caractéristiques – et la réaction de l'objet, qui a été atteint par la destructivité du sujet. Lorsque l'objet a survécu, cela signifie: qu'il n'y a pas ou peu de destruction; le sujet (bébé) prend conscience d'un objet qui a été investi; dans le fantasme, l'objet a été détruit, blessé, endommagé ou provoqué. Ce processus aboutit au fait que la destruction d'un objet qui survit, qui n'a pas réagi ou disparu, conduit à son usage.

La délinquance comme forme d'espoir implique un signe adressé à la mère au moment où celle-ci est vécue comme un objet différencié. Ce signe à valeur de signal aurait pu être interprété par la mère comme un appel, et donne toutes ses racines relationnelles au recours à l'acte (Houssier, 2008). Lorsque cet appel réitéré n'est pas entendu, le passage à l'acte prend le relais; il renvoie davantage à un objet non ou mal différencié, à une dépression dépersonnalisante et mélancoliforme au sein de laquelle l'adolescent est dominé par ses tendances destructrices. Alors incapable de sentir la réalité des choses, il ne lui reste plus que la violence pour se sentir réel.

Et, pour reprendre la proposition de Winnicott, si les tentatives de communication par les actes ne sont pas entendues, la déception accentue le désespoir et la dépersonnalisation, l'impersonnalisation source de violence pourrait-on ajouter; en effet, les mouvements de dépersonnalisation à l'adolescence peuvent s'inscrire dans un processus d'appropriation du nouveau corps génital sans relever d'un quelconque diagnostic psychopathologique. Pour éviter toute confusion terminologique, nous utilisons le vocable "impersonnalisation" pour mieux signifier la déliaison des pulsions convoquant une froideur, une tendance au repli mélancoliforme et une crainte d'être "transparent", la lutte contre l'indifférence s'accompagnant d'une désaffection des liens. Ici, cette forme de communication par l'acte transgressif a échoué (le vol de la montre par exemple); elle finit par ne plus tendre vers le lien à l'objet, provoquant une rage narcissique sans limites.

La violence et la crudité des actes signent la perte de tout espoir liée aux souffrances agonistiques, ce que Freud (1932/1984) a ouvert sur le versant du relâchement objectal dans la mélancolie. Le passage à l'acte renvoie à une tonalité mélancolique liée au désespoir qui s'articule avec l'absence de l'objet, une rencontre ratée avec l'objet prise dans les rets du narcissisme primaire. L'omniprésence maternelle constitue l'envers de ce relâchement objectal: lorsqu'un adolescent est "empli" de l'objet maternel, la différenciation entre ses désirs et ceux de sa mère est rendue caduque. Comme le proposait sous un autre angle A. Aichhorn lorsqu'il évoquait les souffrances carenciales des adolescents délinquants (Houssier & Marty, 2009), l'absence et l'excès d'attention et de soins maternels ou parentaux produisent un effet comparable en termes de sentiment de détresse et d'impersonnalisation.

En l'absence d'une réponse suffisamment bonne, la violence devient la seule réaction possible face à un environnement – ici dans le lien au père notamment – vécu comme un persécuteur interne, sur un versant paranoïde. L'absence de réponses suffisamment bonnes à introjecter émerge comme autant de blessures narcissiques élargissant la brèche du clivage existant, ou encore comme une accumulation de microtraumatismes qui explose dans la violence déliée et radicale du passage à l'acte.

La réalité de la violence, via le passage à l'acte, semble inéluctable pour maintenir la continuité du self. Elle signe la perte de la capacité à maintenir l'espoir d'un lien sécurisé face à la destructivité, touchant le passage d'une dépressivité élaborable à une mélancolisation du lien à l'adolescence.

Conclusion

Un enfant est chosifié

Que ce soit dans la théorie de la séduction généralisée (Laplanche, 1987) ou à travers le travail sur les identifications d'A. de Mijolla (1986) par exemple, une idée reste: dans les configurations les plus pathologiques, l'enfant est un support privilégié des fantasmes inconscients et des projections parentales; le narcissisme parental, tendant à réduire l'enfant à ses désirs, joue alors un rôle essentiel dans le sens où il oblitère la part de l'enfant qui ne lui appartient pas (Houssier, Duchet., Robert, Chagnon, & Marty, 2011).

Un parent tout-puissant empêchant toute différenciation agit comme une sorte de vampire: il aspire les potentialités de son enfant pour se nourrir de l'ivresse du pouvoir qu'il en retire; dans le lien, il anime un fantasme cannibalique par assimilation de la psyché de l'enfant. Confondre et nier sont les deux enjeux antagonistes au mouvement de reconnaissance de l'enfant en tant que sujet. Le meurtre est pris dans les enjeux de différenciation, toute tentative d'exister pour soi étant vécue comme une agression narcissique pour le parent. De façon plus indirecte, le parent peut rendre possible, voire animer, la réalisation d'un désir meurtrier.

Cet empiètement potentiel sur l'altérité au service de l'individuation est d'autant plus violent qu'il agit, souvent sans mots, sur un sujet en cours de construction subjective et de fait plus fragile dans sa capacité à transformer ces éléments non ou peu psychisés. La répétition à travers les générations donne un caractère aliénant et traumatique à ces fantasmes qui, à la façon d'une identification projetée dans la psyché de l'enfant, agit ce dernier de l'intérieur; sur fond de confusion identificatoire, l'enfant s'en trouve envahi, aliéné, colonisé. L'enfant est inclus dans le fonctionnement narcissique parental, dans une scène familiale sexualisée dont il ne peut s'extirper sans mettre à mal son sentiment d'identité; comme un cheval de Troie, cette zone indifférenciée entre parent et enfant participe aux impasses subjectives quant à la possibilité de se dégager des identifications parentales, travail qui se joue notamment au moment de l'adolescence.

Le fonctionnement familial inclut alors un lien d'interdépendance sur fond de confusion des corps et d'indifférenciation psyché-soma. Ce fantasme de corps commun s'accompagne de représentations incestueuses s'articulant au déni partagé, dans un espace psychique commun et sans limites. Le caractère

incestuel d'une famille n'est pas seulement anti-œdipien; il tue "dans l'œuf" toute possibilité d'altérité continue, non partielle quant aux objets internes. La transgression de ce tabou sur la confusion des êtres est remplacée par l'interdit de connaître la vérité sur les origines. Et, comme le souligne J.-P. Caillot (1997), l'incestuel passant par un acte meurtrier est à la fois un mouvement empêchant tout deuil des liens originaires et tout vécu d'angoisse catastrophique de séparation. Le renoncement à l'union narcissique passe par l'intériorisation de ses origines, de son engendrement marquant la différence des générations; le meurtre apparaît parfois comme une tentative, après nombre de secrets ou de cryptes maintenus en l'état, de "faire origine". Il surgit aussi comme le retournement d'un lien d'emprise incestuel, équivalent d'un meurtre de la psyché de l'enfant.

D'une façon plus globale, le meurtre signe aussi une violence intérieure, renvoyant à un paradoxe propre à la vie de tout être humain condensé par la question posée par P. Jeammet et M. Corcos (2001, p. 30): "Comment être soi-même, si pour être soi, il faut à la fois être comme l'autre et se différencier de l'autre?".

Références

- Caillot, J.-P. (1997). L'incestuel meurtrier. *Groupal*, 3, 17-25.
- Chagnon, J.-Y. (2010). Peut-on tuer (violer) par procuration? Traumatisme et transmission transgénérationnelle. *L'évolution Psychiatrique*, 75(1), 45-59.
- Crespi, T. D., & Rigazio-DiGilio, S. A. (1996). Adolescent homicide and family pathology: implications for research and treatment with adolescents. *Adolescence*, 122(31), 353-367.
- De Mijolla, A. (1986). *Les visiteurs du moi. Fantômes d'identification*, Paris: Les Belles Lettres.
- Freud, S. (1954). Fragment d'une analyse d'hystérie. In Freud, S. [Auteur], *Cinq psychanalyses*. Paris: P.U.F. (Original publié en 1905)
- Freud, S. (1954). Analyse d'une phobie chez un petit garçon de 5 ans. Le petit Hans. In Freud, S. [Auteur], *Cinq psychanalyses*. Paris: P.U.F. (Original publié en 1909)
- Freud, S. (1984). *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*. Paris: Gallimard. (Original publié en 1932)
- Heide, K. M. (1994). Evidence of child maltreatment among adolescent parricide offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 38(2), 151-162.
- Houssier, F. (2008). Transgression et recours à l'acte à l'adolescence: une forme agie d'appel à l'objet. *Annales Médico-Psychologiques*, 166(9), 711-716.
- Houssier, F. (2012). Vœux parricides et fantasmes de dévoration. De la désidérialisation du père à l'adolescence. *Psychiatrie de l'enfant*, 55(2), 563-579.
- Houssier, F. (2013). *Meurtres dans la famille*. Paris: Dunod.

- Houssier, F., & Marty, F. (2009). Drawing on psychoanalytic pedagogy: the influence of August Aichhorn on the psychotherapy of adolescents. *The Psychoanalytic Quarterly*, 78(4), 1091-1108.
- Houssier, F., Duchet, C., Robert, P., Chagnon, J.-Y., & Marty, F. (2011). A skin on fire: the link between thermal metaphors and early trauma in a case of pedophilia. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 75(1), 46-63.
- Jeamment, P., & Corcos, M. (2001). *Evolution des problématiques à l'adolescence*. Paris: Doin.
- Lacan, J. (1948). L'agressivité en psychanalyse. *Revue Française de Psychanalyse*, 12(2), 367-388.
- Laplanche, J. (1987). *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Marty, F. (1999). *Filiation, parricide et psychose à l'adolescence*. Ramontville Saint-Agne: Erès.
- Neau, F., & Pheulpin M.-C. (2013). Parole maniaque et mot d'esprit: remarques sur l'esprit maniaque. *Psychologie clinique et projective*, 19, 185-205.
- Racamier, P. (1980). *Les schizophrènes*. Paris: Payot.
- Racamier, P. (1989). *Antoedipe et ses destins*. Paris: Apsygée.
- Racamier P. (1992). *Le génie des origines*. Paris: Payot.
- Racamier, P. (1995). *L'inceste et l'incestuel*. Paris: Editions du Collège de Psychanalyse Groupale et Familiale.
- Winnicott, D. W. (1994). *Déprivation et délinquance*. Paris: Payot.

Recebido em 11 de julho de 2016

Aceito para publicação em 17 de setembro de 2017

MÃES ADOLESCENTES QUE VIVEM COM O HIV: UMA INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA SOBRE A “CONSTELAÇÃO DA MATERNIDADE”

ADOLESCENT MOTHERS LIVING WITH HIV: A QUALITATIVE RESEARCH ABOUT THE “MOTHERHOOD CONSTELLATION”

MADRES ADOLESCENTES QUE VIVEN CON EL VIH: UNA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA SOBRE LA “CONSTELACIÓN DE LA MATERNIDAD”

*Margaret Daros Pinto**

*Gabriela Nunes Maia***

*Marco Daniel Pereira****

*Daniela Centenaro Levandowski*****

RESUMO

A vivência da maternidade adolescente na presença do HIV ainda é um tema pouco explorado na literatura científica. O presente estudo buscou examinar, entre mães adolescentes HIV+, os temas referentes à Constelação da Maternidade (Stern, 1997): *Vida e crescimento, Relacionar-se primário, Matriz de apoio e Reorganização da identidade*. Nove mães (16 a 21 anos), de nível socioeconômico baixo, contatadas em serviços de saúde de Porto Alegre, responderam uma entrevista semiestruturada. A análise de conteúdo qualitativa das entrevistadas indicou preocupação com a saúde do bebê, medo de infectá-lo e ansiedade frente à possibilidade de diagnóstico positivo para HIV. A presença do HIV mostrou-se um grande desafio para as adolescentes, embora tenham descrito um sentimento po-

* Especialista em Infância e Família: Avaliação, Prevenção e Intervenção pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Instituto de Psicologia, Porto Alegre, RS, Brasil.

** Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UFCSPA, Porto Alegre, RS, Brasil.

*** Pesquisador da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, UC, Coimbra, Portugal.

**** Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde e do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UFCSPA, Porto Alegre, RS, Brasil.

sitivo frente à maternidade. Verificou-se a constituição de uma boa rede de apoio familiar, que auxiliou as jovens no cuidado do bebê. O tema *Vida e crescimento* destacou-se, pois sentimentos de proteção à criança pareceram intensificados nas participantes, pela possibilidade de transmissão vertical do HIV desde a gestação. Ressalta-se a importância de apoio psicológico para mães jovens HIV+ durante a gestação e primeiros meses do bebê.

Palavras-chave: gravidez na adolescência; relação mãe-bebê; HIV/aids; Constelação da Maternidade.

ABSTRACT

The experience of adolescent motherhood in the presence of HIV infection is still a topic poorly addressed in the scientific literature. The aim of the present study was to examine, among adolescent HIV+ mothers, the themes of the Motherhood Constellation proposed by Stern (1977): *Life-growth, Primary relatedness, Support matrix and Identity reorganization*. Nine HIV+ mothers (aged from 16 to 21 years) participated in the study. They were recruited from public health services in Porto Alegre, RS, Brazil, and were all of low socioeconomic status. A semi-structured interview was carried out and a qualitative content analysis was performed. This analysis demonstrated the mothers' concern about their babies' health, fear of infect them and anxiety about the possible positive diagnosis for HIV. The presence of HIV infection was verified to be a great challenge to adolescent mothers, although they also described positive feelings related to motherhood. It was also found a good social support network, especially family support, which helped these mothers to be responsible by babies' care. The *Life-growth* theme was emphasized, because maternal feelings of children protection seemed intensified among these young mothers, due to the possibility of vertical transmission of HIV since pregnancy. These results highlight the relevance of providing psychological support for HIV+ mothers during the pregnancy and the first months of a baby's life.

Keywords: adolescent pregnancy; mother-baby relationship; HIV/AIDS; Motherhood Constellation.

RESUMEN

La experiencia de la maternidad adolescente en la presencia del VIH es un tema poco explorado en la literatura científica. El objetivo fue examinar, entre madres adolescentes VIH+, los temas relacionados con la constelación de la

maternidad (Stern, 1997): *Vida y crecimiento, Relacionarse primario, Red de apoyo y Reorganización de la identidad*. El estudio incluyó nueve madres (16-21 años), de nivel socioeconómico bajo, contactadas en servicios de salud de Porto Alegre/RS, Brasil. Ellas respondieron a una entrevista semi-estructurada. La análisis de contenido realizada ha indicado preocupación de las madres con la salud del bebé, miedo a infectarlo y ansiedad ante la posibilidad de diagnóstico positivo para el VIH. La presencia del VIH resultó ser un gran reto para las adolescentes, a pesar de describieren sentimientos positivos relacionados con la maternidad. Se ha observado la creación de una buena red de apoyo social, sobretudo familiar, lo que ayudó a las madres a responsabilizarse por el cuidado del bebé. Lo tema más destacado fue Vida y crecimiento, ya que los sentimientos de protección hacia los niños parecieron intensificarse en estas madres, por la posibilidad de transmisión vertical del VIH desde el embarazo. Esos resultados destacan la importancia del apoyo psicológico a las madres VIH+ durante el embarazo y los primeros meses de vida del bebé.

Palabras clave: embarazo en la adolescencia; relación madre-hijo; VIH/SIDA; constelación de la maternidad.

Introdução

A adolescência é uma etapa de intensas mudanças físicas, psicológicas e sociais. Pode ser considerada um período de vulnerabilidade, em especial na esfera sexual (Davim, Germano, Menezes, & Carlos, 2009), pois a imaturidade dos adolescentes faz com que adotem comportamentos de risco, como o sexo sem proteção, o que repercute em um crescente número de gestações e de contaminação por doenças sexualmente transmissíveis (Hercowitz, 2002). No Brasil, em 2014, aproximadamente 18% dos bebês nascidos vivos eram filhos de mães jovens de 15 a 19 anos (Brasil, IBGE, 2014). Também segundo dados do Boletim Epidemiológico DST/AIDS e Hepatites Virais (Brasil, Ministério da Saúde, 2014a), a faixa etária mais afetada pelo HIV é aquela compreendida entre 19 e 24 anos, especialmente as mulheres.

A presença do HIV durante a gravidez e a maternidade pode ter repercussões importantes para a mãe e o bebê. Estudo realizado por Ingram e Hutchinson (2000) indicou que as mães que tinham descoberto o HIV durante a gestação lembravam esse fato como algo especialmente difícil. Nessa perspecti-

va, Ethier et al. (2002) advertiram para a necessidade de identificação dos riscos psicossociais, depressão e desordens somáticas (Kwalombota, 2002), envolvidos no diagnóstico de infecção pelo HIV/aids durante o período gestacional. Contudo, o período da gestação, envolto em complexas tarefas psicológicas e readaptação na rotina e nos papéis familiares (Leite, Rodrigues, Sousa, Melo, & Fialho, 2014) torna-se muitas vezes o momento de descoberta e tratamento do HIV.

A literatura científica ainda é escassa no que tange à investigação da experiência da gravidez e da maternidade na presença do HIV. Estudos brasileiros indicaram que a maternidade permanece numa posição idealizada, sendo colocada como prioridade frente à infecção (por ex., Carvalho, & Piccinini, 2006). A maternidade fortalece o desejo dessas mulheres de continuar vivendo para cuidar dos filhos, promovendo, indiretamente, o seu autocuidado (Castro, 2001). Desse modo, verifica-se que a gravidez na presença dessa condição clínica pode possibilitar um reposicionamento diante da doença (Vescovi, Pereira, & Levandowski, 2014). Outro aspecto é a presença de sentimentos de culpa e medo nessas mulheres, que podem indicar um sofrimento psíquico importante (Carvalho, & Piccinini, 2006; Gonçalves, 2007). Segundo Carvalho e Piccinini, essa culpa está associada ao medo de transmissão vertical do HIV e, em consequência, da morte do bebê. De fato, existe essa possibilidade de transmissão do vírus da mãe para o bebê por ocasião da gestação, no parto ou durante a amamentação (Brasil, Ministério da Saúde, 2014b). Tais sentimentos contradizem a concepção idealizada da maternidade (Carvalho, & Piccinini, 2006).

A partir da descoberta do HIV, o parto passa a ser uma fonte de intensa preocupação. É comum um aumento da tensão e do medo nessas mães, por ser esse um momento crucial para evitar a infecção da criança (Carvalho, & Piccinini, 2006). O período após o nascimento também fica permeado pela incerteza frente ao diagnóstico do filho e pela necessidade de retomar/iniciar o próprio tratamento antirretroviral. Somado a isso, a presença do HIV contraindica a amamentação (Brasil, Ministério da Saúde, 2010), situação que se mostra paradoxal para as mães. Ao mesmo tempo que a mulher se vê impedida para o aleitamento, ela sabe da sua importância para o desenvolvimento da criança e o relacionamento mãe-filho (Faria, & Piccinini, 2010). Assim, o impedimento da amamentação pode influir na experiência de maternidade.

Diante do exposto, percebe-se que a sobreposição da maternidade e do HIV exige uma importante reorganização psíquica dessas mulheres. Contudo, a partir de consulta à literatura, poucos estudos são localizados sobre o tema, especialmente no âmbito brasileiro. Constata-se a necessidade de novos estu-

dos, em especial sobre a perspectiva subjetiva da mãe jovem HIV+, devido às repercussões dessa condição clínica e da maternidade na adolescência para a jovem e a relação a ser estabelecida com o bebê.

Uma perspectiva teórica útil para o estudo desses aspectos é a Constelação da Maternidade (CM), postulada por Stern (1997) a partir de estudos clínicos com pais e bebês. Esse termo serve para denominar o conjunto de transformações vividas pela mulher durante a gravidez. Conforme o autor, com o nascimento do bebê, a mãe passa por um profundo realinhamento psíquico, tendo em vista a necessidade de adaptações frente aos seus novos papéis. Essa nova situação implica na reelaboração de vários esquemas a respeito de si mesma, do bebê, do companheiro e também de sua família.

Para Stern (1997), essa constelação determina os comportamentos, sentimentos, sensibilidades, fantasias, medos e desejos maternos. De duração temporária, a CM se torna o eixo organizador dominante da vida psíquica da mulher, colocando de lado os organizadores anteriores (por exemplo, o complexo edípico). Caracteriza-se por uma trilogia de preocupações e discursos diferentes, que estão relacionados entre si e que acontecem interna e externamente: discurso da mãe com sua própria mãe, discurso da mãe consigo mesma e discurso da mãe com seu bebê. A partir dessa trilogia, Stern (1997) destacou quatro temas centrais: *Vida e crescimento*, *Relacionar-se primário*, *Matriz de apoio* e *Reorganização da identidade*. Segundo esse autor, o tema *Vida e crescimento* envolve a questão de a mãe se sentir capaz de propiciar a continuidade do desenvolvimento e do crescimento físico do bebê. Quanto ao tema *Relacionar-se primário*, refere-se à competência de se envolver emocionalmente com o bebê e de reconhecimento do bebê como seu filho. O terceiro tema (*Matriz de apoio*) corresponde à necessidade da mãe de criar e permitir uma rede de apoio protetora, para que ela possa promover o desenvolvimento físico e psíquico do bebê. Por fim, o tema *Reorganização da identidade* inclui a necessidade da mãe de transformar e reorganizar a sua identidade para assumir o novo papel materno.

Diante do panorama apresentado, associando-se a maternidade precoce à presença de uma condição de saúde como o HIV, uma questão importante que se coloca é relativa às alterações psicológicas induzidas pela gestação e nascimento de um bebê nesse contexto. Assim, o presente estudo objetivou examinar, entre mães adolescentes que vivem com o HIV, os temas centrais referentes à CM proposta por Stern (1997).

Método

Participantes

Participaram do estudo nove mães adolescentes (com idades entre 16 e 21 anos), que receberam diagnóstico de soropositividade para HIV na gestação/parto, residentes em Porto Alegre e região. Seus bebês tinham entre quatro e seis meses de vida no momento do estudo e apenas uma não era primípara. Nenhuma das jovens frequentava a escola e somente uma estava trabalhando. Quatro jovens identificaram-se como solteiras, embora três delas mantivessem relacionamento amoroso com o pai biológico do bebê. Outras cinco jovens se identificaram como casadas com o pai biológico do bebê.

As jovens foram recrutadas em serviços públicos especializados no atendimento a HIV/aids de Porto Alegre (Serviço de Atenção Especializada do Centro de Saúde Vila dos Comerciantes, Hospital-Dia do Setor de Infectologia do Hospital Fêmeina e Hospital Cristo Redentor) e integraram o projeto *“Avaliação e intervenção com mães adolescentes soropositivas: Focalizando a saúde mental, a adesão ao tratamento e a relação com o bebê”* (Levandowski, Castoldi, Canavarro, & Pereira, 2010), que recebeu financiamento do CNPq e da FAPERGS para a sua execução.

Delineamento, Procedimentos, Instrumentos e Considerações éticas

No presente estudo, utilizou-se delineamento qualitativo exploratório-descritivo (Gil, 2010). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFCSPA (Protocolo 10-617), da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (Protocolo 001.021424.10.1) e do Grupo Hospitalar Conceição (Protocolo 10-170).

No primeiro contato com as jovens nos serviços de saúde, era explicado o objetivo e o funcionamento da pesquisa. A inclusão no estudo dependia dos seguintes critérios: 13 a 21 anos de idade, descoberta do HIV durante a gestação ou parto e, preferencialmente, primiparidade. Os bebês deveriam ter entre 3 e 9 meses. Havendo adequação aos critérios e concordância para a participação, firmada por assinatura da jovem e um responsável no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em um novo encontro, no próprio serviço, iniciava-se a primeira etapa da coleta de dados (20 min), na qual se preenchia uma *Ficha de contato inicial* (NU-DIF, 2003) e uma *Ficha de dados sociodemográficos* (NU-DIF, 2008). Na sequência

eram aplicados individualmente instrumentos para a avaliação da saúde mental materna. Ao final, a jovem era convidada a colaborar na segunda etapa do estudo.

Nessa segunda fase (40 min), era realizada, também nos serviços de saúde, a *Entrevista sobre maternidade na adolescência em situação de infecção pelo HIV*, gravada em áudio e posteriormente transcrita. O roteiro dessa entrevista semiestruturada foi baseado em Carvalho e Piccinini (2006) e Piccinini et al. (2008) e buscava investigar as expectativas e a vivência da maternidade, as percepções sobre a relação com o bebê, o parceiro e os familiares, questões relativas à descoberta e ao tratamento do HIV, assim como as repercussões dessa condição nas atividades diárias e na gestação e maternidade.

A participação no estudo foi gratuita e as jovens tiveram a liberdade de interrompê-la a qualquer momento, sem prejuízo ao atendimento recebido nos serviços. Em caso de identificação de dificuldade emocional, foi feito um encaminhamento para o setor de Psicologia desses locais.

Análise de dados

Realizou-se análise qualitativa do conteúdo das entrevistas (Laville, & Dionne, 1999), com base no modelo fechado. As categorias temáticas foram os quatro eixos temáticos propostos por Stern (1997) na CM (Vida e crescimento, Relacionar-se primário, Matriz de apoio e Reorganização da identidade). Assim, foram feitas leituras exaustivas das entrevistas, buscando alocar trechos das falas das participantes em cada uma dessas categorias. O processo foi feito de forma independente pela primeira e quarta autoras e eventuais discordâncias foram discutidas entre elas. Após, foram interpretadas as informações coletadas com base nos postulados de Stern e outros autores.

Resultados e Discussão

Os resultados, conforme os eixos temáticos referidos, estão ilustrados com falas das participantes. Buscou-se examinar como se manifestaram, nos discursos de mães jovens que descobriram a infecção pelo HIV durante a gestação ou parto, os temas (tarefas subjetivas) da CM.

Vida e crescimento

Foram evidenciados medos, tais como de que o bebê morresse, parasse de respirar, não comesse, caísse e se machucasse ou de que não viesse a se desenvolver adequadamente. Percebeu-se o medo das mães de não serem suficientemente protetoras. Considerando-se os seus discursos, verifica-se que essas preocupações quanto à saúde geral do bebê, incluídos também os cuidados (redobrados), estavam bastante relacionados à presença do HIV.

Quanto à saúde geral do bebê, as mães relataram apreensões, que geraram medos e incertezas: “Ah, ela já foi para o hospital porque ela estava com febre só, e fiquei com medo, porque me disseram que todo sinal de febre é infecção” (M2); “Só teve catapora. Mas quando ela fica doente, fico muito preocupada” (M3). Nos relatos também se notou uma preocupação com a integridade do bebê, medo de que caísse e se machucasse: “De alguém chegar perto dele e machucar ele, qualquer coisinha” (M8); “Preocupação que eu acho que é normal de mãe... ele já caiu! Que às vezes eu tô dormindo e ele acorda e vai engatinhando, eu tenho medo de ele cair” (M9).

Entretanto, também se destacaram diferentes aspectos permeados pela presença do HIV. Um tema proeminente foi o impacto da descoberta do HIV durante a gestação sobre a sustentação da vida do bebê. Assim, uma das mães relatou ter ficado nervosa e com medo de morrer: “Porque foi na gravidez que eu descobri que eu era soropositiva... Então eu fiquei muito nervosa que eu não conhecia nada sobre a doença, achei assim que fosse a minha pena de morte” (M5).

A impossibilidade da amamentação gerou sentimentos de tristeza, frustração e medo, especialmente frente à possibilidade de o bebê não se desenvolver bem, tanto fisicamente como emocionalmente: “Às vezes eu olho umas crianças que mamam ao nascer bem miudinhas, menores que ele, então eu pensava que ia influenciar no tamanho, no desenvolvimento dele” (M1); “Me incomoda muito, pois a vontade que eu mais tinha era de amamentar e não posso. Se eu não tivesse HIV, iria ser muito diferente!” (M3); “Eu me sinto muito mal! Muito mal. Que nem eu sempre digo: eu sou mãe, mas eu não sou uma mãe completa. Porque falta, falta alguma coisa” (M6).

Entretanto, essas preocupações pareceram ter sido amenizadas no momento da coleta de dados, já que as participantes mencionaram também aspectos positivos em relação ao desenvolvimento e saúde do bebê: peso e tamanho adequados, ser esperto e não ter dificuldades na alimentação. Diante disso, evidenciou-se um sentimento de satisfação: “Super bem, até ele passa o tamanho e o peso sempre, desde o início. Bem saudável, esperto. Dorme a noite toda” (M1); “Está bem boa, come de tudo” (M3); “Ótimo! Desde que ele nasceu, só levei ele no hospital uma vez, que

ele tava chorando muito, só que eram gases, cólica, só. Ele tá crescendo bem rápido, forte...” (M5).

Um sentimento de “indiferença” frente à impossibilidade de amamentação também foi identificado, no sentido de ausência de relatos de frustração diante dessa impossibilidade. Tal sentimento pareceu embasado na sensação de proteção do bebê frente à possibilidade de transmissão vertical: “Ah, eu não fiquei triste [por não amamentar]. Eu achei melhor não amamentar ela no peito do que tentar fazer e isso fazer mal para ela” (M2).

A busca de alternativas frente à impossibilidade de amamentação também foi evidenciada: “Ah, ele toma mamá, come papinha, toma suco, água bastante. Almoça e janta, come frutas” (M1). Contudo, foram verificados sentimentos de insegurança e dúvida frente à saúde do bebê diante de algumas dessas alternativas: “Mas também não gosto que a minha vizinha dê leite para ela [risos]. Eu prefiro dar de mamadeira para ela. Eu sei que ela não tem AIDS, mas vai saber se não pega outra doença...” (M2). Apenas uma mãe manifestou sua preocupação quanto à dificuldade da filha para tomar o leite em pó: “Ah, ela tá tomando o Nestogen, mas ela nunca quer tomar muito, aí eu tô dando também leite de caixinha com Mucilon, eu intercalo” (M7).

Mesmo diante dos cuidados tomados, emergiu nos discursos das participantes uma preocupação com a transmissão vertical desde o momento da descoberta do HIV. Foram identificados sentimentos de ansiedade, pânico e medo, denotando o quanto essa possibilidade representava uma ameaça para elas em relação à saúde e à vida dos filhos: “A maior preocupação era transmitir o vírus para ele. Ele é só um bebê, coitadinho. Só pensei no meu filho, né, que é o mais importante” (M1); “Só em questão da saúde. Só se ela ficasse positiva” (M3); “Sim, várias [preocupações]. Logo depois que eu descobri a doença, [preocupação] de passar para o meu filho. Foi a principal de todas. Quando ele [médico] me falou, a primeira coisa que eu pensei foi no meu filho” (M6).

Em sua maioria, as mães expressaram apreensão e expectativa quanto aos resultados dos exames já realizados para a detecção da carga viral do bebê: “Sim, é esse exame que ele já fez. HIV eles não fazem, porque certamente vai dar positivo, porque ele tem meus anticorpos, não que ele esteja [infectado], até ele ir eliminando todos os meus anticorpos, vai aparecer o HIV. Um aninho e meio para ver se vai ter ou não ter” (M1); “Já [fez exame de carga viral]. Deu negativo. Os três! Só falta um” (M3); “Acho que a cada mês que aumenta é um exame de sangue novo para ver se não veio nada, né. Eu fiz exames, mas por enquanto não deu nada” (M5).

As mães jovens mencionaram estar acompanhando os seus filhos em atendimento pediátrico especializado: “Ele faz [acompanhamento] aqui no hospital, mas é só até um ano” (M9), embora essa não tenha sido a situação encontrada na totali-

dade dos casos, já que também se observou ausência de exames e acompanhamento na rede básica de saúde: “Não, ele [pediatra] não é especialista. Ainda não. Era para eu vir marcar hoje” (M2).

Contudo, mesmo sem acompanhamento especializado, todas as mães relataram ter feito ou ainda estar fazendo o tratamento profilático dos bebês para o HIV: “O xaropinho de AZT, por 42 dias” (M1); “Ainda tá tomando uns remedinhos. Tomara que dê certo...” (M5); “Ele tomou um xaropinho até os três/quatro meses mais ou menos e daí depois ele fez os exames, deu tudo negativo” (M9).

As mães também falaram sobre as eventuais repercussões do HIV nos cuidados diários do bebê. Embora em geral não percebessem diferenças, algumas particularidades foram destacadas, no sentido de um maior cuidado: “Eu só tenho mais cuidados em algumas coisas, como eu não gosto que cheguem animais perto nele, e eu já sou chata ao natural com ele” (M1).

Em relação ao eixo temático *Vida e crescimento* foram observados comportamentos e atitudes que caracterizam essas jovens mães como um grupo que merece atenção psicológica. Embora os sentimentos e preocupações por elas referidos façam parte da CM (Stern, 1997), foi constatada uma intensificação das preocupações sobre a saúde do bebê, com referência a sentimentos de pânico, angústia, ansiedade e medo, assim como superproteção e cuidados por vezes excessivos, bem como sentimentos de incapacidade de ser uma boa mãe.

A maternidade, por si só, envolve diversas responsabilidades e acarreta profundas mudanças psicológicas, sociais e familiares (Maldonado, 2000). O amor, o cuidado e a adaptação a um bebê recém-nascido, bem como a responsabilidade, são aspectos que constituem o papel de mãe e, muitas vezes, tornam-se estressantes para as mulheres, sobretudo para as primíparas (Rappaport, & Piccinini, 2011). Para as mães do presente estudo, tal papel iniciou-se de forma antecipada, ainda na adolescência. Assim, tais tarefas e adaptações se somaram à necessidade de lidar com outras condições simultâneas: a adolescência e a presença do HIV. Assim, diferentemente dos achados de Kwalombota (2002), a condição clínica das participantes do presente estudo acarretou algumas singularidades na vivência da maternidade.

Na literatura, constata-se a presença de sentimentos de culpa e medo em mães HIV+, que conduzem a experiências psicológicas negativas (Carvalho, & Piccinini, 2006; Gonçalves, 2007). Segundo Carvalho e Piccinini (2006), esse comportamento refere-se à culpa por colocar o filho em risco e o medo de infectá-lo e, em consequência disso, ele vir a falecer, aspectos também referidos pelas mães jovens entrevistadas neste estudo.

Contudo, destaca-se a boa adesão das mães jovens ao tratamento de saúde do bebê, representada pela realização de consulta com médicos especialistas, bem como

pelo seguimento do tratamento profilático, com administração de medicamentos para a prevenção da transmissão vertical. Esses fatos identificam o cuidado dispensado pelas jovens a seus filhos durante a gravidez e após, fato também observado em mães adultas HIV+ (Carvalho, & Piccinini, 2006; Gonçalves, 2007). Entretanto, mesmo com esses cuidados, as mães ainda mostravam preocupação com a possibilidade de transmissão vertical, sentindo-se inseguras quanto ao diagnóstico do bebê. Pesquisas têm destacado tal preocupação em gestantes adultas HIV+ (Carvalho, & Piccinini, 2006; Moura, & Praça, 2006). Desse modo, os receios relativos à sobrevivência e à integridade física dos bebês parecem estar associados (e serem reforçados) à incerteza sobre a sua real condição clínica.

Outro aspecto emocionalmente impactante para as mães foi a impossibilidade de amamentação. Nos relatos foi notável o seu sofrimento, verificado por sentimentos de tristeza, frustração e até preocupação de que o filho não pudesse se desenvolver adequadamente. Várias mães referiram incompletude da maternidade e receio em relação à qualidade do vínculo estabelecido com o bebê, achado que concorda com a literatura sobre mães adultas HIV+ (Carvalho, & Piccinini, 2006), a qual destaca a culpa frente a esse impeditivo (Moreno, Rea, & Felipe, 2006).

Considerando os achados, percebe-se que a possibilidade de transmissão vertical gera um cenário de muita ansiedade e medo para as mães jovens, muito embora a realização do pré-natal e a observação das recomendações para a prevenção do vírus possam reduzir significativamente tal risco (Brasil, Ministério da Saúde, 2014b). Essas preocupações causam uma ameaça importante para as mães quando da descoberta da infecção e do conhecimento da sua gravidade (Ingram, & Hutchinson, 2000), acarretando um impacto psicológico (Azevedo, 2004; Kwambota, 2002). Assim, embora as diversas preocupações relativas ao tema Vida e crescimento, referidas por Stern (1997), façam parte da transição para a maternidade, a descoberta do HIV parece tê-las intensificado, reforçando o temor frente à impossibilidade de sustentação da vida do bebê e da própria vida. Isso indica que a presença do HIV promove cuidados e também impõe riscos para a dupla mãe-bebê.

Relacionar-se primário

Foram identificados relatos de cuidado adequado do bebê nos primeiros meses de vida e o estabelecimento de uma relação afetiva harmoniosa com ele por meio de referências a sentimentos de amor, à realização de brincadeiras e à ausência de momentos de afastamento mãe-bebê.

Nos discursos, foram salientados aspectos positivos referentes ao relacionamento com o bebê, com destaque para sentimentos de amor e cuidado: “Eu acho

que eu sou uma boa mãe, até por eu poder fazer tudo para agradar ele, tudo que ele precisa, até demais às vezes” (M1); “Eu acho que sou uma boa mãe. Ah, mas também eu acho que eu mimo ela demais” (M2).

As participantes também mencionaram as brincadeiras realizadas com o bebê, parecendo estabelecer uma interação sensível e recíproca com seus filhos: “Brinco toda hora” (M1); “Ah, eu converso com ele! Se ele faz ‘ahhh’, eu faço ‘ahhh’” (M5); “Brinco bastante” (M7). Outro aspecto que indica um sentimento positivo na relação com o bebê foi a ausência de momentos de separação até o momento da coleta de dados: “Eu não fico longe dele, é muito difícil. Aonde eu vou, ele vai comigo” (M8). Nos casos em que isso já havia acontecido, foi possível verificar uma dificuldade das mães de se afastarem temporariamente de seus filhos: “Ah, não fico muito [longe do bebê]. Muito difícil ficar longe dele” (M9). Para as jovens mães, o afastamento/separação do bebê despertava sentimentos de falta e saudade: “Eu sinto muita falta dela, porque, quando eu estou com ela, é isso aqui o dia inteiro [bebê faz gracinha]” (M3); “Sinto [falta do bebê]. Aí, quando chega em casa... é aquela festa, né! Aquela bagunça toda!” (M6). Além disso, separar-se do bebê significava ter que deixá-lo aos cuidados de outra pessoa, e compartilhar o cuidado do bebê se mostrou uma situação difícil para algumas mães: “Sou uma mãe preocupada... Meio chata, não é com qualquer um que eu deixo ele, que eu deixo pegar” (M9). “O [pai do bebê] diz que é pra eu largar ele mais, porque eu não deixo ele fazer nada. Não deixo ele sozinho nunca” (M8).

Assim, quanto ao tema *Relacionar-se primário*, os relatos das mães jovens revelaram aspectos positivos do envolvimento e do cuidado do bebê, bem como da relação estabelecida com ele. De fato, ao mencionarem “faço de tudo por ele”, “brinco muito com ele”, “sou super mãe”, as mães demonstram o estabelecimento de um vínculo positivo, revelando a sua aceitação e preocupação com os cuidados do bebê (Winnicott, 1956/2000).

A entrada dessas mães em uma nova organização psíquica (Stern, 1997) ficou evidente nas entrevistas, já que as jovens demonstraram ter desenvolvido responsabilidade, ao se envolverem nas tarefas de cuidado do filho e se adaptarem às necessidades dele, e vinculação ao bebê, ao nutrirem por ele sentimentos de amor e preocupação. Assim, apesar de jovens, elas demonstraram a capacidade de enfrentar uma gravidez em um contexto de risco. Nessa direção, também no estudo de Wesley et al. (2000), em que foram investigadas adultas HIV+ norte-americanas com filhos de até 2 anos de idade, foram observados sentimentos positivos frente à maternidade, que promoveu um novo sentido à vida.

Particularmente quanto à dificuldade das mães jovens de se afastarem do bebê, devido a sentimentos de falta e saudade, essa se mostra comum às mães em

geral (Lopes, Alfaya, Machado, & Piccinini, 2005). O receio de deixar o bebê aos cuidados de outras pessoas poderia caracterizar uma sensibilidade emocional da mãe, resultante da sua intensa identificação com o bebê (Stern, 1997; Winnicot, 1956/2000). Contudo, no caso do presente estudo, tal dificuldade se mostrou exacerbada devido à presença do HIV. Muitas vezes essa condição não é conhecida pela família, o que impede a jovem de falar abertamente sobre os cuidados de saúde necessários para o bebê, despertando receio frente à separação. Tal situação decorre não somente da culpa por uma provável transmissão do vírus ao filho, mas também pode ser agravada pela impossibilidade de ajuda frente ao tratamento do HIV e o cuidado do bebê. Assim, percebe-se que a presença do HIV impõe algumas particularidades no relacionamento das jovens com seus bebês e sua família.

Matriz de apoio

Em sua maioria, os relatos das adolescentes indicaram o apoio da família: ajuda para cuidar do bebê, aceitação, preocupação, diálogo e maior proximidade após a gravidez, gerando sentimentos de satisfação. Contudo, também foram observados relatos de apoio mais restrito ou mesmo insatisfatório, o que gerou ressentimento nas participantes.

Referente ao apoio recebido, as falas das jovens mães demonstraram maior união e proximidade, maior e melhor convivência após a gravidez e o nascimento do bebê, bem como cuidado dos familiares para com elas e o bebê: “Mudou para melhor. É, a gente ficou mais unido, mais do que já era. Sim, ela [a mãe] está sempre ligando, ou eu ligo para ela” (M1); “Melhorou 100%. [risos] Já melhorou durante a gravidez e depois que ele nasceu... Melhorou ainda mais” (M6).

Quanto às pessoas que compõem a matriz de apoio, as participantes indicaram diferentes membros da família, demonstrando receber auxílio para com o cuidado do bebê e sentindo-se realizadas e satisfeitas com o auxílio recebido: “Ajuda [avó]. Ela cuida dela quando precisa. Ela que me dá passagem para eu vir, para pegar [medicamentos]” (M2); “Ajuda [com o bebê]. Se eles vão na minha casa e eu to muito atarefada eles vão lá fazem mamadeira, trocam a fralda, dão banho nele” (M8); “Minha mãe fica com ele às vezes, até dorme com ele às vezes. Ajuda bastante” (M9).

Somente uma mãe dentre as participantes pareceu não sentir segurança frente à ajuda recebida para o cuidado do bebê: “Eu prefiro deixar ele na minha mãe, porque lá não tem nada, só ele e a minha mãe. Eu saio e to toda hora ligando pra ela” (M8). Relatos de uma ajuda mais restrita dos familiares para o cuidado do bebê também foram observados, embora as jovens tenham demonstrado compreensão

frente a essa situação: “Mais ou menos. Eu acho que a responsabilidade é minha e do pai dele. Vô e vô têm que dar presente, porque, se fosse para sustentar, seria fácil ter filho né?” (M1); “Hum, sim! De vez em quando sim, quando a minha mãe não trabalha, ela vai ali em casa... É, hoje eles tão com ela, mas os dois trabalham, então não têm muito tempo” (M4).

Os achados relativos ao tema Matriz de apoio indicam que todas as mães jovens referiram a importância da constituição de uma rede de apoio, principalmente por familiares e companheiro, para o cuidado do bebê desde o nascimento. Esse aspecto concorda com estudos anteriores, realizados com gestantes e mães adolescentes do sul do Brasil, que indicam parceiro e familiares como as principais fontes de apoio (Levandowski, Barth, Munhós, Rödde, & Wendland, 2012).

Na literatura, é referida a importância da rede de apoio, sobretudo para as mães primíparas, por ficarem mais vulneráveis, em virtude das muitas dúvidas que emergem relacionadas aos cuidados do bebê (Stern, 1997; Winnicott, 1956/2000). Sem a constituição dessa rede, as mães podem sentir-se desamparadas, inseguras e até mesmo incapazes de lidar com seus filhos. Evidenciou-se, no presente estudo, de forma geral, a constituição de uma matriz de apoio efetiva, a partir de mudanças no relacionamento familiar promovidas pela gestação e nascimento do bebê, com maior proximidade e diálogo entre a jovem e seus familiares, o que também já foi encontrado em estudos com adolescentes, quer na ausência (Levandowski et al., 2012), quer na presença do HIV (Hill, Maman, Groves, & Moodley, 2015). Essa matriz de apoio adequada culminou com a satisfação frente ao apoio recebido.

Reorganização da identidade

Evidenciou-se nas jovens sentimentos de alegria e completude frente à maternidade, apesar do reconhecimento da responsabilidade e do estresse que envolve o cuidado de um filho. Elas fizeram referência a planos futuros, mostrando a apropriação da identidade materna, mas sem desconsiderar projetos pessoais. Já no que tange aos modelos parentais das participantes e suas vivências como filhas, verificou-se tanto relações familiares negativas quanto positivas.

Quanto à identidade, foi possível perceber, nos relatos das mães jovens, mudanças expressivas em suas vidas, associadas à maternidade:

“Melhorou tudo, porque antes dela nascer, tipo, eu era bem superficial. Tudo o que todo mundo via, eu rindo, brincando, não era real, porque em casa eu não ria, não brincava, não era nada do que eu era na rua. Agora eu não consigo ficar sem rir, é só eu olhar para ela que eu já começo a rir, brincar com ela. Mudou bastante” (M2).

“É bem cansativa. É uma rotina totalmente diferente de trabalhar, estudar, que é o que eu fazia antes. É bem puxada. A gente achava ruim trabalhar e estudar o dia inteiro e agora ser mãe é o dobro! [risos]” (M4).

Além disso, as mães jovens relataram expectativas a respeito do futuro, mencionando planos pessoais e profissionais: “Eu desejo criar meu filho, tô louca para levar ele pela primeira vez no colégio. Trabalhar, ser formada em cabeleireira e manicure, eu acho que eu posso conseguir alguma coisa com isso e... Não desistir, porque de HIV ninguém morre” (M5); “Quero estudar, meu sonho é ser bióloga” (M7); “Ter minha própria casa pra não depender de ninguém, trabalhar pra sustentar ele. Quero começar a trabalhar pra ter condições de cuidar dele sozinha” (M8).

Em relação às vivências como filhas, foram relatadas relações pouco próximas, conflituosas e até mesmo instáveis com a mãe e/ou pai, o que muitas vezes resultou em abandono: “Antes da gravidez [a relação] era bem boa, melhor com meu pai do que com a minha mãe. Mas aí meu pai traiu minha mãe e foi embora, aí eu fiquei com mais amizade com minha mãe” (M2); “Era boa e ao mesmo tempo era ruim. Tudo era motivo de eles me reclamar e brigar” (M3). Por outro lado, emergiram alguns relatos de uma relação tranquila e harmônica que sofreu influência da passagem da adolescência, com discussões e brigas mais frequentes entre as jovens e seus familiares: “Então, dos meus 13 aos 15 anos, em que eu era chata. Ficava discutindo com a minha mãe” (M1); “Sempre normal [a relação com os pais]. Adolescente, às vezes brigando” (M9).

Como se pode perceber, quanto ao tema Reorganização da identidade, as jovens mães HIV+ demonstraram vivenciar esse processo de forma semelhante a mulheres adultas na transição para a maternidade (Stern, 1997). A maioria das mães jovens definiu-se como boa mãe, preocupada e dedicada aos cuidados de seus bebês. Também se destacaram sentimentos de realização e satisfação com a maternidade, já referidos em outros estudos com mães adolescentes (por ex., Farias, & Moré, 2012; Levandowski et al., 2008), inclusive na presença de soropositividade para o HIV (por ex., Vescovi et al., 2014).

Contudo, esses achados contrastam com o predomínio de relatos de dificuldades na relação com pais, principalmente com a mãe, antes da gravidez. Assim, supõe-se que as participantes podem ter tido outros modelos parentais nos quais estavam pautando o seu modo de ser mãe e de viver a maternidade. Além disso, essa diferenciação entre o vivido como filha e o vivido como mãe pode ter sido promovida pelo momento de vida em que se encontram, que pressupõe justamente uma diferenciação e individuação em relação aos próprios pais (Blos, 1996). Da mesma forma, situações de conflito e discussão na relação das entrevistadas com seus pais são característica comum nesse processo de reedições e separação-individuação da ado-

lescência (Monteiro, Gonçalves, Refosco, & Macedo, 2012), o que poderia indicar que o relacionamento entre eles não era de todo ruim, mas sim que foi afetado por essas tarefas desenvolvimentais.

De qualquer modo, a partir da gravidez mudanças aconteceram no sentido de maior proximidade e diálogo entre as jovens e seus familiares. Esse fenômeno também foi observado em estudos com gestantes e mães adolescentes, que referem a necessidade de adaptação familiar à gravidez adolescente (Merino, Zani, Teston, Marques, & Marcon, 2013; Vieira, Laudade, Monteiro, & Nakano, 2013). Contudo, essas mudanças também podem ter sido promovidas pela jovem, que apresenta um novo posicionamento a partir da maternidade, de maior identificação com os próprios pais, típico da terceira individuação (Colarusso, 1990). Essa identificação tende a sobrepujar o movimento de diferenciação da adolescência (Levandowski, 2011), contribuindo para essa aproximação com a família. A mudança de postura e opinião ressaltada por uma das jovens, que referiu brigar com os pais durante a adolescência, mas que, agora como mãe, os compreendia, ilustra a reorganização emocional e identitária experimentada a partir da gravidez (Stern, 1997).

Por fim, as mães referiram sentir alegria e completude com a maternidade e exaltaram a responsabilidade que tinham em relação aos bebês, embora esta última característica seja pouco esperada na adolescência. Além disso, referiram o estresse que envolve o cuidado do bebê, de certa forma incrementado pela vigência do HIV e a necessidade de tratamento imposta por essa condição. Relativamente ao futuro, as mães jovens desejavam que seus filhos tivessem um futuro estruturado, com acesso à formação pessoal e profissional, diferentemente do seu passado. Porém a maternidade na adolescência, conforme indica a literatura, pode limitar esse progresso social e econômico pelos prejuízos que pode trazer à escolarização formal e à inserção no mercado de trabalho da própria jovem (Ogido, & Schor, 2012; Taborda, Silva, Ulbricht, & Neves, 2014). De qualquer forma, verifica-se que a maternidade jovem, na presença do HIV, pareceu servir como um incentivo para a busca de uma condição socioeconômica mais favorável pelas mães.

Considerações finais

O objetivo deste estudo foi investigar os discursos de mães adolescentes que vivem com o HIV, tendo-se como referência os quatro eixos da *Constelação da Maternidade* proposta por Stern (1997). As experiências relatadas pelas mães adolescentes parecem ter sido, em geral, positivas para a reestruturação psíquica exigida pela maternidade. Em relação ao tema *Vida e crescimento*, foi intensamente enfatizada

pelas mães a preocupação com a saúde e desenvolvimento do bebê que, embora sendo parte normal do processo de tornar-se mãe, mostrou-se exacerbada nesse grupo, sobretudo pelo medo constante da transmissão vertical do HIV. Já sobre o tema *Relacionar-se primário*, foi possível observar o estabelecimento de um vínculo entre as participantes e seus bebês, mesmo na presença de situações complexas ligadas ao cotidiano familiar e à própria idade. A existência de uma rede de apoio efetiva (*Matriz de apoio*) mostrou-se importante para que essas mães se sentissem protegidas e abastecidas emocionalmente para enfrentar os desafios da maternidade jovem e da presença do HIV. Por fim, no tema *Reorganização da identidade*, percebeu-se a apropriação da nova condição materna pelas jovens, com relatos de mudanças expressivas na vida e de planos para o futuro.

Desse modo, o estudo permitiu a investigação de diversos aspectos subjetivos de mães jovens que vivem com o HIV, contribuindo para preencher uma lacuna encontrada na literatura. Verificou-se que essas mães revelaram um sofrimento psíquico importante ao saberem-se infectadas com o HIV, uma condição ainda marcada por significativo estigma. Além disso, essa realidade gerou ansiedade e medo da transmissão do vírus ao bebê, desencadeando um conjunto de cuidados especiais, quer em relação às suas atitudes como cuidadoras, quer no relacionamento com as pessoas que compõem a sua matriz de apoio.

Sendo assim, o presente estudo destaca a importância de apoio psicológico para mães adolescentes HIV+ durante a gestação e os primeiros meses do bebê, para que possam lidar com todos esses desafios biopsicossociais impostos pela sua condição de saúde e etapa de desenvolvimento, conjuntamente com a própria transição para a maternidade. Os achados deste estudo demonstram a importância da implementação de programas governamentais que se direcionem a aspectos que ultrapassam o acompanhamento medicamentoso da infecção pelo HIV. Nessa direção, com o intuito de minimizar as intercorrências psicossociais associadas a essa condição, é imprescindível reforçar a rede de apoio social dessas jovens, bem como promover a iniciação mais precoce do seu acompanhamento pré-natal. Ainda, no atendimento desse público, os profissionais devem ter consciência da importância que as questões relacionadas à gravidez/maternidade adquirem em comparação às questões relativas ao HIV, empregando estratégias para buscar manter a adesão ao tratamento antirretroviral, especialmente após o parto.

O presente estudo não se encontra isento de algumas limitações. Em particular, destaca-se o número reduzido de participantes, sobretudo devido à dificuldade de acesso a esse público. Além disso, trata-se de um estudo transversal, que retratou a experiência de mães adolescentes HIV+ em um determinado momento de vida, requerendo alguma cautela na transposição desses achados para a população adoles-

cente com HIV. Desse modo, estudos futuros necessitam ser realizados com amostras de maior dimensão e empregando um delineamento longitudinal para uma avaliação mais abrangente da Constelação da Maternidade, a fim de identificar eventuais mudanças nos aspectos investigados, tais como rede de apoio e organização identitária.

Referências

- Azevedo, V. C. C. (2004). Gravidez soropositiva. In Prado, M. C. (Org.), *Mosaico da violência: a perversão da vida cotidiana* (p. 193-240). São Paulo: Vetor.
- Blos, P. (1996). *Transição adolescente: questões desenvolvimentais*. (M. R. Hofmeister, Trad.). Artmed. Porto Alegre. (Original publicado em 1979)
- Brasil. Ministério da Saúde (2010). *Recomendações para a profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes*. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2014a). *Boletim epidemiológico DST/AIDS e hepatites virais*. Recuperado em 02 mai. 2017 de <<http://www.aids.gov.br>>.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2014b). *Transmissão vertical do HIV e sífilis: Estratégias para redução e eliminação*. Brasília. Recuperado em 31 mai. 2015 de <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56610/folder_transmissao_vertical_hiv_sifilis_web_pd_60085.pdf>.
- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2014). *Estatísticas do registro civil 2014*. Recuperado em 31 mai. 2015 de <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/registrocivil/2014/default_xls.shtm>.
- Carvalho, F. T., & Piccinini, C. A. (2006). Maternidade em situação de infecção pelo HIV: Um estudo sobre os sentimentos de gestantes. *Interação em Psicologia*, 10(2), 345-355.
- Castro, C. M. (2001). *Os sentidos da maternidade para gestantes e puérperas vivendo com HIV*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Colarusso, C. A. (1990). The third individuation: the effect of biological parenthood on separation-individuation processes in adulthood. *Psychoanalytical Study of the Child*, 45, 179-194.
- Davim, R. M. B., Germano, R. M., Menezes, R. M. V., & Carlos, D. J. D. (2009). Adolescente/adolescência: revisão teórica sobre uma fase crítica da vida. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 10(2), 131-140.
- Ethier, K. A., Ickovics, J. R., Fernandez, M. I., Wilson, T. E., Royce, R. A., & Koenig, L. J. (2002). The perinatal guidelines evaluation project HIV and pregnancy study: overview and cohort description. *Public Health Reports*, 117, 137-147.
- Faria, E. R., & Piccinini, C. A. (2010). Maternidade no contexto do HIV/aids: gestação e terceiro mês de vida do bebê. *Estudos de Psicologia*, 27(2), 147-159.

