

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

WALKIRIA CORDENONSSI CIA

Sonho desfeito: anencefalia e experiência
emocional dos pais

São Paulo
2014

WALKIRIA CORDENONSSI CIA

Sonho desfeito: anencefalia e experiência
emocional dos pais

São Paulo
2014

WALKIRIA CORDENONSSI CIA

Sonho desfeito: anencefalia e experiência
emocional dos pais

(Versão Corrigida)

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Instituto de Psicologia da Universidade de
São Paulo para a obtenção do título de
Mestre em Psicologia

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientadora:
Profa. Livre Docente
Tânia Maria José Aiello Vaisberg

São Paulo
2014

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Cia, Walkiria Cordenonssi.

Sonho desfeito: anencefalia e experiência emocional dos pais / Walkiria Cordenonssi Cia; orientadora Tânia Maria José Aiello-Vaisberg. -- São Paulo, 2014.

114 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Interrupção da gestação 2. Anencefalia 3. Parentalidade 4. Atendimento psicológico 5. Pesquisa psicanalítica I. Título.

RG560

Nome: CIA, Walkiria Cordenonssi

Título: Sonho desfeito: anencefalia e experiência emocional dos pais

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia

Aprovado em:

Banca Examinadora

Profa Livre Docente Tania Maria José Aiello Vaisberg (orientadora)

Instituição: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

*Aos meus pais pela presença
sempre muito especial e
amorosa.*

Agradecimentos

Agradeço inicialmente minha orientadora, Tania Maria José Aiello-Vaisberg pela oportunidade, apoio, incentivo e disponibilidade para a realização desse trabalho.

À minha amiga Fabiana Follador e Ambrosio, pela presença sustentadora e de grande importância nesse meu percurso.

Aos meus pais, por serem pessoas maravilhosas que me apoiam e me incentivam em todos os momentos da minha vida.

Aos meus irmãos, cunhadas e sobrinhos por todo o carinho.

Aos colegas do grupo de pesquisa Ser e Fazer, com quem pude compartilhar momentos valiosos de estudo e companheirismo e que colaboraram na realização dessa pesquisa.

Ao Dr. Roberto Cardoso, que confiou no meu trabalho e inseriu-me no seu Grupo de Medicina Fetal. Um médico muito preocupado e sensível aos aspectos emocionais dos pacientes.

Aos integrantes do grupo de Medicina Fetal, sempre muito acolhedores.

À Elisabeth Batista, por me iniciar na clínica da maternidade.

À Fátima Bortoletti, por proporcionar o aprendizado e a prática clínica em casos de gestações de risco.

À Secretaria de Pós-Graduação e a Secretaria do Departamento de Psicologia Clínica, pela disponibilidade com que sempre me atenderam, informando, orientando e esclarecendo minhas dúvidas.

À CAPES, que me concedeu a bolsa financiando a pesquisa.

Resumo

WALKIRIA, C. C. **Sonho desfeito: anencefalia e experiência emocional dos pais.** 2014. 114 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2014.

O desenvolvimento tecnológico contemporâneo permite a detecção precoce de malformações fetais, tais como a anencefalia, que inviabilizam a sobrevivência do bebê. Tal constatação implica imediata revelação diagnóstica aos pais, que deverão decidir pela continuidade ou interrupção da gravidez. O presente trabalho tem como objetivo investigar a experiência emocional de casais que se deparam com o diagnóstico de anencefalia fetal, tendo em vista trazer subsídios para um melhor atendimento psicológico. A investigação organizou-se como pesquisa qualitativa, com método psicanalítico, estruturada ao redor de procedimentos investigativos de acesso, registro, interpretação e interlocuções reflexivas sobre atendimentos clínicos. A partir de sessões com casais parentais, realizadas ao longo de oito anos, foram elaboradas duas narrativas transferenciais ficcionais, que preservam elementos essenciais da dramática em pauta. Uma das narrativas aborda uma situação de opção por interrupção gestacional, enquanto a outra focaliza uma decisão de continuidade. Os procedimentos interpretativos permitiram a "criação/encontro" dos seguintes campos de sentido afetivo-emocional ou inconscientes relativos: "É um pesadelo?", "Quem ou o quê está aí?", "É preciso decidir". O quadro geral aponta que grande parte do trabalho clínico tem lugar num campo bastante singular, "É preciso decidir", que se define pela urgência de tomada de decisão relativa à eventual interrupção de processos vitais. O campo "É um pesadelo?" aponta para o fato deste tipo de revelação diagnóstica, derivada do uso de uma tecnologia, que detecta problemas que não estão sendo vivenciados como sinais ou sintomas físicos, gerar muito frequentemente reações dissociativas, cujo manejo torna-se, assim, clinicamente indispensável. O outro campo, "Quem ou o quê está aí?", assume uma posição de centralidade, nesta clínica, na medida em que porta consigo uma interrogação radical acerca do estatuto ontológico do feto, vivido como um bebê ou como um não-bebê. Uma compreensão sensível e atenta acerca dos diferentes modos como cada casal habita este campo parece fundamental para a provisão de um cuidado psicoterapêutico.

Palavras-chave: Interrupção da Gestação, Anencefalia, Parentalidade, Atendimento Psicológico, Pesquisa Psicanalítica

Abstract

WALKIRIA, C. C. **A broken dream: anencephaly and parents' emotional experience.** 2014. 114 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2014.

The contemporary technological development allows the early detection of fetal malformations, such as anencephaly, which makes the baby's survival unfeasible. This assumption leads to the immediate revelation of the diagnosis to the parents who will decide either to continue or interrupt the pregnancy. This paper focuses on the investigation of the emotional experience that couples have when facing a fetal anencephaly diagnosis, bringing instruments for a better psychological care. The investigation process was organized as a qualitative research, through psychoanalytic approach, based on the investigation procedures of access, register, interpretation and reflexive interlocution on clinical care sessions. From the sessions with couples, during eight years, two transference fictional narratives, that preserve essential elements of drama at stake, were created. One of the narratives approaches a situation of choice for pregnancy interruption, while the other aims at the decision to keep it. The interpretative procedures allowed the "creation / finding" of the following fields of affective-emotional sense or relative unconscious: "Is it a nightmare?", "Who or what is there?", "We have to make a decision". The big picture shows that great part of the clinical work takes place in a singular field, "We have to make a decision", defined by the sense of urgency around the decision about the eventual interruption of vital processes. The field "Is it a nightmare?" leads to the fact that this kind of diagnosis revelation, derived from the technology which detects problems that were not being lived as physical signals or symptoms, frequently generates dissociative reactions, making the clinical care mandatory. The other field "Who or what is there?" has a central role, in this clinic, as soon as it contains an extreme question around the fetus's ontological statute, being a baby or a non-baby. A sensible and attentive comprehension of the different ways in which couples deal with this field is essential for a psychotherapeutic care.

Key words: Pregnancy interruption, Anencephaly, Parenthood, Psychological care, Psychoanalytical Research.

Sumário

Resumo	viii
Abstract	ix
Prólogo	11
Apresentação	18
Capítulo 1	
Revelação diagnóstica: o drama dos casais	21
O surgimento do exame de ultrassonografia	21
As decorrências da tecnologia	23
Uma situação difícil: interromper ou não a gestação	29
O acompanhamento após a interrupção parto.....	32
Capítulo 2	
Estratégias metodológicas	40
Fundamentação metodológica	40
Os conceitos de experiência e de campo de sentido afetivo-emocional ...	46
Procedimento investigativo de acesso ao acontecer clínico	49
Procedimento investigativo de registro do acontecer clínico	50
Procedimento de interpretação do acontecer clínico	55
Procedimento investigativo de interlocução reflexiva	57
Capítulo 3	
Narrativas Transferenciais Ficcionalis	58
Joaquim e Idalina	59
Francisco e Maria	72
Capítulo 4	
Campos de sentido afetivo-emocional	86
Capítulo 5	
Reflexões Teórico-Clínicas	87
O casal, o homem, a mulher e a anencefalia: considerações finais	95
Referências	100

Prólogo

Minha experiência clínica com mães e bebês iniciou-se com uma das pesquisas da professora Elizabeth Baptista Pinto, que realizava o acompanhamento de bebês prematuros de zero a um ano de vida. Comecei a participar desse estudo no último ano da faculdade e dei continuidade após a minha graduação como psicóloga pela Universidade de São Paulo. Os atendimentos realizavam-se no Hospital Universitário, onde acompanhávamos o desenvolvimento do comportamento dos bebês prematuros e proporcionávamos apoio psicológico às mães.

Lembro-me de uma mãe que, em vez de aconchegar o seu bebê no colo para lhe dar de mamar, virava-o de frente e, segurando-o por trás, pela nuca, introduzia a mamadeira em sua boca. Conheci outra mãe que não dava o que comer para a filha para não pedir dinheiro emprestado para a sogra. Em outro caso, a mãe, que havia adotado a criança, mostrava-se muito angustiada. O bebê colocou-se debaixo da mesa de atendimento, algo que nunca havia visto entre as crianças, e começou a arrancar os vários elásticos coloridos que havia em seu cabelo para enfeitá-la. A mãe, espantada, dizia: “Ela nunca fez isso, ela nunca fez isso!”.

Experiências clínicas desse tipo levaram-me a refletir sobre a importância do atendimento psicológico de mulheres em estado gestacional, tendo em vista favorecer sua condição emocional para um acolhimento maximamente saudável do recém-nascido.

Tais reflexões motivaram-me a buscar uma complementação para minha formação clínica. Frequentei um primeiro curso de extensão no Instituto Sedes Sapientiae, em São Paulo, que abrangia desde o período gestacional até o primeiro ano do bebê. Seu programa

não incluía uma parte prática, mas revelou-se produtivo como uma maneira de aprofundar meus conhecimentos.

Certo dia, entrando no metrô, deparei-me com um pôster de um curso sobre gestantes, a realizar-se na Universidade Federal de São Paulo, desenvolvido sob a responsabilidade da professora Fatima Bortoletti, destinado a graduados em Psicologia. Organizava-se conjugando aulas teóricas com supervisão dos atendimentos clínicos, que ocorriam tanto em ambulatório, quanto em contexto hospitalar. Tive oportunidade de realizar muitos atendimentos a grávidas que apresentavam risco gestacional.

Finalizado o curso, decidi continuar dedicando-me ao tema, sendo aceita como aluna na especialização em Assistência Psicoprofilática em Medicina Fetal, nessa mesma universidade. Pude acompanhar numerosos casos ambulatoriais e hospitalares, ampliando consideravelmente minha experiência no atendimento a mulheres com gravidez de risco. Atendi casos que envolviam condições especiais, tais como aborto habitual, malformações fetais, letais ou não, além de várias outras patologias. A assistência ocorria durante todo o período pré-natal, o que me deu a oportunidade de conhecer procedimentos realizados em alguns casos de fetos malformados, que auxiliavam o bebê e/ou a gestante. Infelizmente, aprendi que nem sempre isso era possível.

Participei de algumas intervenções no centro obstétrico, experiências que foram muito importantes para minha formação. Lembro-me, particularmente, de uma situação muito marcante, relativa ao atendimento de uma paciente que tinha um feto com anencefalia e não queria interromper a gestação. Essa pessoa era atendida por outra psicóloga, mas eu a conhecia bem - neste contexto de trabalho geralmente as pacientes acabam entrando em contato com outros integrantes da equipe. Acabei envolvendo-me com este caso,

acompanhei-a durante todo o processo de parto, substituindo sua psicoterapeuta que se viu impedida de estar presente neste momento, conforme pretendia. Entrei no centro cirúrgico com a gestante e, antes de o médico aplicar a anestesia, comuniquei-lhe que a paciente preferia permanecer acordada. Tomei essa iniciativa porque não sabia se ele havia sido informado sobre esse desejo. O médico olhou-me com certa estranheza, levando-me a reiterar que a mãe queria ver o bebê. Enquanto se dava a intervenção, mantive-me conversando com a gestante. Comentávamos a situação, o fato de não querer dormir, falávamos sobre as roupinhas que tinha trazido e de qualquer assunto que viesse à tona. Meu objetivo era apoiá-la e acompanhá-la naquele momento. A enfermeira fez-me um sinal discreto, sem que a paciente visse, convidando-me a acompanhá-la. Certifiquei-me de que esta continuava tranquila, disse-lhe que sairia do seu lado e retornaria em um instante. Acompanhei a enfermeira até a sala ao lado, onde vi um bebê anencéfalo pela primeira vez. Pediatra e enfermeira apontavam-no com as duas mãos e perguntavam: “Vai mostrar?” Até aquele momento, só havia visualizado bebês e fetos anencéfalos por fotos ou ultrassonografias. Fiquei bastante impactada diante daquele bebê. Entretanto, sabendo qual era exatamente a vontade da mãe, mantive minha posição de forma enfática: “Ela quer ver o bebê”.

Cabe aqui um esclarecimento. A anencefalia compromete a ocorrência de algo muito esperado e conhecido, que marca o próprio evento do nascimento: o choro do recém-nascido. Sendo assim, sucedeu que a criança foi retirada do ventre materno e colocada nas mãos do pediatra, que furtivamente passou com o bebê por trás de mim, sem que nem eu nem a paciente percebêssemos. Preferiram, portanto, mostrar a criança primeiro para mim, em outro recinto.

Voltei rapidamente para o lado da paciente, anunciando-lhe que o bebê já havia nascido e seria trazido pelo médico, para que ela pudesse vê-lo. Nesse instante, o médico, um profissional bem jovem,

em início de carreira, aproximou-se trazendo a criança e apresentando-a com as perninhas voltadas para a mãe. Afastou as pernas da criança, abrindo-as, para informar que se tratava de uma menina. A seguir, mostrou a abertura que existia na sua coluna, para, apenas depois de um certo tempo, que me pareceu derivado de sua resistência, mostrar o rosto da criança para a mãe. Quando finalmente o pediatra colocou o rosto da bebezinha próximo da mãe, esta, que continuava contida, na mesa cirúrgica, encostou seu próprio rosto ao da filha, num gesto evidente de carinho. Uma vez que me havia pedido para colocar a roupinha que trouxera na recém-nascida, lembrei a enfermeira dessa tarefa. Logo que a equipe levou a bebê, a puérpera começou a chorar muito e, quando percebi, estava enxugando as suas lágrimas.

Fiquei bastante comovida quando a ouvi declarar que se sentia aliviada porque percebera que sua filha não tinha, de fato, condições de sobreviver. Já havia sido programada a realização do procedimento de ligamento das trompas, após o parto. Quando percebi que uma experiência completa e significativa (WINNICOTT, 1941; SAFRA, 1999) tinha sido vivida pela paciente, motivo pelo qual sugeri que descansasse, dormisse um pouco, concordou imediatamente.

Pedi para o anestesista deixá-la dormir. Percebi uma expressão de questionamento em sua fisionomia, como se quisesse me dizer: “Que estranho. No momento mais difícil, você me pediu para deixá-la acordada e agora, quando está tudo quase no final, pede para eu fazê-la dormir?!” Acredito que não pôde compreender as condições emocionais em jogo naquele momento.

Em 2005, assim que finalizei a especialização, fui convidada pelo Dr. Roberto Cardoso a participar do Grupo de Medicina Fetal por ele coordenado. Encontrei uma equipe muito envolvida e cuidadosa com os aspectos emocionais das gestantes e dos casais. Atentos às necessidades dos pacientes, realizam encaminhamentos para

atendimento psicológico sempre que sentem ser este clinicamente relevante. Nos casos de malformações fetais, destacam com muita clareza aos envolvidos a importância desse tipo de acompanhamento. Pude atender vários casos, indicados por essa equipe, de gestantes e casais com fetos com anomalias.

Esse grupo realiza reuniões semanais, conduzidas pelo Dr. Roberto Cardoso, sempre muito proveitosas para todos. Compartilham a busca de resoluções e encaminhamentos para os casos clínicos de maior complexidade. Também aprofundam a percepção dos aspectos emocionais das gestantes e dos casais. Com a troca de experiências, todos podem vivenciar um suporte emocional para lidar com situações dolorosas do ponto de vista emocional.

Lembro-me, aqui, de um pai, que me telefonou no momento exato em que estava sendo realizado o procedimento de interrupção da gestação. Contou-me sobre a sua preocupação com a esposa e sobre o quanto estava sofrendo durante todo esse período em sua vida. Fiquei um longo tempo com ele ao telefone, oferecendo o suporte que acreditei ser possível naquele momento.

Sinto que o meu trabalho provoca angústia e curiosidade em muitas pessoas. Ouço frequentemente das pessoas que não são da área médica uma frase que me parece muito significativa, por expressar um misto de estranheza, perplexidade e angústia: “Eu não sabia que existia tudo isso!”. Muitas vezes perguntam como “dou conta” desses atendimentos. Admito que, ao mesmo tempo em que fiz uma escolha consciente, vivencio uma sensação de que tudo fluiu no meu percurso profissional. Minha busca inicial tinha como objetivo ajudar as mães a lidarem com as diversas situações que podem acontecer numa gestação: muitas surpresas felizes, mas outras repletas de temores, sofrimento e angústias. Cuidando das mães, poderia também contribuir com o bem-estar dos familiares diretamente envolvidos. Enfim, não

me dirigi diretamente a uma clínica psicológica ligada às malformações fetais, mas não me furtei a adentrar nesse campo, quando a oportunidade surgiu em minha vida profissional.

Entretanto, antes de finalizar este prólogo, devo relatar que minha vida profissional, como psicóloga, não se resume à prática com gestantes. Venho acumulando, há alguns anos, experiência como psicoterapeuta em consultório particular, o que me permite contato com muitas outras formas de sofrimento emocional. Além disso, concomitantemente ao último ano de especialização, em 2004, iniciei minha participação nas reuniões da 'Ser e Fazer', grupo coordenado pela professora Livre Docente Tânia Aiello Vaisberg. A 'Ser e Fazer' é um espaço de pesquisa e atendimento à comunidade onde se concretizam as atividades do Grupo de Pesquisa USP/CNPq Psicopatologia Psicanálise e Sociedade. Iniciei como estagiária/participante da Oficina Psicoterapêutica de Arranjos Florais, coordenada pela psicóloga Lígia Masagão Vitali. Após seis meses, assumi a Oficina de Flores com o apoio e as supervisões de Fabiana Follador e Ambrosio. Desde então, realizo Oficinas Psicoterapêuticas de Criação na 'Ser e Fazer'. Atualmente, participo, também, da coordenação clínico-organizacional da 'Ser e Fazer'. Tenho estado à frente de outros trabalhos, como a Oficina para Pais e a Oficina de Cores, bem como de consultas psicoterapêuticas. A vivência prática, as leituras, a troca entre toda a equipe e as pesquisas que vimos realizando me proporcionam suporte importante para todo o meu percurso profissional.

Pude vivenciar, em três instituições diferentes, variadas situações que demandaram ajustes em minha prática profissional. Lembro-me de uma intercorrência muito marcante, o fechamento de uma maternidade durante o período em que realizava atendimentos a casais. Naturalmente, circunstâncias como essa demandam a efetivação de mudanças, algumas relacionadas ao enquadre clínico propriamente

*dito, mas outras acabaram extrapolando o âmbito da relação paciente-
psicoterapeuta, significando o desligamento da instituição. Todas as
experiências que tive, ao longo desses oito anos, foram registradas. As
anotações serviram-me como guia para a compreensão dos movimentos
emocionais dos pacientes, para a elaboração das estratégias do
trabalho clínico e facilitaram as apresentações dos casos para o grupo
de supervisão. Este é o material que revisei para a elaboração da
pesquisa que ora apresento.*

*Neste momento, organizo a teoria e a comunicação das minhas
experiências clínicas e reflexões teórico-clínicas para o meio acadêmico.
Compreendo o mestrado como fruto de uma trajetória clínica e de
pesquisa que me coloca em contínua e crítica interlocução com a
teoria, enquanto me tem demandado iniciativa e inventividade para
compor os elementos da investigação que ora apresento.*

Apresentação

A presente pesquisa tem como objetivo investigar a experiência emocional de casais que se deparam com o diagnóstico de anencefalia fetal e com a necessidade de tomar uma decisão delicada: interromper ou dar continuidade à gestação. Focaliza, portanto, uma situação de alto impacto emocional, que concretiza temores e fantasias, relativos a problemas de anomalias fetais, que muitas vezes se expressam sob a forma de sonhos e pesadelos (AIELLO-VAISBERG, 1980; AIELLO-VAISBERG, 1999a).

No primeiro capítulo, "Revelação diagnóstica e o drama dos casais", debruçamo-nos sobre artigos científicos que, partindo de diferentes perspectivas teórico-metodológicas, convergem ao concordar sobre a importância de favorecer cuidado especial aos casais que enfrentam esse tipo de dificuldades durante o período gestacional. Pode-se facilmente imaginar a importância da atenção psicológica em situações geradoras de intenso sofrimento que, ao inscreverem-se no percurso autobiográfico dos envolvidos, causam o que poderíamos chamar de zonas de fragilidade afetivo-emocional.

