

CAROLINA YUKI FUJIHIRA

Reflexões sobre a inclusão: o trajeto de uma clínica do
acompanhamento terapêutico focado na deficiência

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

Área de concentração: Psicologia Clínica
Orientador: Prof. Dr. Gilberto Safra

São Paulo
2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

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
Serviço de Biblioteca e Documentação
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Fujjihira, Carolina Yuki.

Reflexões sobre a inclusão: o trajeto de uma clínica do acompanhamento terapêutico focado na deficiência. / Carolina Yuki Fujjihira; orientador Gilberto Safra. -- São Paulo, 2008.

92 p.

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

1. Deficientes 2. Acompanhamento terapêutico 3. Inclusão social 4. Placement (Winnicott) I. Título.

BF727.H3

FOLHA DE APROVAÇÃO

Carolina Yuki Fujihira

Reflexões sobre a inclusão: o trajeto de uma clínica do acompanhamento terapêutico focado na deficiência

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

Área de concentração: Psicologia Clínica

Banca Examinadora:

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Aprovado em: ____ / ____ / ____

AGRADECIMENTOS

Agradeço de todo meu coração:

Ao Gilberto, meu queridíssimo supervisor e orientador, que me ajudou a costurar “ilhas de experiência” e fazer uma colcha de retalhos, que eu nunca havia imaginado conseguir.

Ao Célio, pela enorme paciência, pelo companheirismo e pelo seu amor que me é vital.

A Cybelle, minha amiga de todas as horas, que compartilha comigo alegrias e sofrimentos dos momentos importantes de nossas vidas.

Ao Kleber, por todo incentivo cheio de carinho e sensibilidade oferecido para que eu participasse de novos mundos por mim temidos.

A Giselle, minha amiga, por me acompanhar em mais uma empreitada.

Ao Andrés, por ter ofertado tanto cuidado em sua leitura respeitosa.

A minha mãe, avó e irmã, pela torcida, pelo amor e pelo sustentáculo que são em minha vida.

Ao Gabriel, que me ajudou a sonhar este trabalho.

Ao Cotta, meu companheiro de percurso e descontração.

A Lígia, que ainda me acompanha, mesmo não estando mais entre nós.

Ao Roque, que talvez sem saber, ajudou a me formar como pessoa.

Aos amigos João, Dadá, Lú Pires e Edeli, pela torcida carinhosa.

A Leila e tia Masae, pela gentileza da tradução.

A Associação Carpe Diem por manter-se como fonte de reflexões paralelas a esta pesquisa.

E por fim, a todos aqueles que se confiaram aos meus cuidados, pela enorme paciência.

Fujihira, C. Y. **Reflexões sobre a inclusão: o trajeto de uma clínica do acompanhamento terapêutico focado na deficiência.** 2008. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

A segregação e a desumanização das pessoas com deficiência nos mostra a dificuldade histórica que a humanidade encontra em acolher a vulnerabilidade que lhe é inerente, apresentada de forma contundente pela deficiência. Atualmente testemunhamos um grande esforço oriundo de um movimento social denominado *Inclusão*, no sentido de favorecer uma participação mais digna das pessoas com deficiência na sociedade. O presente trabalho propõe refletir sobre a deficiência e a inclusão a partir de uma perspectiva clínica do acompanhamento terapêutico, em que se utiliza o *placement*, modalidade clínica apresentada por Winnicott, como referência. No *placement*, o acompanhante terapêutico (analista) aproveita o cotidiano composto por presenças humanas, bem como seu próprio repertório psico – cultural para compor um lugar de cuidado a ser manejado. Em contraponto ao mero encaixe social, o *placement*, como lugar de cuidado, apresenta e sustenta recursos para que a pessoa com deficiência possa vivenciar experiências necessárias para seu amadurecimento, ter acesso à realidade compartilhada, de forma a contribuir com sua personalidade, bem como ter suas necessidades éticas contempladas e assim ocupar um lugar dentro do mundo humano. Como fio condutor para as estas reflexões, a trajetória clínica de uma acompanhante terapêutica será utilizada de modo a descrever a elaboração de um posicionamento frente a tais questões.

Palavras-chave: Deficientes, Acompanhamento terapêutico, Inclusão social, Placement.

Fujihira, C. Y. **Reflection about inclusion: a clinical process of therapeutic accompaniment focusing the deficiency.** Dissertation (Master Degree) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

The segregation and dehumanization of the people with disability show us the historical difficulty found by humankind in accommodating its inherent vulnerability. We witness nowadays a big effort resulting from a social movement named *inclusion*, aiming a more dignifying participation of the people with disability in the society. The present work suggests the reflection about the disability and about the inclusion from a clinical perspective of the therapeutic accompaniment, using the *placement* as a reference, a clinical method presented by Winnicott . According to the *placement*, the therapeutic accompanier (analyst) uses the daily activities with human presences, as well as his/her psychological repertoire and cultural to create a place of care to be managed. As opposed to the mere social adjustment, the *placement*, as a place of care, presents and supports resources for the people with disability to try the necessary experiences for development, to have access to the shared reality in a way to contribute to ones personality, as well as to have his/her ethical needs met and consequently, to occupy a place in the human world. As guidance to such reflections, the clinical process of a therapeutic accompanier will be used to describe the preparation of a position towards such issues.

Keywords: Disabled, Therapeutic accompaniment, Social inclusion, Placement.

SUMÁRIO

Introdução	08
I – Um pouco da história sobre a atenção às pessoas com deficiências:	
1. Contexto geral	15
2. No Brasil	19
II – Pegando Carona...	
1. O Projeto Carona	22
2. Algumas considerações	24
III – O Acompanhamento Terapêutico (A.T.)	
1. Um pouco de sua história	30
2. O A.T. numa perspectiva winnicottiana: o privilégio do manejo como técnica	32
3. Pegando na enxada...	35
IV – Placement	
1. De semente à flor	39
2. A transicionalidade e o placement	42
3. Placement uma intervenção criada por Winnicott	44
4. A importância da ação no placement	48
5. Quando brota uma flor	51
V – Refletindo sobre a Inclusão	
1. A Inclusão como placement	55
2. O lugar na comunidade humana	60
3. O idioma pessoal, o placement e a inclusão	61
4. Desenraizamento estético na deficiência	65
VI – Comunicações...	
1. Quando o verbal não dá conta	68
2. A intersubjetividade	71
3. Comunicação intercorpórea	74
4. O diálogo como posição de abertura para o outro	76
Conclusão	79
Referências Bibliográficas	83

Introdução

Após as duas Grandes Guerras Mundiais, movimentos que buscavam a defesa dos direitos humanos e a integração das minorias foram intensificados. A institucionalização, a segregação e as relações de poder político-econômico que dominavam começaram a ser muito questionadas. São exemplos disto o movimento antipsiquiátrico, o feminismo, a liberação sexual e, entre outros, o movimento das pessoas com deficiências.

De uns anos para cá, testemunhamos que este último movimento vem ganhando bastante expressão, principalmente quando passou a defender a inclusão social. A inclusão social é um movimento bastante atual que busca *espaço* para todas as diferenças, mas obtém muita adesão das pessoas com deficiências, talvez porque estas vislumbraram na inclusão, o ideal do qual vêm percorrendo há muito tempo e que veio de encontro com o momento histórico mais fortalecido que se encontram hoje.

Desde que comecei a ter uma atuação profissional sempre estive envolvida na área da deficiência. Ou seja, o meu percurso profissional, construído com questionamentos, inseguranças, fracassos, conquistas e reflexões, vem acontecendo no acompanhamento de pessoas marcadas por deficiências físicas e mentais. Desta forma, quando tento refletir sobre a inclusão, tudo o que já vivi, senti e testemunhei com estas pessoas, emerge junto com tais pensamentos.

Vou começar esta empreitada contando uma parte de minha trajetória que culminou numa experiência clínica, que por sua vez, muito me serviu para refletir sobre a inclusão e o acompanhamento de pessoas com deficiências. Assim, minha experiência pessoal, a partir do viés clínico, conduz a reflexão deste trabalho.

No último ano da faculdade, descobri uma grande satisfação: a clínica psicanalítica. Procurei fazer uma série de disciplinas que demandavam estágios clínicos. A maioria destes estágios eram realizados na própria faculdade, porém, tinha vontade de viver um pouco desta área, fora do meio acadêmico.

Nesta época, sempre aparecia em casa, para provar roupas (minha mãe ocupava-se como costureira), uma moça cujo filho era vítima de paralisia cerebral. Certo dia, esta cliente contou que estavam precisando de um estagiário de Psicologia na instituição que seu filho se tratava. A proposta deste estágio era justamente fazer atendimentos clínicos aos pacientes da instituição.

A importância desta história consiste em que consegui a tal vaga, no Setor de Psicologia de um tradicional Centro de Reabilitação Física de São Paulo. Eu, que nunca havia sequer imaginado trabalhar com pessoas deficientes, lá estava.

No primeiro dia, fui conhecer o Setor Escolar. Minha impressão foi muito ruim: entrei no salão que as crianças estavam e todas vieram em minha direção. Eram várias que tinham um aspecto que eu nunca vira até então. Usavam cadeiras de rodas um tanto velhas ou tinham um andar prejudicado. De olhos meio vinhos e movimentos incoordenados, falavam de um modo muito difícil de entender e algumas salivavam bastante. Aproximaram-se como que mendigando atenção. Minha pressão caiu, comecei a enxergar tudo escuro e a ficar tonta. Fui levada à enfermaria para ser medicada e saí de lá dizendo que nunca mais voltaria. Hoje, após ter um grande envolvimento com a deficiência, lembrar desta minha primeira impressão em tal instituição me faz pensar naqueles antigos Hospitais Gerais medievais, em que todos os “incômodos sociais” eram confinados, segregados da sociedade. Mas, depois deste primeiro contato, voltei no dia seguinte e lá permaneci durante oito anos.

Durante o primeiro ano, atuei apenas como estagiária. Posteriormente, fui contratada como psicóloga e, mais tarde, tornei-me chefe do Setor de Psicologia, cargo no qual pude observar com maior reflexão e viver na pele as terríveis relações de poder que, na verdade, movem a maioria das instituições do gênero.

Naquela época, trabalhar com a deficiência não foi nada fácil. As angústias dos pacientes eram muito intensas, fato que fui percebendo ao entrar em contato com pessoas de todas as idades e com vários tipos de seqüelas. Eram pessoas paraplélicas e tetraplélicas (vítimas de acidentes com armas de fogo, automobilísticos, quedas ou até mesmo erros médicos), portadoras de má formação congênita, portadoras de paralisia cerebral, vítimas das mais variadas síndromes genéticas, amputadas e também aquelas que possuíam as mais diversas conseqüências de um acidente vascular cerebral (AVC). Eu vivi com cada uma delas

a dor da limitação, da discriminação e da desumanização, muitas vezes reeditada na própria instituição que propunha a reabilitação. Era muito desgastante tentar defender alguma subjetividade e singularidade frente aos médicos ortopedistas, fisiatras e neurologistas, bem como algum tipo de trabalho integrado com os fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais. Os pacientes estavam totalmente “objetificados”, com seus corpos “setorizados” entre as especialidades da saúde. É claro que na área da saúde médica, a especialização se faz muito necessária. O problema se dá quando a subjetividade dos pacientes é desconsiderada e o corpo fica dissociado da totalidade da pessoa.

A desumanidade era também para comigo e outros profissionais que trabalhavam com toda essa carga emocional, pressionados pelo formato da produtividade de atendimentos. Muitas vezes sentia-me numa linha de produção, pois, quanto mais se atendia, mais o SUS - Sistema Único de Saúde - poderia reembolsar dinheiro para a instituição, que vivia no “vermelho”. Havia uma cobrança intensa quanto aumentar o número de atendimentos.

Paralelamente a tudo isso, eu sentia, naquela época, que na área da Psicologia Clínica Psicanalítica, havia certo desinteresse pela deficiência. Era raro a discussão clínica de algum caso de pessoa com deficiência. Valorizava-se muito a compreensão da psicose e parecia que a deficiência era caso de outro “departamento”. Era assunto para a Psicologia do Excepcional. Mas, justamente ao contrário, as condições de exclusão a que, muitas vezes, tais pessoas eram submetidas, tornavam-se terrenos férteis para psicoses.

Dentre meus colegas, era a única que trabalhava com deficiência e durante muito tempo não encontrei um interlocutor que se interessasse pelas questões relativas ao meu trabalho. Ou seja, fui tomando cada vez mais as dores de meus pacientes, muitas vezes me sentindo tão “peixe fora d’água” quanto eles.

A oportunidade de receber um primeiro apoio veio com o contato com a professora e autora Ligia Assumpção Amaral, que sendo uma pessoa com seqüelas de pólio, dedicou sua vida profissional à tarefa de apontar aspectos psicossociais envolvidos na questão da deficiência. Seu esforço se detinha no fato de resgatar a pessoa com deficiência como sujeito que possui voz própria. Sua dissertação de Mestrado “Resgatando o passado: deficiência como figura e vida como fundo” (Amaral, 1987) foi a primeira concretização neste sentido, já que fora um trabalho

pioneiro no campo acadêmico, no qual utilizou-se de suas próprias vivências como pessoa com deficiência, para discutir os desdobramentos psicossociais atrelados à questão. Sobre sua dissertação, Amaral (1994) dizia:

Houve um momento, na história da psicologia, onde o pesquisador “fez-se passar” pelo sujeito – fosse ele operário, negro, marginalizado, doente mental etc.... Momento importante, mas em meu entender superado. Por que “fazer-se passar” para tornar-se porta-voz, se é possível resgatar a voz de quem pode falar por si mesmo? Assim foi que tomei a palavra para dar meu testemunho. Não como se fosse deficiente, mas sendo. Falava pois do lugar do diferente.... Propunha ao mundo acadêmico talvez não um pensar sobre, mas um pensar com. (pp. 26 - 27)

Deste lugar no mundo acadêmico no qual falava a partir de vivências cheias de personalidade, pautada na Psicologia Social, Amaral enfatizava que a deficiência não era uma questão localizada só no indivíduo, pois este está em relação indissolúvel com a sociedade. Assim, entendia o problema da discriminação social da pessoa com deficiência, como um problema da sociedade que a estigmatizava e separava. A autora tinha a intenção de abordar a deficiência de forma tal, que o desconhecimento sobre este tema (que dá margem a uma leitura preconceituosa e supersticiosa) pudesse ser substituído por uma reflexão mais crítica e implicada. Para tanto, apontava que os aspectos psicossociais da deficiência referiam-se não só às questões de cunho informativo, mas também às reações emocionais, muitas vezes inconscientes, geradas pela presença da pessoa com deficiência no campo afetivo das demais pessoas:

Ora bem, o deficiente é a própria encarnação da assimetria, do desequilíbrio, das des-funções. Assim, sua desfiguração, sua mutilação, ameaça intrinsecamente as bases da existência do outro.... O outro, o diferente, o deficiente, representa muitas e muitas coisas. Representa a consciência da própria imperfeição daquele que vê, espelha suas limitações, suas castrações. Representa também o sobrevivente, aquele que passou pela catástrofe e a ela sobreviveu, com isso acenando com a catástrofe em potencial, virtualmente suspensa sobre a vida do outro. Representa também uma ferida narcísica em cada pai, em cada profissional, em cada comunidade. Representa um conflito não camuflável, não escamoteável – explícito – em cada dinâmica de inter-relações.... Representa ameaça, perigo.... Qual a saída? Se é que existe alguma, as pistas apontam para um “nomear o inominável”. Denunciar, desnudar, conhecer, apropriar-se das defesas que se levantam, que se perpetuam – na maioria das vezes se não inconscientes, certamente inconfessas. (Amaral, 1994, pp. 30 - 31)

Utilizei todo este arsenal crítico de Amaral para servir-me de companheiro na minha empreitada profissional, tentando compreender e tolerar melhor a sensação de exclusão que me afetava. Encontrava diálogo com a produção desta autora e pude me sentir mais acompanhada para começar a apurar as minhas próprias reflexões críticas, bem como certas intervenções institucionais.

Hoje em dia, com o movimento da inclusão ganhando força, as coisas estão diferentes. A deficiência não está restrita apenas ao departamento de “Psicologia do Excepcional”. Com Amaral, ganhou espaço na Psicologia Social e ampliou-se para outros campos. Podemos encontrar o tema da deficiência e da inclusão sendo amplamente discutido em meio à Psicologia como um todo, sob o vértice de várias compreensões.

Porém, apesar da inclusão estar demonstrando seus efeitos na ampliação da discussão da deficiência, encontramos vários trabalhos científicos que apontam para a dificuldade e resistência atual na inclusão social de pessoas com deficiência. Tais trabalhos focam, principalmente, a dificuldade experienciada na instituição de ensino regular, enfatizando que a implementação da inclusão, legislada na constituição brasileira, requer o preparo das escolas e dos profissionais que estão sem suporte e instrumentalização para lidar com esta nova realidade (Batista & Enumo, 2004; Kafouni & Pan, 2001; Quintão, 2005).

Entretanto, é com muita satisfação e alívio que encontro colegas levando aqui e ali, a questão da deficiência para discussões em meio psicanalítico. Dentro desta perspectiva, podemos apreciar trabalhos que também discutem as dificuldades que nosso sistema educacional enfrenta com a inclusão, propondo intervenções que o psicanalista pode realizar na escola, com os professores e pais, no sentido de possibilitar brechas no discurso cristalizado e ressignificações deste, de modo que a constituição das crianças com deficiências, como sujeitos desejantes, possa ser retomada. Sugere-se nestes trabalhos uma aliança entre o pedagógico e o terapêutico (Bastos, 2003; Jordão, 2001; Kupfer, 1997).

Nesta mesma linha de compreensão, há psicanalistas que estão se preocupando com a questão ideológica do movimento da inclusão se transformar em algo mais importante que a própria singularidade das pessoas. Para estes autores, a inclusão deve ter um valor terapêutico no sentido de oferecer condições na rede

social, para a criança com transtornos no desenvolvimento poder retomar seu processo de constituição subjetiva (Kupfer, 2000; Meira, 2001; Paez, 2001).

Há outros trabalhos com referência psicanalítica, que discutem a apreensão das pessoas com deficiência na subjetividade das demais em uma experiência de convivência. A estranheza, a ambivalência das relações, a negação gerada por um “imaginário monstruoso” são os aspectos abordados (Araújo & Batista, 2003; Alaminos & Riolfi, 2006).

Na perspectiva psicanalítica, também encontramos bastante interesse na discussão sobre o impacto da notícia do nascimento de um filho deficiente. Aborda-se o confronto entre a ilusão de um filho idealizado, no qual os pais projetam o próprio ego ideal, com a desilusão de um filho deficiente, bem como as construções e desconstruções dessas representações psíquicas nesses pais (Brauer, 1998; Falsetti, 1990; Hirakava, 1999).

E sob a ótica da psicanálise winnicottiana, encontramos trabalhos que abordam tal impacto na preocupação materna primária, estado psíquico atingido pela mãe nos primeiros momentos de vida de seu bebê, que a coloca em posição de oferecer um ambiente suficientemente bom para o desenvolvimento das potencialidades inatas de seu filho. Tais trabalhos, além de abordarem a repercussão deste impacto na relação da mãe com seu bebê, discutem como a subjetivação deste último ocorre em meio a esta situação de deficiência (Amiralian, 1997 / 2003a, 2003b; Aiello-Vaisberg & Granato, 2002).

Como veremos no decorrer dos capítulos seguintes, a minha trajetória clínica sempre foi iluminada pela compreensão psicanalítica de Winnicott e Safra. A partir do vértice de compreensão destes autores, pude alinhar uma reflexão sobre a clínica das pessoas com deficiências e a inclusão. Esta reflexão teve seu ápice com as experiências que pude viver como acompanhante terapêutica de pessoas com deficiências: primeiro, acompanhando um grupo de lazer e, depois, uma jovem com seqüelas neuromotoras.

Assim, buscando interlocução com a literatura científica, encontrei poucos trabalhos que se utilizavam do acompanhamento terapêutico para discutir a deficiência e a inclusão. Dentre eles, há aqueles que discutem a possibilidade do

a.t.¹ favorecer a abertura de um novo campo de relacionamento, no qual surge a criação de novas situações que rompem com o automatismo institucional, bem como possibilitam a ressignificação do olhar da família à deficiência, fato que auxilia na integração da criança em seu cotidiano (Farah, 1997; França & Salotti, 1997).

Também há outros trabalhos que discutem a função do a.t. como mediador no processo de inclusão escolar, operando como intérprete e tradutor da ambiência, favorecendo a subjetivação no território da escola (Bottino, 2003; Sereno, 2006).

E num momento anterior à finalização da presente pesquisa, também tive a oportunidade de apresentar uma discussão sobre o A.T. e a inclusão, na qual apontei a importância de se pensar na inclusão como maneira de manejar o ambiente (técnica privilegiada do a.t.), de forma a restabelecer condições éticas para que um lugar real no mundo dos Homens pudesse ser obtido, em contraponto ao mero “encaixe” social (Fujihira, 2006).

Assim, para engrossar este caldo de discussões sobre a deficiência dentro do campo do A.T. com referências psicanalíticas, espero que este trabalho possa dar sua contribuição. Tenho como proposta, fomentar uma discussão aprofundada da privilegiada atuação do a.t., como aquele que pode criar manejos ambientais, sutis e amplos, de forma a contemplar as necessidades éticas / humanas das pessoas com deficiências, a fim de possibilitar que estas possam ocupar um lugar dentro da comunidade humana. Para tanto, o conceito de *placement* (manejo em *setting* ampliado, que inclui o cotidiano do paciente e o repertório psíquico-cultural do analista), proposto por Winnicott, será bastante explorado, bem como as condições ontológicas e éticas do ser humano, tão enfatizadas por Safra como aspectos fundamentais da clínica contemporânea.