- Farias, R., & Moré, C. O. O. (2012). Repercussões da gravidez em adolescentes de 10 a 14 anos em contexto de vulnerabilidade social. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(3), 596-604.
- Gil, A. C. (2010). *Como elaborar projetos de pesquisa*. Atlas. São Paulo. (Original publicado em 1987)
- Gonçalves, T. R., & Piccinini, C. A. (2007). Aspectos psicológicos da gestação e da maternidade no contexto da infecção pelo HIV/Aids. *Psicologia USP*, 18(3), 113-142.
- Hercowitz, A. (2002). Gravidez na adolescência. *Pediatria Moderna*, 38(8), 392-395.
- Hill, L. M., Maman, S., Groves, A. K., & Moodley, D. (2015). Social support among HIV-positive and HIV-negative adolescents in Umlazi, South Africa: changes in family and partner relationships during pregnancy and the postpartum period. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 117.
- Ingram, D., & Hutchinson, S. A. (2000). Double binds and the reproductive and mothering experiences of HIV-positive women. *Qualitative Health Research*, 10(1), 117-132.
- Kwalambota, M. (2002). The effect of pregnancy in HIV-infected women. *Aids Care*, 14(3), 431-433.
- Laville, C., & Dionne, J. (1999). *A construção do saber. Manual de metodologia de pesquisa em ciências humanas* (L. M. Siman, Trad.). Belo Horizonte/Porto Alegre: Artmed/UFMG. (Original publicado em 1997)
- Leite, M. G., Rodrigues, D. P., Sousa, A. A. S., Melo, L. P. T., & Fialho, A. V. M. (2014). Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes. *Psicologia em Estudo*, 19(1), 115-124.
- Levandowski, D. C., Castoldi, L., Canavarro, M. C., & Pereira, M. (2010). *Avaliação e intervenção com mães adolescentes soropositivas: Focalizando a saúde mental, a adesão ao tratamento e a relação com o bebê*. (Projeto de pesquisa não publicado). Porto Alegre: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.
- Levandowski, D. C. (2011). Mamãe, eu acho que estou... ligeiramente grávida! Uma reflexão sobre a gravidez na adolescência. In Wagner, A. (Org.), *Desafios psicossociais da família contemporânea – Pesquisas e reflexões* (p. 123-139). Porto Alegre: Artmed.
- Levandowski, D. C., Piccinini, C. A., & Lopes, R. C. S. (2008). Maternidade adolescente. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25(2), 251-263.
- Levandowski, D. C., Barth, B., Munhós, A. A. R., Rödde, A. C., & Wendland, J. (2012). Apoio familiar e gestação na adolescência: um estudo qualitativo com adolescentes do Vale dos Sinos/BR. *Revista Interamericana de Psicología*, 46(2), 297-306.
- Lopes, R. C. S., Alfaya, C., Machado, C. V., & Piccinini, C. A. (2005). “No início eu saía com o coração partido...”: as primeiras situações de separação mãe-bebê. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 15(3), 26-35.
- Maldonado, M. T. (2000). *Psicologia da gravidez*. (16ª ed). Petrópolis: Vozes. (Original publicado em 1988)

- Merino, M. F. G. L., Zani, A. V., Teston, E. F., Marques, F. R. B., & Marcon, S. S. (2013). As dificuldades da maternidade e o apoio familiar sob o olhar da mãe adolescente. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 12(4), 670-678.
- Monteiro, R. A., Gonçalves, T. G., Refosco, L. L., & Macedo, M. M. K. (2012). O processo adolescente e as funções parentais na realidade contemporânea. *Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul*, 12(1), 107-113.
- Moreno, C. C. G. S., Rea, M. F., & Filipe, E. V. (2006). Mães HIV positivo e a não amamentação. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, 6(2), 199-208.
- Moura, E. L., & Praça, N. S. (2006). Transmissão vertical do HIV: expectativas e ações da gestante soropositiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(3), 405-413.
- NUDIF (2003). *Ficha de contato inicial*. Instituto de Psicologia, UFRGS, Porto Alegre. (Instrumento não publicado)
- NUDIF (2008). *Ficha de dados sociodemográficos*. Instituto de Psicologia, UFRGS, Porto Alegre. (Instrumento não publicado)
- Ogido, R. & Schor, N. (2012). A jovem mãe e o mercado de trabalho. *Saúde e Sociedade*, 21(4), 1044-1055.
- Piccinini, C. A., Lopes, R. C. S., Marin, A. H., Carvalho, F. T., Henn, C. G., Dias, A. C. G., et al. (2008). *Aspectos biopsicossociais da gravidez adolescente: estudo longitudinal da gestação ao segundo ano de vida da criança*. (Projeto de pesquisa não publicado). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Rangel, D. L. O., & Queiroz, A. B. A. (2008). A representação social das adolescentes sobre a gravidez nessa etapa da vida. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 12, 780-788.
- Rappaport, A., & Piccinini, C. A. (2011). Maternidade e situações estressantes no primeiro ano de vida do bebê. *Psico-USF*, 16(2), 215-225.
- Stern, D. N. (1997). *A constelação da maternidade*. (M. V. A. Veronese, Trad.). Artmed. Porto Alegre.
- Taborda, J. A., Silva, F. C., Ulbricht, L., & Neves, E. B. (2014). Consequências da gravidez na adolescência para as meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 22(1), 16-24.
- Vescovi, G., Pereira, M. D., & Levandowski, D. C. (2014). Protective factors in the experience of pregnancy and motherhood among Brazilian adolescents living with HIV: a case-series report. *Journal of the Association of Nurses in Aids Care*, 25(6), 541-554.
- Vieira, A. P. R., Laudade, L. G. R., Monteiro, J. C. S., & Nakano, A. M. S. (2013). Maternidade na adolescência e apoio familiar: implicações no cuidado materno à criança e autocuidado no puerpério. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 12(4), 670-687.
- Winnicott, D. W. (1999). *Os bebês e suas mães*. Martins Fontes. São Paulo. (Original publicado em 1988)
- Winnicott, D. W. (2000). Preocupação materna primária. In Winnicott, D. W. [Autor], *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1956)

- Yazlle, M. E. H. D., Mendes, M. C., Patta, M. C., Rocha, J. S. Y., Azevedo, G. D., & Marcolin, A. C. (2002). A adolescente grávida: alguns indicadores sociais. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 24(9), 609-614.
- Wesley, Y., Smeltzer, S. C., Redeker, N. S., Walker, S., Palumbo, P., & Whippie, B. (2000). Reproductive decision making in mothers with HIV-1. *Health Care for Women International*, 21, 291-304.

Recebido em 08 de abril de 2016

Aceito para publicação em 03 de abril de 2017

SEPARAR-SE DA MÃE PARA TORNAR-SE MÃE: A CRIAÇÃO DO ESPAÇO DE CONCEPÇÃO

*SEPARATE FROM THE MOTHER TO BECOME A MOTHER:
THE CREATION OF THE CONCEPTION SPACE*

*SEPARARSE DE LA MADRE PARA CONVERTIRSE EN
MADRE: LA CREACIÓN DEL ESPACIO DE CONCEPCIÓN*

*Livia Mariane de Sousa Schechter**
*Simone Perelson***

RESUMO

O principal objetivo deste trabalho é estabelecer como o processo de separação entre mãe e filha pode se relacionar com a possibilidade de que a filha deseje e conceba filhos. Iniciamos nosso percurso por uma breve retomada da obra de Freud, destacando a descoberta da importância da relação pré-edípica da menina com sua mãe, bem como o enigma sobre o fator que levaria à separação entre as duas. A partir de uma perspectiva intersubjetiva, acrescentamos a essas considerações o papel das representações maternas, com seus efeitos sobre os processos de identificação e constituição narcísica entre mãe e filha. Finalmente, discutimos como a gravidez, ao propiciar uma revivescência da relação pré-edípica da mulher com sua mãe, representa uma oportunidade privilegiada de atualização do processo de separação entre mãe e filha. Buscamos, então, relacionar essa condição à emergência do desejo de ter filhos, distinto da vontade de ser mãe, em que a interdição do incesto não produz efeitos. Essa interdição garante a existência do espaço psíquico necessário à concepção: o espaço potencial de criação.

Palavras-chave: mãe; filha; separação; concepção.

* Mestre em Teoria Psicanalítica pela UFRJ, especialista em Psicologia Clínica Institucional pelo HUPE/UERJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

** Doutorado em Psychopathologie Fondamentale et Psychanalyse pela Université Paris Diderot e pós-doutorado pela Université Paris Diderot. Professora adjunta da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

ABSTRACT

The main goal of this work is to establish how the process of separation between mother and daughter can relate to the possibility that the daughter wants and conceives children. We begin our journey with a brief resume of Freud's work, highlighting the discovery of the importance of pre-oedipal girl's relationship with her mother, as well as the puzzle on the factor that would lead to the separation between the two. From an intersubjective perspective, we add to these considerations the role of maternal representations, with its effects on the processes of identification and narcissistic constitution between mother and daughter. Finally, we discuss how the pregnancy, while propitiating a revival of pre-oedipal relationship of the woman with her mother, is a prime opportunity to update the process of separation between mother and daughter. Then, we seek to relate this condition to the emergence of the desire to have children, distinct from the will to be a mother, in which the prohibition of incest has no effect. This prohibition ensures the existence of a psychic space that is required for the conception: the potential space of creation.

Keywords: mother; daughter; separation; conception.

RESUMEN

El objetivo principal de este trabajo es establecer cómo el proceso de la separación entre la madre y la hija puede relacionarse con la posibilidad de que la hija quiere y conciba hijos. Comenzamos nuestro viaje con un breve resumen de la obra de Freud, destacando el descubrimiento de la importancia de la relación preedípica de la muchacha con su madre, bien como el enigma sobre el factor que llevaría a la separación entre los dos. Desde una perspectiva intersubjetiva, añadimos a estas consideraciones el papel de las representaciones maternas, con sus efectos sobre los procesos de identificación y constitución narcisista entre madre e hija. Finalmente, se discute cómo el embarazo, mientras propiciando una reactivación de la relación preedípica de la mujer con su madre, es una gran oportunidad para actualizar el proceso de separación entre madre e hija. Por lo tanto, tratamos de relacionar esta condición a la aparición del deseo de tener hijos, distinto de la voluntad de ser madre, en el cual la prohibición del incesto no tiene ningún efecto. Esta prohibición asegura la existencia del espacio psíquico necesario para la concepción: el espacio potencial de creación.

Palabras clave: madre; hija; separación; concepción.

Na clínica psicanalítica, tornou-se frequente a observação de que o trabalho de análise com muitas mulheres se situa em torno de sua relação com suas mães e suas filhas. Mesmo que existam outras relações importantes na vida dessas mulheres, o vínculo entre mãe e filha apresenta uma especificidade em relação aos demais. A preocupação de que uma não repita a história da outra, além da marcante coexistência entre adoração e ressentimento, se distinguem, por exemplo, do que se passa entre mãe e filho. Em alguns casos, também se destaca a dificuldade que certas mulheres apresentam em se diferenciar de suas mães, muitas vezes reproduzindo em análise o discurso materno quando são convidadas a associar. A questão do trabalho de separação entre mãe e filha, bem como seus impasses, se revela fundamental à compreensão dessa relação, como pôde ser constatado por Freud (1931/2006; 1933/2006). A pergunta não respondida pelo pai da psicanálise nesse contexto – como uma menina se separa de sua mãe? – nos leva a interrogar como uma mãe, por sua vez, se separa de sua filha, situando a questão em uma perspectiva intersubjetiva.

Os casos em que a separação entre mãe e filha se revela problemática nos ajudam, de maneira especial, a compreender que tais impasses se situam no plano narcísico, tendo efeitos sobre a possibilidade de a filha se identificar com a mãe. Tornar-se mulher como a mãe, mas diferente dela, é um desafio nem sempre superável. Na clínica, nos deparamos com a obstinação de certas pacientes em afirmar que não se parecem em nada com suas mães, lançando mão de uma defesa radical frente ao que parece ser uma situação de indiferenciação entre as duas. Vemos que, diante da urgência em se diferenciar de suas mães, certas mulheres permanecem em um jogo de espelhos mortífero, em que a visão do reflexo materno no espelho se torna indesejável, ou até intolerável. Tais defesas apontam para a inexistência de um espaço de separação, em que a filha possa construir sua própria imagem de mulher, *com e apesar* da mãe. Do ponto de vista intersubjetivo, a dificuldade da filha em se separar também precisa ser interrogada enquanto dificuldade da mãe em se separar. Quais são as especificidades na relação de uma mãe com sua filha? Por que muitas mães apresentam maiores dificuldades para se separar de suas filhas do que de seus filhos?

A importância do vínculo entre mãe e filha se torna ainda mais evidente no contexto da maternidade, quando uma mulher, ao tornar-se mãe, se reaproxima das representações psíquicas da mãe que teve em sua infância. Esse se torna um momento privilegiado de acesso a conteúdos recalcados referentes à relação primária entre mãe e filha, evidenciando possíveis impasses no processo de separação. Tornar-se mãe, como sua mãe, mas diferente dela: a gravidez, com as transformações que impõe ao psiquismo feminino, também representa um momento de atualização do trabalho de separação entre mãe e filha. Na clínica, escutamos de algumas mulheres que a possibilidade de reaproximação com suas mães contribui para que o desejo de

ter filhos se torne presente, evocando uma experiência reasseguradora, enquanto, para outras, esse desejo pode estar ausente, por motivos diversos. O desejo de ter filhos pode, ainda, ser inconscientemente recusado, pela ameaça de indiferenciação que representa, surgindo como uma vontade de ser mãe de caráter defensivo, às vezes acompanhada de uma infertilidade sem causa médica conhecida. A possibilidade, para uma mulher, de desejar e conceber filhos se mostra, assim, significativamente relacionada à travessia de uma separação primordial em relação à sua própria mãe. Esse é o percurso que iremos seguir neste trabalho: partindo dos apontamentos iniciais de Freud e passando pelos meandros da questão da separação entre mãe e filha, chegaremos à sustentação da ideia de que, para nascer uma criança, é preciso haver um espaço de concepção no psiquismo feminino, equivalente a um espaço de criação que acolha a diferença.

Freud e o enigma sobre a separação entre mãe e filha

A história do percurso teórico de Freud no campo da feminilidade, que culminou na constatação da importância da primeira relação estabelecida pela menina com sua mãe, abrange sua obra desde as primeiras formulações psicanalíticas até seus escritos mais tardios. As primeiras experiências clínicas com as pacientes histéricas tiveram, sem dúvida, grande influência nas considerações tecidas por Freud acerca da sexualidade feminina. A profunda impressão deixada por esses encontros, em que Freud pôde identificar forte vínculo à figura paterna (como no caso Dora), levou-o a considerar inicialmente o papel do pai, mais do que o da mãe, na existência de uma filha. Apesar de já haver declarado desde os “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1905/2006) que a mãe é o primeiro objeto sexual para ambos os sexos, sendo a amamentação ao seio materno o modelo para toda relação amorosa, Freud não se dá conta do alcance dessa descoberta (Zalberg, 2003).

Somente a partir de novos casos, mais especificamente o da jovem paranoica (1915/2006) e o da jovem homossexual (1920/2006), Freud passa a dar atenção ao que denominou de complexo materno, situação em que a filha permaneceria vinculada à mãe, não se voltando ao pai ou aos homens, numa continuação da intensa relação estabelecida com sua mãe no início da vida. Assim, a trajetória de Freud no campo da sexualidade feminina se desenvolve em torno do deslocamento da proeminência da figura paterna no destino da mulher para conferir à mãe um lugar de destaque. Esse redirecionamento teórico promovido por Freud preserva, entretanto, o lugar da figura paterna na configuração do triângulo edípico, chamando a atenção

para um momento de ligação à mãe que é anterior à constituição do complexo de Édipo (Zalberg, 2003).

Em “A organização genital infantil” (1923/2006), Freud complementa sua teoria da sexualidade infantil de 1905 e com isso dá os primeiros passos em direção a sua nova posição, que não coloca mais o Édipo feminino como simples espelho do masculino. Discorrendo sobre a fase fálica, ele observa que só pode fazer afirmações em relação aos processos que se passam com os meninos, expressando seu desconhecimento momentâneo sobre as particularidades desse momento nas meninas, que seria, portanto, distinto. As formulações freudianas sobre um complexo de Édipo especificamente feminino podem ser encontradas a partir dos textos “A dissolução do complexo de Édipo” e “Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos”, de 1924 e 1925, respectivamente.

O caminho para a feminilidade, pelo estabelecimento do complexo de Édipo na menina, estaria na renúncia desta à satisfação fálica obtida com a mãe dos primeiros tempos (a chamada fase pré-ediapiana), substituindo a mãe como objeto por uma identificação com ela, e voltando-se ao pai na esperança de obter dele um bebê para compensar sua falta de pênis. Esse movimento da mãe para o pai é justamente uma das tarefas “a mais” – além da renúncia ao prazer clitoridiano – que Freud identifica no desenvolvimento sexual da menina em relação ao que cabe ao menino. Jacques André (1994) comenta que, na passagem da pré-história do complexo de Édipo feminino para o Édipo em si, a ruptura é brutal, bem diferente da continuidade que caracteriza o desenvolvimento psicosexual do menino, que não precisaria mudar o sexo de seu objeto. Para a menina, passar a uma escolha de objeto heterossexual significa abrir mão do vínculo anterior com o objeto materno, do mesmo sexo.

A importância do vínculo pré-ediápico que se estabelece entre mãe e filha é justamente a grande descoberta de Freud em seus estudos sobre a sexualidade feminina: “Vemos, portanto, que a fase de ligação exclusiva à mãe, que pode ser chamada de fase *pré-ediapiana*, tem nas mulheres uma importância muito maior do que a que pode ter nos homens” (1931/2006, p. 238). Freud passa a considerar que a intensidade da ligação da filha ao pai sucede um vínculo com a mãe igualmente intenso, do qual herdaria sua força. A ligação à mãe, além de sua intensidade, teve sua duração subestimada por Freud durante muito tempo, mas então ele percebe que algumas mulheres poderiam simplesmente não sair desse vínculo em direção aos homens. O complexo de Édipo feminino positivo passa a ser considerado uma formação secundária à ligação anterior com a mãe: um complexo de Édipo negativo, em que o pai é mero rival. No mesmo sentido, a rivalidade da menina com a mãe não se origina no Édipo, é apenas reforçada nesse momento. Essa rivalidade se relaciona à mudança de

objeto efetuada pela menina à sua entrada no Édipo – movimento de separação em relação à mãe que se torna objeto da teorização freudiana.

Freud (1931/2006; 1933/2006) enumera em seus textos dedicados à feminilidade os fatores considerados por ele como responsáveis pelo afastamento da filha em relação à mãe – como a queixa da filha de não ter sido suficientemente amamentada, os ciúmes pelo nascimento de um bebê rival, a frustração pela proibição da masturbação e a inveja do pênis – mas não consegue chegar a uma conclusão sobre o elemento que operaria essa separação entre mãe e filha, que permanece como um enigma para ele. Jacques André (1994), em comentário a essa passagem, questiona: por que Freud encontra tanta dificuldade em decifrar a separação entre mãe e filha? Freud reconhece que não gostava de ser a mãe na transferência, o que o leva, segundo André, a tratar as fantasias femininas associadas a esse momento de separação da mãe de modo parecido com as masculinas – como o exemplo da fantasia de não ter sido suficientemente alimentado. Dentre as hipóteses freudianas para a separação entre mãe e filha, porém, se destaca a existência de uma forte ambivalência da filha em relação à mãe, a quem dedica hostilidade e amor em intensas proporções. Freud não desenvolve essa questão que, de acordo com Jacques André, poderia abrir a discussão sob o ponto de vista intersubjetivo:

O inconsciente materno (e paterno) é a grande ausência desses textos sobre a feminilidade. Os primeiros tempos da vida sexual são tão marcados pela relação inconsciente da mãe com a filha quanto da filha com a mãe; e a questão da ambivalência é inseparável das representações inconscientes maternas (André, 1994, p. 27).

De fato, quando acrescentamos às contribuições freudianas sobre a feminilidade o ponto de vista intersubjetivo, damos um passo além na compreensão do processo de separação entre mãe e filha. Devemos pensar, portanto, não apenas no que leva uma filha a apresentar especial dificuldade em se desvincular de sua mãe, mas também no que torna essa passagem especialmente difícil do ponto de vista materno, levando em conta as representações das duas protagonistas dessa relação.

Separar-se da mãe: a ambivalência no jogo de espelhos

O lugar ocupado pela filha nas representações inconscientes maternas é, sem dúvida, essencial à compreensão do processo de separação entre mãe e filha. A imagem que a mãe possui da filha é muito anterior à existência da menina, tendo origem

no próprio narcisismo materno. Antes mesmo de engravidar, a mãe já possui representações sobre a futura criança que poderá gerar, seja menino ou menina. Durante a gravidez, ela atribui ao feto um corpo imaginado, integrado e separado e é sobre essa imagem que se depositarão os investimentos libidinais maternos (Alonso, 2008). Essa imagem confere uma primeira identificação à criança: ela é a criança imaginada pela mãe.

O processo pelo qual uma criança assume uma imagem integrada de seu corpo é descrito por Lacan (1949/1998) no contexto do estágio do espelho. A criança, desde muito cedo – Lacan considera que a partir do seis meses de idade –, já é capaz de reconhecer como tal sua imagem diante do espelho. Mas a maneira pela qual a criança assume essa imagem para si é mediada pelo outro, mais especificamente pelo olhar do outro: é preciso que este se coloque entre a criança e a imagem do espelho e lhe diga “é você”. Assim, a criança vê em seu corpo uma imagem total e se apossa dessa unidade para situar experiências corporais discordantes (Zalberg, 2003). Pela imagem e pela palavra do outro a criança faz um elo erótico com seu próprio corpo, o que coloca a imagem que a criança tem de si como uma imagem emprestada ao outro. Desse modo, a imagem corporal da criança não é exclusivamente dela, é dela e do outro, com quem se confunde no plano narcísico.

Inspirado no artigo de Lacan, Winnicott (1967/1975) propõe que o rosto da mãe é um precursor do espelho, colaborando para a constituição do Eu do bebê. Para ele, em uma situação normal, quando o bebê olha para o rosto da mãe é a ele mesmo que ele vê refletido, pois a mãe lhe transmite de volta o que ela acha que está se passando com ele. Assim, a mãe deve funcionar para a criança como um espelho, refletindo o self infantil através de seu olhar. Se a mãe não for capaz de cumprir o papel de espelho para o filho, refletindo a si mesma e não a ele, o bebê terá dificuldades de se encontrar em seu rosto, buscando de algum modo dar sentido ao que observa e lhe parece incompreensível. Nesses casos, poderá tentar prever o que se passa com a mãe para se defender de sua imprevisibilidade. A constituição posterior da imagem corporal ficará prejudicada pela impossibilidade da mãe de funcionar como um precursor do espelho.

É como uma experiência de júbilo que Lacan (1949/1998) descreve a percepção da imagem corporal unificada pela criança diante do espelho. Essa experiência remete à constituição de um Eu ideal como referido por Freud em 1914, um Eu que representa o narcisismo dos pais projetado sobre a criança. Pelo olhar da mãe, produz-se na criança esse Eu ideal que nada mais é do que um duplo do narcisismo materno, condição do narcisismo primário. Assim, além da imagem de um corpo inteiro e separado para a criança, a mãe projeta sobre ela expectativas

quanto à aparência e à personalidade que ela deverá ter, criando para a criança não apenas uma imagem integrada com a qual se identificar, mas uma imagem ideal.

Quando afirmamos que a origem das projeções da mãe sobre seu bebê está no narcisismo materno, isso significa que as experiências da mãe enquanto a filha que foi – e ainda é – concorrerão para a constituição das imagens projetadas sobre a filha que virá. É o que Freud (1914/2004) propõe em seu trabalho sobre o narcisismo, onde afirma que, diante da dificuldade em observar o narcisismo primário nas crianças, podemos conhecê-lo a partir da atitude de pais afetuosos para com seus filhos. Ele supõe que, na base desse comovedor amor parental, está a revivescência do narcisismo dos pais, que há muito teve que ser abandonado. Assim, os pais tendem a atribuir todas as perfeições à criança e ignorar-lhe os defeitos; também reivindicam para ela os privilégios aos quais tiveram que renunciar na infância, evitando ainda que ela tenha que passar pelas mesmas restrições às quais foram submetidos. “Sua Majestade, o bebê” – posição outrora ocupada pelos pais – deve agora concretizar os sonhos e aspirações nunca realizados por eles: “o menino se tornará um grande homem e um herói em lugar do pai, e a menina se casará com um príncipe como compensação para sua mãe” (Freud, 1914/2004, p. 98).

As formulações de Freud acerca da revivescência do narcisismo dos pais através dos filhos se referem às crianças de ambos os sexos, mas os exemplos freudianos reservam lugares distintos para um menino ou uma menina na imaginação dos pais (o de grande homem e herói e o de esposa de um príncipe). Haveria diferenças nas expectativas projetadas sobre um filho ou uma filha? É relativamente fácil observar que os pais fazem atribuições de gênero quando recebem a notícia do sexo da criança e passam a transmiti-las por meio da educação: “meninas não brigam”, “meninos não choram” (Alonso, 2008). Freud (1933/2006) pensava que apenas com um filho a mãe poderia conseguir uma satisfação completa, realizando através dele tudo que restou de seu complexo de masculinidade. Entretanto, as aspirações de uma mãe em relação a uma filha revelam algo diverso: podemos observar, especialmente na clínica, que as projeções maternas sobre uma menina têm como desdobramento frequente uma confusão entre as duas no plano narcísico, sendo muitas vezes o destino da filha o de alcançar os objetivos que a mãe viu frustrados em sua história pessoal. A origem dessa diferença pode ser atribuída à identidade sexual entre mãe e filha.

Claude Le Guen (1997) observa que a mãe apresenta maior ambivalência em seus sentimentos em relação a uma filha do que a um filho, o que não deve ser compreendido pela diferença anatômica que os distingue, mas pela identidade ou não de seus sexos ao da mãe e pelo modo como a mãe percebe e transmite essa diferença. Enquanto o corpo do filho aponta para uma diferença, projetada sobre seu pênis, o corpo da filha traz uma semelhança que favorece a continuidade. O filho estaria mais

protegido da ambivalência materna pela evidência de sua diferença ao proporcionar à mãe a sensação de possuir através dele o “falo glorioso”, remetendo-a à dimensão do “ter”; já a filha, pela condição de identidade anatômica com a mãe, a interrogaria enquanto sujeito e enquanto mulher, despertando maior ambivalência ao estabelecer um jogo de espelhos que se remete à dimensão do “ser”. Se, para o autor, o que um filho tende a produzir para a mãe é uma *satisfação narcísica*, aos moldes descritos por Freud em 1933, entre mãe e filha o que pode se configurar é uma *identificação narcísica*, determinando uma maior violência seja para amar ou para odiar.

Desse modo, o fato de que a filha possui o sexo feminino, como ela, provoca na mãe uma identificação mais maciça sobre ela do que sobre o filho, levando-a a projetar sobre a menina muitas de suas aspirações e frustrações: “Minha filha terá o que eu não tive”, “Minha filha não cometerá os mesmos erros que cometi”, “Eu sei o que é melhor para ela, afinal também sou mulher e um dia já tive a idade dela”. Para Alonso (2008), a especificidade da semelhança sexual favorece que a mãe coloque a filha em continuidade com ela própria, transformando-a em bengala narcísica ou identitária. Se a filha se torna a bengala da mãe, podemos intuir que, para essa mãe, as projeções sobre a filha podem funcionar como defesa contra a elaboração de sua própria condição feminina. A mãe transfere para a filha a responsabilidade de encontrar uma solução para a condição feminina que satisfaça a ambas. Mas não se trata de permitir que a filha tenha o espaço para criar sua feminilidade: diante de projeções tão maciças o espaço para a criação fica muito estreito. Podemos considerar que o resultado do encontro entre essas projeções maternas (nas proporções que elas possam assumir) e os movimentos de separação da filha determina a diferença entre uma separação possível e uma separação impossível entre mãe e filha.

Em certos casos, a falta de espaço entre mãe e filha – que implica em uma diferenciação reduzida do ponto de vista narcísico – pode levar a mãe a retrair toda a sua vida na relação com a filha, estabelecendo o que Zalcberg (2003) considerou uma apropriação narcísica sobre a menina. Caroline Eliacheff e Nathalie Heinich (2004), de modo parecido, falam da existência de um “abuso narcisista” de certas mães sobre as filhas que se revela uma forma particular de dominação. Trata-se da projeção dos ideais maternos sobre a menina, cujos dons são explorados não para desenvolver seus próprios recursos, mas para satisfazer as necessidades maternas. Por isso, o abuso narcisista não deixa de ser um abuso identitário, já que a filha é colocada em um lugar que não é seu, sendo destituída de sua identidade justamente por quem deveria ajudar a constituí-la. Esse tipo de abuso da mãe sobre a filha pode assumir as formas mais devastadoras, carregadas

de depreciações, segredos, culpabilizações e intrusões, mas, dentre elas, a confusão de identidades é a mais sutil e mais temível.

Nesses casos de abuso narcisista, Eliacheff e Heinich (2004) consideram que há uma “patologia do amor materno” em que a mãe exerce um gozo onipotente sobre um ser completamente dependente, de quem espera de volta uma entrega igualmente ilimitada. As autoras identificam por trás do discurso dessas mães – “Nunca se ama demais os filhos!” – um desejo de absorção sem limites do e pelo outro, de investir com um tipo de amor fusional. Nesse contexto, as crianças, por sua total dependência, se tornam os objetos perfeitos para a dominação amorosa, pelo menos temporariamente. Especialmente, as filhas:

Com as meninas, é melhor ainda que com os meninos: a “dominação” materna pode se confortar com uma projeção narcisista sobre uma pessoa semelhante a si, autorizada a se diferenciar apenas na medida em que realize as aspirações insatisfeitas ou recalçadas (Eliacheff, & Heinich, 2004, p. 14).

É preciso ressaltar que o empreendimento materno de realização pessoal através da filha, muitas vezes acompanhado de um grande investimento nas aptidões desta, é percebido de forma geral – e, principalmente, pela filha – como demonstração de amor materno. Nesse contexto, como se queixar de ser tão amada? “Como denunciar um ataque a essa experiência tão imponderável, tão difícil de definir que é o sentimento de ser si mesmo?” (Eliacheff, & Heinich, 2004, p. 41).

Em consonância com as autoras citadas, Zalcberg (2003, p. 170-171) afirma que “o investimento desmesurado por parte de uma mãe é sempre acompanhado de uma falta de amor real, pois o que a mãe ama é sua própria imagem idealizada”. Aqui é a própria imagem narcísica que é amada pela mãe, não a criança, pois a imagem idealizada da mãe fica superposta à imagem idealizada da criança. Eliacheff e Heinich (2004) concluem que a falta desse amor tem como consequência para a filha sentimentos de baixa autoestima e demanda insaciável de reconhecimento. Dessa maneira, parece sutil a diferença entre o que foi chamado aqui de amor real de uma mãe por sua filha e o amor narcísico da mãe projetado na menina.

Freud já havia constatado em 1914 (2004) uma diferença quanto às formas assumidas pelas vidas amorosas de homens e mulheres que pode ser esclarecedora. Ele diz que, para todos os seres humanos, estão franqueados dois tipo de escolha de objeto: o primeiro toma como modelo as experiências de satisfação da criança na relação com a mãe, pautando a escolha do objeto na imagem materna; o segundo, ao invés da imagem da mãe, toma a imagem da própria pessoa como modelo, e por

isso é dito narcísico. Enquanto o primeiro tipo de escolha de objeto prevalece nos homens, Freud afirma que o tipo narcísico é mais frequente nas mulheres. Segundo este modelo, a pessoa toma por objeto: o que se é, o que se foi, o que gostaria de ser e uma parte de si mesmo. Assim, ele vê para as mulheres uma possibilidade de amor objetual pleno através da maternidade, pois, apresentando-se como parte do corpo da mãe, a criança pode receber parte do narcisismo materno e se tornar o objeto de seu amor. A partir dessas elaborações freudianas, entendemos que o amor de uma mãe por sua criança sempre é, em alguma medida, narcísico, e, se for uma menina, acrescenta-se a esse amor a possibilidade de identificação narcísica mencionada por Le Guen (1997).

Nos casos em que predomina a identificação narcísica, mãe e filha permanecem em uma batalha sem trégua para assegurar suas integridades narcísicas, uma temendo se perder na outra. Podemos imaginar que a hostilidade e a adoração entre mãe e filha, tão visíveis na clínica e fora dela, se devam a esse jogo de espelhos que se perpetua nessa relação: o prolongamento de uma relação de forte ambivalência entre mãe e filha se explica pela impossibilidade de superar completamente a relação especular. Ainda deve ser levado em consideração o fato de que nesse tipo de relação especular há somente dois lugares a serem ocupados em vez de três, implicando em uma exclusão do terceiro. Eliacheff e Heinich (2004) apontam que essa característica define tais relações como incestuosas, tratando-se de um incesto platônico, sem passagem ao ato.

Nesse sentido, Jacques André (2003) assinala que é o interdito do incesto que protege do perigo da indiferenciação dentro de um mesmo corpo familiar, evitando a tendência a transformar os parecidos em idênticos. “É como desejo do idêntico que é preciso definir o movimento incestuoso inconsciente” (André, 2003, p. 13). O desejo incestuoso abole as diferenças entre as gerações, até entre os sexos, e, mais radicalmente, entre sujeito e objeto. O autor completa que por sua condição de consanguinidade, pela identidade sexual e pelo fato de que uma dá à luz a outra o casal mãe-filha representa o máximo do idêntico.

Ainda segundo André (2003, p. 11), na fala de uma de suas pacientes que carrega ódio da semelhança entre mãe e filha – “O pior que poderiam dizer-me é que me pareço cada vez mais com minha mãe” – se encontra um medo de retorno “do mesmo”, retorno à indiferenciação. Ele compara o efeito detestável para uma filha de reconhecer sua mãe no espelho ao relato de Freud¹ no vagão de trem: a imagem do outro é ele mesmo, ou melhor, a detestável imagem no espelho é o outro e o Eu ao mesmo tempo. De fato, o narcisismo, relativo à imagem de si, se encontra perigosamente próximo da indiferenciação à mãe e, assim, da morte: acontece a essa pessoa que dá a vida de representar também o seu oposto, a morte, através da indiferenciação e da aniquilação do próprio Eu. Nesse sentido, Jacques André (2003) nomeia de

“ameaça do idêntico” o perigo de retorno a uma relação indiferenciada entre mãe e filha, face ao qual a ambivalência mostra seu papel separador fundamental.

Diante desse jogo de espelhos, a ambivalência da filha e a ambivalência da mãe se tornam o meio pelo qual as duas afirmam permanentemente suas diferenças, tão valiosas. O amor que uma tem pela outra, mas, especialmente, a hostilidade, marca que nada pode ser como antes, no período em que uma se confundia com a outra. É preciso ressaltar que não só a filha se confunde com a mãe em sua condição de dependência, mas a mãe também se confunde com a filha, perdendo-se nas projeções que lança sobre ela. É justamente o medo de perder-se na filha, semelhante a ela, que desperta maior ambivalência na mãe. Tanto para a mãe quanto para a filha, o ódio presente na ambivalência é uma defesa contra a ameaça de indiferenciação.

Se a separação em relação à mãe se coloca como um processo inescapável para todo sujeito, com peculiaridades que podem tornar a separação de uma filha em relação à mãe mais desafiadora, esse fato terá efeitos sobre a experiência vivida por uma mulher ao se tornar mãe. “O que significa ser mãe de um menino ou de uma menina?”. “Será que vou repetir com uma filha as mesmas atitudes que minha mãe teve comigo?”. “Como ser mãe como a minha mãe e ao mesmo tempo diferente dela?”. O trabalho de separação da filha em relação à mãe, como todo trabalho de separação, nunca se torna completo e passa por atualizações ao longo da vida. Assim, é possível considerar que a maternidade, para uma mulher, convoca a uma nova elaboração da separação em relação à sua mãe: uma experiência de reencontro com os primórdios, da qual poderá nascer um filho ou uma filha e também uma nova mãe.

Tornar-se mãe: a criação do espaço de concepção

Já se tornou conhecida, a partir de diversos autores (Winnicott, 1956/2000; Racamier, 1961; Green, 1980/1990; Stern, 1997), a afirmação de que a gravidez conduz a mulher a um processo de intensa transformação. O primeiro a apresentar essa ideia de maneira clara foi Winnicott (1956/2000), em um trabalho intitulado “A preocupação materna primária”. O autor considera que, desde o final da gravidez até algumas semanas após o nascimento do bebê, a mãe desenvolve um estado psicológico muito especial, de identificação profunda com o bebê, que lhe permite adaptar-se de forma sensível a todas as suas necessidades. Esse estado, de “preocupação materna primária”, raramente é recordado depois de superado, ou, como Winnicott defende, tende a ser recalçado. Trata-se de uma condição organizada que toma temporariamente o poder sobre a personalidade da mãe e seria considerada doentia se não fosse o contexto da gravidez. Para o autor, a mãe saudável é aquela capaz de ingressar no estado

de preocupação materna primária, garantindo os cuidados adequados ao bebê, e de se recuperar dele à medida que o bebê passa a exigir menos dela.

André Green (1980/1990), em um sentido muito próximo, afirma que nesse período há uma remodelagem completa das experiências da mulher, de seu vivido e sua relação com o mundo. O foco de suas atenções passa a se direcionar inteiramente para o bebê, bem como sua sensibilidade aos sinais mais imperceptíveis emitidos por ele parece aos outros de caráter quase alucinatório. Green nomeia essa condição de “loucura materna normal”, situação em que é aceitável tudo sacrificar pelo outro, buscar ser para o bebê um objeto único e incomparável, como ele é para a mãe. Mas o autor usa essa nomenclatura no contexto de um esforço em diferenciar a loucura da psicose, buscando resgatar a dimensão afetiva e econômica possível a partir do termo “loucura”, distinta do caráter estrutural da psicose.

Esse também é o ponto de vista de Paul-Claude Racamier (1961), para quem a gravidez faz a economia psíquica da mulher se orientar gradualmente rumo a um regime narcísico e fusional, centrado em torno do feto. A mãe passa inclusive a se amar mais, pois ela ama indistintamente a si mesma e à criança que porta em seu corpo. Para o autor, o funcionamento psíquico materno se aproxima, de maneira normal e reversível, de uma modalidade “psicótica”. Mas, em consonância com Green, esse termo não deve ser compreendido no sentido de uma entidade clínica que reúne sintomas encontrados no adoecimento psicótico, e sim como uma organização particular do Eu e da personalidade. Nesta condição, o Eu se despoja dos mecanismos de defesa próprios à neurose ou à organização anterior para fazer face à nova exigência pulsional. O senso de identidade da mãe se torna mais flutuante e frágil, já que a relação com o objeto se dá aos moldes da confusão entre o Eu e o outro.

Se, a partir desses autores, fica clara a ideia de que a gravidez traz para a mulher uma nova organização psíquica, podemos considerar que a obra de Daniel Stern (1997) dá um passo adiante nessa investigação, nomeando essa nova organização de “constelação da maternidade”. Não se trata, para o autor, de uma derivação de outras organizações ou estruturas, como a psicose, mas de uma organização única e completamente normal no contexto da maternidade. De acordo com Stern, essa organização é temporária, mas, enquanto está em curso, se torna o principal eixo organizador da vida psíquica da mãe, relegando a segundo plano outros complexos que governavam a vida psíquica, como o complexo de Édipo. A tríade edípica estabelecida entre a mulher, sua mãe e seu pai é substituída por uma nova tríade sob a constelação da maternidade: mãe, mãe da mãe e bebê. O autor propõe que essa tríade está na base dos três discursos internos que passam a governar a vida da mãe: “o discurso da mãe com sua própria mãe, especialmente com sua mãe-como-mãe-para-ela-quando-criança; seu discurso consigo mesma, especialmente com ela-mesma-como-mãe; e seu discurso com o bebê”

(Stern, 1997, p. 161). Stern faz a ressalva de que a constelação da maternidade não é universal nem obrigatória, ainda que a maioria das mulheres a desenvolva.

Vemos, pelas contribuições de Stern, que a nova organização psíquica na qual a mulher é lançada pela experiência da gravidez produz uma aproximação à sua própria mãe. De fato, Freud (1933/2006, p. 132) já havia afirmado, na conferência *Feminilidade*, que, “sob a influência da transformação da mulher em mãe, pode ser revivida uma identificação com sua própria mãe”. Não se trata, para Stern, da mãe edípica rival, mas da mãe enquanto experiência de maternagem vivida pela mulher quando bebê. Nossa hipótese é de que essa aproximação também pode significar o retorno a uma condição em que mãe e filha eram menos diferenciadas, sendo, assim, fonte de angústia.

Nesse sentido, Claire Squires (2003) aponta que a gravidez tem a capacidade de reativar a relação carnal vivida com a mãe dos primeiros tempos, promovendo uma identificação a ela enquanto mãe. A filha, ao se tornar mãe, reviveria o vínculo à sua própria mãe, agora, inversamente, na posição outrora ocupada por esta. Esse retorno a um vínculo tão primário, capaz de trazer de volta elementos há muito tempo recalçados, se explicaria pelo caráter narcísico da experiência da gravidez, com seu investimento no corpo, nos limites da pele, nos cuidados. Mas a gravidez faz com que a mulher reviva não só a ternura, mas também a hostilidade experimentada em seus primeiros tempos de relação com a mãe.

A loucura materna normal traz de volta assim todas as feridas narcísicas antigas, os traumatismos, o luto e a herança transgeracional, acessíveis sob o efeito da suspensão do recalque. Talvez o período de gravidez abra uma janela menos opaca sobre o Inconsciente. As questões da relação mãe-filha serão assim desveladas (Squires, 2003, p. 121).

Associado a esse contexto, a autora afirma que não é incomum o aparecimento de grandes variações de humor, distúrbios passageiros da identidade, fobias e depressões em mulheres que se tornam mães. Por outro lado, essa revivescência de experiências do período pré-edípico pode se tornar ocasião para elaboração dos elementos que retornam, além de um trabalho de separação entre mãe e filha, questão sempre relevante para o psiquismo feminino (Squires, 2003).

Em alguns casos, a evocação de tais experiências primitivas pode fazer com que a perspectiva de gerar uma criança dentro de si não seja tolerada. Para algumas mulheres, um filho pode ser percebido como uma perda do ponto de vista narcísico e um risco de colapso de uma estrutura defensiva arduamente mantida. Para outras, ao contrário, o reencontro com as experiências de cuidado materno vividas nos primór-

dios pode ser desejado, significando o reencontro com um objeto interno bom, que não ameaça a integridade do Eu. Há ainda os casos em que a experiência de ser mãe é desejada de modo irrenunciável, surgindo como uma exigência a ser atendida, uma angústia a ser aplacada.

O desejo de ter filhos, para além de sua enunciação consciente, comporta uma ambivalência e “está sempre infiltrado de significações inconscientes” (Bydlowski, 2008, p. 19). Freud se refere ao desejo infantil de ter filhos por duas vertentes principais: a primeira, ligada à relação pré-edípica com a mãe, para os dois sexos; a segunda, relacionada ao desejo de ter um filho como substituto do pênis, no contexto do complexo de Édipo da menina. Bydlowski (2008) aponta que a perspectiva clássica da psicanálise costuma privilegiar a visão de que, ao se tornar mãe, a mulher obtém o filho outrora desejado do pai, mas tende a negligenciar a força do vínculo originário à mãe no início da vida e sua influência na filiação.

A primeira forma de expressão do desejo de ter filhos se dá em um momento ainda muito precoce, referido por Freud como a fase fálica para meninos e meninas. No caso das meninas, vimos que se trata de um período em que vigora um vínculo muito intenso à mãe, que permanece produzindo efeitos mesmo depois de recalcado – recalque, aliás, menos efetivo que o masculino. Bydlowski (2008, p. 21) indica que o desejo por um bebê pode corresponder ao anseio da mulher de viver a experiência de maternidade como sua própria mãe, em uma continuidade com ela: “Pelo desejo de um bebê, a mulher dá corpo ao vínculo carnal indestrutível que a une à sua mãe”. A autora considera a identificação à mãe confiável dos primeiros tempos algo necessário para que uma mulher possa se tornar mãe. Sylvie Faure-Pragier (1997) parece corroborar essas observações ao afirmar, de outro modo, que muitos dos casos de infertilidade feminina analisados por ela podem ser atribuídos a uma impossível identificação da paciente à mãe.

O desejo de ter um filho como substituto do falo nunca recebido é, sem dúvida, o mais referido nos textos psicanalíticos entre as motivações inconscientes que movem uma mulher a se tornar mãe. Mais do que um desejo infantil, o desejo de ter um filho do pai é alçado por Freud ao estatuto de símbolo da própria feminilidade. Segundo Bydlowski (2006; 2008), o desejo da mulher de ter filhos geralmente se dá pela combinação de três elementos: o primeiro é a identificação à mãe pré-edípica, cujo tipo de vínculo a mulher deseja prolongar na relação com seu bebê; o segundo é o desejo de receber do pai uma criança como a mãe recebeu; e, finalmente, existe o desejo de ter uma criança que encarne o vínculo sexual estabelecido com um homem desejado e atual. O único momento em que Freud parece considerar essa hipótese em sua obra pode ser identificado no texto “As transformações do instinto exemplificadas no erotismo anal”:

Podemos certamente nos sentir inclinados a atribuir o desejo por um homem [...] ao desejo por um bebê, já que a mulher com certeza compreenderá, mais cedo ou mais tarde, que não pode haver bebê sem a cooperação do homem. Contudo, é mais provável que o desejo por um homem nasça independente do desejo por um bebê, e que, quando esse desejo desperta, [...] o desejo original de um pênis liga-se a ele, como um reforço libidinal inconsciente. (Freud, 1917/2006, p. 137-138).

Assim, Freud considera nesse texto que o amor de uma mulher por um homem pode nascer desvinculado do desejo feminino de ter uma criança do próprio pai. Somente depois esse desejo infantil reapareceria para se inscrever em outro registro, o do amor por um homem. Freud (1917/2006) menciona que, nas mulheres que não se tornam neuróticas, o amor por um homem pode se dar segundo o tipo objetal, que coexistiria então com o tipo narcísico. Em outros casos, somente um bebê poderia promover a transição do autoamor narcísico para o amor objetal. Com isso, Freud retifica uma de suas posições defendidas em 1914 (2004), segundo a qual as mulheres em geral só poderiam encontrar o amor objetal na maternidade.

É essa a discussão desenvolvida por Maria Elisa Pessoa Labaki (2008), que busca na teoria freudiana um lugar para a maternidade que não se inscreva na neurose. Para a autora, Freud situa apenas na histeria o desejo feminino de ter filhos, assim como só consegue conceber a ausência de desejo de maternidade na homossexualidade. O desejo de ter um bebê seria um sintoma histérico na medida em que expressa o retorno do desejo recalcado na menina de possuir o pênis, então deslocado para o desejo de possuir um bebê. Para a autora, essa posição freudiana implica em considerar uma sexualidade feminina que jamais alcança a organização genital adulta. Nesse contexto, ela se refere ao texto de 1917 como o único que apresenta o desejo de maternidade como uma das vias do erotismo em relação ao homem. Labaki ressalta que é preciso reservar um lugar à maternidade que escape à neurose e possa se inscrever na lógica da diferença sexual.

Essa perspectiva sobre o desejo de ter filhos leva a autora a uma nova discussão, que nos interessa especialmente. De acordo com Labaki (2008), é preciso diferenciar o desejo de engravidar que anima uma mulher daquele que a manterá dedicada a seu bebê. Enquanto a gestação pode ser experimentada por algumas mulheres como o ápice da vivência narcísica, ligada à capacidade de gerar outra vida e de preencher temporariamente a própria falta, o exercício da maternidade é de outra ordem. Após o nascimento, a sensação seria menos a de uma completude narcísica e mais a de uma perda, imposta pela separação a que o parto obriga. Essa separação levaria imediatamente ao início de um trabalho de diferenciação, pois, a partir do nascimento, o que

era um se torna dois. Nesse sentido, não existe relação de continuidade entre gestação e maternidade, mas sim de ruptura.

Apesar de considerarmos essa distinção de grande utilidade, podemos fazer a objeção de que essa ruptura não se dá de maneira imediata, e sim a partir de um processo gradual de separação entre mãe e bebê. Logo após o nascimento, o que vigora é o funcionamento psíquico denominado por Winnicott (1956/2000) de preocupação materna primária, no qual as particularidades da mãe são deixadas em segundo plano para que ela se adapte completamente às necessidades do bebê, como já discutimos. Mas, para isso, lembra a autora, a mãe deve conter em si o movimento de separação, permitindo-lhe identificar-se com o bebê. Assim, interessa-nos destacar nas contribuições de Labaki (2008) a ideia de que o desejo de engravidar, de caráter mais narcísico, deve ser distinto do desejo que uma mulher precisa sustentar no exercício da função materna – desejo que a autora define como o de perder, mais do que o de ter. Trata-se de um desejo que privilegia o amor objetal e que permite a emergência da alteridade na criança. “A espera de um filho, durante a gravidez, bem como o investimento de desejo no filho que será adotado, deveria dotar a mãe com esta capacidade de perda da imagem ideal do bebê, sem a qual a criança não se subjetivaria” (Labaki, 2008, p. 282).

Piera Aulagnier (1999), no mesmo sentido, fala da importância de que a mãe separe o corpo real do bebê da imagem antecipada do corpo dele forjada por ela durante a gestação. Essa imagem, por um lado, é fundamental, pois o corpo da criança só pode ser acolhido pela mãe se ela construir uma história para ele, história que contém um “Eu antecipado”, que insere a criança em um sistema de parentesco e com isso em uma ordem temporal e simbólica. O Eu da criança só poderá se constituir sobre essa imagem antecipada pela mãe, seu porta-voz. Por outro lado, o investimento da mãe nessa imagem antecipada, para a qual não existe ainda suporte real, implica sempre em um risco: em alguns casos, o corpo com o qual a criança vem ao mundo não encontra correspondência na imagem ideal forjada pela mãe, tornando-se muito estranho para o olhar materno.

Essas formulações nos levam a pensar, mais uma vez, que o investimento da mãe sobre a imagem do bebê que vai nascer, seja aquele que está no ventre ou o que ainda nem foi concebido, possui caráter eminentemente narcísico. Porém, ao final da gravidez e após o nascimento, deve ser iniciado um processo de objetalização dos investimentos maternos sobre o bebê, permitindo a emergência de investimentos de tipo objetal. A grande transformação que se opera de um tipo de investimento a outro é a consideração do *lugar da diferença*. O investimento de tipo narcísico é aquele em que se ama a criança como se ama a si mesma, enquanto o amor objetal implica em amar o estrangeiro, o diferente, aquele que sempre traz uma surpresa. Não queremos sustentar que o exercício da maternidade, como referido por Labaki (2008), exige uma transição

completa do amor narcísico ao objeto. Trata-se mais da *possibilidade de emergência do amor objeto ao lado do amor narcísico*. O amor narcísico puro pela criança nos remete ao que Eliacheff e Heinich (2004) denominaram de patologia do amor materno: um amor sem limites, em que predomina a confusão entre quem ama e quem é amado, sem espaço para a diferença. Também é um tipo de amor que não coexiste facilmente com o ódio, pois este separa. O amor narcísico exclusivo, portanto, exclui a ambivalência necessária à separação, especialmente entre mãe e filha.

Faure-Pragier (1997, p. 110), nesse contexto, interroga: o que seria então “um verdadeiro desejo de ter filhos?”. A autora propõe que, nos casos em que a mudança de objeto da mãe para o pai é problemática para a filha, não se trata tanto do desejo de um filho como filho do pai. Na ausência de uma triangulação suficiente na história da mulher, diz a autora, não parece que a demanda de engravidar exprime “um verdadeiro desejo por um filho nascido do amor de um homem e de uma mulher. Talvez pudéssemos falar de uma vontade de filho [*envie d'enfant*]” (Faure-Pragier, 1997, p. 111). Vontade que, segundo ela, pode mascarar uma recusa de filho inconsciente, ligada à ocorrência de certos casos de infertilidade. Apesar de Faure-Pragier não fazer distinção clara entre o desejo de ter um filho do pai edípico e o desejo de ter um filho de um homem amado, fica marcada a diferença entre esse desejo por um filho e a “vontade de filho”, que não expressa de fato um desejo inconsciente.

Em entrevista a Horstein, Aulagnier parece acompanhar esse ponto de vista:

[...] é necessário diferenciar o desejo de filho com toda a evolução que ele implica: ter um filho da mãe, ter um filho do pai até chegar a desejar um filho do homem que possa dá-lo. Este desejo de filho deve ser diferenciado do desejo de maternidade que é o desejo de repetir em forma especular seu relacionamento com a mãe. Este desejo é catastrófico para a criança. O catastrófico é que para essas mulheres é impossível aceitar o novo” (Hornstein, 1986/1991, p. 367).

Desse modo, há uma distinção importante estabelecida pela autora entre o desejo de filho, de um bebê fruto da relação sexual entre um casal – poderíamos dizer, fruto da diferença – e o desejo de maternidade enquanto tentativa de retorno à relação especular vivida com a própria mãe no início da vida, em que ainda não há lugar para a diferença. Enquanto Aulagnier ressalta que não é o filho que se deseja nesses casos, mas a maternidade, Faure-Pragier aponta para a inexistência de um desejo de fato nessa demanda, que surge sob a forma de uma vontade. Nesses termos, partindo das pontuações das duas autoras, propomos estabelecer uma diferença entre o *desejo por um filho* e a *vontade de ser mãe*.

A vontade de ser mãe não se constrói em torno de uma criança imaginada, e sim a partir de uma dificuldade de separação da mulher em relação à própria mãe que encontra na maternidade mais um recurso para se perpetuar. Vimos como a gravidez promove um reencontro da mulher com a relação pré-edípica com a mãe, ou melhor, o estreitamento de um tipo de vínculo que nunca é totalmente recalçado. Essa emergência do vínculo primário à mãe exige do psiquismo da mulher uma reorganização que permita construir a própria maternidade e englobar narcisicamente a criança que chega. A identificação à mãe, considerada por Bydlowski (2008) e Faure-Pragier (1997) fundamental à construção da maternidade, pode, em certos casos, significar uma ameaça de retorno à indiferenciação. Nesses casos, a perspectiva de uma gravidez é vivida inconscientemente como uma ameaça, e a recusa, também inconsciente, da gravidez faz com que a expressão consciente da vontade de ser mãe não seja mais que uma defesa. Assim, nos casos em que a separação entre mãe e filha é precária, há um prejuízo à possibilidade de emergência do desejo de ter filhos, podendo surgir uma vontade de ser mãe de caráter defensivo, que prolonga o aprisionamento da filha ao vínculo primário à mãe. Mas como a dificuldade de separação entre mãe e filha atinge a formulação inconsciente do desejo de ter filhos?

De acordo com Aulagnier (1979), tanto a menina quanto o menino herdaram um desejo de ter filhos que lhes é transmitido pelo desejo materno de que eles se tornem também pai ou mãe. Trata-se da projeção sobre os filhos do desejo recalçado na mãe de ter um bebê de seu pai quando era uma menininha edípica. Ainda segundo a autora, o desejo de ter um filho do pai no Édipo, não realizado, se transforma em desejo de que sua criança tenha um filho. Mas, assim como a mãe não pôde receber um filho de seu pai, pela interdição do incesto, ela também não pode dar um filho a seu filho. Desse modo, o mesmo desejo transmite à criança a mesma interdição: tanto o desejo quanto a interdição se repetem na geração seguinte. Pela transmissão do desejo e da interdição, a mãe prova para si que não realizou o desejo de filho do Édipo, que era incestuoso, e a criança herda também a constatação de que ela não é a realização daquilo que era esperado. Aulagnier considera que, assim, mãe e criança se tornam agentes da repressão um para o outro.