As estratégias metodológicas desse nosso estudo estão delineadas no segundo capítulo. Aí discorreremos sobre o método psicanalítico e sobre o modo como o operamos, distinguindo os procedimentos de acesso, de registro e de interpretação do acontecer clínico. Neste capítulo descrevemos, também, os procedimentos investigativos de interlocução reflexiva, onde tanto refletimos sobre nossas interpretações, como dialogamos com autores que baseiam seus pensamentos em visões antropológicas convergentes com aquelas que adotamos. Destacamos especialmente o uso de narrativas transferenciais ficcionais, forma especial de trabalho que usa ficção na apresentação de casos clínicos. Compreendemos que tal forma de apresentação do

acontecer humano contempla um importante aspecto, relacionado ao cuidado ético no sentido de evitar identificação e/ou autoidentificação, mas que também, e fundamentalmente, diz respeito à configuração de metodologia qualitativa de pesquisa nas ciências humanas.

Apresentamos, no terceiro capítulo, duas narrativas transferenciais ficcionais: “Joaquim e Idalina” e “Francisco e Maria”. Cada um destes textos traz uma história que é um compósito criado a partir do atendimento de casais com diagnóstico de anencefalia fetal, realizados ao longo de oito anos de trabalho. A criação das duas narrativas intenciona facilitar o acompanhamento, por parte do leitor, de dois tipos diferentes de resposta diante da revelação diagnóstica de anencefalia fetal, retratando a complexidade emocional que caracteriza as dramáticas vivenciadas diante deste tipo de situação.

No quarto capítulo, destacamos os campos de sentido afetivo-emocional, ou inconscientes relativos, interpretativamente criados/encontrados pela pesquisadora e pelos integrantes do Grupo de Pesquisa USP/CNPq Psicopatologia, Psicanálise e Sociedade. Quando pesquisamos a partir de um paradigma intersubjetivo de produção de conhecimento, percebemos que apresentar as narrativas a múltiplos olhares pode enriquecer o processo interpretativo. Por esta via, chegamos a três campos, intitulados “É um pesadelo?”, “Quem ou o quê está aí” e “É preciso decidir”, que correspondem a mundos ou ambientes psicológicos humanamente produzidos, a partir dos quais emerge a experiência emocional. Como veremos, experiência e campo são conceitos mediante os quais abordamos o viver enquanto drama, e, portanto, devem ser solidariamente utilizados (AIELLO-FERNANDES, 2013).

Finalmente, no quinto capítulo, compartilhamos as reflexões teórico-clínicas que elaboramos ao retomarmos os campos de sentido afetivo-emocional, agora dialogando com outros autores e com nossas próprias impressões teorizantes. Cabe aqui lembrar que o uso do método

psicanalítico exige, durante a observância dos procedimentos de configuração, registro e interpretação do acontecer clínico, o cultivo da atenção flutuante e do máximo desapego de teorias e crenças, que compõem aquilo que denominamos esquema referencial (BLEGER, 1963). Deve, pois, ficar claro que, mesmo quando realizamos pesquisa com o método psicanalítico, devemos, a um certo momento, quando já forjamos interpretações significativas, abandonar a atitude de desapego às teorias para retomarmos tanto nossa próprias elaborações teóricas, que vem sendo desenvolvidas e conhecidas, no meio acadêmico, como “estilo clínico ‘Ser e Fazer’” (Ambrosio, 2013), como o diálogo que, ao longo dos anos, cultivamos com vários autores, entre os quais se destaca D. W. Winnicott.

Capítulo 1

Revelação Diagnóstica e o Drama dos Casais

A presente pesquisa tem como objetivo investigar a experiência emocional de gestantes ou casais que se deparam, no transcorrer de uma gestação, com o diagnóstico de inviabilidade fetal devido à anencefalia. Visa trazer subsídios que contribuam para o aperfeiçoamento desta clínica psicológica, na qual se articulam claramente dimensões psicoterapêuticas e psicoprofiláticas.

O surgimento do exame de ultrassonografia

Os avanços tecnológicos vêm permitindo acompanhar o desenvolvimento fetal ao longo da gestação com o exame de ultrassonografia, que constitui hoje um importante instrumento diagnóstico (BAKER, 2005).

O uso pioneiro do ultrassom em outras especialidades da medicina precede sua utilização no campo da obstetrícia. Na década de 1940, Karl Dussik empregou-o para o estudo do cérebro, George Ludwig utilizou-o para detecção de cálculos biliares, John Wild interessou-se pelo estudo do intestino, das mamas e de doenças malignas. Em 1951, John Wild e John Reid criaram o primeiro aparelho de ultrassonografia que produzia imagens em tempo real (BAKER, 2005).

No campo da obstetrícia, Ian Donald fez as primeiras medições fetais com ultrassom em 1956, sendo pioneiro em utilizá-lo como evidência de sacos gestacionais e como meio para localização da placenta,

diagnóstico de gestações múltiplas e anomalias fetais, entre outros (BAKER, 2005).

Até o final da década 1960, a ultrassonografia era exclusivamente utilizada para a pesquisa científica. Entretanto, a utilização desses exames passou a ser realizada fora da universidade. Devido à preocupação com o aumento dessa prática, foi criada, em 12 de outubro de 1970, a “American Society of Ultrasound Technical Specialists” (BAKER, 2005), com o objetivo de estabelecer normas procedimentais.

A partir daí, começou a crescer o número de exames de ultrassonografia nas diversas especialidades médicas. Surgiram, então, empresas que começaram a produzir e comercializar aparelhos ultrassonográficos. Um grande número de aparelhos foi colocado no mercado, superando a quantidade de profissionais efetivamente habilitados. Instalou-se um quadro preocupante, na medida em que as empresas passaram a realizar demonstrações técnicas do uso do aparelho, sem se preocupar com a formação médica daquele que o utilizava (BAKER, 2005). Diante dessa situação, potencialmente arriscada, a profissão de médico ultrassonografista veio ser reconhecida em 1974. A partir daí, até aproximadamente 1979, iniciou-se um processo com vistas a fundamentar o programa de educação para a formação dos profissionais (BAKER, 2005).

Chazan (2008) aponta que, no Brasil, a utilização do exame de ultrassonografia consolidou-se apenas a partir da década de 1980, sendo usado nas especialidades médicas da ginecologia e obstetrícia. Até então, vigorara o uso do raio X, que apresentava um diagnóstico de imagem de melhor qualidade, com o seríssimo inconveniente de eventualmente provocar consequências danosas ao feto.

Nos dias atuais, o acompanhamento do desenvolvimento fetal já faz parte da rotina do pré-natal de todas as mulheres, tanto nos serviços públicos, quanto nos privados, nos grandes centros urbanos do nosso

país. Entretanto, lembramos que a extensão territorial brasileira, bem como as profundas desigualdades econômicas e sociais vigentes, privam a população de cuidados médicos em inúmeras localidades, deixando-as sem acesso a esta tecnologia.

Esse exame, cujo valor é reconhecido não apenas pelos profissionais de saúde, mas também pela própria população, que com ele se familiarizou, traz como grande benefício o fato de não ser invasivo, diminuindo riscos maternos e fetais. Entretanto, no plano emocional, pode provocar ansiedade. Quando tudo vai bem gera alívio, mas, infelizmente, nem sempre é esta a situação.

As decorrências da tecnologia

Ao longo do processo contínuo de aprimoramento da ginecologia e da obstetrícia, surgiu a medicina fetal, que visa o acompanhamento detalhado da saúde do feto e da gestante por meio do diagnóstico, da ampliação propedêutica, do prognóstico e das possibilidades terapêuticas (SARAIVA, 2007).

O fetólogo, médico especializado em medicina fetal, ao realizar o exame de ultrassonografia, rastreia anomalias fetais ou qualquer outro indício de patologia, fetal ou materna, de forma objetiva. Tal circunstância, algumas vezes leva à necessidade da realização de procedimentos invasivos como a amniocentese¹, cordocentese², dentre outros.

¹ A amniocentese - procedimento que visa a obtenção de uma amostra de líquido amniótico, com o intuito da realização de cariótipo fetal, dentre outras indicações, pode vir a ser solicitada quando o ultrassom gera resultados inconclusivos. Apresenta 0,5% de perda fetal (TEDESCO; PAULA; ARAUJO, 2003).

Diferentemente do que normalmente ocorre, quando o paciente realiza exames cujos resultados não são imediatos – e os recebe em envelopes fechados, em momento posterior –, a notícia relativa à ultrassonografia usualmente é anunciada imediatamente ao final do exame. De fato, todos sabemos que o fetólogo consegue “ver”, no ato, se alguma anomalia está presente, de modo que podemos entender o motivo pelo qual se instalou a prática de dar a “boa” ou a “má” notícia imediatamente após o exame.

As gestantes, casais ou até mesmo outros familiares, costumam fazer várias perguntas sobre o bebê, durante a execução do exame. Talvez a mais frequente seja aquela relativa ao sexo da criança, já que o gênero é uma das dimensões identitárias mais importantes na organização da sociedade contemporânea. Entretanto, quando é detectada alguma anomalia fetal, o fetólogo depara-se com uma situação de difícil manejo, pois pode bem antecipar que a notícia do que objetivamente constata vai gerar grande sofrimento.

Não causa surpresa a afirmação de que a notícia do diagnóstico de uma malformação fetal, realizada imediatamente após o exame ultrassonográfico, é vivenciada pelos casais como um grande impacto emocional. Evidentemente, pacientes e familiares têm direito ao conhecimento sobre resultados de exames, uma vez que variadas providências de ordem prática devem ser colocadas em marcha. Contudo, cabe lembrar que, no caso em pauta, não estamos diante de urgência que requereria qualquer intervenção em termos de pronto atendimento médico. A prática da notificação imediata parece, portanto, ligar-se tanto ao poder da tecnologia, quanto ao fato dos resultados revelando hígidez fetal serem, comumente, bastante maiores do que aqueles que indicam

² A cordocentese – método invasivo para a detecção de infecção fetal, cariótipo fetal, dentre outros por meio da aspiração de um de sangue pelo cordão umbilical (KATAGUIRI; MORON; REIS, 2003).

anomalias. Entretanto, quando atentamos para os casos em que notícias de malformação são anunciadas, desde perspectivas éticas e clínicas, preocupamo-nos, como psicólogas, tanto com o impacto imediato, como com o sofrimento emocional e seus desdobramentos, relacionados à ruptura da continuidade dramática de ser de cada paciente (VITALI, 2004).

Os psicólogos são atualmente reconhecidos pelos médicos como profissionais capacitados para lidar com situações potencialmente ansiogênicas ou até mesmo desestabilizadoras. A percepção da contribuição dos atendimentos psicológicos, juntamente com a busca desses profissionais e da expansão do seu campo de trabalho, entre outros fatores, favoreceram sua inserção nos hospitais. Esta nova prática vem estimulando a realização de pesquisas que focam a reação emocional dos pacientes, gerando um grande número de trabalhos, como atesta o resultado da consulta a importantes bases de dados internacionais: *Web of Knowledge* e *Scielo*. Consideraremos, aqui, algumas pesquisas da área da obstetrícia, que representam as tendências de investigação atual sobre o tema.

Drotar et al. (1975) realizaram um dos mais citados estudos a respeito da reação emocional dos pais ao nascimento de um bebê com malformação congênita, afirmando que os pais experimentam uma sequência de reações emocionais, cuja duração pode variar no tempo: "choque", "negação", "tristeza, raiva e ansiedade", "adaptação" e "reorganização". Este trabalho recebeu corroboração a partir das pesquisas de Irvin, Kennel e Klaus (1993). Outros autores (AITE et al., 2006; BORTOLETTI; SILVA; TIRADO, 2007; MALDONADO; CANELLA, 2003; QUALEY, 1996; SETUBAL et al., 2003) identificaram sequências semelhantes de reações parentais quando a notícia de uma malformação fetal ocorre com o bebê ainda no útero.

Partindo de perspectiva diversa, outras pesquisas apontam que a grávida vivenciaria, durante o processo gestacional, um complexo processo de constituição psíquica de um “bebê imaginário” (BENUTE; GOLLOP, 2002; CARMO, 2007; PICCININI et al., 2004;) e, no caso da revelação diagnóstica de anomalia no feto, teria início um processo de luto pelo “filho idealizado”.

Em estudos como os exemplificados acima, generalizações são muito preocupantes. Médicos e psicólogos devem sempre estar muito atentos à singularidade de cada casal que recebe o diagnóstico de anencefalia, pois apenas dessa forma poderão oferecer um suporte emocional adequado a cada um deles. É nítida a preocupação de alguns profissionais de saúde com as repercussões emocionais do casal ao ser informado sobre a anencefalia fetal, mas é preciso precaução para não oferecer um cuidado “técnico”, partindo de concepção que desconsideraria as singularidades, como se todas as pessoas fossem afetadas e sofressem da mesma forma. Reações emocionais diferentes do esperado podem, inclusive, levar a formas de cuidados preconceituosas, revelando a dificuldade em considerar a dramática vivenciada por cada casal (BLEGER, 1963; POLITZER, 1928).

Acreditamos que, quando a gestante ou o casal recebem a notícia de que seu filho é malformado e não tem chances de sobreviver, experienciam uma invasão ambiental abrupta, pois se preparavam emocionalmente para receber um bebê saudável, fato que, em si mesmo, como sabemos, já é uma tarefa emocionalmente complexa. Dessa forma, o diagnóstico poderá abalar o que temos denominado, em nosso Grupo de Pesquisa, *sentido de continuidade dramática do viver* desses pais (TACHIBANA, 2006; VITALI, 2004). Tal sentido deriva, certamente, da continuidade de ser que precede a constituição de *self* nos primórdios da vida, mas não deve ser confundida com este. Trata-se, a nosso ver, do sentimento de “ser si-mesmo” que subjaz à existência individual ao longo da vida, sustentando elaborações narrativas sobre si mesmo (AIELLO-

VAISBERG, 2012). Dessa forma, quando adultos constituídos em termos de unidade pessoal, ao enfrentarmos situações de radical dramaticidade, estas podem ser vivenciadas como fenômenos que merecem ser designados como “interrupções dramáticas do viver”, uma vez que atingiriam indivíduos já emocionalmente constituídos, por meio do abalo ao seu sentido de continuidade pessoal. Nesta linha, podemos entender fenômenos clínicos importantes, tais como a experiência de adultos bem constituídos, em termos de unidade pessoal, que enfrentam situações de radical dramaticidade, sofrendo intensamente, sem contudo chegar a se desorganizar em termos da emergência de agonias impensáveis (WINNICOTT, 1963). A nosso ver, tais estados têm sido referidos, em nossas pesquisas, como “interrupções dramáticas do viver”, o que, a nosso ver, corresponde à principal questão existencial em jogo diante da revelação diagnóstica da anencefalia.

Vários autores defendem que existe sempre, em todas as gestações, o temor de uma criança malformada (BENUTE; GOLLOP, 2002; LANGER, 1981; MALDONADO, 1997; SOIFER, 1980). Para Soifer (1980), justamente pela baixa incidência de malformações, não existe correlação com a alta ansiedade consciente de sua aparição em todas as gestantes.

Aiello-Vaisberg (1999a) revisitou o material de pesquisa do seu mestrado, constituído por um conjunto de 311 sonhos relatados por seis gestantes, dentre os quais identifica um tipo especial de produção onírica, caracterizado pelo fato da própria sonhadora encontrar-se no lugar do bebê. À luz do conceito winnicottiano de preocupação materna primária, o dar à luz é visto como experiência-limite, que coloca a mulher em contato muito direto com o mistério da vida:

(...) o nascimento não é menos misterioso que a morte. Não é difícil entender que nos remeta a profundos questionamentos sobre a vida. Surge a questão: como, então, a mãe consegue se preparar? Estes sonhos dizem mesmo algo sobre esse preparo? A meu ver surgem mais

perguntas do que respostas. Possivelmente, Winnicott (1956) estava mais certo do que pensava quando assinalou que o estado de preocupação materna primária tinha algo a ver com a loucura. Pode ser, inclusive, que este estado se pronuncie não apenas para que a mãe possa atender o bebê, mas para que seja capaz de comover o meio ambiente social próximo, que pode resgatá-la de muitas angústias. Afinal de contas, pode ser que nascer seja menos complicado do que deixar nascer... (p.141).

Como vemos, é num contexto vivencial profundamente sensível e delicado, que os atendimentos pré-natais se inserem. Avanços importantes e significativos estão rapidamente se desenvolvendo no campo da saúde materno-infantil e, diante desse contexto, torna-se necessário um olhar mais cuidadoso ao drama vivido pelas famílias.

Anteriormente ao advento da ultrassonografia, vigoravam, lado a lado, na experiência da gravidez, tanto a esperança de ter um bebê saudável, quanto os temores relativos a malformações fetais. Essas informações eram objetiva e confiavelmente respondidas apenas ao nascimento do bebê. Atualmente, a tecnologia trouxe mudanças, tornando possível o diagnóstico precoce de diferentes problemas, o que, como mostram alguns estudos, acaba até mesmo por afetar o relacionamento mãe-bebê (MESSIAS, 2006; HORTA, 1998).

Num estudo de revisão bibliográfica, Gomes e Piccinini (2005) realizaram um levantamento de dados e atentaram para o modo como outros autores consideram o impacto do exame de ultrassonografia na relação da gestante e seu bebê, em situações de normalidade e de anormalidade fetal. Concluíram que as pesquisas divergem quanto às modificações da relação materno-fetal ao longo da gestação. Encontraram, entretanto, unanimidade no reconhecimento de que a

realização desse exame, sejam quais forem os resultados, gera repercussões emocionais. Por isso, apontam para a necessidade de cuidado com as reverberações afetivo-emocionais decorrentes da utilização da ultrassonografia, que incluem a possibilidade de atingir a relação materno-fetal.

Como sabemos, existem casos de anomalias fetais cujo prognóstico precoce pode proporcionar benefícios ao bebê, por possibilitar a realização de intervenções favoráveis na gestação, no parto ou após o nascimento. Por outro lado, há problemas fetais diante dos quais nenhuma intervenção é, atualmente, possível, nem antes nem após o nascimento. Nessa condição, o óbito fetal ou pós-natal é inevitável. A anencefalia inclui-se entre as anomalias que não apresentam perspectivas de sobrevivência do bebê.

Uma situação difícil: interromper ou não a gestação

Os movimentos feministas, nas décadas de 1960 e 1970, a nova posição da mulher na sociedade e a maior liberdade sexual criaram, após muitos debates, uma situação propícia à luta pela liberação do aborto que, em alguns países, foi vitoriosa. Os Estados Unidos da América é um deles (REBOUÇAS; DUTRA, 2011). No código penal brasileiro, em 1940 o aborto passou a ser permitido por médicos em casos de risco de vida materno e de gravidez resultante de estupro. A Constituição de 1988 determinou que todos os cidadãos têm direito à vida, porém não estipulou quando esta se inicia (REBOUÇAS; DUTRA, 2011; LOREA, 2006).

Diante de contextos socioculturais e econômicos diversos percebemos que a permissão do aborto e da interrupção do processo gestacional, no caso de gravidez de risco, varia de acordo com o país. No Brasil, a partir de 13 de abril de 2012, o Plenário do Supremo Tribunal Federal (STF) julgou procedente o pedido da entidade Confederação

Nacional dos Trabalhadores na Saúde, em relação à “antecipação terapêutica de parto” em caso de fetos anencéfalos (STF, 2012). Sendo assim, as gestantes ou os casais passaram a poder decidir se desejam ou não interromper a gestação.

Diante do nosso objetivo, de estudar a experiência emocional de casais que decidiram pela interrupção ou continuidade da gestação, é de extrema relevância destacar que a maioria dos estudos encontrados na literatura referem-se exclusivamente a gestantes e mulheres após a interrupção. Compreendemos existir maior facilidade no acesso a gestantes nos serviços de obstetrícia, mas não podemos deixar passar despercebido que o acompanhamento dos pais gradualmente vem apresentando uma frequência mais significativa e as equipes de saúde precisam estar preparadas para incluí-los em suas necessidades de cuidados emocionais.

Benute et al. (2012) pesquisaram os sentimentos das mães imediatamente após a notícia do diagnóstico de que seu bebê apresenta uma malformação fetal letal, com idade média gestacional de 22,5 semanas. Dentre as mulheres entrevistadas, a maioria delas (69,1%) decidiu pela interrupção da gestação, declarando desejar acabar com o próprio sofrimento. Por outro lado, uma expressiva maioria de mulheres, dentre aquelas que resolveram dar prosseguimento à gravidez (74%), justificou a decisão pelo sentimento de culpa, derivado de questões relacionadas ao aborto, a crenças pessoais e ao sentimento de estar matando o bebê. Breeze et al. (2007), chegaram a dados semelhantes quanto ao desejo de interrupção da gestação.