¹ Utilizarei a abreviação a.t. para acompanhante terapêutico e A.T. para acompanhamento terapêutico.

I – Um pouco da história sobre a atenção às pessoas com deficiências

1. Contexto geral:

A compreensão e o lidar com o fenômeno da deficiência ocorreram de diversas formas no decorrer dos tempos e sempre foram obviamente coerentes com a natureza sócio-histórica de cada momento.

Na Antiguidade, a deficiência não se apresentava como um problema humano, pois eram considerados “Homens” apenas os senhores de terra e de rebanhos. Para tais senhores, aqueles que trabalhavam para eles eram “sub-humanos”. Desta forma, as crianças que nasciam com deficiência eram abandonadas ao relento até a morte, sem maiores questionamentos (Aranha, 2003; Pessotti, 1984).

Na Idade Média, com o Cristianismo, a pessoa com deficiência adquiriu alma e assim, “status” humano. A moral cristã impedia que fosse eliminada. Por isso, sua sobrevivência e saúde eram mantidas, porém sua representação adquiriu significados paradoxais. Em muitos momentos, era considerada uma eleita de Deus e em outros, uma expiadora de culpas alheias, que recebia a cólera divina no lugar de sua aldeia. Poderia, também, ser considerada uma endemoniada. Estas e outras representações marcavam a ambigüidade da relação que a sociedade mantinha com estas pessoas. As atitudes ficavam entre o dilema da proteção e do castigo. Muitas vezes, o castigo era tido como uma forma de proteção já que servia para purificação, salvar a alma do demônio e livrar a sociedade de condutas indecorosas que a pessoa com deficiência apresentava. Com a Inquisição Católica e a Reforma Protestante, a deficiência passou a ser vista mais intensamente como um fenômeno de possessão e bruxaria. A crueldade e a intolerância à deficiência aumentaram significativamente e muitas pessoas foram torturadas e queimadas nas fogueiras inquisidoras. Após a fúria inquisidora atenuar-se, surgiu uma certa responsabilidade social diante da deficiência, mas nenhuma vantagem para o poder político e para o comodismo familiar, em assumir o cuidado e a educação destas pessoas. Por isso, eram apenas abrigadas e alimentadas promiscuamente em antigos leprosários,

depois chamados de Hospitais Gerais, junto com outros “incômodos” sociais, tais como prostitutas, loucos e delinqüentes (Pessotti, 1984).

No final do século XV, a Revolução Burguesa, com o capitalismo mercantil, trouxe mudanças no sistema de produção. As pessoas que não conseguiam ser produtivas e oneravam a sociedade eram tidas como deficientes. A forma sobrenatural e supersticiosa de compreender o homem transformava-se lentamente para uma visão mais concreta da natureza humana. A leitura organicista da deficiência foi cada vez mais favorecida. Surgiram os primeiros hospitais, que serviram mais para confinar aqueles que incomodavam a sociedade burguesa, do que para tratá-los (Aranha, 2003).

Com o advento do pensamento científico, a partir do século XIX, a deficiência deixou de ser vista como algo sobrenatural e passou a ser entendida como uma patologia. Várias instituições foram criadas, com o intuito de normalizar, recuperar e educar o corpo que se considerava patológico (Rocha, 1990).

A produção capitalista, com o passar dos séculos continuou a se fortalecer. A produtividade continuou como baliza para avaliação social dos indivíduos, sendo aqueles tidos como improdutivos, muito desvalorizados (Aranha, 2003).

No século XX, o capitalismo industrial se firmou com toda sua força e também colaborou para que o corpo debilitado pudesse ser recuperado e disciplinado para atender a demanda da produção necessária. Esta demanda foi intensificada nos EUA e Europa nas Guerras Mundiais, com as convocações dos operários para os exércitos. O governo americano começou a incentivar o incremento das instituições de reabilitação para que os soldados lesionados na guerra pudessem ser recuperados e voltassem para o mercado de trabalho (Rocha, 1990).

Entre a 1^a e a 2^a Guerra, na crise econômica dos anos 30, houve um retrocesso na absorção de mão-de-obra dos indivíduos com deficiências no mercado de trabalho e muitos centros de reabilitação foram fechados. Aqueles que se mantiveram em funcionamento voltaram-se mais à segregação dessa parcela da população, não oferecendo nenhum tipo de preocupação com a inserção real destas pessoas na sociedade. A prática da reabilitação era valorizada de acordo com as necessidades de certos momentos político-econômicos. Nos momentos de necessidades produtivas, as pessoas com deficiências eram normalizadas de

acordo com um padrão ditado pelo pensamento científico, fato que lhes retirava a singularidade, mas que ganhou cada vez mais poder com as requisições econômicas da época (Rocha, 1990).

Após a 2^a Guerra, devido à necessidade econômica de recolocação de mão-de-obra no mercado e às pressões trabalhistas que surgiram, várias organizações foram criadas através da Liga das Nações Unidas, atual ONU – Organização das Nações Unidas, com a finalidade de discutir e criar propostas de intervenções específicas em reabilitação, que deveriam influenciar os vários programas de reabilitação dos mais diversos países do mundo, de forma padronizada. Tais programas desconsideravam, entretanto, as diferenças dos contextos culturais entre os países. Segundo Rocha (1990), enquanto nos mais desenvolvidos houve um crescimento dos serviços de reabilitação altamente especializado, nos menos desenvolvidos, estes programas, por vezes, tornaram-se inadequados pela insuficiência de serviços diante da demanda, pela ausência da necessidade econômica (base que fundamentava tais programas), ou mesmo, pelo conseqüente desinteresse por essa parcela da população.

Mas o fato é que depois destas duas Grandes Guerras, a integração social das minorias, entre elas, das pessoas com deficiências, começou a ganhar corpo com movimentos de defesa dos direitos humanos. Com o aumento do número de pessoas com deficiências, conseqüência das guerras, surgiu uma maior necessidade de recolocá-las no mercado de trabalho, para que assumissem uma ocupação rentável. Tal fato propiciou uma demonstração do potencial de trabalho destas pessoas e estas, conseqüentemente mais fortalecidas, começaram a querer ter voz ativa na sociedade. Surgiu neste contexto, a ideologia da normalização, que defendia a necessidade de inserir a pessoa com deficiência na sociedade mais ampla, auxiliando-a adquirir padrões mais próximos da vida cotidiana das pessoas comuns (Aranha, 2003).

A partir da década de 1970, a ONU e outros organismos internacionais acolheram vários pedidos para tratar dos direitos humanos dessas pessoas. Em 1975, a ONU aprovou a “Declaração dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência”, que enfatizava o direito de respeito à dignidade humana e o de desfrutar uma vida decente, tão normal e plena quanto possível, tendo suas necessidades especiais levadas em consideração no planejamento econômico e

social da sociedade. O ano de 1981 foi intitulado como “Ano Internacional das Pessoas Deficientes”. E, aos poucos, as organizações internacionais foram preocupando-se também, em criar programas de ação, além das declarações (Pastore, 2000; Sasaki, 1997).

A idéia que vigorava na ideologia da normalização, era que para exercer seu direito à cidadania, o indivíduo com deficiência precisava ser preparado para se tornar o mais normal possível. Para isso, precisava ser atendido em instituições que forjassem ambientes que se assemelhassem à vida cotidiana das demais pessoas, para que neles pudesse ser adaptado à normalidade e só então, ser integrado à sociedade. Várias entidades foram financiadas pelo poder público, para oferecerem este tipo de atendimento. Esta forma de compreensão foi considerada como paradigma de serviços.

Apesar do paradigma de serviços ser um avanço frente às idéias da institucionalização total, pois supunha uma convivência futura, a segregação continuava nestas novas entidades. Havia a idéia de que as pessoas com deficiências pudessem ser de tal modo transformadas a ponto de, em certo momento, não apresentarem mais suas limitações (Aranha, 2003; Sasaki, 1997;).

Frente a esta tentativa de negar a deficiência, a normalização começou a perder força. O movimento dos direitos das pessoas com deficiência se fortalecia com outras discussões que reivindicavam igualdade de direitos e oportunidades nas áreas física, psicológica, educacional, social e profissional, em convivência não segregada, independentemente da deficiência e grau de comprometimento. Para tanto, a sociedade necessitaria disponibilizar suportes sociais, econômicos, físicos e legais, dentre outros necessários, para que a pessoa com deficiência pudesse adquirir imediatamente acesso ao espaço comum na sociedade. Ou seja, o paradigma de serviços foi substituído pelo de suportes. É neste último paradigma que está a idéia da inclusão, na qual há o trabalho direto com o indivíduo com deficiência, no que se refere a particularidades do seu desenvolvimento, mas há, também, um enfoque fundamental na responsabilidade da sociedade em oferecer suportes e ajustes em todos os seus âmbitos para que esta parcela da população possa obter maior autonomia e independência no gerenciamento de sua própria vida, em convivência com as demais pessoas (Aranha, 2003).

Com o passar dos anos, novas declarações e ações foram aprovadas e efetivadas por diversos órgãos internacionais, como por exemplo, a “Declaração de Salamanca” (em 1994), que afirma a necessidade de organizar e efetivar meios para que as pessoas com deficiências possam receber serviços de educação e formação profissional em escolas comuns.

2. No Brasil:

Segundo Rocha (1990), na metade do século XIX, surgiram instituições de tratamento de cunho filantrópico, que mantinham segregados do resto da sociedade tuberculosos, deficientes mentais, hansenianos, etc. A partir de uma justificativa científico-humanitária, as pessoas deficientes, entre as acima citadas, permaneceram dissociadas da sociedade, institucionalizando-se uma solução para a intolerância à diferença.

Nas décadas de 40 e 50 do século XX, com a influência dos modelos norte-americanos e do cientificismo emergente, surgiram os primeiros programas de reabilitação física no Brasil. Mas não havia uma demanda do mercado que pudesse absorver a mão-de-obra das pessoas com deficiências. Muito pelo contrário, havia um mercado excedente de trabalho. Desta forma, tais programas tiveram muito mais uma função político-ideológica, colaborando para que o corpo deficiente se tornasse uma representação mais acentuada da incapacidade e, assim, sujeitando-se às intervenções especializadas e institucionalizando-se como objeto de intervenção da ciência médica.

Na década de 60, crises na Previdência do Estado incentivaram a privatização do setor de assistência médica. O Estado passou a subsidiar este setor através de convênios e credenciamentos. Com isto, tais serviços começaram a assumir um lugar de destaque econômico, detendo grande quantidade de recursos. É neste contexto que, em meados dos anos 70, surgem inúmeras clínicas, escolas especializadas e centros de reabilitação física; instituições que têm suas práticas estruturadas sob uma evidente tendência lucrativa e não verdadeiramente sob seus discursos de reintegração social.

Nos anos 80, a partir de influências dos movimentos populares que criticavam a institucionalização e a exclusão de várias minorias, o movimento das pessoas com deficiências começou a ganhar força exercendo pressão pública sobre os órgãos governamentais e reivindicando seus direitos. (Aranha, 2003; Rocha, 1990). Houve algumas mudanças de valores, mas a idéia era a da normalização, na qual as antigas instituições (e outras novas) tentaram se adaptar prestando serviços, porém ainda numa atitude segregativa.

Rocha (1990) mostra o quanto houve o desenvolvimento de uma atenção à deficiência oriunda de interesses político-econômicos. Há tempos, o corpo deficiente passou a ser objeto de intervenção médica. A classe médica abrangendo outras afins, ditas “especialistas” em deficiência (fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, pedagogia especial, psicologia, etc), alegavam a necessidade de intervenções adaptativas, no cuidado do indivíduo com deficiência, para que a sua reinserção na sociedade fosse possível. Tais intervenções eram realizadas com base nos padrões técnico-científicos e, portanto, fragmentadas dentro de cada especialidade do saber médico. Ou seja, as pessoas deficientes eram mantidas em instituições segregadas (e isto ocorre ainda hoje), submetidas a intervenções fragmentadas, cada qual dirigindo sua atenção para um tipo de funcionalidade do corpo, na tentativa de se tornarem menos deficientes, mais adaptadas e mais próximas à normalidade.

Porém, os movimentos avançaram e provocaram muitas discussões e conquistas.

A partir da década de 90, uma boa parte da comunidade integrante destes movimentos começou a perceber que o esforço realizado para integrar a pessoa com deficiência era no sentido de tentar normalizá-la, ou seja, unilateral, já que a adaptação cabia apenas a ela. Disto fez-se a diferenciação entre as palavras integração e inclusão, sendo esta última mais utilizada para fazer referência ao esforço de também mobilizar adaptações na sociedade, para um convívio social menos restritivo, salientando o reconhecimento e o oferecimento de estruturas que favoreçam a autonomia e a vida independente. Na inclusão entende-se que o desenvolvimento das pessoas com deficiências é um processo que deve ocorrer dentro da sociedade e não haver “pré-requisitos” para que a convivência aconteça (Sassaki, 1997).

Com a mobilização internacional aprovando declarações e efetivando ações, somada às pressões destes movimentos populares, o governo brasileiro passou a assegurar direitos condizentes à inclusão, na Constituição Federal. Foi criada também a Coordenadoria Nacional para Integração das Pessoas Portadoras de Deficiência - CORDE. Assim, o Brasil passou a assegurar equiparação de oportunidades na educação em escola comum, na disciplina de reserva de mercado de trabalho, direitos ao lazer, saúde, previdência social, amparo à infância e à maternidade. Apesar das leis não especificarem como as empresas, por exemplo, devem disciplinar uma reserva de trabalho a favor das pessoas com deficiência, podem ser punidas com multas e processos, caso a não admissão de um funcionário deva-se a sua deficiência. Também foram estabelecidas cotas legais às empresas para contratarem pessoas com esta condição (Pastore, 2000). No caso da educação, as escolas também são obrigadas a receber alunos com deficiência em ensino regular, sendo passíveis de multa e outras punições, caso uma criança não possa ser matriculada devido a sua condição.

Apesar do Brasil, segundo Pastore (2000), possuir uma aparelhagem legal das mais abrangentes do mundo, na prática há muito que fazer. A maioria das pessoas com deficiências, continua segregada em instituições prestadoras de serviços. Ainda é difícil serem reconhecidas como pessoas que têm direitos e que podem apropriar-se de suas vidas.

II – Pegando uma carona...

1. O Projeto Carona

Enquanto trabalhava naquele tradicional Centro de Reabilitação Física, apropriava-me e também me sufocava cada vez mais com as dores que os pacientes e eu lá vivíamos. Comecei, então, a procurar novos “ares” para aliviar meu incômodo. Encontrei o Projeto Carona a partir de um panfleto que caiu em minhas mãos numa Feira de Reabilitação.

Na época, o Projeto Carona era uma empresa que tinha a proposta de promover lazer para pessoas com deficiências. Com apoio de monitores, organizava saída a cinemas, shows, danceterias, restaurantes, além de viagens e acampamentos. Era uma organização pequena, fundada por pessoas que não tinham nenhuma formação na área da saúde e muito menos alguma pretensão terapêutica, sendo sua única finalidade, a diversão.

O grande idealizador deste projeto havia trabalhado alguns anos como monitor de uma residência assistida para pessoas com deficiência mental e descobriu o quanto se sentia bem ao lado delas. Este sentir-se bem transbordava a ponto de encantar alguns amigos que resolveram juntar-se a ele para viabilizarem tal projeto. Ou seja, era uma organização de amigos, que trabalhavam em prol da diversão.

A falta de formação em qualquer especialidade da saúde era o que de mais precioso eles tinham. Não haviam sido “convertidos” a nenhuma teoria ou técnica de reabilitação ou educação especial. Preponderava um clima despojado, leve e divertido, direcionado ao bem estar das pessoas com e sem deficiência, pois era muito importante para todos que lá trabalhavam, estarem se divertindo também. Este era o jeito de ser do idealizador deste projeto. Sua personalidade dava o tom. Ou seja, tudo o que eu precisava no momento. Por isso, sem titubear, peguei essa carona.

Comecei a trabalhar como psicóloga deste projeto, a única “especialista” da casa. Isso dava certo alívio ao pessoal da empresa, apesar de não saberem o que exatamente eu poderia fazer lá. Nestas condições, tive total liberdade de criar e fazer o trabalho que eu quisesse. Iniciei formando uma equipe de monitores, estudantes de faculdades das áreas da saúde. Fazíamos muitas reuniões em que eram discutidas as condições de dignidade e formas de promovê-las em nossas atividades com os clientes. Compartilhávamos nossos sustos, angústias, receios e fantasias frente a situações tão inusitadas que vivíamos no acompanhamento de pessoas com deficiências. Freqüentávamos cursos de reciclagem com fisioterapeutas, fonoaudiólogo e terapeutas ocupacionais, que nos davam informações sobre o manejo físico, que seriam integradas numa finalidade maior, que era promover diversão e lazer para a clientela da empresa.

Naquela época eu estava muito pretensiosa, sonhando alto. Idealizava realizar um trabalho que fosse um contraponto ao que vivenciava no Centro de Reabilitação. Queria participar de uma atividade na qual as pessoas com deficiência pudessem ser consideradas em sua totalidade. Além disso, pensava em poder colaborar semeando esta visão nos futuros profissionais da saúde.

Sem dúvida nenhuma, esta foi minha época de militância pela causa. Eu respirava tudo aquilo. Minha vida era conviver com as pessoas que acompanhávamos, ou a elas ligadas, com suas dores e alegrias. É com muita saudade que me recordo de: fazer uma trilha com portadores de paralisia cerebral, que usavam cadeiras de rodas e, com eles, passar por baixo de uma cerca de arame, o pessoal com deficiência “rolando” por baixo da cerca e as cadeiras de roda, por cima; andar de montanha russa com estas mesmas pessoas; colocar uma delas em cima de uma árvore para que sentisse como era (hoje percebo que isto fora um excesso!); ter conversas profundas ao ajudar uma moça tomar banho, pois era no banheiro que a intimidade entre nós muitas vezes se firmava; ajudar uma adolescente com paralisia cerebral a, num banheiro de danceteria, passar batom emprestado por outra sem deficiência que ali estava para retocar sua maquiagem; durante um acampamento, dormir no mesmo quarto, depois de um ataque de risos; ajudar um garoto que não andava a pular as ondas no mar; pensar estratégias para que dois namorados que não conseguiam se mexer, pudessem se beijar... Exemplos

de situações por mim vividas não faltam. Foi uma convivência bastante intensa e deliciosa. Lembranças muito boas.

2. Algumas considerações:

Ao privilegiar a diversão como objetivo, o Projeto Carona possibilitou algo muito sério, que é a experiência da vivacidade.

O clima alegre impresso nas atividades de lazer trazia um movimento de vida para todos que ali estavam: tudo era vibrante, a vida pulsava. Este tipo de experiência não é tão freqüente entre as pessoas com deficiências.

Pessoas que nascem com deficiências, em sua maioria, não são recebidas de forma celebrativa. É freqüente haver um grande desencontro inicial entre o bebê deficiente e sua mãe. Muitas mães encontram dificuldades em identificarem-se com esses bebês, e seus cuidados tornam-se um tanto técnico-orientados, ao invés de espontâneos, alegres e cheios de vida. É difícil haver uma experiência de mutualidade entre esses bebês e suas mães.

Amiralian (2003b) nos aponta que a estranheza que a mãe sente com seu bebê deficiente pode implicar num afastamento que impede a comunicação entre o par:

A descoberta de uma deficiência no filho, com todas as perdas que envolve, é uma situação propiciadora ao desenvolvimento de um estado depressivo na mãe, que a levará ao afastamento de seu bebê, impedindo-a de alcançar o estado de preocupação materna primária, necessário a uma boa acolhida deste. E nesse momento inicial, quando o bebê necessita que lhe seja fornecida uma total adaptação a suas necessidades, ele, muitas vezes, é posto em um lugar de estranheza e desconhecimento, com a mãe sofrendo suas próprias dores, que a tornam incapacitada para assumir seu papel... Verifica-se, entretanto, muitas vezes o desencontro com o bebê não reconhecido e as dificuldades para a compreensão dos sinais que expressam as necessidades daquele bebê. (p. 106)

“Preocupação materna primária” é uma nomeação dada por Winnicott (1956 / 1978f) à condição psicológica da mãe que se inicia ao final da gravidez e se estende às primeiras semanas de vida do bebê. Winnicott diz ser um estado de sensibilidade aumentada, no qual a mulher desinveste a realidade, intensificando seu investimento

na realidade subjetiva, para que possa identificar sua corporeidade com a corporeidade de seu bebê. Este estado, Winnicott diz ser fundamental para que a corporeidade da mãe responda às sutis oscilações de necessidades da corporeidade do bebê e assim contemplar os aspectos constitucionais do *self* deste. Ao contemplar as sutis oscilações de necessidades do bebê, que de início são corporais, a mãe possibilita que experiências cheias de sentido de si mesmo do bebê sejam organizadas em núcleos de *self* que, aos poucos, passam se integrar com a tendência maturacional que o ego impõe.