Esse desdobramento tem consequências importantes, pois o desejo materno, transmitido dessa maneira, indica para a criança que há um lugar que deve ficar vago – noção que essa criança também transmitirá para seus filhos. O desejo infantil inicial de ter um filho de sua mãe, segundo Aulagnier (1979), significa o desejo de ter-se a si mesmo, ter e ser ao mesmo tempo, e, portanto, deve ser superado. Ele deve dar lugar ao reconhecimento de que não se pode ter o que se é, só sendo possível almejar objetos substitutivos. Isso se torna possível pela passagem do desejo para o registro edípico,

quando a figura paterna, um terceiro, dá à criança “o dom de ter um filho que ela não pôde ser, mas poderá ter” (Aulagnier, 1979, p. 119). Esse desejo, postergado na infância, poderá ser reapropriado depois, quando o pai e a mãe forem substituídos por outra pessoa. Assim, o desejo materno de que a criança tenha um filho, tal como é enunciado, coloca a mãe no lugar de doadora interdita.

Seguindo as formulações de Aulagnier (1979), podemos considerar que o desejo de ter um filho enquanto um objeto substitutivo, que abre espaço para o amor objetal, tem como base fundamental a transmissão da interdição do incesto. É essa interdição, eixo organizador fundamental do psiquismo, que não produz seus efeitos nos casos em que se apresenta a vontade de ser mãe. Quando o desejo é de reprodução da relação especular com a mãe através da própria maternidade, não há lugar para o terceiro, isto é, prevalece a relação incestuosa primária entre mãe e filha. O desejo de ter filhos só é possível em um modo de funcionamento triangular, em que o filho é outro, um estrangeiro, mesmo que venha do interior do corpo. É o complexo de Édipo que propicia essa organização, mesmo que o terceiro não seja um homem: a travessia do Édipo equivale à inscrição da interdição do incesto, a lei que proíbe mãe e filha de permanecerem em uma relação exclusiva. Essa lei, quando inscrita no psiquismo materno, permite que essa mãe transmita a seus filhos um desejo de ter filhos em que está implícita essa proibição. Isso significa que, para ela, seu filho não representa a realização da relação incestuosa com seus pais, assim como o filho de seu filho não o será. Portanto, a possibilidade de desejar e de conceber filhos está estreitamente relacionada à travessia de uma separação fundamental entre mãe e filha: aquela que as retira da relação exclusiva e incestuosa dos primeiros tempos.

Nesse contexto, Faure-Pragier (1997; 2001; 2003) nos oferece uma articulação interessante entre a existência de um espaço de separação entre mãe e filha e a possibilidade de concepção. Conceber um filho, segundo a autora, exigiria do psiquismo as mesmas capacidades necessárias à concepção de um pensamento original ou uma obra de arte. Essas capacidades não são encontradas em certas mulheres inférteis acompanhadas pela autora, impossibilitadas não só de engravidar, mas de produzir sonhos (sempre “breves e crus”) e associações. Ao contrário, seu funcionamento psíquico se caracteriza pela tentativa de controle onipotente sobre sua realidade interna, que se expressa especialmente no *setting* analítico. Faure-Pragier (1997) situa esse impasse em torno de uma incapacidade de suportar qualquer tipo de passividade, pois esta remeteria à dependência e à submissão à dominação materna. Mais especificamente, há “um movimento de regressão à submissão à mãe onipotente e a luta contra esse desejo pela repressão de toda passividade” (Faure-Pragier, 2003, p. 71). Nesse contexto, surge uma tendência à atividade, expressa como uma substituição do funcionamento representativo pelas atuações (como a demanda incansável por todo tipo de intervenções técnicas

para a reprodução assistida), acompanhada de um “narcisismo fálico”, ligado menos à inveja do pênis do que à recusa à passividade.

Inspirada em Didier Anzieu, Faure-Pragier (2003) considera que a aceitação passiva de “pensamentos divergentes” é necessária ao surgimento do novo, mas isso também pode se aplicar à aceitação do crescimento de uma criança desconhecida no interior de seu corpo. É preciso aceitar uma certa surpresa que desorganiza as representações anteriores para que surja o novo. Nos casos de “inconcepção”, como define a autora, é essa possibilidade que se encontra fora de alcance. Essas pacientes temem o que seria a primeira condição para o trabalho de criação: uma “dissociação parcial” e uma “regressão do Eu, parcial, brusca e profunda” (Faure-Pragier, 2003, p. 73), defendendo-se contra a angústia que esses processos provocariam – angústia de tipo psicótico, ligada à aniquilação, ao despedaçamento, à perseguição. O termo inconcepção assume então um duplo sentido claro:

Conceber uma criança, como conceber um pensamento, supõe a capacidade de abandonar o controle, os princípios conhecidos e o funcionamento ordenado do corpo fisiológico, para deixar ser produzida no interior de si uma subversão desconhecida, de onde emergirá o novo: pensamento, obra ou criança (Faure-Pragier, 1997, p. 75).

Ainda segundo Faure-Pragier (2003), a concepção, tanto de um pensamento ou obra, quanto de uma criança, suporia a capacidade de confiar na qualidade do objeto interno, o que permite assumir o risco da perda de controle que vem com a expansão dos limites narcísicos. Nesse ponto, a autora retoma a discussão que desenvolvemos acerca da reorganização psíquica que a experiência da gravidez provoca na mulher. Bydlowski (2001) havia ressaltado como a existência de um bom objeto interno é fundamental para que a mulher não viva a experiência da gravidez de maneira persecutória. Essa é a condição para que uma nova configuração narcísica se instaure – um “narcisismo englobante”, nos termos de Aragão (2004) – permitindo que a criança seja acolhida pelo psiquismo da mãe. Mas, acima de tudo, a possibilidade de conceber supõe um reencontro possível com as representações sobre a mãe pré-edípica, algo que parece se tornar insuportável para certas mulheres.

Nesses casos, diz Faure-Pragier (2003), falta a distância que marca a separação, que favoreceria o espaço do brincar e da criatividade, espaço equivalente ao lugar de concepção. Para a autora (Faure-Pragier, 2001), a mãe ocupa sozinha o espaço psíquico dessas mulheres, impedindo a concepção. É preciso que um vazio psíquico duplique o vazio uterino para que o espaço de concepção se libere (Faure-Pragier, 2003). Esse vazio remete a autora “ao espaço transicional, à capacidade de rêverie da mãe, à pos-

sibilidade de estar só em sua presença, a tudo que condiciona a separação entre mãe e filha” (Faure-Pragier, 2003, p. 72).

O espaço transicional, ou espaço potencial, como referido por Winnicott (1971/1975), não é nem o espaço interno, nem o espaço externo; ele é um espaço intermediário, criado a partir do objeto e ligado ao uso que se faz dele. Esse espaço se constitui ao final da fase de fusão ao objeto, em que este passa a ser repudiado como não-Eu. Trata-se do momento em que o bebê passa a separar a mãe de seu Eu e ela começa a sair do estado de preocupação materna primária. Esse momento, que poderia ser definido apenas como um momento de separação, revela-se, para Winnicott, mais complexo. O autor considera que, “com seres humanos, não pode haver separação, apenas uma ameaça dela” (Winnicott, 1971/1975, p. 150), ideia que pode ser associada à capacidade de estar só, que só pode ocorrer a partir da presença materna. Não há separação total, assim como não se fica totalmente só, porque o espaço da separação equivale ao espaço potencial, que, no mesmo ato de constituir-se, é preenchido pelo bebê com a experiência do brincar. Quanto maior tiver sido a confiança no objeto, ligada à experiência de um ritmo reassegurador nos cuidados maternos, maior será o espaço potencial para o bebê.

Na experiência do bebê (da criança pequena, do adolescente e do adulto) mais afortunado, a questão da separação não surge no separar-se, porque, no espaço potencial existente entre o bebê e a mãe, aparece o brincar criativo que se origina naturalmente do estado relaxado. É aqui que se desenvolve o uso de símbolos que representam, a um só e mesmo tempo, os fenômenos do mundo externo e os fenômenos da pessoa individual que está sendo examinada. [...] A confiança do bebê na fidedignidade da mãe e, portanto, na de outras pessoas e coisas, torna possível uma separação do não-Eu a partir do Eu. Ao mesmo tempo, contudo, pode-se dizer que a separação é evitada pelo preenchimento do espaço potencial com o brincar criativo, com o uso de símbolos e com tudo que acaba por se somar a uma vida cultural (Winnicott, 1971/1975, p. 151).

A partir dessa leitura, depreendemos que a possibilidade de usar símbolos que ocupem o espaço deixado pela separação em relação à mãe garante que esse espaço se torne fértil para a aquisição de objetos substitutivos, permanecendo, portanto, sempre preenchido. Não é esse o caso ao se tratar de certas mulheres que não conseguem se liberar da relação exclusiva com a mãe pré-edípica. Nesses casos, o espaço psíquico está ocupado por um objeto único, insubstituível, cuja presença parece aplacar a angústia de separação, mas aprisiona e causa sofrimento. A separação em relação à mãe, sempre

parcial, só pode deixar como herança o desejo de ter filhos na medida em que consiga capacitar a criança a investir eroticamente em outros objetos. O desejo de um filho é o desejo do novo, da diferença, de uma relação em que está inscrita definitivamente a marca da perda do objeto primário. Já a vontade de ser mãe, ao não comportar essa marca, se depara com a impossibilidade psíquica de investir novos objetos, pois estes não encontram um espaço fértil que os acolha.

Com Winnicott, aprendemos que o espaço de separação entre mãe e filha só pode ser sustentado se ali se constituir um espaço de criação – criação que pode se dar a partir de uma infinidade de objetos, vindo a produzir seja uma forma de pensar criativa, uma obra de arte ou até um filho. A criança é um entre tantos objetos que podem ocupar o espaço potencial de uma mulher, nascendo a partir dele. A capacidade de desejar filhos e de concebê-los se aproxima, portanto, da capacidade de brincar, de criar subjetivamente um objeto que está na realidade externa, o que só se torna possível a partir da confiança em um bom objeto interno. Para ter um filho é preciso ter a tranquilidade de que a imagem interna da mãe não é só ameaçadora, mas também protetora, garantia de que é possível aceitar a subversão trazida pelo novo. Conceber um filho é um ato de criação, possível apenas no espaço conquistado pela separação entre mãe e filha.

Referências

- Alonso, S. L. (2008). A filha não suficientemente boa. In Alonso, S. L., Breyton, D. M., & Albuquerque, H. M. F. M. (Orgs.), *Interlocuções sobre o feminino na clínica, na teoria, na cultura*. São Paulo: Escuta.
- André, J. (1994). *La sexualité féminine*. Paris: PUF.
- André, J. (2003). Introduction, l'empire du même. In André, J. (Org.), *Mères et filles: la menace de l'identique* (p. 11-22). Paris: PUF.
- Aragão, R. O. (2004). Narcisismo materno e criação do espaço psíquico para o bebê. In Aragão, R. O. (Org.), *O bebê, o corpo e a linguagem* (p. 91-101). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Aulagnier, P. (1979). *A violência da interpretação: do pictograma ao enunciado*. Rio de Janeiro: Imago.
- Aulagnier, P. (1999). Nascimento de um corpo, origem de uma história. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, II, 3, 9-45.
- Bydlowski, M. (2001). Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne. *Devenir*, 13(2), 41-52.
- Bydlowski, M. (2006). La crise parentale de la première naissance: l'apport de la psychopathologie. *Informations sociales*, 132, 64-75.
- Bydlowski, M. (2008). *Les enfants du désir: destins de la fertilité*. Paris: Odile Jacob.
- Eliacheff, C., & Heinich, N. (2004) *Mães-filhas: uma relação a três*. São Paulo: Martins Fontes.

- Faure-Pragier, S. (1997). *Les bébés de l'Inconscient: le psychanalyste face aux stérilités féminines aujourd'hui*. Paris: PUF.
- Faure-Pragier, S. (2001). Que reste-t-il de leurs amours? Séparation mère-fille et conception. *Revue française de psychanalyse*, 65(2), 409-424.
- Faure-Pragier, S. (2003). Déficit de transmission du maternel. Absence de fantasme, absence de conception?. In André, J. (Org.), *Mères et filles: la menace de l'identique* (p. 53-75). Paris: PUF.
- Freud, S. (2004). À guisa de introdução ao narcisismo. In Freud, S. [Autor], *Obras psicológicas de Sigmund Freud: escritos sobre a psicologia do inconsciente*, v. 1. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1914)
- Freud, S. (2006). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In Freud, S. [Autor], *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. VII. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1905)
- Freud, S. (2006). Um caso de paranoia que contraria a teoria psicanalítica da doença. In Freud, S. [Autor], *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XIV. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1915)
- Freud, S. (2006). As transformações do instinto exemplificadas no erotismo anal. In Freud, S. [Autor], *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XVII. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1917)
- Freud, S. (2006). A psicogênese de um caso de homossexualismo numa mulher. In: Freud, S. [Autor], *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1920)
- Freud, S. (2006). A organização genital infantil: uma interpolação na teoria da sexualidade. In Freud, S. [Autor], *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XIX. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1923)
- Freud, S. (2006f). A dissolução do Complexo de Édipo. In Freud, S. [Autor], *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XIX. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1924)
- Freud, S. (2006). Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos. In Freud, S. [Autor], *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XIX. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1925)
- Freud, S. (2006). Sexualidade feminina. In Freud, S. [Autor], *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XXI. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1931)
- Freud, S. (2006). Conferência XXXIII: Feminilidade. In Freud, S. [Autor], *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XXII. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1933)
- Green, A. (1990). Passions et destins des passions. Sur les rapports entre folie et psychose. In Green, A. [Autor], *La folie privée: psychanalyse des cas-limites*. Paris: Gallimard. (Original publicado em 1980)

- Hornstein, L. (1991). Diálogo con Piera Aulagnier. In Hornstein, L. et al., *Cuerpo, historia, interpretación* (p. 360-379). Buenos Aires: Paidós. (Original publicado em 1986)
- Labaki, M. E. P. (2008). Ter filhos é o mesmo que ser mãe?. In Alonso, S. L., Breyton, D. M., & Albuquerque, H. M. F. M. (Orgs.), *Interlocuções sobre o feminino na clínica, na teoria, na cultura* (p. 273-284). São Paulo: Escuta.
- Lacan, J. (1998). O estádio do espelho como formador da função do Eu tal como nos é revelada na experiência psicanalítica. In Lacan, J. [Autor], *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.. (Original publicado em 1949)
- Le Guen, C. (1997). O engodo feminino do masoquismo ordinário. *Percurso*, 18, 5-24.
- Racamier, P.-C. (1961). La mère et l'enfant dans les psychoses post-partum. *L'évolution psychiatrique*, 26(4), 525-570.
- Squires, C. (2003). Et si c'est une fille? In André, J. (Org.), *Mères et filles: la menace de l'identique* (p. 119-139). Paris: PUF.
- Stern, D. N. (1997). *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D. W. (1975). O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In Winnicott, D. W. [Autor], *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (original publicado em 1967)
- Winnicott, D. W. (1975). O lugar em que vivemos. In Winnicott, D. W. [Autor], *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1971)
- Winnicott, D. W. (2000). A preocupação materna primária. In Winnicott, D. W. [Autor], *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1956)
- Zalcborg, M. (2003). *A relação mãe e filha*. Rio de Janeiro: Elsevier.

Notas

- ¹ No texto "O estranho" (*Das Unheimlich*), de 1919, Freud relata um episódio em que, viajando de trem em um compartimento particular, um solavanco faz a porta do toaile se abrir e, então, um senhor de idade, de roupão e boné de viagem entra. Freud se levanta para apontar o equívoco desse homem e então compreende, espantado, que o intruso era seu reflexo no espelho da porta aberta. Perturbado, confessa que antipatizou com seu "duplo", que considerou "estranho".

Recebido em 26 de julho de 2016

Aceito para publicação em 14 de agosto de 2017

ACOLHIDA E CUIDADO A CRIANÇAS E FAMÍLIAS EM UM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL INFANTIL

*RECEPTION AND CARE OF CHILDREN AND
FAMILIES IN A CHILD MENTAL HEALTH SERVICE*

*ACOGIDA Y CUIDADO A NIÑOS Y FAMILIAS EN
UN SERVICIO DE SALUD MENTAL INFANTIL*

*Vania Bustamante**

*Rosângela Oliveira***

*Nattana Brito Rodrigues****

RESUMO

Este estudo aborda o trabalho com a família nas práticas de cuidado à saúde mental e o desenvolvimento infantil, tendo como suporte a teoria psicanalítica. Aborda-se a história e as atuais políticas de saúde mental infantil, no marco do Sistema Único de Saúde, com ênfase no lugar em que a família é colocada. Reflete-se sobre as contribuições da psicanálise para as práticas de cuidado à saúde mental na infância, especialmente o aporte de Winnicott e os conceitos de Acolhida (Holmes, 2012) e Cuidado (Figueiredo, 2009). Realizou-se um estudo de caso com frequentadores de um serviço que atende crianças e suas famílias, buscando compreender como ocorreu o processo terapêutico: desde a chegada, através de um encaminhamento, à construção do psicodiagnóstico, a devolutiva oferecida à família e os avanços terapêuticos observados. Os atendimentos foram transcritos e analisados com o método da análise temática. Encontrou-se que a acolhida, eixo central do trabalho terapêutico no serviço estudado, fortalece os vínculos familiares e repercute em uma maior qualidade do cuidado oferecido à criança. Finalmente, são apontados alguns avanços conceituais e seus desdobramentos práticos, que evidenciam a importância de serviços que preencham a

* Professora Adjunta do Instituto de Psicologia e pesquisadora do MUSA no Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brasil.

** Psicóloga e residente em Saúde Mental, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil.

*** Psicóloga, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brasil.

lacuna assistencial existente na brecha entre a atenção básica e os serviços de alta complexidade.

Palabras clave: saúde mental; infância; cuidado; psicanálise; família.

ABSTRACT

The present study aims to further the discussion of working with families in the practice of mental health and child development using a psychoanalytical approach. The history and current child mental health policies are reviewed within the context of the public health service in Brazil emphasizing how the family is treated. We also reflect on the contributions psychoanalysis can make in terms of child mental health, especially the contribution of Winnicott and the concepts of Acceptance (Holmes, 2012) and Care (Figueiredo, 2009). Some case studies were carried out involving children and their families attending a centre, looking forward to understand the therapeutic process: since the beginning coming from another institution, the construction of psycho diagnostics, feedback offered to family and therapeutic change observed. Sessions were transcribed and analysed with thematic analysis method. Our results show that reception, the main axis of therapeutic work, strengthens family ties and in turn affects the quality of care offered to the child. Finally, some conceptual advances and their practical application are suggested, addressing the importance of services able to fill the assistance gap among primary care and high complexity mental health services.

Keywords: mental health; infancy; care; psychoanalysis; family.

RESUMEN

Este estudio aborda el trabajo con la familia en el cuidado a la salud mental y el desarrollo infantil, contando con el subsidio teórico psicoanalítico. Se aborda la historia y actuales políticas de salud mental infantil, dentro del Sistema Único de Salud, enfatizando el lugar en que la familia es colocada. Se reflexiona sobre los aportes del psicoanálisis a las prácticas de cuidado a la salud mental infantil, especialmente la contribución de Winnicott y los conceptos de Acogida (Holmes, 2012) y Cuidado (Figueiredo, 2009). Fue realizado un estudio de caso con frecuentadores de un servicio que atiende a niños y sus familias, buscando comprender como transcurrió el proceso terapéutico: desde la llegada por una derivación, la construcción del psicodiagnóstico, la devolución brindada a la familia y los avances terapéuticos observados. Los atendimientos fueron

transcritos y analizados con el método del análisis temático. Se encontró que la acogida, eje central del trabajo terapéutico en el servicio estudiado, fortalece los vínculos familiares y la calidad del cuidado ofrecido al niño. Finalmente, se destaca algunos avances conceptuales y sus implicaciones prácticas, que evidencian la importancia de servicios que llenan el vacío asistencial existente entre la atención básica y los servicios de alta complejidad.

Palabras clave: salud mental; infancia; cuidado; psicoanálisis; familia.

Introdução

A demanda por assistência em saúde mental para o público infantil é crescente. Isso pode ser visto em estudos epidemiológicos que mostram altas prevalências de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes e apontam insuficiência na oferta de atenção (Assis, Avanci, Pires, & Oliveira, 2010; Paula, Miranda, & Bordin, 2010). Por outro lado, a tardia inclusão da saúde mental infantil e juvenil na agenda das políticas brasileiras (Couto, & Delgado, 2015) e internacionais está associada ao fato de que os saberes sobre diagnósticos e possibilidades terapêuticas são construções recentes e ainda incipientes (Reis, Delfini, Dombi-Barbosa, & Bertolino Neto, 2010; Couto, & Delgado, 2010).

No Brasil, tradicionalmente, os cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes eram realizados por instituições filantrópicas e associações de pais e familiares (Brasil, 2005; Amstalden, Hoffmann, & Monteiro, 2010; Lauridsen-Ribeiro, & Paula, 2013). A criação dos Centros de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSI) é expressão da implantação da Reforma Psiquiátrica dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) e constitui a primeira ação efetiva de deslocar o cuidado dessa população para a rede pública. Trata-se de um serviço que, além de oferecer cuidados clínicos a crianças e adolescentes com problemas de saúde mental, também agencia a rede ampliada de atenção – pautada na intersetorialidade e na corresponsabilidade (Lauridsen-Ribeiro, & Paula, 2013). Os atendimentos são prioritários para todos aqueles cuja problemática incida diretamente em prejuízos psicossociais severos (Couto, Duarte, & Delgado, 2008).

Como apontam Lauridsen-Ribeiro e Paula (2013), não cabe apenas aumentar o número de CAPSI para tornar o serviço mais abrangente, mas é necessário, ainda, melhorar a oferta e a qualidade do cuidado em saúde mental para crianças e adolescentes na Atenção Primária à Saúde. Isso porque as Unidades

Básicas de Saúde são os serviços onde as crianças e suas famílias compõem com maior frequência para cuidados diversos, sendo essas ocasiões propícias para abordagens no campo da saúde mental. Esses mesmos autores apontam, também, a importância da inclusão efetiva da família, em especial dos pais, que deve ser obrigatória em toda abordagem e na elaboração dos projetos terapêuticos singulares.

Onocko-Campos (2012) aponta a existência de importantes falhas na atual política pública de saúde mental para crianças, considerando que as intervenções não observam o contexto, a cultura e as redes do sujeito, o que muitas vezes leva à fragilização dos sujeitos e da família. Nesse sentido, a autora argumenta que “[...] não há como atendermos crianças gravemente perturbadas, ou em risco sério de sê-lo, sem acolhermos e trabalharmos também clinicamente com as suas mães, e com seu ambiente” (Onocko-Campos, 2012, p. 143). Portanto, é preciso que serviços de saúde mental, tais como o CAPSI, percebam que “[...] o trabalho com a dupla mãe-filho faz parte das suas tarefas primárias e não é um acréscimo inesperado!” (Onocko-Campos, 2012, p. 143). Por isso, ainda segundo Onocko-Campos, é fundamental que a equipe de profissionais tenha disponibilidade para oferecer um ambiente seguro e acompanhar as reflexões da “mãe”, comportando-se de forma semelhante ao que Winnicott denomina função paterna.

Winnicott (1965/2005) é um dos principais psicanalistas a se debruçar sobre a criança e sua relação com o ambiente, pois entende que a subjetividade se constrói nessa relação. Em sua teoria, compreende as possibilidades de desenvolvimento humano a partir de uma tendência inata para o amadurecimento (Rosa, 2009) e destaca os conceitos de função materna e paterna como parte do ambiente que favorece essa tendência. Salienta que cabe à função materna proporcionar a condição de bem-estar à criança, um ambiente favorável para que a criança possa se desenvolver (Winnicott, 1965/2005).

Na fase inicial, a relação mãe-bebê é considerada a mais estruturante do psiquismo do sujeito. Quando existe uma “mãe suficientemente boa” que responde às necessidades primárias do bebê, este, apesar de ainda não poder se identificar com ela, se mantém dependente, por isso, a fase de *dependência absoluta* (Winnicott, 1965/2005). Esse autor afirma que compete à função materna: apresentar os objetos, sustentar o bebê (*holding*) e manipulá-lo enquanto é cuidado (*handling*). Com o amadurecimento do bebê, ele pode suportar falhas maternas e seguir para uma fase de *dependência relativa*, na qual já não há um alto grau de dependência (Rosa, 2009).

A “mãe suficientemente boa”, então, é pensada por Winnicott (1965/2005) como aquela que é sensível às necessidades do bebê e que responde de acordo com elas. No início, haveria, inclusive, (Onocko-Campos, 2012, p. 143) uma preocu-

pação exacerbada com o bebê, a ponto de possibilitar a ilusão de onipotência de que é o próprio bebê quem providencia todo esse bem-estar (Rosa, 2009). Então, se a maternagem não for boa o suficiente para esse bebê, a criança não consegue formar um *self* verdadeiro ou este permanece oculto por trás de um falso *self*, onde a criança torna-se uma junção de reações à violação (Winnicott, 1965/2005). Vale destacar que a referência de Winnicott à dupla mãe-bebê não deve ser entendida de um modo literal, mas no sentido de que a criança está sempre com um cuidador, que pode ser a mãe ou não. Isto tende a se diversificar, dada a maior visibilidade que estão tendo os chamados “novos arranjos familiares” (Wagner, Tronco, & Armani, 2011)

O conceito de função paterna em Winnicott, diferentemente da psicanálise tradicional, não se mantém restrito à fase edípica (Rosa, 2009). O pai servirá de suporte emocional nos primeiros anos de vida do bebê, o que favorecerá um maior envolvimento com a criança. É função paterna estar próximo à mãe, desde a gestação, para que ela possa se dedicar ao cuidado do filho, sustentando a relação dual mãe-bebê (Winnicott, 1945/1993). Em um momento de dependência relativa, o pai ajuda a mãe a sair do estado de preocupação exacerbada com a criança, possibilitando o início da separação entre ela e o bebê e a independência deste (Rosa, 2009).

Em outros momentos, é possível que apareçam características de um aspecto mais duro e severo, que não é uma função paterna interditora na relação mãe-bebê, mas de sustentação para que o amadurecimento advenha desta relação. O “não” pode aparecer para a criança e é por volta desse período que o pai pode ser percebido como um terceiro – diferente da mãe. Essa função está indiretamente ligada ao cuidado do bebê, mas não deixa de ser tão importante quanto a função materna (Rosa, 2009).

Dentre as formulações winnicottianas, o brincar é bastante caro a este trabalho. Para Winnicott (1971/1975), o brincar é entendido como uma das expressões de uma área intermediária da experiência do sujeito. É o “entre”: entre a realidade interna e externa e, desse modo, deve ser uma área livre de contestação. Nesse sentido, o brincar é expressão de uma área intermediária necessária para o desenvolvimento da criança que contribui para a saída da fase de dependência absoluta para a fase de dependência relativa. No início do relacionamento entre a criança e o mundo, tal área exerce função de amparo frente à desilusão das falhas maternas. Sendo assim, o autor destaca que “a criança traz para dentro dessa área da brincadeira objetos ou fenômenos oriundos da realidade externa, usando-os a serviço de alguma amostra derivada da realidade interna ou pessoal” (Winnicott, 1971/1975, p. 76).

Na concepção de Winnicott (1971/1975), o brincar é, em si mesmo, terapêutico, pois abre espaço para a criatividade e, sendo criativo, é possível que o indivíduo descubra o seu *self*. O brincar, além de ser terapêutico, é primário e próprio da saúde e conduz aos relacionamentos grupais. Pode, também, ser uma forma de comunicação na psicoterapia. Essa é a compreensão que dá suporte ao trabalho que ele denominou de consultas terapêuticas.

Diversos autores (Aiello-Vaisberg, 2003; Rodrigues, & Mishima-Gomes, 2013) que trabalham a partir da perspectiva winnicottiana defendem que a intervenção psicanalítica pode acontecer em diversos enquadres

[...] que vão desde as oficinas psicoterapêuticas, estruturadas a partir da disponibilização de materialidades mediadoras, até as consultas terapêuticas, passando por várias outras possibilidades que incluem, por exemplo, o cuidado de sujeitos coletivos, tem sido, até este momento, designada por uma única palavra: sustentação (Aiello-Vaisberg, 2003, p. 124).

De acordo com Rodrigues e Mishima-Gomes (2013, p. 92), as consultas terapêuticas são uma modalidade de trabalho orientada pela psicanálise,

[...] que representam uma nova possibilidade de avaliação, intervenção e ajuda psicológica norteada pela escuta, prática e flexibilidade clínica que advêm da teoria do amadurecimento humano. Embasadas nas necessidades do *self* e de suas efetivações, que, segundo a clínica winnicottiana, exigem a presença de outro ser humano para se cumprirem, são conduzidas no sentido de estabelecer uma comunicação significativa, ou seja, concentram-se na obtenção e manejo dos elementos vitais que possam ajudar o paciente na elaboração de um sofrimento ou dificuldade.

Frente a um contexto de grande diversidade conceptual nos serviços públicos de saúde mental, Brandão Junior e Besset (2012) refletem sobre a especificidade da orientação da psicanálise como base para a construção de encaminhamentos possíveis nesse campo. Destacam contribuições específicas da Psicanálise para exercer a clínica singular de cada caso, especialmente na assistência a crianças e adolescentes. Nesse sentido, consideram fundamental distinguir entre o sofrimento da criança e o de quem traz a criança ao atendimento.

Apesar de existir consenso sobre a importância de incluir a família na assistência à saúde mental infantil, encontramos poucos trabalhos que descrevem intervenções dirigidas a esse grupo. Uma importante experiência de pesquisa e extensão, envolvendo assistência a crianças e suas famílias, vem sendo desenvolvida na Universidade Federal de Uberlândia. Trata-se de atendimentos ambulatoriais a crianças e seus pais. A psicoterapia é conduzida por uma dupla de terapeutas. Parativini e Chaves (2012) apontam o grande potencial desse trabalho para fortalecer as relações entre pais e filhos. Parativini, Próchno, Perfeito e Chaves (2009, p. 103) sinalizam que se trata de uma intervenção psicanalítica que pode ser nomeada de intervenção-mediação, onde “a intenção está em promover o enlace simbólico, isto é, intervir a partir de tudo o que se passa no campo de afetação para que os processos de significação possam advir”.

Com base na discussão apresentada, o presente estudo tem como objetivo refletir sobre como se dá o cuidado à saúde mental infantil e o fortalecimento dos vínculos familiares em um serviço que recebe crianças acompanhadas de suas famílias e funciona como uma ponte entre a atenção básica e serviços de maior complexidade. Desse modo, busca-se produzir conhecimento que possa ampliar o subsídio às práticas de saúde mental infantil.

Método

O presente estudo é uma produção acadêmica com embasamento psicanalítico. Nesse sentido cabe recuperar o posicionamento de Safra (2001), que defende a utilização do método psicanalítico na produção do conhecimento dentro da Universidade e explicita que este não se posiciona na busca de um objetivo determinado, mas como um procedimento processual. Assim, o princípio fundamental da investigação em Psicanálise é que ela é um processo investigativo e não conclusivo.

Também, a partir de Harper e Thompson (2012), é possível afirmar que a presente pesquisa afina-se com uma metodologia qualitativa, preocupada em compreender as experiências e processos, ao invés de estabelecer relações causais. Para os citados autores a pesquisa “Big q” está preocupada com os métodos qualitativos de análise que envolvem também a coleta e o engajamento com os dados de uma maneira reflexiva, que se utiliza de uma relação intersubjetiva entre o pesquisador e o pesquisado. De acordo com essa perspectiva, no presente estudo, são utilizados os relatos dos dez encontros em que a família frequentou o serviço. Após cada atendimento, um membro da equipe produziu um relato

sobre o acontecido. Vale destacar que as autoras do presente trabalho também fizeram parte da referida equipe.

Contexto da pesquisa e participantes

O estudo foi desenvolvido no “Crianças e Famílias”, nome fictício dado a um projeto de ensino, pesquisa e extensão da Universidade Federal da Bahia (UFBA), cuja proposta e fundamentação teórica será apresentada a seguir. O projeto inspira-se em “La casa de la familia” um espaço que funciona em Lima, Peru, o qual foca a prevenção de problemas de socialização e violência, oferecendo uma oportunidade de convivência, na qual a palavra pode auxiliar os pais perante dificuldades com a criação dos filhos (Maza, 2009). Trata-se de uma modalidade de intervenção que teve como primeira referência a “Casa Verde”, criada por Françoise Dolto, no ano de 1979, em Paris, e que tinha como objetivo principal ser um espaço de acolhimento para crianças pequenas, de até 3 anos e suas famílias. A casa abria cinco tardes por semana, tendo em cada turno uma equipe de diferentes profissionais. Tinha entre suas funções ser um ambiente que preparasse as crianças para a entrada na creche. Neste espaço, as crianças precisam permanecer acompanhadas de suas mães ou algum outro familiar. O anonimato é preservado, pergunta-se apenas o nome da criança, que é registrado no quadro. Dolto mostra que, embora não sejam feitas intervenções dirigidas às famílias, são visíveis os benefícios que estas obtêm ao frequentar o espaço. É um ambiente onde ambos podem expressar ansiedades sem ser julgados. A citada autora defende que se trata de uma proposta que deve ser expandida nacional e internacionalmente (Dolto 1985/2004).

Funcionando dois turnos por semana, o projeto possui uma equipe formada por uma psicóloga e alguns estagiários de Psicologia, os quais são chamados de acolhedores. As crianças, sempre acompanhadas de suas famílias, são recebidas em um espaço amplo e aconchegante, com brinquedos e materiais gráficos que favorecem a expressão e as interações: as crianças e adultos podem se comunicar e interagir de forma livre. O atendimento acontece entre acolhedores e famílias e a duração é de no máximo três horas. O horário de chegada e saída do projeto fica a critério da família, que também é livre para decidir quando frequentar o espaço.

Quando a família verbaliza demandas espontaneamente, a equipe realiza uma avaliação da criança ao longo de, pelo menos, quatro encontros. A partir do quinto encontro pode ser dada uma devolutiva, na qual o acolhedor responsável por aquela criança dialoga com a família sobre as suas impressões e

propõe objetivos para frequentar o serviço, formulando, assim, um projeto terapêutico singular. Em alguns casos, é pontuada a necessidade de avaliações ou tratamentos complementares. Quanto ao processo terapêutico, o foco está no trabalho da acolhida e as intervenções buscam a promoção, prevenção e atenção às queixas em saúde mental.

Assim como “La casa de la familia”, o projeto inspirador que funciona em Lima, Peru, o “Crianças e Família” se sustenta no conceito de acolhida de Holmes (2012) que se desdobra em quatro dimensões: *aceitação*, *conexão*, *brincadeira* e *empoderamento*. Na *aceitação*, os comportamentos dos cuidadores e da criança são (quase) sempre aceitos e apenas os pontos positivos desses comportamentos são comentados, pois o julgamento teria efeito negativo, tanto para a família quanto para o cuidador. O importante é que o sujeito seja pensado na sua singularidade. O *conectar* faz parte da estratégia terapêutica em um encontro caloroso com entusiasmo entre acolhedores e usuários. O intuito é conectar os sentimentos que envolvem a família e fazer circular a palavra, tendo a criança no centro do diálogo, colocando-a a par do que acontece. As intervenções são sempre para o encorajamento da reflexão. Na *brincadeira*, por sua vez, os acolhedores e as famílias podem participar. Essa concepção do brincar é pensada por Holmes (2012) da mesma forma que na terapia psicodinâmica, ou seja, é não-estruturada, centrada na criança, não-intrusiva. E, como efeito terapêutico, tem-se o *empoderamento*, o que promove a autonomia das famílias sem lançar mão de sugestões, conselhos, possibilitando que as pessoas reflitam sobre suas questões.

De acordo com Figueiredo (2009), é possível uma “Teoria Geral do Cuidar” através do atravessamento de paradigmas, saberes e práticas da psicanálise, pois esse atravessar pode fornecer bases para a compreensão dos processos que estão envolvidos no cuidar. Esse autor toma como referência a figura de alteridade, ou seja, o agente de cuidado que pode ser categorizado como *presença implicada* e *presença em reserva*. A presença implicada diz respeito a realizar coisas, enquanto que a presença em reserva refere-se à imparcialidade, certo afastamento do objeto de cuidado.

O agente de cuidado, na presença implicada, apresenta-se em três modalidades: *sustentar e conter*, *reconhecer*, *interpelar* e *reclamar*. Na primeira modalidade, *sustentar e conter*, o outro se apresenta como ambiente englobante que acolhe, hospeda e sustenta, além de ajudar na transformação daquele que é cuidado. Observa-se, ainda, que indivíduos, grupos – como a família – e ainda instituições podem ajudar nessa transformação.

A segunda modalidade, *reconhecer*, apresenta-se em dois níveis: o de *testemunhar* e o de *refletir/espelhar*, sendo que um depende do outro. Essa modalidade é muito importante para a instalação da autoimagem. Como Figueiredo (2009, p. 138) afirma, “ser capaz de prestar atenção e reconhecer o objeto de cuidado no que ele tem de próprio e singular, dando disso testemunho e, se possível, levando de volta para o sujeito sua própria imagem”.

Já no *interpelar e reclamar*, o agente de cuidados intimida, interpela, reclama, confronta e dá limites, mostrando os fatos da existência, como a morte, a lei, a alteridade. Esse outro se apresenta como uma fonte de questões, chamando o objeto de cuidado à vida, exigindo respostas. Segundo Figueiredo (2009, p. 140), para a instalação da “capacidade de fazer sentido no indivíduo” é imprescindível que essas três modalidades de cuidado coexistam em equilíbrio.

O cuidado exige também uma presença em reserva, na qual o cuidador oferece ao sujeito um espaço criativo para exercitar sua capacidade para brincar, fantasiar, pensar e criar o mundo de acordo com a suas possibilidades. Já o cuidado em excesso, o que Figueiredo (2009) chamou de os *extravios e excessos nas funções de cuidado*, pode respectivamente: 1) sufocar e não dar sossego ao objeto de cuidado; 2) produzir uma especularidade narcísica, na qual a dependência e a alienação se instauram; 3) gerar um traumatismo crônico, devido ao outro que interpela e reclama em demasia, sendo que o sujeito se vê impotente ou, ainda, constituir-se de um superego severo.

Os conceitos apresentados até aqui orientam o trabalho no contexto pesquisado e, como será visto a seguir, possibilitam a compreensão de como podem acontecer mudanças terapêuticas nos indivíduos e nos vínculos familiares. Desse modo, no presente trabalho, existe uma estreita relação entre a prática clínica e o método de pesquisa.

Técnicas de coleta e análise de dados

Utilizamos os relatos dos atendimentos realizados ao longo do ano de 2013, assim como os psicodiagnósticos construídos. Inicialmente foram selecionados cinco casos típicos. Para o presente artigo foi selecionado um único caso considerado emblemático de processos que são vivenciados pelos frequentadores no contexto do estudo. Trata-se de Marcos (4 anos) e a sua mãe Márcia (28 anos). Ambos frequentaram o serviço durante aproximadamente 5 meses. Márcia aceitou participar da pesquisa e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os relatos dos atendimentos assim como a ficha de acompanhamento da criança foram analisados dentro da perspectiva da análise temática. Segundo Joffe (2012), a análise temática é um método para identificar e analisar padrões de significação nos dados, envolvendo tanto conteúdos manifestos quanto latentes. A aspiração da análise temática é refletir uma visão integrada dos dados e seus significados dentro de um contexto particular, no lugar de dar muita importância à frequência com que códigos retirados de seu contexto aparecem.

Inicialmente os relatos foram agrupados e uma primeira leitura foi realizada a partir das categorias temáticas *chegada, devolutiva e desdobramentos*. Tais marcadores ajudariam na compreensão do movimento que a família realizou ao longo dos atendimentos. Posteriormente, para analisar o processo terapêutico optamos por utilizar como categorias temáticas os conceitos de Holmes (2012): *aceitação, conexão brincadeira e empoderamento*; e de Figueiredo (2009): *presença implicada* – sustentar e conter, reconhecer, interpelar e reclamar –, e *presença em reserva*. Os referidos conceitos dão sustentação teórica às intervenções e, ao mesmo tempo, são expressivas dos mecanismos terapêuticos que se procura acionar no projeto.

O projeto de pesquisa que deu origem a este artigo foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa da UFBA (Parecer 120.687).

Resultados

A seguir apresentamos como se deu o processo terapêutico tendo como marcos temporais: a chegada, a realização da devolutiva e os desdobramentos. Marcos chegou ao projeto “Crianças e Famílias” através de um encaminhamento da escola, uma pequena instituição particular situada em um bairro popular de Salvador-BA. Segundo a diretora da instituição, Marcos necessitava de um atendimento psicológico, pois ao ser abordado reagia de forma emotiva e isso piorou na celebração do dia dos pais. Demonstrava-se choroso, queixava-se de dores, que logo desapareciam, se negava a fazer as atividades ou dizia ter esquecido o que aprendera em sala. Márcia não conta com uma rede familiar, pois é natural de outro estado e veio morar e trabalhar em Salvador quando conheceu o pai de Marcos. Os pais da criança se separaram quando este ainda era pequeno e o pai foi morar em outro estado, não cumprindo o acordo de passar as férias com o filho.

Quando questionada sobre como se sente, Márcia chora e verbaliza que não aguenta mais. Afirma que o filho não era assim, “hoje faço tudo para ele

e ele só quer o pai”. Ela conta uma situação em que a criança disse que ia para a casa do pai, então ela arrumou as roupas dele numa mochila e disse para ele ir, mas sabia que ele não iria. Relatou que nesse dia sentiu “vontade de jogá-lo pela janela”.

Nos quatro primeiros encontros, Márcia se apresenta cansada, permanece deitada nas almofadas e afastada, tanto dos outros participantes quanto do próprio filho. A equipe procura se aproximar e se colocar de modo disponível. Márcia relata que o filho passou a ficar agressivo desde as férias em que o pai não foi buscá-lo. Ao ser questionada sobre como lidava com tais situações, Márcia se diz “magoada” e “com raiva”, porque faz tudo pela criança e ainda recebe “malcriações”. Nesse momento, a acolhedora lhe retorna que é importante reconhecer os próprios sentimentos para poder lidar com eles. A partir dessa intervenção, que tem por objetivo fazer conexão com os próprios sentimentos, ela relata que, devido à raiva que sentia, acabou sendo “fria” e desatenta com o filho.

Marcos é um menino que circula pelo espaço e gosta de brincar com outras crianças. Márcia se coloca desimplicada no processo, parece haver um desequilíbrio da função de cuidado da *presença implicada*, pois, mesmo em momentos em que o filho a solicitava, não havia responsividade: “[...] Marcos deita-se bem perto de Márcia, e esta, que estava cochilando nas almofadas, diz ‘com tanto lugar para você ficar tem ser logo em cima de mim?’. Ele se afasta, olha para ela e deita um pouco mais longe” (Relato de atendimento).

Observa-se que alguns mecanismos estão presentes. A *aceitação* ao funcionamento dessa mãe, o fato de a equipe se colocar disponível, respeitando o espaço dela, podem ser entendidos como *presença em reserva*. Os acolhedores também funcionam como sustentação para Marcos, pois, mesmo na ausência da mãe, um senso de continuidade do cuidado pode ser oferecido à criança. Marcos pode ser sustentado pela equipe, enquanto esta também apoia a função materna exercida por Márcia.

Estar no projeto com Marcos faz com que Márcia possa observar o filho em interação, sendo que, por conta do trabalho, afirma não ter tempo para fazê-lo em outros momentos. Isso suscita a possibilidade de vê-lo por outra perspectiva que não aquela associada à queixa que o traz. Certa vez, olha para o filho e comenta que o considera um “adulzinho” e que, ao vê-lo, percebe que ele já não é mais um bebê, mas também não é uma criança mais velha. A acolhedora pergunta de onde ela acha que vem esse jeito de “adulzinho” e ela diz que é dela, porque ela é um “general”, assim como o pai da criança também o é. O *interpelar e reclamar*, juntamente com o exercício de pensar sobre o re-

lacionamento entre ela e a criança – ou seja, a possibilidade do *empoderamento* – ajuda Márcia a seguir falando de tal relação.

Quando uma acolhedora reforça que tem sido favorável ao fato da família estar frequentando o projeto, Márcia diz que é bom para o filho, mas não para ela. Justifica-se falando se sentir como uma “mãe fracassada”, que precisa pedir ajuda a um psicólogo, como se seu filho fosse uma “criança problema” – e se emociona. Márcia afirma tender a ser muito controladora, sendo muito difícil para ela estar nessa posição de falta de controle. Essa passagem ocorre no atendimento seguinte ao que relata sobre sua postura exigente, o que mostra que Márcia segue refletindo sobre o relacionamento com o filho e sobre si. Nesse sentido, o projeto que, inicialmente, se apresentava como um espaço para “descansar”, transforma-se em lugar para reflexão.

Márcia menciona para um acolhedor que é criticada pela mãe devido à forma como cuida do filho, afirmando que não tem paciência. Ela se descreve como controladora e impaciente. Fez um acordo com o filho: que quando ele quisesse falar com o pai poderia pedir e ela ligaria. O acolhedor afirmou que o choro pode ser uma forma de Marcos se expressar. Nesse momento, a criança se aproxima e o acolhedor pergunta: “Marcos, sua mãe estava aqui me contando que combinou com você de que quando você quisesse conversar com seu pai você poderia falar pra ela, o que você achou disso?” (Relato de atendimento). Ele parece um pouco envergonhado, dá uma rápida olhada para a mãe e afirma: “eu gostei”. Em seguida, se distancia novamente.

O acolhedor, frente ao sentimento de fracasso que essa mãe já vinha apresentando, faz uma intervenção que foca no aspecto positivo do comportamento de Márcia para fortalecer a relação que estabelece com o filho. Ao mesmo tempo, o acolhedor faz com que a família, através do elemento da conexão, possa fazer circular a palavra e os sentimentos.

Os acolhedores brincam de forma livre com Marcos. Na brincadeira de bola, por exemplo, Marcos aparenta ainda não saber contar na sequência, mas o acolhedor prefere continuar brincando em vez de adotar uma função pedagógica, ensinando-lhe os números. A brincadeira se insere em uma perspectiva terapêutica, no sentido de contribuir para a maturação do indivíduo e, através dela, os incômodos podem ser expressos:

Ao passar por cima dos brinquedos de outras crianças, e estas reclamarem, a acolhedora pergunta o porquê de ele fazer aquilo, em seguida pergunta se ele está chateado. Marcos afirma que sim,

porque queria ver o pai e estava chateado por não poder vê-lo (Relato de atendimento).

No quinto encontro, Márcia relata que Marcos recebeu reclamações da escola por bater em uma colega. Ela diz que não queria ver o filho com tal agressividade. O acolhedor questiona como ela queria vê-lo e ela responde “seria bom se ele crescesse, seria de bom tamanho”. Márcia continua a falar e chora quando diz que sabe que o filho age assim por conta da “ausência paterna e materna”. O acolhedor questiona: “ausência materna?” e ela diz que dá pouca atenção ao filho e, quando vai ajudá-lo nas atividades escolares, não tem paciência com ele.

Ao longo dos atendimentos, o acolhimento a essa família e, principalmente, a Márcia, passa pela aceitação e pela conexão. Tais elementos parecem importantes para que o vínculo transferencial seja construído e Márcia possa falar das dificuldades em exercer a função materna não só devido à falta do suporte de um terceiro na relação, mas também pela exigência própria de ser uma mãe ideal.

Alguns momentos de interação entre mãe e filho são relatados por Márcia, como terem ido ao teatro e à praia, sendo que o acordo de que o pai viria buscá-lo no final do ano se manteve. A mudança na interação entre os dois pôde ser observada também no espaço: “Após um tempo, ele me chamou para montar um quebra-cabeça, Marcos fica muito contente quando o quebra-cabeça está completo e chama sua mãe para mostrar. Márcia interage positivamente com ele, manifestando interesse e perguntando quem havia feito” (Relato de atendimento).

Cenas como essa se repetem e Márcia faz elogios ao filho. A disponibilidade para este também pode ser observada quando, em interação com outras crianças, ela já não recusa a aproximação dele. A aceitação destinada a Márcia e o suporte oferecido a Marcos, promovidos pela equipe, parecem ter feito sentido para Márcia, pois demonstra uma posição ativa de cuidado, sustentando e contendo o filho e até outras crianças.

Contente, Márcia relata que o filho tem usado mais as palavras ao invés de apenas chorar e ter comportamentos “manhosos”. Importante perceber que ela destaca o aspecto positivo do comportamento do filho. Assim, essa mudança de discurso pode ser pensada a partir das intervenções em que Márcia pôde entrar em contato com os próprios sentimentos, falar sobre eles e a relação dos mesmos com suas dificuldades. Márcia é a última a sair do projeto, o que pode demonstrar um forte vínculo com o espaço.

No momento da *devolutiva*, buscou-se focar no que havia de positivo na relação, sem deixar de fazer referência à queixa e sua relação com a dinâmica familiar. O acolhedor falou sobre a importância de Marcos poder usar as palavras

para expressar seus sentimentos e vontades. Mencionou que a equipe considerava Marcos uma criança bem desenvolvida e que interagiu de forma positiva com as demais crianças e os acolhedores. Em seguida, abordou o cuidado que Márcia tem com o filho, buscando ter momentos de interação com ele no projeto e em outros locais. Afirmou que devia ser difícil para ela cuidar de Marcos e, ao mesmo tempo, lidar com outras questões da vida. Quando o acolhedor toca nesse ponto, Márcia chora e diz que era a primeira vez que alguém dizia isso a ela, pois todos só sabiam criticá-la e depreciar o modo como criava o filho.

O momento da devolutiva parece ter tocado em um ponto de fundamental importância para Márcia: ela traz que se sente uma mãe fracassada por estar no projeto solicitando ajuda para Marcos. Nesse momento, buscou-se fortalecer a posição de Márcia como função materna, para que ela pudesse continuar ajudando o filho em seu amadurecimento. Optou-se por cuidar dessa mãe para que ela pudesse fazer o mesmo com sua criança.

Após a devolutiva, a família retorna ao espaço mais cinco vezes. Nos dois últimos atendimentos, Marcos estava feliz, pois iria ver o pai. Pedia à mãe que “tirasse a passagem” e ela imprimiu para ele, assim Marcos podia mostrar às pessoas que viajaria para ver o pai. Márcia relata que entendeu esse pedido como uma forma dele de ter garantia de que iria se encontrar com o pai, demonstrando capacidade em reconhecer e atender as necessidades do filho. Notadamente, há uma melhora na comunicação entre os dois, até mesmo a julgar pelos diálogos que ela relata ter com ele:

Márcia contou que “brinca” com Marcos dizendo coisas do tipo: “você vai me deixar aqui sozinha, né?”, e ele responde: “não, você vai ficar com Cati” (vizinha que cuida de Marcos), ao que Márcia diz: “não, Cati vai ficar na casa dela, eu vou ficar aqui sozinha”. Marcos, por sua vez, diz: “mas, eu não vou demorar não, logo eu volto” (Relato de atendimento).

Nesse diálogo, nota-se um vínculo mais estreito entre os dois, a ponto de Marcos se sentir seguro em deixar a mãe. Também é interessante perceber como ele mesmo parece cuidar dessa mãe, retribuindo o cuidado que a mesma ofereceu. Márcia mostra-se um pouco triste por Marcos não cogitar a possibilidade de deixá-la sozinha. Quando questionada sobre isso, ela diz que se sente orgulhosa, pois afirma que sua mãe sempre a criou dizendo que ela era a responsável pela própria felicidade e que, de certa forma, ela tinha transmitido isso ao filho.

O “Crianças e Famílias” mostra-se como um espaço no qual Márcia pode falar dessa nova experiência, na qual apresenta sentimento de solidão, ao mesmo tempo que se coloca como *presença em reserva* para a autonomia do filho. É interessante perceber que, conforme a queixa de Marcos vai sendo elaborada, Márcia apresenta mais tranquilidade para lidar com o filho e pode falar espontaneamente sobre si. Conta que tem tido algumas decepções no trabalho, chora ao afirmar que algumas de suas colegas parecem estar ganhando mais que ela. Os acolhedores se colocam disponíveis para ouvi-la e acolhê-la, até mesmo em relatos que aparentemente não teriam relação com o filho.

Um dia, conversando sobre o desafio de enfrentar experiências novas, Márcia afirma que, como aprendera no projeto, ela não pode “fazer milagres”, mas pode fazer o melhor que ela consegue. Isso não foi verbalizado, mas todo o processo da *acolhida* contribuiu para que ela compreendesse esse ponto importante na relação com o filho. No último contato presencial com a família, Márcia foi ao projeto dizer que Marcos havia viajado para a cidade do pai e que as coisas estavam bem.

Discussão e considerações finais

O projeto tem como grande objetivo fortalecer os vínculos familiares. Isso pode implicar na promoção de um espaço em que as pessoas se coloquem mais próximas e disponíveis emocionalmente. Por outro lado, pode também significar a possibilidade de que haja algum afastamento para que os sujeitos se tornem independentes.

Ao refletir sobre a contribuição do projeto para o fortalecimento dessas funções, cabe ressaltar que isso não diz respeito apenas à equipe de acolhedores. O grupo como um todo, devido à possibilidade de trocas e interação, também funciona como agente de cuidado, como um terceiro, ora sendo suporte ora fazendo questionamentos, o que possibilita reflexões entre os participantes.

Cabe ressaltar que as mudanças destacadas não podem ser compreendidas como “cura” e que o projeto “Crianças e Famílias” não oferece garantia da supressão dos sintomas. O serviço busca propiciar a capacidade de *fazer sentido* da experiência, como afirma Figueiredo (2009).

A partir da revisão realizada no presente relato, foi possível notar que a crescente demanda por assistência em saúde mental para o público infantil não tem sido acompanhada por construções de práticas de cuidado para essa população, denotando uma lacuna, como apontada pela literatura (Couto, & Delgado, 2010). Assim,

buscou-se apresentar como estão organizadas as políticas públicas voltadas para a infância e como a família tem sido contemplada nas mesmas. Há, ainda, dificuldade de acesso das famílias a serviços de qualidade, nos quais a atenção seja para ambos – crianças e cuidadores.

É possível avaliar que avanços no cuidado à saúde mental infantil estão acontecendo e a Psicanálise, apesar de ter contribuições específicas e importantes dentro da grande diversidade clínico-assistencial que impera, ainda precisa propor e edificar intervenções dirigidas à criança e sua família. É nesse sentido que se pensam as contribuições da presente pesquisa.

A partir da psicanálise winnicottiana, situou-se a prática de cuidado desenvolvida pelo projeto “Crianças e Famílias”. Este tem buscado se posicionar como um ambiente “suficientemente bom”, oferecendo sustentação para as famílias num espaço coletivo, ao mesmo tempo que cada sujeito em sua individualidade é escutado. Por meio do caso apresentado, pode-se pensar que o fortalecimento dos vínculos familiares, através das técnicas apresentadas – presença implicada, presença em reserva e os elementos presentes na acolhida – contribui para o fortalecimento da individualidade dos sujeitos, que, inicialmente, só podem assim o ser alienados a outro, mas que também precisam se separar. O intuito é que as crianças e seus cuidadores possam continuar ou retomar seu processo criativo de desenvolvimento.

Certamente existem pontos de encontro com outras experiências em curso na realidade brasileira. Assim como nos trabalhos descritos por Paravidini et al. (2009) e Paravidini e Chaves (2012), aqui mostraram-se as possibilidades terapêuticas de um espaço dirigido a crianças e suas famílias. Ressaltou-se, também, as diferenças, pois o “Crianças e Famílias” acontece em um ambiente grupal, diferentemente do trabalho dos referidos autores, no qual são desenvolvidos atendimentos pontuais com cada criança e sua família, conduzidos por uma dupla de terapeutas.

Nota-se que, na literatura, são escassos os estudos que se detêm em mostrar o processo de trabalho em Psicanálise e os resultados terapêuticos obtidos. Da mesma forma, os estudos que se propõem a mostrar o modo como as intervenções acontecem e seus efeitos (Carvalho, Medida, Bosseto, & Cruz, 2010) não são intervenções com cuidadores e crianças no mesmo espaço.