Em nossa experiência clínica, temos observado que os casais frequentemente entram em um estado emocional no qual predomina o sentimento de irrealidade, assim que recebem a notícia de malformação fetal. A nosso ver, este fenômeno pode ser interpretado, a partir de uma perspectiva winnicottiana, como vivência do que pode ser designado como

uma abrupta invasão ambiental. Estamos, portanto, diante de condições psicológicas onde o esforço de tomada de decisão pode se revelar dificilmente suportável. Evidentemente, não podemos afirmar que, com o passar do tempo, o sentimento de irrealidade pode ser sempre superado, possibilitando uma decisão mais amadurecida. De todo o modo, esta clínica revela claros indícios de que a provisão de suporte emocional, em momento de tamanho abalo, mostra-se relevante, influenciando beneficentemente desdobramentos futuros na vida do casal e da família.

Na rotina do acompanhamento pré-natal, gestantes sem intercorrências obstétricas foram abordadas por meio de um questionário, que lhes demandava imaginar se interromperiam a gestação caso tivessem um filho diagnosticado com severas anomalias após 24 semanas (SOUKA et al., 2010). No caso de malformações fetais, 86% responderam que interromperiam a gestação. Quando esses resultados foram comparados com os de mulheres que efetivamente apresentavam uma gestação com severas anomalias fetais, verificou-se que em ambos os casos os únicos fatores importantes para continuar com a gestação eram as crenças religiosas e a frequência nas suas práticas.

Não podemos deixar de nos pronunciar sobre a realização de estudos como o de Souka et al. (2010). A nosso ver, uma perspectiva ética bem fundamentada torna imperativo que pesquisas com seres humanos gerem ações práticas, benéficas e imediatas para os próprios participantes ou que, pelo menos, não os perturbem de modo algum, inclusive emocionalmente. Não nos esqueçamos de que, com desprendimento e desejo de ajudar, os participantes usualmente concordam em contribuir com estudos científicos, conhecendo ou não os métodos de pesquisa. Sendo assim, acabam por ficar à mercê dos pesquisadores, contando com sua honestidade e aptidão. Verificamos no estudo citado, que a escolha dos autores por interrogar as gestantes, inserindo um tema intensamente ansiogênico e próximo de sua experiência, vale lembrar, questionando se interromperiam sua gestação

caso fosse detectada malformação, é, no mínimo incrivelmente infeliz e eticamente questionável. Não é preciso acumular grande conhecimento sobre psicologia para perceber que interrogar gestantes deste modo pode provocar a emergência ou intensificar temores e ansiedades relativos ao bem-estar fetal.

O acompanhamento após a interrupção ou parto

Concordamos com Tachibana (2006) sobre a necessidade de cuidado psicológico voltado às mulheres que decidem pela interrupção da gravidez, mas também às que optam pela continuidade da gestação. Na clínica da maternidade, diagnósticos como os da anencefalia, onde ocorrem situações de perda do bebê, as dimensões psicoterapêutica e psicoprofilática devem ser levadas em consideração. No âmbito psicoterapêutico, se faz premente a realização de suporte emocional ao sofrimento de gestantes e casais que sofreram perdas ou irão sofrer. Quanto à realização de intervenções de cunho psicoprofilático, estas são justificadas mediante o conhecimento da interrelação entre a saúde mental da mãe e os processos de amadurecimento emocional do bebê (WINNICOTT, 1945). Considerando que experiências disruptivas ou angustiantes prejudicam as condições de promoção do cuidado materno suficientemente bom, compreendemos que a atenção psicológica a gestantes repercute inexoravelmente ao cuidado emocional na infância. Tratando-se de gestantes que vivenciam circunstâncias extremas, tal qual o diagnóstico de malformação fetal, as intervenções psicoprofiláticas pretendem atingir sua futura prole.

Quando o casal decide pela interrupção da gestação, em virtude de malformação fetal por anencefalia, o atendimento psicológico hospitalar, durante a intervenção obstétrica, é muito importante, por várias razões. Uma delas, que pode gerar importantes consequências, deriva do fato de a grande maioria dos hospitais não estar preparada, por se organizar

segundo critérios instrumentais e pragmáticos, para distanciar as mães que receberam seus bebês saudáveis daquelas que sofreram um aborto espontâneo, tiveram um natimorto ou que realizaram uma interrupção da gestação (TACHIBANA, 2006). Nesses casos, o choro de outros bebês é vivido como uma brutal invasão ambiental, gerando sofrimento extremo.

Sabemos que a duração da internação varia de acordo com a resposta materna ao medicamento utilizado para a contração uterina. Esses momentos são vividos com muita angústia pelo casal e por toda a família, que fica à espera das “contrações”. A angústia aumenta proporcionalmente ao tempo em que se espera a finalização da interrupção.

Quando o procedimento se completa, algumas mães desejam ver o bebê (BENUTE et al., 2006; SILVA; RODRIGUES; AMARAL, 2011; TACHIBANA, 2006, 2011), o que cria difíceis situações para as equipes. Acreditamos existirem motivos éticos para atender e respeitar tal decisão, mas clinicamente não temos como avaliar suas consequências na saúde emocional das mães. Referindo-se à experiência da equipe de saúde, quando se depara com uma gestação interrompida, Tachibana (2011, p.86) alerta:

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

Benute et al. (2006) preocuparam-se em investigar as repercussões emocionais de mulheres que interromperam a gestação. Utilizando entrevistas semidirigidas, contataram as participantes de 30 a 60 dias após o procedimento obstétrico. Duas questões parecem-nos bastante relevantes: uma, que se refere à vivência de dúvidas quanto à decisão tomada e outra, que se refere a qual atitude tomaria caso se visse, no presente momento, diante da mesma situação. As respostas obtidas são, a nosso ver, muito interessantes, na medida em que praticamente quase a metade das participantes relatou vivenciar dúvidas quanto à decisão tomada, enquanto uma grande maioria (91%) admitiu que tomaria a mesma atitude. Delineia-se, deste modo, um quadro geral complexo, no qual coexistem dúvidas com a reafirmação da escolha feita. A nosso ver, o reconhecimento ou o não reconhecimento das dúvidas é algo que mereceria outras investigações, em busca dos sentidos afetivo-emocionais que cada uma dessas posições pode estar expressando. De nossa parte, acreditamos que esses dados demonstram que, num pequeno período após a interrupção, é possível reconhecer a dúvida em relação à atitude tomada, mas seria devastador, pelo menos neste primeiro momento, reconhecer que outra decisão poderia ter sido tomada, pois, provavelmente, vivenciariam uma *"interrupção dramática do viver"* (VITALI, 2004).

A importância do acompanhamento psicológico aparece nos estudos de Korenromp et al. (2005), especialmente no período entre o segundo e sétimo anos posteriores à interrupção. Os autores destacam a necessidade de atenção especialmente a camadas da população com menor nível educacional, bem como a importância de suporte para o parceiro. Em estudo posterior, os mesmos autores (KORENROMP et al., 2009) investigaram os efeitos psicológicos da interrupção da gestação, abordando mulheres holandesas em três momentos distintos: após quatro, oito e dezesseis meses. De acordo com o estudo, baseado em informações provenientes de um questionário, quando entrevistadas após

o quarto mês da realização do procedimento, um número considerável de mulheres ainda se mostrava abalada. Notaram também uma queda significativa nesse aspecto, tanto no oitavo quanto no décimo sexto meses, chegando aos limiares da pesquisa anteriormente mencionada (KORENROMP et al., 2005). Novamente os autores ressaltam a importância de oferecer atendimento psicológico aos casais, antes e após a interrupção.

Mirlesse et al. (2011) realizaram um estudo com mulheres francesas que interromperam a gestação de fetos com anomalias. Tinham como objetivo verificar os aspectos referentes à decisão pela interrupção, bem como as atitudes em relação ao corpo do bebê. Por meio de questionários, os autores compararam os posicionamentos e reflexões das entrevistadas em dois períodos: em 1999 e em 2005/2006. Notaram que as mulheres que participaram da pesquisa em 2005/2006 apresentavam uma maior percepção de que a decisão em relação ao procedimento deveria ser conjunta entre o médico e o casal, assim como um desejo maior de ver o bebê após a interrupção. Uma vez que a lei francesa, a partir de 2002, passou a garantir à mulher a obtenção de todas as informações para uma melhor escolha sobre a interrupção, Mirlesse et al. (2011) alegam que o posicionamento das mulheres pode parecer paradoxal, se forem diretamente atrelados o aumento de informação ao aumento de autonomia na decisão. Entretanto, não é isso o que acontece, e sim justamente o contrário. Alertam para o fato de que atualmente a medicina proporciona uma gama de exames, que por si só causam ansiedade, e a possibilidade de buscar ajuda profissional apresenta grande relevância no momento para qualquer decisão, pois pode minimizar o sentimento de isolamento. Acreditamos que contextos sociais, culturais, históricos e econômicos diferenciados podem proporcionar vivências emocionais que acarretam comportamentos diversos.

Tanto Benute et al. (2006) como Costa et al. (2005) demonstram uma percepção das mulheres de que suas opiniões foram as que mais

pesaram para a tomada da decisão. Costa et al. (2005) apontam o papel de gênero como provavelmente o principal fator desses achados, por recair sobre as mulheres a responsabilidade da reprodução. Diante desse quadro, novos estudos sobre os motivos que as levaram a essa conclusão parecem necessários, pois tanto pode estar em jogo a submissão da mulher, encerrada na função materna, quanto um lugar de autonomia individual, derivado do fato do bebê estar “em território materno”, vale dizer, alojado em seu corpo. Em nossa experiência clínica, a maioria dos casais se une em uma mesma decisão, ainda que a palavra final acabe sendo da mulher.

Com base num estudo relacionado ao aborto, Menezes e Aquino (2009) debruçaram-se sobre a perspectiva masculina frente a essa questão, independentemente de se tratar de fetos malformados ou não. Concluem que o fato de o bebê desenvolver-se no corpo feminino pode fazer com que o homem exclua-se totalmente da gestação, principalmente quando é interrompida:

“O tipo de vínculo com a parceira parece determinante para se assumir a gravidez e o filho, sendo fundamental o reconhecimento da relação, com o casal constituído, ou em vias de fazê-lo. Nos casos em que a gravidez não é aceita, a ilegitimidade do vínculo é alegada, comportando inclusive suspeição acerca da paternidade. [...] A inclusão dos homens nas pesquisas traz perspectiva complementar à das mulheres, habitualmente únicas a se pronunciar sobre o tema”. (p. S196).

Apresentaremos a seguir uma pesquisa de grande relevância para a nossa investigação, por incluir as vivências e sentimentos dos casais em relação a malformações fetais letais. Como dissemos anteriormente, nas pesquisas ligadas à obstetrícia, geralmente os pais não são incluídos e,

quando isso acontece, a gestante mantém-se sendo o principal foco. Felizmente, mesmo com vagarosidade, tal situação vem se modificando e necessita do preparo das equipes de saúde para conduzirem tais mudanças. Julgamos importante salientar que este estudo volta-se aos casais que decidiram dar continuidade à gestação. Apresenta, portanto, um enfoque diferenciado e demonstra a necessidade de oferecimento de atenção psicológica não somente à gestante, mas ao casal parental.

Em interessante estudo qualitativo, Côté-Arsenault e Denney-Koelsch (2011) entrevistaram, durante a gestação ou logo após o nascimento do bebê, duas mulheres e três casais que decidiram continuar a gestação após o diagnóstico de malformação fetal letal. Realizaram entrevistas semidirigidas, cujo conteúdo foi gravado em áudio, mas também gerou anotações durante e imediatamente após cada encontro. A análise do material permitiu-lhes chegar a duas dimensões e seis temas³. A primeira dimensão refere-se à *experiência emocional pessoal* e a segunda à *experiência em relação às outras pessoas*. Na primeira dimensão, os autores encontraram os seguintes temas: “Luto de múltiplas perdas”, referindo-se ao luto da gravidez normal, do bebê saudável e da parentalidade futura; “Parentalidade interrompida”, relativa aos sentimentos de interrupção brusca no processo normal de tornar-se pai e mãe; “Meu bebê é uma pessoa”, que aparece como um desejo unânime dos pais de honrar e legitimar a humanidade de seu bebê. Na segunda dimensão aparecem: “Cuidados de saúde fragmentados”, caso em que os pais se distanciam dos vários profissionais de saúde; “Desconectados da família e dos amigos”, que descreve a falta de compreensão do que estão vivenciando; e “Totalmente sozinhos”, tema que atravessa as duas dimensões por expressar como o sentimento de isolamento social

³ É interessante notar que esses temas parecem guardar algum parentesco com o que conceituamos, a partir de uma perspectiva psicanalítica concreta, como campos de sentido afetivo-emocional.

aumenta a sensação de perda e solidão. Os autores evidenciam a necessidade do acompanhamento dos pais por toda a equipe de saúde. O desejo do casal é que exista uma continuidade nos cuidados, mas sem julgamentos.

Destacando o papel da comunidade, que prestaria cuidado ao casal que se depara com óbito fetal, a investigação de Bennett et al. (2005) aponta para a existência de desqualificação ou amenização do ocorrido. Diante disso, a gestante ou o casal vivenciarão também uma perda de apoio, mesmo quando o afastamento seria decorrente de angústias ou desconfortos ocasionados nos membros mais próximos devido à menção do assunto. A essas perdas, os autores dão o nome de "silenciosas".

De acordo com os resultados de Côté-Arsenault e Denney-Koelsch (2011) e Obeidi (2010), evidenciou-se que, mesmo em países onde a interrupção não necessita de permissão judicial - fato que, em teoria, poderia produzir um ambiente mais receptivo à problemática e, portanto, melhor capacitado tecnologicamente e psicologicamente -, os profissionais encontram-se despreparados para prestar os cuidados adequados à gestante e ao casal que decidem pela continuidade da gestação.

A necessidade da promoção de projetos de capacitação, destinados aos profissionais, visando promover apoio às famílias em casos de diagnósticos limitantes da vida fetal, tem sido objeto de estudo (WOOL; NORTHAN, 2011; SILVA; RODRIGUES; AMARAL, 2011). Concordamos com os autores quando enfatizam o valor destas iniciativas, entendendo que devem ser desenvolvidas de modo continuado. Entretanto, sabemos que transformações no substrato afetivo-emocional, o fundamento sustentador de todas as manifestações humanas, não se dão por meio de incrementos cognitivos, nem tampouco a partir de elaborações representacionais. Dessa forma, a transmissão cognitiva de conhecimentos deve, a nosso ver, ser complementada por outro tipo de intervenção, que objetive fornecer cuidado psicológico, que possa favorecer diminuição da

ansiedade e de condutas defensivas por parte dos profissionais. Encontramos em Tachibana (2011) e em Aiello-Vaisberg e Tachibana (2008), um alerta para a importância da criação de um *ambiente hospitalar suficientemente bom*, para que o profissional não assuma uma postura defensiva, de cunho dissociativo. Entendemos que esse trabalho clínico deva ser realizado a partir de um enquadre diferenciado da clínica convencional, que foi denominado como consulta psicoterapêutica, com o intuito de trabalhar com equipes de saúde. Nas palavras das autoras:

Em termos interventivos, a atenção psicológica clínica ao profissional favorece o desenvolvimento do potencial criativo, o que permite lidar melhor com o ambiente de trabalho, sem se deixar levar pelo sofrimento de seus pacientes, nem tampouco se defender da angústia despertada por defesas estereotipadas e intelectualizadas. Afinal, o profissional merece, eticamente falando, vivenciar seu exercício profissional de maneira a sentir-se autêntico e presente (AIELLO-VAISBERG; TACHIBANA, 2008, p.159).

Como vemos, o diagnóstico de anencefalia fetal, como todo acontecer humano, corresponde a fenômeno concreto dotado de grande complexidade, que pode e deve ser abordado a partir de diferentes perspectivas científicas, filosóficas, éticas e jurídicas. A presente pesquisa busca se inscrever como contribuição a um debate bastante amplo, delimitando como objetivo a investigação psicanalítica da experiência emocional de casais que optam pela continuidade ou interrupção do processo gestacional. Trata-se, portanto, de trazer um olhar que privilegia a dimensão afetivo-emocional, visando produzir um tipo de saber que permita cuidado psicológico compreensivo e sensível.

Partimos agora para o embasamento metodológico de nosso estudo sobre a experiência emocional dos casais.

Capítulo 2

Estratégias Metodológicas

Objetivamos investigar a experiência emocional de casais que se deparam com o diagnóstico de anencefalia fetal e com a necessidade de tomar uma decisão acerca da continuidade ou interrupção da gestação. Adotando o referencial teórico-metodológico da psicanálise concreta, operacionalizamos o método por meio da produção interpretativa de campos de sentido afetivo-emocional. Tal quadro nos permite, portanto, definir o presente trabalho como pesquisa empírica qualitativa com o método psicanalítico.

Fundamentação metodológica

A pesquisa qualitativa empírica vem se expandindo notavelmente no campo da psicologia, a partir dos anos oitenta. A emergência deste modo diferenciado de fazer pesquisa, nas ciências humanas, seguiu de perto mudanças sociais, políticas e culturais importantes, os chamados movimentos sociais. Estes correspondem a iniciativas de minorias que passaram, desde meados do século XX, a reivindicar mais visivelmente seus direitos. O caso mais emblemático foi o movimento feminista, mas também não podemos esquecer da luta pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, das pessoas com deficiências, dos homossexuais, dos afrodescendentes, dentre outros. Tais movimentos destacaram problemáticas humanas para cuja solução não contribuía, de modo significativo, o conhecimento produzido pelas pesquisas positivistas. É fácil perceber as razões desse fato, uma vez que a abstração dos contextos concretos, de emergência das experiências e condutas, dificulta o avanço do debate sobre a vida de pessoalidades, individuais e coletivas (AIELLO-

FERNANDES, 2013; AMBROSIO; AIELLO-FERNANDES; AIELLO-VAISBERG, 2013; BLEGER, 1963).

A pesquisa qualitativa realiza-se como produção de conhecimento sobre o humano a partir de um paradigma intersubjetivo, tendo em vista produzir compreensões interpretativas do viver que exigem a consideração dos contextos vinculares, sociais, econômicos, históricos e culturais. Parte do pressuposto da impossibilidade de ocorrência de distanciamento do evento estudado, ou seja, compreendem que a tentativa de estabelecimento de uma postura neutra do pesquisador, além de ser inalcançável, prejudica a consideração do fenômeno, uma vez que este faz parte de um mundo inter-humano.

No campo das ciências humanas e sociais existem diversos caminhos em se tratando de metodologias qualitativas. Na pesquisa psicológica, várias são as abordagens utilizadas: fenomenologia, pesquisa-ação, análise de conteúdo, análise de discurso, abordagem narrativa, abordagem sócio histórica, etnografia, entre outras. Raramente o método psicanalítico é incluído como uma das abordagens possíveis (DENZIN; LINCOLN, 2005), sendo Turato (2003), por reconhecer as contribuições da psicanálise, uma das exceções.

Nas pesquisas qualitativas, de abordagem psicanalítica, retomamos o homem concreto resgatado por Politzer (1928, p.67):

Ora, caso tenha sua razão de ser, a psicologia só pode existir como ciência "empírica". Ela deve interpretar a exigência da primeira pessoa e da homogeneidade de maneira apropriada a seu plano. Tendo de ser *empírico*, o *eu* da psicologia só pode ser o *indivíduo particular*. Por outro lado, esse *eu* não pode ser o sujeito de um ato transcendental, como a percepção, pois é preciso uma noção que esteja no mesmo plano que o indivíduo concreto e que seja simplesmente o ato do *eu* da psicologia. Ora, o ato do

indivíduo concreto é a *vida*, mas a vida singular do indivíduo singular, isto é, *a vida no sentido dramático do termo*.

Mais adiante, Politzer (1928, p.68) prossegue:

O psicólogo terá então algo do crítico de teatro: um ato sempre se lhe apresentará como segmento do drama que só tem existência no e pelo drama. Seu método não será, portanto, um método de *observação* pura e simples, mas um método de *interpretação*.

Articulando o pensamento crítico de Politzer (1928), Bleger (1963) contribui com novos elementos para a fundamentação da psicologia concreta. Ao concordar com o filósofo acerca da natureza vincular do homem, sendo, portanto, imprescindível a consideração dos contextos em que vive - social, cultural, histórico, econômico - Bleger (1963) apresenta o seu conceito de conduta como um retorno aos "próprios fatos", ou seja, à concretude, à dramática de qualquer manifestação humana que se expressa, sempre e simultaneamente, na área mental, corporal e de atuação no mundo. Define o campo como concebido a partir do ser humano concreto, que apresenta uma coexistência e uma intersubjetividade. "A conduta é sempre emergente de um campo, emergente que pode recair de forma predominante sobre o indivíduo ou sobre os outros elementos que o integram" (BLEGER, 1963, p.37).

Psicanalista brasileiro de fundamental importância, Herrmann (1979), insere o conhecimento psicanalítico no universo acadêmico contribuindo para o avanço da psicanálise como ciência humana:

Este ensaio é muito simples; sua dificuldade é a do pensamento sem mistura. [...] Representa o esforço de um psicanalista em recuperar a unidade essencial de sua

disciplina, apoiado no seguinte fio condutor de toda a reflexão: dos três sentidos atribuídos por Freud ao termo *psicanálise*, o método é logicamente anterior e primitivo em relação aos outros – teoria e terapia [...] (HERRMANN, 1979, p.11).