Winnicott alerta que no estado de preocupação materna primária, ou seja, quando a mulher consegue excluir seus outros interesses para identificar-se com seu bebê, se algo acontece a este último, ela sofrerá como se fosse ela. É um estado arriscado por a mulher encontrar-se em grande vulnerabilidade. Não são todas as mulheres que têm condição para acolher tal vulnerabilidade. Tal condição está submetida à história, às marcas afetivas e significações destas para cada mãe. Só as mulheres mais sadias, capazes de acolher sua própria vulnerabilidade, podem alcançar a preocupação materna primária.

Um bebê com deficiência afeta sua mãe neste sentido. A vulnerabilidade corporal exacerbada do bebê deficiente é sentida pela mãe em sua própria corporeidade. E dependendo de como ela pode acolher esta carga extra de intensa vulnerabilidade, um maior encontro / desencontro pode acontecer; uma maior ou menor comunicação poderá surgir; um lugar para o desenvolvimento do *self* poderá ocorrer ou não; certos aspectos do *self* do bebê poderão se constituir ou não.

É difícil haver uma identificação entre as pessoas ditas normais e as pessoas com deficiências. A deficiência apresenta um aspecto da alteridade um tanto complicado de ser lidado, que é a vulnerabilidade: a fragilidade do ser humano sem disfarces. Apresenta a noção dos limites do corpo impedido, fantasia que angustia a todos, por estar relacionada à impossibilidade de vida. A vulnerabilidade do corpo deficiente nos joga em contato com nossa própria vulnerabilidade inerente.

Safra (2006a) nos aponta que a fragilidade da vida é condição básica de qualquer ser humano, já que a vida acontece na fronteira entre o ser e o não ser. É sobre o suporte da vulnerabilidade que o viver é tecido. Sendo assim, a perplexidade e a angústia frente à vida / existência é inerente ao ser humano. Portanto, não

conseguir acolher sua própria vulnerabilidade (perplexidade e angústia frente à vida) é não ter possibilidade de viver plenamente.

Porém, acolher tudo isso não é tarefa fácil. Não é à toa que a deficiência é marcada por uma história de segregação e exclusão. O pensamento científico, dominante nos dias de hoje, expressa tal dificuldade com sua compreensão funcionalista, na qual a vida e suas angústias inerentes são suspensas, permanecendo como questão apenas o corpo objetificado, fragmentado e funcional. Ou seja, o corpo deficiente, dentro desta compreensão, passa a ser um corpo sem vida associado à tristeza e ao sofrimento. O pensamento científico funcionalista não nos dá recursos para integrarmos a fragilidade como parte da experiência de vida. É comum, nos dias de hoje, esse aspecto (a vulnerabilidade) ficar dissociado da experiência do si mesmo, comprometendo uma parte própria do viver humano.

O que o Projeto Carona se propôs foi justamente uma contraposição a essa maneira de compreender a deficiência como ausência de vida e desencontro. Brincava com a vulnerabilidade humana, de modo que esta pudesse ser acolhida e, assim, ocupar seu lugar de condição básica para o acontecer humano.

Discorrendo sobre o brincar no processo de desenvolvimento, Winnicott (1971/1975f) coloca:

A importância do brincar é sempre a precariedade do inter-jogo entre a realidade psíquica pessoal e a experiência de controle dos objetos reais. É a precariedade da própria magia, magia que se origina na intimidade, num relacionamento que está sendo descoberto como digno de confiança. (p. 71)

No Projeto Carona, ao brincarmos com a vulnerabilidade, aspecto que, como já dissemos, é tão ressaltado pela deficiência, a magia do inter-jogo entre a fragilidade e o controle desta, obviamente impossível, envolvia-nos. Esta magia é assentada na intimidade, na experiência de mutualidade estabelecida entre nós: monitoria e pessoas com deficiência.

A mutualidade oportuniza a identificação, a sintonia, a intimidade, o encontro. Um lugar de igualdade humana.

Não foi à toa que o banheiro foi cenário de inúmeras situações constitutivas de intimidade. Passei grande parte do tempo no banheiro com o pessoal, já que a

maioria precisava de ajuda para ter suas necessidades fisiológicas e higiene íntima contempladas. O contato corporal dado pelo cuidado físico, que eu e todos os monitores tínhamos que realizar, atravessado pelo clima da brincadeira e diversão favoreceu uma comunicação corporal muito interessante e de sintonia refinada. Tivemos orientações de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais que ajudaram muito, mas estes manejos físicos aprendidos eram sempre ressignificados pelo imprevisto de um jeito divertido de lidar. Começamos a conhecer uns aos outros pela sensibilidade corporal que nos é inerente. Safra (2006b) destaca Edith Stein, filósofa que aponta para a capacidade do ser humano conhecer certas dimensões da realidade pela sensibilidade corporal: o conhecimento do outro também se dá pela sensibilidade e não apenas pelo cognitivo e com isto, podemos ser visitados pelo inédito que o outro pode nos apresentar, escapando dos “pré-determinismos” teóricos já existentes.

Winnicott pensa no brincar como uma experiência criativa que consome necessariamente espaço e tempo, forma básica do viver, já que este acontece articulado nestes dois registros. Ou seja, o brincar permite o viver, no qual é possível se surpreender com aspectos do si-mesmo numa experiência que pode ser contida e integrada ao *self*.

Winnicott (1971 / 1975g) também aponta o brincar como uma forma de busca do eu a partir de um estado de alheamento (de não intencionalidade), no qual o indivíduo pode ser criativo e reconhecido por alguém que confia, encontrando assim, um sentimento de eu.

No Carona, brincando com a vulnerabilidade, surpreendíamos-nos com ela em nós mesmos, podendo conter tal experiência e integrá-la como parte da vida em cada um de nós.

Pelo brincar ser inerentemente excitante e precário, Winnicott afirma (1971 / 1975g) que “é sempre passível de tornar-se assustador. O jogo e sua organização devem ser encarados como parte de uma tentativa de prevenir o aspecto assustador do brincar.” (p. 75)

O clima divertido do Carona organizava e prevenia, na maioria das vezes, que o aspecto assustador da vulnerabilidade tomasse conta, permitindo encontros de

intimidade em que tal aspecto pudesse ser contido numa experiência e integrado ao *self*.

Vale aqui enfatizar que a precariedade ou vulnerabilidade, para Winnicott, é parte da condição humana, que se negada implica em parte da vida ficar sem possibilidades. E é também condição humana necessitar de um outro que acolha, reconheça e oferte cuidado.

No cuidado ligado à diversão, a vulnerabilidade era (re) integrada à experiência, portanto integrada ao *self* de todos que freqüentavam o Carona, pois se vivenciava experiências de encontros que sobrepunham os desencontros inaugurais vividos pelas pessoas com deficiências.

O limite do Projeto Carona se deu por ter se voltado para o agora. O importante era o prazer do momento e não os projetos futuros. E apesar de termos visto o quanto é importante este prazer da diversão, a perspectiva de futuro, o projetar-se para o além do agora, faz-se também muito importante.

Comecei a perceber este limite quando minhas forças de militância foram se esgotando. Obviamente me frustrei muito quando fui percebendo que provavelmente não iria conseguir mudar o mundo para o que idealizava. Mas, com o tempo, percebi que havia plantado algumas sementes e aprendido uma série de coisas.

Na época que já estava começando a questionar tão alto investimento pessoal, criei uma Oficina dentro do Projeto Carona, destinada aos jovens com paralisia cerebral. Nesta Oficina, as atividades eram um pouco mais centradas que as de lazer e tinham um cunho mais reflexivo, porém não menos experiencial. Lá abríamos espaço para discussões de questões que percebia serem muito pouco contempladas, como: sexualidade e, principalmente, projetos de vida futura. Tais jovens, muitas vezes dependentes para realizar atividades básicas, como alimentação, locomoção, higiene e até comunicação, apresentavam muitas angústias em relação à falta de expectativas quanto ao futuro e à vida madura.

Foi neste momento que comecei a me aproximar de um destes jovens, Maria Flora, uma moça com paralisia cerebral. Sua lucidez era muito grande e eu ficava estarecida com o que ela trazia para este grupo. Ela questionava com grande aflição o que seria do futuro deles, no momento que seus pais morressem, sendo tão dependentes. Questionava como poderiam participar mais do mundo. Quando

ela “falava” (entre aspas porque não tinha coordenação fonoarticulatória para falar verbalmente e por isso utilizava uma prancha de comunicação alternativa), seu grupo caía numa aflição sem fim.

O movimento da inclusão começava a ganhar mais repercussão e ouvindo Maria Flora, eu começava a duvidar de que as atividades de lazer fossem suficientes para contemplar as necessidades desse pessoal. Era muito importante convivermos com uma pessoa e não com um corpo deficiente, irmos a lugares que todos sem deficiência geralmente vão, assim como integrar cuidados físicos em atividades que fizessem sentido para cada jovem, mas tudo isso não bastava. Faltava projeto de vida, era isso que Maria Flora nos dizia. A aflição desta moça começou a se intensificar muito, até que surgiu a proposta de atendê-la como acompanhante terapêutica.

III – O acompanhamento terapêutico (A.T.)

1. Um pouco de sua história

Em pesquisa sobre o acompanhamento terapêutico, Sereno (1996) aponta que esta intervenção sintetiza a essência das reformas psiquiátricas que surgiram em meados de 1960. Tal autora nos conta que nesta época houve uma movimentação político-ideológica que ansiava suprimir os manicômios na Europa Ocidental e Estados Unidos. A intenção era inovar a capacidade terapêutica da Psiquiatria, destituindo tais organizações das funções de controle social, segregação e coerção. Ou seja, a idéia era instigar modificações nas relações de poder entre os funcionários dos hospitais e os pacientes para permitir maior interação, comunicação e conseqüentemente restituição dos direitos civis destes últimos.

Alguns destes movimentos tiveram sucesso, como em Trieste (Itália), onde os pacientes passaram lentamente a participar de atividades terapêuticas dentro de contextos sociais da comunidade. Os pacientes eram acompanhados pelos profissionais da psiquiatria pela rede de equipamentos institucionais espalhados pela cidade, de modo que, muitas vezes, não se discernia quem era “paciente” e quem era “profissional”. Esse acompanhamento cotidiano paulatinamente foi esboçando a função do acompanhante terapêutico.

A função específica do acompanhamento terapêutico surgiu na Argentina, contextualizada pelo movimento antipsiquiátrico como uma intervenção alternativa àqueles pacientes que sofreram o fracasso das intervenções psiquiátricas tradicionais. No início, cabia ao a.t., naquela época denominado “amigo qualificado”, participar ativamente de todos os grupos e ambientes sociais dos pacientes, para depois discutir com os outros profissionais da equipe multidisciplinar responsável pelos casos, a condução destes. Mais tarde, o termo “amigo qualificado” foi substituído pelo de “acompanhante terapêutico” com a intenção de enfatizar o caráter terapêutico da relação.

Sereno (1996) também nos informa que esta intervenção chegou ao Brasil em meados de 1970 no Rio de Janeiro e São Paulo e começou a ser exercida, ainda como função de “amigo qualificado”, pelos auxiliares psiquiátricos dos hospitais, que passaram a ser requisitados para acompanharem os pacientes em suas próprias casas. Isso ocorreu quando a ditadura enfraqueceu as comunidades terapêuticas que se identificavam com o movimento de reforma psiquiátrica e permitiu conseqüentemente, que os hospitais tradicionais com intervenções clássicas (farmacológicas e eletro choque) se fortalecessem. A alternativa a esse retrocesso foi a intervenção do A.T.

De acordo com a história do acompanhamento terapêutico, podemos perceber que tal intervenção surge como uma função coadjuvante ao tratamento dos pacientes psiquiátricos. E desta forma, o A.T. é muitas vezes compreendido como algo que deve ser complementar a análise “oficial” de tais pacientes, apesar de sua função terapêutica, a partir do vínculo transferencial, ser incontestável há muito tempo.

Porém, Barreto (1998) reposiciona o a.t. e sua função a partir da perspectiva winnicottiana:

Penso que a função do a.t. não seja representar o terapeuta fora da sessão, mas sim, exercer junto ao paciente uma função que, por sua vez é exercida pelo terapeuta. A concepção de que o acompanhante deveria representar o terapeuta cria uma divisão artificial dos campos de intervenção. Ao agirmos desta forma – restringindo-nos a representar o terapeuta/analista – poderíamos facilmente ser artificiais na relação com nossos pacientes, o que seria terrível para eles – e para nós também. Na perspectiva winnicottiana, é necessário que estejamos com nossos pacientes como pessoas reais; e penso que isso implica até na necessidade de se ter uma postura crítica frente aos outros espaços terapêuticos... e não só “assinar embaixo” daquilo que é feito nos outros espaços de tratamento. (p. 132)

A questão do experienciar uma relação genuína é muito importante para Winnicott. O a.t, inserido no cotidiano dos pacientes, tem oportunidade única, de facilitar experiências constitutivas e necessárias para o desenvolvimento e por isso não tem porquê dissociar e enfraquecer o potencial terapêutico da relação, exercendo um papel de representante do analista “oficial”. Mas para entendermos com maior profundidade a perspectiva winnicottiana e o reposicionamento do a.t.

que Barreto nos coloca, passaremos a explicitar um pouco mais os fundamentos da concepção de Winnicott.

2. O A.T. numa perspectiva winnicottiana: o privilégio do manejo como técnica

Para Winnicott, todo ser humano nasce em um estado não integrado e indiferenciado, mas tem uma tendência inata ao amadurecimento e à integração numa unidade. Porém, mesmo após um grande caminho percorrido e o status de unidade ser conquistado, o amadurecimento continua a acontecer paulatinamente com a integração de tudo aquilo que se torna constitutivo do *self*. O *self* é entendido como a vivência do que acontece e de tudo aquilo que vier acontecer a partir da necessidade e do anseio de cada ser.

Quando aspectos do *self* não podem ser constituídos, isto é, vivenciados e integrados, o processo de amadurecimento fica prejudicado. Por isso, sempre há necessidade de uma presença humana que dê oportunidade e suporte à continuidade das experiências constitutivas. Neste sentido, é importante propiciar adaptação as mais variadas condições necessárias para que o processo de integração se (re) estabeleça, promovendo o acesso humano aos diferentes estágios de desenvolvimento (Winnicott, 1945 / 1978a, 1963 / 1983a).

Winnicott (1963 / 1983b) entende que é a partir da relação objetal que a constituição das funções e estruturas psíquicas, bem como a integração de aspectos do eu, são favorecidas. Isto é, o objeto vai ganhando funções diferentes de acordo com as necessidades do indivíduo, que surgem a cada estágio do desenvolvimento psíquico. São exemplos destas funções (Safra, 1995):

- A *continência*, que pode ser comparada a um filtro que ajuda a transformar certas vivências psíquicas de forma que a angústia nelas contida não paralise o processo de introjeção e projeção.
- O *holding*, que é a sustentação necessária para que ansiedades terríveis, como a sensação de cair para sempre ou se despedaçar, possam ser

transformadas em experiências positivas de confiabilidade, como o poder relaxar e ter esperança nos contatos humanos.

- O *manuseio* ou *handling*, que promove a capacidade do indivíduo habitar seu próprio corpo a partir do cuidado físico dado pelo objeto.
- A função *especular*, na a qual o indivíduo encontra no rosto e no jeito do cuidado da mãe/objeto uma representação de si, ou seja, uma forma primitiva e integradora do eu.
- A *apresentação de objeto*, na qual objeto é encontrado assim que surge a necessidade do sujeito, como se fosse criado por este último. Com esta função surge a crença de que o mundo pode conter o que é necessitado.
- As *Interdições*, que são funções que o objeto realiza quando já é possível uma relação entre pessoas totais, ou seja, com *selves* já constituídos numa unidade. São as interdições das pulsões pré-genitais e das pulsões da fase edípica, que favorecem as trocas afetivas com o outro e o mundo.

Barreto (1998) nos instiga uma reflexão sobre o A.T. numa perspectiva winnicottiana quando coloca:

No A.T. procuramos fornecer ao sujeito experiências que possam suprir determinada (s) fenda (s) no *self*. Estas fendas podem ser decorrentes de inúmeros fatores: doenças físicas; falhas maternas na adaptação às necessidades do bebê; falhas paternas; limitações no repertório simbólico de uma determinada família e/ou cultura em que ela está inserida para lidar com questões existenciais; possíveis incompreensões no encontro com outros seres humanos significativos ou não... O a.t. se utilizará do potencial terapêutico presente no cotidiano da vida do sujeito, a fim de promover seu desenvolvimento. Assim, poderá em um determinado período ou com determinado paciente exercer funções que tenham a ver com a maternagem, a paternagem e, em outros momentos, com a amizade. (p. 196)

O a.t. se implica no cotidiano de seu paciente, de modo a cumprir funções necessárias para a constituição e integração de aspectos do *self* do seu acompanhado. Este implicar-se no cotidiano demanda que o a.t. possa manejar este último, de forma a criar condições que supram as funções ambientais necessárias. Manejar implica em criar condições para que experiências possam ser vividas.

O manejo é um tipo de intervenção, descrita e utilizada na clínica de Winnicott², calcada na adaptação ambiental e não na interpretação clássica da psicanálise. O manejo, segundo Winnicott (1954 / 1978d), demanda que o analista disponibilize cuidados e uma presença pessoal muito intensa e por isso, alerta que tal intervenção não seja entendida só como domínio de uma técnica e sim uma disponibilidade humana em que o analista deva estar atento para verificar se está em condições para tanto.

Winnicott (1954 / 1978d) refere-se ao manejo como uma intervenção no *setting* analítico utilizada principalmente no atendimento a indivíduos que estejam em busca do senso de unidade, ou seja, dominados por ansiedades psicóticas. Winnicott percebeu que para tais pacientes terem suas ansiedades psicóticas abordadas e seus *selves* constituídos, precisavam vivenciar uma experiência de re colocação do *setting* analítico. Era através do manejo do *setting* analítico que experiências eram favorecidas para possibilitar a continuidade da integração do *self*. Por isso, o manejo está vinculado ao *uso do setting* que supre necessidades de uma regressão.

Regressão é entendida por Winnicott (1954 / 1978d), como um retorno à falha ambiental que interrompeu a integração do *self*, em algum estágio anterior à conquista de unidade. Quando esta falha ambiental acontece nestes estágios de desenvolvimento, uma parte do *self* se congela neste nível de integração conquistado (*self* verdadeiro) e outra parte (*falso self*) assume os cuidados ambientais, como que protegendo o *self* verdadeiro de novas falhas do ambiente real. Porém, o *falso self* se torna um “ambiente” um tanto limitado e pobre que não consegue mobilizar o *self* verdadeiro para novas integrações e crescimento. Por isso, muitas vezes surgem queixas de futilidade e irrealidade da vida. Através da confiança com o analista, estabelecida pela relação afetiva estável, a pessoa que vive esta situação pode abrir mão do *falso self* e delegar os cuidados do meio ambiente para o analista manejar. É uma situação que exige muito envolvimento e presença deste último, porque o manejo do *setting* analítico deve ser realizado de forma muito atenta às mínimas oscilações de necessidade do *self* verdadeiro do

² Muitos conceitos utilizados por Winnicott não foram sistematizados em sua obra, como é o caso do manejo, mas que são passíveis de compreensão ao observar como o autor referia-se a eles em suas discussões.

paciente, para que em certo momento, a falha possa ser revivida e ressignificada na relação transferencial, de modo a resgatar o movimento de integração do *self*.

Podemos perceber que na visão de Winnicott, o enquadre não é apenas compreendido como um campo de elementos invariáveis para se observar um processo analítico. O enquadre é uma forma de intervenção. Nenhuma situação humana, segundo Winnicott (1954 / 1978e), pode ser compreendida sem a presença do meio ambiente, ou seja, de um outro. Assim, o enquadre, o *setting* analítico, adaptado a cada paciente, possibilita várias formas de presença do meio ambiente humano, oferecendo experiências que podem contemplar diversas necessidades. É a partir desta compreensão que Winnicott começa a utilizar e ampliar o manejo do meio ambiente, muitas vezes extrapolando o *setting* analítico, de acordo com a situação e necessidade de cada paciente.

O a.t. tem como instrumento de intervenção o cotidiano dos acompanhados, que passa a ser o *setting* analítico para manejar e criar experiências de vida.

3. Pegando na enxada...

Trabalhar como a.t. era uma novidade para mim. Por isso, aceitei a proposta a fim de poder viver mais um tipo de experiência clínica. Aos poucos, participando de algumas discussões, percebi que havia alguns psicanalistas que utilizavam vários tipos de *settings* em suas clínicas e que uma intervenção psicanalítica poderia acontecer num *setting* estabelecido fora do consultório. E dentro de uma perspectiva winnicottiana, o acompanhamento terapêutico não seria apenas um apoio à análise clássica e sim, capaz de possibilitar uma análise mesmo. Desta forma o a.t. / analista, inserido com toda sua personalidade no cotidiano do paciente, poderia utilizar-se deste, bem como de seu próprio repertório psíquico-cultural, para atender às necessidades de seu paciente a partir de manejos no ambiente, favorecendo a retomada do desenvolvimento da pessoa em questão.

Com grande satisfação, pude perceber que o que havia feito no Projeto Carona com tanto gosto, poderia fazer parte sim, de uma clínica psicanalítica.

E hoje percebo que levo comigo e sempre faço uso em meus atendimentos, de toda descontração que vivi no Carona.

Apesar de já ter uma intimidade bastante estabelecida com Maria Flora, pois já havíamos sido companheiras em inúmeras viagens e baladas, o início do A.T. foi complicado. Ela não agüentava manter um contato comigo por muito tempo. Tinha muito sono e falta de vontade de fazer alguma coisa.

