UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA

**A PERMANENTE VITIMIZAÇÃO DE MULHERES: COMPREENSÃO
PSICODINÂMICA A PARTIR DE UM ESTUDO DE CASO**

RAQUEL BRANDÃO MARTINS DE ARAUJO YOUNES

São Paulo

- 2014 -

RAQUEL BRANDÃO MARTINS DE ARAUJO YOUNES

**A PERMANENTE VITIMIZAÇÃO DE MULHERES: COMPREENSÃO
PSICODINÂMICA A PARTIR DE UM ESTUDO DE CASO**

(VERSÃO ORIGINAL)

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientação: Professora Associada Leila Tardivo

Área de concentração: Psicologia Clínica.

São Paulo

2014

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

Catálogo na publicação

Biblioteca Dante Moreira Leite

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Younes, Raquel Brandão Martins de Araujo.

A permanente vitimização de mulheres: compreensão psicodinâmica a partir de um estudo de caso / Raquel Brandão Martins de Araujo Younes; orientadora Leila Salomão de La Plata Cury tardivo. -- São Paulo, 2014.

122 f.

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

1. Violência contra a mulher 2. Psicanálise 3. Estudos de casos 4. Winnicott, Donald Woods, 1896-1971 I. Título.

HV6250.W65

**A PERMANENTE VITIMIZAÇÃO DE MULHERES: COMPREENSÃO
PSICODINÂMICA A PARTIR DE UM ESTUDO DE CASO**

Candidata: Raquel Brandão Martins de Araujo Younes

Orientadora: Profª. Associada Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

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

Área de concentração: Psicologia Clínica.

COMISSÃO JULGADORA:

Dissertação Defendida e aprovada em: ____/____/____

DEDICATÓRIA

*A Neuza, Ana, Adriana, Maria,
Joana...*

AGRADECIMENTOS

Felizmente, tenho muitos a quem agradecer, pois fizeram parte desta jornada.
Agradeço:

À Professora Associada Leila Tardivo, que com paciência e dedicação, me ensinou a fazer pesquisa.

Ao meu marido, Youssef, pelo amor, companheirismo e compreensão, que me alimentam a alma.

À minha filha, Laila, que ainda no meu ventre, me proporciona tanta alegria.

Aos meus pais, Gleda e Sinval, por sempre terem me incentivado a estudar e pelo suporte que me proporcionaram e proporcionam a vida inteira.

Aos meus irmãos, Caio e Tulio, por sempre estarem ao meu lado.

Às minhas tias, Solange e Sueli, por serem exemplos de dedicação, disciplina e persistência.

Ao meu avô, Bartolomeu, por ter ensinado minha mãe, que por sua vez, me ensinou a "ter amor aos livros e cadernos".

À Rahel Boraks, por ter me acompanhado ao longo desse processo.

À Maria Cecília Pereira da Silva, pelas conversas, livros emprestados e preciosas contribuições.

À minha querida amiga, Thais Andrade, pela amizade, pelas dicas de quem já passou pelo mestrado, pela ajuda e disponibilidade.

Às amigas Carmem Zapata, Giovanna Felix Maravieski, Isabel Rondon Deotti e Priscila Soares por sempre estarem aí para me lembrar que, apesar do trabalho árduo, a vida também é doce e prazerosa.

Ao meu cunhado, Jaber Younes, pelos livros emprestados e várias dicas para eu desenvolver esta pesquisa com tranquilidade.

Aos amigos Roberta Manna e Marcelo Cruz, pelas várias contribuições ao meu trabalho.

A Yusako e Sônia Soussumi por me proporcionarem a maravilhosa experiência de trabalhar no Instituto Rukha, onde tanto aprendi e de onde surgiu o problema desta pesquisa.

À Maria Aparecida Nicoletti, por ter supervisionado vários dos casos atendidos por mim no Instituto Rukha, aguçando meu interesse por compreendê-los mais a fundo.

Ao amigo Hemir Barição pelas conversas e trocas nos momentos de maior angústia em relação ao mestrado.