Espera-se ter mostrado que a perspectiva da acolhida (Holmes, 2012) e a metapsicologia do cuidado (Figueiredo, 2009) ampliam a contribuição de Winnicott sobre a sustentação, pois permitem compreender, a partir de determinadas intervenções, como isso pode ocorrer. Buscou-se refletir sobre uma proposta no campo do cuidado à saúde mental e do desenvolvimento infantil, trazendo evidências de resultados terapêuticos em casos que requerem um cuidado mais intensivo em relação àquele que poderia ser oferecido pela atenção básica, mas que, por outro lado,

também não tem características para ser atendido em um serviço como o CAPSIA. Seguramente, será preciso desenvolver novos recortes de pesquisa para continuar refletindo sobre as possibilidades e limitações deste tipo de intervenção.

Referências

- Aiello Vaisberg, T. M. J. (2003). Ser e fazer: interpretação e intervenção na clínica winnicottiana. *Psicologia USP*, 14(1), 95-128.
- Amstalden, A. L. F., Hoffmann, M. C. C. L., & Monteiro, T. P. M. (2010). A política de saúde mental infanto-juvenil: seus percursos e desafios. In Lauridsen-Ribeiro, E., & Tanaka, O. Y. (Orgs.), *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS* (p. 33-45). São Paulo, SP: Hucitec.
- Assis, S. G., Avanci, J. Q., Pires, T. O., & Oliveira R. V. C. (2010). Necessidade e utilização de serviços de saúde mental infantil. In Lauridsen-Ribeiro, E., & Tanaka, O. Y. (Orgs.), *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS* (pp. 93-108). São Paulo, SP: Hucitec.
- Brandão Junior, P. M., & Besset, V. L. (2012). Psicanálise e saúde mental: contextualizando o atendimento às demandas. *Psicologia USP*, 23(3), 523-538.
- Brasil [Ministério da Saúde]. (2005). *Caminhos para uma política de saúde-mental infanto-juvenil*. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde.
- Carvalho, C. A. C., Medina, R. M., Bosseto, S., & Cruz, T. A. (2010). Grupo de acolhimento: relato de experiência. In Lauridsen-Ribeiro, E., & Tanaka, O. Y. (Orgs.), *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS* (p. 248-260). São Paulo, SP: Hucitec.
- Couto, M. C. V., & Delgado, P. G. G. (2010). Intersetorialidade: exigência da clínica com crianças na atenção psicossocial. In Lauridsen-Ribeiro, E., & Tanaka, O. Y. (Orgs.), *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS* (p. 271-279). São Paulo, SP: Hucitec.
- Couto, M. C. V., & Delgado, P. G. G. (2015). Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicologia clínica*, 27(1), 17- 40.
- Couto, M. C. V., Duarte, C. S., & Delgado, P. G. G. (2008). A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(4), 311-322.
- Figueiredo, L. C. (2009). *As diversas faces do cuidar*. São Paulo, SP: Escuta.
- Dolto, F. (2004). *La causa de los niños* (2ª ed.). Buenos Aires: Paidós. (Original publicado em 1985)
- Harper, D., & Thompson, A. R. (2012). Introduction. In Harper, D., & Thompson, A. R. (Orgs.), *Qualitative research methods in mental health and psychotherapy: a guide for students and practitioners* (p. 3-8). West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Holmes, J. (2012). A model of intervention at a psychoanalytic parent-child drop-in group in a poor district of Lima-Peru. Peru: *Journal of Child Psychotherapy*, 38(2), 170-184.
- Joffe, H. (2012). Thematic Analysis. In Harper, D., & Thompson, A. R. (Orgs.), *Qualitative Research Methods in Mental Health and Psychotherapy: a guide for students and practitioners* (p. 209-225). West Sussex: Wiley-Blackwell.

- Lauridsen-Ribeiro, E., & Paula, C. S. de. (2013). Política de saúde mental para crianças e adolescentes. In Mateus, M. D.. (Org.). *Políticas de saúde mental: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Professor Luiz R. Cerqueira* (p. 322-346). São Paulo, SP: Instituto de Saúde.
- Maza, B. (2010). Psicoanálisis y precariedad: la experiencia en un barrio marginal de Lima. In Maza, B. (Ed.). *La Casa de la Familia. una contribución psicoanalítica a la salud pública en el Perú* (p. 21-36). Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Onocko-Campos, R. T. (2012). *Psicanálise e saúde coletiva*. São Paulo, SP: Hucitec.
- Paravidini, J. L. L., & Chaves, L. de S. (2012). Atendimento psicanalítico conjunto pais-crianças: uma investigação teórica, técnica e metodológica. *Rev. SPAGESP [online]*, 13(2), 4-11.
- Paravidini, J. L. L., Próchno, C. C. S. C., Perfeito H. C. C. S., & Chaves, L. de S. (2009). Atendimento psicoterapêutico conjunto pais-crianças: espaço de circulação de sentidos. *Estilos clin.*, 14(26), 90-105.
- Paula, C. S., Miranda, C. T., & Bordin, I. A. S. (2010). Saúde mental na infância e adolescência: revisão dos estudos epidemiológicos brasileiros. In Lauridsen-Ribeiro, E., & Y. Tanaka, O. (Orgs.), *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS* (p. 47-92). São Paulo, SP: Hucitec.
- Reis, A. O. A., Delfini, P. S. de S., Dombi-Barbosa, C., & Bertolino Neto, M. M. (2010). Breve história da saúde mental infanto-juvenil. In Lauridsen-Ribeiro, E., & Tanaka, O. Y. (Orgs.), *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS* (p. 109-130). São Paulo, SP: Hucitec.
- Rodrigues, C. M., & Mishima-Gomes, F. K. T. (2013). As flores estão brotando: atendimento infantil em consultas terapêuticas. *Psicologia Clínica*, 25(1), 89-100.
- Rosa, C. D. (2009) O papel do pai no processo de amadurecimento em Winnicott. *Natureza humana*, 11(2), 55-96.
- Safra, G. (2001). Investigação em Psicanálise na universidade. *Psicologia USP*, 12(2), 171-175.
- Wagner, A., Tronco, C., & Armani, A. B. (2011). Os desafios da família contemporânea. In Wagne, A.(Col.), *Desafios psicossociais da família contemporânea* (p. 19-35). Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora (Original publicado em 1971)
- Winnicott, D. W. (1993). Desenvolvimento emocional primitivo. In: D. W. Winnicott [Autor]. *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 4 ed. (Original publicado em 1945)
- Winnicott, D. W. (2005). *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo, SP: Martins Fontes. (Original publicado em 1965)

Recebido em 16 de fevereiro de 2016

Aceito para publicação em 12 de setembro de 2017

ENCAMINHAMENTO DE CRIANÇAS PARA ATENDIMENTO PSICOLÓGICO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

*CHILDREN REFERRAL FOR PSYCHOLOGICAL
CARE: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW*

*NIÑOS DE REFERENCIA PARA LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA:
REVISIÓN INTEGRADORA DE LA LITERATURA*

*Marina Autuori**

*Tania Mara Marques Granato***

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo explorar a produção científica atual sobre o encaminhamento de crianças para atendimento psicológico, uma vez que a crescente demanda pelo atendimento infantil tem se contraposto a altas taxas de abandono das intervenções propostas. Realizamos uma revisão integrativa de literatura científica a partir da busca de artigos de pesquisa publicados, entre 2008 e 2015, em periódicos indexados nas bases de dados PePSIC, SciELO Brazil, LILACS, MEDLINE/PubMed, PsycARTICLES (APA), Social Services Abstracts (ProQuest) e Elsevier. A análise criteriosa dos trabalhos selecionados permitiu que identificássemos cinco eixos temáticos em torno dos quais se organizam as pesquisas recentes: Motivos para o encaminhamento infantil, Fontes de encaminhamento infantil, Perfil da clientela infantil, Os pais e o atendimento psicológico dos filhos, e Abandono do atendimento psicológico. A abordagem temática da literatura científica nos permitiu explorar distintos aspectos que caracterizam a dinâmica do encaminhamento psicológico infantil, assim como sugerir novos estudos.

Palavras-chave: encaminhamento; psicologia; criança.

* Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas – PUC-Campinas, São Paulo, SP, Brasil.

** Docente e Orientadora no Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas – PUC-Campinas, São Paulo, SP, Brasil.

ABSTRACT

This work aims to explore the current scientific production on the referral of children to psychological support, once the increasing demand for children support has been opposed to high rates of neglecting proposed intervention. Based on research papers published between 2008 and 2015 on indexed journals at PePSIC, SciELO Brazil, LILACS, MEDLINE/PubMed, PsycARTICLES (APA), Social Services Abstracts (ProQuest) and Elsevier databases, we conducted an integrative review of scientific literature. A detailed analysis of the selected papers allowed us to list five thematic axes on which the recent researches are arranged: Reasons for children referral, Children referral sources, Supported children profile, The parents and their children psychological support, and Psychological treatment interruption. The thematic approach of scientific literature allowed us to explore distinct aspects that characterize the children psychological referral dynamic, as well as put forward new studies.

Keywords: referral; psychology; child.

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo explorar la literatura científica actual sobre el encaminamiento de niños para atención psicológica, una vez que la creciente demanda por el cuidado infantil se ha opuesto a las altas tasas de abandono de las intervenciones propuestas. Hemos llevado a cabo una revisión integral de la literatura científica, partiendo de la búsqueda de publicaciones entre los años 2008 y 2015, en bases de datos: PePSIC, SciELO Brasil, LILACS, MEDLINE/PubMed, PsycARTICLES (APA), Servicios Sociales (Abstracts ProQuest) y Elsevier. El análisis de las obras seleccionadas permitió que cataloguemos cinco temas: Razones para el Encaminamiento infantil, Fuentes de Encaminamiento Infantil, Perfil de la Clientela Infantil, Los padres y el Cuidado psicológico de los hijos, El abandono de la atención psicológica. El enfoque temático de la literatura, nos permitió explorar los diferentes aspectos de la dinámica de encaminamiento psicológico infantil, así como se sugieren nuevos estudios.

Palabras clave: encaminamiento; psicología; niño.

Na atualidade, observa-se uma crescente demanda pelo atendimento psicológico infantil, a qual é confirmada pelo encaminhamento de crianças para os serviços públicos e para as clínicas-escola (Prebianchi, 2011; Finkel, 2009; Cunha,

& Benetti, 2009). Ao mesmo tempo, o estudo de Gastaud, Basso, Soares, Eizirik e Nunes (2011) revela uma alta taxa de abandono na clínica infantil, o que pode ser motivado por uma diversidade de fatores, fato este já apontado por Nunes, Silves, Maturano e Oliveira (2009), estudo que identifica uma taxa de abandono entre 50% e 65% dos atendimentos infantis.

Entretanto, vale ressaltar que é mais frequente que o abandono se dê na fase inicial do processo, período que se estende desde o encaminhamento, passando pela acolhida inicial da criança e seus pais, até a conclusão da avaliação da criança (Cunha, & Benetti, 2009). Essa fase inicial do atendimento é crucial para a formação de um vínculo de confiança com os pais e com a criança, o que garante a continuidade e o sucesso do tratamento, conforme os autores salientam. Essa etapa é carregada de grande tensão emocional, visto que cada um dos envolvidos, seja os pais, a criança, o psicólogo ou o profissional que a encaminhou, tem suas próprias expectativas em relação ao sentido do encaminhamento e, conseqüentemente, ao tratamento que será proposto (Andrade, Mishima-Gomes, & Barbieri, 2012).

A consideração dessas expectativas pelo psicólogo que recebe a criança promove o estabelecimento de um vínculo de cuidado e confiança que se estenderá aos procedimentos adotados na condução do caso. Em contrapartida, se as demandas que subjazem às expectativas da família e da criança forem subjugadas ao saber do psicólogo que acolhe o caso, é provável que as necessidades da criança deixem de ser atendidas (Finkel, 2009).

Nesse cenário controverso, em que uma parcela importante das buscas por atendimento psicológico infantil tem como desenlace o seu abandono por parte do paciente e sua família, após seu acolhimento, urge compreender os sentidos que o encaminhamento de crianças para a clínica psicológica pode tomar, de acordo com a perspectiva de cada um dos envolvidos no processo. Por essa razão, realizamos uma revisão integrativa da literatura científica recente sobre o tema do encaminhamento psicológico infantil com o intuito de contribuir para o debate sobre o tipo de relação que se estabelece entre a demanda e o cuidado oferecido.

Método

Apresentamos a seguir os resultados desta revisão de literatura de acordo com cinco eixos temáticos em torno dos quais a produção científica recente se organiza: os motivos que levam ao encaminhamento psicológico infantil, as fontes desse encaminhamento, o perfil da clientela infantil, o lugar dos pais no

atendimento psicológico dos filhos e, finalmente, o abandono do atendimento psicológico.

Motivos para o encaminhamento infantil

Encontramos na literatura científica uma gama de motivos para o encaminhamento de crianças para psicoterapia. Autores como Sei, Souza e Arruda (2008), assim como Finkel (2009), avaliam os sintomas apresentados pela criança como resultantes de conflitos familiares, configurando-se como sintoma familiar e não infantil. Finkel interpreta os sintomas escolares como uma reação de oposição ao desejo dos pais, caracterizando-se como um esforço da criança no sentido de diferenciar-se dos pais. De acordo com essa perspectiva, sintomas de agressividade e hiperatividade, por exemplo, podem ser compreendidos como um reflexo da tentativa frustrada de mães que acreditam que a boa mãe não impõe limites aos filhos.

Gomes e Zanetti (2009) analisam o motivo de encaminhamento no contexto da transmissão psíquica intergeracional, de acordo com a qual um conflito infantil da mãe é revisitado na relação desta com a própria filha, o que torna compartilhado por mãe e filha o sintoma. Polli e Arpini (2013), Prebianchi (2011), assim como Cruz e Borges (2013), concordam que o motivo apresentado pelos pais para o encaminhamento do filho para psicoterapia infantil representa sua interpretação pessoal do problema da criança.

Outros grupos de trabalhos, como os de Nunes et al. (2009), Deakin e Nunes (2009), Azevedo e Sampaio (2009), Telles, Sei e Arruda (2010), Steibel et al. (2011), Boaz, Nunes e Hirakata (2012), Breitenstein, Hill e Gross (2009), Smadja, Golse e Moro (2011), Lesourd (2008), Frisch-Desmarez (2010) e Goldman (2011), interpretam o sintoma da criança no âmbito do desenvolvimento infantil e alertam para o risco de que um sintoma seja tomado como conduta esperada para aquela idade, podendo, caso não seja identificado nem tratado, se constituir como patologia na vida adulta. Os autores salientam a identificação da demanda de tratamento como central, uma vez que o fato de a criança estar em constante desenvolvimento pode comprometer a avaliação. Já Pfefferbaum e North (2013) apontam para a necessidade de triagem para avaliação da demanda de atendimento psicológico por meio de instrumentos que considerem os princípios normativos de desenvolvimento, os fatores culturais, a linguagem e as necessidades especiais das crianças com problemas de saúde mental, argumentando que a interpretação do sintoma que desconsidere o contexto em que se produz um diagnóstico pode levar a equívocos.

Se ajustarmos nosso foco em busca das condutas infantis que motivam o encaminhamento para atendimento psicológico, tal como foram elencadas nos estudos que compõem esta revisão, teremos um quadro multifacetado. Cunha e Benetti (2009), na primeira etapa de um estudo que toma por objeto o serviço de uma Clínica-escola, classificam os motivos de encaminhamento infantil em dez tipos de queixa: Dificuldades em processos cognitivos; Dificuldades no comportamento afetivo; Dificuldades de relacionamento interpessoal; Dificuldades na vida diária; Dificuldades na esfera sexual; Sintomas físicos; Distúrbios orgânicos; Distúrbios de alimentação ou sono; Dependência química; Distúrbios psiquiátricos.

Na etapa seguinte do estudo de Cunha e Benetti (2009), essas queixas foram organizadas em quatro grandes categorias: Motivos relacionados à escola, sejam eles relacionados a problemas de aprendizagem, a dificuldades cognitivas ou ao sofrimento no ambiente escolar; Motivos relacionados a problemas afetivos e de comportamento, como transtornos de conduta e emocionais, além de dificuldades no relacionamento interpessoal; Problemas somáticos, tais como distúrbios na alimentação, sono e fala; Outros, como categoria que reúne dificuldades familiares, dificuldades na esfera da sexualidade e distúrbios psiquiátricos.

Na análise dos seus dados, segundo as quatro categorias apresentadas acima, Cunha e Benetti (2009) verificam uma maior ocorrência de problemas afetivos e de comportamento, representando 43,6% do total de queixas para as crianças do sexo masculino e 43,5 para crianças do sexo feminino, sendo seguidas pelas queixas escolares, com 34,3% para os meninos e 27,6 para as meninas. Na sequência, temos a categoria Outros, com 13,1% para os meninos e 12,8% para as meninas e, finalmente, os problemas somáticos, com 16% para as meninas e 9% para os meninos.

Deakin e Nunes (2009) elencam seis categorias de condutas que motivam o encaminhamento de crianças para atendimento psicológico, segundo a sua frequência: Ansiedade, insegurança, e medos; Depressão e tristeza; Agressividade e problemas escolares; Dificuldades nas relações interpessoais e problemas de comportamento; Falta de atenção; Dificuldade no sono, na alimentação, ou no controle dos esfíncteres. Gastaud et al. (2011) levantaram as seguintes razões para encaminhamento, em ordem decrescente de prevalência: Comportamento agressivo; Ansiedade e depressão; Problemas de atenção; Problemas de aprendizagem; Problemas de relacionamento; Queixas somáticas; Retraimento e depressão; Comportamento desafiador ou opositor; Problemas de pensamento; concluindo com a categoria Não consta para aqueles casos em que o motivo não foi registrado.

Day, Michelson e Hassan (2011) listam os seguintes motivos para o encaminhamento: Comportamento (36,4%); Ansiedade (18,8%); Outros (14,1%); Depressão (12,1%); Problemas de aprendizagem (5,6%); Déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) (3,7%); Automutilação (3,7%); Problemas escolares (2,8%); Problemas de alimentação (1,9%); Autismo (0,9%). Para Ward-Zimmerman e Cannata (2012) figuram o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) com (26%); Dificuldade de adaptação associada a um estressor identificável (25%); Ansiedade (20%); Sintomas depressivos (14%); Comportamento disruptivo (10%), caracterizado como condutas de padrão repetitivo e persistente em que são violadas as normas ou regras sociais.

Fontes de encaminhamento infantil

Em alguns dos artigos consultados são abordadas as fontes de encaminhamento para psicoterapia infantil. Cunha e Benetti (2009) identificam como fontes de encaminhamento infantil as escolas (63,5%), os familiares (10,4%), os serviços médicos e comunitários (9,4%), e os pediatras (9%). Tomando-se como referência a faixa etária, o estudo conclui que crianças de seis a doze anos são majoritariamente encaminhadas pela escola (90%), enquanto para crianças de dois a cinco anos não houve diferença significativa entre encaminhamentos feitos pelo pediatra (26,7%), ou por familiares (25%).

Deakin e Nunes (2009), em estudo comparativo entre um grupo composto por crianças que abandonaram o tratamento e outro de crianças que chegaram até o seu término, também identificam a escola como sendo a maior fonte de encaminhamentos de crianças para atendimento psicológico em ambos os grupos. No primeiro grupo a segunda maior fonte foi denominada de outros, seguida pelos familiares, pelos pediatras, psiquiatras e as fontes sem informação (com a mesma frequência), neurologistas e, por último, os psicólogos. Enumerando as fontes de encaminhamento para o segundo grupo, após a escola como fonte principal, figuram os familiares, os psiquiatras, os neurologistas, os pediatras e Outros com as mesmas porcentagens, sendo seguidas pelos psicólogos e fontes sem informação.

Gastaud et al. (2011) também constatam que a maior fonte de encaminhamento de crianças para psicoterapia é a escola, representando (34,3%) da amostra estudada, sendo seguida pelos familiares (12,7%), psicólogo (7,8%), neurologista (6,8%), pediatra (6,3%), outras instituições de atendimento (6,0%), outras modalidades médicas (5,4%), psiquiatra (3,3%), Conselho Tutelar (1,2%), pedagogo (1,0%), assistente social (0,9%), outros (7,4%) e não consta (6,9%).

Prebianchi (2011) observou que mais da metade das crianças encaminhadas para psicoterapia em uma Clínica-escola era proveniente de médicos e outros profissionais da saúde; em segundo lugar, figurava o Conselho Tutelar; depois, as escolas e, em menor número, as famílias.

Em termos da aderência ao tratamento psicológico, Nunes, et al. (2009) observam que crianças encaminhadas por neurologistas ou psicólogos apresentam maior aderência, enquanto Gastaud et al. (2011) concluem que crianças encaminhadas pelo psiquiatra apresentam maior aderência, em oposição à busca por atendimento psicológico realizada pela própria família, fonte esta que está associada a uma baixa aderência. Além disso, Gastaud et al. verificaram que crianças que recebem tratamentos combinados à psicoterapia, como o psiquiátrico ou o fonoaudiológico, apresentam maior aderência.

Ward-Zimmerman e Cannata (2012) investigam o desenvolvimento de uma parceria entre profissionais de saúde e psicólogos para identificação, avaliação e encaminhamento para psicoterapia infantil, baseados na ideia de que é difícil identificar e avaliar as condutas infantis. Observam, ainda, que, quanto maior a confiança familiar no profissional que encaminha, maior será a aderência ao tratamento psicológico.

Perfil da clientela infantil

O perfil da clientela encaminhada para atendimento psicológico infantil é investigado em alguns dos artigos incluídos nesta revisão a fim de contribuir com a produção de conhecimento que venha a subsidiar a reflexão e as práticas clínicas.

Em uma Clínica-escola, Cunha e Benetti (2009) identificam uma clientela infantil, na faixa de 2 a 12 anos de idade, representando 51,8% de todos os casos atendidos. Desse total, 10,6% eram crianças na faixa etária de 2 a 5 anos de idade, 56,4% se situavam entre 6 e 9 anos e 32,9% de crianças entre 10 e 12 anos. As autoras sublinham o fato de que crianças com 7 anos de idade representavam 18% dos casos, enquanto 15% de sua amostra compreendia crianças com 8 anos de idade, identificando um demanda maior entre os 7 e 8 anos. Quanto ao gênero, os meninos predominam, representando 67,3% das crianças que demandam psicoterapia, enquanto as meninas representam 32,7%. Entretanto, as autoras observam que entre os 2 e 5 anos de idade não há diferença significativa entre os gêneros, enquanto entre os 10 e 12 anos os meninos representam 65,9%, e entre 6 e 9 anos, 70,8%. Em relação à renda familiar, os autores constatam que 30% recebia até 1 salário mínimo, 40% recebia até 2 salários mínimos e 30% até 4

salários mínimos. Do total de crianças, 53% provinham de famílias com pai e mãe, 32% moravam somente com as mães e as demais, com o pai ou parentes.

Deakin e Nunes (2009) observam que das crianças atendidas em um ambulatório público, as meninas representam 62,5% da clientela que permaneceu em atendimento psicológico até o seu término, quando comparadas com os meninos 37,5%. Delineando o perfil dessa clientela, de acordo com a idade, os autores verificam que crianças na faixa de 9 anos de idade são as que permanecem mais tempo em psicoterapia, representando 25% da amostra, sendo seguidas pelas crianças de 6 anos 20,8%, pelas de 8 e 10 anos 16,7% cada, pelas de 7 anos, com 12,5% e, finalmente, as de 11 anos de idade 8,3%. Outro achado significativo diz respeito ao fato de crianças com maior grau de escolaridade permanecerem mais tempo em atendimento, sendo 29,2% da terceira série, 20,8% da quarta série, 16,7% da primeira série, 12,5% da quinta série, enquanto crianças de segunda série 8,3% e pré-escolar 8,3% são as que permanecem menos tempo em psicoterapia.

Gastaud et al. (2011) analisam 2106 prontuários de dois serviços de atendimento psicológico, um situado na cidade de Porto Alegre e outro no interior do Rio Grande do Sul, ambos oferecidos como atividade de formação e estudo. Na amostra estudada, encontraram um percentual maior de meninos (67,6 %) que demandam psicoterapia, corroborando os achados de Cunha e Beneti (2009). Gastaud et al. (2011) verificaram que 43,2% da clientela tinha entre 7 e 9 anos, 29,6% entre 10 e 12 anos, 23,2% entre 4 e 6 anos, e 3,9% até 3 anos de idade, dados corroborados pelo estudo de Cruz e Borges (2013), quando concluem que meninos entre 5 e 8 anos de idade constituem o grupo que mais demanda psicoterapia. Quanto à escolaridade das crianças, Gastaud et al. constataram que a maioria (34,4%) frequentava a primeira e segunda séries, 29,9% cursava a terceira série e subsequentes, enquanto 11,5% frequentavam a pré-escola, 6% o maternal, creche ou berçário, e 2,3% não frequentavam qualquer escola. Quanto à composição familiar relataram que 56,7% moravam com ambos os pais, 28,3% apenas com a mãe, 6,1% com mãe e padrasto, 4,6% com outro familiar, 1,5% com o pai, 1,4% careciam dessa informação, 0,8% com pai e madrasta e 0,6% estavam em abrigo.

Em um estudo que analisou os dados de três Clínicas-escola, ao longo de três décadas, Boaz et al. (2012) observaram que, nas décadas de 1980 e 1990, era maior a prevalência de meninos (17,9% e 21,3%, respectivamente) na busca por atendimento psicológico infantil em comparação às meninas (15,5% e 18,8%, respectivamente). Contudo, constataram que, a partir do ano 2000, a demanda da parte de meninas (65,7%) ultrapassou a dos meninos (60,8%).

Os pais e o atendimento psicológico dos filhos

Dos cinco eixos temáticos que organizam os resultados desta revisão, o tema da interação dos pais com o atendimento psicológico do filho foi abordado em todos os artigos selecionados. A participação dos pais, ao longo do atendimento psicológico do filho, é apontada como determinante para o sucesso ou fracasso do tratamento. Prebianchi (2011) e Gastaud et al. (2011) sugerem que o início do atendimento se constitui como momento crucial para a formação de um vínculo positivo entre o psicólogo e os pais da criança. Deakin e Nunes (2009), bem como Sei et al. (2008) consideram o vínculo do psicólogo com os pais como mais importante do que aquele que se estabelece entre o psicólogo e a criança, uma vez que compete aos pais a decisão pela continuidade ou interrupção dos atendimentos. Steibel et al. (2011) também apontam para a relevância do início do atendimento, quando tem lugar a avaliação do caso e o psicólogo pode optar por diferentes estratégias de intervenção, tanto para a criança como para os pais.

A abordagem psicológica dos pais varia de acordo com a demanda identificada, a qual definirá sua modalidade, como orientação para os pais, encaminhamento da mãe, do pai ou de ambos para atendimento psicológico, ou acompanhamento dos pais, atendimentos cuja frequência pode ser desde mensal a semestral, sendo concomitante ao atendimento do filho. Gomes e Zanetti (2009), assim como Azevedo e Sampaio (2009) ressaltam que a escolha pela conduta terapêutica será orientada pelo referencial teórico do profissional que propiciará uma compreensão das necessidades e demandas avaliadas em cada caso. De acordo com Telles et al. (2010) foi identificada uma preferência pelo atendimento inicial individual com os pais, na maioria das vezes sendo realizado somente com a mãe e, posteriormente, uma avaliação com a criança, por meio de consultas terapêuticas livres ou na modalidade de psicodiagnóstico.

Uma abordagem alternativa, segundo Gomes e Zanetti (2009), são as consultas conjuntas com pais e filhos, ou mãe e filho, após as entrevistas individuais iniciais com os pais, ou mesmo como processo psicoterapêutico, embora Andrade et al. (2012) avaliem que, em alguns casos, os pais, ou somente a mãe, necessitem de atendimento psicológico. Nesse caso, os autores entendem que o problema levado para a psicoterapia diz respeito aos pais e não à criança, ficando a criança dispensada de qualquer tratamento. Os demais autores compartilham a ideia de que as expectativas dos pais em relação ao encaminhamento e às indicações de tratamento devem ser levadas em consideração pelo psicólogo já no momento de acolhida inicial, o que parece ser uma condição essencial para a efetividade do tratamento.

Finkel (2009) observa que tanto nos serviços públicos, como nos privados, na maioria das vezes é a mãe que leva o filho para atendimento psicológico, sendo mínima a participação do pai. Sei et al. (2008), bem como Finkel (2009) observam que os pais sentem-se culpados pelos problemas dos filhos, cabendo ao psicólogo que os recebe não pactuar com essa configuração inicialmente apresentada. Nesse contexto, o profissional deve evitar condutas baseadas em juízos de valor, não deve se colocar como detentor de um saber superior sobre a criança, nem como aquele que corrigirá possíveis erros dos pais. Breitenstein et al. (2009) lembram que alguns pais relutam em procurar ajuda psicológica por receio da estigmatização do filho, além de terem o sentimento de culpa pelo fracasso. Andrade et al. (2012) também observam que o alívio sentido pelos pais, quando conseguem pedir ajuda, costuma ser acompanhado do sentimento de fracasso pelas falhas cometidas. Frisch-Desmarez (2010) reconhece o paradoxo que hoje se estabelece pela convivência de altas expectativas sociais em relação ao papel dos pais na educação dos filhos com a permissividade dos modelos atuais de educação.

Quando a demanda pelo atendimento psicológico não é originada na própria família, Cruz e Borges (2013) consideram que os pais podem sentir-se pressionados por quem realizou o encaminhamento do filho, seja a professora, o médico, ou outro profissional de saúde o qual, por sua vez, passa a aguardar uma mudança no comportamento da criança, gerando ansiedade nos pais. Polli e Arpini (2013) corroboram a ideia de que os pais, ou a mãe, são os grandes depositários das angústias levantadas em todos os envolvidos no encaminhamento da criança. Finkel (2009) recomenda que o psicólogo acolha angústias, expectativas e sentimentos de culpa dos pais, partindo do pressuposto de que estes buscam fazer o melhor para seus filhos e que, ao buscarem um tratamento psicológico, aceitam a própria necessidade de ajuda, permitindo que o profissional intervenha na relação pais-filhos. Gastaud et al. (2011) lembram que os pais podem sentir-se ambivalentes, ora aprovando, ora desaprovando a intervenção psicológica, na medida em que as mudanças observadas nos filhos, advindas dos atendimentos, podem demandar a reorganização da dinâmica familiar, o que nem sempre corresponde às expectativas dos pais.

Ward-Zimmerman e Cannata (2012) reconhecem a necessidade de programas de educação preventiva para famílias que envolvam cuidados na área da saúde mental infantil, em serviços de saúde, tais como a orientação breve para os pais, ou mesmo o encaminhamento destes para outros serviços da comunidade. As autoras também observam o impacto que a saúde mental dos pais pode ter no desenvolvimento da criança, dada a condição de dependência em que ela se encontra. Breitenstein et al. (2009) enfatizam a importância de um bom relacio-

namento entre pais e filhos, principalmente em se tratando de crianças pequenas, para um desenvolvimento emocional saudável.

Abandono da psicoterapia

O tema do abandono na clínica infantil é apontado na literatura como o mais enigmático e, por essa razão, configura um campo próprio que demanda mais estudos. Muitos autores afirmam que a busca pelo atendimento psicológico infantil aumentou muito nas últimas três décadas, embora as taxas de abandono da psicoterapia infantil acompanhem esse crescimento.

Em um levantamento realizado em uma Clínica-escola infantil, Cunha e Benetti (2009) encontram um percentual de mais da metade de abandonos dos atendimentos psicológicos iniciados. Além disso, o número de crianças que chegam a receber atendimento psicológico é menor que 50% das crianças encaminhadas. Nunes et al. (2009) referem taxas de abandono de psicoterapia infantil entre 25% e 60% no Brasil. Gastaud et al. (2011) confirmam que é grande o número de crianças que, depois de procurar ajuda psicológica, abandona ou nem chega a iniciar o tratamento. Ward-Zimmerman e Cannata (2012) observam que entre um terço e metade das crianças encaminhadas por pediatras para psicoterapia não chegam a acessar o serviço.

Algumas hipóteses são levantadas, embora não se tenha chegado a nenhuma conclusão. Cunha e Benetti (2009) apontam para a necessidade de avaliação dos serviços oferecidos, os quais devem levar em conta as necessidades das famílias que procuram atendimento psicológico. Além disso, recomendam que se leve em consideração a condição socioeconômica da clientela em função de demandas específicas e características culturais próprias que não se enquadram no modelo vigente, ainda pautado na clínica psicológica privada. Nunes et al. (2009) investigam a possibilidade de o abandono estar relacionado ao uso frequente da modalidade de psicoterapia individual e ponderam se a psicoterapia de grupo seria mais apropriada e eficaz, uma vez que a demanda costuma ser bem maior que a oferta, no caso dos serviços públicos de saúde, o que inviabilizaria o atendimento de todos os que procuram.

Cunha e Benetti (2009) observam uma estreita relação entre a aderência ao tratamento e os motivos do encaminhamento da criança, na medida em que as crianças encaminhadas por dificuldades escolares são as que permanecem mais tempo em psicoterapia, enquanto as crianças que sofrem com problemas psicossomáticos costumam abandonar mais cedo.

Nunes et al. (2009) constatam que crianças encaminhadas por neurologistas ou psicólogos apresentam menor risco de abandono; já a mudança de psicoterapeuta, a proximidade do início do tratamento, a discordância entre os pais e o psicólogo sobre os motivos do encaminhamento dos filhos para psicoterapia são fatores que aumentam o risco de abandono do tratamento. De modo geral, conflitos entre os pais e o psicólogo ameaçam a continuidade do atendimento, visto que esta depende do consentimento dos pais. Contudo, as autoras afirmam que, apesar do expressivo abandono da psicoterapia infantil, os tratamentos realizados mostram-se, na maioria das vezes, eficazes em relação à melhora na qualidade de vida das crianças.

De acordo com Finkel (2009), muitos pais chegam ao consultório sentindo-se culpados pelos problemas dos filhos e, conforme a conduta do psicólogo frente a esse sentimento de culpa, os pais podem, de modo defensivo, decidir interromper o tratamento que eles mesmos solicitaram. Breitenstein et al. (2009) notam que o sentimento de culpa relacionado à responsabilidade dos pais pode vir a se configurar como uma barreira que os impedirá de buscar ajuda nos estágios iniciais do sofrimento dos filhos. Prebianchi (2011) salienta que a falta de comunicação entre o psicólogo e os pais, aliada ao fato de o psicólogo não levar em consideração as expectativas parentais durante o tratamento, assumindo a postura de detentor exclusivo do saber sobre a criança, terá como consequência principal o abandono da psicoterapia. A autora também observa que as exigências impostas pelo tratamento, como frequência em dias e horários determinados, ou durante o horário de trabalho dos pais, podem inviabilizar o tratamento, levando ao abandono da psicoterapia.

Outro dado significativo, referido na literatura, diz respeito ao momento em que o abandono da psicoterapia costuma ocorrer, sendo identificado por Cunha e Benetti (2009), além de Gastaud et al. (2011) como o seu período inicial, sugerindo pouca efetividade do acolhimento nos primeiros encontros com o paciente. Nunes et al. (2009) concordam que os índices de abandono são maiores nos três primeiros meses, diminuindo consideravelmente a partir do sexto mês de tratamento. Observaram também que entre a primeira e a décima quinta sessão predominam os abandonos sobre as altas, porém dobram as chances de abandono antes do primeiro mês e quando o paciente falta mais de cinco vezes às sessões. Também consideram um fator relevante o tempo decorrido entre a avaliação diagnóstica e a psicoterapia, pois nos casos em que esse intervalo é superior a um mês a taxa de abandono é muito alta.

Nunes et al. (2009) chamam a atenção para a ausência de consenso quanto à definição de abandono, o que dificulta a caracterização desse fenômeno. O

abandono pode ter ocorrido devido à percepção dos pais de que a criança já estava livre dos sintomas, enquanto para o psicólogo essa criança ainda não estaria em condições de receber alta. Embora tais casos possam ser caracterizados como bem-sucedidos, entram na contagem de abandonos, visto que os pais deixam de comparecer às consultas sem comunicar sua intenção de interrompê-las. Segundo as autoras, de 14% a 51% dos casos são interrompidos antes da alta.

Em busca do que caracteriza o abandono em psicoterapia infantil, Nunes et al. (2009) concluem que são os casos em que o paciente, por decisão unilateral, com ou sem o conhecimento prévio do psicólogo, tendo comparecido a pelo menos uma sessão de psicoterapia, cessa de fazê-lo, de modo definitivo e independentemente do motivo. Já Gastaud et al. (2011) definem o abandono como o encerramento da psicoterapia antes de serem atingidos os objetivos estipulados no contrato, independente dos motivos que levaram o paciente ou o terapeuta a interrompê-la, ou a decisão ter sido unilateral ou bilateral. A não aderência é caracterizada por Gastaud et al. (2011) como a interrupção que se dá durante a avaliação psicológica, antes que se decida sobre a necessidade de tratamento, ou antes que os objetivos estabelecidos para o tratamento estejam claros para os envolvidos.

Nunes et al. (2009) concluem que o abandono da psicoterapia infantil tende a ocorrer nos casos de crianças com menor idade, com menor grau de escolaridade, do sexo masculino, menor potencial intelectual, com pai e mãe jovens, pai com menor grau de escolaridade, famílias com percepção menos favorável da criança e família com dificuldade em manter uma frequência assídua.

Discussão

Embora tenhamos apresentado os resultados desta revisão de literatura segundo eixos temáticos, ressaltamos que estes são complementares e interdependentes. Portanto, a participação dos pais no processo psicoterapêutico do filho, os motivos do encaminhamento, o perfil da clientela infantil, os profissionais que realizam o encaminhamento, além do risco de abandono da psicoterapia são eventos que se entrelaçam, contribuindo ou comprometendo a aderência da família à intervenção proposta pelo profissional. Também pudemos constatar que o modo como o encaminhamento psicológico é conduzido determinará a evolução da própria psicoterapia, já que envolve as expectativas dos pais, da criança, do psicólogo e do profissional que a encaminhou (Andrade et al., 2012), além das angústias dos pais e familiares frente ao sofrimento que originou o encaminhamento da criança (Finkel, 2009).

Durante o percurso do encaminhamento o psicólogo poderá criar um vínculo positivo com os pais, possibilitando a aderência ao tratamento (Gastaud et al., 2011). Entretanto, podemos supor que dúvidas, receios e questionamentos demandem uma elaboração parental da queixa antes que os pais se decidam a buscar efetivamente o atendimento psicológico, quando tem início a avaliação psicológica (Mari, & Kieling, 2013).

A identificação do problema e a escolha do tratamento serão definidos pela avaliação inicial ou triagem (Prebianchi, 2011). Contudo, o que se segue, a partir do primeiro contato com a família é a avaliação psicológica da criança, seja por meio de testes, entrevistas, jogos ou brincadeiras, dependendo da abordagem teórica adotada pelo psicólogo (Ocampo, Arzeno, & Piccolo, 2009).

Embora haja toda uma literatura sobre o caminho percorrido desde a identificação de um sofrimento infantil ou familiar, passando pela avaliação psicológica da criança até o seu encaminhamento para psicoterapia, notamos que muitas questões ainda aguardam resposta, seja no âmbito da pesquisa ou da prática clínica. A realização desta revisão levou-nos a muitas interrogações, movimento este que é próprio da pesquisa, já que uma resposta leva à próxima pergunta, como, por exemplo, quando nos detemos sobre o acolhimento dos pais no atendimento psicológico infantil. Como receber e acolher pais que, na maioria das vezes, chegam à Clínica de Psicologia sentindo-se culpados e angustiados? Como obter a confiança dos pais para garantir não somente a aderência da criança, mas também um tratamento que seja eficaz? Como conciliar expectativas e possibilidades de solução do problema apresentado? Como articular o conhecimento profissional com o saber dos pais?

Em relação ao motivo do encaminhamento também nos defrontamos com diversas questões. Como avaliar se o motivo do encaminhamento justifica ajuda psicológica ou se caracteriza uma fase do desenvolvimento da criança? Como garantir uma ajuda psicológica para a criança quando os pais não aderem a nenhum tipo de intervenção, seja para a criança ou para si mesmos? Como garantir uma comunicação clara e sensível com os pais, uma vez que ora o psicólogo se utiliza da nosografia psiquiátrica, ora cria suas próprias definições, nem sempre amparado em um modelo teórico sobre a saúde mental? Para cuidar da saúde mental de crianças não teríamos que pensar na implementação de políticas públicas que priorizassem a qualidade de vida de maneira mais ampla e irrestrita, levando em consideração os ambientes socioculturais e suas peculiaridades?

A literatura consultada oferece alguns argumentos que ora apresentamos não como respostas às indagações, mas como pontos de partida, ou sinalizadores de caminhos para novas reflexões. Gastaud et al. (2011) observam que a busca de

atendimento psicológico para os filhos não está livre de tensões para os pais, que se mostram ambivalentes nas diversas etapas que compreendem o encaminhamento. Defendem os autores que engajar os pais, principalmente na fase inicial desse processo, é fundamental para o sucesso do tratamento.

Prebianchi (2011) lembra que as crianças são usualmente encaminhadas por uma instituição ou profissional de saúde, de maneira que chegam com expectativas que podem ser bastante diferentes daquelas que os psicólogos têm sobre o tipo de sofrimento apresentado e as modalidades de tratamento. Gastaud et al. (2011) observam maior aderência à psicoterapia quando o encaminhamento é realizado por psiquiatras, fato que pode sugerir que as expectativas dos pais e da criança já tenham sido trabalhadas pelo profissional que a encaminhou, no sentido de diminuir a ansiedade de todos e facilitar a construção de novos vínculos de confiança. Entretanto, esses profissionais representam uma minoria dentre as fontes encaminhadoras, sendo a escola considerada a maior delas. Breitenstein et al. (2009) advertem que o sentimento de culpa dos pais e a possibilidade de serem estigmatizados podem impedir a busca de atendimento psicológico para o filho, o que nos remete à inclusão das necessidades dos pais no próprio projeto de atendimento.

Cunha e Benetti (2009) verificam uma incidência maior de meninos encaminhados para atendimento psicológico, sugerindo que os meninos apresentam mais comportamentos externalizantes do que as meninas. Além disso, o fato dos encaminhamentos se concentrarem na faixa etária dos 6 aos 9 anos, e a escola ser a maior fonte de encaminhamento, leva-nos a supor que o início da escolarização desafie a criança em suas demandas de adaptação, constituindo-se como oportunidade para que vulnerabilidades sejam expressas, ou mesmo aprofundadas.

Pfefferbaum e North (2013) recomendam que a escolha de instrumentos de avaliação infantil leve em conta processos de desenvolvimento, idade cronológica, fatores culturais, linguagem e aspectos familiares para que a atribuição de sentido a uma determinada conduta se dê nos limites do contexto de vida da criança. Outros autores, como Breitenstein et al. (2009), ressaltam a necessidade de identificação precoce do problema, na medida em que promove resultados positivos no tratamento psicoterapêutico de crianças e evita que um padrão de comportamento se fixe, apresentando-se como um evento em transição.

Para Breitenstein et al. (2009) ainda é difícil avaliar de que modo as intervenções realizadas com os pais podem afetar a vida emocional dos filhos. Deakin e Nunes (2009) observam que, mesmo no contexto de uma orientação psicanalítica ou psicodinâmica, a qual prioriza o sentido de uma conduta e não a sua modificação, os pais associam o término do tratamento com a remissão dos sinto-

mas, prevalecendo a normalização do comportamento da criança como o objetivo principal do atendimento psicológico.

Ward-Zimmerman e Cannata (2012) relatam que, de modo distinto do que ocorre em qualquer outra especialidade médica, o psicólogo não costuma fornecer um feedback sobre as conclusões de sua avaliação, nem sobre seu plano de intervenção, aos demandantes do atendimento. Amparado pela questão do sigilo profissional, além do cuidado com a privacidade do paciente, o psicólogo acaba por se isolar e perder a oportunidade de discutir o caso com outros profissionais que poderiam, inclusive, auxiliá-lo a atingir seus objetivos terapêuticos.

Frisch-Desmarez (2010) salienta a ambivalência que atravessa a relação entre pais e filhos, uma vez que a sociedade atual desvaloriza a família e, conseqüentemente, o lugar dos pais, além de gerar um conflito entre a exigência tirânica de que os pais tenham sucesso com os filhos e uma tendência geral para que se afrouxem os limites parentais, empreitada que é, no mínimo, paradoxal. A esse respeito, Finkel (2009, p. 11), citando Bettelheim (1977), lembra que “sem dúvida não existe nada de novo quanto ao fato de os pais pretenderem acertar em relação aos filhos. Novo é o fato de terem se tornado muito receosos de errar”.

Encontramos poucos artigos que focalizassem o tema do encaminhamento psicológico infantil, assim como pesquisas que dessem voz aos pais e às crianças, no sentido de acrescentarem suas próprias compreensões sobre o encaminhamento para psicoterapia, sendo o artigo de Ward-Zimmerman e Cannata (2012) o único que aborda os sentidos atribuídos pelos profissionais que encaminham. Concluímos que os sentidos atribuídos pelos pais costumam ser inferidos pelos pesquisadores, enquanto nenhum dos trabalhos consultados focaliza o sentido dado pela criança, sinalizando uma lacuna a ser preenchida futuramente pela pesquisa no campo da clínica psicológica infantil.

Considerações finais

A partir da leitura dos artigos científicos considerados para esta revisão sobre o encaminhamento de crianças para atendimento psicológico, pudemos observar que existem desconpassos quando tomamos em consideração as expectativas de todos os envolvidos nesse processo. Nesse sentido, o psicólogo acaba se tornando o responsável por articular todas as perspectivas envolvidas, embora não conte com um modelo único de intervenção que o ampare nessa tarefa, como é o caso de outros profissionais. Dada a importância da família no atendimento psi-

cológico infantil, faz-se necessário encontrar maneiras mais eficazes de promover sua inclusão e repensar a participação, não menos importante, dos profissionais que realizam os encaminhamentos. A diversidade de teorias e práticas psicológicas, ao mesmo tempo que cria um campo rico e variado de propostas interventivas que se afinem às diferentes subjetividades, pode comprometer a necessária autorreflexão na medida em que cada uma das abordagens psicológicas procura se impor como única e soberana sobre as demais, tornando-se acrítica.

Curiosamente, apesar de a literatura científica reconhecer a fase inicial do atendimento psicológico, que começa com o encaminhamento como crucial para a criação de vínculos de confiança entre a família, a criança e o psicólogo, propiciando um trabalho psicológico efetivo, não encontramos trabalhos que elejam o processo do encaminhamento como tema central de investigação. Além disso, outro achado que nos pareceu significativo na literatura revisada diz respeito à preocupação com o fluxo de ações que garantiria ao psicólogo que uma criança, uma vez identificada como problemática ou sofredora, conforme a perspectiva teórica adotada, fosse conduzida por seus pais em direção à terapêutica indicada. No entanto, o alto índice de abandono apontado pelas pesquisas científicas indica a necessidade de novos estudos que promovam uma reflexão aprofundada sobre a atuação do psicólogo nesse contexto do encaminhamento psicológico infantil, sobretudo no que tange à promoção e articulação do diálogo entre todos os envolvidos que subjaz à aderência e à eficácia de qualquer intervenção.

Dados os objetivos e os limites desta revisão não pretendemos esgotar o assunto nem responder ao nosso próprio questionamento sobre a adequação de determinados encaminhamentos que se iniciam sem uma análise rigorosa dos custos e benefícios de uma intervenção psicológica, além de seus objetivos, estratégias terapêuticas e os resultados obtidos. Esse quadro aponta para a complexidade da questão e para a necessidade de estudos que tomem como objeto o delicado momento em que uma queixa infantil é ouvida e interpretada em termos de um cuidado ético-clínico.

Referências

- Andrade, M. L., Mishima-Gomes, F. K. T., & Barbieri, V. (2012). Vínculos familiares e atendimento psicológico: a escuta dos pais sobre a alta da criança. *Revista da SPAGESP*, 13(1), 5-13.
- Azevedo, A. M. A., & Sampaio, C. P. (2009). Odeio quando você lembra que eu existo. *Jornal de Psicanálise*, 42(77), 243-254.

- Boaz, C., Nunes, M. L. T., & Hirakata, V. N. (2012). A problemática do desenvolvimento de crianças assistidas por clínicas-escola brasileiras mudaram no decorrer das décadas? *Psico*, 43(3), 334-340.
- Breitenstein, S. M., Hill, C., & Gross, D. (2009). Understanding disruptive behavior problems in preschool children. *Journal of Pediatric Nursing*, 24(1), 3-12.
- Cunha, T. R. S., & Benetti, S. P. C. (2009). Caracterização da clientela infantil numa clínica-escola de psicologia. *Boletim de Psicologia*, 59(130), 117-127.
- Cruz, D. R. M., & Borges, L. C. (2013). A queixa escolar: reflexões sobre o atendimento psicológico. *Psicologia Argumento*, 31(72), 79-87.
- Day, C., Michelson, D., & Hassan, I. (2011). Child and adolescent service experience (ChASE): Measuring service quality and therapeutic process. *British Journal of Clinical Psychology*, 50, 452-464.
- Deakin, E. K., & Nunes, M. L. T. (2009). Abandono de psicoterapia com crianças. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31(3), 145-151.
- Finkel, L. A. (2009). O lugar da mãe na psicoterapia da criança: uma experiência de atendimento psicológico na saúde pública. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29(1), 190-203.
- Frisch-Desmarez, C. (2010). Les psychothérapies a la période de latence. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 58, 87-93.
- Gastaud, M. B., Basso, F., Soares, J. P. G., Eizirik, C. L., & Nunes, M. L. T. (2011). Preditores de não aderência ao tratamento na psicoterapia psicanalítica de crianças. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 33(2), 109-115.
- Goldman, C. (2011). Lorsque l'enfant sourdoué est une fille. Spécificités du féminin à la lueur du bilan psychologique. *L'évolution psychiatrique*, 76(1), 43-53.
- Gomes, I. C., & Zanetti, S. A. S. (2009). Transmissão psíquica transgeracional e construção de subjetividade: relato de uma psicoterapia psicanalítica vincular. *Psicologia USP*, 20(1), 93-108.
- Lesourd, S. (2008). Les conditions du travail psychothérapeutique avec l'enfant, l'adolescent et leur famille. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 57(1) 44-49.
- Mari, J. J., & Kieling, C. (2013). *Psiquiatria na prática clínica*. São Paulo: Editora Manole.
- Nunes, M. L. T., Silveiras, E. F. de M., Maturano, E. M., & Oliveira, M. S. (2009). Crianças em risco: abandono de psicoterapia. *Psico*, 40(3), 359-365.
- Ocampo, M. L. S. de, Arzeno, M. E. G., & Piccolo, E. G. de (2009). *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. São Paulo: Martins Fontes.
- Pfefferbaum, B., & North, C. S. (2013). Assessing children's disaster reactions and mental health needs: screening and clinical evaluation. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(3), 135-142.
- Polli, R. G., & Arpini, D. M. (2013). Representação de psicoterapia em crianças atendidas em instituição de saúde. *Psicologia em Estudo*, 18(3), 519-528.

- Prebianchi, H. B. (2011). Atenção psicológica infantil: compreensão de usuários e estagiários do serviço-escola. *Psicologia em Revista, Belo Horizonte*, 17(2), 322-339.
- Sei, M. B., Souza, C. G. P., & Arruda, S. L. S. (2008). O sintoma da criança e a dinâmica familiar: orientação de pais na psicoterapia infantil. *Vínculo*, 5(2), 194-207.
- Smadja, R., Golse, B., & Moro, M. R. (2011). Des bêtises de l'enfant aux troubles du comportement. *Evol psychiatr*, 76(2) 331-343.
- Steibel, D., Hallberg, A. E., Sanchotene, B., Campezzato, P. V. M., Silva, M. R., & Nunes, M. L. T. (2011). A latência na atualidade: considerações sobre crianças encaminhadas para psicoterapia. *Aletheia*, 35(36), 51-68.
- Telles, J. C. C. P., Sei, M. B., & Arruda, S. L. S. (2010). Comunicação silenciosa mãe-bebê na visão winnicottiana: reflexões teórico-clínicas. *Aletheia*, 33, 109-122.
- Ward-Zimmerman, B., & Cannata, E. (2012). Partnering with pediatric primary care: lessons learned through collaborative colocation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(6), 596-605.

Enviado em 30 de maio de 2016

Aceito para publicação em 30 de abril de 2017

SEÇÃO LIVRE

Trauma e testemunho: uma leitura de Maryan S.
Maryan inspirada em Sándor Ferenczi

O uso do desenho em terapia de casal

Violência conjugal e transtornos da personalidade:
uma revisão sistemática da literatura

Por que eles permanecem juntos? Contribuições para a
permanência em relacionamentos íntimos com violência

TRAUMA E TESTEMUNHO: UMA LEITURA DE MARYAN S. MARYAN INSPIRADA EM SÁNDOR FERENCZI

*TRAUMA AND TESTIMONY: A READING OF MARYAN
S. MARYAN INSPIRED BY SÁNDOR FERENCZI*

*TRAUMA Y TESTIMONIO: UNA LECTURA DE MARYAN
S. MARYAN INSPIRADA EN SÁNDOR FERENCZI*

*Alan Osmo**

*Daniel Kupermann***

RESUMO

Neste artigo, buscamos explorar as ideias de trauma e testemunho a partir de reflexões teóricas de Sándor Ferenczi e da discussão de desenhos do pintor Maryan S. Maryan, que foram produzidos durante seu tratamento psicanalítico. Ferenczi enfatiza uma dimensão social em sua concepção do trauma, ou seja, haveria um segundo momento do trauma que consiste em uma reação inadequada do meio quando um sujeito tenta se expressar sobre uma experiência de violência que sofreu. A ideia de testemunho, apesar de não ser um conceito propriamente psicanalítico, aponta para a questão da comunicação, que envolve um sujeito que fala e outro(s) que escuta(m), quando alguém tenta se expressar sobre uma experiência traumática. Maryan, um sobrevivente do genocídio perpetrado contra os judeus durante a Segunda Guerra Mundial, encontrou grande dificuldade em seu tratamento psicanalítico para falar e, a partir de uma sugestão de seu psicanalista, recorreu aos desenhos para expressar seu sofrimento relacionado às experiências de violência que viveu.

Palavras-chave: trauma; testemunho; Sándor Ferenczi; Maryan S. Maryan.

* Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil.

** Professor Doutor do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil.

ABSTRACT

In this paper, we explore the ideas of trauma and testimony through the theoretical reflections of Sándor Ferenczi and the discussion of drawings of the painter Maryan S. Maryan, produced during his psychoanalytic treatment. Ferenczi emphasizes a social dimension in his conception of trauma, in other words, there would be a second stage of trauma consisting of an inadequate reaction of the environment, when the subject tries to express on an experience of violence suffered. The idea of testimony, despite not being specifically a psychoanalytic concept, points to the issue of communication involving a subject who speaks and other(s) who listen(s), when the subject tries to express about a traumatic experience. Maryan, a survivor of the genocide perpetrated against the Jews during the Second World War, had great difficulty in his psychoanalytic treatment to speak, and, after a suggestion of his psychoanalyst, made use of drawings to express his suffering related to the experiences of violence he lived.

Keywords: trauma; testimony; Sándor Ferenczi; Maryan S. Maryan.