Eu ainda estava impactada com sua imagem, naqueles dias de Oficina no Carona, questionando o que seria dela e de seus amigos após os pais morrerem, causando polêmica e aflição em todos.

Era muito triste ver Maria Flora daquele jeito apático, não querendo fazer nada. Mas com seus questionamentos e dor fui percebendo com mais e mais nitidez que tínhamos que percorrer outros caminhos com as pessoas com deficiências e não só permanecer na rota do lazer.

As incertezas e receios que ela trazia sobre o seu futuro e de seus colegas, quando seus pais não estivessem mais presentes, revelava a necessidade de uma pessoa poder vislumbrar um futuro participante. Maria Flora tinha a lucidez de sua dependência em relação aos pais, pois sem a presença deles não conseguia ter a confiança de um projeto de vida viável. Portanto, só lhe restava a desesperança frente a seu futuro. A consciência de sua dependência em relação aos pais propiciava uma aflição claustrofóbica. Estava presa em seu corpo-dependente, só podendo testemunhar o presente, sem encontrar caminhos para criar um mundo com sentido e perspectiva de futuro. Ou seja, estava sem perspectiva de continuar a ser.

Eu estava diante de uma questão de dependência, mas não era uma dependência que pudesse ser reduzida à afetiva ou psicológica. Não era só uma questão de Maria Flora poder superar sua posição de filha em relação aos pais. Eu testemunhava um impasse vivido por uma dependência existencial, pois de fato Maria Flora e seus colegas sempre precisarão da presença concreta de um outro para sobreviverem. São especificidades diferentes de dependência.

Fiquei durante um bom tempo presente, mas me sentindo apenas capaz de rodeá-la, sem conseguir ter uma entrada possível para tentar resgatá-la deste campo mórbido.

Conseguia apenas dizer-lhe que percebia sua vontade de desistir de tudo porque não via perspectiva de futuro. E passei a sentir certa limitação aflitiva nas minhas possibilidades de intervenção. Ansiava encontrar uma maneira de manejar a situação para modificar a experiência da desesperança absoluta que reinava.

Certo dia em que me mostrava uns vasos de ervas plantados por ela e uma empregada em uma época bem anterior, talvez para apontar algo que lhe fora significativo no passado, eu, que buscava ter um contato maior, propus que me ensinasse a plantar. Já havia feito várias outras propostas sem êxito, mas, para minha surpresa, fui recebida no encontro seguinte por minha acompanhada vestida de macacão, botas e luvas, pronta para a aula de jardinagem. É claro que algo importante havia acontecido. Por isso, sem hesitar, comecei minhas aulas.

As plantas nunca tinham sido meu foco de interesse até então. Eu não tinha a menor idéia de como a água poderia ser drenada, morria de medo de minhoca, não sabia quais ervas poderiam ser combinadas no mesmo vaso, como deveria pegar uma muda, qual a quantidade de água e sol, etc. A gente se divertia plantando, rindo à custa de minha ignorância e inabilidade com o mundo vegetal, mesmo quando eu levava “brincas” por fazer algo errado. Devido à precária coordenação física de Maria Flora muitas vezes, eu a ajudava fazer algum movimento com seu braço ou mão. Se fosse algo que ela não conseguia fazer mesmo com ajuda, ela me orientava (com muitos detalhes, diga-se de passagem) como eu deveria proceder.

Ao sustentar a experiência de minha acompanhada em me ensinar a plantar, foi possível que ela tivesse a oportunidade de ter algo a oferecer. Geralmente as pessoas com deficiências ficam posicionadas no lugar de quem só recebe e não têm nada a oferecer. Ensinar-me a plantar, algo que eu realmente não tinha muita noção, permitiu-lhe que pudesse ter uma ação verdadeira. Era um gesto que podia me afetar de verdade.

Winnicott (1950 / 1978c) nos mostra a importância da ação para a constituição do *self*. Aponta que, no início da vida, não só os instintos, mas também a motilidade favorece experiências constitutivas e integradoras do *self*. No momento que o instinto vem, o bebê busca a sua satisfação através da motilidade. Assim, a motilidade ou agressividade primária é veículo da vida instintiva das pessoas. Porém, além da satisfação instintiva, Winnicott chama a atenção para a dimensão da busca por interação que os instintos biológicos apresentam.

A motilidade busca a satisfação do instinto, mas, também, a interação com um outro. Deste modo, a forma e a qualidade interativa que a mãe oferece ao interagir com a motilidade e o instinto do bebê, configuram a constituição de certos aspectos do *self* deste. Ou seja, a ação veicula vida e funda o *self*, a experiência de si-mesmo no mundo.

Para Safra (1999), quando a ação encontra um outro devotado se transforma em gesto criativo, porque é humanizada. A ação que não encontra um outro, encontra o nada. Encontra a experiência de não existência.

Diz o autor:

Como vemos, em condições favoráveis, o bebê cria o mundo, através de seu gesto, ao mesmo tempo em que cria a si mesmo, possibilitando iniciar o processo de personalização. O gesto cria o objeto, mas cria concomitantemente o braço ou qualquer outra parte do corpo implicada na ação criativa. Abre-se também a própria capacidade de vir a conhecer o outro e o mundo. Um único gesto se desdobra em desvelamentos de diferentes registros do *self* e do mundo. O gesto inaugura o criar, o conhecer e o amar. (Safra 1999, p. 95)

Maria Flora estava sem gesto no mundo, sem perspectivas de continuar a ser, porque via sua experiência do si-mesmo impossibilitada no futuro. Assim, quando eu ajudava a movimentação dos seus braços no plantar, ou mesmo emprestava-lhe meus braços para que pudesse colocar sua idéia em ação, estava sustentando um gesto seu. Aprendendo e, ao mesmo tempo, ajudando-a a plantar, sustentava seu gesto. Sua ação tinha interlocução e se tornava gesto porque comunicava e me afetava. Esse era meu papel como a.t.: dar ou manejar condições para que um gesto de Maria Flora pudesse se constituir e, assim, constituir um corpo vivo agindo no mundo, afetando pessoas. Podendo agir, poderia desprender-se do árido presente e vislumbrar ações participativas (ou criativas, no linguajar winnicottiano) no futuro.

O que dá confiança a um indivíduo em relação ao futuro é a possibilidade de poder realizar alguma coisa, a experiência de ter algum tipo de participação na qual pode afetar e transformar em certa medida a vida de algumas pessoas.

IV – Placement

1. De semente a flor

Fui observando que se nos afastávamos das plantas para fazer outra atividade, eu perdia o fio da meada com Maria Flora. Também foi interessante notar que eu, que nunca havia me interessado muito por plantas, sentia muita satisfação em plantar com ela. Maria Flora ficava totalmente presente com as plantas, pois estas presentificavam uma experiência de sua corporeidade: seu modo de ser estava calcado na vivência de um corpo vivo, porém sem movimento. Enclausurante.

A sensação de estar impossibilitada de ter gesto, ação criativa, como já foi discutido no capítulo anterior, fazia com que ela experimentasse sua existência enclausurada num corpo que a impedia de ter vida participativa como as outras pessoas. Este sentimento a impelia a buscar aparentamento com outros objetos do mundo não humano.

Segundo Winnicott (1967 / 1975b), quando a capacidade criativa começa a se atrofiar, ou seja, quando não é possível que o bebê encontre ele mesmo refletido no rosto da mãe (por algum motivo, esta não consegue apresentar-se de forma que o bebê tenha a sensação de criá-la), outros meios, a partir do ambiente, podem ser buscados como forma de obter algo de si mesmo de volta.

Uma planta imóvel, porém viva, serviu de apresentação de objeto que presentificou, naquele momento, um modo de ser que Maria Flora encontrava na experiência com sua corporeidade. Encontrava, nas plantas, um aspecto de si mesma, tinha um certo “diálogo” com elas. Mas esta experiência de si mesma não era refletida por mais ninguém. Estava sem possibilidade de ter ilusão, criar um mundo subjetivo para depois colocá-lo em jogo com as demais pessoas.

Existe um longo caminho entre a realidade subjetiva e a realidade objetivamente percebida e compartilhada. Mas para que esta última seja alcançada, primeiro há que se construir a subjetiva. Isto só é possível no terreno da ilusão e da

criatividade onipotente, que possibilitam a origem dos objetos subjetivos. Sem a criação de objetos subjetivos, o caminho à realidade objetiva e compartilhada, fica obstruído.

O objeto subjetivo é aquele apresentado por alguém em determinado momento de necessidade do indivíduo, de modo que seja percebido como parte dele mesmo. Confere um campo ilusório necessário para o desenvolvimento da criatividade que impulsiona o caminhar da vida cheio de sentido.

Citando Winnicott (1953 / 1975a):

No começo do desenvolvimento de todo indivíduo humano, um bebê, em determinado ambiente proporcionado pela mãe é capaz de conceber a idéia de que algo atenderia à crescente necessidade que se origina da tensão instintual. Não se pode dizer que o bebê saiba, de saída, o que deve ser criado. Nesse ponto do tempo, a mãe se apresenta. Da maneira comum ela dá o seio e seu impulso potencial de alimentar. A adaptação da mãe às necessidades do bebê, quando suficientemente boa, dá a este a *ilusão* de que existe uma realidade externa correspondente a sua capacidade de criar. Em outras palavras, ocorre uma sobreposição entre o que a mãe supre e o que a criança poderia conceber. Para o observador, a criança percebe aquilo que a mãe realmente apresenta, mas essa não é toda a verdade.... Psicologicamente, o bebê recebe de um seio que faz parte dele e a mãe dá leite a um bebê que é parte dela mesma. (p. 27)

Para Maria Flora, não havia uma relação viva entre a realidade subjetiva e a objetivamente percebida. Esta última se apresentava de forma árida, sem o intermédio da ilusão, um fator fundamental, como vimos acima, na constituição do processo criativo e participativo na vida. Sem poder criar um mundo subjetivo, Maria Flora estava presa a sua lucidez, impedida de participar criativamente do mundo externo.

Para Winnicott, não é possível um ser humano iniciar uma relação significativa e participativa com a realidade externa, sem que antes, a criatividade primária seja estabelecida com a ilusão. Por isso, o autor nos aponta a importância da área da ilusão poder ser formada através da adaptação de alguém. A ilusão de criar o que é apresentado por alguém.

Assim, a partir do momento que eu pude sustentar meu interesse nas plantas, a experiência de ilusão de Maria Flora foi recuperada. Isto é, a parte de si mesma que ressoava nas plantas, também passou ser refletida pelo meu interesse. Eu

apresentava o que ela mesma havia criado e por isso, seu gesto e a ilusão puderam ser resgatados. As plantas deixaram de ser apenas uma experiência estética para se configurarem em objeto subjetivo.

Estabelecido um campo de ilusão entre nós, eu podia manejar a situação de modo a favorecer uma abertura para uma experiência transicional, ou seja, para uma passagem que a levasse à realidade objetivamente percebida, não apenas como testemunha, mas, sim, de modo compartilhado e participativo, ou seja, com um viés pessoal.

Esta passagem, que inaugura o campo transicional, se dá via manejos na adaptação. No desenvolvimento de um bebê, segundo Winnicott (1953 / 1975a), isto ocorre quando a mãe, após promover a ilusão e a possibilidade de seu filho criar objetos subjetivos, começa a falhar em sua adaptação absoluta, propiciando pequenas rupturas na onipotência do bebê. Neste momento, o bebê elege um objeto transicional, ou seja, um objeto que contenha, ao mesmo tempo, aspectos subjetivos e objetivos. É uma forma de poder aos poucos, por meio de experimentações, abandonar o controle onipotente dos objetos subjetivos, sem perder a criatividade e seu gesto no mundo.

Diz Winnicott (1953 / 1975a):

Na tenra infância, essa área intermediária é necessária para o início de um relacionamento entre a criança e o mundo.... Os fenômenos transicionais são permissíveis ao bebê por causa do reconhecimento intuitivo que os pais têm da tensão inerente à percepção objetiva, e não contestamos o bebê a respeito da subjetividade ou objetividade exatamente nesse ponto em que está o objeto transicional. (p. 29)

Uma forma que encontrei para manejar a passagem do objeto subjetivo para o campo transicional foi sugerir à Maria Flora que vendesse os vasinhos que plantávamos, pois, desta maneira, poderíamos colocar o que estava enclausurado em movimento. A idéia era possibilitar que o objeto subjetivo pudesse vir a ser objeto transicional e assim apontar para um projeto de futuro. Isto é, para que um relacionamento entre Maria Flora e o mundo fosse iniciado de maneira participativa e criativa e que ela deixasse de ser apenas uma testemunha, com a sensação de inexistência.

Dias (1998) nos aponta:

Pode ocorrer que o mesmo objeto, que é de início subjetivo, passar a ser transicional. Não se trata, portanto, de que um certo objeto é subjetivo e outro transicional. O que se altera não é o objeto mas o *sentido de realidade* deste, e é a isso que Winnicott se refere quando diz que esse fenômeno nos permite observar algo sobre a *natureza do objeto*, ou seja, sobre a mudança na natureza do objeto dentro do processo de amadurecimento. (p. 158)

O objeto transicional, na verdade, representa a transição do sujeito de um estado subjetivo e indiscriminado, para um estado compartilhado, no qual se está entre as pessoas, de modo separado, pessoal e participante.

Assim, ao se comercializar as plantas, estas estariam num movimento para o mundo da mesma maneira que Maria Flora, pois este caminhar seria a partir do seu gesto: plantar a si mesma e vender o que plantava, colocando-se participativa no mundo.

2. A transicionalidade e o Placement

Winnicott (1967 / 1975c, 1967 / 1975d) afirma que mesmo após o momento constitutivo de acesso à realidade compartilhada, a tensão inerente à percepção objetiva relacionada à realidade subjetiva nunca é de fato completada. É uma tensão contínua que vai encontrar descanso na área intermediária da transicionalidade. Assim, apesar da haver as realidades interna e externa, a vida versa sobre a área intermediária (transicional) a elas. É nesta área intermediária que passamos grande parte do tempo, pois, após ser inaugurada nos estádios iniciais do desenvolvimento, servimo-nos dela para poder experimentar a vida.

A esta área intermediária Winnicott (1967 / 1975d) denominou de espaço potencial e é inaugurada (ou não, dependendo do manejo realizado pela pessoa que desempenha a função materna), quando o bebê começa a perceber sua mãe de forma mais discriminada de si mesmo, ou seja, de modo separado de seu self.

Após o período da criatividade onipotente, isto é, da criação de objetos subjetivos, o bebê passa a sinalizar maior autonomia e a mãe pode diminuir sua

adaptação extremamente sensível, recuperando-se do alto grau de identificação com o filho. O desenvolvimento da área transicional acontece quando se inicia a separação entre a mãe e o bebê e este consegue brincar criativamente com símbolos, os objetos transicionais, que representam, ao mesmo tempo, a união e a separação dele e de sua mãe. É brincando, ou melhor, experimentando o paradoxo de estar unido e separado ao mesmo tempo, aspecto que caracteriza os objetos transicionais, que o bebê pode conseguir a separação do seu self com o mundo dos objetos.

O espaço potencial surge (Winnicott, 1969 / 1975e) quando o bebê consegue destruir a parte subjetiva do objeto transicional e perceber, se não houver retaliação, que o objeto em si sobrevive, mas agora com a qualidade de externo, de estar fora do seu (do bebê) controle onipotente.

É importante salientar que tudo isso só pode ocorrer via experiência. É a experimentação que garante ao bebê a existência do meio ambiente para além dele, de forma a lhe dar confiança de que tal ambiente contém o que necessita e, assim, poderá usá-lo desta mesma forma toda vez que precisar. Isto porque estamos constantemente criando objetos subjetivos, a partir dos recursos que nos são apresentados culturalmente, colocando-os em jogo transicional no espaço potencial, para lidar com a contínua separação entre as realidades subjetiva e objetiva, de forma a podermos ter uma participação pessoal e compartilhada. Mas isso só é possível se há um espaço potencial constituído para tal experimentação.

Winnicott (1967 / 1975d) enfatiza que a constituição do espaço potencial depende da confiança que o bebê (ou paciente em questão) tem no amor da mãe (ou do analista), conferido na adaptação sensível às suas necessidades. Sem isso, o indivíduo não consegue se abrir para a experiência de separação. Se a adaptação inicial é um manejo sensível e amoroso, esta confiança se estabelece e o bebê (paciente) pode vivenciar tal separação a partir do paradoxo união-separação característico dos objetos transicionais inseridos no espaço potencial.

A confiança pela pessoa que desempenha a função materna é que sustenta a possibilidade de abertura para o espaço potencial. Abertura esta que será usada pelo resto da vida, preenchida depois com aspectos culturais. Criamos o que encontramos em nossa cultura (legado histórico comum à humanidade), de forma

que usufruímos desta, ao mesmo tempo em que contribuímos com nossa forma pessoal de experimentá-la (Winnicott, 1967 / 1975c).

A compreensão da importância desta área intermediária, na qual se pode criar objetos subjetivos e colocá-los em jogo transicional, passou a ser utilizada por Winnicott em certas intervenções clínicas. É o caso do que vimos no capítulo anterior, quando foi discutido como este autor utilizava o manejo do meio ambiente, muitas vezes extrapolando o *setting* analítico do consultório, como forma de encontrar adaptações cada vez mais sutis e justas às necessidades de seus pacientes, promovendo o desenvolvimento e, conseqüentemente, o acesso aos vários registros da realidade.

Podemos dizer, agora de forma mais aprofundada, que este tipo de manejo mais amplo, como é realizado em acompanhamentos terapêuticos, nos quais se utiliza o cotidiano do paciente, é uma intervenção que Winnicott chamava de *placement*. Safra (2001) esclarece que, enquanto no manejo se faz o uso do *setting* analítico para contemplar a regressão, no *placement*, o conceito de *setting* se amplia para a vida, e o manejo se torna uma intervenção que abarca situações que vão para além da regressão.

3. *Placement*: uma intervenção criada por Winnicott

Tanto o *placement* como o manejo têm como base, a compreensão de Winnicott a respeito do objeto transicional. Este, por ser um símbolo que contém aspectos subjetivos e reais ao mesmo tempo, abre campo de passagem de uma realidade para outra (da subjetiva à compartilhada) via experimentação e não interpretação, como vimos.

Com esta compreensão, Winnicott começou a tomar posições na clínica bem diferentes da interpretação tradicional: criava “lugares”, aproveitando campos simbólicos, reestruturando-os de forma a facilitar experiências significativas para seus pacientes. Winnicott percebeu que em cada situação humana, as formas de relações interpessoais, a arquitetura, os estilos de ser, dentre outros fatores, configuram uma composição, uma organização de subjetividade diferente. E que cada composição destas apresenta diferentes questões sobre a existência humana,

bem como suas resoluções e por isso, fez uso destas composições simbólicas como campos (lugares) de experimentação que suprissem as necessidades das pessoas que atendia (Safra, 2001).

Segundo Safra (2001), *placement* é um tratamento que não é da ordem da interpretação, mas da *convivência* em um determinado tipo de ambiente, no qual se tem a oportunidade de experimentar situações.

O *placement* é fruto deste posicionamento de Winnicott na clínica. E por ser um conceito que apresenta uma especificidade difícil de ser traduzida e não ter sido sistematizado por Winnicott, existe um problema de compreensão na tradução para o português. Muitas vezes *placement* é traduzido como alojamento ou colocação, mas a especificidade do *lugar de cuidado* e de manejo se perde (Safra, 2002).

Desta forma, Winnicott utilizava o espaço potencial, criado pela confiança estabelecida na relação entre as pessoas, como lugar de cuidado e intervenção, manejando a ambientação e todo campo afetivo e simbólico inerentes a ela, para que seus pacientes pudessem obter experiências pessoais que suprissem as necessidades do seu desenvolvimento.

Safra (2002) nos conta que o *placement*, como modalidade clínica, começou a ser utilizado por Winnicott, na evacuação de crianças de Londres para o campo, durante a 2^a Guerra. Winnicott fora nomeado para assumir a Consultoria de Evacuação e preocupava-se com o “estrago” psicológico que o rompimento de um lar, na separação das crianças de suas famílias, pudesse causar com a evacuação como tentativa de proteção contra a guerra (Winnicott, 1939 / 1999a, 1940 / 1999b, 1941 / 1999c). Muitas crianças evacuadas eram acolhidas em lares adotivos de famílias comuns, porém uma parte significativa destas crianças apresentava-se perturbada demais para este tipo de acolhimento. O impacto da ruptura causada pela evacuação era grande e comportamentos anti-sociais começaram a eclodir como um problema social. Várias tentativas foram realizadas no sentido de trocar as crianças de famílias adotivas, mas a quantidade de mudanças só indicava uma situação à beira de um colapso. Aos poucos foram organizados alojamentos para estas crianças “difíceis”, de forma que tivessem um aspecto de uma residência e que pudessem conter a sua perturbação, oferecendo os cuidados que necessitavam.