A partir da distinção entre método, teoria e técnica psicanalíticas, Herrmann (1979) construiu sua Teoria dos Campos. Remete-nos a distinções estabelecidas pelo próprio Freud (1923), quando definiu o verbete *psicanálise* para a Enciclopédia Britânica, posteriormente retomado por Laplanche e Pontalis (1967, p. 384-385):

Disciplina fundada por Freud e na qual podemos, com ele, distinguir três níveis: A) Um método de investigação que consiste essencialmente na evidenciação de significado inconsciente das palavras, das ações, das produções imaginárias (sonhos, fantasmas, delírios) de um indivíduo. Este método baseia-se principalmente nas associações livres do indivíduo, que são a garantia da validade da interpretação. A interpretação psicanalítica pode estender-se a produções humanas para as quais se não dispõe de associações livres. B) um método psicoterapêutico baseado nesta investigação e especificado pela interpretação controlada da resistência, da transferência e do desejo. Com este sentido se relaciona o uso de *psicanálise* como sinônimo de tratamento psicanalítico; exemplo: começar uma *psicanálise* (ou uma análise). C) Um conjunto de teorias psicológicas e psicopatológicas em que são sistematizados os dados introduzidos pelo método psicanalítico de investigação e tratamento.

O posterior desenvolvimento da psicanálise, segundo Politzer (1928) e Ricoeur (1965), deu-se a partir da duplicidade do discurso freudiano. Muitos autores defendem a convivência continuada com a contradição inegável entre perspectiva energética e uma teoria do sentido. Outros, contudo, tais como Bleger (1963), Storolow, Atwood e Brandcraft (1994), defendem a necessidade de superação da teorização especulativa clássica pelo modelo relacional e intersubjetivo. Para os adeptos desta posição, a metapsicologia teria desempenhado um papel importante no pensamento científico, considerando-se o momento histórico em que foi formulada. Sua manutenção pura e simples seria, assim, uma obsolescência inaceitável (GREENBERG, MITCHELL, 1994).

Apresentando proposições absolutamente originais, Herrmann (1979) é fonte inspiradora para o desenvolvimento de fundamentos teórico-clínicos orientados psicanaliticamente, auxiliando-nos no embasamento de nossos estudos, no que tange os aspectos epistemológicos e interventivos.

Atendo-se às pesquisas acadêmicas tidas como psicanalíticas, Herrmann (1988) discrimina três tipos de trabalhos. O primeiro deles consiste na realização de estudos teóricos sobre textos psicanalíticos, considerados mediante o uso do método hermenêutico. O segundo tipo apresenta a abordagem de hipóteses levantadas na clínica psicanalítica, por meio de desenhos metodológicos objetivos⁴. Dessa forma, esse modelo de investigação vale-se dos pressupostos da pesquisa quantitativa, mas os resultados da pesquisa são analisados a partir do uso das teorias psicanalíticas. Finalmente, no terceiro tipo, fenômenos clínicos, sociais e culturais, que tanto têm lugar dentro como fora de dispositivos

⁴ Sabemos que este tipo de pesquisa recebe mais incentivo das agências de fomento, se comparado às outras modalidades de pesquisas psicanalíticas. Imaginamos que a apresentação de dados objetivos apareça, nesse cenário, como um facilitador.

de atendimento, são investigados mediante o uso do método psicanalítico. Acreditamos existir mais um tipo de uso da psicanálise na configuração de pesquisas: quando esta se associa interdisciplinarmente com outros saberes. A proposta de Turato (2003) caminha neste sentido.

Temos optado por realizar nossas investigações segundo a configuração do terceiro tipo de pesquisa por apresentar estabelecidas tanto uma vertente propriamente clínica, como uma denominada clínica extensa, que corresponde à investigação da sociedade e da cultura (HERRMANN, 1979).

Uma vez que concordamos com autores que defendem a primazia do método psicanalítico sobre as teorias e técnicas, pudemos nos dedicar ao desenvolvimento de enquadres diferenciados, dispositivos interventivos orientados pelo que vimos chamando *estilo clínico 'Ser e Fazer'*.

A partir do uso do método psicanalítico, iniciaram-se na 'Ser e Fazer': Oficinas Psicoterapêuticas de Criação, do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e, posteriormente, na Pontifícia Universidade Católica de Campinas, investigações sobre potencialidades mutativas de enquadres clínicos diferenciados, estudos sobre imaginários coletivos e, mais recentemente, pesquisas sobre experiência emocional.

Inicialmente, estudamos a potencialidade mutativa de enquadres clínicos diferenciados através de consultas psicoterapêuticas individuais ou coletivas (AIELLO-VAISBERG; AMBROSIO, 2009, 2007, 2006; AMBROSIO, 2005, 2013; AMBROSIO; AIELLO-VAISBERG, 2011, 2009; AMBROSIO; AIELLO-VAISBERG; FERREIRA; CORRÊA, 2005; AMBROSIO; CIA; AIELLO-VAISBERG, 2010; AMBROSIO; FIALHO; AIELLO-VAISBERG, 2010; CAMPS, 2009; CIA; AMBROSIO; AIELLO-VAISBERG, 2007; MANNA et al., 2011; MENCARELLI, 2010; VITALI, 2004). Ambrosio (2013) trouxe-nos uma grande contribuição ao apresentar o *Procedimento 'Ser e Fazer' de Acompanhamento de Intervenções Psicoterapêuticas*, onde organiza teórico-conceitualmente a fundamentação metodológica que permite a

realização de investigações alinhadas aos pressupostos epistemológicos do estilo clínico 'Ser e Fazer'.

Na pesquisa-intervenção sobre imaginários coletivos, buscamos, a partir de pessoalidades coletivas de diferentes grupos sociais, abordar variadas situações humanas, notadamente dotadas de potencial gerador de sofrimento emocional (AIELLO-FERNANDES, 2013; BARCELOS; CIA; AIELLO-VAISBERG, 2011; AMBROSIO; FERNANDES; AIELLO-VAISBERG, 2011; MANNA, 2013; MARTINS; VAISBERG, 2010; FIALHO et al., 2012; MONTEZI et al., 2013; PONTES et al., 2010; TACHIBANA, 2011).

Mais recentemente, dedicamo-nos a investigações que têm, no conceito de experiência emocional, sua principal temática (AMBROSIO, 2013; AMBROSIO; AIELLO-FERNANDES; AIELLO-VAISBERG, 2013; AIELLO-FERNANDES, 2013; CORBETT, 2014).

Os conceitos de experiência e de campo de sentido afetivo-emocional

Retomando tanto o conceito de *conduta* de Bleger (1963), quanto o de *dramática* de Politzer (1928), defendemos que as manifestações humanas devem ser abordadas concretamente, como experiência emocional vivida sempre em primeira pessoa.

Inspirada na formulação campo/inconsciente relativo de Herrmann (1979), em próxima interlocução com a obra de Bleger (1963), Aiello-Vaisberg (2003a, 2003b, 2005), veio a propor a criação de um elemento fundamental para a realização de investigações psicanalíticas: o conceito de *campos de sentido afetivo-emocional*. Posteriormente, campo e conduta foram considerados conceitos solidários, de modo bastante claro e didático, o que repercutiu favoravelmente em termos da precisão metodológica daí resultante (AIELLO-VAISBERG; MACHADO, 2008).

Podemos encontrar em Ambrosio (2013, p.55) uma definição para esse conceito, tão caro ao “estilo clínico ‘Ser e Fazer’”. Nas palavras da autora:

Compreendemos por *campos de sentido afetivo-emocional* um conjunto de regras – crenças, ideias, sentimentos, pensamentos, valores - que operam tanto de modo consciente como não consciente em todas as manifestações humanas. Seriam a matéria originária, a essência e o fundamento sustentador das condutas humanas. Os *campos de sentido afetivo-emocional* não possuem uma existência ontologicamente independente; consistem em produções interpretativas do psicanalista/pesquisador, a partir de sua experiência no encontro com narrativas transferenciais. Sendo assim, podemos entender que o material de que se trata é proveniente das impressões subjetivas que brotam no encontro de uma pessoa com qualquer fenômeno, registradas sob a forma de narrativa. Afirmar que os *campos* são produções interpretativas indica a compreensão da natureza absolutamente vincular do encontro inter-humano, ou seja, entende-se que os *campos* são criações/encontros (WINNICOTT, 1971a) de sentidos possíveis, não sendo entidades ou princípios preexistentes à experiência, aguardando para serem descobertos ou traduzidos pelo psicanalista. Os sentidos possíveis das condutas são, portanto, construídos no encontro inter-humano, em campo transferencial.

Cabe, contudo, perguntar sobre quais seriam as condutas humanas a receberem a atenção da psicologia. À luz das formulações blegerianas, a resposta é simples: as mesmas condutas focalizadas pelas demais ciências humanas. A especificidade da abordagem psicológica consiste na consideração do que podemos designar como uma dimensão da conduta, de caráter eminentemente pessoal e dramático, que é o da experiência

emocional. Um exemplo pode ser útil: imaginemos um fenômeno concreto, qual seja, o do fato de hoje, em determinado país, haver desemprego de uma parcela da população adulta e saudável. Este fenômeno pode ser estudado pela sociologia, pela história, pela economia, pela ciência política, que o abordarão segundo vértices específicos. Competirá à psicologia o estudo do drama vivenciado pelos desempregados e suas famílias – sua experiência emocional – que é tão importante como outros aspectos e dimensões da mesma problemática.

Aprofundamo-nos, portanto, a partir de uma psicologia concreta (POLITZER, 1928; BLEGER, 1963) na *experiência* vivenciada por personalidades individuais ou coletivas. Compreendida em sua dimensão de experiência emocional, a conduta emergirá a partir de campos relacionais, que são sempre campos de sentido afetivo-emocional. Aiello-Fernandes (2013, p. 59, grifo do autor) apresenta-nos a sua definição:

A experiência pode, portanto, ser definida como modo de habitar dramaticamente campos de sentido afetivo-emocional, que correspondem a mundos ou ambientes “psicológicos” humanamente produzidos.

Fica claro, portanto, que os conceitos de *campo de sentido afetivo-emocional* e *experiência* devem ser utilizados quando nos referimos a eventos dramáticos e vinculares (AMBROSIO, 2013; AMBROSIO; AIELLO-FERNANDES; AIELLO-VAISBERG, 2013; BLEGER, 1963).

A nosso ver, tais conceitos revelam-se heurísticamente fecundos quando nos debruçamos sobre o drama de casais que recebem diagnóstico de malformação fetal sob forma de anencefalia. Sendo assim, nossa pesquisa valeu-se desses conceitos para sua fundamentação.

Procedimento investigativo de acesso ao acontecer clínico

O acesso ao acontecer clínico deu-se a partir de consultas a anotações clínicas, elaboradas pela pesquisadora durante oito anos de experiência com atendimentos psicológicos a casais com gestação de risco. As consultas psicoterapêuticas aconteceram em instituição médica a partir de encaminhamentos realizados pela equipe de Medicina Fetal. Tais sessões foram manejadas a partir da observância de um referencial teórico winnicottiano, no qual o *holding* (WINNICOTT, 1956), ou sustentação emocional dos pacientes, configura-se como intervenção privilegiada. Trata-se de visão clínica e antropológica segundo a qual existe uma tendência de autorrealização que, uma vez favorecida, permite a conquista ou reconquista da saúde emocional.

É fundamental destacar que estes atendimentos foram realizados por indicação exclusivamente clínica, sem nenhuma intenção investigativa. As anotações tinham, inicialmente, três funções: constituir material destinado a reflexões clínicas da própria psicóloga ou a supervisões eventuais, bem como fornecer subsídios para auxiliar a equipe médica e de enfermagem. A ideia de usar este material como parte de pesquisa científica ocorreu algum tempo depois dos atendimentos propriamente ditos. Em outros termos, nenhum procedimento alheio ao que era efetivamente necessário ao atendimento dos casos foi acrescentado. Assim, não se pode dizer que foram feitas entrevistas de pesquisa e sim uma consulta a anotações clínicas que foram elaboradas de modo absolutamente independente. Dado o período em que o trabalho foi desenvolvido, tais anotações geraram um arquivo bastante significativo.

Procedimento investigativo de registro do acontecer clínico

Notamos o uso de narrativas na realização de pesquisas empíricas em áreas como a antropologia, a saúde pública, a enfermagem, a psicologia, entre outras, podendo ser percebidas variadas formas e diversos objetivos de seu uso.

No campo da psicologia não é diferente; encontramos autores interessados na confecção ou no uso de narrativas, tanto na clínica psicológica, quanto na pesquisa.

Podemos mencionar Bettelheim (1976), com seu conhecido estudo sobre os contos de fadas e sua função no desenvolvimento emocional do adulto e das crianças. Hisada (1995) utiliza histórias provenientes da literatura infanto-juvenil ou de fábulas, mitos e lendas, de acordo com a percepção, por parte do psicoterapeuta, da necessidade dos pacientes. Levando em conta o "momento evolutivo em que o paciente se encontra, o tipo de angústia e defesas vivenciados naquele momento do processo transferencial." Hisada (1995), intenciona facilitar o processo de comunicação nos momentos de resistências.

Já Safra (1984), Micelli-Baptista e Aiello-Vaisberg (2004), Aiello-Vaisberg et al. (2007) utilizam a criação de histórias como intervenção psicoterapêutica com crianças. Ambos os autores, a partir de suas experiências com crianças e pais, criam narrativas inéditas para serem lidas às crianças, trazendo, juntamente aos elementos das histórias de vida dos envolvidos, a sustentação emocional por parte do psicanalista, que favorece a superação de dissociações.

Outros autores também se dedicam ao estudo da relação entre narrativa e intervenção, com o que vêm denominando *narrativas interativas*. Utilizando pequenas histórias construídas de maneira a proporcionar vários desfechos, pretende facilitar, para cada paciente, a ocorrência de trânsito entre campos de sentido afetivo-emocional

(GRANATO, AIELLO-VAISBEG, 2011; GRANATO; CORBETT; AIELLO-VAISBERG, 2011).

No campo da educação, podemos destacar o trabalho de Rey e Sirota (2007), utilizando as narrativas ficcionais como uma maneira de preservar o autorreconhecimento e de Chough (2002), valendo-se da utilização das narrativas ficcionais como estratégia metodológica na pesquisa qualitativa.

O procedimento de registro, no contexto da pesquisa com o método psicanalítico, corresponde à preparação de um material escrito, tendo em vista sua comunicação a outros pesquisadores. Compreendemos esta comunicação como uma apresentação, no sentido winnicottiano do termo (WINNICOTT, 1964), vale dizer, como um “texto-rabisco”⁵, a partir do qual o leitor poderá, ele próprio, criar/encontrar (WINNICOTT, 1971a) múltiplos sentidos.

Sabemos que a pesquisa psicanalítica baseada no estudo de casos clínicos é o procedimento tradicional da psicanálise, desde sua criação. Freud registrou suas ideias em cartas, artigos, descrevendo seus próprios sonhos, experiências com os pacientes e encontros com obras de arte. A partir de suas produções, pudemos conhecer sua inovação - a apresentação de um método investigativo das Ciências Humanas, o método psicanalítico.

⁵ Na ‘Ser e Fazer’, inspiramo-nos na contribuição winnicottiana acerca do Jogo do Rabisco (1968) para apresentarmos o modo que compreendemos a interação psicoterapêutica/psicoprofilática, vale dizer, primordialmente vincular. Assim como Winnicott propõe um jogo “sem regras” aos seus pacientes infantis, mas se mantém aberto a outras formas de expressão, nossa ideia de “texto-rabisco” também pretende contemplar a possibilidade de interação do leitor com o material, criando/encontrando seus próprios sentidos.

Desde a perspectiva politzeriana, a narrativa é o que torna possível a apreensão das manifestações dos seres humanos concretos, da dramática. Por este motivo, temos trabalhado ao longo dos últimos anos com narrativas transferenciais, que se definem como textos onde figuram tanto narrativas de lembranças dos acontecimentos, como registros relativos a impactos e reverberações emocionais que o acontecer clínico provoca na pessoa do pesquisador (AIELLO-VAISBERG; MACHADO, 2005; AIELLO-VAISBERG et al., 2009; MONTEZI et al., 2013).

Rigorosamente fiel ao método psicanalítico, o uso de narrativas transferenciais como registro do acontecer clínico, possibilita que o pesquisador possa debruçar-se sobre o material para a produção interpretativa de campos de sentido afetivo-emocional. Porém, a preocupação com a divulgação no meio acadêmico de pesquisas científicas, assim como questões emocionais advindas do autorreconhecimento dos pacientes/participantes, fez com que decidíssemos optar por outra forma de registro das narrativas transferenciais: as narrativas transferenciais ficcionais (AMBROSIO; CIA; AIELLO-VAISBERG, 2010; CORBETT, 2014). Acreditamos que, além da preservação do reconhecimento e do autorreconhecimento, a possibilidade de transpor a narrativa de histórias de vida dolorosas para um terreno transicional, o da ficção, favorece um suporte emocional no contato com o sofrimento humano, respeitando também a sensibilidade do leitor.

As narrativas transferenciais ficcionais tanto podem ser utilizadas para apresentação de qualquer tipo de acontecer clínico, vale dizer, de sessões de atendimento ou de entrevistas de pesquisa, tanto individuais como grupais.

Podemos distinguir dois modos de criação de narrativas ficcionais. No primeiro deles, o pesquisador elabora uma narrativa transferencial a partir de um único caso para, num segundo momento, transfigurá-la por meio da modificação de dados identificatórios, de circunstância de vida ou

de cenário, tendo em vista dificultar tanto reconhecimento como autorreconhecimento (CORBETT, 2014). O segundo modo consiste em processo de maior complexidade, que se define pela criação de um "personagem-paciente" a partir de um conjunto de pacientes efetivamente atendidos. Trata-se de procedimento classicamente utilizado no campo psicanalítico, que permite que os aspectos centrais da dramática vivida, em termos de angústias e condutas defensivas, sejam claramente apresentados, sem que pessoas sejam diretamente expostas (CALIGOR; KENBERG; CLARKING, 2008, p. ix). Nas palavras dos autores:

Antes de nos debruçarmos sobre o texto, queremos fazer um comentário sobre a natureza do material clínico que será apresentado. Ao escrever sobre a situação clínica, o escritor sempre fica dividido entre o desejo de apresentar um material clínico verdadeiro e realista e a necessidade de proteger o sigilo do paciente. Descobrimos que, mesmo quando as identidades dos pacientes são preservadas, é impossível apresentar um material clínico de forma precisa e ao mesmo tempo respeitar o sigilo do paciente; na melhor das hipóteses, os pacientes cujas sessões são citadas reconhecem o material clínico. Em consequência, optamos por não apresentar pacientes reais neste livro, nem um material clínico real. Ao invés disso, cada vinheta clínica que apresentamos é um compósito⁶ de vários pacientes que já tratamos e/ou de tratamentos que supervisionamos durante muitos anos. (p. ix,x).

A nosso ver, este procedimento de comunicação de material clínico assemelha-se bastante aos processos de criação literária de personagens ficcionais, que mais frequentemente não correspondem a pessoas reais, mas carregam consigo aspectos que se assemelham ao viver de muitas

⁶ Grifo nosso.

pessoas – o que, inclusive, cativa o público leitor.

Seguindo esta linha, proporemos, aqui, uma solução que consideramos complexa, mas absolutamente satisfatória. Consiste tal resolução na criação ficcional de casos que se baseiam estritamente naquilo que verdadeiramente ocorre na clínica. Tal ideia se respalda em contribuições da Teoria dos Campos de Herrmann (1979), que seguidas vezes têm apontado o quanto ganha a psicologia ao aceitar ensinamentos do campo literário. Esta criação ficcional resultará na confecção de casos ficcionais, inspiradas pelo o procedimento literário da construção de personagens, segundo as indicações de Candido (2007).

O ponto fundamental, no presente trabalho, consistiu em criar pacientes ficcionais a partir do estudo de um arquivo de anotações sobre pacientes atendidos pessoalmente pela pesquisadora. Tais atendimentos seguiram sempre uma sistemática atenta às questões existenciais, os dramas, os impasses e formas por meio das quais se lida com as vicissitudes da vida, substituindo dados biográficos identificatórios por outros, análogos ou equivalentes, eventualmente colocados em um cenário diferente, semelhante ao dos contos de fada ou das lendas. Poderíamos mesmo dizer que, assim como os personagens ficcionais na literatura, no teatro e no cinema são, geralmente, compósitos, oriundos da combinação de características de muitas pessoas, reais e imaginárias, bem como de personagens de obras conhecidas pelo escritor, nossas narrativas ficcionais são criadas a partir de um *compósito* de vivências em atendimento clínico.