RESUMEN

En este artículo, tratamos de explorar las ideas de trauma y testimonio a partir de reflexiones teóricas de Sándor Ferenczi y de la discusión de dibujos del pintor Maryan S. Maryan, que fueron producidos durante su tratamiento psicoanalítico. Ferenczi enfatiza una dimensión social en su concepción de trauma, o sea, habría un segundo momento del trauma que consiste en una reacción inadecuada del medio cuando el sujeto intenta expresarse acerca de una violencia que sufrió. La idea de testimonio, a pesar de no ser un concepto propiamente psicoanalítico, apunta a la cuestión de la comunicación, que implica un sujeto que habla y un otro(s) que escucha(n), cuando alguien intenta expresarse acerca de una experiencia traumática. Maryan, un sobreviviente del genocidio perpetrado contra los judíos en la Segunda Guerra Mundial, sintió gran dificultad en hablar durante su tratamiento psicoanalítico, y, a partir de una sugerencia de su analista, él recurrió a los dibujos para expresar su sufrimiento relacionado con las experiencias de violencia que vivió.

Palabras clave: trauma; testimonio; Sándor Ferenczi; Maryan S. Maryan.

Introdução: o sonho de Primo Levi

É bastante conhecido e comentado o sonho que Primo Levi (1988) conta ter sido recorrente durante o período em que esteve em Auschwitz. Levi era um

jovem judeu italiano de 24 anos quando foi preso em dezembro de 1943. Ele fazia parte de um grupo de resistência armada contra os nazistas que haviam ocupado o norte da Itália. Foi deportado para Auschwitz em fevereiro de 1944 e ficou preso lá até a chegada dos russos no final de janeiro de 1945. Levi escreveu o livro *É isto um homem?* em 1947, ou seja, quando já vivia seguro novamente em Turim e apenas pouco tempo depois de ter sido libertado dos horrores perpetrados pelos nazistas. O sonho mencionado é descrito por ele, nesse livro, da seguinte forma:

Aqui está minha irmã, e algum amigo (qual?), e muitas outras pessoas. Todos me escutam, enquanto conto do apito em três notas, da cama dura, do vizinho que gostaria de empurrar para o lado [...]. Conto também a história da nossa fome, e do controle dos piolhos, e do Kapo que me deu um soco no nariz e logo mandou que me lavasse porque sangrava. É uma felicidade interna, física, inefável, estar em minha casa, entre pessoas amigas, e ter tanta coisa para contar, mas bem me apercebo de que eles não me escutam. Parecem indiferentes; falam entre si de outras coisas, como se eu não estivesse. Minha irmã olha para mim, levanta, vai embora em silêncio (Levi, 1988, p. 60).

Levi diz que teve esse sonho muitas vezes durante seu período de confinamento, que ele era acompanhado de angústia, e que tinha um caráter vívido. Há muitos elementos que faziam parte da vida desperta que Levi tinha ali como escravo: o apito que significava o despertar para mais um dia de trabalho extenuante, as humilhações a que os prisioneiros eram submetidos, como o controle de piolhos, ou a violência arbitrária que sofriam dos Kapos, e a fome constante que sentiam (Levi conta que com a ração regular distribuída era possível viver em média apenas três meses, que para continuar sobrevivendo mais tempo era necessário conseguir comida por outros meios).

Esse sonho poderia ser pensado a partir das reflexões realizadas por Freud (1920/2010) a respeito dos sonhos traumáticos. Importantes características descritas por Freud estão presentes no sonho de Levi: o caráter de repetição, o retorno a uma determinada situação do passado, assim como a angústia que é despertada. Primo Levi (1988, p. 60) se questiona: “Por que o sofrimento de cada dia se traduz, constantemente, em nossos sonhos, na cena sempre repetida da narração que os outros não escutam?”.

Há, entretanto, algumas especificidades do sonho que chamam a atenção. Diferentemente dos sonhos de neuróticos de guerra, que em momentos de

paz sonham que estão vivendo novamente as experiências terríveis que tiveram durante seu passado na guerra, aqui o sujeito sonha em um contexto de enorme privação e sofrimento com um retorno a uma situação de paz e conforto. Ou seja, a vida de vigília de Levi no momento do sonho é a de fome e sede, da rotina extenuante do trabalho escravo, de violências arbitrárias sofridas, de convivência com a morte o tempo todo. E, no sonho, ele se encontra em casa, junto com a família e amigos, com uma felicidade interna, física e inefável. Ainda sim, trata-se de um sonho traumático.

A dor que acompanha o sonho, “dor dessas que fazem chorar as crianças” (Levi, 1988, p. 60), o caráter angustiante parecem ser provocados por outro motivo. A característica marcante do sonho é o fato de que o sujeito não pode ser escutado pelas pessoas próximas, não pode compartilhar as terríveis experiências que estava vivendo. Ele apenas se depara com a indiferença e a insensibilidade dos outros diante de seu sofrimento. Em outro livro, Levi (1990, p. 1) fala novamente desses sonhos que seriam comuns entre os sobreviventes: o de terem voltado para casa e contado sobre “seus sofrimentos passados, dirigindo-se a uma pessoa querida, e de não terem crédito ou mesmo nem serem escutados. Na forma mais típica (e mais cruel), o interlocutor se virava e ia embora silenciosamente”.

Kupermann (2009) propõe pensar esse sonho a partir do segundo momento do trauma descrito por Ferenczi. Mais do que qualquer violência sofrida, o elemento efetivamente traumático para o psiquismo é o chamado “desmentido”¹ produzido pelo outro a quem se destinou o testemunho. Ou seja, ao passar por experiências de violência e tentar testemunhar o que aconteceu para os outros, o sujeito se depara com indiferença, incompreensão, insensibilidade, e isso faz parte do próprio modo de ação do trauma.

Neste trabalho, buscamos levar adiante essa reflexão, explorando as ideias de trauma e testemunho a partir das teorizações feitas por Sándor Ferenczi. As reflexões teóricas serão, depois, enriquecidas por meio da discussão de desenhos, produzidos durante um tratamento psicanalítico, do pintor Maryan S. Maryan, também um sobrevivente do genocídio perpetrado pelos nazistas contra os judeus durante a Segunda Guerra Mundial. Nosso objetivo, neste artigo, seguindo o caminho proposto por Endo (2013), é fazer a discussão de algumas concepções em psicanálise que podem contribuir teoricamente nos debates sobre memória social.

A comunicação de experiências traumáticas

O conceito de trauma foi uma das preocupações centrais na obra de Ferenczi, que passou novamente a dar importância a acontecimentos reais na compreensão desse problema no interior da psicanálise. A sua concepção de trauma interessa-nos especialmente para os objetivos deste artigo, pois nela há uma ênfase em um componente social: não apenas é importante a reflexão sobre as consequências do trauma no interior do psiquismo de alguém, mas também a relação que se estabelece com as outras pessoas depois que uma experiência de choque aconteceu.

O trauma para Ferenczi se constitui em dois tempos (Osimo, & Kupermann, 2012). O primeiro é o do choque, o da violência propriamente dita. O choque é um acontecimento que abala, que age de forma esmagadora sobre o sujeito, de modo que ele não pode colocar resistências. De acordo com Ferenczi (1934/2011, p. 125), o choque tem um caráter súbito para o qual o sujeito não está preparado e acarreta a “aniquilação do sentimento de si, da capacidade de resistir, agir e pensar com vistas à defesa do si mesmo”.

O sujeito, após o choque, vive um estado de confusão e não consegue a princípio falar sobre o que se passou. Até a sua confiabilidade nos próprios sentidos está abalada, podendo acontecer de ele ficar em dúvida se o que foi vivido foi de fato real. Mas, de todo modo, o sujeito, depois dessa experiência de horror, vai tentar de alguma forma dar sentido ao que foi vivido, buscando para isso o auxílio de pessoas de confiança.

A situação descrita por Ferenczi em sua reflexão sobre o trauma, feita no texto “Confusão de língua entre os adultos e a criança”, é a de uma criança que foi vítima de uma violência sexual. Como decorrência desse ato, Ferenczi (1933/2011, p. 117) diz o seguinte: “Se a criança se recupera de tal agressão, ficará sentindo, no entanto, uma enorme confusão; a bem dizer já está dividida, ao mesmo tempo inocente e culpada, e sua confiança no testemunho dos seus próprios sentidos está desfeita”. Enquanto isso, o adulto agressor se comporta como se nada houvesse acontecido.

Apesar de Ferenczi referir-se a uma situação específica de violência – o abuso sexual contra uma criança –, ele indica uma dimensão interessante para se pensar acontecimentos traumáticos em geral e o que acontece com o sujeito vítima de violência. A própria compreensão do que aconteceu no momento do choque é muito difícil, o sujeito tem bastante dificuldade de saber o que aconteceu consigo mesmo, pois o efeito da violência ainda se faz sentir sobre seu corpo. Com isso,

há o risco de se colocar em dúvida a realidade concreta do que aconteceu: talvez a própria percepção tenha se enganado, ou, então, seja digna de dúvida. O sujeito sozinho não se sente completamente seguro para afirmar a realidade do que aconteceu e necessita para isso do auxílio de pessoas de confiança. É através da relação com o outro que ele poderá se expressar sobre o passado.

A comunicação de experiências traumáticas parece ser um dos pontos importantes das reflexões de Ferenczi a respeito do trauma. Em diversos textos seus aparecem relatos de casos em que o sujeito em análise experimenta estados qualificados como transes, como vivências de intensidade alucinatória. O que acontece neles, portanto, está além de uma simples expressão através da linguagem: algo mais fala. Ferenczi vê esses estados como repetições, reproduções de acontecimentos traumáticos do passado, e faz, no plano teórico, uma retomada da ideia de catarse para refletir sobre a questão.

É claro que é possível questionar se todas essas experiências de transe descritas por Ferenczi na clínica correspondiam de fato a reproduções de acontecimentos traumáticos reais. Ou seja, se esses pacientes necessariamente passaram por esses acontecimentos, se não se tratava apenas de fantasias. De qualquer modo, as contribuições teóricas de Ferenczi sobre esse tipo de comunicação nos parecem interessantes para a reflexão sobre como sujeitos vítimas de violência se expressam sobre seu passado. Muitas vezes, aquilo que é vivido como horror, como pura violência, escapa, e os esforços feitos por meio da linguagem vão permanecer insuficientes para representar o que aconteceu. O corpo tem também um papel central, pois muitas coisas que as palavras silenciam vão se manifestar corporalmente. De acordo com Pinheiro, Jordão e Martins (1998, p. 169), nos estados de regressão descritos por Ferenczi pode-se entrar em contato com a inscrição mnésica corporal presente no sujeito: “somente o corpo guardou a lembrança do trauma e é ele que se exprime nos silêncios durante a regressão”.

O método catártico foi objeto de grande interesse por parte de Ferenczi (1933/2011) em determinado momento de sua obra, quando ele chega inclusive a propor que se faça na psicanálise uma regressão tanto de sua técnica quanto de sua teoria. Isso significa que, no plano da técnica, Ferenczi passou a dar valor novamente a algo que acontecia na catarse descrita por Breuer e Freud e, no plano da teoria, aos acontecimentos traumáticos reais. Para Ferenczi, o tratamento catártico foi

a descoberta comum de uma doente genial e de um médico de espírito aberto. A paciente tinha experimentado em si mesma que alguns dos seus sintomas desapareciam quando conseguia relacionar

fragmentos de suas falas ou gestos, expressos em estados de exceção, com impressões esquecidas de sua vida anterior. O extraordinário mérito de Breuer foi ter seguido as indicações metódicas de sua paciente e ter também acreditado na realidade das lembranças que surgiam, sem descartá-las de imediato, como era o habitual, como invenção fantasística de uma doente mental (Ferenczi, 1930/2011, p. 62).

Ferenczi, apesar de descrever alguns êxitos catárticos em sua prática como psicanalista, logo aponta limitações para esse método. Quase todos os desaparecimentos de sintomas decorrentes da catarse produziam apenas resultados provisórios, o que fez com que Ferenczi (1933/2011) deixasse de ter um “excessivo otimismo” em relação a essas curas. As repetições quase alucinatórias, que foi acumulando em sua prática clínica, mostraram a ele que “o resultado que se esperava duradouro, não o era, contudo, e na manhã seguinte o doente queixava-se de novo de uma noite pavorosa, redundando a sessão de análise em nova repetição do trauma” (Ferenczi, 1933/2011, p. 112).

De alguma forma, entretanto, os estados de transe pelos quais seus pacientes passavam vão continuar a aparecer em sua prática clínica. Ao se referir a esse tipo de vivência, em uma nota intitulada “A propósito do tema da neocatarse” de 17/08/1930, que foi publicada postumamente entre as “Notas e fragmentos”, Ferenczi (1939/2011, p. 275) diz:

Após “o despertar” desse estado de transe, os pacientes sentem-se por algum tempo como que fortalecidos, mas esse estado logo se dissipa e cede diante do sentimento de insegurança e de dúvida que, com frequência, degenera em desespero. “Sim, tudo isso soa muito bem”, dizem eles quase sempre, “mas será verdade? Não, jamais terei a certeza da lembrança real”.

Em outra nota, escrita em março de 1931, intitulada “Tentativa de resumo”, Ferenczi (1939/2011, p. 283), em uma linha parecida, vai dizer a respeito dos estados de transe:

produz-se de maneira surpreendente, após descarga desse gênero, rapidamente, às vezes de imediato, um restabelecimento da dúvida quanto à realidade do que foi vivido durante o estado de transe. Em alguns casos, o bem-estar dura o dia inteiro, mas o sono e o

sonho da noite, e em especial o despertar, trazem o restabelecimento completo dos sintomas, a perda total da confiança da véspera, o sentimento completo de desespero. Podem seguir-se então dias e até semanas de resistência total, até que um novo mergulho nas camadas mais profundas das esferas do vivenciado atinja uma vez mais o ponto de experiência em questão, complete-o com novos detalhes convincentes e acarrete um novo reforço do sentimento de realidade com um efeito mais durável. O mergulho na verdadeira esfera do vivenciado exige inevitavelmente o desligamento mais completo possível da realidade atual.

Ferenczi acrescenta que é preciso uma confiança imensa por parte do sujeito “para permitir-se um tal mergulho na presença de uma outra pessoa” (1939/2011, p. 284). Ele deve ter o sentimento de que pode se expressar impunemente “em palavras, em movimentos expressivos, em explosões emocionais, sem que por isso seja, de alguma forma, punido” (Ferenczi, 1939/2011, p. 284); e também de que pode encontrar a compreensão do seu interlocutor.

O segundo momento do trauma

Para Ferenczi (1930/2011), é fundamental haver uma atmosfera de confiança sólida entre quem fala e quem escuta ao se darem os estados de transe. Assim, o passado que é reconstruído através desses estados pode aderir muito mais “ao sentimento de realidade e de objetividade (*Dinghaftigkeit*)” do sujeito que fala (Ferenczi, 1930/2011, p. 71).

Em contraposição à confiança – necessária para que a comunicação de acontecimentos traumáticos se dê de um modo que de fato auxilie o sujeito a reconstruir seu passado – está a reação inadequada por parte dos outros. Trata-se do segundo momento do trauma para Ferenczi, comumente conhecido como desmentido. Um dos aspectos fundamentais da teoria do trauma em Ferenczi (1934/2011) é que a reação das pessoas que são próximas do sujeito que foi vítima de violência faz parte do modo de ação do trauma. O “desmentido” acontece quando a reação dessas pessoas expressa incompreensão, silêncio, quando se age como se nada tivesse acontecido, como se não fosse importante, ou então quando a fala do sujeito que tenta se expressar é desautorizada.

Diante desse tipo de reação, fica muito difícil para o sujeito conseguir sustentar sua própria opinião a respeito do que viveu. Quando as pessoas de sua

confiança não podem corresponder às suas expectativas de ser compreendido, de ser auxiliado a representar o que aconteceu, ele próprio passa a ter dificuldade em acreditar em si mesmo (Pinheiro, 1995). Por outro lado, os choques violentos podem ser superados, sem consequências inelutáveis, quando a reação das pessoas exprime compreensão e acolhimento sinceros (Ferenczi, 1931/2011).

A situação descrita por Ferenczi novamente é a da criança que foi vítima de violência e vai depois disso buscar auxílio junto a algum adulto de confiança. Quando ela tenta se expressar sobre o ocorrido, a atitude do outro que a escuta é a de que “não aconteceu nada”, desautorizando a versão da criança. As suas alusões acabam sendo ignoradas ou tratadas como irrelevantes e, “diante disso, a criança cede e deixa de poder sustentar sua própria opinião a tal respeito” (Ferenczi, 1990, p. 58). Será justamente essa reação por parte das pessoas de confiança que vai ser decisiva no trauma:

O pior é realmente a negação, a afirmação de que não aconteceu nada, de que não houve sofrimento ou até mesmo ser espancado e repreendido quando se manifesta a paralisia traumática dos pensamentos ou dos movimentos; é isso, sobretudo, o que torna o traumatismo patogênico (Ferenczi, 1931/2011, p. 91).

No trecho acima citado, a palavra em alemão que corresponde a “negação” é *Verleugnung*. Talvez pelo fato de se tratar de uma palavra que é também um conceito psicanalítico de Freud que gera debates em torno de sua tradução, há uma discussão sobre qual palavra em português se adequaria melhor à teoria de Ferenczi. O termo mais difundido é “desmentido”, que corresponderia a esse segundo momento do trauma.

A tradução do termo *Verleugnung* em Ferenczi é discutida em um texto de Miranda (2012). Segundo a autora, na língua alemã *Verleugnung* é “coloquialmente empregada para negar uma verdade que nem por isso perde o seu caráter de fato” (Miranda, 2012, p. 43). No trecho acima citado de Ferenczi, o termo foi traduzido pelo verbo “deny” em inglês, por “désaveu” em francês e por negação em português.

Há uma diferença do uso que é empregado por Ferenczi naquele trecho e a *Verleugnung* que é conceito de Freud. Neste, há a ideia de um mecanismo de defesa; trata-se, portanto, de um mecanismo intrapsíquico. Já em Ferenczi, a palavra é usada para descrever uma situação que acontece entre pessoas, ou seja, ela não é um mecanismo interno. Portanto, se em Freud a *Verleugnung* diz respeito à recusa perversa da castração, em Ferenczi há uma dimensão relacional, indicando

um não reconhecimento pelo outro de uma narrativa de sofrimento de um sujeito (Kupermann, 2015).

Miranda (2012, p. 46) vai propor a compreensão da *Verleugnung* em Ferenczi como “descrédito”. Segundo a autora, “Quando Ferenczi fala do abalo psíquico que a criança sofre quando vai contar à mãe a violência sexual, está dizendo que a mãe não lhe dá crédito e que mais grave do que o abuso sofrido é o fato de ser desacreditada pela mãe”. A criança tem necessidade de que a mãe acredite nela para poder inscrever e processar o fato, dando-lhe o estatuto de algo que ocorreu e sobre o qual ela tem a possibilidade de falar. “O descrédito da mãe deixa a criança sem chão firme para tornar-se capaz de distinguir entre a veracidade ou a falsidade dos fatos. Não sendo objeto de crédito para a mãe, o fato ficará como inqualificável para a criança” (Miranda, 2012, p. 46).

Pinheiro, Jordão e Martins (1998, p. 162) vão também chamar de descrédito esse segundo momento do trauma. Para os autores, Ferenczi aponta o descrédito da mãe em relação à criança como o fator traumatizante por excelência, e que, entre os resultados dramáticos do trauma, o mais evidente seria a ausência a partir daí da certeza de si mesmo. “O descrédito teria o poder de tirar a certeza das próprias percepções, como se a partir daí a criança não pudesse mais confiar nos próprios sentidos”. Se é através do outro que o sujeito se torna capaz de produzir e atribuir sentido, o descrédito interrompe a sua possibilidade de apropriação e tira a certeza do que se percebeu e do que se viveu. E, sem a certeza de si mesmo, o eu se torna refém daquilo que o outro afirma.

Jordão (2009), em uma linha parecida, vai dizer que, diante do descrédito da mãe, restam à criança duas opções: ou desinvestir a mãe ou desinvestir sua própria informação sensorial. Impasse que faz com que a criança opte por desqualificar a realidade sensível. As suas percepções deixam de ser sentidas como fonte segura de informação confiável.

Apesar de não falar diretamente sobre trauma em Ferenczi, Luís Cláudio Figueiredo (2008), ao discutir o termo *Verleugnung*, resalta também alguns aspectos interessantes. O autor defende que a *Verleugnung* deva ser entendida como “desautorização”. Esse termo destacaria um aspecto importante que é o da obstrução do caráter processual e transitivo da percepção. A desautorização, para o autor, não incide sobre a percepção propriamente dita, mas sim sobre a possibilidade de ela transitar para outras conservando uma certa continuidade:

O que é contestado na *Verleugnung* é a autoridade que uma percepção detém de propiciar e mesmo exigir outros passos na cadeia psíquica. Assim, a eficácia de que uma percepção é privada ao ser

desautorizada é a sua capacidade de remeter-se e de engendrar outras percepções, ou de levar, em uma dada sequência perceptiva, a certas conclusões ou, ainda, de reativar certas lembranças (Figueiredo, 2008, p. 61).

Sob o impacto da desautorização, a percepção é retirada de uma rede de associações para ser preservada como uma quase-coisa. Nessa condição, ela está destinada a se tornar uma lembrança muito vívida que não se integra ao fluxo psíquico. A desautorização gera essas “quase-coisas” que ficam retornando de forma perturbadora para o sujeito. Elas ficam indigestas e fora de controle, gerando uma atmosfera enevoada, um estado crônico de confusão, ou até mesmo um pânico e uma sensação premente de ameaça. Nesse estado de consciência, o sujeito perde o contato com a realidade no que ela supõe de contínuo e transitivo (Figueiredo, 2008).

Inspirado nessa proposição de Figueiredo a respeito da *Verleugnung*, Kupermann (2015, p. 42) defende também a ideia de desautorização, buscando, assim, enfatizar “a dimensão de *desapropriação subjetiva* promovida no sujeito em estado de vulnerabilidade pelo encontro traumático”. O traumatismo teria como efeitos nefastos o comprometimento da convicção nas próprias percepções e a anestesia da afetividade.

Jô Gondar (2012, p. 196), ressaltando a dimensão social envolvida no desmentido, vai destacar a característica do não reconhecimento. A autora propõe entender o desmentido como “o não-reconhecimento e a não-validação perceptiva e afetiva da violência sofrida. Trata-se de um descrédito da percepção, do sofrimento e da própria condição de sujeito daquele que vivenciou o trauma”. Gondar sublinha que as situações traumáticas são as provocadas por outros seres humanos que não reconhecem seu erro: “É nesses casos que se produzem nas vítimas os sentimentos de aniquilamento dos quais elas dificilmente se recuperam” (Gondar, 2012, p. 198). Essa atitude por parte dos outros faz com que se quebre, nas vítimas, a confiança em si e no mundo.

Nesse sentido, Gondar (2012, p. 200) propõe considerar o reconhecimento como o avesso do “desmentido”, o que implica dizer que “os efeitos traumáticos podem ocorrer quando alguém não é reconhecido na sua condição de sujeito”. O reconhecimento está relacionado à necessidade do indivíduo de poder ser ouvido e respeitado pelos outros em sua condição de sujeito, levando em consideração sua sensibilidade, seus gostos, a sua integridade corporal e psíquica. Nesse sentido, a autora formula que “o desmentido, enquanto não validação das percepções e dos afetos de um sujeito, pode ser entendido como um reconhecimento recusado” (Gondar, 2012, p. 200).

Através dessa discussão sobre diferentes palavras em português relacionadas à ideia de *Verleugnung* em Ferenczi – tais como “desmentido”, “descrédito”, “desautorização” e “não reconhecimento” –, nossa intenção aqui não foi a de escolher uma e de propor a melhor tradução², mas sim a de preservar a polissemia, enfatizando os diversos aspectos relacionados ao segundo momento do trauma que esses termos apontam. Acreditamos que essa diversidade de termos reflete a riqueza da situação descrita por Ferenczi. A concepção de trauma de Ferenczi envolve um componente intersubjetivo que é bastante complexo e que diz respeito a como o meio ao redor do sujeito vítima de violência reage a respeito daquilo que viveu e sobre o que tenta se expressar.

No que diz respeito mais especificamente a sujeitos que foram vítimas de violência, o desafio é pensar como estabelecer um contraste entre o presente em que o sujeito tenta se expressar e o passado traumático. O risco é o de se repetir a reação inadequada que ocorreu então, ou seja, de se continuar agindo como se “não aconteceu nada”, não fosse algo importante, ou no sentido de desacreditar, desautorizar ou não reconhecer o sujeito que testemunha. Um ambiente marcado pela confiança e sinceridade pode permitir que se ajude a lidar com o passado de violência. Já quando, ao contrário, o que predomina é a hipocrisia, entendida aqui como a desautorização das experiências do outro, repete-se justamente a situação que prevaleceu por ocasião do choque traumático.

O testemunho de Maryan

Maryan foi um pintor da segunda metade do século XX que nasceu em 1927 na Polônia com o nome Pinchas Burstein. De família judia, depois da invasão nazista da Polônia em 1939, ele e sua família foram presos. Pinchas passou por diversos campos de concentração e acabou sendo o único membro de sua família que sobreviveu. Durante sua prisão nos campos, sobreviveu a uma sessão de fuzilamento em que chegou a tomar dois tiros, e em outra ocasião foi ferido e acabou tendo uma de suas pernas amputadas. Após a guerra, Pinchas emigrou para o recém-criado Estado de Israel e depois para a França, onde estudou artes e iniciou sua carreira como pintor. Na década de 1960, mudou-se para os Estados Unidos, onde oficialmente mudou seu nome para Maryan S. Maryan. Ele morreu em 1977 vítima de um ataque cardíaco.

A saúde física e psíquica de Maryan se deteriorou no final da década de 1960. Nesse período, iniciou um tratamento psicanalítico. Seu psicanalista, ao notar a grande dificuldade de Maryan em falar, sugeriu que ele desenhasse para se

expressar. Por um ano, entre 1971 e 1972, Maryan preencheu nove cadernos com desenhos. São ao todo 478 desenhos que vieram a público na íntegra em 2013, em uma exposição realizada em Paris (Maryan, 2013a). Os desenhos de forma alguma constituem uma narrativa linear autobiográfica do artista. Eles antes se mostram como uma expressão livre de Maryan que aborda os mais variados temas que o atormentavam.

Não há dúvida nenhuma de que a obra de Maryan, bem como seus desenhos feitos na ocasião de sua análise, são profundamente marcados pelas experiências terríveis que passou em sua vida. Eles não procuram ser uma representação objetiva e fiel dos acontecimentos que o artista sofreu nos campos de concentração e nas guerras que viveu. Ainda assim, esses trabalhos podem ser vistos como testemunhos da dimensão do horror que provocou profundos impactos na subjetividade de Maryan e que encontrou expressão pela via da arte e dos desenhos.

Os desenhos de seus cadernos misturam, portanto, medos, fantasias, acontecimentos vividos, sendo que diferentes períodos da vida do artista são representados. A própria situação analítica aparece em seus desenhos, como na figura 1.

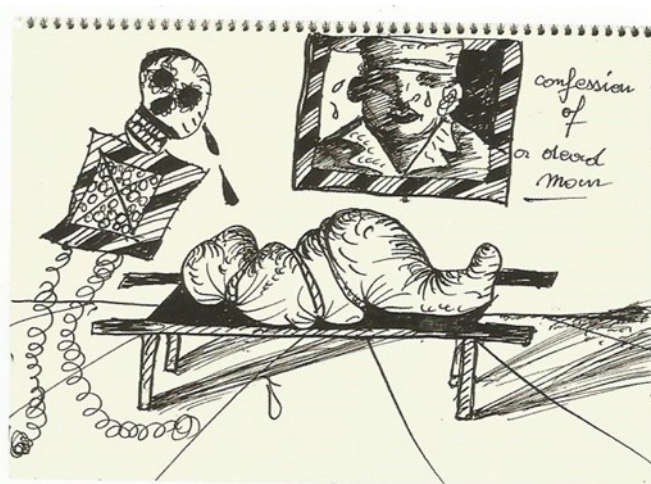


Carnet nº6, 1971 [cat. 33]

Figura 1. (Maryan, 2013a, p. 93). Vômito psicanalítico

É possível identificar, nesse desenho (figura 1), uma experiência de guerra, um sujeito em profundo sofrimento, a palavra “vomitando” (*vomiting*) repetida duas vezes e, embaixo, a exclamação: “vômito psicanalítico” (*Psychoanalytic vo-*

mit). Chama a atenção que a experiência analítica é associada ao vomitar, a um colocar para fora uma coisa que não pode ser expressa por meio de palavras, a algo que é ainda bastante corporal e se associa a excreções (além do vômito, há também as fezes no canto direito). O vômito e a náusea são recorrentes em diversos desenhos seus e parecem estar relacionados a um mal-estar em estado bruto, a algo que não é, aparentemente, passível de simbolização.



Carnet nº 6, 1971 [cat. 33]

Figura 2. (Maryan, 2013a, p. 88). É representada de forma macabra e distorcida a própria situação analítica

No desenho representado na figura 2, é também possível distinguir a situação analítica sendo representada. Vemos um sujeito deitado e um outro atrás dependendo atenção a ele. Há ainda um quadro pendurado no ambiente, decoração bastante comum em diversos consultórios de psicanalistas. Entretanto, a situação é representada de forma toda distorcida e macabra. O sujeito não está deitado em um divã confortável, mas em uma maca de madeira. Ele está amarrado e enrolado em uma espécie de lençol ou mortalha. As palavras no canto direito acima, “Confissão de um homem morto” (*Confession of a dead man*), sugerem que ele está morto, mas, ainda assim, confessa algo. Sua postura meio retorcida parece dar a impressão tanto de alguém que foi morto em situação sofrida, quanto alguém que está se contorcendo, agonizando, tentando expressar algo ou pedir ajuda. O “analista” é representado meio como boneco, meio como uma caveira, de qualquer modo não parece ser alguém que possa compreender o sofrimento

de quem está agonizando. Ainda assim, é possível distinguir lágrimas caindo dos olhos desse psicanalista.

Para a reflexão sobre os desenhos do Maryan, consideramos importante nos deter um pouco sobre o conceito de testemunho, que é o modo que optamos por abordá-los. O testemunho, apesar de não ser propriamente um conceito psicanalítico, pareceu-nos também uma ideia interessante de ser trabalhada, por dizer respeito a como o sujeito pode se expressar sobre uma experiência traumática. Assim, é enfatizada uma dimensão da comunicação, que envolve um sujeito que fala e outro(s) que escuta(m), ou de alguém que se expressa e um meio que recebe. Para Ferenczi, no momento em que o sujeito tenta se expressar sobre a violência que sofreu, caso as pessoas ao seu redor ajam como se nada tivesse acontecido, ou como se não fosse algo importante, acontece o que tem sido denominado “desmentido”, e é o desmentido que vai exercer o papel preponderante na ocorrência do trauma.

Uma coisa a ser considerada, no entanto, é que muitas reflexões, utilizadas a seguir a respeito do conceito de testemunho, foram elaboradas tendo em vista textos literários ou testemunhos orais. Ou seja, com frequência se aborda o testemunho supondo que se trata de alguma manifestação verbal. No caso dos desenhos de Maryan, há a importante especificidade de ser utilizada a expressão pela via da imagem, ainda que associada com palavras.

Uma primeira característica importante do testemunho a ser considerada é a sua relação com a realidade. Seligmann-Silva (2013a, p. 374) traz considerações interessantes, propondo que o testemunho existe “no espaço entre as palavras e as ‘coisas’”. A relação da literatura, da arte e de outras formas de testemunho com a realidade é complexa, já que o limite entre a ficção e a “realidade” não pode ser bem delimitado. Há, no entanto, a reivindicação pelo testemunho de uma relação com o “mundo fenomênico”, ou seja, há um comprometimento com o “real”. Segundo Seligmann-Silva (2013a, p. 375), “o testemunho justamente quer resgatar o que existe de mais terrível no ‘real’ para apresentá-lo”.

Ao se referir à literatura de testemunho, Seligmann-Silva (2013a) traz contribuições para se pensar os desenhos de Maryan ao dizer que não se trata de uma imitação da realidade, “mas sim de uma espécie de ‘manifestação’ do ‘real’” (Seligmann-Silva, 2013a, p. 382). É evidente, porém, que não existe uma transposição imediata do “real”. Se o “real” pode ser pensado como um “desencontro”, como algo que nos escapa, então o testemunho busca esse encontro impossível (Seligmann-Silva, 2010).

A importância do outro que escuta o testemunho é enfatizada por Dori Laub (1992), a partir de seu trabalho com testemunhos orais no “Arquivo de Yale

de vídeos de testemunhos do Holocausto” (*Video Archive for Holocaust Testimonies at Yale*). Para o autor, aquele que escuta a narrativa de uma dor humana extrema se depara com uma situação em que se busca algo que ainda está por ser feito. O testemunho, dessa forma, inclui o ouvinte, que assume uma responsabilidade que anteriormente o sobrevivente sentia que carregava sozinho. Para Laub (1992a), é o encontro entre o sobrevivente e o ouvinte que torna possível o ato de testemunhar. Esse outro, que participa do testemunho, tem um papel na luta do sujeito em não se perder e em não submergir no trauma.

Comentando esse papel descrito por Laub, Hartman (2000) diz que a produção do testemunho envolve uma audiência ativa. A importância dessa escuta ganha a dimensão de um ato social, ainda que temporário e precário, na medida em que “devolve para os sobreviventes alguma confiança na comunicabilidade, tanto com eles mesmos, por meio de suas memórias, quanto com um mundo que permanece um lugar inseguro” (Hartman, 2000, p. 212). Hartman considera o testemunho como um processo humanizador que “atua sobre o passado resgatando o ‘individual, com rosto e nome próprios’, do lugar do terror no qual aquele rosto e aquele nome foram levados embora” (Hartman, 2000, p. 215).

Laub (1992) chama a atenção para que, no caso de sujeitos que passaram por experiências de violência extrema, o próprio ato de falar sobre o passado pode se tornar bastante traumatizante, pois há a possibilidade de se reviver o trauma. Nesse sentido, o autor fala de riscos que envolvem o testemunho: “se alguém fala sobre o trauma sem ser verdadeiramente ouvido ou escutado, o próprio ato de falar pode ser vivido como um retorno do trauma” (Laub, 1992, p. 67; tradução nossa). Laub (1992) afirma ainda que a ausência de um outro endereçável, de um ouvinte empático que “pode ouvir a angústia das memórias de alguém e assim afirmar e reconhecer sua realidade” (Laub, 1992, p. 68; tradução nossa), solapa o testemunho.

Para se pensar a especificidade dos desenhos de Maryan, que constituem uma expressão predominantemente não verbal, talvez seja interessante trazer a ideia de figurabilidade tal como discutida por Gondar e Antonello (2016). A figurabilidade, segundo os autores, consiste “na possibilidade de expressar alguma coisa, por meio de imagens” (Gondar, & Antonello, 2016, p. 17). Estas se constituem a partir de algo que existia antes apenas enquanto expressão sem forma. Os autores pensam a figurabilidade em relação a vivências traumáticas como “um processo que faz um primeiro tipo de enlace de uma intensidade que se encontrava em estado bruto” (Gondar, & Antonello, 2016, p. 17). Figurar é, portanto, dar uma forma a uma vivência traumática por meio de imagens. Por meio delas,

a vivência terrível pode ser evocada, descrita e transmitida, tornando visível algo que até então não tinha forma.

Nesse sentido, Bojarska (2013) aponta que a tarefa dos desenhos de Maryan pode ser vista como a de estabelecer um registro, de tentar transpor uma posição muda do sobrevivente em uma linguagem visual. Os desenhos podem ser vistos como um meio de lidar com o silêncio que permaneceu depois do extermínio da família do artista, um silêncio que resulta da falta de narrativas sobre a morte deles e sobre a sobrevivência do próprio Maryan.

Em seu Caderno 9 de desenhos, Maryan (2013b) mostra com frequência um sujeito pedindo ajuda, enquanto a reação dos outros é a de incompreensão, de indiferença e até mesmo de zombaria e de escárnio.

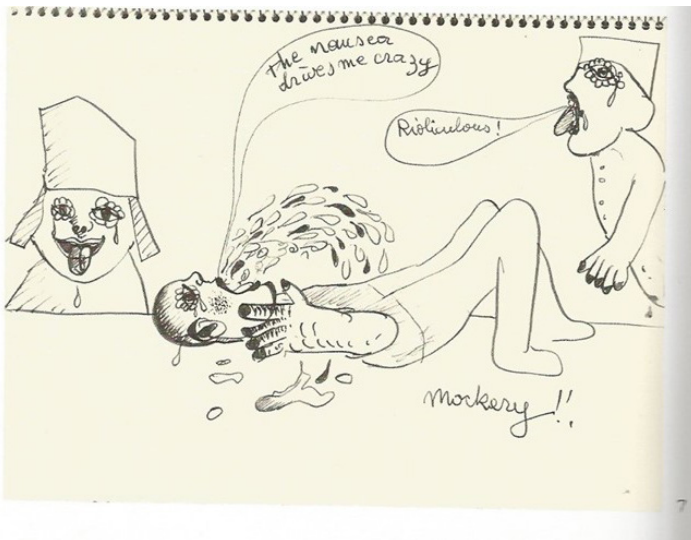


Figura 3. (Maryan, 2013b, n. 7). O escárnio dos outros

O desenho de Maryan, representado na figura 3, tem em seu centro um sujeito deitado com sua boca aberta, de onde sai vômito e também a frase “a náusea me deixa louco” (*The nausea drives me crazy*). Aparece, portanto, a questão de um profundo mal-estar corporal, um sentimento que chega a ser enlouquecedor. As outras duas pessoas representadas (talvez seria melhor dizer criaturas) aparecem com a língua para fora, uma delas sorrindo e a outra gritando “ridículo!” (*Ridiculous!*). O mal-estar do sujeito não apenas não encontra compreensão e acolhimento, como, ao contrário, se depara com o “escárnio” (*mockery*), palavra

que aparece escrita no canto abaixo à direita. Essa composição do desenho – o sujeito que pede ajuda e o escárnio dos outros – parece sugerir que haja não uma reação de causa e efeito entre uma coisa e a outra (uma sendo anterior à outra), mas que a própria reação ofensiva por parte dos outros alimenta a náusea do sujeito. Ou seja, o sujeito que já está em sofrimento busca o auxílio dos outros, mas como apenas encontra o escárnio, seu mal-estar aumenta ainda mais, gerando uma situação sem fim que parece nunca poder se apaziguar. O quadro se repete no desenho representado na figura 4.

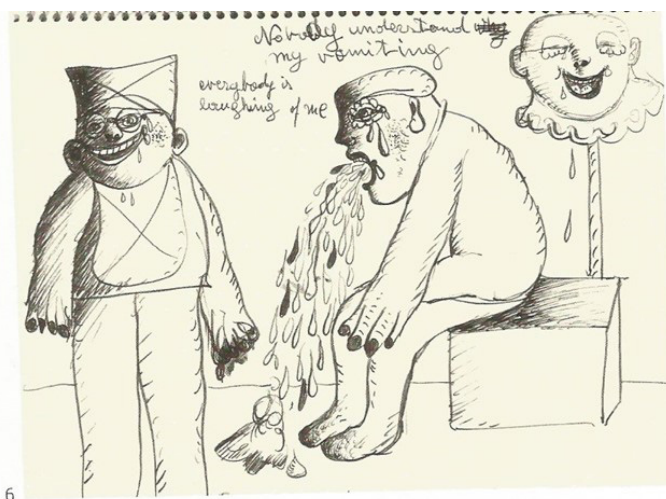


Figura 4: (Maryan, 2013b, n. 6). O vômito que ninguém entende

O “vômito” não é compreendido por ninguém e todos estão rindo (figura 4). O riso dos outros parece fazer aumentar a sensação de incompreensão, assim como a náusea. A situação representada se dá entre pessoas: uma delas tenta – mas não consegue – comunicar algo que é da ordem de um sofrimento profundo; enquanto as outras não podem ou não querem compreendê-la.

Relacionando os desenhos de Maryan à concepção de trauma de Ferenczi, percebe-se que eles operam como uma espécie de ilustração ou até mesmo como um material que pode enriquecer aspectos da teoria ferencziana. Ao conhecermos a biografia de Maryan, bem como algumas de suas obras artísticas, é inevitável reconhecer que sua arte expressa a tentativa de representar as experiências de uma

vida inexoravelmente marcada pelos traumas provocados pela guerra e por violências terríveis cometidas pelo Estado – Maryan teve seus pais assassinados por serem judeus, passou por guerras, ele próprio sobrevivendo a experiências em campos de concentração e a ferimentos sérios.

A nosso ver, a discussão acerca da ideia do segundo momento do trauma, descrito por Ferenczi, pode ser bastante rica quando refletimos sobre violências de Estado, guerras e genocídios em que há uma ameaça de negação ou de uma deformação dos fatos por parte da história oficial. Quais implicações pode haver para o sujeito quando o próprio Estado é quem promove as práticas de horror e, em seguida, se esforça deliberada e sistematicamente para esconder as evidências, para difundir um esquecimento oficial e para criar uma outra versão para o que ocorreu? Quais implicações pode haver para o sujeito quando ele não encontra nenhum espaço social para tentar se expressar sobre o horror vivido, quando já não importa quanto ele fale e o que ele fale, pois isso sempre vai ser uma mentira risível aos olhos de uma “verdade oficial”?



Figura 5: (Maryan, 2013b, n. 22). O outro se confunde com o agressor

No desenho de Maryan da figura 5, vemos representado, fazendo o papel do outro que ridiculariza, um sujeito com uma cabeça de caveira e um chapéu com uma suástica nazista. Hoje sabemos que fazia parte do próprio projeto de destruição e aniquilamento do Estado nazista a tentativa de apagar todos os vestígios dos crimes cometidos. O Estado não apenas assassinava, mas ao mesmo

tempo negava que assassinava. Os sobreviventes, além de terem que continuar lidando com as terríveis experiências traumáticas que viveram, se deparavam muitas vezes com a dificuldade de não encontrar provas materiais (pois muitos delas haviam sido apagadas) para amparar suas falas. Tinham, assim, caso quisessem comunicar as experiências que viveram, contar com a compreensão, o crédito e a confiança das outras pessoas (apoiados, evidentemente, sobre fragmentos do que efetivamente se sabia). Entretanto, não é o que acontece com o sujeito representado nos desenhos de Maryan. Ele não apenas encontra incompreensão, indiferença e escárnio, como o próprio outro que reage dessa maneira se confunde com o responsável pela experiência traumática.

Seligmann-Silva (2013b, p. 78) traz considerações sobre o negacionismo do Holocausto interessantes, ao dizer que os negacionistas e revisionistas “querem seja minimizar o papel das atrocidades – substituindo e deslocando o seu local –, seja negar a sua existência”. Ao negar que o fato tenha ocorrido, é de alguma forma como se o assassinato se repetisse. O autor enfatiza que se encontrava no próprio cerne da “empreitada nazista de aniquilação dos judeus o ato de apagar qualquer traço desse assassinato” (Seligmann-Silva, 2013b, p. 78). Devido à ausência de traços e de cadáveres nesse genocídio, tanto o historiador como aquele que quer rememorar encontram-se diante de uma tarefa difícil. Segundo Seligmann-Silva (2010, p. 10), “o negacionismo é também perverso, porque toca no sentimento de irrealidade da situação vivida”. Vimos em Ferenczi como o trauma tem o poder de abalar o sentimento de realidade do sujeito que foi vítima de violência. Nesses casos, em que há um desmentido social na forma de negacionismo sobre o passado traumático, existe o risco ainda maior de que o sujeito vítima de violência viva com um sentimento de irrealidade, tanto sobre o que aconteceu consigo próprio, quanto sobre a confiança no mundo ao seu redor.

É interessante, nesse sentido, pensar os esforços de testemunho de Primo Levi em contraposição a tendências negacionistas. De acordo com Barbosa e Kupermann (2016), no final dos anos 1970 e no começo dos 1980, houve a publicação de textos com viés negacionista que afetaram Levi profundamente. O autor, que dedicou bastante de sua vida e de sua obra num esforço testemunhal a respeito das barbáries cometidas pelos nazistas durante a Segunda Guerra Mundial, sentiu que se deparava com uma parcela da cultura que era surda ao seu relato. Desse modo, o trauma de Primo Levi se reatualizava e se incrementava pela ferida de não ser entendido, acompanhada de uma impotência diante de um meio que parecia não estar disposto a lhe dar ouvidos.

Para concluir, acreditamos que os desenhos de Maryan podem ser vistos como fragmentos profundamente ligados às experiências traumáticas vividas, que

ele conseguiu expressar por meio de imagens e palavras. Os desenhos muitas vezes não mostram relações diretas com acontecimentos do passado, mas ainda assim são bastante marcados pela violência de experiências vividas por Maryan. São, portanto, testemunhos que figuram em imagens junto com palavras algo que antes não tinha forma, que permanecia em estado bruto. Há ainda outro aspecto marcante, no caso desse testemunho, que é o fato de ele ser endereçado a alguém, mais especificamente a um psicanalista. Os desenhos se situam, portanto, dentro de um contexto de tratamento, sendo eles próprios uma demanda por ajuda, um pedido para que o sofrimento e a angústia sejam aplacados.

Referências

- Barbosa, M. N. P., & Kupermann, D. (2016). Quem testemunha pelas testemunhas? Traumatismo e sublimação em Primo Levi. *Psicologia USP*, 27(1), 31-40.
- Bojarska, K. (2013). Maryan, or the Life in Death. *View. Theories and Practices of Visual Culture*, 4, 2013. Recuperado em 14 mar. 2016 de <<http://pismowidok.org/index.php/one/article/view/136/212>>.
- Endo, P. C. (2013). Pensamento como margem, lacuna e falta: memória, trauma, luto e esquecimento. *Revista USP*, 98, 41-50.
- Ferenczi, S. (1990). *Diário Clínico*. São Paulo: Martins Fontes.
- Ferenczi, S. (2011). Princípio de relaxamento e neocatarse. In S. Ferenczi [Autor], *Obras completas: Psicanálise IV*. São Paulo: WMF Martins Fontes. (Original publicado em 1930)
- Ferenczi, S. (2011). Análise de crianças com adultos. In S. Ferenczi [Autor], *Obras completas: Psicanálise IV*. São Paulo: WMF Martins Fontes. (Original publicado em 1931)
- Ferenczi, S. (2011). Confusão de língua entre o adulto e a criança. In S. Ferenczi [Autor], *Obras completas: Psicanálise IV*. São Paulo: WMF Martins Fontes. (Original publicado em 1933)
- Ferenczi, S. (2011). Reflexões sobre o trauma. In S. Ferenczi [Autor], *Obras completas: Psicanálise IV*. São Paulo: WMF Martins Fontes. (Original publicado em 1934)
- Ferenczi, S. (2011). Notas e fragmentos. In S. Ferenczi [Autor], *Obras completas: Psicanálise IV*. São Paulo: WMF Martins Fontes. (Original publicado em 1939)
- Figueiredo, L. C. (2008). *Verleugnung*: a desautorização do processo perceptivo. In Figueiredo, L. C. [Autor], *Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea*. São Paulo: Escuta.
- Freud, S. (2010). Além do princípio do prazer. In S. Freud [Autor], *Obras completas*, v. 14. São Paulo: Companhia das Letras. (Original publicado em 1920)
- Gondar, J. (2012). Ferenczi como pensador político. *Cadernos de Psicanálise - CPRJ*, 34(27), 193-210.

- Gondar, J., & Antonello, D. F. (2016). O analista como testemunha. *Psicologia USP*, 27(1), 16-23.
- Hartman, G. (2000). Holocausto, testemunho, arte e trauma. In Nestrovsky, A., & Seligmann-Silva, M. (Orgs.), *Catástrofe e representação* (p. 207-235). São Paulo: Escuta.
- Jordão, A. A. (2009). *Narcisismo: do ressentimento à certeza de si*. Curitiba: Juruá.
- Kupermann, D. (2003). *Ousar rir: humor, criação e psicanálise*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Kupermann, D. (2009). Figuras do cuidado na contemporaneidade: testemunho, hospitalidade e empatia. In Maia, M. S. (Org.), *Por uma ética do cuidado* (p. 185-204). Rio de Janeiro: Garamond.
- Kupermann, D. (2015). A “desautorização” em Ferenczi: do trauma sexual ao trauma social. *Revista Cult*, 205, 39-45.
- Laub, D. (1992). Bearing witness or the vicissitudes of listening. In Felman, S., & Laub, D. (Orgs.), *Testimony: crises of witnessing in literature, psychoanalysis, and history* (p. 57-74). New York/London: Routledge.
- Laub, D. (1992a). An event without a witness: truth, testimony and survival. In Felman, S., & Laub, D. (Orgs.), *Testimony: crises of witnessing in literature, psychoanalysis, and history* (p. 75-92). New York/London: Routledge.
- Levi, P. (1988). *É isto um homem?* Rio de Janeiro: Rocco.
- Levi, P. (1990). *Os afogados e os sobreviventes*. São Paulo: Paz e Terra.
- Maryan. (2013a). *La ménagerie humaine* [Catálogo]. Paris: Flammarion.
- Maryan. (2013b). Maryan Carnet #9. In *La ménagerie humaine* [Catálogo]. Paris: Flammarion.
- Miranda, H. F. (2012). Confusão das línguas: eficiência e deficiências da tradução. In Verztman, J., Herzog, R., Pinheiro, T., & Ferreira, F. (Orgs.), *Sofrimentos narcísicos* (p. 39-48). Rio de Janeiro: Cia de Freud.
- Osmo, A. & Kupermann, D. (2012). Confusão de línguas, trauma e hospitalidade em Sándor Ferenczi. *Psicologia em estudo*, 17(2), 329-339.
- Pinheiro, T. (1995). *Ferenczi: do grito à palavra*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Pinheiro, T., Jordão A., & Martins, K. P. H. (1998). A certeza de si e o ato de perdoar. *CADERNOS DE PSICANÁLISE SPC-RJ*, 14(17), 161-172.
- Sabourin, P. (1988). *Ferenczi: paladino e grão-vizir secreto*. São Paulo: Martins Fontes.
- Seligmann-Silva, M. (2010). O local do testemunho. *Tempo e Argumento*, 2(1), 3-20.
- Seligmann-Silva, M. (2013a). O testemunho: entre a ficção e o “real”. In Seligmann-Silva, M.. (Org.), *História, memória, literatura: o testemunho na Era das Catástrofes* (p. 371-385). Campinas: Editora da Unicamp.
- Seligmann-Silva, M. (2013b). Reflexões sobre a memória, a história e o esquecimento. In Seligmann-Silva, M. (Org.), *História, memória, literatura: o testemunho na Era das Catástrofes* (p. 59-88). Campinas: Editora da Unicamp.

Notas

- ¹ O termo “desmentido” para se referir ao segundo momento do trauma descrito por Ferenczi foi utilizado em importantes trabalhos sobre o autor publicados no Brasil, tais como em Pinheiro (1995), em Kupermann (2003) e em Sabourin (1988), e se tornou o termo mais difundido para se referir à palavra em alemão *Verleugnung*, utilizada por Ferenczi. Como será exposto mais adiante neste artigo, alguns trabalhos mais recentemente passaram a questionar essa opção de tradução. Neste trabalho, utilizamos algumas vezes, para nos referirmos ao segundo momento do trauma em Ferenczi, a palavra “desmentido”, pois essa é a palavra mais difundida, mas temos consciência de que essa escolha apresenta problemas.
- ² Para uma discussão que tivesse um enfoque na tradução, acreditamos que seria importante de se levar em conta que se trata de uma palavra que Ferenczi utiliza muito pouco, mesmo em suas reflexões sobre o trauma. Em duas edições consultadas da obra de Ferenczi em alemão, e também no texto do *Diário clínico* nessa língua, a palavra *Verleugnung* não consta no índice de palavras do final dos volumes. Diferentemente, portanto, de Freud que trabalhou detidamente em alguns textos o conceito de *Verleugnung*, Ferenczi parece que não buscou usar essa palavra para cunhar um conceito psicanalítico rigoroso. Por outro lado, há diversas ocasiões em que Ferenczi descreve a situação em que um sujeito, após ser vítima de violência, vai buscar um auxílio de um terceiro, mas este reage de um modo inadequado, sendo que muitas vezes o autor não usa a palavra *Verleugnung* para se referir a essa situação.

Recebido em 21 de fevereiro de 2016

Aceito para publicação em 04 de maio de 2017

O USO DO DESENHO EM TERAPIA DE CASAL

*THE USE OF DRAWINGS IN COUPLE THERAPY**EL USO DEL DIBUJO EN LA TERAPIA DE PAREJA**André Luiz De Biagi-Borges***Emerson Fernando Rasera*****RESUMO**

A terapia de casal tradicionalmente restringiu seu interesse pela linguagem verbal, considerando pouco outras formas linguísticas. A fim de investigar alternativas terapêuticas, este estudo buscou compreender os processos relacionais de coconstrução de sentidos mediante a criação de desenhos na clínica de casal. Metodologicamente os dados foram coletados usando a vídeo-gravação de três casais em atendimento terapêutico. A análise dos dados, fundamentada na poética social, incluiu as transcrições de todas as sessões, seguidas de sua leitura, que possibilitou a identificação de diferentes usos do desenho, caracterizados como forma de: (a) promover a conversa inviabilizada pela tensão; (b) sinalizar o foco e a seleção da conversa; (c) explorar o ainda não-dito na conversa; (d) fortalecer descrições e narrativas na conversa e (e) sintetizar o processo avaliatório. A conclusão foi que o desenho consiste em uma nova linguagem que, incorporada à usual, permitirá a aprendizagem de novos gestos e a produção de novos sentidos.

Palavras-chave: desenho; terapia de casal; poética social.

ABSTRACT

Couple therapy has traditionally restricted its interest to verbal language, giving little consideration to other linguistic forms. In order to investigate alternative therapeutics, the present study sought to further understand the relational processes of co-construction of meaning through the creation of drawings, in the clinical setting. Methodologically, the data were collected using video recordings of three couples. Data analysis, grounded in social poetics, included the transcripts

* Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Uberlândia, MG, Brasil.

** Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Uberlândia, MG, Brasil.

of all sessions, followed by readings of these transcripts that enabled identification of different uses of the drawings. These included: (a) promote discussion invariable because of tension; (b) signal the focus and selection of the discussion; (c) explore the as yet unsaid in the discussion; (d) strengthen descriptions and narratives of the conversation and (e) summarize the evaluative process. It was concluded that the drawing constitutes a new language, which when incorporated into the usual, allows for the learning of innovative attitudes and the production of new meanings.

Keywords: drawings; couple therapy; social poetics.

RESUMEN

Terapia de pareja tradicionalmente restringida su interés por los recursos del lenguaje verbal, dando muy poca consideración a otras formas lingüísticas. En un intento por investigar las alternativas terapéuticas, este estudio ha tratado de comprender los procesos relacionales de co-construcción de significado a través de la creación del dibujo en la clínica de la pareja. Metodológicamente la recolección de datos se llevó a cabo a través de grabaciones de video de tres tratamientos terapéuticos. El análisis de datos, basado en la poética sociales, incluyó las transcripciones de todas las sesiones, seguidas por las lecturas que permitieron la identificación de los diferentes usos del dibujo, que se caracteriza por ser una forma de: (a) promover la conversación frustrada por la tensión; (b) señalar el enfoque y la selección de la conversación; (c) explorar lo aún no dicho en la conversación; (d) fortalecer las descripciones y narraciones en la conversación y (e) sintetizar el proceso evaluativo. La conclusión fue que el dibujo consiste en un nuevo lenguaje, que cuando se incorpore a la habitual, permite el aprendizaje de nuevos gestos y la producción de nuevos significados.

Palabras clave: dibujos; terapia de pareja; poética social.

Introdução

O casal, sob o ponto de vista pós-moderno, poderia ser descrito como uma estrutura microssocial que, co-habitada por duas pessoas compartilhantes de suas histórias e suas culturas próprias, é constituída mediante ação conjunta, a partir da qual negociam sentidos de si e da relação. A construção de sentidos está disponível a partir do uso da linguagem, articulada nas relações dialógicas, sendo por meio delas que as pessoas mantêm descrições de si, as quais dão acesso a determinadas interações conversacionais e restringem outras e, mais que isso, geram consequências imediatas para o fluxo conversacional (Bakhtin, 2010; Shotter, 2010).