Aos amigos Julia Catani e Thiago Juhas pela enorme disponibilidade e inúmeras contribuições para com meu trabalho.

Aos colegas Rodrigo Salles, Luíz Tadeu Gabriel Filho, Loraine Seixas, Livia Rego, Gislaine Passarini e Christiani Tironi, que dividiram comigo o caminho e as angústias do mestrado.

Às Professoras Doutoras Paula Miura e Maria Livia Tourinho pelas preciosas orientações na banca de qualificação.

À Professora Doutora Dora Salcedo-Barrientos por me mostrar um outro olhar para o meu objeto de pesquisa.

Ao Professor Doutor Thamy Ayouch pelos artigos comigo compartilhados e contribuições.

Às pacientes que atendi no Instituto Rukha, que despertaram meu interesse pelo tema violência contra mulheres.

À Adriana (nome fictício) por ter aceitado participar desta pesquisa e me ensinado tanto com sua participação.

Aos funcionários do Departamento de Psicologia Clínica da USP pelo suporte e disponibilidade constantes.

A Nair Arruda por gentilmente ter revisado a tradução para inglês do resumo deste trabalho.

À Capes/CNPQ por ter me concedido bolsa de estudo para realizar este trabalho.

Vertigem

O ausente
Assumido
O filho
Esquecido
A menina
Ofendida
A mulher
Agredida
O idoso
Excluído
O Professor
Inseguro
O aluno
Vulnerável
A mãe
Chorosa
O pai
Em dúvida
O preguiçoso
Jocoso
O queixoso
Ardoroso
O visionário
Arruinado
O honesto
Trocado
A criança
Doente
A esperança
Do pobre
A certeza
Do rico
A violência
Que alastra
A impunidade
Que grassa
A educação
Reclamada
E a escola
Que incina
A saúde
Infartada

*O mercado
Regula
O torniquete
Gangrena
Deveras
É pavor
A cota
Pela cor
A letra da classe
A classe sem letra
A estatística
Que afere
A estatística
Que fere
Negociatas
Que imperam
E Justiça
Que espera...*

*Desafios que se sucedem;
Soluções que se encruam.*

Sinval Martins de Araujo

SUMÁRIO

Resumo	xii
Abstract	xiii
Apresentação	xiv
CAPÍTULO I	
Introdução	20
1.1 Violência	20
a) Definição	20
b) Violência contra mulheres	23
1.2 Alguns estudos sobre a permanente vitimização de mulheres - referencial psicanalítico	29
1.3 O pensamento de Winnicott	38
a) O desenvolvimento emocional primitivo e a teoria do amadurecimento	38
b) A agressividade para Winnicott	50
• A integração da agressividade ao longo do amadurecimento	50
• As origens da agressividade	51
– A motilidade	53
– Os instintos	57
– As constantes interrupções da continuidade de ser	60
• A destrutividade (no anger) criadora da externalidade e do uso do objeto	61
• EU SOU: as palavras mais agressivas do mundo	63
• A capacidade de se preocupar: o estágio do concernimento	66
CAPÍTULO II	
Justificativa e objetivos	69
CAPÍTULO III	
Método	72
3.1 Paciente	77
3.2 Aspectos éticos	78

CAPÍTULO IV

Relato do caso e compreensão clínica	79
--------------------------------------	----

4.1 Relato do caso clínico	79
----------------------------	----

4.2 Compreensão clínica à luz da teoria de Winnicott	96
--	----

CAPÍTULO V

Discussão	91
-----------	----

CAPÍTULO VI

Considerações finais	107
----------------------	-----

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	110
----------------------------	-----

YOUNES, R. B. M. A. *A permanente vitimização de mulheres: compreensão psicodinâmica a partir de um estudo de caso*. São Paulo, 2014. 120f. Dissertação de Mestrado - Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo.