A citação a seguir pode ser mais esclarecedora:

A reação inicial das autoridades ao surgimento de um grupo problemático de crianças foi dar a elas tratamento psicológico individual, e providenciar instalações onde pudessem ser alojadas enquanto recebiam tratamento. Gradualmente, porém, tornou-se claro que acomodações deste tipo implicariam, de início, a organização e gestão de residências. *Concluiu-se, além disso, que tal gestão já constituía, em si mesma, uma terapia.* Era importante, além disso, que a gestão apropriada como terapia, fosse prática, pois teria que ser exercida por pessoas relativamente despreparadas, isto é, por indivíduos não treinados em psicoterapia mas informados, orientados e apoiados pela equipe psiquiátrica. (Winnicott, 1947 / 1999d, p.62 – itálico nosso)

Nesta passagem, Winnicott percebe que o *lugar* onde estas crianças viveriam por um período, tinha condições de promover uma terapia. E aos poucos, também percebeu que este lugar precisava oferecer uma experiência de estabilidade, permanência e vínculos afetivos estáveis e não de mudanças consecutivas. Isto porque:

Na maioria dos casos, as crianças difíceis vinham de lares insatisfatórios, ou tinham vivido a desintegração da família ou tinham, pouco antes da evacuação, suportado o peso de um lar em perigo de dissolução. Elas precisavam, portanto, menos de substitutos para seus próprios lares do que de experiências de um lar primário que fossem satisfatórias. (Winnicott, 1947 / 1999d, p. 63)

Por experiências de um lar primário, Winnicott (1947 / 1999d) entendia como: “experiências de um ambiente adaptado às necessidades especiais da criança, sem o que não podem ser estabelecidos os alicerces da saúde mental” (p. 63).

Desta forma, Winnicott percebeu que um lugar onde houvesse estabilidade e continuidade (manutenção desta experiência de cuidado) era fundamental para as crianças que viveram privações da guerra. Os supervisores destes lares deveriam ser pessoas autênticas na sua forma de ser, para agirem de modo natural no lidar com as situações e com as relações afetivas, a fim de garantir uma coerência cotidiana que conferisse a estabilidade e a continuidade do ambiente. Assim, a estabilidade poderia ser experimentada e testada pelas crianças a partir de seus impulsos agressivos.

Só a partir da experiência e do teste da estabilidade do ambiente, é que a confiança neste poderia ser estabelecida, favorecendo a sensação de continuidade do si-mesmo e da esperança na vida, fatores fundamentais para que a vida possa ser mantida em movimento saudável.

Estes lares, organizados durante a evacuação da Guerra, eram *lugares de experiência*, que deveriam contemplar:

- A promoção da satisfação instintiva, para que a apropriação do corpo pudesse acontecer.
- A presença de uma pessoa com quem a criança pudesse viver a questão do amor e do ódio, para poder viver a culpa e a reparação.
- Ser fisicamente limitado, para que se discriminasse o que de fato era possível destruir e o que era fantasia.
- A tolerância do impulso da criança de querer separar os pais (responsáveis pelo lar) e se deparar com esta impossibilidade.

Refletindo sobre esta experiência, que obtive em tempos de guerra, Winnicott (1948 / 1999e) aponta que este tipo de intervenção clínica, o *placement*, seria muito útil também para crianças em tempos de paz, cujos pais não conseguiam estabelecer uma base de cuidado estável e contínuo, por razões variadas: doença mental, lares inexistentes, etc.

O *placement*, para Winnicott, passou a ser um lugar de cuidado e manejo, um ambiente em que as necessidades fundamentais da pessoa em questão pudessem ser contempladas:

O valor deste trabalho não está apenas no grau de alívio da doença psiquiátrica de cada criança. Está também no fato de oferecer um *lugar onde o médico possa cuidar* daquelas crianças que, sem isso, ficariam degenerando no hospital ou em casa, causando a grande aflição dos adultos e afetando seriamente as outras crianças. (Winnicott, 1948 / 1999e, p.86 – itálico nosso)

É interessante apontar não só a relevância que Winnicott dá ao lugar, mas também a presença do analista neste lugar, oferecendo cuidados.

4. A importância da ação no placement

Quando escolhia supervisores para trabalharem nos lares de evacuação, Winnicott fazia questão de levar em conta a personalidade destas pessoas. Elas deveriam ser naturais e autênticas na interação com as crianças, para que houvesse uma coerência no cotidiano.

Podemos encontrar o *placement* como modalidade clínica em vários posicionamentos de Winnicott, no decorrer de seu trabalho. Algumas vezes, Winnicott fazia parte da ambientação e, em outros momentos, criava situações em que colocava uma pessoa em outro ambiente no qual poderia encontrar as reverberações necessárias para suprir suas necessidades psíquicas (Safra, 2001).

Um exemplo interessante de *placement* é discutido por Khan (1988 / 1991), quando descreve o acompanhamento de um caso elaborado por Winnicott, seu supervisor na época. Khan era um psicanalista paquistanês radicado na Inglaterra, muito culto e rico, que circulava na alta sociedade inglesa. Certa vez, foi chamado para ajudar Winnicott na condução do caso de uma menina de 13 anos que se recusava a se alimentar e a ir à escola. Por esse motivo, encontrava-se numa clínica de repouso, tentando recuperar-se da fraqueza em que se encontrava. Winnicott não queria tomá-la em análise, “mas gostaria de vê-la e ajudá-la a encontrar o *tipo certo de ajuda*.” (Khan, 1988 / 1991, p. 45)

Khan descreve como Winnicott o abordou:

Ela é bonita. Gosta de cavalgar. Isso poderia fazer com que vocês se tornassem amigos, Khan... Bem, ela não está realmente doente. Não está realmente recusando nada: comida, escola ou sexo. Eu poderia facilmente descobrir, a partir das consultas, o que ela está recusando, e por quê. Mas decidi não fazê-lo, e deixar para você descobrir, com a ajuda dela. Você vai gostar dela, Khan. É uma aristocrata. E filha única. O pai adora-a. A mãe orgulha-se de suas realizações como estudante e promissora cavaleira.... A única ambição de Veronique é treinar para cavalgar pela Grã-Bretanha nas Olimpíadas.... Então imediatamente pensei em você. Sob outros aspectos, há alguns outros jovens analistas, medicamente qualificados, que poderiam ser mais indicados para *lidar* com a situação dela. Mas, quando está relaxada, fala inglês e francês alternadamente, com é hábito em casa; fala sobre cavalos e sobre saltar com um deleite voraz. (Khan, 1988 / 1991, p. 45)

Khan sempre encontrava Winnicott após praticar equitação aos domingos. Por isso, nestes encontros, geralmente estava vestido com as roupas apropriadas para este esporte. Winnicott recomendou que Khan fosse visitar Veronique na clínica em que estava, com a mesma indumentária: “Ah, Khan, não troque de roupa. Suas botas e sua gravata de equitação darão mais segurança à Veronique do que qualquer coisa que diga, Khan.” (p. 46)

No *placement* o que vale é a ação e não a interpretação. O mais importante é interagir como pessoa inteira e autêntica, que responde às necessidades de uma outra, em sintonia com seu próprio repertório pessoal, fato que garante a coerência e a estabilidade para o estabelecimento de um vínculo de confiança.

Winnicott vislumbrou, no modo de ser de Khan, uma boa potencialidade para realizar os manejos necessários para retirar a garota da situação delicada em que se encontrava. O repertório pessoal de Khan pôde ser utilizado como meio comunicação e manejo, porque se aparentava com o mundo de Veronique.

Conforme Khan vai descrevendo os manejos que realizou neste caso, bem como as discussões que teve com Winnicott a este respeito, vamos tendo notícias do que realmente estava em questão. Havia uma incapacidade da mãe de Veronique de integrar seu ódio em relação à filha, e vice-versa. A mãe se sentia ameaçada pela filha e criava situações delicadas em que seu ódio aparecia de forma dissociada de si mesma: colocava a filha numa clínica de repouso como forma inconsciente de afastá-la do pai (seu marido); engravidava sem de fato querer o bebê, como forma de obter maior atenção; depois, resolvia abortar criando um constrangimento para o marido, que era uma pessoa pública (político inglês), etc. Já Veronique, ao mesmo tempo em que encontrava no pai uma relação de afeto mais segura, colocava-se em situação de risco (recusa de alimento, acidentes frequentes) para estar em cumplicidade com a mãe, atuando o ódio desta última contra si mesma. Mas, em contrapartida, encontrava-se impedida de enfrentar a mãe e dar rumo ao que mais gostava e dava sentido a sua vida: cavalgar. Fraca, sem alimentação suficiente, não podia cavalgar.

Khan manejou a situação de várias maneiras, aproveitando seu próprio repertório pessoal, para que Veronique pudesse sair deste impasse:

- Manteve-se distante da mãe de Veronique, para que a garota pudesse tê-lo como referência de segurança, demonstrando não ser contaminado pelo domínio da primeira. Seu gosto pela equitação ajudou muito neste sentido. Winnicott encarregou-se do contato mais próximo com a mãe.
- Sugeriu ao pai, em meio a almoços elegantes, que retirasse a filha da clínica e a levasse para uma fazenda da família, na qual pudesse ter contato com seus cavalos.
- Utilizou sua influência na alta sociedade inglesa, evitando que a família fosse alvo de escândalo social com o aborto da mãe, já que o pai era uma pessoa muito exposta publicamente por estar envolvido na vida política da Inglaterra. Um escândalo só iria complicar mais a situação de Veronique, que contaria com menos suporte familiar.

Khan (1988 / 1991) nos revela, a partir da condução de seus casos clínicos, a importância da personalidade do analista ser completamente considerada e levada em conta (diferentemente da psicanálise tradicional), quando este faz parte da ambientação no *placement*. Para tanto, Safra (2001) nos aponta que tal modalidade clínica demanda:

- Que o analista trabalhe *na* transferência e não *a* transferência (como acontece na psicanálise tradicional). Isto é, que seu trabalho aconteça a partir do lugar onde é colocado transferencialmente, na interação, sem a interpretação da transferência.
- Que a singularidade do analista esteja sempre presente, o que significa que ele deve responder às questões colocadas na transferência utilizando sua vida, seu repertório psíquico-cultural, sua experiência pessoal e sua subjetividade. Ou seja, que o analista utilize seu próprio estilo de ser como instrumento e para isto, obviamente, torna-se necessário que ele compreenda profundamente a sua singularidade e a do outro.
- Que o trabalho seja mediado pela intervenção e não pela interpretação. A ação deve ser enfatizada.

- Que não haja rupturas entre o ambiente clínico e não clínico (entre o consultório e o estar fora deste). O trabalho é realizado no cotidiano, pois este é campo muito rico de experiências.

5. Quando brota uma flor

A idéia de vender os vasinhos que plantávamos foi bem empolgante, porém fiquei bastante receosa de não encontrar um lugar, loja ou floricultura, que aceitasse comercializá-los e, assim, prejudicar este início de movimento de Maria Flora para o mundo. Sentia-me muito responsável por tudo que estava acontecendo e quase me desesperei frente à negativa das lojas em que me apresentei. Meio sem saber o que fazer, felizmente, tive uma surpresa. Minha acompanhada já havia “mexido seus pauzinhos” e conseguido uma vaga num bazar que acontecia periodicamente. Esta situação serviu para eu pensar que não deveria nunca menosprezar a força que o desenvolvimento de uma pessoa tem.

Temos a tendência de achar que as pessoas com deficiências são dependentes para tudo, mas mesmo naquelas muito dependentes (física ou mentalmente), o desenvolvimento acontece de forma natural na medida em que há suporte. Com sustentação, as pessoas vão encontrando seus caminhos, realizando seus gestos criativos.

Sobre meu receio de não encontrar um lugar para os vasinhos, posteriormente, isso também me fez refletir que talvez fosse uma preocupação antecipada com as questões que surgiriam com a entrada na transicionalidade, ou seja, um lugar de acolhimento social para Maria Flora experimentar seus gestos. Porém, naquele momento bastava o lugar ético, do qual Safra (2006c) aponta:

Tenho observado em diferentes atendimentos realizados com acompanhamentos terapêuticos que ao lado da possibilidade de auxiliar os pacientes no estabelecimento de funções psíquicas e em seu trânsito em meio à realidade compartilhada, o profissional lhe oferta um lugar ético constitutivo. (p. 15)

Lugar ético, para Safra (2004), é aquele dado pela amizade, sendo esta compreendida não apenas como fruto de derivações psíquicas ou sentimento, mas, sim como o que possibilita o acolhimento do ser humano, em termos de condições ontológicas, isto é, condições básicas que definem a possibilidade da existência humana.

O ser humano existe na fronteira entre o ser e o não ser. Existe no registro espaço-temporal (lado empírico da experiência), mas também está aberto para o que lhe é desconhecido e escapa da experiência empírica, entrando em perplexidade com sua própria existência precária e finita. O desamparo e a precariedade existenciais são condições ontológicas que definem e possibilitam a existência de qualquer ser humano (Safra, 2006a).

Desta forma, o si - mesmo, que está fundado no desamparo, recebe da amizade, a oferta de um lugar entre os outros homens. Diz Safra (2004):

A amizade, como abordo aqui, não significa bondade, mas sim *solidariedade!*... Na amizade compartilha-se do destino humano com aqueles que estão, como os que se foram e com os que virão. Amizade não é um sentimento, é fundamentalmente *um lugar: comunidade de destino*. (p. 125)

Para o autor, o analista está implicado com o analisando nas questões fundamentais do destino humano, porque todos nós estamos subordinados às mesmas questões existenciais: o nascer, a ignorância, a finitude, a morte, a transcendência, etc. Por isso pertencemos todos a mesma *comunidade de destino* (Safra, 2004).

A amizade oferece um lugar na comunidade humana e por isso, tal lugar é ontológico e ético. Este lugar, portanto, só pode se dar a partir da convivência e interação entre duas pessoas com suas personalidades. Safra (2004) aponta a amizade como matriz da transferência por traduzir uma irmandade nas questões existenciais humanas. Por isso, no *placement* devemos trabalhar, enquanto analistas, interagindo e não focados na interpretação.

Reconhecendo as questões existenciais de Maria Flora que necessitavam de humanização, eu já ofertava um primeiro lugar dentro da comunidade humana.

Para minha outra surpresa, vendemos muitos vasinhos! Muito mais do que poderia ter imaginado. Durante as atividades de vendas, várias vezes fui escalada para “panfletar” a fim de atrair novos clientes, enquanto Maria Flora fazia as honras da venda em si. Os acontecimentos ganharam fluidez e nossa ligação afetiva tornava-se cada dia maior nessa nossa empreitada comercial.

Dividíamos nosso tempo plantando, vendendo e aproveitando as conseqüências deliciosas que isso tudo possibilitava: cursos, “banhos de loja”, administração da conta no banco, e-mails, novos contatos, etc.

Neste *placement*, ambientação em que Maria Flora experimentava posicionamentos novos de vida a partir de gestos criativos, eu participava intensamente. Fazia parte da composição do ambiente, ofertando toda minha personalidade nesta ambientação.

As plantas realmente puderam ganhar movimento e Maria Flora pôde recuperar seu gesto no mundo e sair do lugar de planta.

A coisa caminhava muito bem a ponto de Maria Flora conseguir se organizar sozinha em suas atividades, contando com o auxílio de uma funcionária de sua casa, nos momentos em que eu não estava. Aos poucos, fui sentindo que minha função prática e concreta não estava mais sendo necessária e passei a questionar que talvez fosse hora de me retirar. Eu percebia que através da confiança que nossa amizade proporcionou, Maria Flora conseguiu conquistar a abertura para uma experimentação na área intermediária, por meio das vendas dos vasinhos e das outras atividades conseqüentes, passando a utilizar o espaço potencial inaugurado de forma bastante proveitosa e pessoal.

Porém, o questionamento sobre minha retirada causou bastante angústia e uma grande insegurança começou a pairar no ar. O suceder dos fatos me mostrou que meu trabalho não havia terminado. Havia necessidade de outros manejos serem realizados para que as necessidades que surgiam nesta nova etapa pudessem ser contempladas.

Trabalhamos para que um caminho fosse aberto em direção à realidade compartilhada. Maria Flora havia conquistado acesso ao campo transicional com as plantas, mas a sensação de estabilidade e, conseqüentemente, a de continuidade não estavam tão consolidadas.

Já discutimos anteriormente o quanto a confiança sustenta a manutenção do espaço potencial, bem como, a importância deste último, já que é o meio pelo qual toda a transicionalidade da vida é experimentada. Pois bem, as pessoas com deficiência, que vivem uma dependência muito grande e possuem poucos vínculos afetivos, tendem a ter mais dificuldade em estabelecer em si a experiência da estabilidade. A sustentação afetiva é marcada por uma ameaça constante de ruptura (reedição das angústias dos desencontros vivenciados no início da vida), por ser realizada por poucos vínculos de grande dependência. A ausência de um destes vínculos de grande dependência pode fazer desaparecer toda a sustentação do espaço potencial e, conseqüentemente, a sensação de continuidade e de uma vida futura participativa.

É claro que, nos estágios constitutivos, tal confiança e sustentação afetiva se dão pela função materna que geralmente é realizada por apenas uma pessoa. Mas, a partir do momento em que há a entrada no campo transicional, outras questões ganham evidência, tais como: Como conviver com as outras pessoas? Há estabilidade para isso?

Na etapa que agora estamos focando, a maternagem não é suficiente para que uma pessoa se inclua no mundo. Por isso, tive que iniciar um novo manejo no sentido de promover uma ambientação em que houvesse a ampliação no leque dos relacionamentos interpessoais de minha acompanhada, a fim de que a experiência de estabilidade e de lugar para seus gestos criativos pudessem ser reconhecidos e sustentados também por outras pessoas.

V – Refletindo sobre a Inclusão

1. A inclusão como *placement*

A direção ao social, como todo momento de passagem significativa, veio acompanhada de bastante angústia para Maria Flora. Ir para um mundo que está para além de seu campo de experiência, traz à tona o temor do reencontro com angústias originárias, como por exemplo, o risco de se deparar com o desencontro (incompreensões ou desamor), agora com as pessoas que estão na sociedade.

É comum as pessoas reagirem com perplexidade nos primeiros contatos com outras que possuem alguma deficiência. Este impacto pode reavivar tais angústias originárias e, assim, momentos de hesitação podem ser freqüentes.

Ir para o mundo social requer manejos delicados e pacientes. Não é qualquer lugar no mundo social que pode ser um lugar bom e verdadeiro. Esta minha experiência em acompanhar Maria Flora em sua trajetória, aguçou minha reflexão sobre o movimento da inclusão, tão em pauta ultimamente. Encontrei ressonância na preocupação de alguns psicanalistas com a questão ideológica do movimento da inclusão se transformar em algo mais importante que a própria singularidade das pessoas. Assim coloca Meira (2001) discutindo sobre a inclusão escolar:

Uma reflexão em torno da qual a psicanálise pode contribuir com rigor refere-se à posição desde a qual as crianças que apresentam transtornos do desenvolvimento são integradas em uma escola. Há uma diferença marcante se isto se efetiva em nome da criança, considerando-se os transtornos que apresenta, ou se ocorre em nome da inclusão de uma representante da minoria. (p.50)

Kupfer (2000), tratando do mesmo assunto, aponta que a inclusão escolar é mais do que “um mandamento político que reza os direitos do cidadão” (p. 90). Para esta autora, a inclusão deve ter um valor terapêutico no sentido de oferecer condições para que a criança com transtornos no desenvolvimento possa retomar seu processo de constituição subjetiva.

Compartilhando desta mesma posição que enfatiza o valor terapêutico da inclusão, em contraponto ao mero “encaixe” social, aos meus olhos sobressai a importância das condições do lugar (ambientação), que devem contemplar as necessidades de cada pessoa com deficiência. Ou seja, cada inclusão demanda um *placement*, uma intervenção clínica em que a pessoa é colocada num lugar no qual pode habitar determinada situação.

No momento que refletimos sobre a possibilidade de uma pessoa habitar certa situação, podemos ter a noção da complexidade que cada lugar social tem. Não podemos reduzir a inclusão em mera participação social, pois há muita coisa em jogo quando pensamos em inclusão. Há toda a necessidade da pessoa encontrar meios de ter gestos no mundo, que não estão garantidos apenas por estar “encaixada” numa situação social. A participação social é consequência de um processo no qual uma pessoa consegue ter gestos em realidade compartilhada.

Maria Flora percorreu um longo caminho até ficar evidente para ela, que necessitava encontrar reverberações em um leque maior de pessoas. Isto não quer dizer que o contato com o mundo social deva acontecer como um *a posteriori*. Esta é uma interpretação equivocada que me preocupa muito, principalmente nos dias de hoje, época de intensas discussões sobre a inclusão. Gostaria de enfatizar que encontrar reverberações em um maior número de pessoas é uma conquista que ocorre em meio delas. O que muda é o *uso* que se faz das pessoas. Vimos anteriormente que um objeto subjetivo pode se transformar em transicional, conforme é usado. O que se modifica é a realidade da pessoa em questão, que deixa de ser subjetiva.

Assim, nesta mesma lógica, quando me refiro a Maria Flora ansiar por um número maior de pessoas, não é só estar presente no meio delas, pois isso ela sempre esteve. Ela sempre circulou por diversos lugares, inclusive lugares não segregados. Tal anseio diz respeito a poder confiar num grupo maior de pessoas, isto é, estender a sustentação de seus gestos criativos a um número maior de pessoas, para que realmente pudesse sentir que sua participação no mundo teria continuidade, independente de seus vínculos afetivos de maior dependência.

Por esse motivo, penso que o importante é encontrar e manejar ambientes formados por presenças humanas que possam dar tal sustentação e que ofereçam

elementos que tenham potencialidade de se tornarem matéria-prima para os gestos criativos.