Entende-se, portanto, que nesse momento interacional outras linguagens são passíveis de se presentificar como mobilizadoras de novas narrativas. Sendo a comunicação humana constituída dos enunciados verbais tanto quanto dos não-verbais, compreende-se que a natureza gestual, facial e tonal dos enunciados não-verbais prenuncia os verbais. Shotter (2008) descreve essa natureza não verbalizada como manifestação pré-linguística e espontânea das relações responsivas cujo movimento antecipatório é corporificado na linguagem verbal. No contexto da terapia de casal, tais linguagens, concebidas como ações criativas, podem ser articuladas como recursos significativos sustentadores da prática terapêutica.

Conforme sugerem Rober (2002) e Rober, Larner e Paré (2004), é possível trabalhar com a comunicação não-verbal na Terapia Familiar de forma a contribuir ricamente na construção de novos e úteis significados. Nesse caso, as manifestações não-verbais devem constituir-se em convites dialógicos, mediante os quais potenciais podem ser ativados para o processo de entendimento criativo, configurando-se em um empenho conjunto – família/casal e terapeuta – na construção de sentidos. Em seus escritos, Rober discute que na prática terapêutica da família a importância da comunicação não-verbal parece obscurecida, a partir de um paradigma narrativo, cuja atenção tende a orientar-se para o comportamento verbal, referido como a “história que os clientes narram” (Rober, 2002, p. 191), e a subestimar o comportamento não-verbal, referente à “história que os clientes mostram” (Rober, 2002, p. 191), o que, conforme explica, evidencia-se pela ausência do assunto na literatura das terapias de casal.

Na amplificação do sentido de linguagem para além da verbal, consideram-se fundamentais outras versões possíveis referentes à linguagem não-verbal e à linguagem imagética do desenho como princípios dialógicos na construção do espaço terapêutico. Os estudos sobre a utilização de desenho em Terapia de Casal são tímidos. Em busca eletrônica realizada nas bases PsycINFO, SciELO e PePSIC por publicações entre 2001 e 2012, por meio dos descritores Terapia de casal/*Couple therapy* e Desenhos/*Drawings*, resultaram, no PsycINFO, em seis referências, das quais duas eram capítulos de livro e quatro artigos, abrangendo terapia psicanalítica de família, testes de avaliação de funcionamento familiar e o desenho como expressão das percepções do casal. O desenho no campo da psicoterapia tem sido mais explorado junto ao público idoso (Souza, 2005), adolescente (Riley, 2001) e especialmente infantil (Malchiodi, 2001), em uma perspectiva ludoterápica e de cunho essencialista como meio revelador da personalidade e dos conflitos, concernentes a uma ideologia individualista. Tanto no Scielo quanto no PePSIC não foi encontrado nenhum trabalho. Incluímos, então, os descritores Família e Desenho da família. No SciELO nenhum estudo foi encontrado,

enquanto no PePSIC é interessante observar a presença do modo tradicional de usar o desenho, posto que todos os 12 artigos encontrados referiam-se à pesquisa focada na criança, com envolvimento da família, dos quais seis empregaram o desenho como técnica projetiva, utilizando-se do “Desenho da Família” (Juras & Costa, 2011; Schneider & Ramires, 2011; Souza, 2009; Neuber, Valle, & Palamin, 2008; Santos, Raspantini, Silva et al., 2003; Peres, 2002; Wagner, & Féres-Carneiro, 2000), cinco adotaram o desenho para avaliação psicológica (Grubits, Tardivo, Bonfin et al., 2012; Vieira, Costa, Caminha et al., 2012; Santos, Ribeiro, Ukita et al., 2010; Sá, 2002) e um para o estudo da representação social (Lima, Colus, Gonini et al., 2008). Em uma perspectiva pós-moderna, alinhada à proposta do uso do desenho como técnica de intervenção com adultos no contexto conjugal, encontramos o estudo de Rober (2009), que, viabilizando espaços para novas narrativas, desloca o conteúdo das imagens dos membros do casal para o intercâmbio dialógico acerca dos desenhos. Outro trabalho considerado no campo da família, na abordagem sistêmico-construcionista, é o de Kjellberg (2002), cuja proposta de inclusão da pintura espontânea de paisagens coloridas como recurso conversacional não invalida as formas já efetivadas e usuais da linguagem; pelo contrário, busca identificar a amplitude do entendimento do uso da linguagem a partir dos movimentos corporais livres como parte da formação das pinturas.

Com efeito, a natureza dialógica e espontânea do desenho no contexto terapêutico é inerente a sua dimensão criativa. Caráter este que, sendo, conforme Shotter (2012, p. 105), similar a “todas as atividades dialogicamente estruturadas” cria continuamente novas possibilidades inventivas e discursivas situacionais, de tal forma que nunca tenha existido antes, como “algo absolutamente novo e irrepetível. Mas algo criado é sempre criado a partir de algo dado. O que é dado é completamente transformado no que é criado” (Bakhtin, 1986, p. 119-120). Imprevisíveis, tais criações tornam-se algo vivo e transformador, dado que a linguagem do desenho cria um discurso dialógico novo transformando-se no próprio discurso. Deixam de ser, então, traços imagéticos, figurativos, representacionais e ganham dimensão dialógica. Dessa forma, o desenho, quando acionado como opção discursiva, oferece condições para a criação de algo até então não criado.

A ação criativa a partir do desenho pode trazer uma ampliação no modo de conversar sobre o problema, conforme Epston, Freeman e Lobovits (2001). O desenho convida o casal a desalojar-se do lugar, de certo modo, seguro, a que está habituado e introduz, na sua própria feitura, a novidade. Com efeito, ao considerar o casal como produtor de um discurso minimamente organizado sobre

o seu problema relacional, de modo a confirmar o vivido como verdade, a elaboração criativa do desenho apresentar-se-á como uma surpresa, visto não estar planejado como possibilidade discursiva e, sobretudo, como produtor de sentido.

O desenho, nesse contexto, pode adquirir um caráter desconstrutivo do já posto, do estabelecido, abrindo, assim, a possibilidade de novos entendimentos acerca do vivido como problema na interação conjugal. Neste ponto, faz-se necessário esclarecer que a linguagem metafórica do desenho se constitui menos ameaçadora, porém não menos importante, em aspectos difíceis de adquirirem novos sentidos na relação. Considerando, portanto, a metáfora como uma linguagem fértil, facilitadora na construção de histórias alternativas e de sentidos novos, o desenho irrompe como imagem metafórica da relação do casal ou do problema relatado, bem como da narrativa dominante. A natureza provisória e mutável da metáfora é tida como um convite reflexivo sobre a remoção de uma realidade paralisada e de um senso do absoluto, de forma a mobilizar forças criativas para a construção de outras realidades (Colombo, 2012). Sob essa perspectiva, as possibilidades conversacionais criativas disponibilizadas pela linguagem do desenho são enriquecidas pelos traços e gestos que os acompanham, pela imagética e suas cores e formas, pelas metáforas e seus enredos inventivos, pelas entonações da voz que narra a história e pela história com suas possibilidades do real.

Qualificado como um recurso dialógico expressivo-criativo possível para o entendimento do problema, o desenho torna-se, portanto, facilitador da construção de narrativas menos restritivas e aprisionantes. Assim, ele pode ser introduzido em situações carentes de uma linguagem mais abrangente e menos contaminada pelos discursos socialmente disponíveis. Nesse contexto, funda-se um espaço dialógico criativo-reflexivo, o qual abre caminho para a desconstrução de narrativas tidas como as únicas possíveis ou verdadeiras na pauta relacional do casal. Tal processo enceta outras formas disponíveis de entendimento, até então não percebidas, acerca do vivido como realidade. A reflexividade dialógica, produtora dessa nova coerência, confere à produção criativa do desenho um terreno fértil para a articulação de perguntas transformadoras, as quais favorecem ao cliente, criador do desenho, a apropriação da autoria de sua obra narrada, permitindo-lhe, assim, habitar sua própria construção/criação – a poiesis.

Pensar, portanto, o desenho como linguagem alternativa na coconstrução dialógica do contexto terapêutico é também pensá-lo como espaço plural dinâmico e potencial, onde transitam sentimentos, sensações, impressões, pontos de vista, vozes, palavras, histórias até então não percebidas e nomeadas, porém com possibilidade de significação e nexos, passíveis de construção de realidades para novas formas de vida futura. A proposta da inclusão do desenho como recurso

conversacional, a contento das reflexões citadas, não invalida as formas já efetivadas e usuais da linguagem; pelo contrário, busca identificar a amplitude do entendimento do uso da linguagem em uma ação conjunta corporificada.

Tem-se assim, um contexto que se torna propício à escuta de outras vozes que não a do problema, visto que, nesse estágio de entendimento, a descoberta do casal de que não mais está sob o domínio do problema aponta que “o problema tornou-se o problema” e, por conseguinte, relacionar-se com ele torna-se “o problema”; nesses termos, conforme propõe Anderson (2007/2009), o problema é considerado dissolvido no discurso. A partir de então, o desenho estará a serviço de contar a história do problema, bem como de abrir possibilidade para ressignificá-lo.

A prática do desenho em terapia de casal orienta para a construção de contextos participativos, geradores de novos significados, nos quais os cônjuges possam sentir-se seguros para o engajamento no processo criativo, com possibilidades inventivas de um “vir a ser” desejável e satisfatório. Nesse sentido, conforme afirma Wilson (2012), as ferramentas criativas são contribuições para as práticas de “tornar-se”, tanto para o casal quanto para o terapeuta e, sobretudo, essenciais na prática terapêutica participativa.

Objetivo

Esta pesquisa tem por objetivo compreender os processos relacionais de coconstrução de sentidos, mediante a criação do desenho, no contexto de Terapia de Casal. Buscaremos, especificamente, analisar as implicações da utilização do desenho na construção de narrativas de mudança de si e da relação conjugal.

Metodologia

Pressupostos teóricos

Este estudo fundamenta-se no construcionismo responsivo-relacional de Shotter (2008), cuja ênfase recai nos processos locais e situados de construção de sentido, na dinâmica do momento interativo imediato e na atenção à investigação sobre o fluxo conversacional, centrada na natureza dinâmica, corporificada e res-

ponsiva do uso da linguagem. A proposta metodológica de Shotter – a poética social – afirma a necessidade de argumentos alternativos na investigação das ciências humanas que contribuam com formas menos comprometidas com a explicação do real e mais engajadas com a tarefa prática da ampliação de possibilidades de sentido social.

Embasado nas proposições bakhtinianas, o método filosófico da poética social investiga o espaço dialógico relacional, visibilizando os processos discursivos e relacionais de produção de sentidos, no qual o papel do pesquisador não se circunscreve à descrição dos sentidos presentes nos enunciados e respostas mútuos das pessoas. Antes, interessa-se por como tais pronunciamentos se relacionam e o modo como constroem entre si conexões ou desconexões e, a partir daí, determinadas realidades conversacionais (Shotter, 1998; Cunliffe, 2002).

Neste estudo do processo de produção de sentidos na relação terapêutica, utilizamos a prática da poética para compreender os momentos de criação de sentidos. Tais circunstâncias são marcadas pelo engajamento conjunto do terapeuta e do casal numa conversa orientada pela busca de diferenças e de conexões que possibilitem a emergência de novidade, de sentido que dá forma a modos de fala e de interação a algo até então sem possibilidade de expressão ou, de outra forma, até então não disponibilizado na linguagem. Esse tipo especial de interação acontece em momentos significativos, usualmente vividos pelos envolvidos no processo dialógico como “momentos marcantes”, experimentados quando palavras, gestos, sentimentos os capturam e os movem para ver, agir ou se relacionar com os outros de determinadas maneiras (Shotter, 1996; Shotter, & Katz, 1996; Shotter, 1998).

Contexto e participantes

O objeto de estudo consistiu de atendimentos a três casais em Terapia de Casal, de curta duração, em 10 sessões, com periodicidade semanal e duração de 90 minutos cada uma, tal como é regularmente oferecido a usuários da Clínica Social de um Instituto de Terapia Familiar cujo recrutamento obedeceu ao protocolo da instituição. No primeiro contato com as famílias e os casais que buscaram atendimento é preenchida uma ficha que, no caso de não haver vaga, será submetida a uma lista de espera. Assim, quando da ocasião da pesquisa, os três primeiros casais que buscaram o serviço foram convidados a participar do estudo.

Os casais eram constituídos por Écio e Bia, ambos com 33 anos, casados há três anos e sem filhos. Compartilharam da queixa de impossibilidade de diálogo entre eles, o que os afastava conjugalmente; Dante e Carla, com 39 e 43 anos

respectivamente, juntos há três anos e que há quatro meses decidiram oficializar a união conjugal, sendo Carla mãe de um adolescente que vivia com o casal, cuja queixa, comum a ambos, referia-se a agressões verbais que levavam ao desrespeito e à possibilidade de separação; e Ciro, com 24 anos e Dany, com 19 anos, casados há menos de dois anos, sem planos de serem pais, queixaram-se da constante presença de brigas entre eles provocadas por certa desconfiança de Dany em relação a Ciro, o que minava a possibilidade de diálogo por parte de Ciro e o mantinha distanciado da esposa. Observamos que, a princípio, os três casais apresentaram, em comum, a queixa sobre a dificuldade comunicacional que poderia levar à separação conjugal. Frente a isso, o terapeuta criou um contexto conversacional no qual pôde identificar e explorar as narrativas dos casais construídas sobre as questões que os afligiam e desenvolver, por meio do diálogo, bem como do desenho, novos significados, narrativas e histórias, viabilizando o surgimento de autodescrições e narrativas de vida novas.

A intervenção com os desenhos se deu em quatro das dez sessões de cada casal, em diferentes situações de dificuldade e tensão sobre as demandas particulares, ocasiões em que a conversação tendia a tornar-se estreita, repetitiva e limitada. Quando do convite aos casais para a pesquisa, foi esclarecido sobre a utilização do desenho como recurso durante o processo terapêutico. Elucidou-se, portanto, que não seria necessário preocupar-se com a qualidade do traço do desenho, uma vez que a utilização desse recurso está para além do critério estético. Isso facilitou a sua utilização no processo, dado que todos os participantes aceitaram prontamente fazê-lo quando solicitado pelo terapeuta.

Construção e análise do corpus

Os procedimentos de constituição do corpus consistiram de registro vídeo-gravado dos atendimentos; confecção e arquivo dos desenhos; diário de campo do terapeuta; transcrição e edição do registro. Realizou-se uma análise do processo de produção de sentidos em Terapia de Casal, especialmente a partir do uso do desenho, focalizando o modo como os cônjuges construíram, numa ação conjunta e corporificada do uso da linguagem, determinadas realidades conversacionais (Shotter, 2008, 1998). Os procedimentos dessa análise tiveram por base as propostas construcionistas da poética social e se constituíram nos seguintes passos: (a) transcrição na íntegra de todas as sessões e edição do texto; (b) leitura exaustiva das sessões transcritas com vistas a apreender o dinamismo do processo conversacional, tendo como foco a construção de sentidos entre os participantes,

assim como entre o pesquisador e seu *corpus* (Guanaes, & Japur, 2008), e (c) a análise descritiva do processo conversacional envolvendo a produção criativa que assim se desenvolveu: (c1) seleção dos momentos marcantes relativos aos sentidos do problema e de si entre os cônjuges; (c2) identificação de trechos das sessões que ilustram esse processo conversacional nas narrativas de mudança; (c3) descrição dos processos de construção de sentidos; e (c4) análise do lugar do desenho no processo de construção de sentido. Essa análise possibilitou identificar cinco categorias do uso do desenho, assim como os momentos marcantes vividos pelo casal e pelo terapeuta no processo terapêutico, com vistas a compreender os processos dialógicos a partir dos quais a terapia emergiu como um contexto de construção de sentidos de si e da relação conjugal.

Resultados e discussão

O procedimento analítico sobre o uso e efeitos do desenho levou à definição de categorias distintas, cuja descrição detalhada pretende facilitar o entendimento da importância do uso do desenho na terapia, bem como viabilizar o seu emprego em diferentes situações terapêuticas. Esse recurso linguístico conta com certa flexibilidade, criatividade e despojamento. A linguagem do desenho é tão situacional, performática e transitiva quanto a linguagem normatizada no uso cotidiano, porém seus traços imagéticos registram o momento, que pode ser resgatado em outras formas de interlocuções.

Durante os atendimentos, observou-se que a transposição da linguagem verbal para a não-verbal do desenho contribuía para que as questões discutidas pudessem ser compreendidas sob perspectivas tanto menos envolvidas com o então concebido como “a verdade” quanto mais flexíveis, férteis e, por conseguinte, libertadoras. Mediante as análises das sessões percebemos que o desenho como linguagem situacional constituiu-se em recurso capaz de promover formas plurais de conversação, relevantes na produção de outros discursos, outros entendimentos e, portanto, de novas formas de vida.

Mais especificamente, o uso do desenho, em dadas circunstâncias das conversas, criou condições propiciatórias à amplificação do entendimento acerca das dificuldades oriundas das relações conjugais manifestadas no contexto terapêutico. Numa análise mais apurada das conversas originárias da feitura dos desenhos, observou-se a presença destes em momentos significantes dos processos terapêuticos. Além disso, observou-se que os desenhos apontavam situações como dificuldade de expressão provocada pela tensão trazida pelo tema discutido, ou

dificuldade de manter a conversa focada em determinado tema, entre outras. Assim, foram identificadas cinco funções do uso do desenho: (a) como alternativa para a conversa inviabilizada pela tensão; (b) como sinalizador de foco e seleção da conversa; (c) como forma de explicitar o ainda não-dito na conversa; (d) como forma de fortalecer as descrições e narrativas criadas na conversa e (e) como síntese-avaliatória do processo.

Embora essas categorias desempenhem características locais em sua atuação, não são estanques em seu uso, visto configurarem-se interdependentes ao processo como um todo. Podem, assim, ser ampliadas e apresentarem-se imbricadas umas às outras. Em nossa análise, consideramos a categoria predominante em cada contexto de uso do desenho. As categorias, portanto, foram organizadas de forma a esclarecer as possibilidades do uso da linguagem criativa do desenho em contexto terapêutico a partir da análise dos três casos atendidos, nos quais se evidenciaram as cinco formas de utilização do desenho, cujos efeitos estão descritos na análise a seguir.

Promover a conversa inviabilizada pela tensão

A primeira categoria do uso do desenho contextualiza-o como alternativa para continuar uma conversa cujo clima tenso inviabiliza sua fluidez. Durante o processo terapêutico de casal, são percebidos momentos de tensão sugerindo opiniões divergentes, insatisfações, desencontros, decepções e, em uma esfera mais agravante, ameaça à relação, pelo fato de o casal esbarrar em temas relacionais delicados e difíceis de serem abordados na sua conversa cotidiana. Em geral, a conversa dos cônjuges torna-se limitada e oprimida por uma sensação tensa de desconforto, gerada pela angústia inerente à abordagem de tais assuntos, os quais, às vezes, configuram-se como o ponto vulnerável, o tema “quente” da relação conjugal.

Com efeito, o casal tende a suspender a necessidade de entrar em contato com a situação, dado que a sua iminência é fator de sofrimento ainda maior. Os desentendimentos ganham espaço a partir de temas menores que, tornando-se centrais na relação, afastam o casal do manejo de suas reais dificuldades, protegendo-o, de certa forma, do desconforto do enfrentamento. A aparente impossibilidade de levar o tema adiante se caracteriza, portanto, como produtora do desajuste conjugal e inviabiliza o seu entendimento. Soma-se a isso o fato de que a força destrutiva que o problema silenciado adquire aloja-se na relação como carga tensional, impondo ao casal suportar estados confusos de sensações, desejos

e sentimentos em nível pessoal e conjugal. Essa situação é configurada por uma instabilidade relacional crescente, comumente gerida por formas de se relacionar desqualificativas, culpabilizantes e desrespeitosas.

Nessa situação, o desenho pode ser usado como uma alternativa eficiente a fim de desconstruir posturas enrijecidas pelo sofrimento conjugal e viabilizar a conversa. A inserção dessa linguagem gráfico-criativa possibilita ao diálogo um tom menos árido, mais metafórico, uma vez que a relação é tratada como se fosse o próprio desenho. Contemplando sua qualidade imagética, a linguagem do desenho confere materialidade ao vivido como problema, amplia o campo conversacional e autoriza a exploração de esferas menos racionalizadas de entendimento. Dessa forma, conversar sobre a produção criativa do desenho gera imagens menos ameaçadoras, que se tornam “sínteses” para falar da relação e de determinados aspectos desta que antes eram difíceis de ganhar sentido e de ser nominadas. Apresentamos a seguir as descrições do uso dos desenhos abarcados nesta categoria.

Os efeitos dos desenhos do casal Écio e Bia

Em seus relatos, Écio e Bia descrevem como problema principal a dificuldade de entendimento sobre “pequenas coisas do cotidiano” e, mais especificamente, a queixa de Bia quanto à ausência de diálogo por parte do marido. Sentiam afastando-se conjugalmente devido à dificuldade na convivência diária e à “comunicação falha”. Écio sentia que o casamento o privava de liberdade e Bia gostaria de sentir-se mais leve.

Durante a 5ª sessão, Bia relatou o seu desconforto diante da postura de Écio de “fechar qualquer possibilidade” para facilitar o entendimento, o acordo e mostrou-se decepcionada ao perceber que as questões que diziam respeito ao casal perdiam “o valor e o significado”. Ao que Écio respondeu que isso acontecia quando ele chegava ao seu limite e ficava “rancoroso”, o que o levava a querer “o lado oposto de estarem juntos”. O diálogo adquiriu maior nível de tensão mediante a pergunta sobre o risco que o casal corria, ao que ambos responderam não ter falado a respeito disso antes, mas entendiam que o risco da separação era presente, visto que cada um, a seu modo, havia pensado sobre o assunto diante dos momentos de desacordo.

Mediante a emergência do tema sobre separação e da tensão peculiar que o acompanhava, o terapeuta solicitou a produção do desenho que se referisse ao assunto como possibilidade de criar outros modos de conversar sobre o problema, sob o ponto de vista distinto de cada um dos cônjuges frente aos motivos que consideravam importantes.

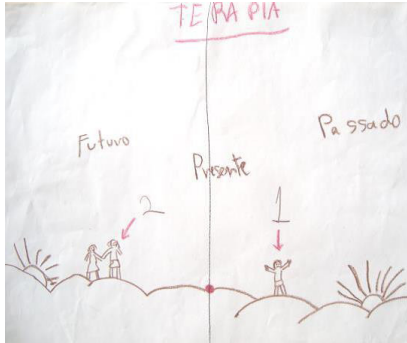


Figura 1a – Écio



Figura 1b – Bia

A leitura do desenho feita por Écio resgatou uma conversa de duas sessões anteriores que dizia respeito a sua dificuldade em manter-se livre dentro do casamento. Tema este que o deixava dividido, posto sentir-se sempre convidado a aceitar o convite de reviver a liberdade dos tempos de solteiro. A partir daí, Écio produziu sentidos novos sobre o que, de forma limitadora, até então havia concebido como liberdade. Bia discutiu, a partir da produção de seu desenho, a possibilidade de viver algo melhor, que lhe parecia existir de alguma forma, mas que ela ainda não conseguia acessar. A linguagem do desenho disponibilizou recursos dialógicos sobre o tema da separação, menos ameaçadores, até então inexistente na vida do casal.

Sinalizar o foco e a seleção da conversa

A segunda categoria configura o uso do desenho como orientador do foco e da seleção da conversa dispersiva e flutuante. Não raro, em algum momento, dentro do trabalho terapêutico, o casal dá sinais de afastamento do ponto em que se encontrava em relação à queixa central. Essa situação se evidencia por meio de conversas e respostas evasivas, tentando, assim, arrastar a conversa terapêutica para uma esfera de amenidades, zona esta de resguardo do confronto com as descrições desprovidas de satisfação, exigindo do terapeuta especial atenção sobre o desvio. Um paradoxo se instala no sentido de que desejam e buscam mudanças, mas não estão dispostos a lidar com os efeitos de tal inves-

timento. A investigação, nesse contexto, estará a serviço de facilitar ao casal a retomada da posição de enfrentamento das insatisfações conjugais.

A relevância do desenho, em um primeiro momento, remete-se, provisoriamente, à ausência inicial do uso da linguagem verbal, cuja transposição é feita para a linguagem imagética, conferindo-lhe um meio interventivo que propõe, a princípio, não o desafio discursivo, mas o da feitura do próprio desenho. Ou por outra, o pensamento é desconectado do uso habitual da linguagem verbal e deslocado para a linguagem criativa do desenho. Durante o processo criativo, o casal empresta o foco da evitação do problema ao ato produtivo do desenho para, mais tarde, devolvê-lo ao seu lugar de origem, porém sob uma perspectiva alterada pela ação da linguagem criativa. Situado nessa nova posição, o casal retoma o discurso verbal para a descrição do desenho e, ao desenvolvê-la, traz formas discursivas mais livres, abertas e comprometidas em estabelecer conexões mais focadas às questões respeitantes à relação conjugal. Contexto este que oferece um rumo menos casual para a conversa, à medida que propicia a eleição de um tema central conectado ao propósito terapêutico. Em seguida, descrevemos os desenhos cuja utilização apresentou esta característica:

Os efeitos dos desenhos do casal Dante e Carla

Carla, mostrando-se mais falante, iniciou dizendo os motivos pelos quais ela e Dante procuraram a terapia de casal. Ela esclareceu que eles se amavam muito, porém os recíprocos ataques e ofensas deterioravam a relação. Ambos concordaram que as agressões verbais levavam ao desrespeito e os machucava muito.

Na 5ª sessão, Carla chegou contando sobre a cirurgia reparadora de uma plástica que havia feito nos seios, o quão bem estava se sentindo, sobre os procedimentos pós-cirúrgicos, bem como sobre outros assuntos cotidianos como a vida escolar do filho ou as providências que tomaram para regularizar os documentos de um carro que Dante havia dado a ela para que levasse o filho à escola.

O terapeuta lançou mão do desenho no início da sessão com a consigna de que criassem uma imagem do tema sobre o qual gostariam de falar, posto ter percebido certa limitação na conversa do casal, ou seja, uma dificuldade em mantê-la para além do trivial. Como forma de ampliar o diálogo, solicitou aos cônjuges que fizessem a leitura do trabalho um do outro e depois do seu próprio.



Figura 2a – Dante

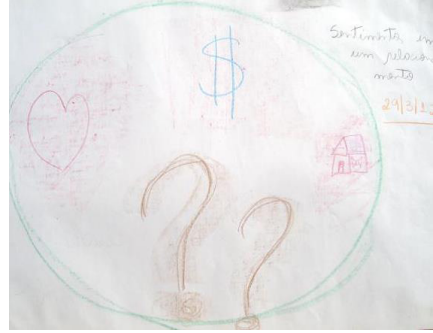


Figura 2b – Carla

A partir daí, veio à tona a insatisfação de Carla sobre a compra de uma casa que planejavam juntos, mas não tinham um acordo claro sobre tal projeto. Situação esta promotora de muitas brigas que levavam Carla a pensar em “ir embora”. Diante dessa constatação, a conversa adquiriu um tom mais comprometido e sério a respeito dos temas que trouxeram o casal à terapia e Carla dedicou atenção à possibilidade que via da separação do casal em um futuro próximo.

Explorar o ainda não-dito na conversa

Na terceira categoria sobre os usos e implicações do desenho, este é considerado como meio de conectar e aclarar a intenção que, por vezes, mantém-se subtendida na conversa. O não-dito denota algo presente, porém oculto que, por algum motivo, não pôde ser acessado. O não-dito, tanto quanto o problema silenciado, exerce uma força paralisante na relação a cada vez que sucumbe à manutenção do velado, subjacente ao qual se pressupõe desordem relacional. Sob essa ótica, diferentemente do que se teme, a desordem é provocada não por clarificar o que está subtendido; ela nasce da ocultação ou mesmo da inexpressão do problema.

O que significa dizer que a indefinição, na esfera relacional, tem caráter opressivo, angustiante e finalmente adoecedor, resultando no embotamento de construtos mais libertadores na convivência conjugal. A conversa, nesse contexto, respaldada por subterfúgios, ganha formas argumentativas em uma escala crescente e defensiva de falar, anunciando-se insuficiente para dar cabo do ainda não-dito.

A introdução do desenho intenta oferecer uma conversa alternativa sobre o que está obstruído pelo não-dito, oportunizando, portanto, a produção de formas mais criativas de falar. A transposição da linguagem verbal para a não-verbal, por meio do desenho, convida a descrições tanto mais pragmáticas quanto objetivas sobre o subtendido, o que nos aproxima, tanto o casal quanto o terapeuta, de um melhor entendimento sobre o que se tem tido como difícil de ser acessado. As descrições do uso dos desenhos a seguir consistem no fundamento desta categoria.

Os efeitos dos desenhos do casal Ciro e Dany

Os jovens Ciro e Dany estão iniciando seu casamento e já enfrentam desafios para sustentarem essa união. Eles procuraram a terapia de casal com a queixa de agressividade verbal. Dany alegava não “haver diálogo no relacionamento” e quando Ciro ouvia algo que não lhe agradava reagia saindo de perto dela e não a deixava terminar de falar. Ciro se ofende por Dany não confiar nele e ela se recen- te pela “falta de diálogo e constante presença de brigas”.

Dany relata, no início da 5ª sessão, a sua dificuldade em confiar em Ciro em função das histórias vividas por ele no passado. Ela expressava o ciúme que sentia de Ciro em relação às ex-namoradas, mas ultimamente, para evitar brigas, tem “sofrido sozinha” e não mais comenta com Ciro sobre isso. Questionada se o não falar sobre tais questões resolvia a situação, ela disse que “não”.

Diante desse tema recorrente na vida do casal – a desconfiança – o terapeuta pediu que fizessem um desenho contando como se sentiam em relação ao assunto, buscando visualizar que lugar a questão ocupava na vida conjugal sob um ponto de vista individual.



Figura 3a – Ciro



Figura 3b – Dany

A partir do desenho, Dany conta que, às vezes, ficava revoltada por estar passando por essa situação e se questionava se merecia isso. Durante a conversa, Dany entendeu que participou ou contribuiu para que isso ocorresse quando aceitou a situação, uma vez que poderia ter recusado conviver com as histórias da vida de solteiro de Ciro, as quais não lhe diziam respeito. Ciro afirma não mais se interessar por essas histórias e Dany dá vida a elas, trazendo-as para o presente e para o meio da relação do casal. Assim, ela devolve Ciro para o passado e não consegue vê-lo como é no presente, ao lado dela. Dany declara não ser feliz assim e que, embora deseje mudar isso em sua vida, não consegue se livrar da situação. Ciro relata que até aquele momento não imaginava que ela se maltratava por causa do passado que pertence a ele. Dany admitiu que o problema existia somente para ela, possivelmente em decorrência de sua insegurança.

Fortalecer as descrições e narrativas na conversa

O desenho, na quarta categoria de seu uso, constitui-se como fortalecedor das descrições e das narrativas criadas na conversa. Em razão da ação ordinária e, por vezes, viciosa em atender demandas limitantes, torna-se uma tarefa árdua sustentar narrativas que trazem potenciais férteis para a constituição de uma relação que o casal possa considerar saudável.

À medida que o processo terapêutico avança, a manutenção e apropriação da produção de conhecimento e sentidos acerca da dinâmica relacional esbarram em narrativas restritivas já instaladas no repertório conjugal, entendidas como as únicas possíveis. Elas são tais como lacunas carentes de ações criativas que as preencham e lhes dêem ascensão; os discursos dominantes focam formas de conversar saturadas pelo problema, ou mesmo pela crença na incapacidade de dissolução do mesmo. A ênfase habitual sobre esse modo de agir dentro da vida a dois tende a promover a construção de padrões relacionais fundados sobre a insuficiência e a insegurança, nos quais nada parece estar bom para o casal, nem mesmo a alternativa da mudança pode ser considerada boa.

Ao se deparar com outras formas possíveis de narrativas a respeito de sua vida, o casal tende a tomar sua conquista criativa como algo simplista ou sem consistência e busca reaver e se afirmar ante seus conhecidos repertórios. Esforço este desprovido de sucesso, posto ser a novidade criada o prenúncio de novas formas de vida que, embora dificultadas pela sustentação de padrões restritivos, não deixam de ser atraentes e possíveis. O caminho do casal rumo à autonomia, à apropriação autoral de suas produções sobre novos entendimentos. Entretanto,

para que não caia no vazio, necessita fortalecimento substancial a partir de recursos criativos que possibilitem ao casal uma construção comprometida com suas potencialidades.

O uso do desenho como exercício nutridor de discursos mais construtivos pode viabilizar um olhar mais atento para o desarme das armadilhas das narrativas adotadas como imutáveis e, portanto, definitivas na vida conjugal. A linguagem do desenho adquire um caráter reflexivo sobre a manutenção de tais narrativas, potencializando assim entendimentos alternativos acerca do vivido como problema na interação conjugal. A autoria do desenho é produtora de uma linguagem nova e criativa em seu contexto. Assim, por meio de seu uso, o autor legitima a sua própria narrativa. A partir daí o desenho torna-se um registro gráfico-criativo legitimador e fortalecedor do discurso alternativo, com possibilidades de novas narrativas. Os desenhos descritos a seguir representam a utilização considerada.

Os efeitos de outros desenhos do casal Écio e Bia

Na 6ª sessão, os cônjuges Écio e Bia chegaram de viagem de final de ano trazendo notícias de bem-estar, sustentadas pela diferença que ambos sentiram em relação às viagens anteriores, durante as quais sempre discutiam. Relataram o quanto se perceberam “mais atentos e carinhosos um com o outro”, algo que disseram fazer a diferença.

Buscando construir um registro gráfico-criativo a partir de tais descrições, o terapeuta propôs aos cônjuges um desenho sobre a experiência da viagem, o qual se caracterizou como meio de dar forma ao vivido como novo, bem como teve a função legitimadora daquela conversa sobre mudança.



Figura 4a – Écio



Figura 4b – Bia

O desenho abriu espaço para que falassem sobre o afeto de forma menos reticente ou ameaçadora, uma vez que legitimaram que Écio era menos dado a carícias que Bia. Tais características pessoais sempre se tornavam pauta de discussões regadas a argumentos defensivos por parte de ambos os cônjuges.

Sintetizar o processo avaliatório

A quinta categoria concebe o uso do desenho como síntese-avaliatória do processo. O final do procedimento terapêutico é marcado por uma conversa avaliativa do percurso e seus efeitos. Um contexto na maioria das vezes sutilmente delicado, visto gerar certa expectativa ao casal sobre o modo como será “examinado”, como se estivesse nas mãos do terapeuta a carta de competência para manter o seu empreendimento de ser casal.

Com efeito, os cônjuges se apropriam de suas potencialidades para a satisfação conjugal à medida que avaliam o processo e se autoavaliam nele a respeito do quanto puderam se dedicar ou estar inteiros nessa experiência. Assim, cabe ao terapeuta disponibilizar meios para que essa autoavaliação seja adequada e significativa para os casais. Pensar a vivência terapêutica a partir da produção dos desenhos pode ser um recurso de grande valia para os envolvidos, à medida que oferece a visualização do processo como um todo e propicia seu entendimento.

Originada a partir da feitura dos desenhos conjugados, a síntese inaugura o redesenho sobre o até então desenhado e, de certa forma, organiza a produção da linguagem criativa, dando-lhe um sentido de inteireza para, no momento seguinte, abrir caminho à experiência avaliatória do processo. Nessa medida, sugere-se aos casais um olhar, uma análise mais abrangente da experiência terapêutica, propondo-lhes a criação de um desenho que diga respeito aos anteriores – um desenho sobre os desenhos –, o metadesenho, propiciatório de um diálogo sobre os desenhos e sobre a jornada terapêutica.

A visualização da produção imagética como um todo confere ao casal a oportunidade de revisitar com segurança sua história e espontaneamente redefini-la. A partir de então, as narrativas são organizadas de acordo com o vivido como significativo e transformador. A síntese, assim, constitui-se um momento de legitimação e apropriação dos sentidos produzidos ao longo do processo terapêutico e torna-se avaliativa mediante as considerações conclusivas dos casais sobre o percurso vivenciado. Apresentamos a seguir as descrições do uso dos desenhos nessa categoria.

Os efeitos de outros desenhos do casal Ciro e Dany

Considerando que a última sessão seria dedicada ao encerramento, o terapeuta solicitou que cada cônjuge fizesse um desenho síntese tendo os anteriores como referência.

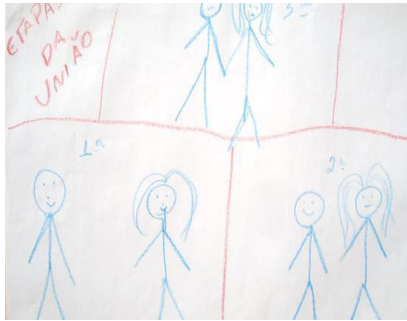


Figura 5a – Ciro



Figura 5b – Dany

As conversas se desenrolaram em torno das conquistas do casal durante o processo terapêutico. Ciro registrou o processo em três etapas conforme explicou: “No começo da nossa terapia chegamos meio afastados, depois a gente foi se aproximando e depois, apesar de ter problemas que precisamos resolver, a gente se aproximou, tá junto e eu tô feliz. [...] Brigamos como todo casal briga, mas não como era antes”. Ciro conclui dizendo que “antes a briga dominava, agora tem mais amor, união e respeito” quando conversavam. Dany ressaltou que havia parado de brigar pelo motivo da desconfiança e seguiu dizendo ter chegado “desiludida” na terapia, buscando “salvar” seu casamento. Explicou que gostaria de tê-lo representado como um diamante, mas, como não soube fazer o desenho, então representou-o como uma árvore. Esta, conforme sugeriu, era como um diamante bruto a ser lapidado, precisava de cuidados para crescer, tal qual percebia a sua convivência com Ciro: “Nosso relacionamento tava bruto, com a terapia ele foi sendo lapidado, mas não tá todo lapidado, perfeito ainda. Quando chegamos aqui a árvore tava uma sementinha e com a terapia cresceu muito, as raízes é o amor e eu não dou conta de viver com uma pessoa sem amor”.

Ciro e Dany concluíram dizendo que se julgam mais bem adaptados à vida conjugal e mais unidos um ao outro. Ambos explicitaram o entendimento comum de que a terapia propiciou crescimento e união ao casal. Relataram que os problemas não mais representavam ameaça ao casamento, fato que os fortalecia

para que seguissem adiante cuidando das dificuldades inerentes ao relacionamento conjugal.

Considerações finais

O estudo analítico acerca da inclusão do desenho como recurso dialógico, no qual foram identificados efeitos importantes dentro do processo terapêutico, permitiu a formalização de categorias úteis para o entendimento das implicações de seu uso. Tais categorias foram organizadas mediante a identificação de cinco formas de uso pertinentes à implementação do desenho em situações (a) cujo nível tensional agia como distanciador do entendimento do assunto tratado; (b) cujas conversas oscilatórias entre um tema e outro eram dificultadoras da manutenção do foco; (c) cujas conversas pouco esclarecedoras, desenvolvidas a partir de temas não expressos claramente, pressupunham ameaça relacional; (d) cujas enunciações substanciais necessitavam fortalecimento a fim de serem validadas como produtoras de sentidos alternativos; e (e) cujas conversas de encerramento envolvessem a autoavaliação dentro da experiência terapêutica com o desenho e a análise do processo como um todo.

Essa classificação, resultante da análise do processo de três casais, orienta as formas pelas quais os desenhos promoveram outras construções dialógicas sobre temas, na maioria das vezes, difíceis de serem tratados ou reconhecidos como essenciais na construção das narrativas de mudança. Nessa perspectiva, embora as categorias tenham sido estudadas de uma forma distinta, haja vista serem situacionais e locais, é necessário considerar a interligação entre elas mediante seus efeitos, bem como entender esse processo como possibilidade de amplificação e de identificação de outros efeitos em contextos diversos que privilegiem a dialogia responsiva como fundamental para a construção de novos sentidos.

Mais especificamente, entendemos que a legitimação de um contexto inventivo é mobilizadora de mudança na relação conjugal no qual o uso do desenho oferece um discurso menos contaminado, portanto mais original, em relação ao discurso pronto e saturado trazido como o único possível pelo casal. O desenho, antes de ser imagem, é gesto, é corporificação da linguagem viva. Essa produção primeira do desenho – o gesto –, uma resposta espontânea anterior à imagem, faz dele gestor da linguagem pré-intelectual, pré-linguística, corporificada, para então transpor-se em linguagem discursiva. Temos, assim, uma poética do desenho, na qual este sai do lugar comum da produção de traços, formas e cores e ganha

corpo no refinamento das ações entrelaçadas de formas gestuais e discursivas possíveis à construção de sentidos para novas formas de vida.

Referências

- Anderson, H. (2007). O cliente é o especialista: uma abordagem para terapia a partir de uma posição de não saber. *Nova Perspectiva Sistemica*, 27, 66-81.
- Anderson, H. (2009). *Conversação, linguagem e possibilidades: um enfoque pós-moderno da terapia*. (M. G. Armando, Trad.). São Paulo: Roca. (Obra original publicada em 1970)
- Anderson, H., & Goolishian, H. A. (1996). Narrativas e self: alguns dilemas pós-modernos da psicoterapia. In Schnitman, D. F. (Org.), *Novos paradigmas, cultura e subjetividade* (p. 191-199). (J. H. Rodrigues, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bakhtin, M. M. (1986). *Speech genres and other late essays*. (AV. W. McGee, Trans.). Austin: University of Texas.
- Bakhtin, M. M. (2010). *Problemas com a poética de Dostoievski* (5ª ed.). (P. Bezerra Trad.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Colombo, S. F. (2012). Como ouvimos nossas crianças? In Cruz, H. M. (Org.), *Me aprende? – Construindo lugares seguros para crianças e seus cuidadores* (p. 111-127). São Paulo: Roca.
- Cunliffe, A. L. (2002). Social poetics as management inquiry: a dialogical approach. *Journal of Management Inquiry*, 11, 128-146.
- Epston, D., Freeman, J., & Lobovits, D. (2001). *Terapia narrativa para niños: aproximación a los conflictos familiares a través del juego*. Buenos Aires: Paidós.
- Grandesso, M. (2000). *Sobre a reconstrução do significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Grubits, S., Tardivo, L. S. L.P. C., Bonfin, T, et al. (2012). Semelhanças e diferenças nos desenhos de crianças indígenas brasileiras. *Avaliação Psicológica*, 11(3), 461-474.
- Guanaes, C. (2006). *A construção social da mudança em terapia de grupo: um enfoque construcionista social*. São Paulo: Vetor.
- Guanaes, C. (2009). Reflexões teóricas. *Nova Perspectiva Sistemica*, 34, 40-44.
- Guanaes, C., & Japur, M. (2008). Contribuições da poética social à pesquisa em psicoterapia de grupo. *Estudos de Psicologia*, 13, 117-124.
- Juras, M. M., & Costa, L. F. (2011). O divórcio destrutivo na perspectiva de filhos com menos de 12 anos. *Estilos da Clínica*, 16(1), 222-245.
- Kjellberg, E. (2002). Pintura de paisagens como uma forma de expressar-se e comunicar-se em situações críticas – a uma forma de criar espaço para o diálogo nas crises familiares. *Pensando Famílias*, 4(4), 104-126.

- Lima, R. C. P., Colus, F. A. M., Gonini, F. A. C., et al. (2008). Qualidade e saudosismo: representações sociais de pais sobre a escola. *Psicologia da Educação*, 27(2), 31-51.
- Malchiodi, C. A. (2001) Using drawing as intervention with traumatized children. *Trauma and loss: research and interventions*, 1(1). Recuperado em 23 jul. 2013 de <http://www.tlcinst.org/drawingintervention.html>.
- Neuber, L. M. B., Do Valle, T. G. M., & Palamin, M. E. G. (2008). O adolescente e a deficiência auditiva: as relações familiares retratadas no teste do desenho em cores da família. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 18(3), 321-338.
- Peres, R. S. (2002). Tão longe, tão perto: andarilhos de estrada e a vivência do distanciamento familiar. *PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 3(2), 6-13.
- Rasera, E. F., & Japur, M. (2007). *Grupo como construção social: aproximações entre construcionismo social e a terapia de grupo*. São Paulo: Vetor.
- Riley, S. (2001). Art therapy with adolescents. *Western Journal of Medicine*, 175(1), 54-57.
- Rober, P. (2002). Some hypotheses about hesitations and their nonverbal expression. *Journal of Family Therapy*, 24, 187-204.
- Rober, P. (2009). Relational drawings in couple therapy. *Family Process*, 48(1), 117-133.
- Rober, P., Larner, G., & Paré, D. (2004). The client's nonverbal utterances, creative understanding & the therapist's inner conversation. In Strong T., & Paré, D. (Eds.), *Furthering talk: advances in the discursive therapies* (p. 109-123) USA: Springer.
- Sá, M. C. N. (2002). Um estudo sobre os cuidadores familiares de pacientes internados com doenças hematológicas. *PSIC – Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 3(1), 124-141.
- Santos, M. A., Raspantini, R. L., Silva, L. A. M., et al. (2003). Dos laços de sangue aos laços de ternura: o processo de construção da parentalidade nos pais adotivos. *PSIC – Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 4(1), 14-21.
- Santos, B. C. A., Ribeiro, M. C. C., Ukita, G. M., et al. (2010). Características emocionais e traços de personalidade em crianças institucionalizadas e não institucionalizadas. *Boletim de Psicologia*, 60(133), 139-152.
- Schneider, M. S., & Ramires, V. R. R. (2011). As especificidades do padrão de apego de meninos: estudo de casos múltiplos. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 21(2), 296-306.
- Shotter, J. (1996). Living in a Wittgensteinian world: beyond theory to a poetics of practices. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 26(3), 293-311.
- Shotter, J. (1998). Social constructionism and social poetics: Oliver Sacks and the case of Dr. P. In Bayer, B. M. & Shotter, J. (Eds.), *Reconstructing the psychological subject: bodies, practices and technologies* (p. 33-51). London: Sage.
- Shotter, J. (2008). Conversational realities revisited: life, language, body and world (2ª ed.). *Changrin Falls: Taos Institute Publications*. (First published by Sage Publications, London, 1993)

- Shotter, J. (2010). *Social construction on the edge: "witness"-thinking and embodiment*. Charing Falls: Taos Institute Publications.
- Shotter, J. (2012). Dialogando. In Cruz, H. M. (Org.), *Me aprende? – Construindo lugares seguros para crianças e seus cuidadores* (p. 104-107). São Paulo: Roca.
- Shotter, J., & Katz, A. M. (1996). Articulating a practice from within the practice itself: establishing formative dialogues by the use of a "social poetics". *Concepts and Transformation, 1*, 213-237.
- Souza, A. M. D. R. (2009). Perspectiva social e projetiva das representações gráficas da família em crianças paraenses. *Revista do NUFEN, 1*(1), 120-139.
- Souza, O. R. (2005). *Longevidade com criatividade: arteterapia com idosos*. Belo Horizonte: Armazém de Idéias.
- Vieira, C. M., Costa, J. M., Caminha, M. F. C., et al. (2012). Escutando contos, desenhando a vida: arteterapia em enfermarias pediátricas de um Hospital de Ensino de Alta Complexidade em Pernambuco – IMIP. *Revista SBPH, 15*(2), 46-64.
- Wagner, A. & Féres-Carneiro, T. (2000). O recasamento e a representação gráfica da família. *Temas psicologia da SBP, 13*(1), 11-19.
- Wilson, J. (2012). A arte de brincar? Características de orientação para o profissional que trabalha com crianças e família. In Cruz, H. M. (Org.), *Me aprende? – Construindo lugares seguros para crianças e seus cuidadores* (p. 91-109). São Paulo: Roca.

Recebido em 10 de junho de 2015

Aceito para publicação em 28 de setembro de 2017

VIOLÊNCIA CONJUGAL E TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

*INTIMATE PARTNER VIOLENCE AND PERSONALITY
DISORDERS: A SYSTEMATIC REVIEW OF THE LITERATURE*

*VIOLENCIA CONYUGAL Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD:
UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA*

*Marcela Bianca de Andrade Madalena**

*Cristofer Batista da Costa***

*Denise Falcke****

RESUMO

Os transtornos da personalidade são frequentemente associados à violência conjugal, compondo tipologias de agressores. Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi avaliar de que forma os transtornos da personalidade são associados à violência conjugal e os principais resultados dos estudos no período entre 2009 e 2014. Para tanto, foi realizada uma revisão sistemática da literatura nas bases de dados Academic Search Premier, IndexPsi, Medline Complete, Scielo e Web of Science. Foram identificados 161 artigos e, após os procedimentos de análise e elegibilidade, 28 artigos compuseram esta revisão. Os resultados apontaram que todos os estudos são quantitativos e a maioria deles foi realizada com homens perpetradores de violência. As características dos transtornos prevalentes associadas à violência conjugal foram Borderline e Antissocial. Poucos estudos investigaram a violência cometida e sofrida em amostras de homens e mulheres e de casais e utilizaram técnicas estatísticas sofisticadas como as diádicas e a modelagem de equações estruturais.

Palavras-chave: violência conjugal; transtornos da personalidade; teoria sistêmica.

* Mestre em Psicologia Clínica (UNISINOS), Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), Novo Hamburgo, RS, Brasil.

** Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica, Porto Alegre, RS, Brasil.

*** Professora e coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), São Leopoldo, RS, Brasil.

ABSTRACT

Personality disorders are often associated with intimate partner violence, composing types of offenders. The aim of this study was to analyze how personality disorders associated with intimate partner violence were investigated and what the main results during the period between 2009 and 2014. Therefore, a systematic literature review was performed and were consulted the Academic Search Premier, IndexPsi, Medline Complete, Scielo and Web of Science databases. It was identified 161 articles and after the procedures for examining and eligibility, 28 articles composed this review. The results showed that all studies were quantitative and most of them were carried out with perpetrators male of violence. The personality disorder traits predictors or associated with intimate partner violence was Borderline and Antisocial. Few studies investigated the violence committed and suffered in men and woman samples, sample of couples and used sophisticated statistical techniques such as dyadic and structural equation modeling.

Keywords: intimate partner violence; personality disorders; theory systemic.

RESUMEN

Los trastornos de la personalidad a menudo se asocian con la violencia de pareja, componen tipos de delincuentes. En este sentido, el objetivo de este estudio fue evaluar cómo los trastornos de la personalidad están relacionados con la violencia de pareja y los principales resultados de los estudios realizados en el período entre 2009 y 2014. Para ello, una revisión sistemática de la literatura se realizó en las bases de datos Academic Search Premier, IndexPsi, Medline Complete, SciELO y Web of Science. Se identificaron 161 artículos, y después del análisis de los procedimientos y criterios de elegibilidad, 28 artículos componen esta revisión. Los resultados mostraron que todos los estudios son cuantitativos y la mayoría de ellos se llevaron a cabo con los hombres autores de la violencia. Las características de los trastornos prevalentes asociados con la violencia de pareja fueron Borderline y Antisocial. Pocos estudios han investigado la violencia cometida y sufrió en muestras de hombres y mujeres y parejas y sofisticadas técnicas estadísticas utilizadas como el modelo de ecuaciones diádica y estructural.

Palabras clave: violencia conyugal; trastornos de la personalidad; teoría sistémica.

O interesse dos pesquisadores e profissionais da saúde pelo tema da violência conjugal está relacionado aos elevados índices com que ela ocorre entre os

casais, deixando de ser uma questão restrita ao lar para se tornar um problema de saúde pública (Ministério da Saúde, 2008). Cada vez mais discutida na literatura científica nacional e internacional, a violência conjugal é investigada através de diferentes perspectivas teóricas. Há uma perspectiva de gênero da violência, em que se considera a mulher como a principal vítima e o homem como o agressor e que exerce um papel de maior dominação, e a perspectiva da violência como um fenômeno interacional, compreendido sistemicamente (Falcke, Oliveira, Rosa, & Betancur, 2009), foco deste estudo.

Embora, tradicionalmente, as mulheres sejam consideradas as principais vítimas da violência (Johnson, 2006; Kelly & Johnson, 2011), estudos identificaram que ela vem sendo praticada também contra os homens (de 11,5% a 30,54%) por parte de suas parceiras (Carmo, Grams, & Magalhães, 2011; Fehringer, & Hindin, 2009) e, em algumas amostras, que as mulheres podem apresentar níveis mais elevados de perpetração da violência do que os homens (Lawrence, & Bradbury, 2007; Williams, & Frieze, 2005).

Ainda, uma meta-análise realizada por Straus (2011) identificou simetria entre os sexos na perpetração da violência contra o parceiro, mesmo nos casos mais graves. Essas divergências na literatura remetem à complexidade da violência conjugal e à possível heterogeneidade de sua manifestação entre o casal (Langhinrichsen-Rohling, 2010), podendo acontecer de forma uni ou bidirecional. Ainda assim, deve sempre ser considerado que, apesar da existência de simetria entre os sexos na perpetração da violência, o efeito da mesma é assimétrico, sendo mais prejudicial às mulheres (Johnson, 2006; Kelly, & Johnson, 2011).

Considerada um fenômeno multideterminado, a violência tem sido investigada por meio de variáveis que expliquem sua ocorrência. As psicopatologias, por exemplo, são frequentemente apontadas pelos estudos, em especial os transtornos e características da personalidade (Ehrensaft, Cohen, & Johnson, 2006; Fowler, & Westen, 2011; Holtzworth-Munroe, Meehan, Herron, Rehman, & Stuart, 2003; Liu, Zhang, Brady, Cao, He, & Zhang, 2012; Maneta, Cohen, Schulz, & Waldinger, 2013; Thornton, Graham-Kevan, & Archer, 2010).

Os transtornos da personalidade (TP) são caracterizados por comportamentos persistentes e estáveis, que trazem prejuízos ao indivíduo (APA, 2014). Pessoas com TP possuem um repertório limitado e rígido de estratégias para lidar com problemas, percepções e comportamentos que perpetuam suas dificuldades, e baixa resiliência diante do estresse (Millon, 2011), mantendo-se presas a essas questões. De acordo com o DSM-5 (APA, 2014), são dez os transtornos da personalidade, divididos em três agrupamentos: o agrupamento A se refere aos transtornos de personalidade Paranoide, Esquizoide e Esquizotípica, o agrupamento B

aos transtornos de personalidade Borderline, Antissocial, Histriônica e Narcisista e o agrupamento C aos transtornos de personalidade Dependente, Obsessivo-Compulsiva e Esquiva.

A investigação da associação entre os transtornos da personalidade e a violência conjugal surgiu para responder à pergunta de como e por que se pratica a violência contra o parceiro (Holtzworth-Munroe, & Stuart, 1994; Langhinrichsen-Rohling, Huss, & Ramsey, 2000). Com esse objetivo, na década de 90 houve um aumento expressivo de estudos propondo tipologias para os agressores conjugais (Holtzworth-Munroe, & Stuart, 1994; Monson, & Langhinrichsen-Rohling, 1998). Uma delas, que ainda hoje é a mais aceita e tem sido testada em diversos estudos, foi a formulada por Holtzworth-Munroe e Stuart (1994). Esses autores propuseram a caracterização dos agressores conjugais em três diferentes tipos, variando da perpetração da violência menos severa à mais severa. No primeiro subtipo há baixos níveis de psicopatologia, no segundo, denominado Borderline e Disfórico, há maior impulsividade e características da personalidade Borderline; e no terceiro, violento e Antissocial, há características da personalidade Antissocial ou de Psicopatia. Embora tenha sido desenvolvida com base em homens perpetradores, posteriormente a tipologia foi identificada também em mulheres (Walsh, O'Connor, Shea, Swogger, Schonbrun, & Stuart, 2010).