Evidentemente, este tipo de trabalho exige uma grande familiaridade com o campo pesquisado, mas acaba sendo uma elaboração que surge com grande fluidez e facilidade quando um profissional transita há certo tempo nesta ou naquela instituição. Seguem, desse modo, uma prática adotada por Aiello-Vaisberg (1999b) em contexto pedagógico, quando realizava dramatizações em sala de aula, construindo personagens

a partir do conjunto de pacientes psiquiátricos que atendia. Cada personagem não retratava uma pessoa específica, mas trazia traços de vários pacientes combinados em uma pessoa fictícia, um personagem verdadeiro que veiculava dramas reais.

A leitura de anotações de atendimentos realizados durante um período de oito anos permitiu uma verdadeira imersão nesta clínica voltada à sustentação emocional de casais que receberam diagnóstico de anencefalia fetal. Trata-se de material volumoso bastante detalhado, que possibilitou seu uso no presente estudo, graças ao modo que foi elaborado, tendo em vista permitir compreensões interpretativas de seus sentidos afetivo-emocionais.

Na presente pesquisa apresentamos duas narrativas transferenciais ficcionais, transpondo para um terreno transicional a sustentação emocional do drama vivido. A primeira narrativa refere-se à experiência emocional de casais que decidiram pela interrupção da gestação diante do diagnóstico de anencefalia fetal e a segunda, de casais que decidiram pela continuidade da gestação nos casos do mesmo diagnóstico.

Procedimento de interpretação do acontecer clínico

Diante do material de nossa pesquisa, vale lembrar, as narrativas transferenciais ficcionais, voltamo-nos à compreensão da dramática vivida pelos casais que receberam diagnóstico de anencefalia na gestação, à busca pelos possíveis sentidos emocionais que emergem dessa experiência.

Uma vez que compreendemos o conceito de inconsciente segundo uma visão blegeriana, a interpretação, a compreensão da dramática vivida pelo outro, exige a consideração dos contextos vinculares, sociais, econômicos, históricos e culturais. Dessa forma, encontramos-nos em campo absolutamente vincular, incompatível com a concepção da

existência de um inconsciente endopsíquico ou de formulações teóricas abstratas e especulativas (AIELLO-VAISBERG; MACHADO, 2008). Enfatizamos que nossa preocupação volta-se ao substrato afetivo-emocional que sustenta a dramática, não sendo coerente com nossa fundamentação teórico-clínica – o estilo clínico ‘Ser e Fazer’ – a enunciação de sentenças interpretativas (AIELLO-VAISBERG, 2003b).

O procedimento de interpretação do acontecer clínico deu-se a partir do encontro da pesquisadora com as narrativas transferenciais. Encontrando-se em estado de atenção flutuante, realizou a leitura do material diversas vezes, deixando-se impressionar pela comunicação presente nas narrativas. Num segundo momento, as narrativas foram apresentadas por escrito aos integrantes do Grupo de Pesquisa USP/CNPq ‘Psicopatologia, Psicanálise e Sociedade’, que procederam a leituras individuais, também em estado de atenção flutuante. A partir daí e durante várias reuniões clínicas, realizou-se a interpretação das narrativas. Nestes encontros, trabalhou-se coletivamente, mediante a utilização do método psicanalítico, seguindo seus passos constitutivos de atenção flutuante e associação de ideias. Tal proceder busca ampliação de olhares sobre o material, na medida em que consideramos importantes todos os impactos que este pode causar. Sendo assim, o que se pretende não é a unificação de olhares, ao contrário, buscamos a singularidade nas experiências de cada membro do grupo.

É no encontro com as narrativas transferenciais ficcionais que se faz possível a produção interpretativa dos *campos de sentido afetivo-emocional*. A partir de uma vivência conjunta do grupo sobre o material clínico, foram criados/encontrados campos de sentido afetivo-emocional⁷, ou inconscientes relativos, em relação à experiência emocional dos casais que se depararam com diagnóstico de anencefalia fetal.

⁷ Utilizamos aqui a definição de campo de sentido afetivo-emocional de Ambrosio (2013), apresentada à p.47.

Procedimento investigativo de interlocução reflexiva

Finalizando, apresentamos agora um momento diferente que até então havíamos realizado. Ao longo do estudo buscamos nos orientar tanto pela atenção flutuante quanto pela associação livre, mas nesse ponto realizamos um trabalho intelectual, que, portanto, se distingue das etapas anteriores.

Uma vez que trabalhamos de forma a dialogar com autores que consideram a dimensão afetivo-emocional em seus estudos, poderíamos nos referir a esse momento como uma “roda de conversa” que intencionaria:

refletir tanto sobre significados e sentidos de experiência emocional, como também de não perder de vista as condições de sua emergência, a partir de campos relacionais, humanamente produzidos em contexto sociais, culturais, históricos e geopolíticos específicos. (CORBETT, 2014, p.71)

Mesmo apresentando-se como um momento reflexivo do estudo, não temos o intuito de nos afastar da concretude da dramática para nos aproximarmos de abstrações teóricas distanciadas do acontecer humano como experiência vivida. Dessa forma, trabalhando com o procedimento investigativo de interlocução reflexiva, continuamos alinhados aos pressupostos antropológico e epistemológico de Bleger (1963) e Politzer (1928).

Capítulo 3

Narrativas Psicanalíticas Ficcionalis: apresentação do acontecer clínico

Apresentamos duas narrativas transferenciais ficcionais, criadas a partir da experiência clínica da pesquisadora, vivência embasada nos oito anos de realização de atendimentos psicológicos com casais que apresentaram gestações com fetos anencéfalos.

As histórias de Joaquim e Idalina e de Francisco e Maria apresentam a concretização do procedimento investigativo de registro do acontecer clínico que ora utilizamos. Compreendemos que tais narrativas permitem a aproximação ao tema de nosso estudo, uma vez que congregam diversos elementos vivenciados pela pesquisadora, narrando as histórias de casais que decidiram interromper a gestação ou que optaram pela manutenção da gravidez.

Joaquim e Idalina

Numa cidadezinha do interior, havia uma família de alfaiates. Ofício passado de geração em geração. O conhecimento de transformar um tecido plano em peça de roupa era naquela família muito comum. Joaquim começara a trabalhar na oficina aos doze anos. Agora, já moço, poderia ser considerado um alfaiate tão bom quanto o pai, mas os mais velhos deveriam sempre ser respeitados e considerados os mais sábios.

O pai de Joaquim sempre encomendava tecidos a um grande amigo, caixeiro-viajante, e às vezes vinha acompanhado pela filha. Logo que via o caixeiro, Joaquim ficava na expectativa de que Idalina entrasse em seguida na oficina.

Seu pai começou a perceber a animação do filho quando a moça aparecia.

Idalina era bem desligada e vivia praticamente reclusa. Quando seu pai chegava à cidade, ela o acompanhava como uma forma de circular um pouco, mudar de ares. Em geral, podia sair apenas para ir à escola, momento vivido com grande prazer.

Depois tinha de ficar em casa aprendendo a bordar seu enxoval. Era entediante.

Nas visitas com o pai à alfaiataria, a jovem se entretinha com os tecidos, imaginando em que roupas poderiam transformar-se. Sentia o toque de sua textura, suas cores, enfim, era como se fosse um parque de diversões comparado ao tempo gasto dentro de casa. Demorou a perceber o jeito como Joaquim a observava, e começou a se interessar por esse olhar diferente, algo nunca antes vivido. A partir de então, passou a acompanhar o pai com mais frequência ao alfaiate, retribuindo os olhares de Joaquim.

Aos poucos, o pai de Idalina foi percebendo de onde provinha o entusiasmo pelas visitas à alfaiataria. Marcou uma conversa com o alfaiate e foi logo ao assunto: "Tenho percebido um interesse de Joaquim pela Idalina, que parece estar correspondendo a ele". O caixeiro comentou que ficaria muito contente com o namoro, desde que Joaquim tivesse boas intenções. O pai do rapaz tranquilizou o amigo, dizendo que o filho era muito respeitador.

Dando um ultimato, o caixeiro falou que ficaria esperando Joaquim para uma conversa à noite, e o alfaiate concordou com a visita. Foi imediatamente

procurar o filho e comentou: "O pai de Idalina percebeu seu interesse por ela e espera que você peça a filha dele em namoro hoje". Joaquim ficou paralisado, só piscava os olhos, não tinha mais nenhuma outra reação. Seu pai logo disse: "Vamos, homem, não gosta daquela moça?". Saindo do transe rapidamente, ele respondeu que gostava muito, sim, e seu pai em seguida disse que então não perdesse tempo.

Naquela noite, num terno impecável, o rapaz saiu para pedir a mão de Idalina em namoro, empurrado por seu pai.

Bateu palmas em frente a casa e foi recebido pelo próprio caixeiro-viajante. Criou coragem e pediu Idalina em namoro depois de um discurso decorado que não valeu para nada, pois se atrapalhou totalmente com as palavras.

Manuel tranquilizou-o declarando que permitia o namoro. Conhecia a família de Joaquim havia muito tempo e sabia que eram de boa índole. Mas o namoro seria exclusivamente dentro de casa, sob os olhares de sua esposa.

Joaquim aceitou prontamente e foi embora.

Quando o moço saiu, o pai de Idalina chamou-a para uma conversa: "Joaquim veio pedir você em namoro. Faço muito gosto com esse namoro e o primeiro encontro ficou combinado para o sábado seguinte".

Joaquim e Idalina quase morreram de ansiedade durante a espera. Quando finalmente se viram frente a frente, não sabiam o que dizer. Mas a garota era cheia de vida e de interesse pelas coisas, muito falante, de modo que aos poucos ele foi ficando mais à vontade, a conversa começou a fluir e o sentimento que tinham pelo outro foi só aumentando. Depois de um ano, resolveram noivar e marcar a data do casamento para dali a três meses. O dia tão esperado chegou e foi uma festança na cidade.

Após um ano de casamento, nasceu a primeira filha, comemorada por toda a família. Logo no início da gestação, chamaram a Benzedeira, como todas as grávidas faziam. A mulher rezava enquanto passava um grande terço por todo o corpo da gestante. Logo que terminou, Idalina perguntou se estava tudo bem. "Sim, está tudo bem com você e com o bebê", disse a Benzedeira.

A família inteira ficou muito feliz, pois acreditavam que a Benzedeira tinha poderes especiais. Ao final de nove meses nasceu Alice, uma menina linda e cheia de vida.

Depois de dois anos, Idalina engravidou novamente.

Mais uma vez, chamou a Benzedeira, que ficou silenciosa durante a reza e disse que a situação estava complicada, mas que voltaria depois, pois não estava conseguindo identificar do que se tratava.

A mulher cheia de vida murchou. Joaquim, abatido, não sabia como tirá-la dessa situação.

Uma semana depois, Idalina começou a sangrar um pouquinho. Correram a chamar a Parteira, que deixou a gestante de repouso por tempo indeterminado, com a orientação de tomar todos os dias uma medicação para que a gravidez fosse adiante. Como o casal queria muito esse filho, seguiram à risca as prescrições. Para Idalina, isso foi um sacrifício, mas era por uma boa causa, seu segundo filho.

A Parteira, após dois meses de repouso, liberou Idalina aos poucos para algumas atividades leves. Quando tudo já parecia estar normalizado, chamaram novamente a Benzedeira, só para verificar o andamento

da gravidez. Como haviam relacionado aquela fala preocupante da visita anterior ao episódio do sangramento, estavam todos tranquilos. Ninguém se perturbou ao ver que a mulher havia chegado com um semblante mais sério.

Então, ela começou a rezar. Passou o terço várias vezes no corpo da gestante durante muito tempo, focada principalmente na barriga. A demora, muito maior que a habitual, começou a deixar todos os presentes angustiados. Quando terminou, ainda de olhos fechados, respirou fundo, olhou para o casal e disse: "A minha percepção inicial se confirmou. Esse bebê não está bem e não vai sobreviver após o nascimento, pois não tem uma parte da cabeça".

Idalina, desesperada, só conseguia dizer: "Não pode ser, não pode ser, fiz tudo direitinho!". Joaquim, extremamente emocionado, engoliu o choro, abraçou a esposa e pediu-lhe que não se preocupasse. A Benzedeira tentou auxiliar a família e disse que a chamassem, caso precisassem de qualquer coisa.

Chamaram a Parteira, esperando que lhes trouxesse alívio e a certeza de que a Benzedeira poderia ter errado

na sua visão. Infelizmente a Parteira não pôde aliviar a angústia da família, pois disse nunca ter visto a Benzedeira errar. Vendo o desespero de todos, pediu que procurassem a Madrinha.

O casal não conseguia acreditar no que estava ocorrendo, pois haviam feito de tudo para não perder um bebê de quem já gostavam tanto. Perguntavam-se como isso podia acontecer com eles, que queriam tanto esse bebê, ao passo que tantas mulheres abandonavam seus filhos. Começaram a se questionar sobre o que teriam feito de errado, pois isso só poderia ser um castigo. Resolveram seguir os conselhos da Parteira e procuraram a Madrinha, que os escutou e disse que podia compreender os sentimentos que relatavam.

Entraram em contato mais uma vez com a Parteira, que pediu para falar individualmente com o casal e contou que esse tipo de acontecimento não era tão incomum. "E o que podemos fazer para acabar com esse sofrimento?", indagaram ambos. Com muita cautela, a Parteira revelou existir um tipo de erva que poderia provocar a perda do bebê, justamente o que haviam evitado nos dois primeiros meses de gravidez. No mesmo instante, os dois resolveram que seria esse o

caminho a tomar, por mais difícil que fosse lidar com o julgamento de outras pessoas. A Parteira se comprometeu a arranjar a erva, mas pediu que conversassem antes com a Madrinha. O casal aceitou meio a contragosto, enfatizando a necessidade de guardar segredo total sobre aquele assunto – um pedido até desnecessário.

Quando se encontraram novamente com a Madrinha, ambos declararam de imediato que gostariam de utilizar as ervas para tirar o bebê. Esta ponderou que tal atitude seria irreversível, de modo que precisavam fazer essa escolha com mais tranquilidade. Entretanto ambos se mostraram decididos. “Sofri demais no início da gravidez para ficar com esse bebê, que eu deveria ter deixado morrer antes, porque na verdade já estava doente”, lamentou Idalina. Joaquim completou em seguida que queriam acabar logo com aquele sofrimento. Estavam irredutíveis. Com calma, a Madrinha pediu que voltassem em dois dias para conversar mais um pouco, mas eles logo perguntaram quantas vezes precisariam conversar, pois, se não agissem rápido, as ervas perderiam o efeito. A Madrinha olhou com carinho para ambos, percebendo a pressão extrema que sentiam

em relação ao tempo. “Algumas”, disse serenamente. “Não vai atrapalhar a decisão que estão tomando”, completou, e o casal foi embora.

No dia marcado, voltaram a visitá-la. O casal continuava irredutível. A Madrinha pediu que conversassem individualmente. Primeiro com Idalina, que logo de cara afirmou ter certeza de que não queria o bebê, embora chorasse muito por tudo o que estava acontecendo. Contou que não conseguia mais sair de casa, pois não aguentava mais mentir a tantas pessoas que passavam a mão em sua barriga, perguntando se corria tudo bem. Além disso, comentou que o marido parecia não sofrer com a situação. Só ficava pedindo que ela não chorasse, afirmando que tudo se resolveria logo.

Joaquim também se mostrou muito determinado em sua decisão. Com a ajuda da Madrinha, conseguiu dizer que estava muito, muito triste e que às vezes quase chegava a chorar, mas não podia, pois precisava dar força para a esposa. Ela estava sofrendo muito e, no entender do esposo, entrar em contato com os sentimentos e com a sua fragilidade apenas agravaria

sua dor. A Madrinha ponderou que, pelo contrário, era muito importante Joaquim declarar a Idalina o que estava sentindo, pois assim ela ficaria mais segura, sabendo que não estava sozinha naquele sofrimento e que ele se importava muito com tudo o que estava acontecendo.

A postura de Joaquim era partilhada por toda a família. Pediam calma e mostravam-se fortes na frente do casal, mas, distantes deles, o sentimento de dor, diante de tudo o que estava acontecendo, vinha à tona. Também achavam que demonstrar tristeza significaria trazer mais sofrimento para ambos, principalmente para Idalina, pois acreditavam que Joaquim estava lidando melhor com a situação.

Após dois dias, novamente, foram ao encontro da Madrinha. Juntos e mais emocionados, marido e mulher disseram ter conversado. A gestante afirmou o quanto foi bom saber o que o marido sentia. Este, por sua vez, percebeu o efeito benéfico da conversa para a esposa, sentindo-se aliviado. A Madrinha comentou que já estavam sofrendo muito, de modo que saber o que o outro sentia não aumentaria o sofrimento de nenhum deles.

Ao falar do alívio que sentira, Joaquim lembrou com emoção a dor da morte do avô, uma de suas referências de carinho e de vida, inclusive profissional. A morte aparecera pela primeira vez, em sua vida, evidenciando perdas significativas como a que iriam viver ou reviver. Foi também nessa ocasião que falaram pela primeira vez da preocupação com o sofrimento do bebê devido à doença.

Os vários encontros com a Madrinha fizeram com que algumas pessoas logo percebessem que algo não ia bem e passaram a conversar com a família e o casal. Relatavam casos semelhantes, acontecidos com outras pessoas próximas, o que de certa forma trouxe conforto para a família, ao perceberem que não eram os únicos a passar por essa situação.

Quando a Madrinha perguntou sobre as ervas, Joaquim respondeu no mesmo instante. Gostaria que Idalina as tomasse, mas a decisão final seria da esposa, pois o bebê estava no corpo dela. Idalina disse, então, que, apesar de se sentir melhor depois de todas as conversas, continuava querendo tomar as ervas para terminar com aquele sofrimento.

“Perder o bebê não diminuirá o sofrimento”, enfatizou a Madrinha. Ambos ficaram calados. Por fim, Idalina disse que não suportaria ver e sentir a barriga crescer.

Diante disso, a Madrinha conversaria com a Parteira. Explicou, então, para o casal, todo o procedimento a ser realizado. Apesar de já o conhecerem, era sempre importante frisar novamente. Após a explicação, a Madrinha colocou-se à disposição de ambos para que a chamassem a qualquer momento, coisa que não aconteceu.

A Parteira procurou o casal. Já estavam desesperados para que ela aparecesse logo. Cada minuto de espera parecia uma eternidade. Quando ela chegou, encontrou-os com os olhos arregalados e apenas balançou as mãos com ervas, indicando que as levara. Marido e mulher se abraçaram tão forte como se nunca mais fossem desgrudar. Então ouviram atentamente as explicações de como Idalina tomaria as ervas e que, depois de dois dias, provavelmente o bebê sairia, mas ela não deixaria de sentir dor, pois o processo era muito parecido com um parto.

A espera foi terrível, e as ervas demoraram mais tempo do que o esperado para fazer efeito. Em razão disso, a Madrinha decidiu procurá-los. Idalina disse-lhe que não aguentava mais aguardar. Ficava na expectativa das contrações, mas essas não aconteciam... Os familiares a todo momento perguntavam se ela já as estava sentindo. A Madrinha aconselhou o pai a conversar com a família, pois essas perguntas só traziam mais angústia. Idalina disse em seguida que não queria mais sentir aquela "coisinha" mexendo dentro dela. Nesse momento a Madrinha ponderou: "Coisinhas não nascem, só bebês".

Permaneceu mais alguns instantes com o casal, colocou-se novamente à disposição e foi embora, deixando para trás um casal extremamente angustiado, esperando o efeito das ervas.

Finalmente, tudo se passou conforme o esperado e a gravidez se interrompeu. A partir de então seguiram suas vidas e se afastaram da Madrinha, pois ela trazia lembranças de um momento muito triste.

Francisco e Maria

Maria era uma jovem miúda, de rosto lindo e angelical. Muito ligada à família, colaborava com a mãe em todos os afazeres domésticos e também trabalhava, com os seus irmãos, numa pequena área rural dos pais, onde realizavam o plantio para a própria subsistência, como era comum na região.

Ter um cantinho de chão era uma grande conquista, mas também um grande sofrimento em alguns momentos. Todos viviam com muito medo, pois os altos impostos recaíam sobre os camponeses, pouco importando se a colheita houvesse sido boa ou ruim. Quando algum camponês não conseguia quitar os tributos, o rei enviava seus cobradores. E, se uma proposta de pagamento não fosse acertada, o nome da família ia para a lista dos devedores, considerada uma das maiores humilhações.

Mas essa família era muito unida, por isso tais dificuldades faziam com que lutassem com todas as forças para não perder aquele pedacinho de terra que despertava neles tanta devoção, por lhes proporcionar o ganha-pão.

Além dos outros afazeres, Maria também se dedicava ao jardim da casa, antes de ir para a roça. Adorava cuidar das flores escutando o canto dos pássaros e sentindo a brisa da manhã. Isso lhe trazia uma sensação muito gostosa, tornando mais leve seu dia de trabalho.

Certa vez, passou em frente ao jardim um rapaz tão miúdo quanto ela, que ficou paralisado com a beleza da moça em meio às flores.

Depois de breves, mas intensos instantes de pura emoção, seguiu seu caminho, boquiaberto, enquanto Maria ainda enrubescia com aquele olhar deslumbrado. Apesar de envergonhada, seu coração bateu mais forte e suas entranhas entraram em revolução.