A partir do anseio de vivenciar estabilidade com um maior número de pessoas, em alguns momentos, Maria Flora encontrou possibilidades muito interessantes com grupos de pessoas não deficientes em que pôde ganhar visibilidade e reconhecimento. Em outros, pôde (re)criar gestos com pessoas de organizações “especiais”, com as quais já tinha um relacionamento anterior, porém, nesta nova fase, estas estavam diferentemente posicionadas na sustentação de seus gestos, servindo de grupo de referência. O importante foi encontrar lugar para seus gestos e um porvir participativo ser vislumbrado.

Na época em que tudo isso aconteceu, eu não tinha toda essa nitidez de pensamento e posicionamento sobre a inclusão, da forma que apresentei nos parágrafos acima. Confesso que foi bem difícil perceber a função e a importância que estas organizações “especiais”, muitas vezes tidas como segregadoras, poderiam ter para Maria Flora, como também manejar a ambientação de modo a utilizá-las no *placement*. Tomada pelos ideais da inclusão, sentia que poderia trair o movimento ao utilizá-las.

Mais uma vez aproveito a polêmica discussão sobre a inclusão e o direito legislado de todas as crianças estarem em escolas comuns, para refletir sobre como ideologia da inclusão pode se tornar rígida e perder o seu caráter terapêutico, citando Paez (2001):

É verdade que estar numa escola comum beneficia a todos? Não, não é. Há crianças que por determinadas circunstâncias e pelas complexidades, pela severidade de seu quadro, por sua história familiar, pelo lugar que têm na comunidade, neste momento, podem estar mais bem sustentadas numa escola especial. (p. 36)

Cada lugar tem potencialidades e limitações de experiências que podem vir, ou não, de encontro às necessidades constitutivas e existenciais de uma pessoa. Penso que um dos grandes problemas das instituições que se mantêm segregadas, além, obviamente, de muitas delas terem sido criadas para isolar as pessoas com deficiências, por estas serem consideradas incômodos sociais, é de apresentarem um campo sócio-cultural muito empobrecido para ser utilizado como material de gestos criativos. Um campo muito limitado não oferece muita perspectiva de

realização futura. Porém, se este campo for reposicionado de modo a ser utilizado como parte dos recursos que uma pessoa pode aproveitar, deve ser considerado.

Winnicott (1948 / 1999e) faz a importante distinção entre hospitalização e *placement*. A primeira tem a intenção de afastar o indivíduo para que ele não perturbe os demais da sociedade, já a segunda, oferece um lugar aparentado ao modo de ser da pessoa, no qual suas necessidades constitutivas podem ser contempladas.

Apesar de Maria Flora ter experimentado gestos significativos em vários ambientes sociais “especiais” e “não especiais”, passou um grande período de hesitações e impasses. A incerteza sobre a possibilidade de poder encontrar a estabilidade necessária no vínculo com outras pessoas do mundo social era algo muito difícil de ser superado. A estabilidade era necessária para que Maria Flora mantivesse a esperança de poder ter acesso à experiência com uma sustentação ofertada pelo mundo social: ter gestos no futuro, ao invés de ficar como mera testemunha da realidade.

De alguma forma, minha presença ficou marcada com a experiência de passagem. Isto é, como pude sustentar a criação de um objeto subjetivo (as plantas), bem como a passagem deste para o campo transicional, reconhecendo a importância da continuidade de sua participação em níveis cada vez mais compartilhados da realidade, minha presença era sinônimo de novas aventuras. Aventuras essas fundamentais para se ter um lugar no mundo, porém muito angustiantes por serem sentidas como arriscadas por demais. A passagem que precisava ser feita naquele momento estava muito difícil de ser experimentada.

Minha presença passou a ser cada vez mais aflitiva e, por isso, o melhor e o mais difícil manejo que pude fazer, foi afastar-me da situação. Apesar do meu envolvimento com este acompanhamento, tivemos que interromper o AT. É lógico que neste período, sentimentos de fracasso, culpa e saudades afloraram com intensidade em mim. É muito difícil compreender e lidar com um período de hesitação. Mas, durante este período todo, mantive-me disponível para as freqüentes aproximações e afastamentos de Maria Flora.

Hoje percebo que o término do A.T. na verdade não significou o fim do *placement*. Minha disponibilidade em receber as tentativas de aproximação de

Maria Flora, bem como o respeito pelos movimentos de repúdio, foi importante para manter a sustentação da confiança e permitir que novas aventuras pudessem ser vividas sem mim. Acreditando que meu afeto não era destruído por suas idas e vindas, encontrou a segurança necessária para a temida passagem poder ser realizada.

Maria Flora, mais uma vez, para meu espanto, num determinado momento resolveu ir morar numa residência assistida, junto com outras pessoas com deficiências. Lá teria o cuidado físico que necessitava, realizado por uma equipe de profissionais e a possibilidade de ir e vir quando quisesse. Telefonou para me dar a notícia.

Foi um momento crucial para os meus questionamentos sobre a inclusão. Morar com outras pessoas com deficiências em uma residência assistida? Será que compactuo com esta idéia? Isso não se encaixava nos meus ideais de inclusão.

Mas, ao poucos, percebi que Maria Flora havia encontrado nesta possibilidade a estabilidade necessária. Numa residência assistida, tinha a perspectiva de ter a sustentação necessária para continuar com seus gestos criativos, mesmo após a morte de seus pais. Garantia, assim, uma participação pessoal no futuro, tornando-se mais independente de seus grandes vínculos afetivos.

Mesmo de longe, pude acompanhar Maria Flora nesta passagem que muito me fez aprender sobre inclusão.

Partindo da idéia de que inclusão é *placement*, podemos entender que inclusão é manejar uma ambientação constituída de presenças humanas. Esta se faz necessária para que a pessoa em questão possa ter um lugar no mundo humano.

Um lugar não é apenas espaço físico e, sim, o entorno que dá possibilidades de se constituir e experimentar a vida.

2. O lugar na comunidade humana

Uma pessoa sem lugar perambula, diz Safra (2006d), fica desorientada, desenraizada. O enlouquecimento explicita a falta de um lugar e de uma profunda experiência de desalojamento. É só na possibilidade de encontrar um lugar na relação com um outro que permite a esta pessoa orientar-se para um porvir.

É condição ontológica e, portanto, fundante do ser humano, ser recebido e celebrado por um outro. Todo ser humano precisa de um lugar de afeto, reconhecimento e cuidado oferecido por alguém, que sustente seus gestos criativos e seu espaço de experiência de vida (espaço potencial). É o gesto sustentado por um outro, que funda, cria e recria, a cada momento, um lugar / lar. Sem gesto, não há lugar verdadeiro, não há morada.

Safra (2004) desenvolve uma compreensão sobre a importância de um lugar na comunidade humana, designada por ele como *Sobórnost*.

O primeiro ponto importante na compreensão dessa perspectiva é que ela abole a concepção de indivíduo, como nós a conhecemos. A noção de indivíduo leva freqüentemente a uma compreensão de ser humano como ontologicamente isolado dos demais. *Sobórnost* assinala que cada ser humano é a singularização da vida de muitos. *Compreender o ser humano como a singularização da vida de muitos implica em dizer que cada ser humano é a singularização da vida de seus ancestrais e é o pressentimento daqueles que virão.* Isso não equivale a afirmar somente a existência da influência cultural, mas sim que o sentido de si é um fenômeno ontológico comunitário, isto é, que acontece em meio à comunidade e *como* comunidade. Evento transgeracional, vindo da história em direção ao futuro. A verdade de si mesmo acontece e se revela somente pelo reflexo do rosto do outro. Em nossa maneira habitual de pensar, o ser é constituído antes da comunidade. *Sobórnost* assinala-nos que ser é comunidade! (p. 43)

Assim, sem comunidade não há possibilidades de ser, porque cada indivíduo, paradoxalmente é um, mas também muitos. Para este autor, a singularidade de cada indivíduo se dá pelo gesto criativo, sustentado pelos seus pares, que recria o que herdou de seus ancestrais, abrindo caminhos inéditos para o futuro. A inclusão, a meu ver, nada mais é do que restituir a condição fundamental de alguém poder estar enraizado numa comunidade humana que sustente suas ações singularizantes.

Porém, devido à história da deficiência, esta condição fundamental de estar enraizado numa comunidade humana muitas vezes não é contemplada. É comum as pessoas com deficiências estarem dissociadas do que é humano, sendo reduzidas e “coisificadas” a pré-determinismos conceituais, vindos da tecnologia médica. Também penso ser bastante complicado a inclusão ser reduzida a ideologia, pois isso não garante o enraizamento numa comunidade humana. Contemplando apenas a ideologia, não se tem foco nos gestos criativos pessoais e, assim, toda a singularidade é esvaziada.

3. O idioma pessoal, o *placement* e a inclusão

Estou compreendendo a inclusão como a possibilidade das pessoas com deficiências poderem ter seus gestos sustentados, para que possam integrar a comunidade humana. Como vimos, a possibilidade de um gesto ser sustentado por presenças humanas, cria um lugar dentre os homens. Este gesto significa uma tomada de posição possível frente a outras pessoas. No momento que tomamos uma posição, apropriamos-nos de um lugar na comunidade humana e assim nos enraizamos. É a partir deste lugar que uma pessoa pode vir a acontecer, ou seja, constituir-se e destinar-se de acordo com um sentido existencial próprio.

Para Safra (2006a), toda existência humana demanda sentido e isto é uma condição ontológica:

O sentido é algo absolutamente singular a cada um de nós. Em suma, o sentido é essa possibilidade que o ser humano tem de poder destinar algo. Quando o indivíduo consegue vislumbrar um sentido para sua existência este sentido passa a ser um dos eixos a partir dos quais o significado do mundo é constituído para si de forma pessoal. Há uma diferença entre o mundo que é fornecido à criança, pleno de seus significados pré-existentes a ela, e o mundo que ela significa a partir de seu gesto. Assim, cada pessoa pode, a partir de seu gesto, criar um sentido para seu caminhar e este sentido, uma vez estabelecido, ressignificará tudo que surge no seu mundo de vida. (p. 81)

Assim, tudo o que é vivido é reposicionado de forma pessoal, de modo a criar e estar coerente com um sentido próprio. De acordo com o sentido existencial de

cada um, há um anseio por realização de si, coerente com este sentido. Poder ter gestos que criam e recriam este sentido, é estar em devir, destinado.

Maria Flora, no início do A.T., estava sem possibilidades de ter um projeto de vida futuro, ou seja, não via possibilidades de criar um sentido para sua existência e se destinar. Primeiro tivemos que manejar a situação para que certos aspectos de si mesma, “aspectos de planta”, pudessem ganhar lugar humano através de meu reconhecimento e sustentação (interesse pelas plantas) de um gesto seu. A partir daí, outros gestos, como ensinar-me a plantar, a venda de vasos, os cursos de jardinagem, dentre outros, puderam compor parte do caminho, bem como um projeto de vida que se colocou em movimento, passível de transformação.

Esta situação serve para salientar a importância de se ter um lugar, pois é a partir dele que é possível se posicionar e se destinar. Sem lugar (Safra, 2006a), a pessoa é jogada para uma queda no não-ser, queda na não existência.

Percorrer um devir cheio de sentido só acontece com gestos que rompem com o mundo dado (pré-determinado) e criam o inédito, significados pessoais para as coisas. O gesto é que cria o sentido singular para a vida de cada pessoa. Desta forma, o gesto deve estar aparentado com o modo de ser de cada um. Caso contrário, será uma ação estranha à pessoa, não relacionada a sua criatividade e singularidade. Safra (2006a) nos aponta que o modo de ser de alguém é o veículo de seu devir, de seu movimento em direção ao que anseia realizar. Por isso o gesto só ocorre se estiver alinhado ao seu modo de ser.

O mesmo autor (2004, 2006a) denomina “idioma pessoal” a maneira pela qual o modo de ser de alguém aparece em seu gesto, em seu discurso, em como compõe seu ambiente, na maneira que constitui seu percurso de vida e em como organiza sua sexualidade.

Já que cada indivíduo é a singularização de muitos, o idioma pessoal é a forma como a pessoa coordena e compõe de modo singular as questões de toda comunidade humana que a constitui e existe dentro de si. O seu gesto se dá nesta forma criativa de compor e coordenar as “vozes” de todos que a constituem³.

Compreendendo o idioma pessoal de alguém, podemos manejar uma situação de forma que a sustentação necessária esteja de acordo com o seu modo

³ É o que Safra (2006a) chama de polifonia do idioma pessoal.

de ser e, assim, gestos significativos possam ocorrer. Desta maneira, todo *placement* deve estar sintonizado com o idioma pessoal do acompanhado para que seu gesto lhe dê um reposicionamento e um sentido de vida. Se a ambientação manejada não for aparentada ao modo de ser da pessoa em questão, esta não terá a sustentação necessária para conseguir se singularizar através de um gesto.

Para criar um *placement* aparentado ao modo de ser de alguém temos que compreender seu idioma pessoal por via dos registros: afetivo, empático, estético, discursivo e o ético (Safra,2006a). Explicando um pouco melhor cada um:

- No registro afetivo, o analista / a.t. tem a informação do lugar em que o acompanhado o coloca, sendo que é a partir deste, que o analista irá trabalhar (vide capítulo IV). No caso de Maria Flora, comecei como sua “aluna” de algumas aulas de jardinagem, posição na qual eu sustentava seu interesse pelas plantas. Meu lugar foi se modificando ora para ajudante na sua produção de vasos, ora nas vendas, dentre outros que fui assumindo, de acordo com as necessidades emergentes.
- No registro empático, o analista / a.t. acompanha e acolhe em sua própria corporeidade, a experiência de seu acompanhado. Ou seja, coloca-se em disponibilidade para viver a experiência de um outro em si mesmo. Vale enfatizar que o analista deve vivenciar a experiência de seu acompanhado de forma dialógica, isto é, permitir que tal experiência dialogue consigo mesmo e não que o tome em sua totalidade. Acompanhando Maria Flora, quantas vezes não senti as aflições claustrofóbicas que ela transpirava ao se deparar com a desesperança de um projeto de vida.
- No registro estético, o analista é afetado, também em sua corporeidade, pelo modo plástico de como seu acompanhado organiza-se no tempo, no espaço, na forma em que movimenta seu corpo e na maneira em que organiza a materialidade do mundo. Neste registro, temos acesso via nossa corporeidade às composições imagéticas constituídas pelos nossos acompanhados, isto é, composições que se formam dentro de campos sensoriais tais como: imagens sonoras, visuais, gustativas e tácteis, que revelam facetas de seu modo de ser (Safra, 1999). Assim, pude ser afetada

pela imobilidade física de Maria Flora, que trazia consigo toda uma vitalidade impedida de acontecer, semelhante a uma planta, um ente vivo sem movimento.

- No registro discursivo, temos acesso às metáforas da imagem e do anseio de si mesmo. Com Maria Flora, quantas vezes não conversávamos sobre as plantas, como uma maneira de acessar uma imagem dela mesma, por vezes imóvel, por outras, circulando nos bazares e ganhando liberdade e autonomia de movimento.
- No registro ético (Safra, 2004), através do modo de ser de nossos acompanhados, temos notícia se as suas condições fundamentais de ser humano (ou seja, ontológicas e, evidentemente, universais) estão sendo contempladas em sua experiência de vida ou não. Conforme a experiência familiar e da comunidade à que cada pessoa pertence, certas condições ontológicas se tornam mais enfatizadas que outras. São questões éticas universais que ganham maior evidência, ou não, de acordo como são apresentadas pelo seu grupo familiar e por sua comunidade humana. Assim, cada pessoa tenta, com seu modo de ser, responder a uma questão ética universal que se sobressai em sua experiência de vida (Safra, 2004). Em certo momento, com Maria Flora, tornou-se evidente a falta de um lugar de pertencimento e sustentação para o seu devir. É condição ontológica um lugar dentre os homens que sustente o devir de cada ser humano. Nossa comunidade contemporânea, que se arraigou na tecnologia como forma de vida, impede um lugar de pertencimento às pessoas que estão fora de seu padrão.

Todos estes registros são inter-relacionados e coerentes entre si, sendo o registro ético o alinhavo para os demais, dando-lhes suporte referencial.

Esta composição entre eles nos dá recursos para os manejos necessários na realização de um *placement*, condizente ao modo de ser de nossos acompanhados. Isto possibilita a criação de gestos criativos e, conseqüentemente, um lugar na comunidade humana, como já vimos.

Trabalhar contemplando o idioma pessoal, de forma a ser coerente com ao modo de ser de cada um, é fundamental na inclusão.

Com Maria Flora, o mundo das plantas e da jardinagem esteve presente em todos os manejos porque se aparentava a seu modo de ser. Através do mundo das plantas, pude acessar seu idioma pessoal.

4. Desenraizamento estético na deficiência

Já discutimos um pouco sobre o quanto a inclusão não é um fenômeno restrito ao registro social e sim que envolve uma rede complexa de outros registros que devem referênciar ao ético. Só contemplando toda esta complexidade, podemos manejar situações que possam restituir um lugar desfeito pela exclusão e pelo desenraizamento. Safra (2004) nos coloca:

É fundamental para a clínica ter claro que a exclusão e o desenraizamento não são só fenômenos sociais, mas também acontecimentos ontológicos. Fenômenos que rompem a possibilidade de o ser humano habitar eticamente o mundo humano. Existem fenômenos que têm origem no campo social e que atingem o registro ético: aspecto decorrente da interação constante entre os acontecimentos no mundo (ôntico) e o registro ontológico. (p. 138)

Acompanhando Maria Flora mundo a fora, pude perceber nos olhares e reações das pessoas o impacto que sua condição causava. É muito forte este impacto estético que muitas vezes prejudica uma aproximação e colabora para o impedimento do habitar eticamente o mundo humano. E conseqüentemente, para um desenraizamento.

A estética da pessoa com deficiência comumente causa um impacto nas demais pessoas, pois, como já discutimos anteriormente (no capítulo II), a deficiência apresenta com certa ênfase a vulnerabilidade humana. No dias de hoje, a tecnologia com seu poder hegemônico não favorece condições para que esta vulnerabilidade seja acolhida pelas pessoas. As angústias humanas são postas em escanteio para que soluções funcionalistas tomem seu lugar. Tais angústias, como a

da precariedade humana, ficam muitas vezes sem possibilidade de serem colocadas em questão destinada, ou seja, em movimento.

Assim, toda faceta estética da deficiência que poderia se abrir para a experiência da vulnerabilidade nas pessoas, é tamponada pela influência dos padrões do corpo perfeito dados pela tecnologia de nossa atualidade.

O campo estético é um campo rico de experiências constitutivas quando estas podem ser integradas ao self. Experiências da vulnerabilidade humana poderiam ser integradas a partir do campo estético. Mas estas experiências, em nossa comunidade contemporânea, são cada vez mais dissociadas do humano. O corpo deficiente com sua estética fica cada vez mais pertencente ao campo de estudos médico-técnico e dissociado do campo humano. Torna-se um corpo desumanizado, visto cada vez com mais horror pelas demais pessoas, já que não encontra acolhimento e identificação humana. Ou seja, há uma dissociação entre o registro estético e o ético. Não há lugar humano para a estética do corpo deficiente em nossa sociedade.

Ocorre, então, o que Safra (2004) denominou como desenraizamento estético, no qual o “corpo deixa de ser um local de alojamento da psique” (p. 142). O corpo deixa de ser um campo de experiências constitutivas, e se torna algo dissociado do si mesmo.

A experiência estética tem como base a corporeidade, as experiências que temos a partir do nosso corpo. Podemos ter noção do quanto o campo estético nos é importante quando compreendemos que a experiência estética é matriz da constituição do self, da sensação de existência de alguém. Esta constituição se dá através do encontro corporal com um outro (bebê com sua mãe), ou seja, a partir de um diálogo sensorial, de uma experiência estética. Diz Safra (1999):

O bebê vive mergulhado em sinestésias, sons, temperaturas, cores e cheiros. Tenho observado que cada pessoa constitui seu self e sua maneira de ser, por meio de determinada forma sensorial que ganhou predominância no mundo do bebê que ele foi. Para alguns a visão é o sentido fundamental, para outros, o tato, ou o uso da musculatura, a sonoridade, o ritmo e assim por diante. É pela forma sensorial privilegiada para um determinado indivíduo que se abre a constituição do objeto subjetivo e seu estilo de ser. Mais tarde, em etapas de maior maturidade, teremos o próprio eu do indivíduo ancorado naquele grupo de formas sensoriais que foram os elementos constitutivos do seu self. (p. 37)

Sem diálogo não há reconhecimento nem possibilidade de sustentação de um gesto. Sem diálogo sensorial, estamos excluindo a parte estética do campo humano. É uma parte que deixa de ter ressonância humana e cai na não existência. A parte do *self* que não encontra diálogo fica dissociada, sem poder se integrar ao modo de ser.

No encontro em que há o reconhecimento do que cada um traz em sua existência abrem-se caminhos e possibilidades da pessoa veicular suas questões existenciais através de seu modo de ser, isto é, consegue se destinar. Por meio da experiência estética, as vivências do existir de alguém podem ser apresentadas via seu modo singular de ser. Assim, em relação à deficiência, cada pessoa que vive esta condição teria a chance de apresentar e destinar a vulnerabilidade que vive no corpo, a sua maneira.

No registro estético, o corpo é o meio pelo qual o modo de ser de alguém pode se apresentar. Mas se este meio é desapropriado, como acontece com o corpo deficiente em nossa época, este fica aderido a uma estética não humana, e assim, impedido de ser canal de experiências e gestos singularizantes. Com isto, ocorrem sérias dificuldades da pessoa colocar seu modo de ser em devir. A estética das pessoas com deficiências fica dissociada do registro ético. Esta dissociação não permite que a estética possa ser recurso do modo de ser de alguém.