Com base nessa tipologia, os transtornos da personalidade Borderline e Antissocial aparecem com maior frequência nas pesquisas associados à violência conjugal (Holtzworth-Munroe et al., 2003; Pico-Alfonso, Echeburúa, & Martinez, 2008; Ross, & Babcock, 2009). Entretanto, esses transtornos do agrupamento B (APA, 2014) não são os únicos associados a essas situações. O agrupamento A associou-se à perpetração da violência conjugal (Ehrensaft et al., 2006), bem como, o transtorno da personalidade Obsessivo-compulsiva, do agrupamento C (Fernández-Montalvo, & Echeburúa, 2008). Esses resultados devem ser apreciados com cautela, pois os transtornos do agrupamento C também já foram considerados protetivos das situações de violência conjugal em outro estudo (Ehrensaft et al., 2006).

Os dados apontam que não está claro na literatura o perfil dos agressores conjugais, nem há resposta à pergunta de como e por que a violência é praticada nos relacionamentos, afinal indivíduos com diferentes transtornos da personalidade possuem diferentes motivos para agredir o parceiro (Ross, & Babcock, 2009). Além disso, esses transtornos que associam à perpetração da violência conjugal também estão relacionados à vitimização pelo parceiro, conforme observado nos transtornos do agrupamento A (Pico-Alfonso et al., 2008) e no transtorno da personalidade Borderline (Kuijpers, Knaap, Winkel, Pemberton, & Baldry, 2010;

Pico-Alfonso et al., 2008), de forma que possibilitam questionar as aproximações existentes entre a perpetração e a vitimização da violência. O fato de menos pesquisas encontrarem transtornos da personalidade ou suas características nas vítimas de violência conjugal pode ocorrer porque a maioria dos estudos negligencia esse dado quando investiga apenas a agressão praticada contra o parceiro (Fowler, & Westen, 2011; Holtzworth-Munroe, Meehan, Herron, Rehman, & Stuart, 2000; Holtzworth-Munroe et al., 2003; Liu et al., 2012; Ross, & Babcock, 2009; Walsh et al., 2010; Weinstein, Oltmans, & Gleason, 2012).

Observa-se que a maior parte das pesquisas investiga isoladamente a associação dos transtornos da personalidade com a perpetração da violência, enquanto poucos estudos analisam também a associação com a vitimização. Em contraste a esses estudos que analisam exclusivamente a perpetração da violência, Bouchard, Sabourin, Lussier e Villeneuve (2009) realizaram uma pesquisa com 30 mulheres em situação de violência conjugal e seus parceiros. Todas elas eram diagnosticadas com transtorno da personalidade Borderline e metade dos seus parceiros possuía indicações diagnósticas para um ou mais transtornos da personalidade. Esse resultado reflete a necessidade de investigação dos casais para contemplar características da interação. Nessa direção, Langhinrichsen-Rohling (2010), avançando no modelo de tipologia dos agressores conjugais de Holtzworth-Munroe e Stuart (1994), propôs uma nova tipologia, não para os agressores conjugais, mas para se compreender a violência conjugal.

Os subtipos são referidos pela autora como “diádicos”, considerando as características disfuncionais de cada membro do casal. O primeiro refere-se à *dyadic dominance*, em que os indivíduos apresentam comportamento de poder e controle; o segundo, *dyadic dys regulation*, caracteriza-se pelo medo do abandono e desregulação emocional dos parceiros, semelhante ao Borderline/Disfórico de Holtzworth-Munroe e Stuart (1994); e o terceiro, *dyadic couple violence*, refere-se ao ciclo da violência gerado por déficits de comunicação. Os dois primeiros apresentam características de transtornos da personalidade e o terceiro baixos níveis de psicopatologia. Essa proposta tipológica teve significativa repercussão e gerou debate entre os pesquisadores da área (Johnson, 2010; Langhinrichsen-Rohling, 2010; Ross, & Babcock, 2010). Nessa proposta, defende-se que compreender a díade na violência conjugal é relevante considerando que os membros do casal influenciam pensamentos, emoções e comportamentos um do outro, mecanismo chamado de efeito parceiro (Kenny, Kashy, & Cook, 2006).

As mudanças na compreensão do fenômeno observadas na literatura científica demonstram o avanço das pesquisas. Ainda assim, os resultados não são conclusivos e podem decorrer de diferentes abordagens metodológicas e do seu

aprimoramento. Considerando esses aspectos, o objetivo deste estudo foi avaliar de que forma os transtornos da personalidade são associados à violência conjugal e os principais resultados dos estudos no período entre 2009 e 2014.

Método

Delineamento: trata-se de um estudo descritivo de revisão sistemática da literatura. Nesses estudos são realizados procedimentos sistemáticos, a partir de critérios de inclusão e exclusão definidos *a priori*, de busca, seleção e análise de pesquisas disponíveis em bases de dados, bibliotecas, entre outros locais. As revisões sistemáticas costumam reunir um *corpus* de estudos sobre determinada temática a fim de discutir, identificar lacunas, divergências e convergências, e apontar alternativas de investigação para o fenômeno ainda pouco exploradas (Costa, Zoltowski, Koller, & Teixeira, 2015).

Procedimentos de busca: foram consultadas cinco bases de dados: Academic Search Complete, Academic Search Premier, IndexPsi, Medline Complete, Scielo e Web of Science. Considerando apenas estudos atuais, a busca abrangeu artigos publicados no período de 2009 a 2014. De acordo com os critérios de inclusão, os artigos deveriam ser científicos e de pesquisa empírica, estar disponíveis nas bases de dados em texto completo em português, inglês ou espanhol e versar sobre características ou transtornos da personalidade associados à violência conjugal. Foram excluídos estudos teóricos, dissertações e teses. Os termos utilizados foram aqueles que capturaram o maior número de artigos sobre a temática violência conjugal e transtornos da personalidade. Inicialmente, foram observados os descritores e palavras-chaves utilizadas nos estudos sobre a temática. Posteriormente, foram realizadas diversas buscas com termos distintos até se chegar aos descritores eleitos no presente estudo. Os termos utilizados foram combinados por meio do operador boleado AND e deveriam estar presentes nas palavras-chave, no título ou no resumo dos artigos, quais foram: (1) *partner violence AND personality disorder*; (2) *partner violence AND personality disorders*; (3) *marital violence AND personality disorder* e (4) *marital violence AND personality disorders*, e seus equivalentes em português.

Análise dos dados: inicialmente procedeu-se à descrição das características do método dos estudos, quais sejam, ano de publicação, local de realização da pesquisa, delineamento, participantes, instrumentos de medida da personalidade e da violência conjugal, realizando-se apresentação e análise descritiva dos estudos.

Os resultados foram analisados por meio de leitura minuciosa, por meio da qual foram encontrados aspectos específicos, portanto resultados distintos que caracterizam uma análise vertical, bem como resultados comuns que caracterizam, em certa medida, consensos estabelecidos e que emergiram da análise horizontal. Os resultados, comuns e específicos, foram discutidos de forma crítica, atentando-se a como o fenômeno foi compreendido nas pesquisas.

Resultados

Foram encontrados 161 artigos nas bases de dados, conforme figura 1. Destes, foram excluídos 56 artigos repetidos entre as bases e seis que não estavam disponíveis em texto completo. Dessa forma, procedeu-se com a análise de 99 resumos, sendo excluídos 71 artigos teóricos, avaliavam programas de intervenção ou não estabeleciam associação entre as características ou transtornos da personalidade e a violência conjugal. Por meio da análise dos resumos foram eleitos 28 artigos, lidos na íntegra, e que compõem esta revisão sistemática.

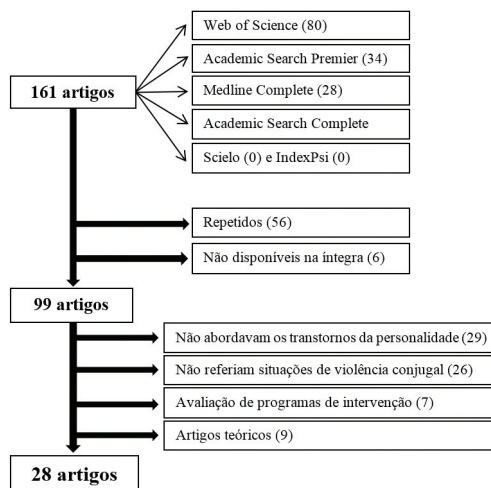


Figura 1: Fluxo da seleção dos artigos

Na tabela 1 são descritos os artigos selecionados no que se refere ao ano de publicação, país de realização dos estudos, objetivos, delineamento, participantes, instrumentos e principais resultados. Nos estudos em que o delineamento não foi

referido pelos autores, os mesmos foram definidos com base nos objetivos e nos resultados apresentados.

Tabela 1
Caracterização dos estudos

Id.	Autores	Ano	País	Delineamento e Análises	Participantes	Instrumento	Principais resultados
1	Mignone, Klostermann, & Rui Chen	2009	EUA	Explicativo; Regressão	294 homens perpetradores	CTS 2; TLFB-SV; SCID (TPA)	Homens que recaíam no uso de álcool também recaíam na agressão física; consumo de álcool pela parceira aumentou a probabilidade de vitimização das mesmas; uso de álcool e perpetração de violência menos severa foi mais proeminente em homens diagnosticados com TPA.
2	Ross & Babcock	2009	EUA	Comparativo; MANOVA	124 homens perpetradores	CTS 2; SCID-II (TPA e TPB)	Homens com TP foram significativamente mais violentos do que aqueles sem TP; homens com TPB utilizaram a violência mais de forma reativa e os homens com TPA utilizaram a violência de forma pró ativa e reativa.
3	Whisman & Schonbrun	2009	EUA	Explicativo; Regressão	635 mulheres e 512 homens	CTS 2; Personality Disorder Examination Screening Questionnaire (IPDEQ)	Os sintomas do TPB associaram-se positivamente a problemas conjugais, a probabilidade de perpetração de violência física menor e severa e a probabilidade de dissolução da união.
4	Kuijpers, Knaap, Winkel, Pemberton, & Baldry	2010	Holanda	Explicativo; Regressão	120 mulheres vítimas	CTS 2; PDQ-41 (TPB)	Correlação positiva entre características do TPB com severidade de violência conjugal sofrida; TPB foi preditor de transtorno de estresse pós-trauma nas mulheres vítimas.

5	Loinaz, Echeburúa, & Torrubia	2010	Espanha	Comparativo; Análise de cluster	50 homens perpetradores	CTS 2; MCMI-III	Grupo 1 - pontuação em compulsivo e histriônico; grupo 2 - pontuação mais alta em todas as escalas de personalidade, em especial na antissocial e paranóide, mais distorções cognitivas e maior pontuação em dependência de álcool e drogas.
6	Marshall & Holtzworth-Munroe	2010	EUA	Explicativo; Regressão	88 casais	CTS 2; MCMI-II; BDI; Relationship Scales Questionnaire (RSQ); Self-Report of Psychopathy (SRP)	Sensibilidade diminuída à expressão de felicidade das esposas mediou parcialmente a relação entre características do subtipo Borderline/disfórico e perpetração de violência conjugal, o mesmo ocorreu com o subtipo psicopático; a sensibilidade diminuída à expressão de medo das esposas mediou a relação entre psicopatia e perpetração de violência em nível abaixo do ideal.
7	Sarto & Esteban	2010	Espanha	Descritivo; Freqüências Qui-quadrado	118 homens perpetradores	Entrevista semiestruturada; MCMI-II	79,8% apresentou ao menos um transtorno da personalidade; 47,9% pontuou de forma significativa na escala compulsiva, antissocial, agressivo-sádica, narcisista e histriônica; TPs, tipos de violência, início e duração da conduta violenta não tiveram relação com o abandono.
8	Taft, O'Farrell, Doron-LaMarca, Panuzio, Suvak, Gagnon, & Murphy	2010	EUA	Longitudinal e Explicativo; Regressão	178 homens perpetradores	CTS 2; SCID (TP)	42% da amostra apresentou perpetração de violência e 36% após 12 meses; preditores estáticos da violência conjugal foram gravidade inicial do uso de álcool, crenças de referência relacionadas ao uso de álcool e características de personalidade antissocial; preditores das variáveis foram abuso de álcool e drogas, ajustamento conjugal e raiva.
9	Thornton, Graham-Kevan, & Archer	2010	Reino Unido	Explicativo; Regressão	116 homens e 181 mulheres	Violent and Nonviolent Offending Behavior Scale; IPDE-SQ	Nos homens, as características dos transtornos do cluster A explicaram 25,6% da variância de perpetração da violência conjugal; nas mulheres, as características dos transtornos do cluster B explicaram 11,2% da variância.

10	Walsh, Swogger, O'Connor, Schonbrun, Shea, & Stuart	2010	EUA	Comparativo; Análise de cluster	567 pacientes psiquiátricos	MVRAS; PCL:SV; Structured Interview for Disorders of Personality (TPB e TPA)	Foram identificados em homens e mulheres os três subtipos de perpetradores: violento/antissocial, Borderline/disfórico, Family only/ baixa psicopatologia; TPA foi considerado fator de risco tanto para perpetração quanto para vitimização de violência conjugal.
11	Fowler & Westen	2011	EUA	Comparativo; Q-factor Analysis	Psicólogos e psiquiatras	Entrevista; SWAP-II; SCID-II (TP)	Três subgrupos: (1) psicopático, maior prevalência de TP antissocial; (2) hostil e controlador, maior prevalência de TP paranoide e (3) Borderline/ Dependente, maior prevalência de TP Borderline e TP Dependente.
12	Kivisto, Kivisto, Moore, & Rhatigan	2011	EUA	Explicativo; Modelagem de equações estruturais	423 homens universitários	CTS 2; PDQ-4 (TPA)	A vergonha moderou a associação entre características de TP antissocial e perpetração das três formas de violência (física, psicológica e sexual). Com o aumento da vergonha houve também o aumento da associação.
13	Loinaz, Ortiz-Tallo, & Ferragut	2011	Espanha	Comparativo; Análise de cluster	48 homens perpetradores	CTS 2; Inventário Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III)	Dois grupos de agressores: grupo 1 - 43,75% pontuação em impulsivo, histriônico e narcisista, menor distorção cognitiva e maior controle da raiva; grupo 2 - 56,25% pontuação em antissocial, agressivo-sádica, passivo-agressiva e paranoide, mais distorção cognitiva e menor controle da raiva; a diferença nos tipos de violência refere-se ao grupo 2, perpetrar mais agressão psicológica.
14	Ross	2011	EUA	Explicativo; Componentes principais e Regressão	30 mulheres e 56 homens perpetradores	CTS 2; PDQ-4 (TPB e TPA)	As razões para as mulheres perpetrarem violência estiveram amplamente associadas à aspectos situacionais (autodefesa, dominação, retaliação e desregulação emocional), mas também às características do TPB; nos homens as razões foram associadas apenas às características de TPB e TPA.
15	Schumm, O'Farrell, Murphy, Murphy, & Muchowski	2011	EUA	Explicativo; Modelagem de equações estruturais	277 mulheres	CTS 2; SCID-II (TP)	As características antissociais de cada parceiro estiveram direta e indiretamente associadas à perpetração da violência conjugal; identificou-se relação recíproca entre os parceiros na agressão psicológica, mas não na física; contabilizando os preditores individuais e relacionais, a perpetração da violência física

							dos parceiros influenciou a violência física das mulheres, mas a perpetração da violência física delas não influenciou a dos parceiros.
16	Liu, Zhang, Brady, Cao, He, & Zhang	2012	China	Explicativo; Modelagem de equações estruturais	206 homens perpetradores	CTS 2; The Domestic Violence Screening Questionnaire; Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-41); TPB e TPA	As características dos TPB e TPA mediaram a relação entre maus tratos na infância e perpetração de violência física grave contra o parceiro através das variáveis latentes agressividade e impulsividade.
17	Loinaz, Ortiz-Tallo, & Ferragut	2012	Espanha	Comparativo; Análise de cluster	175 homens perpetradores	CTS 2; Inventário Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III).	Três perfis de personalidade: grupo 1, (27%) - baixa patologia, pontuação em compulsivo, histriônico e narcisista; grupo 3, (30%) - alta patologia, pontuação em paranóico, sádico, anti-social, negativista e borderline; grupo 2, (43%) - intermediário entre os dois anteriores; o grupo 3 apresentou mais agressão psicológica e coerção sexual menor e não houve diferença em violência física.
18	Weinstein, Gleason, & Oltmanns	2012	EUA	Explicativo Regressão	872 adultos	CTS 2; Entrevista Estruturada do DSM-IV (TPB e TPA)	Características do TPB associaram-se à perpetração de violência física, sendo a relação moderada pelo sexo; características de TPA não apresentaram associação significativa.
19	Boira & Jodrá	2013	Espanha	Comparativo; Análise de cluster	61 homens perpetradores	CTS 2; Inventário Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II).	Dois grupos: (1) homens emocionalmente estáveis, menor taxa de uso de drogas e expressão menos intensa da violência, maior pontuação em personalidade compulsiva; (2) homens que reconheceram um maior número de agressões físicas menores, maiores valores nas escalas de personalidade antissocial, passivo-agressiva e esquizotípica, maior pontuação no consumo de drogas.
20	Maneta, Cohen, Schulz, & Waldinger	2013	EUA	Explicativo; Modelagem de equações estruturais	209 casais	CTS 2; Inventory of Personality Organization	Características de organização Borderline nos homens associou-se positivamente à perpetração de violência contra as parceiras e a sofrer a violência perpetrada por elas; características de organização Borderline nas mulheres associou-se positivamente apenas à sofrer a violência perpetrada pelo parceiro.

21	Thomas, Bennett, & Stoops	2013	EUA	Comparativo; MANOVA Qui-quadrado	798 homens perpetradores	CTS 2; Psychological Maltreatment of Women Index; Borderline Personality Organization Scale	Agressores com problemas com álcool e outras drogas apresentaram maiores níveis de violência física e agressão psicológica e tiveram maior tendência a apresentar uma organização de personalidade Borderline e níveis mais elevados de raiva.
22	Askeland & Heir	2014	Noruega	Descritivo; Frequências	197 perpetradores	Violence Questionnaire (VQ); Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)	70,9% dos participantes possuíam indicação para ao menos um transtorno psiquiátrico; 40,2% apresentavam abuso de substâncias; 31,8% episódio depressivo maior; 38,5% ansiedade e 21,2% TP Antissocial.
23	Buck, Leenaars, Emmelkamp, & Marle	2014	Holanda	Explicativo; Regressão ANOVA	72 homens perpetradores e 72 não perpetradores	CTS 2; PDQ-4+	As características dos TPA explicaram 19% da variância de perpetração de violência conjugal em indivíduos com apego seguro; traços de TPN e TPB estiveram relacionados com perpetração de violência conjugal em indivíduos com apego seguro quando características de TPN e TPB foram inseridos sozinhos na equação.
24	Chérrez-Bermejo & Alás-Brun	2014	Espanha	Descritivo; Frequências	106 homens perpetradores	Historia clínica informada no Sistema Navarro de Salud	Transtornos mentais foram identificados em 25,5% da amostra; 6,6% referiam-se a TP e 61,3% a hábito de abuso de substâncias.
25	Corral & Calvete	2014	Espanha	Descritivo; Frequências e Fatorial confirmatória	119 homens perpetradores	CTS 2; MCMI-III	27,7% pareceram apresentar algum TP e 57,1% apresentaram características de TP; as características dos TP predominantes foram narcisista (24,6%), obsessivo-compulsiva (21,9%) e paranoide (17,5%). Observou-se associação entre os TP e os domínios dos esquemas iniciais desadaptativos.
26	García-Jiménez, Godoy-Fernándezb, Llor-Estebanb, & Ruiz-Hernándezb	2014	Espanha	Explicativo; Regressão	90 homens perpetradores	Revisão dos arquivos penal e penitenciário; SCID-II	Presença de TP aumenta o risco de ser enviado à prisão, ou seja, cometer agressão mais severa; TP Antissocial foi semelhante em ambos os grupos; TP Borderline foi diagnosticado principalmente no grupo de presidiários; TP Passivo-agressivo foi escasso em toda a amostra.
27	Jose, O'Leary, Gomez, & Foran	2014	Espanha	Explicativo; Modelagem de equações estruturais	194 homens perpetradores	CTS 2; MSI-BPD; Levenson Primary and Secondary Psychopathy	Características de TPB e problemas com álcool associaram-se à perpetração de agressão física, sendo a relação mediada pela agressão psicológica; foi encontrada relação

						Scale (LPSP)	recíproca entre perpetração e vitimização de agressão psicológica, mas não para violência física.
28	Reingle, Jennings, Connell, Businelle, & Chartier	2014	EUA	Explicativo; Regressão	25,778 participantes homens e mulheres	CTS 2; Entrevista estruturada do DSM-IV	Foram identificadas três tipologias de violência conjugal: apenas perpetração, apenas vitimização e perpetração/vitimização; o TP antisocial esteve associado aos subtipos apenas perpetração e perpetração/vitimização.

**Os estudos que compõem a revisão sistemática foram identificados com (*) na lista de referência.*

Por meio da análise dos artigos, observou-se que Estados Unidos e Espanha foram os países que se destacaram com relação às publicações sobre a temática, sendo que o primeiro é responsável por 50% (14) dos estudos encontrados e o segundo por nove. Países como Holanda, Noruega, Reino Unido e China contabilizaram juntos apenas cinco artigos. Não foi encontrado estudo brasileiro. Com relação ao ano de publicação, observa-se que em 2010 e 2014 concentram-se o maior número de publicações (14), sete em cada ano, seguido de 2011, em que foram divulgados cinco artigos, e de 2009, 2012 e 2013 em que foram publicados nove artigos, três em cada ano, conforme tabela 1.

Com relação aos instrumentos, a maioria dos estudos utilizou a CTS2 para mensurar os níveis de violência conjugal, instrumento bastante utilizado internacionalmente. Para a investigação das características dos transtornos da personalidade, os estudos, em sua maioria, utilizaram o MCMI, baseado na teoria de Millon dos transtornos da personalidade, bem como a entrevista estruturada do DSM, ambos os instrumentos frequentemente utilizados pelos estudos internacionais.

Foi possível observar que a maioria dos estudos optou por empregar o termo características dos transtornos da personalidade por terem utilizado instrumentos que ofereciam esse resultado e não o diagnóstico em si. Com relação aos participantes das pesquisas, verificou-se que em 67,85% foram investigadas amostras de homens perpetradores (estudos 1, 2, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26 e 27) e em uma pesquisa foi investigada amostra de mulheres vítimas (estudo 4). Entretanto, observou-se nesta revisão a iniciativa de alguns pesquisadores (21,42%), de investigar as características dos transtornos da personalidade e a perpetração da violência em amostras compostas por homens e mulheres (estudos 3, 9, 10, 14, 18 e 28). Além disso, nos estudos 10 e 28, foi avaliada a violência cometida e a violência sofrida na mesma amostra.

Entre todos os artigos analisados, apenas dois investigaram aspectos diádicos na associação entre as características dos transtornos da personalidade e a violência conjugal (estudos 15 e 20). Entretanto, apenas o estudo 20 teve amostra constituída por casais, enquanto no estudo 15 foram coletados dados do casal por meio de informações prestadas apenas pela mulher. No primeiro estudo (20), foi identificado que, nos homens, as características Borderline associaram-se tanto à perpetração quanto a sofrer a violência perpetrada pelas parceiras e, nas mulheres, associou-se apenas a sofrer a violência perpetrada pelos parceiros. No segundo estudo (15) foi identificado que a perpetração da violência física dos homens influenciou a das mulheres, mas a delas não influenciou a dos parceiros.

A metodologia empregada pelos estudos foi exclusivamente quantitativa e os delineamentos, em sua maioria, foram explicativos ou comparativos. Nesse sentido, os autores optaram por identificar o poder preditivo das características dos transtornos da personalidade para a violência conjugal, ou exploraram os diferentes grupos de agressores de acordo com suas características de personalidade. Os resultados dos artigos que constam na tabela 1 estão apresentados por meio de quatro categorias que contemplam o foco dos estudos avaliados.

Transtornos da personalidade prevalentes na perpetração da violência

As características dos transtornos Borderline e Antissocial foram os que mais apresentaram associação com perpetração da violência. Entretanto, ressalta-se que 57,14% dos estudos utilizaram instrumentos para medir apenas esses dois transtornos (estudos 1, 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 22, 27 e 28). Importante considerar que três desses estudos utilizaram medidas de psicopatia no lugar de medidas de personalidade antissocial e um deles utilizou tanto medida de psicopatia quanto de personalidade antissocial. Considerando outras características dos transtornos da personalidade associadas à perpetração de violência foi identificada a prevalência das características Narcisista, Obsessivo-Compulsiva, Histriônica, Paranoide, Esquizotípica e Passivo-agressiva (estudos 5, 7, 9, 13, 17, 19, 23 e 25).

Entre os estudos analisados oito (28,57%) investigaram diferenças entre os perfis de perpetradores de violência, buscando identificar uma tipologia (estudos 2, 5, 6, 10, 11, 13, 17 e 19). Alguns estudos identificaram dois subtipos de perpetradores e outros identificaram três. Os subtipos foram divididos considerando-se a gravidade da perpetração da violência e os transtornos predominantes, entretanto, no estudo 17, não foram identificadas diferenças entre

os subtipos de perpetradores com relação aos níveis de severidade da violência física. Em todos os estudos desta revisão foram identificadas características da personalidade Antissocial ou psicopatia nos perpetradores de violência severa, e as características de personalidade Obsessivo-compulsiva, Histriônica e Narcisista nos perpetradores de violência menos severa. As características da personalidade Borderline foram identificadas compondo subtipos diversos, de menor gravidade da violência (estudo 11) até os de maior severidade (estudo 17), não havendo consenso na literatura. Além disso, as características da personalidade Paranoide, Esquizotípica e Passivo-agressiva, embora menos frequentes, também apareceram contemplando os subtipos de perpetradores mais violentos e intermediários.

Transtornos da personalidade mais prevalentes na vitimização da violência

Os estudos que investigaram a associação das características dos transtornos da personalidade com a vitimização da violência conjugal apareceram em menor número. Observa-se que em algumas pesquisas foi possível levantar esses dados através da perpetração da violência cometida pelo parceiro. Em quatro pesquisas foi investigada essa relação e identificadas associações positivas entre personalidade Antissocial e vitimização ou violência bidirecional (estudos 10 e 28) e personalidade Borderline e vitimização (estudos 4 e 20). Entretanto, é necessário considerar que, nesses estudos, foram utilizadas apenas medidas de personalidade Antissocial e Borderline.

Diferenças entre os sexos

As características de personalidade Antissocial e Borderline foram identificadas não somente em homens, mas também em mulheres perpetradoras (estudos 3, 9, 10 e 18). Entretanto, contrariando achados dessas pesquisas, no estudo 14 foi identificado que as razões para as mulheres perpetrarem violência contra o parceiro estiveram mais associadas à autodefesa, dominação, retaliação e desregulação emocional do que às características Borderline, enquanto que, nos homens, as razões estiveram mais associadas às características Borderline e Antissocial. Na mesma direção, no estudo 20 as características Borderline não estiveram associadas à perpetração nas mulheres, somente em seus parceiros.

Esses resultados apontam para importantes diferenças entre os sexos, ainda controversas entre os estudos.

Outras variáveis investigadas

Destaca-se o abuso de substâncias psicoativas como importante variável identificada nos artigos desta revisão associada à perpetração de violência conjugal e às características dos transtornos da personalidade (estudos 1, 5, 7, 8, 19 e 21). A dificuldade no controle da raiva também foi referida como associada à perpetração da violência (estudos 5, 8 e 13), tendo sido identificada no grupo de perpetradores com características de personalidade Antissocial, Agressivo-sádica, Passivo-agressiva e Paranoide. Além disso, as variáveis agressividade e impulsividade foram destaque no estudo 12, e os autores identificaram que foi através dessas variáveis, em uma amostra de homens perpetradores de violência, que as características de personalidade Borderline e Antissocial associaram-se à perpetração de violência física.

Discussão

Por meio da avaliação dos 28 estudos que compõem esta revisão sistemática da literatura observa-se que as características dos transtornos da personalidade Borderline e Antissocial continuam sendo as principais associadas às situações de violência conjugal. Porém é importante considerar que a maioria das pesquisas utilizou instrumentos para medir apenas esses dois transtornos, conforme já vinha sendo feito em estudos anteriores (Holtzworth-Munroe et al., 2003; Pico-Alfonso et al., 2008). Essa decisão pode estar associada ao fato de as personalidades Borderline e Antissocial possuírem relação direta com o comportamento violento devido à natureza agressiva e impulsiva presente nesses casos (Liu et al., 2012).

Nas pesquisas que buscaram identificar subtipos de agressores conjugais, observou-se que a personalidade Borderline agrupou-se aos agressores antissociais em determinados estudos e foi identificada em grupo separado em outros, conforme sugerido pela literatura (Holtzworth-Munroe, & Stuart, 1994). Essas inconsistências podem estar associadas à dificuldade de diferenciação dessas características da personalidade (Babcock, Green, & Webb, 2008). Holtzworth-Munroe et al. (2003) não identificaram diferença significativa en-

tre os agressores com personalidade Borderline e Antissocial nas medidas de comportamentos antissociais, enquanto que em outros estudos foi encontrada correlação significativa entre as duas medidas de personalidade (Mauricio, Tein, & Lopez, 2007; Waltz, Babcock, Jacobson, & Gottman, 2000).

É importante considerar que são constructos difíceis de mensurar e as semelhanças entre eles estão justamente na expressão do comportamento. Para resolver esse impasse, pesquisadores têm utilizado medidas de psicopatia no intuito de diferenciar melhor a personalidade Borderline da Antissocial, conforme observado nos estudos 6, 10 e 27 que compõem esta revisão sistemática. O que difere em ambos seriam os motivos que os levam a determinados comportamentos. Esse aspecto foi avaliado por Ross e Babcock (2009), identificando-se que os homens com TP Borderline utilizavam a violência de forma reativa, enquanto homens com TP Antissocial utilizavam a violência tanto de forma reativa quanto de forma proativa.

Embora essas características sejam as mais frequentes na associação com a violência conjugal, se investigadas outras características dos transtornos da personalidade que também podem estar relacionadas a essas situações, surgem as características de personalidade Narcisista, Obsessivo-compulsiva, Histriônica, Paranoide, Esquizotípica e Passivo-agressiva, referidas em estudos anteriores (Ehrensaft et al., 2006; Fernández-Montalvo, & Echeburúa, 2008). Essa diversidade de características nos perpetradores é um problema antigo que continua presente em estudos mais atuais sobre a temática, impossibilitando respostas mais conclusivas com relação a perfis específicos de agressores conjugais e à compreensão dos motivos que resultam na agressão contra o/a parceiro/a.

A comum sobreposição das características dos transtornos da personalidade e as comorbidades entre eles (APA, 2014) podem estar entre os principais entraves nesse tipo de investigação, além da dificuldade de mensurar os transtornos da personalidade. Um dos subtipos de agressores identificado nos estudos referia presença de personalidade Narcisista, Obsessivo-compulsiva e Histriônica, mas é importante considerar que essas escalas, MCMI-III, remetem à ausência de psicopatologia (Alencar, Sousa, Rocha, & Alchieri, 2012), por uma limitação do instrumento em medir aspectos patológicos dessas características. Dessa forma, é possível considerar que esse subtipo de agressor se aproxima daquele referido por Holtzworth e Stuart (1994), com ausência de psicopatologia.

Apenas quatro pesquisas, entre as que compõem essa revisão sistemática, avaliaram e identificaram a raiva, a agressividade e a impulsividade interferindo na relação entre TP e perpetração de violência conjugal (estudos 5, 8, 13 e 16). Por serem melhor conceituadas e mais facilmente mensuradas em comparação

aos transtornos da personalidade, essas variáveis podem contribuir para uma melhor compreensão do fenômeno da violência entre os casais e das tipologias de agressores. Além disso, são características presentes em diversos transtornos da personalidade, de modo que precisam ser foco de maior atenção nos estudos que investigam os TP e a violência conjugal.

Com relação à vitimização da violência, foram identificados os transtornos Borderline e Antissocial (estudos 4, 10, 20 e 28). Esse é um resultado bastante interessante, pois aponta dois transtornos tradicionalmente associados à perpetração do comportamento violento na posição de vítimas da violência, ainda que a personalidade Borderline já tenha sido apontada em estudo anterior (Pico-Alfonso et al., 2008). Tal resultado permite supor, com relação aos aspectos interacionais da violência, que as características de personalidade do indivíduo relacionam-se ao comportamento violento praticado tanto por ele quanto pelo parceiro.

É importante ressaltar que são escassos os estudos que investigam a violência sofrida e sua relação com características dos TP. Ainda preponderam estudos com homens perpetradores, sendo negligenciados dados de violência sofrida e quanto às questões interacionais da violência no casal. Esse dado evidencia a perspectiva feminista predominante na compreensão da violência conjugal que entende o fenômeno como unidirecional, com homens agressores e mulheres vítimas, pontuando a violência como o resultado de um contexto patriarcal de opressão feminina. Mesmo em relação aos artigos publicados nos anos de 2013 e 2014, predominam os estudos realizados com homens perpetradores, embora se deva reconhecer que 21,4% das pesquisas avançaram no sentido de investigar a perpetração em amostras de homens e mulheres, o que talvez possa estar sinalizando o incremento de uma perspectiva relacional na compreensão do fenômeno.

Além disso, os estudos 15 e 20 merecem destaque por terem avançado metodologicamente por meio da utilização de análises mais sofisticadas, como as técnicas diádicas e a modelagem de equações estruturais, contribuindo com importantes resultados sobre os processos diádicos nas situações de violência. Apenas esses dois estudos investigaram aspectos interacionais na relação entre TP e violência conjugal, evidenciando que, apesar de existirem propostas atuais de compreensão dos aspectos relacionais nas situações de violência (Bouchard et al., 2009; Langhinrichsen-Rohling, 2010), a análise da temática continua semelhante a décadas anteriores, mesmo podendo contar com maior sofisticação metodológica e estatística.

Considerações finais

A investigação dos transtornos da personalidade associados à violência conjugal visa identificar fatores de risco que contribuem para a ocorrência da violência e possui implicações no tratamento desses indivíduos. Diante dos resultados deste estudo, foi possível perceber que, embora se identifiquem alguns progressos em termos metodológicos, poucos estudos investigaram a temática em amostras de homens e mulheres ou de casais. Ainda assim, os estudos que avançaram nesse sentido identificaram resultados capazes de ampliar as possibilidades de compreensão do fenômeno.

Observou-se também que um número reduzido de estudos avaliou outros transtornos associados à violência conjugal além daqueles tradicionalmente investigados. As pesquisas que se propuseram avançar nesse sentido identificaram diversidade de perfis nas amostras de agressores. Este resultado complexifica ainda mais o fenômeno, pois dificulta tanto a identificação de um perfil específico de pessoas envolvidas em relações violentas, quanto de uma resposta à pergunta “o que leva um indivíduo a agredir o (a) parceiro (a)?”. No entanto, é necessário investigar esses outros TP, além do Borderline e do Antissocial, a fim de compreender como ocorrem essas associações.

Sabe-se que mensurar transtornos da personalidade é uma tarefa desafiadora, pois se trata de um constructo complexo que possui sobreposições e comorbidades. Muitas vezes é difícil distinguir, por exemplo, os transtornos da personalidade Borderline e Antissocial, conforme apontaram alguns estudos. Nesse sentido, pesquisar a temática por meio das características dos TP pode ser uma alternativa de investigação e de compreensão do fenômeno da violência nos casais. As características em si, mesmo correspondendo a diferentes transtornos da personalidade, são mais específicas e passíveis de mensuração.

Com relação aos países de realização das pesquisas, Estados Unidos foi o local com o maior número de publicações, observando-se o potencial do contexto norte-americano em termos de pesquisa científica. Espanha foi o segundo país com mais publicações nessa temática, resultado que pode estar relacionado aos graves problemas decorrentes dos altos índices de violência conjugal no país (Vives-Cases, Álvarez-Dardet, & Caballero, 2003).

Chama atenção a ausência de estudos brasileiros envolvendo a associação entre a violência conjugal e os transtornos da personalidade, enquanto internacionalmente esse tema já vem sendo debatido há décadas, surgindo, inclusive, questionamentos e a possibilidade de mudança na compreensão do fenômeno.

Considerando que se trata de um problema de saúde pública e sob o qual há carência em termos de direcionamentos técnicos aos profissionais que atuam na área, essa é, sem dúvida, uma lacuna na literatura científica brasileira.

Cabe ressaltar que esta revisão sistemática possui limitações, entre elas o número restrito de bases de dados consultadas para a realização da pesquisa, bem como ter priorizado a amostra e os principais resultados dos estudos. A discussão sobre os instrumentos utilizados e os procedimentos de análise dos dados nos estudos possibilitaria uma visão ampliada sobre os resultados encontrados, indicando-se que outros estudos de revisão atentem para tais análises. Acredita-se que este artigo contribui para a literatura ao apresentar e discutir alguns dos parâmetros que precisam ser considerados em outras pesquisas quanto à associação entre os transtornos da personalidade e a violência conjugal, especialmente no contexto brasileiro, que precisa avançar no estudo da temática.

Referências

- Alencar, J. C. N., Sousa, H. K. C., Rocha, H. R. R. P., & Alchieri, J. C. (2012). Atitude faking e as escalas de verificação da versão adaptada do MCMI-III para o Brasil. *Psico*, 43(4), 481-489.
- American Psychological Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – IV*. Porto Alegre: Artmed.
- *Askeland, I. W., & Heir, T. (2014). Psychiatric disorders among men voluntarily in treatment for violent behaviour: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 4, 1-5. doi: 10.1136/bmjopen-2013-004485
- Babcock, J. C., Green, C. E., & Webb, S. A. (2008). Decoding deficits of different types of batterers during presentation of facial affect slides. *Journal of Family Violence*, 23(5), 295-302. doi: 10.1007/s10896-008-9151-1
- *Boira, S., & Jodrá, P. (2013). Tipología de hombres condenados por violencia de género en un contexto de intervención psicológica en la comunidad. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 45(2), 289-303.
- Bouchard, S., Sabourin, S., Lussier, Y., & Villeneuve, E. (2009). Relationship quality and stability in couples when one partner suffers from borderline personality disorder. *Journal Marital Family Therapy*, 35(4), 446-455. doi:10.1111/j.1752-0606.2009.00151.x
- *Buck, N. M. L., Leenaars, P. E. M., Emmelkamp, P. M. G., & Marle, van, H. J. C. (2014). Personality traits are related to intimate partner violence among securely attached individuals. *Journal of Family Violence*, 29(3), 235-246. doi:10.1007/s10896-014-9584-7

- Carmo, R., Grams, A., & Magalhães, T. (2011). Men as victims of intimate partner violence. *Journal Forensic Legal Medicine*, 18(8), 355-359. doi: 10.1016/j.jflm.2011.07.006
- *Chérrez-Bermejo, C., & Alás-Brun, C. (2014). Consumo de sustancias y trastornos de salud mental en agresores de violencia de género ingresados en prisión: un estudio descriptivo. *Rev Esp Sanid Penit*, 16, 29-37.
- *Corral, C., & Calvete, E. (2014). Early maladaptive schemas and personality disorder traits in perpetrators of intimate partner violence. *Spanish Journal of Psychology*, 17(1), 1-10. doi: 10.1017/sjp.2014.1
- Costa, A. B., Zoltowski, A. P. C., Koller, S. H., & Teixeira, M. A. P. (2015). Construção de uma escala para avaliar a qualidade metodológica de revisões sistemáticas. *Ciências & Saúde Coletiva*, 20(8), 2441-2452. doi: 10.1590/1413-81232015208.10762014
- Ehrensaft, M. K., Cohen, P., & Johnson, J. G. (2006). Development of personality disorder symptoms and the risk for partner violence. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(3), 474-483. doi: 10.1037/0021-843X.115.3.474
- Falcke, D., Oliveira, D. Z., Rosa, L. W., & Betancur, M. (2009). Violência conjugal: um fenômeno interacional. *Contextos Clínicos*, 2(2), 81-90. doi: 10.4013/ctc.2009.22.02
- Fehringer, J. A., & Hindin, M. J. (2009). Like parent, like child: intergenerational transmission of partner violence in Cebu, the Philippines. *Journal of Adolescent Health*, 44(4), 363-371. doi: 10.1016/j.jadohealth.2008.08.012
- Fernández-Montalvo, J., & Echeburúa, E. (2008). Trastornos de personalidad y psicopatía en hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *Psicothema*, 20(2), 193-198.
- *Fowler, K. A., & Westen, D. (2011). Subtyping male perpetrators of intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(4), 607-639. doi: 10.1177/0886260510365853
- *García-Jiménez, J. J., Godoy-Fernández, C., Llor-Esteban, L., & Ruiz-Hernández, J. A. (2014). Differential profile in partner aggressors: prison vs. mandatory community intervention programs. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 6, 69-77. doi: 10.1016/j.ejpal.2014.06.003
- Holtzworth-Munroe, A., Meehan, J. C., Herron, K., Rehman, U., & Stuart, G. L. (2000). Testing the Holtzworth-Munroe and Stuart 1994 Batterer Typology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 1000-1019. doi: 10.1037/0022-006X.68.6.1000
- Holtzworth-Munroe, A., Meehan, J. C., Herron, K., Rehman, U., & Stuart, G. L. (2003). Do subtypes of maritally violent men continue to differ over time? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 728-740. doi: 10.1037/0022-006X.71.4.728
- Holtzworth-Munroe, A., & Stuart, G. L. (1994). Typologies of male batterers: three subtypes and the differences among them. *Psychological Bulletin*, 116(3), 476-497. doi: 10.1037/0033-2909.116.3.476
- Johnson, M. P. (2006). Conflict and control: gender symmetry and asymmetry in domestic violence. *Violence Against Women*, 12(11), 1003-1018. doi: 10.1177/1077801206293328

- Johnson, M. P. (2010). Langhinrichsen-Rolling's confirmation of the feminist analysis of intimate partner violence: comment on "controversies involving gender and intimate partner violence in the united states". *Sex Roles*, *62*, 212-219. doi: 10.1007/s11199-009-9697-2
- *Jose, A, O'Leary, K., D., Gomez, J. L. G., & Foran, H. M. (2014). Risk Factors for Men's Intimate Physical Aggression in Spain. *Journal of Family Violence*, *29*, 287-297. doi:10.1007/s10896-014-9589-2
- Kelly, J. B., & Johnson, M. P. (2011). Differentiation among types of intimate partner violence: research update and implications for interventions. *Family Court Review*, *46*(3), 476-499. doi:10.1111/j.1744-1617.2008.00215.x
- Kenny, D. A., Kashy, D. A., & Cook, W. L. 2006. *Dyadic Data Analysis*. New York: Guilford Press.
- *Kivisto, A. J., Little, K. C., Moore, T. M., & Rhatigan, D. L. (2011). Antisociality and intimate partner violence: the facilitating role of shame. *Violence and Victims*, *26*, 758-773. doi: 10.1891/0886-6708.26.6.758
- *Kuijpers, K., Knaap, L. M., Winkel, F. W., Pemberton, A., & Baldry, A. C. (2010). Borderline traits and symptoms of post-traumatic stress in a sample of female victims of intimate partner violence. *Stress and Health*, *27*(3), 206-215. doi: 10.1002/smi.1331
- Langhinrichsen-Rohling, J. (2010). Controversies involving gender and intimate partner violence in the United States. *Sex Roles*, *62*(3-4), 179-193. doi:10.1007/11199-009-9628-2
- Langhinrichsen-Rohling, J., Huss, M. T., & Ramsey, S. (2000). The clinical utility of batterer typologies. *Journal of Family Violence*, *15*(1), 37-53. doi:10.1023/A:1007597319826
- Lawrence, E., & Bradbury, T. N. (2007). Trajectories of change in physical aggression and marital satisfaction. *Journal of Family Psychology*, *21*(2), 236-247. doi: 10.1037/0893-3200.21.2.236
- *Liu, N., Zhang, Y., Brady, H. J., Cao, Y., He, Y., & Zhang, Y. (2012). Relation between childhood maltreatment and severe intrafamilial male-perpetrated physical violence in Chinese community: the mediating role of borderline and antisocial personality disorder features. *Aggressive Behavior*, *38*(1), 64-76. doi:10.1002/ab.20417
- *Loinaz, I., Echeburúa, E., & Torrubia, R. (2010). Tipologías de agresores contra pareja en prisión. *Psicothema*, *22*, 106-111.
- *Loinaz, I., Ortiz-Tallo, M., & Ferragut, M. (2012). MCMI-III Grossman personality facets among partner-violent men in prison. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *12*(3), 389-404.
- *Loinaz, I., Ortiz-Tallo, M., Sánchez, L. M., & Ferragut, M. (2011). Clasificación multiaxial de agresores de pareja en centros penitenciarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *11*(2), 249-268.
- *Maneta, E. K., Cohen, S., Schulz, M. S., & Waldinger, R. J. (2013). Two to tango: a dyadic analysis of links between Borderline Personality traits and intimate partner violence. *Journal of Personality Disorders*, *27*(2), 233-243. doi:10.1521/pedi.2013.27.2.233

- *Marshall, A. D., & Holtzworth-Munroe, A. (2010). Recognition of wives' emotional expressions: a mechanism in the relationship between psychopathology and intimate partner violence perpetration. *Journal of Family Psychology, 24*, 21-30. doi: 10.1037/a0017952
- Mauricio, A. M., Tein, J. Y., & Lopez, F. G. (2007). Borderline and Antisocial Personality scores as mediators between attachment and intimate partner violence. *Violence and Victims, 22*(2), 139-157. doi: 10.1891/088667007780477339
- *Mignone, T., Klostermann, K., & Chen, R. (2009). The relationship between relapse to alcohol and relapse to violence. *Journal of Family Violence, 24*, 497-505. doi: 10.1007/s10896-009-9248-1
- Millon, T. (2011). *Disorders of personality: introducing a DSM/ICD spectrum from normal to abnormal*. 3. Ed. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Ministério da Saúde. (2008). *Prevenção de Violência e Cultura de Paz II*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 60 p.: il. (Painel de Indicadores do SUS, n. 5), Brasília, Brasil.
- Monson, C. M., & Langhinrichsen-Rohling, J. (1998). Sexual and nonsexual marital aggression: Legal considerations, epidemiology, and an integrated typology of perpetrators. *Aggression Violent Behavior, 3*(4), 369-389. doi: 10.1016/S1359-1789(97)00005-0
- Pico-Alfonso, M. A., Echeburúa, E., & Martinez, M. (2008). Personality disorder symptoms in women as a result of chronic intimate male partner violence. *Journal Family Violence, 23*(7), 577-588. doi: 10.1007/s10896-008-9180-9
- *Reingle, J. M., Jennings, W., Connell, N. M., Businelle, M. S., & Chartier, K. (2014). On the pervasiveness of event-specific alcohol use, general substance use, and mental health problems as risk factors for intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence, 29*(16), 1-20. doi: 10.1177/0886260514527172
- *Ross, J. M. (2011). Personality and situational correlates of self-reported reasons for intimate partner violence among women versus men referred for batterers' intervention. *Behavioral Sciences and the Law, 29*, 711-727. doi: 10.1002/bsl.1004
- *Ross, J. M., & Babcock, J. C. (2009). Proactive and reactive violence among intimate partner violent men diagnosed with Antisocial and Borderline Personality Disorder. *Journal of Family Violence, 24*(8), 607-617. doi: 10.1007/s10896-009-9259-y
- Ross, J. M., & Babcock, J. C. (2010). Gender and intimate partner violence in the United States: confronting the controversies. *Sex Roles, 62*, 194-200. doi: 10.1007/s11199-009-9677-6
- *Sarto, S. B., & Esteban, P. J. (2010). Psicopatología, características de la violencia y abandonos en programas para hombres violentos con la pareja: resultados en un dispositivo de intervención. *Psicothema, 22*(4), 593-599.
- *Schumm, J. A., O'Farrell, T. J., Murphy, C. M., Murphy, M., & Muchowski, P. (2011). Test of a conceptual model of partner aggression among women entering substance use disorder treatment. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 72*, 933-942.

- Straus, M. A. (2011). Gender symmetry and mutuality in perpetration of clinical-level partner violence: empirical evidence and implications for prevention and treatment. *Aggression and Violent Behavior, 16*(4), 279-288. doi: 10.1016/j.avb.2011.04.010
- *Taft, C. T., O'Farrell, T. J., Doron-LaMarca, S., Panuzio, J., Suvak, M. K., Gagnon, D. R., & Murphy, C. M. (2010). Longitudinal risk factors for intimate partner violence among men in treatment for alcohol use disorders. *Journal of consulting and clinical psychology, 78*(6), 924. doi: 10.1037/a0021093
- *Thomas, M. D., Bennett, L. W., & Stoops, C. (2013). The treatment needs of substance abusing batterers: a comparison of men who batter their female partners. *Journal of Family Violence, 28*, 121-129. doi: 10.1007/s10896-012-9479-4
- *Thornton, A. J., Graham-Kevan, N., & Archer, J. (2010). Adaptive and maladaptive personality traits as predictors of violent and nonviolent offending behavior in men and women. *Aggressive Behavior, 36*(3), 177-186. doi: 10.1002/ab.20340
- Vives-Cases C., Álvarez-Dardet, C., & Caballero, P. (2003). Intimate partner violence Spain. *Gaceta Sanitaria, 17*(4), 268-274.
- *Walsh, Z., O'Connor, B. P., Shea, M. T., Swogger, M. T., Schonbrun, Y. C., & Stuart, G. L. (2010). Subtypes of partner violence perpetrators among male and female psychiatric patients. *Journal of Abnormal Psychology, 119*(3), 563-574. doi: 10.1037/a0019858
- Waltz, J., Babcock, J. C., Jacobson, N. S., & Gottman, J. M. (2000). Testing a typology of batterers. *Journal of consulting and clinical psychology, 68*(4), 658. doi: 10.1037/0022-006X.68.4.658
- *Weinstein, Y., Oltmans, T. F., & Gleason, M. E. (2012). Borderline but not Antisocial Personality Disorder symptoms are related to self-reported partner aggression in late middle age. *Journal of Abnormal Psychology, 121*(3), 692-698.
- *Whisman, M. A., & Schonbrun, Y. C. (2009). Social consequences of Borderline Personality Disorder symptoms in a population-based survey: marital distress, marital violence, and marital disruption. *Journal of Personality Disorders, 23*(4), 410-415. doi:10.1521/pedi.2009.23.4.410
- Williams, S. L., & Frieze, I. H. (2005). Patterns of violent relationships, psychological distress, and marital satisfaction in a national sample of men and women. *Sex Roles, 52*(11/12), 771-784. doi:10.1007/s11199-005-4198-4

Recebido em 20 de novembro de 2015

Aceito para publicação em 18 de agosto de 2017

POR QUE ELES PERMANECEM JUNTOS? CONTRIBUIÇÕES PARA A PERMANÊNCIA EM RELACIONAMENTOS ÍNTIMOS COM VIOLÊNCIA

*WHY DO THEY STAY TOGETHER? CONTRIBUTIONS FOR
ENDURANCE IN INTIMATE RELATIONSHIPS WITH VIOLENCE*

*¿POR QUÉ SIGUEN JUNTOS? CONTRIBUCIONES PARA LA
PERMANENCIA EN RELACIONES ÍNTIMAS CON VIOLENCIA*

*Josiane Razera**

*Denise Falcke***

RESUMO

A violência conjugal é reconhecida como um problema de saúde e observa-se que muitos casais permanecem nesses relacionamentos, inclusive por um longo período de tempo. Por isso, buscou-se conhecer como os parceiros, inseridos em uma relação íntima com presença de violência conjugal, avaliam seus relacionamentos e que aspectos os levam a permanecer no mesmo. Participaram três casais que vivenciam situações de violência e permanecem no relacionamento há mais de cinco anos. Realizou-se uma entrevista semiestruturada e aplicação da CTS2 – *Revised Conflict Tactics Scale* – (Strauss, Hamby, Boney-McCoy, & Sugarman, 1996). A análise foi baseada em estudo de casos múltiplos. Observaram-se estratégias de violência física e psicológica nos casais sendo desencadeadas por conflitos ocasionados pela discórdia na educação dos filhos, infidelidade, alcoolismo e questões financeiras. Os casais referem permanecer juntos por diferentes motivos, especialmente o amor que os uniu e a praticidade da convivência. Ainda que tenham relatado abertamente as situações de violência, foi constatada a dificuldade no reconhecimento delas como tal e também a minimização da gravidade do fenômeno e de suas consequências. Ademais, verificou-se que as situações de violência

* Doutoranda em Psicologia Clínica pela Universidade do Vale dos Sinos (UNISINOS), Especialista em Dinâmicas das Relações Conjugais e Familiares pela Faculdade Meridional (IMED), Passo Fundo, RS, Brasil.

** Professora e coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), São Leopoldo, RS, Brasil.

nas famílias de origem do casal contribuem para os relacionamentos violentos. Considera-se a dificuldade de sair desses relacionamentos, porém é importante salientar que vivenciar essas relações pode trazer danos à saúde dos cônjuges, inclusive contribuindo para a perpetuação do ciclo de violência.

Palavras-chave: casamento; violência doméstica; estabilidade.

ABSTRACT

Conjugal violence is considered a health issue, and many couples remain in these relationships, even for long periods. The objective of this study was to investigate how spouses, in intimate relationships with the presence of violence, assessed their own relationships and which aspects led them to remain in it. The participants were three couples who experienced violent episodes and had remained in the relationship for more than 5 years. The procedure involved a semi-structured interview and the application of CTS2 – Revised Conflict Tactics Scale – (Strauss, Hamby, Boney-McCoy, & Sugarman, 1996). The analysis was based in multiple case studies. The couples showed strategies of physical and psychological violence, aroused by dissension in the education of children, infidelity, alcoholism, financial issues, and others. Explained their remaining together based on the love that initially united them, and practicality of coexistence. Although couples openly mentioned episodes of violence, they found it difficult to recognize them as such, minimizing the seriousness of the phenomenon and its consequences. In addition, it was verified that the situations of violence in the families of origin of the couple contribute to the violent relationships. Abandoning these relationships may be difficult, but it is important to realize that experiencing these situations may bring negative effects on the health of the spouses, contributing to a violence cycle perpetuation.

Keywords: marriage; domestic violence; stability.

RESUMEN

La violencia doméstica es reconocida como un problema de salud y se observa que muchas parejas permanecen en estas relaciones, incluso durante un largo período de tiempo. Por lo tanto, tratamos de saber cómo las parejas que están en una relación íntima con la presencia de la violencia doméstica, evalúan sus relaciones y qué aspectos los llevan a permanecer en el mismo. Participaron tres parejas que viven situaciones de violencia y siguen en la relación por más de cinco años. Se realizó una entrevista semi estructurada y la aplicación de la CTS2 – Revised Conflict Tactics Scale - (Strauss, Hamby, Boney-McCoy, & Sugarman, 1996). El análisis se basó en el estudio de casos múltiples. Se observó estrategias de coerción

física y psicológica en las parejas desencadenados conflictos acerca de los hijos, infidelidad, el alcoholismo y los problemas financieros. Refieren permanecer juntos por diferentes razones, sobre todo el amor que los unió y el sentido práctico de la vida. Aunque las parejas han informado abiertamente situaciones de violencia, se identificó dificultad en reconocer como tales y también la minimización del fenómeno, la gravedad y sus consecuencias. Además, se verificó que las situaciones de violencia en las familias de origen de la pareja contribuyen a las relaciones violentas. Se considera la dificultad de salir de estas relaciones, pero es importante señalar que estas experiencias pueden ser perjudiciales para la salud de los cónyuges, incluso contribuyendo a la perpetuación del ciclo de la violencia.

Palabras clave: matrimonio; violencia domestica; estabilidad.

Introdução

A violência conjugal tem se apresentado como um problema de saúde pública, indiscutivelmente. É considerada uma das formas mais comuns de violência interpessoal (Almeida, & Soeiro, 2010) e, por se tratar de um fenômeno complexo e multifacetado, sua compreensão torna-se desafiadora (Falcke, Oliveira, Rosa, & Bentancur, 2009). Sabe-se que as relações conjugais violentas trazem prejuízos emocionais a todos os envolvidos, não somente ao casal, mas também aos filhos que testemunham a violência interparental. As ações violentas podem se expressar de diversas formas, porém as mais frequentes são as agressões psicológicas e verbais, abusos físicos e abusos sexuais (Anacleto, Njaine, Longo, Boing, & Peres, 2009; Lamoglia & Minayo, 2009; Shah et al., 2012).