O rapazinho miúdo se chamava Francisco. Perdera os pais num acidente quando tinha dez anos, e seus dois irmãos já eram bem mais velhos e casados. Um deles era pescador. Antes do amanhecer, saía com a canoa para tirar das águas seu sustento, que vendia na feira da cidade. O outro trabalhava como sapateiro nessa mesma feira, ofício aprendido com o pai. Logo após a morte de seus pais, o tio Antônio procurara os dois irmãos mais velhos de Francisco, dizendo-lhes que precisava de alguém para ajudar no plantio e que aceitaria a ajuda do sobrinho mais novo com muito gosto.

Queria muito bem ao jovem e achava que ficar perto dele e da tia poderia fazer bem ao garoto. Os irmãos concordaram, de modo que Francisco passou a morar com um dos irmãos e a trabalhar com o tio. Fazia o mesmo caminho todos os dias, mas nunca havia tido aquela visão.

Dia após dia, os encontros continuaram a acontecer. Enquanto o moço não aparecia, Maria não parava de mexer nas flores e de aguçá-las. E Francisco tentava passar sempre no mesmo horário para ter a certeza de revê-la. Quando saía atrasado, corria loucamente, mas, com a ajuda das flores, os olhares novamente se cruzavam.

Até que um dia Francisco tomou coragem e foi pedir permissão para namorar a moça. O pai da jovem ficou paralisado diante da pergunta, pois não conseguia pensar na filha namorando. Por fim, com o pensamento todo confuso, respondeu com certa arrogância: “Vou pensar”.

O moço saiu um pouco decepcionado, mas também muito eufórico. O pai de Maria, por sua vez, foi imediatamente procurá-la e questionou a filha sobre o ocorrido. Ela ficou a princípio sem fala e, com os olhos ainda arregalados, disse que não sabia de nada.

Mas em seu belo rosto se insinuou um sorriso discreto, que só os mais atentos poderiam perceber. Um tanto enraivecido, o pai se retirou imediatamente do quarto da filha e foi para o seu. A mãe, que já havia percebido os olhares diários entre a filha e o moço, e já havia feito certa pesquisa para descobrir as origens dele, foi atrás do marido para dizer que o rapaz era de boa família e que em algum momento isso aconteceria.

Maria não se continha de tanta felicidade. Na plantação, a mãe às vezes precisava cutucar a filha, para a moça não ficar olhando para o nada com aquela cara típica dos apaixonados.

Apesar da reação inicial, o pai de Maria acabou chamando Francisco para uma conversa e lhe disse que permitia o namoro, mas impôs várias restrições, que o rapaz aceitou prontamente.

Então começou o namoro. Eram as primeiras palavras que trocavam, seus corações batiam forte. Os pais da moça não tiravam os olhos deles, mas aos poucos foram relaxando, relaxando, enquanto a intimidade do casal aumentava. Enfim, aconteceu algo que ninguém esperava, nem os dois, uma “dor de estômago” que não passava nunca.

Diante das evidências, a mãe ficou profundamente decepcionada com a filha. E, sem conter o tom de voz, protestou com certa raiva: “Como você pôde fazer isso comigo e com seu pai? O que as pessoas vão falar?! Vocês vão-se casar imediatamente!”. A gravidez antes do casamento era decisivamente reprovada na aldeia.

O casamento se deu da forma mais veloz possível. O frei, desconfiado de uma possível gestação, celebrou a cerimônia com a “pulga atrás da orelha”. Mais tarde, quando a música inaugurou a festa, Maria chamou Francisco para dançar. E enquanto seus pés, frente a frente, se moviam na cadência dos passos, ele puxou a esposa pela cintura e disse que apesar de toda a confusão estava muito feliz com tudo.

Logo depois da lua de mel, a mãe começou a contar para todos que a filha estava grávida, e que, afinal de contas, o bebê ia nascer “prematureo”.

Francisco passou a morar com a família da esposa e, com muita dor no coração, foi agradecer ao tio e à tia todos aqueles anos de convivência. Sabia que o tio já havia chamado outro moço para ajudar na plantação, pois era natural esperar que Francisco começasse a trabalhar com a família da esposa. O tio e a tia ficaram muito felizes com o casamento, mas pediram que não deixasse de visitá-los. “Vocês acham que vão se livrar de mim assim?”, retorquiu ele prontamente, provocando o riso de todos. Deu um forte abraço nos dois e voltou para casa, já sentindo saudade do cheirinho daquela terra.

Algumas semanas após a lua de mel, Maria foi ao encontro do Vidente. Este tinha poderes especiais; conseguia visualizar tudo o que acontecia com cada pessoa.

As grávidas procuravam o Vidente para saber o sexo do bebê e se tudo transcorria bem. Ele segurava as mãos das futuras mães e lhes contava tudo o que sabia, nunca escondendo informações. Logo que o Vidente contava sobre o bebê, as gestantes corriam para o Lago Mágico e banhavam-se nas águas límpidas, em comemoração a mais uma vida. Fazia parte da tradição que a mãe da gestante estivesse presente no momento da celebração, mas não participava da conversa com o Vidente.

Com grande ansiedade, Maria foi ter com o Vidente. Apertou bem forte suas mãos e pediu para que lhe falasse tudo o que via sobre o bebê. Atendendo ao pedido de Maria, o Vidente disse que sua saúde estava boa, mas, logo em seguida, começou a falar do bebê, contando que ele não tinha uma parte da cabeça e que morreria em seus braços. Maria saiu correndo desesperada e sua mãe seguiu atrás no seu encalço.

Maria correu até chegar em casa, mas não conseguia contar para a mãe o que havia acontecido. Ficou largada na cadeira da cozinha, segurando com a mão a cabeça entre as pernas, e só conseguia dizer: “Não pode ser... não pode ser... não pode ser verdade... isso não está acontecendo”. Sua mãe, desesperada, perguntou várias vezes: “Filha, o que foi que o Vidente disse?”. Depois, percebeu que ela precisava de um

tempo para se acalmar e ficou por perto sem indagar mais nada. Quando Maria finalmente ergueu a cabeça, disse que o Vidente não enxergou o topo da cabeça do bebê e que ele iria morrer logo que nascesse. A mãe tentou acalmá-la, ponderando que o Vidente poderia ter tido uma visão distorcida, mas isso não apaziguou seu coração. Desde então, Maria entrou numa profunda tristeza.

Quando Francisco soube da notícia, ao ver a esposa naquele estado de sofrimento, ficou transtornado, sem saber o que fazer. Parecia que o mundo havia desabado sobre sua cabeça. Ainda em choque, pensava “não pode ser”. Agarrando-se à religião, para não perder as esperanças, seguia acreditando que conseguiriam resolver a situação. Saía para trabalhar com o coração apertado, mas não podia demonstrar fraqueza, nem diante da mulher, nem das outras pessoas.

Maria não conseguia trabalhar. Pensava o tempo todo no que poderia ter feito de errado para estar acontecendo tudo aquilo, vindo-lhe logo à mente a imagem de sua gravidez antes do casamento. Não via a hora de voltar ao Vidente, para que dessa vez ele visualizasse uma bela imagem do bebê. Após uma semana, como era usual, ela voltaria visitar o Vidente. Entretanto, só de pensar no bebê, ficava desesperada.

Aquela semana foi muito angustiante para a família inteira. Todos estavam na expectativa. Disfarçavam o sofrimento para que Maria tivesse mais confiança de que o banho se realizaria. Francisco foi buscar ajuda com os tios. Inicialmente, ficaram assustados, mas depois acolheram Francisco, que pôde chorar no colo da tia, pois não aguentava mais tentar confortar a esposa sendo forte e demonstrando que haveria uma saída.

Chegou o dia, e lá foi Maria, tremendo. Tinha os olhos cheios de lágrimas, e sua mãe tentava ampará-la.

Parou em frente ao Vidente, respirou fundo e, segurando em suas mãos o mais forte que pôde, pediu para que ele lhe desse boas notícias. Ele revelou que se tratava de uma menina mas, com pesar, repetiu o que dissera: que o bebê não tinha um pedaço da cabeça e que morreria em seus braços. Aos prantos, Maria virou-se para a mãe e tombou em seus ombros, despedaçada por dentro.

A mãe segurou-a até chegarem em casa, onde o pai de Maria, Francisco e seus tios esperavam notícias no jardim – assim como o resto dos familiares, mais ao longe. Todos haviam largado seus afazeres mais cedo para celebrar ou amparar.

Diante da cena, não havia mais dúvidas.

Francisco foi correndo ao encontro da esposa, olhou bem dentro de seus olhos e disse que não precisava ficar preocupada, porque provavelmente era um erro; não podia ser verdade.

Maria, embora quisesse muito acreditar nele, não tinha tanta certeza disso, pois nunca soubera de nenhum caso em que o Vidente houvesse errado.

Cada dia era um sofrimento, uma tristeza profunda para o casal e familiares. Diante disso, resolvem chamar a Parteira, que provavelmente já havia passado por alguma situação parecida e talvez pudesse dar uma orientação ou outra interpretação da imagem descrita pelo Vidente.

Ao chegar, a Parteira pediu que, além do casal, só a mãe da gestante entrasse para a conversa. Diante dos fatos relatados por Maria, disse que não acreditava em nenhuma outra interpretação. A única orientação que poderia dar era que se preparassem para ter uma filha que, depois de nascer, morreria.

Desesperados, perguntaram todos ao mesmo tempo se não poderia existir algum erro nisso. Ela respondeu “nunca vi”, e acrescentou que, nesses casos, quando o bebê não vai sobreviver após o nascimento, existiam algumas ervas que poderiam antecipar essa espera de nove meses. Mas o casal precisaria decidir-se rapidamente, caso contrário elas não teriam efeito. Diante dos olhos arregalados dos três, afirmou que poderiam chamá-la a qualquer momento, mesmo que fosse só para conversar. Afirmou, também, que procurar a Madrinha poderia ser uma boa ideia.

Mal saiu a Parteira, a mãe de Maria disse que a filha não deveria tomar essas ervas, e Francisco, tomando a frente da situação, prontamente concordou com a sogra. Todos os outros parentes, ao saberem do caso, acreditaram ser a melhor escolha.

Os dias se passavam e Maria, apesar de muito triste, tentava segurar as lágrimas na frente de Francisco, da mãe e do pai para não preocupá-los, como se isso fosse possível. Porém seus olhos inchados de tanto chorar a denunciavam. Numa tentativa de consolá-la, sua mãe pedia-lhe que não chorasse.

Apesar de sua aparência um tanto frágil por ser miúdo e bem magro, Francisco era o que demonstrava maior controle. Tinha de proteger a esposa de mais sofrimento, resolver logo a situação, mas saía de casa em passeios solitários dando vazão a toda aquela tristeza reprimida.

Diante de tanta dor, o casal decidiu procurar a Madrinha, que os escutou com muita atenção. Chorando, a mãe conseguiu relatar todos os acontecimentos. Começou falando da angústia por ainda estarem namorando quando engravidou, mas também da alegria que sentiram, do casamento e depois das terríveis visões do Vidente, chegando até a conversa com a Parteira.

Apesar de ser bem calado, Francisco manifestou nesse momento, de forma mais enfática, o desejo de que a esposa não tomasse as ervas, pois tudo daria certo. Mas Maria não demonstrava tanta convicção, pois a fala do Vidente não lhe

saía da cabeça. A Madrinha lhes explicou que não seria ela a tomar a decisão, mas que, sem julgamentos, acompanharia o casal nesse caminho difícil e angustiante. O tempo se impunha como um fator importante, tornando mais intenso o desespero.

Depois de alguns dias, voltaram a conversar com a Madrinha. Francisco continuava com a mesma opinião, mas, dessa vez, afirmou que apoiaria a esposa em qualquer decisão, pois o bebê estava na barriga dela. Maria, por sua vez, mostrou-se extremamente angustiada e pressionada pelo tempo.

Mais um dia de conversa se deu e Maria, embora triste, chegou mais tranquila, pois decidira não tomar as ervas. A família ficou muito feliz com a notícia e ao longo da gestação sempre esteve perto do casal, não só fisicamente, mas com um cuidado especial com ambos.

Maria sabia que iria sentir sua bebê crescer, seu corpo se modificar, entre outras coisas difíceis para uma mãe que teria nos braços um bebê sem vida, logo após o nascimento.

Os encontros com a Madrinha continuaram. Às vezes comparecia o casal, mas geralmente Maria ia só. A Madrinha os ajudou a perceber que poderiam se ajudar conversando sobre o sofrimento, a tristeza e a angústia que estavam sentindo. Aos poucos, foram tomando consciência de que falar sobre a bebê, coisa que antes evitavam muito, aliviava um pouco o peito. Assim, começaram a conversar sobre ela com mais frequência.

Gostavam muito quando a bebê se mexia. Sabiam que, enquanto sua filha ainda estivesse no ventre, estaria protegida e tentavam aproveitar esses momentos a todo instante.

Com o passar do tempo, Maria voltou gradualmente a cuidar de suas flores, algo que sua mãe estava realizando, por saber o quanto a filha se culparia por tê-las abandonado.

Francisco, por sua vez, passou a visitar mais os tios em busca de um cuidado especial daqueles que considerava como seus pais.

Só os familiares próximos sabiam o que estava acontecendo; não contaram para mais ninguém. Achavam que isso só havia acontecido com eles, mas aos poucos foram sabendo de histórias ruins acontecidas com outras grávidas. Esse era um mundo estranho para eles, mas sentiram-se aliviados ao descobrir que não eram os únicos a enfrentar semelhante dificuldade.

Prosseguiram os encontros com a Madrinha. Quando Maria estava com seis meses de gestação, disse, num desses encontros: “Não estou preparada para receber esse bebê”. Francisco ficou extremamente sensibilizado com a fala da esposa. Foi como se, naquele momento, pela primeira vez aparecesse de fato a possibilidade de que isso realmente pudesse acontecer. Antes, embora ele acreditasse no poder do Vidente, tinha certeza de que na hora do nascimento tudo se modificaria e a bebê nasceria perfeita.

Depois de alguns encontros, Maria começou a falar em fazer uma festa, pois sempre sonhara com isso. A Madrinha achou a ideia estranha, mas aguardou calada. Francisco não demonstrava envolvimento com a festa, pois era realizada mais pelas mulheres, mas não parecia surpreso. Encontro após encontro, o assunto aparecia com mais frequência e os preparativos começavam a ser realizados. A Madrinha preocupava-se com a fala de Maria, pois a justificativa recorrente era a de que ela sempre havia sonhado com isso. Alguns dias antes da comemoração, a Madrinha perguntou a Maria o que significava aquela festa para ela. Seria a única festa que poderia dar para sua filha, respondeu Maria. Assim como seria a única para comemorar a gravidez, já que o banho no lago não fora possível. Sempre quisera ter um bebê e esse era o primeiro, então queria comemorar.

Após a festa, Maria chegou feliz ao encontro com a Madrinha, contando que tudo ocorrera como ela esperava. Havia adorado ter toda a família reunida comemorando Flora, nome dado à bebê.

Assim que o momento do parto se aproximava, Maria começava a ficar muito angustiada. Como conseguiria lidar com aquela situação? A Parteira já fazia visitas constantes para verificar como ela estava.

No último encontro, a Madrinha combinou com o casal que lhes faria uma visita. Quando soube do parto, foi até a casa deles e conversou apenas rapidamente com Maria, pois a mãe da moça parecia não querer muito essa conversa. Quando a Madrinha perguntou a Maria como estava, a resposta veio numa voz melancólica, acompanhada de um olhar distante: “A minha filha era linda. Sobreviveu por 2 horas e 30 minutos e, se não fosse o problema da cabeça, seria uma criança normal. Estou muito triste. Achei que não estava preparada para receber minha filha, mas percebi que estava, sim”.

E assim termina esse capítulo na história da família de Maria e Francisco.

Capítulo 4

Campos de Sentido Afetivo-Emocional

Apresentamos agora um capítulo propositalmente sintético, tendo em vista comunicar com clareza as interpretações “criadas/encontradas” a partir da interação que cultivamos com as narrativas transferenciais ficcionais. Optamos por mantê-lo à parte para facilitar o trabalho de leitura.

O primeiro campo, denominado **“É um pesadelo?”**, é aquele que se organiza ao redor da percepção de um acontecimento desafortunado e passivamente sofrido, tal qual um pesadelo.

O segundo campo, denominado **“Quem ou o quê está aí?”**, organiza-se ao redor do questionamento acerca do estatuto humano de um ente.

O terceiro campo, denominado **“É preciso decidir”**, organiza-se ao redor da percepção de que o infortúnio, passivamente sofrido, exige tomada ativa de decisão.

Capítulo 5

Interlocuções Reflexivas

Os campos de sentido afetivo-emocional são um conjunto de crenças, ideias, sentimentos, pensamentos, valores, que operam de forma consciente ou inconsciente. Constituem-se como substrato afetivo-emocional, de caráter transindividual, subjacente às condutas humanas, vale dizer, como lugar psíquico-social a partir do qual se dá sua emergência⁸. Por outro lado, como dimensão “achada/encontrada”, correspondem, simultaneamente, a produções interpretativas do psicanalista, em sua busca de compreensão emocional dos fenômenos, constelando-se a partir de encontros inter-humanos.

Como pesquisa qualitativa, realizada a partir de uma abordagem metodológica psicanalítica, o presente trabalho visa, como toda e qualquer *démarche* investigativa, produzir conhecimento que transcenda, em alguma medida, as situações inter-humanas abordadas. Cabe, contudo, esclarecer que não se trata, de modo algum, de buscar generalizações, a serem aplicadas a problemas clínicos análogos. O que aqui está em jogo é a produção de um saber sobre o humano que será, futuramente, utilizado em dois momentos diversos e convergentes: como aquilo que é colocado em suspensão⁹ quando o método psicanalítico é posto em marcha, durante atendimentos e encontros inter-humanos de pesquisa, e como

⁸ O conceito de ‘campo de sentido afetivo-emocional’ ou inconsciente relativo é indispensável quando abandonamos, com Bleger (1963), uma visão segundo a qual as condutas seriam exteriorizações da interioridade psíquica individual.

⁹ Vale lembrar que o esforço, ditado pela atenção flutuante e pela associação livre de ideias, só faz sentido porque compreendemos que o saber teórico é produzido e acumulado, no campo psicanalítico, a exemplo do que se dá em outras áreas das ciências humanas que operam pela via da busca de compreensões hermenêuticas dos fenômenos.

teoria local com a qual se haverá de dialogar durante o estabelecimento de interlocuções reflexivas como estas, que ora apresentamos.

Neste momento, cabe, assim, refletir sobre as interpretações que pudemos tecer, ao longo desta investigação, para apresentar considerações que contribuam para o enriquecimento desta clínica voltada à dramática da interrupção da gestação por inviabilidade fetal. Tais reflexões não correspondem ao trabalho de uma mente isolada, que se curva sobre si mesma depois de contemplar os fenômenos, mas a um movimento de interlocução, de troca, de diálogo, que adota como interlocutores tanto outros autores como os integrantes do Grupo de Pesquisa USP/CNPq 'Psicopatologia, Psicanálise e Sociedade', bem como visões e percepções que o próprio pesquisador manteve até a realização do trabalho. Afinal, a produção do conhecimento, como da vida humana, é fenômeno que se dá coletivamente, na medida em que não existem, no plano concreto da vida, mentes desencarnadas e isoladas capazes de abstrata e matematicamente decifrar o ser humano, o universo e o mundo em que vivemos.

Retomaremos, a seguir, cada campo de sentido afetivo-emocional, compreendendo que apenas iniciamos interlocuções reflexivas, uma vez que este material é, como todo aquele que se constela na pesquisa qualitativa, essencialmente inconclusivo, no sentido de que sua compreensão interpretativa sempre pode ser aprofundada (PARKER, 2004).

Nosso contato com esta clínica nos levou a destacar, como primeiro campo, aquele que denominamos "**É um pesadelo?**". Quando nos defrontamos com uma calamidade, parece não haver possibilidade de escolhas. Fatos, acontecimentos, realidades duras e imutáveis nos atropelam impiedosamente. É a concretude do drama humano exposta frente às pessoas.

Sabemos que quando adultos, mesmo sendo constituídos como uma unidade pessoal experiencial (*self*), é possível a ocorrência de um fenômeno denominado “*interrupção dramática do viver*”, em momentos de radical dramaticidade (VITALI, 2004; VITALI; AIELLO-VAISBERG, 2003). No caso de nosso estudo, percebemos que sentimentos de irrealidade e de confusão são vivenciados por casais que, ao se prepararem para realizar um exame de ultrassonografia, com o intuito de visualizar o bebê, atualmente parte rotineira do pré-natal, deparam-se com uma realidade avassaladora quando recebem a notícia de que o bebê tem anencefalia.