Porém, quando as experiências estéticas das pessoas com deficiências são contempladas pelas condições fundamentais do registro ético, a vulnerabilidade pode ser integrada ao modo de ser de alguém. Desta forma um “jardim da vida” pode ser criado. Jardim no qual pode se plantar uma série de experiências. Jardim em constante transformação, mas que é vulnerável e depende sempre do cuidado de outros jardineiros que estão em volta.

VI – Comunicações...

1. Quando o verbal não dá conta

Neste meu percurso com Maria Flora, algo em nossa comunicação começou chamar minha atenção. Experiência que, mais tarde, acompanhando outras pessoas com deficiências, pude constatar que fora muito útil para quando estivesse trabalhando com pessoas nesta condição.

Como já comentei anteriormente, Maria Flora não possuía coordenação fonoarticulatória e, portanto não conseguia se expressar verbalmente. Nós conversávamos através de uma prancha de comunicação alternativa, que continha inúmeros símbolos que ela apontava para se expressar.

Apesar de Maria Flora ser muito hábil em usar este recurso e eu ter adquirido uma boa destreza em compreender o que ela “falava”, toda comunicação demandava um grande esforço de ambas as partes. Mas principalmente à Maria Flora que muitas vezes não se sentia compreendida como ansiava e era tomada por muita aflição e confusão. Estes eram momentos difíceis, em que a dificuldade de comunicação verbal gerou impasses e turbulências em nosso encontro.

Foram momentos de muito desgaste emocional e psíquico para mim. Em várias situações destas, fui tomada por sentimentos de grande intensidade: também ficava bastante confusa, com a sensação de ter perdido a competência em conduzir manejos suficientes, destituída de qualquer capacidade terapêutica e de compreensão. Foi só com o auxílio de muita supervisão que pude perceber o fenômeno comunicativo em que estava envolvida.

Muitas pessoas com deficiências, devido a suas seqüelas, apresentam esta dificuldade na comunicação verbal. Tal fato pode também significar uma dificuldade na comunicação intrapsíquica. A comunicação verbal está ancorada na rede simbólica-representacional e nossa capacidade de pensar e elaborar simbolicamente as situações depende da oportunidade que cada um de nós teve de internalizar situações de comunicação (diálogo) com os outros. Na medida em que

esta dificuldade de comunicação ocorre desde que se é criança, isso pode acarretar uma maior dificuldade de articulação mental e, conseqüentemente, uma comunicação pela linguagem simbólica se fazer mais dificultosa.

Diz Winnicott (1963 / 1983b):

Examinando-se diretamente a comunicação e a capacidade de se comunicar, pode-se ver que elas estão intimamente ligadas às relações objetais. Relações com os objetos são um fenômeno complexo, e o desenvolvimento de uma capacidade para se relacionar com objetos de forma alguma é um ponto simples no processo de maturação. Como sempre a *maturação* (em psicologia) *requer e depende da qualidade do ambiente favorável*. Onde não dominam a cena nem a privação nem a perda, e onde, por isso, o ambiente facilitador poder ser tido como certo na teoria dos estágios formativos mais precoces do crescimento humano, gradativamente se desenvolve, no indivíduo, uma mudança na natureza do objeto. O objeto, *sendo de início um fenômeno subjetivo, se torna um objeto percebido objetivamente*. Esse processo leva tempo, e meses ou mesmo anos se devem passar antes que as privações e perdas possam ser absorvidas pelo indivíduo sem distorção dos processos essenciais que são básicos para as relações objetais. (p. 164)

Privações e perdas devido ao desencontro inaugural, muito freqüente no início de vida das pessoas com deficiência, são vivenciadas com as primeiras relações objetais. Quando tais objetos de amor não conseguem ocupar o lugar daqueles que suprem as necessidades emergentes, ocorre em muitos casos um “diálogo” distorcido entre o bebê deficiente e sua mãe.

De modo geral, em momento adequado, quando a mãe começa a falhar em sua adaptação com um bebê, o intelecto deste é convocado para suprir a falha, utilizando como recurso a representação simbólica pautada na interação com a mãe. A mente, segundo Winnicott, surge da necessidade que a criança tem em lidar com as falhas ambientais que de alguma forma perturbam sua estabilidade em continuar a ser:

É vitalmente importante que ao cuidar de seus bebês, as mães, no início fisicamente e logo também imaginativamente, comecem fornecendo esta adaptação ativa, mas também é uma característica da função materna fornecer um *fracasso gradual da adaptação*, de acordo com a habilidade crescente que cada bebê tem de compensar o fracasso relativo através da atividade mental ou da compreensão. (Winnicott, 1949/1978b, p. 413)

Mas quando as falhas acontecem num momento precoce, em que não há sistema neurológico formado no bebê para dar conta desta ruptura, uma mente precoce e sem recursos é convocada a trabalhar, na tentativa de prover uma estabilidade ambiental que não existe. Winnicott (1949; 1990) diz que não é raro casos de psicose e deficiência mental serem resultado de perturbações precoces do desenvolvimento emocional desta natureza.

Esta sobrecarga e, conseqüentemente, um colapso na mente, também podem acontecer em pessoas que tenham um real comprometimento no tecido cerebral, que por um lado têm menos recursos cognitivos à disposição de uma simbolização representacional e, por outro, muitas vezes tentam dar conta de muitas falhas no diálogo com o outro (falhas ambientais) em momentos precoces da vida. Disso decorre, muitas vezes, uma dificuldade de articulação mental e comunicação pautada na representação simbólica.

Nos momentos de dificuldade de comunicação verbal são comuns formas primitivas de comunicação serem acessadas. Pires (2003) discorrendo sobre a possibilidade de contato com crianças pré-verbais, autistas e com atrasos mentais, ou seja, com pacientes em que a capacidade de representar é reduzida, salienta que o acesso muitas vezes se dá via campo intersubjetivo. Esta mesma autora descreve um acompanhamento feito a uma criança com seqüelas neurológicas (oriundas de agressões de guerra) que a impediam de falar:

O relato que obtive na escola era que ela havia sido jogada contra a parede por um soldado de guerra e suspeitava-se de comprometimento neurológico.... A menina passava-me a impressão de desfilarem pelo mundo com grande espanto, sem nunca no entanto soltar o grito de Munch. Era frágil, de extrema fragilidade sua presença, com olhos que se desculpavam pelo transtorno, como se compreendesse o transtorno em que estava envolvida.... Lembro que aquela menina dócil, uma vez devidamente confortável dentro da sala, fitou-me nos olhos com malícia e soltou um retumbante arrote. Arrote que quebrava sua casca de ovo. Um, dois, três arrotos. Ria-se poderosa, tomada de súbito poder. Ousava entregar-me à parede, nem que só por alguns instantes.... O arrote parece ter aberto o caminho, construindo uma picada que a levaria a mim, aos brinquedos.... Pegou a Arca de Noé. E a cena se deu. Os bichos eram atirados para fora da arca por violentas ondas produzidas por seu agitar de braços. Um agitar desconhecido de quem não reconhecia muito bem os braços como seus, de quem tinha o lado esquerdo do corpo comprometido e contorcido. Tentei através de minha fala, facilitar que reconhecesse o movimento como seu. Novamente ria-se vitoriosa. E aí seu movimento seguinte. Segurou um urso de pelúcia pelas mãos e girou, girou, girou. E minhas palavras giraram, giraram. Gesto testemunhado: eu, o urso, a menina, todos girávamos. Fui então acometida por um

enjôo e tontura tremendos. Cabeça e estômago rodopiando. Atirara-me contra o muro agora. (Pires, 2003, p. 09 - 10)

Com Maria Flora, vivi momentos semelhantes aos descritos acima, em que eu ficava misturada com seus sentimentos. Também confusa e aflita, eu era colocada numa situação claustrofóbica semelhante àquela que ela mesma se sentia ao se deparar sem possibilidades de gesto no mundo. Sentia-me atada, paralisada. Esta era uma forma de comunicação a partir da experiência. Ficávamos as duas num “beco sem saída”.

2. A Intersubjetividade

O fenômeno comunicativo que ocorre no encontro entre duas pessoas é muito mais complexo do que geralmente se considerava. Coelho e Figueiredo (2004) apontam que em contraposição à tradição filosófica moderna, na qual se concebia o *eu* como algo já constituído e independente em relação a um *outro*, o pensamento contemporâneo reconhece na intersubjetividade um campo constituinte de subjetividades singulares. A intersubjetividade é condição para a constituição do ser humano, bem como para a compreensão do que acontece nos fenômenos humanos e desta forma, tem repercussões em várias dimensões da experiência do *self*.

A intersubjetividade, segundo Coelho e Figueiredo (2004), tendo várias dimensões no *self*, leva há muitas formas do comparecimento do outro em *mim*. Tais autores organizaram uma descrição possível destas dimensões intersubjetivas no *self* em forma de matrizes, que coexistem simultaneamente e são articuladas entre si em condição de complementaridade:

- Matriz trans-subjetiva: trata-se de uma modalidade pré-subjetiva da existência, na qual a alteridade é concebida como algo inaugural e anterior à possibilidade de um *eu* que possa vir a se opor ou se relacionar com um *outro*. É a dimensão da indiferenciação total, ou quase total, ou mesmo sem escolhas, já que somos lançados em um campo de tradições, ou seja, de alteridade, que cria e delimita nossas condições de experiências.

- Matriz traumática: nesta dimensão, a subjetivação ocorre com a impossibilidade da adaptação plena, com o reconhecimento que algo do *outro* sempre excede a *mim*. A experiência subjetiva é concebida como abertura permanente e inevitável ao *outro* nunca totalmente assimilável, mas que reclama, provoca e demanda. A subjetividade nesta dimensão seria inaugurada pela afetação (demanda) que vem do *outro*, mas que escapa e por isso sempre é traumática.
- Matriz interpessoal: dimensão na qual se considera a simetria como experiência constituinte da subjetividade. Neste campo intersubjetivo, consideram-se indivíduos em interação funcional, no qual um gesto é sempre uma ação incompleta e um outro a complementa. Nesta dimensão, consideram-se sujeitos individuais.
- Matriz intrapsíquica: dimensão que inclui a relação entre dois psiquismos e os efeitos que um tem sobre o outro. Comporta a idéia de um *outro* (alteridade) produzindo efeitos mesmo em sua ausência. A presença do *outro* em *mim* é sentida a partir de introjeções, internalizações, incorporações, identificações e representações que aparecem como imagens de uma realidade concreta e não como fantasias.

Penso que, no fenômeno que experienciei com Maria Flora nos momentos onde a comunicação verbal falhou, todas estas dimensões intersubjetivas estiveram presentes, mas houve uma predominância da dimensão intersubjetiva traumática, já que havia uma demanda que estava para além do que eu podia assimilar e elaborar. Mas, apesar de ser claramente traumático, vivemos também algo intenso da ordem trans-subjetiva, pois eu me sentia cerceada e exausta exatamente como ela. Ambas ficávamos desesperadas, como que nos debatendo na tentativa de dar um fim àquela sensação sufocante. Estávamos indiferenciadas, vivendo e sentindo as mesmas coisas. Quais sentimentos eram meus e quais eram os dela? A claustrofobia, o sufoco que identificava em Maria Flora, também era meus naqueles momentos.

Este é um fenômeno que muitas vezes é chamado de identificação projetiva. O conceito de identificação projetiva, proposto primeiramente por Klein, foi revisto

por uma série de autores que o ampliaram, segundo uma compreensão relacionada à intersubjetividade do fenômeno.

Para Klein (1946 / 1991a, 1955 / 1991b), tal fenômeno consiste em evacuar aspectos de si mesmo para dentro de outra pessoa com a finalidade de se proteger das ameaças que estes aspectos suscitam, sendo a pessoa “recipiente” vivenciada como apenas parcialmente diferenciada do sujeito “depositante”. Desta forma, este sujeito “depositante” tem a sensação de controlar o objeto projetado e o sujeito “recipiente” vivencia tal objeto como parte dele mesmo. Esta situação é caracterizada por um “esgotamento psíquico”, já que o esforço despendido pelo “depositante” para controlar a outra pessoa é enorme, bem como pela sensação de “esvaziamento psicológico”.

Ogden (1996a), refletindo sobre tal conceituação de Klein, afirma que esta enfatiza mais sua atenção na dimensão intrapsíquica do evento, deixando de lado outros aspectos intersubjetivos do fenômeno.

A conceituação deste fenômeno proposta por Bion e, posteriormente, enriquecida por outros autores, assume uma compreensão mais complexa do caráter intersubjetivo. Para Bion (1962 / 1991), a mãe, ou um outro capaz desempenhar a “função de continente” ou *rêverie*, acolhe aquilo que é evacuado, ou seja, as angústias que o bebê, ou sujeito em questão, ainda não têm recursos psíquicos para lidar, de modo a desintoxicá-las a partir da interpretação e sentido que dá a elas. Com esta “função de continente” da mãe, que acolhe e se identifica com o que lhe é projetado, o bebê tem a possibilidade de experimentar seu sofrimento e ter uma vivência sensorial de si mesmo, para depois poder introjetar esta capacidade de conter da mãe.

Ogden (1996b) compreende a identificação projetiva, a preocupação materna primária, a contratransferência, o espaço potencial dentre outros fenômenos em que o *outro* comparece em nós, como formas de terceiridade intersubjetiva, isto é, um campo em que há uma relação dialética entre subjetividades e intersubjetividades, no qual os sujeitos se misturam, criam e se preservam mutuamente. As experiências vividas neste terceiro campo intersubjetivo, possibilitam novas (re)constituições subjetivas para cada um dos participantes desta relação.

A possibilidade da reapropriação das subjetividades se dá com o reconhecimento pelo analista da individualidade do analisando, e vice-versa. Por isso, Ogden (1996a) coloca, em oposição à Klein (que compreendia a identificação projetiva apenas como uma experiência de esvaziamento psicológico), que apesar do esgotamento psicológico vivido, há uma riqueza neste fenômeno em que as subjetividades de ambos participantes são beneficiadas no sentido da possibilidade da criação de si mesmos como sujeitos mais plenamente humanos e auto-reflexivos.

Neste fenômeno intersubjetivo, pude experimentar em mim parte da existência de Maria Flora e compreendê-la profundamente, mesmo não entendendo o que ela queria dizer. Desta forma, pude expressar que reconhecia a qualidade de seu sofrimento de forma a humanizá-lo e trazer alívio ao mostrar que o vivenciava junto com ela. Mostrar que estávamos juntas nesta experiência, trazia-lhe um lugar de igualdade humana, bem como esperanças de que seus gestos pudessem ter equivalente reconhecimento e sustentação.

3. Comunicação intercorpórea

Para alguns autores, como Safra (2006a), o fenômeno intersubjetivo é um fenômeno de comunicação intercorpórea, ou seja, uma capacidade de leitura do outro a partir da sensorialidade, que provoca uma experiência em *mim*, constitutiva de *mim*. Tal capacidade depende da elaboração imaginativa do corpo vivida na relação intercorpórea com a mãe ou com quem realizou a função desta.

A elaboração imaginativa do corpo se dá pela maneira que a presença de um outro compareceu sensorialmente nos cuidados dispendidos em momentos primordiais da constituição do self. De acordo com o cuidado físico e interação que a mãe / ambiente possibilita ao bebê, o corpo deste vai sendo significado imageticamente, ou seja, a partir de imagens sensoriais. Tais imagens vão se aglutinando e configurando um modo de ser existencial do si mesmo (Winnicott, 1949/1978b).

Havendo uma elaboração imaginativa suficiente, ou seja, a constituição de um modo de ser via experiências sensoriais a partir da presença de alguém, temos chance de utilizar este acesso como canal para um outro:

A acessibilidade à leitura apresentativa se dá a partir da chance que a pessoa teve de ser banhada em formas sensoriais que são fruto de inter-relações corpóreas entre o indivíduo e o meio. Estas formas sensoriais lhe darão acesso à capacidade de ser afetada não só pela corporeidade dos outros, mas também pelos símbolos apresentativos articulados no tempo e no espaço, na materialidade do mundo. (Safra, 2006a, p. 46)

Safra (2006a) assinala que o símbolo apresentativo passou a ser reconhecido na Psicanálise quando a dimensão pré-verbal da comunicação inter-humana surgiu como algo importante a ser estudado. O autor coloca que tal símbolo não tem a função de representar, mas sim de apresentar:

São fenômenos que apresentam um mundo e propiciam uma experiência... Uma experiência vivida nos proporciona um saber não intelectual. Frente ao símbolo apresentativo se tem um tipo peculiar de experiência estética. O símbolo apresentativo se utiliza fundamentalmente da linguagem plástica... Enquanto a representação e o discurso estão vinculados ao pensamento lógico, os símbolos apresentativos estão dirigidos à sensibilidade... Trata-se de um acesso por meio da corporeidade. Nesse sentido, a matriz fundamental do símbolo apresentativo é o *corpo*. (Safra, 2006a, p. 43)

O outro, com seu modo de ser cravado em sua composição orgânica nos afeta em nossa corporeidade como um símbolo apresentativo, pois proporciona uma experiência plástica capaz de ser captada por nossa sensibilidade corporal.

Safra (2006a) acrescenta:

A possibilidade de acompanhar a expressão descritiva plástica ou o modo como a corporeidade do outro aparece permite que realizemos com nosso próprio corpo o mesmo circuito descrito ou apresentado. Desta maneira, podemos compreender os sentimentos dos nossos analisandos através do que nos apresentam, se também os acompanharmos por meio de nossa sensibilidade corporal.... Se o analista puder acompanhar, com sua sensibilidade, o que está sendo posto pelo analisando, há um determinado momento nesse fenômeno em que algo se explicita: questões e angústias que não foram ditas, mas que ganham visibilidade pelo modo como foi composta, plasticamente, a situação clínica. (p. 47 - 48)

A paralisia, a falta de ação possível sentida por mim pôde revelar questões existenciais de Maria Flora. As palavras não saíam, mas seu corpo falava e o meu, paralisado, ouvia.

4. O diálogo como posição de abertura para o outro

Conforme vamos discutindo o aspecto comunicativo que se enfatiza na deficiência, podemos perceber que o diálogo acontece de muitas maneiras. Estar em diálogo é estar aberto ao outro.

Estamos abertos ao outro através de nossa sensibilidade. O outro nos atravessa e nos surpreende.

Safra (2006a) coloca:

Não é possível capturar o que se é, o si mesmo. Pode-se construir uma identidade social, pode-se construir uma narrativa sobre o si mesmo. Mas o que se é sempre aparece como um mais além. Do mesmo modo o Outro aparece também como um mais além. O homem é sempre um ente ontologicamente aberto a um Outro. Há diversos autores que discutem esta questão, mostrando como em determinadas situações de vida a pessoa procura obturar a sua abertura ontológica, seja através do poder, de situações imaginárias ou de excitações. Mas o inevitável é que o ser humano é transcendência, ele é aberto tanto a um Outro para além de si, como para um Outro em si. Estamos sempre sendo visitados por algo estranho a nós mesmos que nos chega de nossa interioridade e dos que estão frente a nós mesmos. (p. 25)

Safra (2004, 2006a) utiliza a palavra Outro com maiúscula para se referir a tudo de fundamental que nos acompanha e nos transcende, isto é, o contemporâneo, os ascendentes, os descendentes, a coisa, a natureza e o mistério, aspectos que nos constituem e nos envolvem o tempo inteiro em comunidade humana, sem possibilidade de serem capturados em suas totalidades. O autor utiliza o outro com minúscula para fazer referência ao outro visto apenas em sua imanência.

É condição ontológica, ou seja, fundamental para o ser humano a abertura para o Outro. Sem tal abertura, aspectos humanos deixam de ter sustentação para serem vivenciados e integrados a nossa experiência.

Nós somos seres em transcendência, abertos para o mais além de nós mesmos e do outro. Somos seres de diálogo em condição de paradoxo:

Essa concepção tem implicações clínicas importantes, pois ao estarmos frente a alguém, estamos frente à singularização dos ancestrais e àquelas questões do destino humano, que naquele grupo humano, do ponto de vista transgeracional, se

põem em devir em direção ao que ainda não-é. Cada ser humano carrega potencialidades de ser. *Ele é aparição dos ancestrais e é clareira do futuro. Ele é único e múltiplo. Ele ao dizer desvela, velando. Vive no horizonte de mundos.* O que nos demanda uma posição ética e epistemológica assentada no *paradoxo*. Somente o paradoxo contempla a condição humana como ser no mundo e sempre para além dele. Ao ouvirmos alguém formular as questões de seu destino, estamos ouvindo o sofrimento de um e de todos. Encontra-se eco dessa perspectiva na Torah que afirma: *quem salva uma vida salva toda a humanidade...* Essa concepção compreende que o acontecimento humano é acontecimento que ocorre em meio à comunidade humana, como fenômeno transgeracional enraizado nos solos do mundo cultural humano e do mundo natural. (Safra, 2004 p. 44)

Esta condição de paradoxo de ser único e múltiplo ao mesmo tempo, nos remete a compreensão do quanto somos constituídos em meio à comunidade humana. Cada um de nós, no momento que podemos ter gestos criativos, é a singularização de toda uma comunidade.