Os direcionamentos dados às pesquisas que envolvem a temática da violência conjugal são diversos. Destaca-se que muitas delas focam a perspectiva de gênero e atribuem diferentes papéis para homens e mulheres, de agressor e vítima respectivamente. Os reflexos de uma cultura patriarcal seria a principal justificativa assumida pelos autores para ocorrência de relações conjugais violentas (Dantas-Berger, & Giffin, 2005; Dias, & Machado, 2008; D'Oliveira, Schraiber, Hanada, & Durand, 2009; Gomes, et al., 2012; Kim, Laurent, Capaldi, & Feingold, 2008; Kronbauer, & Meneghel, 2005; Lamoglia, & Minayo, 2009).

Outro direcionamento crescente apontado por pesquisadores são os estudos que sugerem um entendimento relacional para o fenômeno. Essa perspectiva não desconsidera a influência das questões relacionadas ao gênero, porém instiga

para uma multiplicidade de variáveis que influenciam a ocorrência do fenômeno e para o entendimento da violência como uma ação mais ampla e interacional, em que ambos os cônjuges podem ser coautores da dinâmica conjugal violenta (Colossi, & Falcke, 2013; Falcke et al., 2009; Razera, Cenci, & Falcke, 2014; Williams, & Frieze, 2005). Em uma pesquisa com 3.578 casais da Espanha, Gómez e Montesino (2014) encontraram, a partir de análises diádicas, índices de até 80% de agressão psicológica bidirecional e 25% de agressão física. Os autores referiram que não necessariamente a violência é simétrica, mas que ambos os cônjuges podem assumir o papel de autor e/ou vítima na relação. Postura semelhante assumiu Straus (2008), que referiu o fenômeno da violência como dinâmico e que os cônjuges podem assumir ambas as posições, agressor e vítima, dependendo da forma como a situação se estabelece.

Na mesma perspectiva interacional, dos 233 casais canadenses pesquisados por Fortin, Guay, Lavoie, Boisvert e Beaudry (2012), 80% das mulheres referiram ter vivenciado pelo menos uma vez agressões psicológicas na relação, enquanto que 78% dos homens apresentaram a mesma vivência. Da amostra, 27% das mulheres e 28% dos homens referiram ter sofrido alguma forma de violência física no relacionamento. Com isso, além do intercâmbio de papéis de vítima e agressor, observa-se que a agressão psicológica tem se apresentado como a violência de maior incidência nos relacionamentos, conforme apresentam estudos nacionais e internacionais (Colossi, & Falcke, 2013; Dantas-Berger, & Giffin, 2005; Follingstad, & Edmundson, 2010).

As formas de agressão, bem como a intensidade das mesmas, podem variar significativamente de uma relação para outra e, buscando compreender as interações conjugais violentas, Walker, no ano de 1979 (1999), apresentou a teoria do ciclo da violência conjugal, compreendendo que ele seria composto por três fases: o “Aumento da tensão”, etapa na qual ocorrem menores incidentes de brigas e desentendimentos entre os cônjuges, mas que ainda acreditam ter o controle sobre a situação. Na medida em que a tensão aumenta e as habilidades de enfrentamento tornam-se ineficazes, inicia-se a segunda fase, que se refere ao “Ataque violento ou fase da explosão”, em que as ações violentas podem chegar ao extremo. Por fim, a terceira fase, denominada “Lua de Mel”, trata da reconstrução do relacionamento, pois os cônjuges demonstram-se arrependidos e buscam mudanças na forma de se relacionar, a fim de restabelecer a relação. Com o passar do tempo, devido ao desgaste relacional, os casais podem iniciar um novo ciclo (Guimarães, Silva, & Maciel, 2007) e com isso os cônjuges tendem a viver uma relação de diferentes fases, em que a violência se torna um fenômeno cíclico, progressivo e relacional (Falcke et al., 2009).

É válido ressaltar que a chamada fase da Lua de Mel é uma das responsáveis pela permanência dos cônjuges em relações violentas. Esse aprisionamento pode ocorrer pela esperança de um relacionamento melhor baseado nas promessas e no arrependimento do agressor (Falcke et al., 2009). Para Perrone e Nanini (2007), nessa fase ocorre uma espécie de feitiço, em que o agressor convida a vítima para entrar, novamente, na dança da situação abusiva. Ravazzolla, antes disso, já no ano de 1997, falava sobre uma anestesia, ou “duplo-cego”, o que simboliza uma forma de defesa para a vítima em que a mesma tira do consciente as agressões ocorridas e fica incapaz de percebê-las. De certa forma, seria essa uma possibilidade de manter a sobrevivência do relacionamento e, conseqüentemente, permanecer no mesmo, conforme o ciclo da violência.

Relacionamentos conjugais com violência também podem ser compreendidos através de uma perspectiva intergeracional. O modelo relacional violento aprendido na infância pode estar vinculado às formas de relacionar-se na vida adulta (Falcke, 2006; Falcke et al., 2009; Gomes, 2005; Razera, Cenci, & Falcke, 2014). Ao avaliar 87 casais, Karakurt, Keiley e Posada (2013) encontraram associação entre o relacionamento conflituoso presenciado na infância por mulheres e as relações de abuso na vida adulta. Os autores pontuaram que ter presenciado modelos hostis de relacionamento na infância pode ter modelado o comportamento das mulheres para os relacionamentos vivenciados na vida adulta. Ser vítima ou testemunha de relações violentas na infância pode ser preditor de relações adultas também violentas, bem como pode ser uma explicação para a naturalização da violência (Marasca, Colossi, & Falcke, 2013).

A permanência dos cônjuges em relacionamentos com violência, inclusive em alguns casos por muito tempo, tem instigado pesquisadores a analisar, até mesmo, a existência ou inexistência de satisfação conjugal nesses relacionamentos (Ackerman, 2012; Follingstad, Rogers, & Duvall, 2012; Lawrence & Bradbury, 2007; Williams, & Frieze, 2005). Os estudos apresentam resultados que divergem. Por um lado, percebe-se que a ocorrência de violência pode levar à redução da satisfação, que por sua vez pode levar à existência de violência na relação, o que se torna um ciclo vicioso (Hellmuth, & McNulty, 2008; Lawrence, & Bradbury, 2007). Em controvérsia, por outro lado, algumas pesquisas (Follingstad et al., 2012; Williams, & Frieze, 2005) apontaram que também foram observados níveis de satisfação mesmo em relações com violência, podendo oscilar na percepção de homens e mulheres (Ackerman, 2012).

Frente à divergência de tais achados, avaliações mais específicas sobre a dinâmica dos relacionamentos conjugais tornam-se fundamentais para melhor compreensão dos aspectos que levam casais em situação de violência a permane-

cer juntos, muitas vezes, tornando suas relações duradouras. A partir desse questionamento, buscou-se avaliar a percepção dos parceiros inseridos em uma relação íntima com presença de violência conjugal sobre como avaliam seus relacionamentos e que aspectos os levam a permanecer no mesmo.

Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e exploratória, que teve como base o Estudo de Casos Múltiplos (Yin, 2005). Os estudos de casos podem ser utilizados para investigações empíricas de um fenômeno em seu contexto de vida real, além de permitir a compreensão do que não está claramente definido. Os estudos de casos múltiplos buscam seguir a lógica da replicação.

Participantes

Participaram três casais heterossexuais, que coabitavam há pelo menos cinco anos e apresentavam alguma forma de violência conjugal física ou psicológica, mensuradas por meio da Revised Conflict Tactics Scale (CTS2). O perfil dos casais e dos participantes pode ser melhor observado na tabela 01.

Tabela 1
Perfil dos casais participantes

Casal	Nome	Idade	Escolaridade	Situação Conjugal	Tempo de Namoro	Violência identificada
Casal Evolução	Carlos	30 anos	Ensino Fundamental Completo	União Estável (10 anos)	12 dias	Violência física e psicológica
	Cássia	27 anos	Ensino Fundamental Completo			
Casal Eternidade	Luiz	44 anos	Ens. Superior Incompleto	Casados Oficialmente (22 anos)	Um ano e meio	Violência física e lesão corporal
	Laura	43 anos	Ens. Superior Completo			
Casal Aceitação	Pedro	55 anos	Ensino Médio Completo	Casados Oficialmente (28 anos)	7 meses	Violência física
	Paula	47 anos	Ensino Médio Completo			

Instrumentos

Para atender os objetivos deste estudo foram utilizados os seguintes instrumentos:

1) Revised Conflict Tactics Scales – CTS2, concebida por Strauss, Hamby, Boney-McCoy e Sugarman (1996) e adaptada ao português por Moraes, Hasselmann e Reichenheim (2002). O instrumento é constituído por 78 itens que descrevem possíveis ações do respondente e, reciprocamente, de seu/sua companheiro/a. É formada por cinco escalas, que tratam das seguintes dimensões: 1) violência física; 2) agressão psicológica; 3) coerção sexual; 4) lesão corporal; 5) negociação.

d) Entrevista Semiestruturada – buscou contemplar dados sociodemográficos, além das seguintes questões: a) como ocorreu a escolha dos cônjuges? b) como era o relacionamento conjugal dos cuidadores? c) qual foi a história do relacionamento conjugal? d) como os cônjuges avaliam o relacionamento conjugal que construíram? e) o que os cônjuges consideram como fatores positivos e negativos em seu relacionamento? f) como se manifesta a violência no relacionamento? g) quais os fatores que levam o casal a permanecer junto? As questões foram construídas a partir da revisão de literatura.

Procedimentos para coleta e análise de dados

Esta pesquisa seguiu todas as diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas que envolvem seres humanos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – Unisinos, sob o parecer número 558.906.

Os casais foram localizados por meio de um banco de dados de um estudo prévio, intitulado “Variáveis preditoras da violência conjugal: experiências na família de origem, características pessoais e relacionais”, em que os participantes se prontificaram a participar de etapas seguintes. Foram sorteados dentre os que apresentaram índices de violência conjugal, mensurada a partir da CTS2. Receberam informações pertinentes à pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Em seguida, foi realizada a entrevista semiestruturada, coletando as informações sociodemográficas e realizando a sequência das questões acima citadas.

A entrevista foi realizada em dois momentos: inicialmente com o casal e, posteriormente, individualmente com cada cônjuge, possibilitando que expressassem o seu ponto de vista, especialmente sobre os aspectos que os fazem permanecer juntos.

A análise integrativa de cada caso foi realizada visando compreender a dinâmica de funcionamento do casal inserido em uma relação com violência e os aspectos que foram considerados relevantes para a manutenção do relacionamento. A partir da análise vertical de cada caso, foi realizada uma análise horizontal, buscando semelhanças e particularidades entre os casos, compondo a síntese de casos cruzados, conforme proposto por Yin (2005).

Apresentação e Discussão dos resultados

Caso 1 – Casal Evolução

O primeiro casal será apresentado aqui como Casal Evolução. Este nome foi atribuído a eles por citarem, em muitos momentos, que a relação superou várias situações ruins e de muita violência, relatam ter evoluído enquanto casal e por isso permanecem juntos.

Carlos considera que a sua infância foi tranquila e que costumava apanhar quando merecia, “os meus [pais] foram tranquilos [...]. Apanhava quando merecia, alguma vez que outra entrava pro chinelo”. Para Carlos, os pais tiveram um relacionamento tranquilo, que melhorou após uma separação causada por traição do pai. Relata que sua família vivenciou um período difícil durante a separação dos pais, porém, após a reconciliação do casal, a relação parece ter melhorado e passaram a ter mais diálogo.

Por sua vez, Cássia comenta que teve uma infância distante do pai, pois ele ficou separado da mãe até seus oito anos. Em virtude dessa distância, mesmo após ter retornado, não participava muito da educação da filha, enquanto que a mãe utilizava um modelo punitivo, geralmente através de atos violentos: “o meu pai, o pouco que eu acompanhei, sempre foi no grito. Às vezes, eu preferia levar um tapa do que ficar ouvindo aquele gritado [...]. A mãe batia, mas apanhava assim de chinelo, de vara, não era assim nenhum espancamento sabe, ela sabia bater e batia na hora certa”. Observa-se que a violência psicológica, evidenciada através dos gritos do pai incomodavam mais Cássia do que a violência física cometida pela mãe. Como o pai bebia, presenciou inúmeras discussões, enquanto que o pai ameaçava: “tu qué vê que eu te arrevento, tu qué vê que te bato’, aí ele xinga ela verbalmente, ele desmoraliza ela”. A mãe tinha atitudes de agredir fisicamente o marido, da mesma forma como fazia com os filhos: “se ela tem alguma coisa na

mão e ele começar provocar, ela joga. Teve uma vez que ela jogou uma moranga na cabeça dele”.

Ao questionar a participante sobre os conflitos do casal, a mesma refere que geralmente estavam relacionados com as questões financeiras: “o Carlos não tinha muito compromisso com pagar as contas de casa, então eu assumi tudo [...]. Ele queria mandar no meu salário e não queria me ajudar”. Ou, outro motivo que gerava inúmeras brigas foram as saídas noturnas de Carlos: “ele posava fora bebendo com os amigos, eu não dormia a noite inteira esperando [...]. Daí quando ele chegava em casa, eu estava com aquela raiva pra explodir nele, né? Aí a gente acabava se batendo”. No decorrer da entrevista, fica mais evidente a existência de violência física, quando Cássia conta: “ele me deu um soco no olho, daí arroxou tudo aqui assim e parte branca ficou vermelha, cor de sangue”.

Cássia refere que geralmente ela começava as brigas, mas, devido à força física, acabava apanhando do esposo: “eu voava nele, a vontade que eu tinha era de lenhar ele à mordida e unhada, mas daí eu não tinha força e ele acabava se prevalecendo”. Atualmente, relatam que as agressões são mais psicológicas e que já conseguem conversar mais: “A última briga faz um mês, me ofendeu na frente da minha prima e do meu irmão. Ele não conseguia acessar [ligar o vídeo game] o jogo dele e ele me disse assim: essa imundície não me fala o que o homem mexeu”.

Foram questionados quais eram os aspectos negativos da relação percebidos pelo casal e Cássia comenta que é difícil conviver com uma pessoa tímida igual ao Carlos: “é difícil conviver com uma pessoa fechada, tímida [...] e ele não quer que nada atrapalhe, senta no sofá, joga vídeo game, não pode passar na frente. Ah, contrariar ele é motivo de briga”. Carlos apresenta-se realmente bastante tímido, falando pouco sobre a relação dos dois mas, quando questionado sobre os conflitos conjugais, bem como os aspectos negativos da relação, ele comenta: “ah, às vezes ela é muito chata, qualquer coisa ela briga. Às vezes, ela tá cansada, mas ela tá brigando, então esse é o ponto negativo, né? Então, falar alguma coisa parece que é pior, às vezes, até um copo sujo em cima da pia, ela briga”. Relata que o tempo tem colaborado bastante com o casal, que aprendeu a conversar mais antes de brigar “depois de tanto tempo a gente já aprendeu a conversar mais e se entender um pouquinho mais também. Então agora em vez de fazer todo gritado, a gente tá se entendendo mais”.

Para ambos, existem vários aspectos positivos na relação que os fazem conviver juntos até os dias atuais. Carlos comenta que “ultimamente, ela anda bem querida também, bem simpática, é uma companheira excelente, bem meiga, bem fofa, bem tudo”, enquanto que para Cássia os motivos que os fazem permanecer juntos, depois de dez anos, mesmo com muita violência, resumidamente é: “o

amor, eu amo ele mesmo de paixão, por que eu sei que ele tá sempre ali pra me proteger, pra me cuidar, porque como é que tu não vai ter amor por uma pessoa que te faz um chá quando tu tá doente”. Carlos também refere os motivos que os mantêm juntos até os dias atuais: “a confiança um no outro, a amizade que a gente tem, não só por ser marido e mulher, como se a gente fosse um irmão também um do outro”.

Entendimento dinâmico do Caso 1

O relacionamento de Carlos e Cássia evidencia sérios conflitos conjugais, inicialmente por se tratar de indivíduos estranhos, que não tiveram tempo hábil para se conhecer e que buscavam administrar as individualidades na construção da conjugalidade (Féres-Carneiro, 1998). Outro aspecto que se observa é a naturalização da violência vivenciada na infância por ambos, vista por eles como uma forma usual de educação, o que pode refletir-se na forma de se relacionarem também na vida adulta (Marasca, Colossi, & Falcke, 2013). Com relação aos aspectos intergeracionais, observa-se violência na conjugalidade dos pais de Cássia, enquanto que, com relação aos pais de Carlos, foi descrito um episódio de infidelidade, que, em alguns casos, também pode ser considerado uma manifestação de violência (Lusa, 2008; Trindade, Almeida, & Rozendo, 2008). Para Silva, Menezes e Lopes (2010), muitas vezes, os cônjuges podem seguir ou até mesmo querer evitar um modelo relacional vivenciado pelos pais. No caso, observa-se a repetição tanto da violência como da suspeita de infidelidade pelas saídas noturnas de Carlos, que muito irritavam Cássia.

Com o amadurecimento da relação, a intensidade, porém não a quantidade, das brigas do casal foram se atenuando. Os mesmos percebem que conseguiram melhorar enquanto casal, promovendo uma evolução positiva para a relação. Embora alguns estudos não associem a idade com a violência conjugal (Vieira, Perdona, & Santos, 2011), também existe uma perspectiva que dá suporte aos achados dessa associação que refere que, com o amadurecimento, as pessoas tendem a desenvolver maior tolerância, encontrando outros recursos para resolução dos conflitos (Oliveira et al., 2009). Percebe-se que existem fases de mais cuidado, amor e carinho com o parceiro, bem como a existência de fases de maior tensão, porém o casal ainda consegue restabelecer a relação após as brigas, o que permite pensar que esse modelo de relacionamento violento já se tornou um modelo relacional do casal (Falcke et al., 2009), por vezes sequer percebido.

Caso 2: Casal Eternidade

O casal a seguir teve esse nome atribuído por compreenderem que a relação deles estava pré-destinada e que a mesma não terminará aqui nesta vida. Os dois referem um sentimento de completude com a relação e uma vida inimaginável sem o outro, mesmo com graves situações violentas que permeiam a relação.

Luiz relembra de um passado difícil e de muita superação, pois quando criança o pai abandonou a família para construir um novo relacionamento. No decorrer dos cinco anos seguintes não manteve contato, inclusive com os filhos. Dessa fase, ele refere: “a gente não passou por alguma dificuldade, a gente passou por todas. Chegou uma época que a gente só comia o que plantava”. Percebe que ficou desamparado e sem muita orientação na época. A mãe buscou transferir aos filhos o apego que passou a ter na igreja: “eu tinha que ir pra igreja. Quando eu não queria ir, ela me levava literalmente pendurado pelas orelhas”.

Nas lembranças de Laura também surgem sentimentos de abandono, embora seus pais permaneçam ainda casados. Ela cita inúmeras brigas, principalmente por questões financeiras: “eu me lembro de muitas brigas na minha juventude, muitas brigas na minha infância, mas o diferencial é que, às vezes, o meu pai não voltava”. Quando comenta a respeito dos estilos educativos dos pais, considera uma grande diferença entre o pai e mãe: “ele sempre muito duro conosco e a minha mãe sempre vendo o lado melhor das coisas”.

Embora ambos os cônjuges refiram em muitos momentos uma solidez inabalável na relação, também se observou muitos momentos de dificuldades vivenciados por eles. Laura diz: “nossas discussões sempre são em função dessas questões financeiras, de altos e baixos”. Em toda a entrevista fica bastante saliente a dificuldade que ela tem em lidar com a falta de dinheiro, até mesmo por ter sido esse o principal motivo das brigas dos seus pais. Deparar-se com falta de dinheiro já desencadeou reações extremas nela: “eu quebrei o dedo do meu pé por ter chutado ele, acho que pegou no osso dele por que quebrou meu dedo”. Também, observa-se que as agressões partem de ambos os lados. Na mais recente, ocasionada por uma discórdia em relação ao banho da filha, ela conta: “daí ele se utiliza da força maior dele, me tirou de lá de dentro, me empurrou, trancou a porta e é isso”. A relação é permeada por brigas que levam o casal ao descontrole emocional e, além de se xingarem, acabam se agredindo fisicamente, principalmente através de tapas e empurrões.

A respeito dos aspectos positivos da relação conjugal, Laura fala dos sentimentos que tem por Luiz e o quanto estes são a base que lhes permite a reconci-

liação após as brigas. Ela comenta: “nosso amor é muito forte. Eu não vivo sem ele e sei que ele não vive sem mim”. Sempre que se refere ao esposo, ela fala com muito carinho e com emoção. Em diversos momentos da entrevista, referem que a união deles traz muita felicidade: “eu sou muito grata a Deus, por que é o pai que eu queria pras minhas filhas, é um amigo, é um amante, é um amor mesmo de verdade”.

Laura, quando questionada sobre os possíveis aspectos negativos da relação, refere que não os percebe, que as brigas são passageiras e que eles sempre acabam se reconciliando depois de algum tempo. Ela refere: “negativo nada, eu viveria tudo de novo, como foi desde o início. Acho que nós estávamos pré-determinados”. Além desse sentimento de completude e de amor, ela também comenta que o que os mantém juntos é o cuidado que um tem com o outro: “eu cuido dele da minha forma e ele cuida de mim da forma dele e isto é o que nos mantém unidos, a gente é feliz, eu posso afirmar, de todo meu coração”.

Luiz explica que os principais conflitos da relação são as discórdias em relação à educação das filhas e que isso tem ocasionado diversas agressões físicas: “eu posso dizer que eu apanhei mais, eu me machuquei mais”. Quando brigam, observa-se que ambos perdem o controle. Na percepção de Luiz, empurrar é uma forma de afastar a esposa, como se fosse uma tentativa de terminar com a briga: “o que eu costumo fazer é tirar ela de perto, então eu pego, seguro e boto pra fora. Aí já teve casos de eu pegar e empurrar e ela cair no chão. Aí eu vou acudir, aí apanho mais porque fui acudir”. Questionado sobre os aspectos positivos e negativos da relação, ele comenta: “tudo pra mim é positivo, não tenho nada de negativo, a gente se dá muito bem. Nós somos bons amigos, bons companheiros, então realmente não tem um ponto negativo”. Mesmo com situações de desacordos e conflitos que levam a situações de violência, observa-se que existe um sentimento de amor na relação conjugal. Luiz, quando questionado sobre os motivos que os fazem permanecer juntos, refere: “eu nunca me imaginei sem a Laura. Parece que já veio engessada junto comigo”.

Entendimento dinâmico – Caso 2

O segundo casal vive constantemente diferentes ciclos na relação, extremos que vão do amor pleno à lesão corporal. Observa-se uma aceitação dos parceiros para essa condição relacional, podendo-se pensar na concepção de Ravazzolla (1997), a respeito da anestesia que acomete o casal, sendo uma forma de defender a relação que ambos entendem como eterna e que poderia fragilizar-se caso atribuíssem importância à violência que existe na relação. É

possível pensar em uma dinâmica conjugal contraditória, pois ao mesmo tempo que o casal possui fases hostis, também transfere a sensação de que existe zelo pela relação e que consideram-se felizes e satisfeitos com a mesma.

A literatura científica (Follingstad et al., 2012; Williams, & Frieze, 2005) já aponta a coexistência de satisfação e violência em relacionamentos conjugais, o que parece concretizar-se nesse caso. É possível pensar que o ataque e a agressão são entendidos como estratégia de resolução de conflitos, internalizados e compreendidos como naturais no relacionamento desse casal, até mesmo pelo fato relatado a respeito da forma de relacionar-se de seus pais. Na família de origem de ambos, verificou-se um padrão disfuncional de comportamentos, seja na relação conjugal ou parental. Presenciar esse modelo de resolução de conflitos pode estar relacionado com a forma utilizada pelos participantes para relacionar-se com seus cônjuges e filhos (Marasca et al., 2013).

Caso 3 – Casal Aceitação

O terceiro casal foi identificado como casal aceitação, pois deixa transparecer um grande esforço em aceitar as adversidades que surgiram no decorrer da relação, bem como tenta aceitar e suportar as divergências que um tem em relação ao outro. Para permanecerem juntos já aceitaram: o alcoolismo, a violência, a desconfiança, a traição e a ausência.

Pedro conta que recorda seus pais sempre tentando preservar os filhos das brigas do casal. Ele conta como foi a briga mais marcante para ele: “ele empurrou a minha mãe assim... Ele começou a cobrar a minha mãe e a minha mãe falou dos amigos dele e ele se levantou berrando e queria reagir sabe”. Os pais dele morreram quando ainda era criança, mas ficam as recordações de cada um: “a minha mãe sempre foi uma guerreira, sempre foi muito protetora. O meu pai era boêmio, meu pai era mulherengo, era sem vergonha”. No que se refere à forma como eles agiam com os filhos, Pedro fala que eram bastante rígidos, mas que isso foi fundamental para sua educação: “quando saia fora, o relho pegava. Eu até sinto falta, se eles tivessem comigo agora, as coisas erradas que eu fiz, talvez eu não tivesse feito”.

Na percepção de Paula, seus pais não tinham uma relação de muitos conflitos, porém de maior submissão: “o meu pai achava que mulher tinha que ser muito submissa. A minha mãe era submissa à vontade dele”. Ao mesmo tempo, carrega consigo um legado deixado pelo pai: “ele dizia que a gente tinha que saber fazer de tudo pra nunca depender de ninguém”. Com relação à forma com

que os pais educavam os filhos, recorda: “eu apanhei muito do meu pai. Ele saía pra trabalhar e eu sumia. Aí, claro, quando ele voltava...”.

Conversando com Paula a respeito de seu casamento e dos principais conflitos, ela revela: “a gente diverge muito de opinião. Ele acha que eu tenho que falar mais e não, cada um no seu momento”. O casal já passou por algumas separações. A mais recente foi a mais impactante para a família, pois, no período em que Pedro esteve fora, teve um relacionamento com outra mulher, que acabou engravidando: “quando ele voltou, essa mulher estava grávida e eu aceitei. Eu sou louca por criança, porque a criança não tem culpa de nada”. Na percepção dela os principais conflitos são relacionados ao trabalho, pois ele não aceita que ela passe tanto tempo fora de casa: “ele fala que eu sou ignorante, que eu sou grossa e que já não me abala. Ele fala, eu viro as costas e deixo ele falando, porque ele é muito explosivo”. Ela também refere que acaba reagindo através de gritos: “sempre fui muito braba [...]. Quer ver me tirar do sério é começar gritar comigo, eu perco o foco, aí sim, qualquer coisa que me disser eu saio explodindo. Digo o que vem na cabeça, certo ou não, depois eu resolvo”. No decorrer das discussões, também acabam se agredindo fisicamente: “se viesse levantar a mão ou me empurrar, coisa assim, aí eu também partia pra cima”.

Para Paula, os aspectos positivos da relação referem-se a: “a gente é bem parceiro, companheiro. A gente batalha junto, a gente bota alguma coisa e batalha junto até porque não teria dado tão certo a coisa né”. Enquanto que, sobre os negativos, refere a não aceitação do trabalho dela e mais recentemente o filho que o esposo teve enquanto estavam separados: “negativos, seria o principal esse negócio de respeitar o espaço, respeitar o meu serviço, [...] porque ele não aceita. Eu trabalho fim de semana, feriado e ele é funcionário público”. Quanto ao filho: “às vezes, o filho dele me estressa. [...]. Eu vejo que ele fica bajulando o guri, o guri fazendo desaforo, ele pula em cima do meu sofá, nem os meus filhos não fizeram”. Mesmo considerando as adversidades, na percepção dela, hoje eles ainda permanecem juntos porque: “eu gosto dele, eu gosto do jeito dele. Ele é alegre, é como eu te disse, o oposto. Eu acho que a gente se completa muito, sabe? Eu sou troncuda e ele é alegre [...]. Era isso que eu queria pra minha vida, a minha casa é o meu castelo”.

Pedro, que está em tratamento para o alcoolismo, recorda que quando chegava em casa bêbado e era repreendido brigava muito com a esposa: “ofendia ela, ‘vai te embora, da minha vida cuido eu’”. Além das ofensas, gritos e xingamentos, ele também comenta sobre as agressões físicas: “Dei tapa na cara, agredia ela, então foi um período bem difícil pra mim”. Além disso, lembra que as questões financeiras e o trabalho dela são os motivos que desencadeiam as

brigas: “teve um mês do pagamento do aluguel da casa, ‘está aqui os 570,00 reais’, deixei passar dois ou três dias e ela disse que perdeu, não achou. Resumindo, não pagou o aluguel”. Também, percebe-se que existe uma desconfiança em relação ao tempo que ela passa fora de casa, especialmente quando ele tenta ligar e ela não atende ou não retorna: “ah, eu xingo e digo, então está bem, ‘vai lá onde tu estava que devia estar bom’. Aí ela diz: ‘ah, eu não sou tu, primeiro problema que teve já pegou outra e arrumou filho’”.

Com relação aos aspectos positivos que ele percebe na relação com Paula, ele comenta: “ela é muito parceira, batalhadora, é uma apoiadora. Ela é dinâmica para as coisas, é muito inteligente, tanto em relação à casa e com os filhos”. Porém, quando ele fala sobre os aspectos negativos da relação, comenta novamente a ausência dela na casa e refere que muitas vezes sente-se sozinho, atribuindo à insegurança uma das causas da traição que cometeu: “eu me sentia inseguro [...] e talvez, foi isso que me permitiu. Claro, teve algumas outras coisas que eu acumulei”. Sobre os motivos que os fazem continuar no relacionamento, ele fala: “ah eu acho que ela gosta de mim e eu gosto dela. Não digo que é amor da minha parte, dela eu acho que sim. Eu é porque eu me sinto seguro e ela é boníssima assim sabe”.

Entendimento dinâmico – Caso 3

Observou-se que, embora os cônjuges não tenham recordações sobre o estabelecimento de um relacionamento violento dos pais, referem ter vivenciado muita violência enquanto filhos, que pode ser uma das variáveis associadas às relações violentas na vida adulta (Razera et al., 2014). O alcoolismo, presente no caso, também tem sido uma pré-disposição ao desencadeamento da violência conjugal (Vieira et al., 2011).

Verifica-se que os dois assumem ações violentas e pelo depoimento recebido ficaram mais salientes as agressões cometidas do que propriamente as agressões sofridas. Ambos se percebem mais como protagonistas do que como vítimas. Tanto a violência verbal, quanto a física, é exercida por ambos os cônjuges. Seria possível inferir que nessa relação eles assumem o papel tanto de vítimas como de agressores, dependendo da forma como o conflito se estabelece, constituindo-se uma dinâmica violenta interacional (Colossi, & Falcke, 2013).

A partir dos três casos apresentados foi possível constatar que os cônjuges, contemplando suas particularidades, visualizam em atos de violência uma estratégia usual para a tentativa de resolução dos conflitos. Embora de diferentes formas e intensidades nesses casais, tanto os homens quanto as mulheres utilizaram-se de

violência em algum momento da relação. Esse dado reforça a compressão de que a violência pode ser uma ação interacional e que os cônjuges apresentaram-se como corresponsáveis pela dinâmica conjugal atual (Colossi, & Falcke, 2013; Williams, & Frieze, 2005).

Outro aspecto saliente é a repetição de comportamentos aprendidos ou vivenciados na infância. Padrões de relacionamentos violentos na família de origem podem estar associados aos modelos relacionais transmitidos entre as gerações. Embora se compreenda que essa repetição não é necessariamente uma regra, também se observa a tendência à perpetuação da violência em relacionamentos vivenciados na vida adulta (Razera et al., 2014; Silva et al., 2010). Uma possível explicação para a repetição de comportamentos violentos é a internalização de que essas formas são necessárias para resolver um conflito. Esse padrão relacional pode dificultar o reconhecimento do agravo, colocando os cônjuges e as pessoas envolvidas em situações de risco à saúde, visto que podem chegar a níveis de agressão muito elevados até que possam perceber que estão vivenciando relacionamentos violentos (Karakurt et al., 2013; Marasca et al., 2013). O convívio em ambientes tóxicos pode fazer com que as pessoas minimizem a gravidade da violência ou até mesmo a naturalizem em seus relacionamentos, como se fosse algo inevitável de acontecer (Boeckel, 2013).

Observaram-se diferentes motivos para a ocorrência de violência, tais como educação dos filhos, traições, desconfiança, alcoolismo e desentendimentos relacionados às questões financeiras. Estas últimas surgiram muito frequentemente nas falas dos entrevistados, não necessariamente associada ao quanto eles ganhavam, mas sim à forma como utilizavam o dinheiro e a falta de comunicação e consenso sobre os investimentos familiares, o que tem sido seguidamente apontado pela literatura como motivo de conflitos conjugais (Oliveira et al., 2009; Von Eye, & Bogat, 2006).

Analisando os depoimentos desses casais, reitera-se a necessidade de pensá-los a partir de suas particularidades. Notam-se diferentes aspectos relatados como motivos para a permanência nesses relacionamentos, as crenças de que o casamento é eterno e até mesmo o sentimento de amor que uniu o casal e que os mantém vinculados. Em alguns casos, ambos os cônjuges ressaltam a presença de violência, mas indicando a coexistência desta com cuidado e proteção, podendo-se pensar na presença do ciclo de violência, proposto na literatura (Guimarães, Silva, & Maciel, 2007; Walker, 1999). Os discursos de amor também são utilizados muitas vezes como uma forma de tolerar as práticas abusivas e violentas da relação (Dias, Manita, Gonçalves, & Machado, 2013), fazendo com que o momento da lua de mel do ciclo seja compreendido como a armadilha do mesmo.

Sabe-se que a violência é uma prática que desfavorece o bem-estar dos cônjuges e que pode provocar danos à saúde de todos os envolvidos, especialmente em longo prazo. Nesse sentido, é importante pensar ações que sinalizem aos casais, da população em geral, que ações violentas são prejudiciais aos relacionamentos e geram sofrimento, sendo possível recorrer a outras formas mais funcionais para resolução de conflitos. Para tal, estratégias preventivas, como grupos de preparação para o casamento, poderiam incluir a temática das estratégias de resolução de conflitos. Considerando que os conflitos serão inevitáveis em qualquer relacionamento, o desenvolvimento de habilidades de negociação com os cônjuges pode contribuir para evitar a violência nos relacionamentos.

Considerações finais

As pesquisas sobre a violência conjugal, embora volumosas, ainda não respondem a muitos questionamentos sobre o fenômeno. Neste estudo, foi discutida a permanência de indivíduos nessas relações e reitera-se que as particularidades de cada caso precisam ser avaliadas. Cada membro do casal apresenta diferentes motivações, tanto para agredir ou ser agredido, como para manter-se nessas relações.

Muitas variáveis estão presentes nesses casos, como a dificuldade de lidar com as particularidades do parceiro, divergências na educação de filhos, desconfiança, questões relacionadas ao dinheiro, entre outras, que se tornam potenciais desencadeadores de conflitos, que na maioria das vezes tentem a ser resolvidos através de estratégias coercitivas, com utilização de violência de diferentes tipos (psicológica, física, sexual). Esse pode ser um padrão de comportamento desenvolvido pelo casal, porém existem muitas evidências de uma ligação com os modelos intergeracionais aprendidos. Fenômeno esse que parece contribuir com a naturalização da violência, como se ela fosse parte de todo e qualquer relacionamento.

Por se tratar de uma amostra não clínica, verifica-se que os participantes não possuem uma compreensão clara de que suas ações são violentas e que podem causar uma série de danos aos envolvidos. Observou-se uma tendência dos casais a falar da violência como um padrão normal de relacionamento, o que se torna uma situação preocupante para os profissionais da psicologia e para a sociedade em geral. Nesta amostra, nenhum casal realizou denúncias, o que nos leva a pensar que os índices reais de violência são muito maiores do que os que existem hoje computados nas estatísticas oficiais sobre o fenômeno.

Percebeu-se uma coexistência de cuidado, amor e carinho com as situações de violência. Esses são aspectos muito positivos dos relacionamentos, porém também indaga-se se essa não é uma forma de minimizar a gravidade dos atos de violência, bem como uma maneira de proteger a relação de uma possível separação, constituindo-se na armadilha do ciclo de violência.

Referências

- Ackerman, J. M. (2012). The relevance of relationship satisfaction and continuation to the gender symmetry debate. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(18), 3579-3600.
- Almeida, I., & Soeiro, C. (2010). Avaliação de risco de violência conjugal: versão para polícias (SARA: PV). *Análise Psicológica*, 28(1), 179-192.
- Anacleto, A. J., Njaine, K., Longo, G. Z., Boing, A. F., & Peres, K. G. (2009). Prevalência e fatores associados à violência entre parceiros íntimos: um estudo de base populacional em Lages, Santa Catarina, Brasil, 2007. *Caderno de Saúde Pública*, 25(4), 800-808.
- Boeckel, M. (2013). *Ambientes familiares tóxicos: impactos da violência conjugal na vinculação entre mães e filhos, no reconhecimento de emoções e nos níveis de cortisol*. Tese de Doutorado, PUCRS.
- Colossi, P. M. & Falcke, D. (2013). Gritos do silêncio: a violência psicológica no casal. *Psico*, 44(3), 310-318.
- D'Oliveira, A. F. P. L., Schraiber, L. B., Hanada, H., & Durand, J. (2009). Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(4), 1037-1050.
- Dantas-Berger, S. M., & Giffin, K. (2005). A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? *Cadernos de Saúde Pública*, 21(2), 417-425.
- Dias, A. R. C., & Machado, C. (2008). Gênero e violência conjugal: uma relação cultural. *Análise Psicológica*, 26(4), 571-586.
- Dias, A. R., Manita, C., Gonçalves, R. A., & Machado, C. (2013). Relações de intimidade juvenis e adultas, uma análise comparativa: das narrativas de amor às conjugalidades violentas. *Psicologia*, 27(1), 63-89.
- Falcke, D. (2006). Filho de peixe, peixinho é: a importância das experiências na família de origem. *Colóquio*, 3, 83-97.
- Falcke, D., Oliveira, D. Z., Rosa, L. W., & Bentancur, M. (2009). Violência conjugal: um fenômeno interacional. *Contextos Clínicos*, 2(2), 81-90.
- Féres-Carneiro, T. (1998). Casamento contemporâneo: o difícil convívio da individualidade com a conjugalidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 11(2), 379-394.

- Follingstad, D. R., & Edmundson, M. (2010). Is psychological abuse reciprocal in intimate relationships? Data from a National Sample of American Adults. *Journal of Family Violence, 25*(5), 495-508.
- Follingstad, D. R., Rogers, M. J., & Duvall, J. L. (2012). Factors predicting relationship satisfaction, investment, and commitment when women report high prevalence of psychological abuse. *Journal of Family Violence, 27*(4), 257-273.
- Fortin, I., Guay, S., Lavoie, V., Boisvert, J.-M., & Beaudry, M. (2012). Intimate partner violence and psychological distress among young couples: analysis of the moderating effect of social support. *Journal of Family Violence, 27*, 63-73.
- Gomes, I. C. (2005). Transmissão psíquica transgeracional e violência conjugal: um relato de caso. *Boletim de Psicologia, 55*(123), 177-188.
- Gomes, N. P., Garcia, T. C. S., Conceição, C. D. R., Sampaio, P. D. O., Almeida, V. D. C., & Paixão, G. D. N. (2012). Violência conjugal: elementos que favorecem o reconhecimento do agravo. *Saúde em Debate, 36*(1), 514-522.
- Gómez, J. L. G., & Montesino, M. L. C. (2014). Prevalence of psychological and physical intimate partner aggression in Madrid (Spain): an dyadic analysis. *Psicothema, 26*(3), 343-348.
- Guimarães, F., Silva, E. C., & Maciel, S. A. B. (2007). Mas ele diz que me ama: cegueira relacional e violência conjugal. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 23*(4), 481-482.
- Hellmuth, J. C., & McNulty, J. K. (2008). Neuroticism, marital violence, and the moderating role of stress and behavioral skills. *Journal of personality and social psychology, 95*(1), 166-180.
- Karakurt, G., Keiley, M., & Posada, M. (2013). Intimate relationship aggression in college couples: family-of-origin violence, egalitarian attitude, attachment security. *Journal of Family Violence, 28*, 561-575.
- Kim, H. K., Laurent, H. K., Capaldi, D. M., & Feingold, A. (2008). Men's aggression toward women: a 10-year panel study. *Journal of Marriage and Family, 70*(5), 1169-1187.
- Kronbauer, J. F. D. & Meneghel, S. N. (2005). Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Revista Saúde Pública, 39*(5), 695-701.
- Lamoglia, C. V. A., & Minayo, M. C. D. S. (2009). Violência conjugal, um problema social e de saúde pública: estudo em uma delegacia do interior do Estado do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva, 14*(2), 595-604.
- Lawrence, E., & Bradbury, T. N. (2007). Trajectories of change in physical aggression and marital satisfaction. *Journal of Family Psychology, 21*(2), 236.
- Lusa, M. G. (2008). Desconstruindo o heterocentrismo da violência nas relações conjugais. *Revista Katálysis, 11*(1), 149-151.
- Marasca, A., Colossi, P., & Falcke, D. (2013). Violência conjugal e família de origem: uma revisão sistemática de 2006 a 2011. *Temas em Psicologia, 21*(1), 221-243.

- Moraes, C. L., Hasselmann, M. H., & Reichenheim, M. E. (2002). Adaptação transcultural para o português do instrumento “Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)” utilizado para identificar violência entre casais. *Cad. Saúde Pública*, 18(1), 163-76.
- Oliveira, J. B. D., Lima, M. C. P., Simão, M. O., Cavariani, M. B., Tucci, A. M., & Kerr-Corrêa, F. (2009). Violência entre parceiros íntimos e álcool: prevalência e fatores associados. *Rev. Panam. Salud Pública*, 26(6), 494-501.
- Perrone, R., & Nannini, M. (2007). *Violencia y abusos sexuales en la familia*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Ravazzola, M. C. (1997). “Doble ciego” o “No vemos que no vemos”. In M. C. Ravazzola (Org.), *Histórias infames: los maltratos en las relaciones* (p. 89-105). Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Razera, J. Cenci, C. M. B., & Falcke, D. (2014). Violência doméstica e transgeracionalidade: Um estudo de caso. *Revista de Psicologia da IMED*, 6(1), 47-51.
- Shah, S. H., Rajani, K., Kataria, L., Trivedi, A., Patel, S., & Mehta, K. (2012). Perception and prevalence of domestic violence in the study population. *Industrial psychiatry journal*, 21(2), 137-143.
- Silva, I. M. D., Menezes, C. C., & Lopes, R. D. C. S. (2010). Em busca da cara-metade: motivações para a escolha do cônjuge. *Estud. Psicol. (Campinas)*, 27(3), 383-391.
- Straus, M. A. (2008). Dominance and symmetry in partner violence by male and female university in 32 nations. *Children and Youth Services Review*, 30, 252-275.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. B. (1996). The revised conflict tactics scales (CTS2) development and preliminary psychometric data. *Journal of family issues*, 17(3), 283-316.
- Trindade, R. F. C., Almeida, A. M., & Rozendo, C. A. (2008). Infidelidade masculina e violência doméstica: vivência de um grupo de mulheres. *Ciencia Y Enfermeria*, 14(2), 39-46.
- Vieira, E. M., Perdoná, G. S. C., & Santos, M. A. (2011). Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 45(4), 730-737.
- Von Eye, A. & Bogat, G. A. (2006). Mental health in women experiencing intimate partner violence as the efficiency goal of social welfare functions. *International Journal of Social Welfare*, 15(1), S31-S40.
- Walker, L. (1999). *The battered woman syndrome*. New York: Harper and Row.
- Williams, S. L., & Frieze, I. H. (2005). Patterns of violent relationships, psychological distress, and marital satisfaction in a national sample of men and women. *Sex Roles*, 52(11-12), 771-784.
- Yin, R. K. (2005). *Estudo de caso. Planejamento e métodos*. Bookman: São Paulo.

Recebido em 06 de novembro de 2015

Aceito para publicação em 08 de junho de 2017

RESENHA

Compreendendo e construindo a terminalidade em UTI: os significados atribuídos por médicos e familiares ao cuidado, à finitude, à morte e ao morrer

COMPREENDENDO E CONSTRUINDO A
 TERMINALIDADE EM UTI: OS SIGNIFICADOS
 ATRIBUÍDOS POR MÉDICOS E FAMILIARES AO
 CUIDADO, À FINITUDE, À MORTE E AO MORRER

*UNDERSTANDING AND BUILDING TERMINALITY
 IN ITU: THE MEANINGS ATTRIBUTED BY DOCTORS AND
 FAMILY MEMBERS TO CARE, DEATH AND DYING*

*COMPRENDER Y CONSTRUIR LA TERMINOLOGÍA EN UTI:
 LOS SIGNIFICADOS ATRIBUIDOS POR MÉDICOS Y FAMILIARES
 AL CUIDADO, A LA FINITUD, A LA MUERTE Y AL MORIR*

*Claudia Carneiro da Cunha**

Resenha do livro: M., Mayla C. (2017). *A morte e o morrer em UTI: família e equipe médica em cena*. Curitiba: Appris, 251 p.

Com o livro *A morte e o morrer em UTI: família e equipe médica em cena*, a psicóloga e pesquisadora Mayla Cosmo Monteiro nos brinda com uma profunda reflexão acerca dos temas da terminalidade, da finitude, da morte, do morrer e do cuidado no contexto hospitalar, mais especificamente no *setting* da terapia intensiva.

A obra de fácil leitura, pela linguagem clara e fluida, é acessível aos mais diversos públicos, contribuindo sobremodo para estudantes e profissionais de saúde que se disponham a perscrutar suas práticas, revendo-as de modo crítico na direção de uma *humanização*, ou, como nos coloca a autora, buscando uma justa medida entre “competência” (técnica) e “cuidado”.

No primeiro capítulo “Entre a vida e a morte: o *setting* da terapia intensiva”, são abordados, nos contornos da modernidade ocidental, o *nascimento do hospital*, a saída da morte do cotidiano e sua transformação em assunto proibido (tabu), o processo de medicalização da morte e suas críticas, o papel fundamental das tecnologias médico-científicas na estruturação e criação da UTI, a transição epidemiológica que forjou um “público” típico para esse nível especializado de atenção, e as dimensões éticas e bioéticas envolvidas nesse cenário.

* Professora adjunta do Instituto de Psicologia da UERJ, Departamento de Psicologia Social e Institucional, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Ainda na parte teórica do trabalho, no segundo capítulo, intitulado “Nada será como antes: a família diante da eminência da morte na UTI”, Mayla Monteiro aborda as diferentes e possíveis configurações familiares na atualidade, percorrendo a literatura antropológica que relativiza essa noção até chegar aos aportes da psicologia que tratam a dimensão sistêmica, tão cara, segundo a autora, à compreensão dos processos que cercam a díade “paciente-família” na UTI. Aqui a iminência de morte é pensada a partir da dimensão do tempo, que, no seio familiar, não segue o ritmo do relógio ou uma ordem cronológica linear. A coreografia que cada família vai apresentar na cena da UTI, em relação à iminência de morte do ente querido, vai depender, de acordo com esse referencial, do impacto transgeracional do processo saúde-doença e do morrer, bem como da etapa do ciclo vital vivenciado.

Na última parte teórica, terceiro capítulo “Equipe médica e a gestão do morrer em unidade de terapia intensiva”, penetramos nos labirintos da prática profissional, no setting da terapia intensiva, onde o manejo fino, pretensamente racional e objetivo dos aparatos tecnológicos, é o objetivo principal da equipe médica. Contudo, mergulhamos na subjetividade inerente a essa prática profissional, na gestão das emoções, na possibilidade e necessidade de pensar a condição humana de quem atende e cuida da díade “paciente-família”. Aqui, a compreensão da *humanização* se estende para abarcar o corpo médico que sofre ao lidar com o sofrimento do outro, com as dificuldades de comunicar “notícias ruins”, tendo em vista a formação acadêmica médica centrada no “corpo-objeto” e não no “corpo-pessoa” (Russo, 2006). Mas também o sofrimento oriundo do modo como o trabalho é estruturado na UTI, suas rotinas pesadas, seu aparato tecnológico dominante e as exigências marcadas pela lógica curativa da biomedicina.

Antes de adentrar no quarto e quinto capítulos, oriundos de um esmerado e cuidadoso trabalho empírico empreendido por Mayla Monteiro, nos quais ela contribui de forma autoral para esse campo de investigação e atuação profissional, cabe sublinhar sua coragem em assumir o duplo papel de psicóloga-pesquisadora.

Se por um lado esse duplo papel facilitou a entrada da autora em um campo quase sempre hermético, por outro trouxe o desafio de “estranhar o familiar” (Velho, 2003), além de uma “saia justa” na investigação. Como lidar com o fato de a pesquisa revelar um *modus operandi* institucional passível de análise crítica e reflexão? Como empreender essa análise sendo parte do corpo profissional da instituição?

Outro desafio enfrentado pela autora foi decorrente do fato de ter privilegiado entrevistar familiares informados recentemente da notícia de terminalidade do filho, mãe, esposa ou marido. Quão desafiador é manter o propósito da

pesquisa exercendo o papel de psicóloga, instada a acolher os familiares em um momento tão delicado?

Nas questões acima colocadas o compromisso ético-profissional de Mayla Monteiro constituiu, sem dúvida, o fio norteador de sua atuação como psicóloga-pesquisadora, que, ao “tocar nas feridas”, não se eximiu de cuidá-las.

No quarto capítulo, denominado “Descortinando a terminalidade”, a autora situa o universo de estudo e o referencial metodológico. A metodologia clínico-qualitativa visou compreender os significados atribuídos pelos familiares e pela equipe médica ao processo de terminalidade; investigar fatores valorizados pela equipe médica e pelos familiares no processo de tomada de decisões relativas ao manejo clínico e entender o processo de comunicação entre equipe médica e familiares.

Importante dizer que o campo de pesquisa, um hospital privado, de médio porte, localizado na zona Sul do Rio de Janeiro, atende um público diferenciado, composto de pessoas pertencentes à classe média e à classe alta do Rio de Janeiro, perfil correspondente aos seis familiares entrevistados.

O hospital que abriga a UTI, lócus da pesquisa, possui uma especificidade. Os pacientes só podem ser internados se possuírem um médico-assistente (MA), agente responsável por todo o processo de internação, desde a admissão até a alta hospitalar.

Além do MA, estão presentes de modo mais contínuo na UTI o “médico-rotina”, responsável pelo acompanhamento diário dos pacientes e pela garantia de continuidade do plano de tratamento de cada paciente, e o médico-plantonista, que atua em regime de plantões, a quem se atribui o controle de alterações agudas no estado clínico dos pacientes durante toda a internação.

Os profissionais de saúde entrevistados, dois médicos e quatro médicas, possuíam bastante familiaridade com a terapia intensiva, com um tempo médio de trabalho nesses espaços de aproximadamente nove anos. A idade dos profissionais variou de 25 a 38 anos e a dos familiares entrevistados variou entre 55 e 79 anos.

O quinto e último capítulo “Compreendendo a terminalidade em UTI sob a ótica da família e da equipe médica” está organizado em dois subcapítulos. Um primeiro, denominado A terminalidade percebida pela equipe médica intensivista, que aborda a perspectiva dos médicos entrevistados, e um segundo, intitulado A terminalidade percebida pelos familiares, que descreve as percepções dos familiares investigados.

Nesse capítulo são recuperados alguns tópicos tratados nos primeiros capítulos teóricos, porém agora em cores vivas, pois eivados de emoções. O primeiro

tópico diz respeito aos limites da definição da terminalidade e à complexidade que cerca a sua definição, apesar da busca de critérios racionais e objetivos por parte dos médicos para defini-la. O reconhecimento de que a morte é sempre incerta, mesmo diante de um prognóstico desfavorável, joga um papel fundamental nos dilemas em torno da manutenção da vida com a utilização de todo aparato terapêutico disponível. Afinal, qual é a hora de parar de investir no paciente?

Se os avanços das técnicas da medicina trouxeram inúmeros benefícios para a sociedade, o suposto prolongamento da vida nas unidades de terapia intensiva é o lado negativo desse processo. O momento da morte nessas unidades passou a ser precedido de decisões sobre a recusa (*withholding*) ou a suspensão (*withdrawal*) de tratamentos percebidos como “fúteis” ou “inúteis”.

Em um país como o Brasil, cuja legislação não é tão bem conhecida ou difundida e a totalidade do aparato tecnológico não se faz presente, como levar às últimas consequências os cuidados paliativos e a ortotanásia definida (Resolução 1805/06, do Conselho Federal de Medicina) como “o não prolongamento artificial do processo de morte, além do natural”?

Os médicos entrevistados dizem temer as repercussões legais associadas à retirada de tratamentos de suporte à vida. Essa dificuldade se coloca sobremodo quando se trata de um paciente jovem, pela promessa de futuro e pela identificação imediata (a maioria dos médicos entrevistados é jovem). Essa situação lhes traz um conflito maior em relação aos dilemas: “fazer tudo” e “usar todos os recursos até o ultimo momento”.

Além disso, os médicos, apesar de criticarem a distanásia (“obstinação terapêutica”), às vezes permitem-na com a intenção de “dar tempo à família” para se despedir do ente querido. Essa atitude dos médicos traz questões éticas importantes. Nas palavras da autora do livro: “o direito do paciente a uma morte digna está sendo respeitado? O sofrimento da família é maior do que o sofrimento do paciente?”.

A equipe médica investigada valorizou a comunicação com os familiares a fim de tomar decisões consensuais sempre que possível. No entanto, observa-se uma clara preferência por famílias “colaborativas”, já que, do contrário, estas podem virar uma presença incômoda na UTI. Os médicos, apesar de reconhecerem a importância de uma boa relação médico-paciente-familiar, não dão lugar à emoção na atuação profissional, criando estratégias defensivas e de distanciamento do sofrimento alheio.

Da parte dos familiares entrevistados, observa-se um sofrimento intenso tributário ao caráter súbito e repentino da terminalidade, além, em alguns casos, da espera longa e incerta quanto ao momento da morte. Permanecer do “lado de

fora” da UTI aguardando os horários restritos das visitas constitui um aspecto penoso dessa experiência. E a ambivalência de sentimentos é resultado de um tratamento que “cuida”, excluindo o familiar, e que usa tecnologias que “salvam”, mas que podem gerar dor.

Da perspectiva sistêmica a iminência de morte traz a necessidade de reorganização dos papéis familiares e pode ser acompanhada de fortes conflitos no seio familiar. Entretanto, a autora conclui que alguns aspectos garantem uma experiência mais satisfatória, a saber: suporte social, sensação de que o paciente viveu bem a sua vida, a qualidade do vínculo família-paciente, a boa relação com a equipe médica, a percepção de que o doente está sereno por conta da sedação (sem sofrimento), e a presença da religião ou espiritualidade.

Concluindo, o livro de Mayla Monteiro lança luz em uma série de questões que estão longe de ter respostas rápidas ou simples. Por exemplo, em que medida na UTI se prolonga o morrer de uma pessoa ao invés de salvar a sua vida? Como fazer valer a vontade do doente, quando muitas vezes ele está impossibilitado de decidir sobre a própria vida?

A autora afirma a necessidade de se falar sobre a morte nesse contexto, e não afastá-la, silenciando sua presença. Além de tomar a finitude como um parâmetro para o bem viver, pois, para ela, é “porque somos finitos que cada gesto faz sentido”.

Referências

- Russo, J. (2006). Do corpo-objeto ao corpo-pessoa: desnaturalização de um pressuposto médico. In Souza, A. N., & Pitanguy, J. (Orgs.), *Saúde, corpo e sociedade*. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ.
- Velho, G. (2003). O desafio da proximidade. In *Pesquisas urbanas. Desafios do trabalho antropológico*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.