Devemos lembrar que, com as transformações por que passam todas as pessoas ao longo de suas vidas, novas experiências são integradas ao *self*, o que faz com que passem a poder habitar novos campos de sentido afetivo-emocional. Esse trânsito entre campos (AMBROSIO, 2013) pode acontecer no sentido de promoção de maior integração pessoal, mas também pode trazer perplexidade e mesmo dissociação. No caso de nosso estudo, notamos que o campo “**É um pesadelo?**” é aquele que se aproxima com maior frequência de vivências de *interrupção da continuidade do viver*, uma vez que traz em sua essência o encontro com um acontecimento radicalmente dramático, que se caracteriza como dificilmente assimilado como parte aceitável, mesmo que sofrida, de um percurso vital.

A maioria dos casais demonstra certa esperança em uma possível mudança do diagnóstico no exame seguinte. Na verdade, uma clara maioria parece acreditar na possibilidade de ter havido algum engano ou da situação vir a se reverter de algum modo. Inicialmente, podem recair sobre a equipe de saúde, incumbida da comunicação da “*má notícia*”, sentimentos negativos provavelmente ligados a fantasias segundo as quais seria, de uma certa forma, responsável pela quebra do ambiente suficientemente bom ou pela persistência da condição problemática. Esta situação pode se manter durante todo o processo gestacional ou ser

eventualmente atenuada após a confirmação do segundo exame, o que, evidentemente, configurará diferentes modos de vinculação entre o casal e os profissionais.

Logo após a notícia, os questionamentos aparecem. Alguns casais conseguem verbalizar suas dúvidas e preocupações para a equipe de saúde e para aqueles que se encontram mais próximos, como familiares e amigos. Em outras situações, sofrem calados, culpabilizando-se por ações, intenções ou sentimentos ambíguos sobre a gestação e a chegada do bebê. A tentativa de obter uma resposta reconfortante pode ser entendida como uma maneira de comunicar que vivenciam um sentimento de urgência de serem acolhidos em sua dor. Winnicott (1945) problematizou inicialmente a necessidade de *holding* suficiente para que o bebê possa se desenvolver emocionalmente. Posteriormente, reconheceu a importância da sustentação no contexto da psicoterapia e até da vida humana, em sentido mais amplo. Extrapolando tal concepção sobre o relacionamento mãe-bebê para a vida adulta, devemos afirmar que, como seres humanos definidos por uma natureza absolutamente vincular (BLEGER, 1963; WINNICOTT, 1971a), jamais podemos dispensar, ao longo de nossas vidas, o suporte emocional provido pelo outro. Evidentemente, as feições da sustentação inter-humana modificam-se em função das situações concretas, definidas por idade, condições de saúde, doença ou deficiência, fases de estabilidade vivencial ou de enfrentamento de mudanças dramáticas. Entretanto, a sustentação humana jamais pode ser dispensada, adquirindo contornos singulares em momentos dolorosos, quando reconforto e atenção ganham enorme importância.

A vivência de perplexidade, confusão, caos e falha na ordem lógica geram a busca por compreensão sobre a cadeia de acontecimentos, na tentativa de encontrar o momento ou a causa do problema, como, por exemplo, a ocorrência de gestações não desejadas, de problemas físicos, do uso inadvertido ou indevido de medicações, inclusive abortivas, dentre outras. Lembranças da própria infância e uma complexa lista de

elementos não propriamente conscientes, tais como o medo da geração de um bebê inviável ou monstruoso, pairam frente à fragilidade extrema desse momento.

O campo de sentido afetivo emocional **“Quem ou que está aí?”** refere-se a um importante aspecto das fantasias imaginativas que frequentemente se associam à experiência gestacional transtornada pela notícia do diagnóstico de anencefalia. Quando este campo é habitado, as gestantes expressam dúvidas ou apego a crenças sobre a humanidade – ou não humanidade – dos fetos que carregam. Pode-se bem imaginar que o tipo de malformação em pauta seja determinante no surgimento deste tipo de configuração emocional. No caso específico da anencefalia, que consiste num comprometimento claramente não-periférico, aproximamo-nos facilmente desta região do imaginário em que podemos encontrar um embate decisório que visa, essencialmente, diferenciar entre bebês e “não-bebês”.

O campo **“Quem ou que está aí?”** pode ser habitado, e é usualmente habitado, tanto os casais que vivenciam o feto anencéfalo como um filho, que é um ser humano cuja lesão central não lhe retira o estatuto ontológico de pessoa, (CÔTÉ-ARSENAULT, DENNEY-KOELSCH, 2011), como por aqueles que se relacionam com o feto como um não-bebê, vale dizer, como algo estranho e apenas vagamente assemelhado ao humano. Não há como não transitar por este campo, de algum modo, uma vez que lidamos com um tipo de prejuízo cujo caráter está muito longe de ser periférico em termos do que, em nossa cultura, é imaginativamente pensando como definidor da identidade de um ente.

Cabe aqui ressaltar uma questão extremamente importante: a decisão pela interrupção não apresenta uma correlação direta relativa ao estatuto atribuído ao feto como bebê ou não-bebê. De fato, se compreendemos facilmente que aqueles que vivenciam o feto como um não-bebê anseiam claramente por um imediato esvaziamento uterino,

constatamos que muitos casais, que sentem seu bebê como um ser humano, decidem pela interrupção, motivados pela evitação do grande sofrimento representado por prosseguir por nove meses uma gestação para vivenciar a morte do bebê logo após o nascimento.

Adotando perspectiva kleiniana, Marie Langer (1981) e Aiello-Vaisberg (1980) mostraram que o temor de malformação fetal é muito antigo porque, até o advento do ultrassom, era muito menor o conhecimento que se podia ter das condições do feto. A célebre pergunta, que faziam as mães às parteiras - "o bebê é perfeito"? - só muito recentemente deixou de fazer sentido. Na perspectiva clássica kleiniana, a maternidade bem sucedida seria vivenciada, pela mulher, como uma prova de sua integridade, de sua bondade, de sua criatividade. O temor do bebê malformado estaria ligado ao fato de se constituir, quase como uma evidência policial, acerca de quem seria, verdadeiramente, a mãe, como pessoa. A mãe que tivesse odiado e invejado muito a própria mãe, bem como sua capacidade reprodutiva materna, estaria sendo simultaneamente punida e denunciada pelo feto malformado.

Adotando a mesma perspectiva teórica kleiniana, Soifer (1980, p.30) assim se refere ao temor relativo ao feto com malformação:

[...] essa fantasia monstruosa e terrorífica tem a ver, por um lado, com o temor da incapacidade de criar e educar bem o filho, cuja consequência seria uma criatura pífida e malvada, dessas que são o pesadelo materno" – tal como alguma vez se sentiu a própria paciente, quando menina.

Esta sua perspectiva faz sentido no mesmo contexto que considera que o bebê não íntegro, eventualmente monstruoso, seria produto das fantasias agressivas e invejosas da menina em relação à própria mãe¹⁰.

Embora não adotemos Melanie Klein como interlocutora privilegiada em nossa clínica, na medida em que guardamos grandes reservas quanto à sua visão de ser humano, como no que diz respeito às intervenções clínicas de que se vale, não há como negar que suas observações acerca das vivências da malformação fetal como evidência de algum tipo de maldade pessoal dos pais serem tema que merece reflexão cuidadosa, que prosseguiremos em trabalhos futuros.

A imposição brutal da realidade insere-nos no campo “**É preciso decidir**”. Em muitas situações de nossas vidas, somos colocados diante de dilemas. Partindo do pressuposto de que estamos condenados a escolher entre duas possibilidades, ambas apresentando aspectos negativos, o que escolher? Trata-se, neste caso, daquilo que Bleger (1963) formula como conflito afastamento-afastamento, que se configura pela busca da situação menos prejudicial, algo que encontra na base de várias situações de sofrimento humano.

Nesse momento, o casal vive uma exigência: decidir entre interromper ou não a gestação. O sofrimento é atroz. Novamente questões sociais e culturais apresentam-se fortemente nessas escolhas,

¹⁰ Pesquisando o imaginário coletivo da equipe de enfermagem sobre a gestação interrompida, Tachibana (2011) encontrou um campo de sentido afetivo-emocional que denominou “Monstruosidade”. Definiu-o do seguinte modo: [...] crença de que aquela que provocou a interrupção corresponderia a uma mulher cruel e monstruosa, que teria cometido um crime hediondo. (p.53). Trata-se, contudo, de uma situação bastante diversa daquela com a qual lidamos no presente trabalho.

como em todos os contextos de nossas vidas (BLEGER, 1963; POLITZER, 1928; REBOUÇAS; DUTRA, 2011). Além de interrogações relacionadas ao aborto, à religião e aos princípios morais, entre outras, aqui também encontramos vivências ligadas a estar praticando alguma forma de ilegalidade, como mais um peso a suportar (REBOUÇAS; DUTRA, 2011; LOREA, 2006).

Em contrapartida, existem casais que decidem dar continuidade à gestação, mesmo sabendo que o bebê irá morrer. Diversos são seus motivos, tais como interpretar a interrupção da gestação como um aborto, que os faria sentir como transgressores ou algozes, acreditar em milagres, mediante os quais transformações incríveis poderiam ocorrer ou mesmo simplesmente desejar que o bebê possa viver o tempo que lhe for concedido, durante o qual fruiriam de sua presença em suas vidas. Não podemos deixar de levar em conta que, independentemente das escolhas e posicionamentos, o vínculo com o bebê já se estabeleceu, o que explica tais motivações.

Podemos, portanto, finalizar lembrando que os três campos de sentido afetivo-emocional aqui produzidos configuram o contorno de uma clínica psicológica *sui-generis*, que faz demandas de manejo bastante específicas. Evidentemente, a prática psicanalítica exige suspensão provisória de apego a teorias. Contudo, há que existir saberes que possam ser colocados entre parênteses, ou, como diria Winnicott (1971b), estarem tão integrados, tão apropriados, que se tornam uma companhia inseparável do psicoterapeuta. Esta inseparabilidade, a nosso ver, não é incompatível com a suspensão exigida pelo método, muito ao contrário. Na verdade, certamente porque fazem parte do próprio *self* do psicoterapeuta, certos saberes podem e devem ser transitoriamente afastados, para poder dar entrada a elementos eventualmente novos, ainda não sentidos, ainda não pensados. Continuamos, contudo, claramente refratários à ideia de aplicação de conhecimentos prévios ao

atendimento de casos novos, conforme as exigências metodológicas psicanalíticas.

O casal, o homem, a mulher e a anencefalia: considerações finais

Realizamos nosso trabalho atendendo casais, elaborando narrativas transferenciais ficcionais e interpretando-as. Chegamos a “criar/encontrar” três campos de sentido afetivo-emocional habitados pelo próprio casal. Contudo, defrontamo-nos também com manifestações marcadas por diferenças de gênero, que decidimos abordar separadamente, neste epílogo que, a nosso ver, descortina outras possibilidades, possivelmente de continuidade de pesquisa neste tema.

Existe uma crença social arraigada, apesar da notada modificação da cultura e da sociedade latino-americana, segundo a qual o homem, em geral, apenas cumpre o papel de provedor e protetor da família. Embora novas possibilidades, de reconhecimento e valorização dos sentimentos masculinos, encontrem-se em pleno vigor, ganhando aceitação social, chegando a ser incentivadas, demonstrações de afeto por parte dos homens parecem ainda ser consideradas como expressão de fraqueza ou debilidade emocional. O homem é tido, imaginariamente, como aquele que tem que se apresentar como viril e distanciado de questões relacionadas ao aborto. Em casos mais extremados, pode até mesmo se questionar sobre a paternidade em gestações de fetos malformados, numa tentativa certamente desesperada de desvincular-se da infelicidade.

O vínculo com a parceira e o reconhecimento do relacionamento é o que faz com que o homem permaneça presente com a gestante, mesmo nos casos mais difíceis (BLEGER, 1963; POLITZER, 1928; MENEZES, ARQUINO; 2009). Embora cientes da profunda tristeza vivenciada com a situação da malformação fetal, tanto os próprios homens, quanto

familiares e amigos, parecem “esperar” uma atitude contida e controlada por parte do companheiro da gestante, tal atitude sendo compreendida como cuidadosa, frente a situações intensamente dramáticas. Sendo assim, parece que a expressão de dor de alguém, tido como figura forte e protetora, poderia colocar os envolvidos em algum tipo de risco sério. O que notamos, a partir de nossa experiência clínica, é, ironicamente o oposto. A gestante, encontrando-se “só” com sua dor, pode mesmo vir a vivenciar momentos desestruturantes, duvidando de sua percepção ou da natureza e/ou intensidade das reações que tem. Notando que o marido também vivencia intenso sofrimento, pode vir a sentir-se acolhida e profundamente acompanhada nesse momento dolorido. Em decorrência, a experiência de eventual desestabilização emocional, pode passar a ter contornos, resgatando-a desse abismo de sofrimento.

Por outro lado, mesmo tendo a mulher obtido certa liberdade social e econômica, ainda é considerada a única responsável pela vida sexual e reprodutiva do casal. Sendo incumbida do cuidado com os filhos, ganha, assim, algumas liberdades e muitos deveres. Paradoxalmente, cabe-lhe também carregar a função de fragilidade, dependência e necessidade de atenção e de cuidado.

Caso a gestante tente evitar demonstrações de grande sofrimento, com o intuito de não preocupar os seus familiares, pode ser socialmente cobrada e criticada por sua aparente frieza. Já a demonstração de dor da mãe é aceita e, de certa forma, exigida, pois é prevalente, no imaginário social, a crença de que todas as mães devem naturalmente se desesperar quando seus filhos adoecem. Sabemos que em alguns casos a mulher não demonstra necessariamente sentimentos de pesar e sim de raiva, de indiferença ou de culpa, entre outros.

Badinter (1985) apresenta todo um caminho para o processo de naturalização da maternidade:

Segundo fosse rica, abastada ou pobre, a mulher do final do século XIII e, sobretudo a do XIX aceitou, com maior ou menor rapidez, o papel de boa mãe. [...] Desde o século XIII, vemos desenhar-se uma nova imagem da mãe, cujos traços não cessarão de se acentuar durante os dois séculos seguintes. A era das provas de amor começou. O bebê e a criança transformam-se os objetos privilegiados da atenção materna. A mulher decide se sacrificar para que seu filho viva, e viva melhor, junto dela (p. 168, 169).

A psicanálise contribuiu para a consolidação social deste posicionamento da mulher, sendo que Winnicott (1956) foi, neste sentido, um autor cuja influência não se pode negar. Apesar de encontrarmos, em alguns pontos de sua obra, referência ao papel dos pais ou de outros cuidadores, o grande enfoque é dado aos cuidados maternos, da mãe biológica, como podemos observar no seguinte trecho:

Podemos falar agora sobre o motivo pelo qual acreditamos que a mãe do bebê é a pessoa mais adequada para cuidar desse mesmo bebê: é ela a pessoa capaz de atingir esse estágio especial de preocupação materna primária sem ficar doente. Já a mãe adotiva, ou qualquer outra mulher capaz de ficar doente no sentido da 'preocupação materna primária', estará possivelmente em condições de adaptar-se suficientemente bem, na medida da sua capacidade de identificar-se com o bebê (p. 404).

Percebemos uma clara tendência a considerar a mãe biológica como praticamente a única pessoa capacitada a proporcionar os melhores cuidados aos bebês, com raríssimas exceções (CIA, BARCELOS, AIELLO-VAISBERG; 2011).

O fato de recair sobre a mulher a responsabilidade pelo cuidado com os filhos e, nesse caso, por um bebê em gestação, exige que assuma a decisão final pela continuidade ou não da gravidez. Por outro lado, é interessante comentar que, com frequência, presenciamos os companheiros afirmarem que a decisão final é da mulher e que apoiarão qualquer que seja ela, uma vez que o bebê “está se desenvolvendo em seu corpo”. Vale a pena, assim, recordar que muitas décadas se passaram desde o início dos movimentos sociais, marcadamente os feministas, que versam sobre a inserção da figura feminina na sociedade contemporânea. Temos, assim, a impressão de que nos encontramos em um contexto sociocultural bastante paradoxal, no qual confluem tendências conservadoras, que perpetuam a rígida distinção entre obrigações derivadas dos papéis sexuais, com o reconhecimento, mais respeitoso, acerca do poder da mulher de decidir sobre eventos que tem lugar em seu próprio corpo.

Diante de um esgotamento emocional, devido à experiência extremamente angustiante dos pais, que pode também estar presente na vida dos familiares, amigos e médicos, a partir do diagnóstico de anencefalia fetal, parece emergir a vivência de algo que “não tem data para acabar”, dada a quantia sequencial de surpresas que assustam e de decisões que apavoraram. Nesse cenário, o resgate da vida parece uma urgente requisição.

Outros aspectos podem ser destacados, quando nos deparamos com as narrativas de Joaquim e Idalina e de Francisco e Maria. Bennett (2005) aponta para a existência de um pacto social de silêncio para a diferença, neste caso, concretizado na proibição - não dita - do compartilhamento e da exposição de gestações de bebês malformados.

Notamos que a maioria das gestantes praticam o recolhimento social como uma das formas possíveis de autopreservação. Acreditam que seus sofrimentos serão intensificados se houver menção aos acontecimentos,

pois também não sabem como expor algo que vivem como um fracasso. Os mais próximos nem sempre encontram abertura para proporcionar o suporte emocional e também se sentem atormentados e despreparados, pois esta é uma gravidez muito diferente.

Por outro lado, também existem aqueles que, independentemente de qualquer afastamento do casal, precisam aplacar suas angústias pessoais buscando acompanhar o andamento de todo o processo, questionando acerca do processo gestacional e buscando detalhamentos do quadro. Nesses casos, o distanciamento dessas pessoas pode ser benéfico.

Os casais, quando conseguem compartilhar sua situação com algumas pessoas, passam, em geral, a ter conhecimento sobre outros casos semelhantes, sentindo-se, muitas vezes, aliviados por deixarem de se ver como os únicos atingidos por este tipo de problema. Mais uma vez, o ambiente aparece como elemento essencial para o fornecimento de sustentação emocional e acolhimento.

Referências

- AIELLO-FERNANDES, R. "*Da entrada de serviço ao elevador social*". 2013. 126 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Centro de Ciências, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas. 2013.
- AIELLO-VAISBERG, T. M. J. In: TSU, T.M.J. *Análise de sonhos de gestantes: um estudo sobre regressão*. 1980. 158 f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1980.
- AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Sonhos de nascimento e preocupação materna primária. *Psychê*, São Paulo, v. 3, n. 4, p.131-143, 1999a.
- AIELLO-VAISBERG, T. M. J. *Encontro com a loucura: transicionalidade e ensino de psicopatologia*. 1999b. 342 f. Tese (Livre Docência) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1999b.
- AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (2003a). Da Questão do Método à Busca do Rigor: a abordagem clínica e a produção de conhecimento na pesquisa psicanalítica. In Aiello-Vaisberg, T.; Ambrosio, F.F. (orgs.). *Cadernos Ser e Fazer: Apresentação e materialidade*. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2003. p. 36-43.
- AIELLO-VAISBERG, T. M. J. (2003b) Ser e Fazer: Interpretação e intervenção na clínica winnicottiana. *Revista Psicologia USP*, São Paulo, v. 14, n.1, 2003, p.95-128.
- AIELLO-VAISBERG, T.M.J. Consultas Terapêuticas Coletivas e Abordagem Psicanalítica do Imaginário Social. In: Aiello-Vaisberg, T.; Ambrosio, F.F. (orgs.). *Cadernos Ser e Fazer: reflexões éticas na clínica contemporânea*. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2005. p. 27-44.

- AIELLO-VAISBERG, T. M. J. et al. Casquinha, Ludovico e Cambalhota: Era Uma Vez na Clínica Winnicottiana. In: V Jornada APOIAR, 2007, São Paulo. *Anais da V Jornada Apoiar*. São Paulo: Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social IPUSP, 2007. p. 428-431.
- AIELLO-VAISBERG et al. Les récits transferenciels comme présentation du vécu clinique: une proposition méthodologique In: BEAUNE, D. *Psychanalyse, Philosophie, Art: Dialogues*. Paris: L'Harmattan, 2009, p. 39-52.
- AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Paradoxo de Loucura: a radicalidade do pensamento psicopatológico de D. W. Winnicott. In: Sucar, I.; Ramos, H. São Paulo: Primavera Editorial/SBPSP, 2012. p. 231-237.
- AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; AMBROSIO, F. F. Imaginários coletivos como mundos transicionais. In: AIELLO-VAISBERG, T.M.J.; AMBROSIO, F.F. (Org.). *Imaginários coletivos como mundos transicionais*. São Paulo: Cadernos Ser e Fazer – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2006. p. 05-08.
- AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; AMBROSIO, F. F. O Mundo Transicional Papeleiro da Oficina Arte de Papel: um enquadre diferenciado na artepsicoterapia. In: V JORNADA APOIAR – Saúde Mental nos ciclos de vida, 2007, São Paulo. *Anais da V Jornada Apoiar – Saúde Mental nos ciclos de vida*. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2007. p. 420-424.
- AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; AMBROSIO, F. F. O Estilo Clínico Ser e Fazer como Experiência Brincante. In: FERREIRA, A. M. (Org.) *A Presença de Winnicott no Viver Criativo: diversidade e interlocução*. São Paulo: Ed. ZY, 2009. p. 174-180.
- AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; AMBROSIO, F. F. Os Desenhos de Catarina: iluminando a compreensão psicanalítica sobre o brincar. In: Wechsler, S.; Nakano, T. (Org.). *O Desenho Infantil: forma de expressão*

cognitiva, criativa e emocional. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012, v. 1, p. 233-242.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; AMBROSIO, F. F. Pesquisa psicanalítica de imaginários coletivos. In: Trinca, W. (Org.). *Procedimentos de Desenhos-Estórias: formas derivadas, desenvolvimentos e expansões*. São Paulo: Vetor, 2013. p. 33-44.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; MACHADO, M. C. L. Narrativas: O Gesto do Sonhador Brincante. In: ENCONTRO LATINO AMERICANO DOS ESTADOS GERAIS DA PSICANÁLISE, 2005, São Paulo. *Anais Encontro Latino Americano dos Estados Gerais da Psicanálise*. São Paulo, 2005.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; MACHADO, M. C. L. Pesquisa Psicanalítica de Imaginários Coletivos à Luz da Teoria dos Campos. In: MONZANI, J.; MONZANI, R. (Org.) *Olhar: Fabio Herrmann - uma viagem psicanalítica*. São Carlos: Ed. Pedro e Joao Editores/CECH - UFSCar, 2008, p. 311-324.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; TACHIBANA, M. O ambiente hospitalar suficientemente bom: sustentação da preocupação materna primária. In: LANGE, E.S.N. (Org.). *Contribuições à Psicologia Hospitalar: desafios e paradigmas*. São Paulo: Vetor Editora. 2008, p. 144-162.