Por isso toda a questão da inclusão, no sentido de poder pertencer, faz-se tão importante. Precisamos do acolhimento e reconhecimento do Outro para termos um lugar humano no qual possamos realizar gestos que criam um destino, que de alguma forma possam afetar (contribuir com) uma comunidade.

Estar em diálogo é estar aberto para reconhecer e sustentar o que o outro possa apresentar como um gesto que o singulariza e que também mostra uma questão existencial comunitária.

Nesta posição de abertura (diálogo) em que pude me manter, fui surpreendida inúmeras vezes pelos gestos de Maria Flora. Numa recapitulação destes gestos, dou foco à surpresa com que eles me afetaram:

- Quando questionava o que seria do seu futuro, bem como o de seus colegas (pessoas que tinham uma grande dependência devido a suas seqüelas), no momento em que seus pais morressem. Este questionamento transbordava uma lucidez quase insuportável para quem o ouvia. Tenho a sensação de ter sido arrastada por esta pergunta difícilíssima de ser ouvida. Maré que, desde então, vem me conduzindo para oceanos inóspitos.
- No momento em que reconheci que as plantas eram algo de muita importância para Maria Flora, esta encontrou interlocução e apareceu, para

minha surpresa, vestida de macacão e luvas, após um longo período de apatia, pronta para me ensinar a plantar.

- Também me surpreendeu sua habilidade em encontrar rapidamente um meio de comercializar os vasinhos que plantávamos, quando comparado ao meu fracasso para encontrar um local para vendê-los. Nos bazares dos quais participava, ela conseguia vender muito mais do que imaginei ser capaz.
- Quando questioneei a necessidade de minha presença na continuidade das vendas dos vasinhos, que estavam indo muito bem com a ajuda de uma funcionária de sua casa, uma angústia inesperada e muito intensa veio à tona. Só assim pude perceber que o caminho a percorrer era mais longo do que estava imaginando. Tínhamos que atravessar ainda o tenebroso campo da consolidação da experiência de estabilidade no convívio com um leque maior de pessoas.
- A decisão de Maria Flora em sair de casa para morar em uma comunidade que lhe desse a experiência de maior estabilidade, foi vivida por mim como um grande catalizador de reflexões, no início muito confusas, sobre a Inclusão. Pude repensar uma série de conceitos, bem como criar um posicionamento pessoal sobre esta questão.

A surpresa, que pôde surgir a partir do meu posicionamento aberto ao diálogo, foi um elemento que me conduziu como uma bússola para acompanhar e dar suporte aos caminhos traçados por Maria Flora. Poder sustentar a surpresa era reconhecer uma questão humana despontada (a do pertencimento), e de possibilitar que Maria Flora pudesse se apropriar de tal questão de forma pessoal, dando uma solução própria para esta, de modo a singularizar sua existência, ocupando um lugar de maior reconhecimento e participação dentre os homens.

Conclusão

A deficiência e a inclusão são temas que congregam uma complexidade bastante grande e que estão exigindo posicionamentos mais aprofundados em nossa atualidade. Na intenção de ir ao encontro dessa demanda, foi utilizado como material reflexivo para esta pesquisa, parte de minha própria trajetória clínica. Escrever criticamente sobre tal experiência pessoal pôde favorecer a apresentação de um posicionamento, a partir do qual a deficiência e a inclusão são compreendidas como fenômenos que têm reverberações em registros fundantes da existência humana.

A deficiência é um fenômeno que tem uma história marcada pela segregação, por apresentar à humanidade a vulnerabilidade a qual esta está submetida. A vida acontece entre o ser e o não ser, é frágil. Portanto, a vulnerabilidade humana é condição fundante de qualquer ser humano, um aspecto existencial que deve ser integrado à experiência do si mesmo de toda pessoa, para que uma vida plena seja possível. Porém, testemunhamos a dificuldade histórica da vulnerabilidade humana ser acolhida – vide as condições de exclusão e segregação que as pessoas com deficiências vêm experimentando no decorrer dos tempos.

A dificuldade em se lidar com a vulnerabilidade da vida, apresentada pela deficiência de forma contundente, fez criar as situações segregativas que muitas vezes excluíram as pessoas com deficiências de um mundo humano.

Desta forma, estar incluído eticamente no mundo é ter acolhimento (reconhecimento) de aspectos existenciais fundantes, como a vulnerabilidade, e participação pessoal sustentada por uma comunidade humana.

O movimento da inclusão vem batalhando em prol deste reconhecimento das pessoas com deficiências, mas torna-se necessário discriminar que a exclusão e o desenraizamento, vividos pelas mesmas, não são apenas fenômenos sociais, mas acontecimentos que afetam o registro ontológico, como aponta Safra (2004), pois impedem o habitar eticamente o mundo. Assim, reduzir a inclusão a “encaixes” em ambientes sociais não segregados, muitas vezes não dá conta de contemplar as necessidades éticas aviltadas das pessoas com deficiências.

É neste sentido que, na pesquisa realizada, o conceito de *placement*, proposto por Winnicott, foi utilizado para compreender a inclusão de forma mais profunda. *Placement* é uma modalidade clínica utilizada por Winnicott, na qual adaptava um lugar formado por presenças humanas, de forma que este pudesse ser um lugar de cuidado. Ou seja, que a pessoa em questão pudesse encontrar “material” propício neste lugar para viver experiências necessárias ao seu desenvolvimento e ao conseqüente acesso ao mundo compartilhado. No *placement* a interpretação deixa de ser tão valorizada, enquanto a ação e a experiência são enfatizadas.

Em contraponto ao mero encaixe social, o *placement* de fato pode contemplar as necessidades éticas de uma pessoa com deficiência, no momento em que se utiliza do cotidiano da pessoa acompanhada, bem como do próprio repertório psíquico - cultural do analista / a.t. e das pessoas que compõem o lugar, para se realizar os manejos necessários.

É importante ressaltar que o *placement*, como lugar de cuidado, não se aplica apenas às minorias excluídas, como as pessoas com deficiências e sim a toda e qualquer pessoa que esteja num processo de acesso à condição humana. Nascer não garante o acesso ao mundo humano. Tal acesso se dá no momento em que se está sob cuidado. Desta forma, o cuidado também é uma condição fundante e ética.

O acesso ao mundo dos homens se dá, no *placement*, a partir de manejos nos ambientes formados por presenças humanas que podem proporcionar a experiência do reconhecimento por um Outro de questões fundamentais que necessitam de humanização. O reconhecimento por um Outro, oferta lugar na comunidade humana (Safra, 2004).

Um exemplo de como o reconhecimento do Outro humaniza e integra ao *self* aspectos existenciais que estavam dissociados, é dado pelo próprio Winnicott (1971/1984), quando este descreve uma consulta que fez a um garoto finlandês que possuía uma deficiência de má formação congênita nas mãos e nos pés. No encontro que eles tiveram, jogaram o Jogo de Rabiscos, que Winnicott utilizava nestes tipos de consulta, e ambos foram surpreendidos com a associação que o garoto fazia de si mesmo com os desenhos de patas de pato, que “escapuliam” sem querer. Na comunicação que ocorreu entre eles, o garoto pôde expressar seu incômodo pela limitação que seus “dedos de pato” lhe apresentavam. Winnicott

percebeu que o sofrimento do garoto se dava por questionar a aceitação (amor) que sua mãe teria por ele, já que ela se empenhava tanto para que o filho fizesse cirurgias de correção dos dedos. A ânsia da mãe pelo “conserto” de sua desfiguração jogava o garoto em uma dimensão não humana. Sentia que só seria aceito em igualdade após o “conserto”. A cirurgia representava, naquele momento, anular quem ele era verdadeiramente. Quando Winnicott pôde reconhecer seu sofrimento, a grande questão existencial do menino pôde ser humanizada e significada dentro do mundo dos homens.

Safra (2006a) também coloca:

Compreender não é uma faculdade que possa ser adquirida pelo ser humano ao longo da existência, seja por desenvolvimento mental ou aprendizagem. A compreensão é essencialmente originária no ser humano. Trata-se de uma possibilidade dada ao homem, que lá está desde sempre, ou seja, desde o momento que ele acontece no mundo.... Assim, mesmo que se pense em crianças com deficiência intelectual, a abertura para o ser e a compreensão estão igualmente presentes. Nessas crianças encontramos o sofrimento pela condição decorrente da limitação que a deficiência trás, enquanto, ao mesmo tempo, há a necessidade de dar sentido à experiência de serem atingidas deste modo de situação. Por esta razão, também com essas crianças, é fundamental que se possa estar e conversar com elas, para que a situação que as atravessa alcance um sentido humano. (p. 22 - 23)

O reconhecimento de um Outro humano humaniza questões existenciais e contempla a necessidade de compreensão que as pessoas com deficiências precisam ter de sua situação, pois isso oferta um lugar na comunidade humana.

Este lugar na comunidade humana começa a ser consolidado quando a pessoa com deficiência pode ter seus gestos criativos sustentados pelos demais de sua comunidade e vislumbrar um projeto de vida participativo. Assim, também faz parte do *placement* a sustentação de ações criativas que apontem para uma contribuição pessoal no mundo compartilhado.

A possibilidade de se ter um gesto pessoal que afete o mundo compartilhado de forma a se desenhar um projeto de vida é uma conquista paulatina, que demanda uma série de experiências dadas pelo cuidado de um bom manejo.

Por isso, entendemos a inclusão como conseqüência de um bom *placement*, já que este pode restituir as condições fundamentais de alguém estar enraizado numa comunidade humana que sustente suas ações criativas e singularizantes.

Reconhecemos, nesta pesquisa, que o acompanhamento terapêutico possui como característica, condições privilegiadas para o manejo exigido por um *placement*. Isto porque o a.t. se insere na ambientação e utiliza a si mesmo como recurso a ser adaptado às experiências que devem ser vivenciadas pelo seu acompanhado. Como um “filtro” altamente sintonizado às necessidades de seu acompanhado, vai provendo adaptações sutis para que este último possa ter o reconhecimento e os gestos criativos pessoais que o coloquem em acesso ao mundo compartilhado dos homens.

Para tanto, apontamos a necessidade do a.t. posicionar-se em abertura para seu acompanhado de modo a ser afetado em sua sensibilidade pelas questões existenciais, bem como identificar o idioma pessoal de deste último. Pois só assim, o a.t. poderá trabalhar para que seus manejos estejam coerentes com a “linguagem” de seu acompanhado.

Enfim, entendemos que o *placement* como referência, contribui para um trabalho mais significativo do acompanhamento terapêutico nas demandas atuais da inclusão que vêm acontecendo nas escolas, no mercado de trabalho, no lazer, dentre outros âmbitos da sociedade.

Referências Bibliográficas:

Aiello-Vaisberg, T., & Granato, T.M. (2002). A preocupação materna primária especial. *Psicologia da Clínica*, 14(2), 87 – 91.

Alaminos, C., & Riolfi, C.R. (2006, janeiro / junho). Retrato de deficiente na escrita do jovem: o imaginário que desfoca sua face. *Imaginário*, 12(12), 97 – 116.

Araújo, J.N.G., & Batista, C.A.M.(2003, junho). Segregação e inclusão das pessoas portadoras de deficiência. *Pulsional Revista de Psicanálise*, 16(170), 58 – 65.

Amaral, L. A. (1987). *Resgatando o passado: deficiência como figura e vida como fundo*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.

_____ (1994). *Pensar a diferença / deficiência*. Brasília: CORDE

_____ (1995). *Conhecendo a Deficiência (em companhia de Hércules)*. São Paulo: Robe

Amiralian, M.L.T.M. (2003a). Conhecendo a deficiência pela óptica das propostas winnicottianas. *Estilos da Clínica*, 2(2), 96 - 102. (Trabalho original publicado em 1997).

_____ (2003b). Deficiências: Um novo olhar. Contribuições a partir da Psicanálise. *Estilos da Clínica*, 3(15), 94 – 111.

- Aranha, M.S.F. (2003). A deficiência através da História. *Trabalho e Emprego: Instrumento de construção da identidade Pessoal e Social* (Série Coleção Estudos e Pesquisas na Área da Deficiência, Vol. 9). São Paulo: SORRI-BRASIL.
- Barreto, K. D. (1998). *Ética e técnica no acompanhamento terapêutico*. São Paulo: Unimarco.
- Bastos, M.B. (2003). *Inclusão escolar: um trabalho com professores a partir de operadores da psicanálise*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Batista, M.W., & Enumo, S.R.F. (2004, janeiro / abril). Inclusão escolar e deficiência mental: análise da interação social entre companheiros. *Estudos de Psicologia*, 9(1), 101 – 111.
- Bion, W.R. (1991). *O aprender com a experiência* (P.D.Corrêa, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1962).
- Bottino, G.L. (2003). *O acompanhamento terapêutico como mediador do processo de inclusão escolar da criança com deficiência mental no ensino regular*. Dissertação de Mestrado, Universidade São Marcos, São Paulo.
- Brauer, J.F. (1998, julho / dezembro). O sujeito e a deficiência. *Estilos da Clínica*, 5(3), 56 – 62.
- Coelho Jr., N., & Figueiredo, L.C. (2004). Figuras da intersubjetividade na constituição subjetiva: dimensões da alteridade. *Interações*, 10(17), 9 – 28.

- Dias, E.O. (1998). *A teoria das psicoses em D.W. Winnicott.* Tese de Doutorado, Departamento de Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.
- Falsetti, L.A.V. (1990). *A criança, sua doença e a mãe: um estudo sobre a função na constituição de sujeitos precocemente atingidos por doença ou deficiência.* Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Farah, I. M. (1997) A clínica do acompanhamento terapêutico: atendimento a pessoas com síndrome de down. In Org. Equipe de acompanhantes terapêuticos do Instituto A Casa, *Crise e cidade: acompanhamento terapêutico* (pp.269 – 308). São Paulo: EDUC.
- França, S.A.M., & Salotti, M.R.R. (1997). Acompanhamento terapêutico: prática dinâmica de ocupação do espaço urbano. *Vertentes*, 3, 111 – 118.
- Fujihira, C.Y. (2006, setembro). Acompanhando a inclusão: um percurso ético. *Psychê*, 10(18), 101 – 108.
- Hirakava, M.A.H. (1999). *Contribuições da psicanálise para a reflexão sobre a função materna em mães de crianças com deficiência.* Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Kafouni, R., & Pan, M.A.S. (2001, janeiro / dezembro). A inclusão de alunos com necessidades educativas especiais e os impasses frente à capacitação dos profissionais da educação básica: um estudo de caso. *Interação*, 5, 31 – 45.
- Jordão, M.C.M. (2001). *A criança, a deficiência e a escola: uma intervenção orientada pela psicanálise.* Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Khan, M.R. (1991). *Quando a Primavera Chegar: Despertares em Psicanálise* (C.S. Bacchi, Trad.). São Paulo: Escuta. (Trabalho original publicado em 1988).

Klein, M. (1991a). Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. *Inveja e Gratidão e outros trabalhos* (E.M. Rocha, L.P. Chaves org. e trad., 4ª. ed. Inglesa). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1946).

_____ (1991b). Sobre a Identificação. *Inveja e Gratidão e outros trabalhos* (E.M. Rocha, L.P. Chaves org. e trad., 4ª. ed. Inglesa). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1955).

Kupfer, M.C.M. (1997). Educação terapêutica: o que a psicanálise pode pedir à Educação. *Estilos da Clínica*, 2(2), 53 – 61.

_____ (2000). *Educação para o Futuro*. São Paulo: Escuta.

Meira, A.M.G. (2001). Contribuições da psicanálise para a educação inclusiva. *Centro Lydia Coriat Escritos da Criança*, 6, 41 – 51.

Ogden, T. (1996a). Identificação Projetiva e o Terceiro Subjulgador. *Os sujeitos da psicanálise* (C. Berliner, Trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo.

_____ (1996b) O Terceiro Analítico: Trabalhando com Fatos Clínicos Intersubjetivos. *Os sujeitos da psicanálise* (C. Berliner, Trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Paez, S.M.C. (2001). A integração em processo: da exclusão à inclusão. *Centro Lydia Coriat Escritos da criança*, 6, 19 – 39.

Pastore, J. (2000). O Direito ao Trabalho. *Oportunidade de Trabalho para Portadores de Deficiências*. São Paulo: LTr.

Pessotti, I. (1984). *Deficiência Mental: da Superstição à Ciência*. São Paulo: T.A. Queiroz.

Pires, L.P.C. (2003). *Inacessibilidade e Ecolalia: Reflexões a partir da clínica com crianças autistas*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Quintão, D.T.R. (2005, janeiro / abril). Algumas reflexões sobre a pessoa portadora de deficiência e sua relação com o social. *Psicologia Social*, 17(1), 75 – 80.

Rocha, E.F. (1990). *Corpo deficiente: em busca de reabilitação? Uma reflexão a partir da ótica das pessoas portadoras de deficiências físicas*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Safra, G. (1995). *Momentos Mutativos em Psicanálise: uma visão winnicottiana*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

_____ (1999). *A face estética do self: teoria e clínica*. São Paulo: Unimarco.

- _____ (2001). Transcrição de aula. Curso *A Clínica do Self: influências teológicas da teoria psicanalítica*, pós-graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.
- _____ (2002). Considerações sobre o Placement (MP3 – Gravação Histórica. Série: Clínica Winnicottiana por Gilberto Safra). *Palestra ministrada no VII Colóquio Winnicott*, Copyright 2005 Gilberto Safra.
- _____ (2004). *A Pós-Ética na Clínica Contemporânea* (Coleção Psicanálise século I). Aparecida, SP: Idéias & Letras.
- _____ (2006a). *Hermenêutica na Situação Clínica: O Desvelar da Singularidade pelo Idioma Pessoal*. São Paulo: Sobornost.
- _____ (2006b) Anotações de aula. Curso *A Pesquisa em Ciências Humanas: Epistemologia e Metodologia*, pós-graduação do departamento de Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- _____ (2006c, setembro). Placement: modelo clínico para o acompanhamento terapêutico. *Psychê*, 10(18), 13 – 20.
- _____ (2006d). *Situação clínica e mal estar contemporâneo: da técnica a ética - Módulo Placement: a importância do lugar* [DVD]. São Paulo: Sobornost. (Curso ministrado em São Paulo em 21/10/2006 no Programa de Formação Continuada com o Prof. Dr. Gilberto Safra – série PROFOCO).

Sasaki, R. K. (1997). *Inclusão: Construindo uma Sociedade para Todos*. Rio de Janeiro: WVA.

Sereno, D. (1996). *Acompanhamento terapêutico de pacientes psicóticos: Uma clínica na Cidade*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

_____ (2006, setembro). Acompanhante terapêutico e educação inclusiva. *Psychê*, 10(18), 167 – 179.

Winnicott, D.W. (1975a). Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais. *Brincar e a Realidade* (J.O.A. Abreu e V. Nobre, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1953).

_____ (1975b). O Papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. *Brincar e a Realidade* (J.O.A. Abreu e V. Nobre, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1967).

_____ (1975c). A Localização da Experiência Cultural. *Brincar e a Realidade* (J.O.A. Abreu e V. Nobre, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1967).

_____ (1975d). O Lugar em que vivemos. *Brincar e a Realidade* (J.O.A. Abreu e V. Nobre, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1967).

_____ (1975e). O Uso de um objeto. *Brincar e a Realidade* (J.O.A. Abreu e V. Nobre, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1969).

_____ (1975f). O Brincar: Uma Exposição Teórica. *Brincar e a Realidade* (J.O.A. Abreu e V. Nobre, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971).

- _____ (1975g). O Brincar: A Atividade Criativa e a Busca do Eu. *Brincar e a Realidade* (J.O.A. Abreu e V. Nobre, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971).
- _____ (1978a). Desenvolvimento emocional primitivo. *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. (J. Russo, Trad.). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1945).
- _____ (1978b). A Mente e sua relação com o psique-soma. *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. (J. Russo, Trad.). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1949).
- _____ (1978c). A Agressão e sua relação com o desenvolvimento. *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. (J. Russo, Trad.). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1950).
- _____ (1978d). Aspectos Clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do setting analítico. *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. (J. Russo, Trad.). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1954).
- _____ (1978e). Retraimento e regressão. *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. (J. Russo, Trad.). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1954).
- _____ (1978f). Preocupação Materna Primária. *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. (J. Russo, Trad.). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1956).

- _____ (1983a). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. *O ambiente e os Processos de Maturação* (I.C.S. Ortiz, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1963).
- _____ (1983b). Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. *O ambiente e os Processos de Maturação* (I.C.S. Ortiz, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1963).
- _____ (1984). *Consultas Terapêuticas em Psiquiatria Infantil*. (Parte 1, Cap.1, J.M.X. Cunha, Trad., série analytics, pp.20 - 36). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971).
- _____ (1990). *Natureza Humana*. (D.L. Bogomoletz, Trad.). Rio de Janeiro: Imago.
- _____ (1999a). Evacuação de crianças pequenas. *Privação e Delinquência* (3a ed., A. Cabral, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1939).
- _____ (1999b). Crianças na Guerra. *Privação e Delinquência* (3a ed., A. Cabral, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1940).
- _____ (1999c). Resenhas sobre The Cambige Evacuation: a Wartime Study in Social Welfare and Education. *Privação e Delinquência* (3a ed., A. Cabral, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1941).
- _____ (1999d). Tratamento em regime residencial para crianças difíceis. *Privação e Delinquência* (3a ed., A. Cabral, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1947).

_____ (1999e). Alojamento para crianças em tempo de guerra e em tempo de paz. . *Privação e Delinquência* (3a ed., A. Cabral, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1948).

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)