AITE, L. et al. Mothers' adaptation to antenatal diagnosis of surgically correctable anomalies. *Early Human Development*, v. 82, n. 10, p. 649-653, 2006.

AMBROSIO, F. F. *Ser e Fazer - Arte de Papel: uma oficina inclusiva*. 2005. 179 f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2005.

AMBROSIO, F. F. *O estilo clínico Ser e Fazer na investigação de benefícios clínicos de psicoterapias*. 2013. 114 f. Tese (Doutorado) - Centro de

Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas. 2013.

AMBROSIO, F. F.; AIELLO-FERNANDES, R.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Pesquisando Sofrimentos Sociais com o Método Psicanalítico: Considerações Conceituais. In: XI JORNADA APOIAR - Adolescência: Identidade e Sofrimento na Clínica Social, 2013, São Paulo. *Anais XI JORNADA APOIAR - Adolescência: Identidade e Sofrimento na Clínica Social*. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2013.

AMBROSIO, F. F.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. O Adolescente no Cinema Brasileiro Atual: estudo psicanalítico sobre o imaginário coletivo. In: IX JORNADA APOIAR: Violência Doméstica e Trabalho em Rede: Compartilhando Experiências - Brasil, Argentina, Chile e Portugal, 2011, São Paulo. *Anais IX JORNADA APOIAR: Violência Doméstica e Trabalho em Rede: Compartilhando Experiências - Brasil, Argentina, Chile e Portugal*. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2011. p. 176-186.

AMBROSIO, F. F.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. O estilo clínico ser e fazer como proposta para o cuidado emocional de indivíduos e coletivos. *Revista da SPAGESP* São Paulo, v. 10, p. 39-44, 2009.

AMBROSIO, F. F.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; FERREIRA, J. C.; CORRÊA, Y. B. Arteterapia Winnicottiana no Cuidado Emocional a Profissionais de Saúde Mental. In: 13º ENCONTRO DE SERVIÇOS-ESCOLA DE PSICOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2005, São Paulo. *Anais 13º Encontro de Serviço-Escola de Psicologia do Estado de São Paulo*. São Paulo, 2005. p. 115.

AMBROSIO, F. F.; CIA, W. C.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. O Acidente de Flic: a apresentação do acontecer clínico como narrativa brincante. In: VIII JORNADA APOIAR- Promoção de Vida e Vulnerabilidade Social

na América Latina: reflexões e propostas, 2010, São Paulo. *Anais da VIII Jornada Apoiar*. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2010. p. 363-272.

AMBROSIO, F. F.; FERNANDES, E. S.; VAISBERG, T. M. J. A. O adolescente no cinema brasileiro atual: estudo psicanalítico sobre o imaginário coletivo. In: IX JORNADA APOIAR: Violência Doméstica e Trabalho em Rede: Compartilhando Experiências - Brasil, Argentina, Chile e Portugal, 2011, São Paulo. *Anais do IX Jornada Apoiar: Violência Doméstica e Trabalho em Rede: Compartilhando Experiências*. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2011.

AMBROSIO, F. F.; FIALHO, A. A.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. O Imaginário Coletivo de Estudantes de Educação Física sobre Vida Saudável. In: VIII JORNADA APOIAR - Promoção de Vida e Vulnerabilidade Social na América Latina: reflexões e propostas, 2010, São Paulo. *Anais da VIII Jornada APOIAR - Promoção de Vida e Vulnerabilidade Social na América Latina: reflexões e propostas*. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2010. p. 281-291.

BADINTER, E. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BAKER, J. B. The history of sonographers. *Journal of Ultrasound in Medicine*, v. 24, n. 1, p. 1-14, 2005.

BARCELOS, T. B.; CIA, W. C.; AIELLO-VAISBERG, T. Caminhos Possíveis: o Imaginário Coletivo de Professores sobre o Adolescente Contemporâneo. In: IX JORNADA APOIAR: Violência Doméstica e Trabalho em Rede Compartilhando Experiências, 2011, São Paulo. *Anais IX Jornada Apoiar: Violência Doméstica e Trabalho em Rede Compartilhando Experiências*. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2011.

- BENNETT et al. The scope and impact of perinatal loss: Current status and future directions. *Professional Psychology: Research and Practice*, v. 36, n. 2, p. 180-187, 2005.
- BENUTE, G. B.; GOLLOP, T. R. O que acontece com os casais após o diagnóstico de malformação fetal? *Femina*, São Paulo, v. 30, n. 9, p. 661-663, 2002.
- BENUTE, G. R. G. et al. Interrupção da gestação após o diagnóstico de malformação fetal letal: aspectos emocionais. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 28, n. 1, p. 7-10, 2006.
- BENUTE, G. R. B. et al. Feelings of women regarding end-of-life decision making after ultrasound diagnosis of a lethal fetal malformation. *Midwifery*, v. 28, n. 4, p. 412-415, ago. 2012.
- BLEGER, J. (1963). *Psicologia da Conduta*. Tradução de Emilia de Oliveira. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.
- BORTOLETTI, F. F.; SILVA, M. S. C.; TIRADO, M. C. B. A. Assistência psicológica em medicina fetal. In: BORTOLETTI, F. F. et al. (Org.). *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Manole, 2007. p. 61-70.
- BREEZE, C. C. et al. Palliative care for prenatally diagnosed lethal fetal abnormality. *Arch Dis Child Fetal Neonatal*, v. 92, p. F56-F58, 2007. Disponível em <<http://fn.bmj.com/content/92/1/F56.short>> Acesso em: 12 set. 2012. doi: 10.1136/adc.2005.092122.
- CALIGOR, E.; KENBERG, O. E.; CLARKING, J. F. Psicoterapia dinâmica das patologias leves de personalidade. Trad. Sandra M.M. da Rosa. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- CANDIDO, A. et al. *A personagem de ficção*. São Paulo: Perspectiva. 2007. 119 p. (Coleção debates).

- CAMPS, C. *Ser e Fazer na Escolha Profissional: atendimento diferenciado na clínica winnicottiana*. 2009. 204 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo. 2009.
- CARMO, J. R. *O processo de luto na interrupção de gestação por feto anencéfalo*. 2007. 128 f. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.
- CHAZAN, L. K. *Pioneiros da ultra-sonografia obstétrica no Brasil*. 2008. 75 f. Tese (Pós-Doutorado) - Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2008.
- CIA, W. C.; BARCELOS, T. B.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. UTIs neonatais e pediátricas: a inclusão materna. In: IX JORNADA APOIAR, 2011, São Paulo. *Anais IX Jornada Apoiar: Violência Doméstica e Trabalho em Rede Compartilhando Experiências*. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2011.
- CIA, W. C.; AMBROSIO, F. F.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Um Trabalho Clínico-Social: a Oficina de Histórias, Fotos e Lembranças da Ser e Fazer. In: I Jornada de Pesquisa em Psicanálise e Fenomenologia do Laboratório de Psicologia Clínica Social, 2007, Campinas. I Jornada de Pesquisa em Psicanálise e Fenomenologia do Laboratório de Psicologia Clínica Social. Campinas: PUC Campinas, 2007. p. 113-124.
- CLOUGH, P. *Narratives and Fictions in Educational Research*. New York: Open University Press, 2002.
- CORBETT, E. "*Contos sem fada*": mães e filhos em situação de violência doméstica. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Centro de Ciências, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas. 2014.

- COSTA, L. L. F. et al. Termination of pregnancy for fetal abnormality incompatible with life: women's experiences in Brazil. *Reproductive Health Matters*, v. 13, n. 26, p. 139-146, Nov. 2005.
- CÔTÉ-ARSENAULT, D.; DENNEY-KOELSCH, E. "My baby is a person": parents' experiences with life-threatening fetal diagnosis. *Journal of Palliative Medicine*, v. 14, n. 12, p. 1302-1308, Dec. 2011.
- DENZIN, N. K. E LINCOLN, Y. S. *Qualitative Research*. London, Sage. 2005.
- DROTAR, D. et al. The adaptation of parents to the birth of an infant with a congenital malformation: a hypothetical model. *Pediatrics*, v. 56, n. 5, p. 710-716, 1975.
- FIALHO, A. A. et al. O Imaginário Coletivo de Universitários sobre a África: um estudo preliminar. In: CÓLOQUIO INTERNACIONAL CULTURAS JOVENS AFRO-BRASIL-AMÉRICA: encontros e desencontros, 2012, São Paulo. *Anais do Colóquio Internacional Culturas Jovens Afro-Brasil-América: encontros e desencontros*. São Paulo: Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, 2012.
- FREUD, S. (1923 [1922]) Dois verbetes de enciclopédia – (A) Psicanálise. Volume XVIII, p. 283-307. *Obras Completas*, Imago, Rio de Janeiro.
- GOMES, A. G.; PICCININI, C. A. A ultrassonografia obstétrica e a relação materno-fetal em situações de normalidade e anormalidade fetal. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 22, n. 4, p. 381-393, 2005.
- GRANATO, T. M. M.; AIELLO-VAISBEG, T. M. J. Uso terapêutico de narrativas interativas com mães em situação de precariedade social. *Psico*, Porto Alegre, PUCRS, v. 42, n. 4, p. 494-502, out./dez. 2011.
- GRANATO, T. M. M.; CORBETT, E; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Narrativa interativa e psicanálise. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 16, n. 1, p. 157-163, jan./mar. 2011.

- GREENBERG, J.; MITCHELL, S. *Relações objetais na Teoria Psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- HERRMANN, F. *O Método da Psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, 1979.
- HERRMANN, F. Interpretação: a invariância do método nas várias teorias e práticas clínicas. In: Figueira, S. A. (Org.) *Interpretação: sobre o método da psicanálise*. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1988. p. 13.
- HISADA, S. *A utilização de histórias no processo psicoterápico*. 1995. 117 f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 1995.
- HORTA, A. L. M. *Significando a Vivência do Casal por ter um Filho Cardiopata: Desmoronamento ou Construção de um Castelo*. 1998. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, São Paulo. 1998.
- IRVIN, N.; KENNEL, J.; KLAUS, M. Atendimento aos pais de um bebê com malformação congênita. In: KLAUS, M.; KENNEL, J. *Pais/bebê: a formação do apego*. Tradução de Daise Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 245-275.
- KATAGUIR, M. R.I; MORON, A. F.; REIS, L.V. Cordocentese. In: MORON, A. F. et al. *Medicina fetal na prática obstétrica*. São Paulo: Ed Santos, 2003. p. 97-100.
- KORENROMP, M. J. et al. Long-term psychological consequences of pregnancy termination for fetal abnormality: a cross-sectional study. *Prenatal Diagnosis*, v. 25, n. 3, p. 253-260, Mar. 2005. Disponível em <www.interscience.wiley.com>. Acesso em: 05 fev. 2014.
- KORENROMP, M. J. et al. Adjustment to termination of pregnancy for fetal anomaly: a longitudinal study in women at 4, 8, and 16 months. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 201, n. 2, p. 160,

Aug. 2009. Disponível em: <[www.ajog.org/article/S0002-9378\(09\)00393-7/abstract](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(09)00393-7/abstract)>. Acesso em: 05 fev.2014.

LANGER, M. *Maternidade e sexo: estudo psicanalítico e psicossomático*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. (1967). *Vocabulário de Psicanálise*. Tradução de Pedro Tamen. São Paulo: Martins Fontes, 1985.

LOREA, R. A. Acesso ao aborto e liberdades laicas. *Horizontes antropológicos*, Porto Alegre, v. 12, n. 26, Dec. 2006.

MALDONADO, M. T. P. *Psicologia da gravidez*. São Paulo: Saraiva. 1997.

MALDONADO, M. T. P; CANELLA, P. *Recursos de Relacionamento para profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores. 2003.

MANNA, R. E. et al. Estilo Clínico Ser e Fazer: Enquadres Diferenciados em Saúde Pública. In: II CONGRESSO LUSO-BRASILEIRO DE PSICOLOGIA DA SAÚDE E I CONGRESSO IBERO-AMERICANO DE PSICOLOGIA DA SAÚDE, 2011, São Bernardo. *Anais II Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde e I Congresso Ibero-Americano de Psicologia da Saúde*. São Bernardo: Metodista, 2011.

MANNA, R. E. *O imaginário coletivo de cuidadores de idosos na saúde pública: um estudo psicanalítico*. 2013. 94 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2013.

MARTINS, P. C. R.; VAISBERG, T. M. J. A. Será que ele é? O imaginário coletivo sobre a homossexualidade. *Perspectiva*, Erechim, v. 33, p. 43-52, 2010.

- MENEZES, G.; AQUINO, E. M. L. Pesquisa sobre aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 2, p. 5193-5204, 2009.
- MENCARELLI, V. L. *Compaixão na Contratransferência: Cuidado Emocional a Jovens HIV+(s)*. 2010. 272 f. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2010.
- MESSIAS, T. S. C. *Compreensão psicológica das vivências de pais em Aconselhamento Genético (AG): um estudo fenomenológico*. 2006. 216 f. Tese (Doutorado) - Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2006.
- MICELLI-BAPTISTA, A; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. O Coelho Ludovico: Intervenção na Clínica winnicottiana. In: AIELLO-VAISBERG, T.; AMBROSIO, F. F. (Org.) *O Brincar*. São Paulo: Cadernos Ser e Fazer - Instituto de Psicologia da Universidade de São, 2004. p. 58-67.
- MIRLESSE, V. et al. Women's experience of termination of pregnancy for fetal anomaly: effects of socio-political evolutions in France. *Prenatal Diagnosis*, v. 31, p. 1021-1028, 2011. Disponível em: <<http://wileyonlinelibrary.com>>. Acesso em: 04 fev. 2014.
- MONTEZI, A. V. et al. Linha de Passe: adolescência e imaginário em um filme brasileiro. *Psicologia em Revista*, PUC Minas, v. 19, p. 74-88, 2013.
- OBEIDI, N. et al. The natural history of anencephaly. *Prenatal Diagnosis*, v. 30, n. 4, p. 357-360, Apr 2010. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pd.2490/abstract>>. Acesso em: 28 set. 2012.
- PARKER, I. *Qualitative Psychology: introducing radical research*. New York: Open University Press, 2004.

- PICCININI, C. A. et al. Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 20, n. 3, p. 223-232, dez. 2004.
- POLITZER, G. (1928). *Critica dos fundamentos da psicologia: psicologia e psicanálise*. Piracicaba: Editora UNIMEP, 1998.
- PONTES, M. L. S. et al. A gravidez precoce no imaginário coletivo de adolescentes. *Psicologia: Teoria e Prática*, São Paulo, v. 12, p. 85-96, 2010.
- QUAYLE, J. et al. Repercussões na família do diagnóstico de malformações fetais: algumas reflexões. *Revista de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 7, n. 1, p. 33-39, 1996.
- REBOUÇAS, M. S. S.; DUTRA, E. M. S. Não nascer: algumas reflexões fenomenológico-existenciais sobre a história do aborto. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 16, n. 3, p. 419-428, jul./set, 2011.
- REY, F.; SIROTA, A. *Des clés pour réussir au collège et au lycée*. Paris: Eres, 2007.
- RICOEUR, P. (1965). *Historia y Narratividad*. Barcelona: Paidós Ibérica, 1965.
- SAFRA, G. *Método de consulta terapêutica através do uso de estória infantis*. 1984. 104 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1984.
- SAFRA, G. *A face estética do self*. São Paulo: Unimarco, 1999.
- SARAIVA, S. Nascer, viver, morrer...uma visão transcendental. In: BORTOLETTI, F. F. et al. (Org.). *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Manole, 2007. p. 1-3.

- SETÚBAL, M. S. V. et al. Interrupção legal em gestações com fetos portadores de patologias: aspectos epidemiológicos e emocionais. *Reprod Clim*, São Paulo, v.18, p. 41-45, 2003.
- SILVA, M. H.; RODRIGUES, M. F. S.; AMARAL, W. N. Aspectos médicos e psicológicos de grávidas portadoras de feto anencefálico. *Femina*, São Paulo, v. 39, n. 10, p. 493-498, out. 2011.
- SOIFER, R. *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980.
- SOUKA, A. P. et al. Attitudes of pregnant women regarding termination of pregnancy for fetal abnormality. *Prenatal Diagnosis*, v. 30, p. 977-980, 2010. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pd.2600/abstract>>. Acesso em: 19 ago. 2012.
- STOROLOW, R. D.; ATWOOD, G. E.; BRANDCHAFT. *The intersubjective perspective*. New York: Jason Arason, 1994.
- SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Notícia STF. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=%28anencefalia+procedente%29&base=baseAcordaos>>. Acesso em: 30 jan. 2014.
- TACHIBANA, M. *Rabiscando desenho-estórias: encontros terapêuticos com mulheres que sofrem aborto espontâneo*. 2006. 167 f. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Vida, Universidade Católica de Campinas, Campinas. 2006.
- TACHIBANA, M. *Fim do mundo: o imaginário coletivo da equipe de enfermagem sobre a gestação interrompida*. 2011. 170 f. Tese (Doutorado) – Centro de Ciências da Vida, Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP. 2011.

- TEDESCO, G.; de PAULA, T. B. C.; de ARAUJO, M. R. V. M. Amniocentese. In: Moron, A.F. (Org.) *Medicina fetal na prática obstétrica*. São Paulo: Ed. Santos, 2003. p. 87-91.
- TURATO, E. R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. São Paulo: Vozes. 2003.
- VITALI, L. M. '*Flor-Rabisco*' *Narrativas Psicanalítica sobre uma Experiência Surpreendente*. 2004. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2004.
- VITALI, L. M.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. "Flor-rabisco": a oficina psicoterapêutica de arranjos florais. In: AIELLO-VAISBERG, T.; AMBROSIO, F. F. (Org.) *Apresentação e Materialidade*. São Paulo: Cadernos Ser e Fazer - Instituto de Psicologia da Universidade de São, 2003. p. 141-152.
- WINNICOTT, D. W. (1941). Observação de bebês em uma situação padronizada. In:_____. *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas*. Tradução Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2000. p. 112-132.
- WINNICOTT, D.W. (1945) Desenvolvimento Emocional Primitivo. In:_____. *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas*. Tradução Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2000. p. 218-232.
- WINNICOTT, D. W. (1956). A preocupação materna primária. In:_____. *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas*. Tradução Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2000. p. 399-405.
- WINNICOTT, D.W. (1963) O medo do colapso. In: WINNICOTT, C., SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (Org.) *Explorações psicanalíticas: D.W. Winnicott*. Tradução José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994. p. 70-76.

- WINNICOTT, D.W. (1964) O mundo em pequenas doses. In Winnicott, D.W. *A criança e seu mundo*. (A. Cabral, Trad.). 6ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 1982.
- WINNICOTT, D.W. (1968) O jogo do rabisco. In: WINNICOTT, C., SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (Org.) *Explorações psicanalíticas: D.W. Winnicott*. Tradução José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994. p. 230-243.
- WINNICOTT, D.W. (1971a). *O brincar e a realidade*. Tradução J.O.A. Abreu; V. Nobre. Rio de Janeiro: Imago. 1971.
- WINNICOTT, D. W. (1971b) Introdução. In:_____. *Consultas terapêuticas em Psiquiatria infantil*. Tradução de Joseti Marques Xisto Cunha. Rio de Janeiro: Imago, 1984.
- WOOL, C.; NORTHAM, S. The Perinatal Palliative Care Perceptions and Barriers Scale Instrument: development and validation. *Advances in Neonatal Care*, v. 11, n. 6, p. 397-403, Dec. 2011.