RESUMO

A violência contra as mulheres constitui um fenômeno social com dimensões múltiplas, que, apesar de ter ganhado visibilidade social há pouco, ocorre há muito tempo em todas as culturas, afetando a todas as idades e classes sociais, tendo tornado-se um problema também de saúde pública. A dominação de gênero impede que homens e mulheres pensem fora do esquema de dominação masculina, interpretando essa relação como natural. Existe um despreparo do profissional da saúde em lidar com as vítimas que recorrem ao seu serviço, que se deve possivelmente ao desconhecimento acerca de como proceder frente a esses casos e também se sabe que muitas vezes as intervenções são fracassadas por resistência das próprias mulheres. Neste trabalho, objetivou-se compreender a dificuldade das mulheres em situação de violência abandonarem as relações violentas em que se encontram por meio de um estudo de caso atendido com base no método psicanalítico. Como recurso teórico, lançamos mão da teoria da agressividade de Winnicott, que defende que os problemas de violência enfrentados pela sociedade devem-se à não integração da agressividade inata dos indivíduos. A partir da discussão clínico-teórica, objetivamos ainda, pensar nos impasses e dificuldades na atuação com mulheres que sofrem violência, como forma de contribuir com o preparo de profissionais da saúde que lidam com essas mulheres. Concluimos que a teoria de Winnicott sobre a agressividade contribui de forma substancial para a compreensão da permanente vitimização de mulheres ao revelar o lugar central que a agressividade ocupa na constituição dos seres humanos. Se esse elemento central não puder ser integrado como parte do indivíduo, ele trará graves problemas, sendo um deles, o assujeitamento constante à violência. Concluimos, ainda, que o profissional da saúde deve compreender essas mulheres como seres humanos com necessidades subjetivas e aguardar a oportunidade de elas alcançarem uma atitude construtiva para lhes mostrar a destrutividade e a agressividade humanas presentes nelas, oferecendo-lhes um novo modelo de vínculo. Essa é a única possibilidade que o ser humano tem de tolerar seus próprios aspectos destrutivos para Winnicott.

Palavras chave: violência contra a mulher; psicanálise; estudos de casos; Winnicott.

YOUNES, R. B. M. A. *The permanent victimization of women: psychodynamic understanding based on a case study*. São Paulo, 2014. 120f. Master's Dissertation – Institute of Psychology. University of São Paulo, Brazil.

ABSTRACT

Violence against women is a social phenomenon with multiple dimensions. Although it has gained social visibility in a short time, it has happened for a long time in all cultures, affecting all ages and social classes and it has become a public health issue. Gender domination doesn't allow men and women to think out of the male domination scheme, interpreting this relationship as natural. Besides, health professionals lack the skill of dealing with the victims that search for this service, which is possibly related to the ignorance of how to go along with these cases. It is also known that in many cases interventions fail in due to the women's own resistance. The objective of this piece of work was, through a case study based on psychoanalytic method, to understand the difficulty of women living in violent situations so as to abandon the violent relationships, in which they are found. As theoretical resource, we used Winnicott's theory about aggressiveness, which defends that the problems concerning violence faced by society are the consequence of the non-integration of the individuals' innate aggressiveness. Based on the clinical and theoretical discussion, we still aim to think of the difficulties of the work with women who suffer violence, as a form of contribution to the preparation of health professionals who deal with these women. We concluded that Winnicott's theory about aggressiveness helps to understand the permanent victimization of these women as it reveals central spot that aggressiveness occupies on human being constitution. If this central element cannot be integrated as part of the individual, it will bring serious problems, as the frequent subjection to violence. We still concluded that the health professional should comprehend these women as human beings with subjective needs and should wait for the opportunity for them to achieve a constructive attitude to show them the human destructiveness and aggressiveness present in themselves, offering them a new model of relationship. This is only possibility for the human being to tolerate its own destructive aspects, according to Winnicott.

Key words: violence against women; psychoanalysis; case studies; Winnicott.

APRESENTAÇÃO

Durante a graduação em Psicologia, comecei a realizar um estágio voluntário em uma Organização Não Governamental (ONG) com meninas de 12 a 16 anos. Desenvolvia com elas um grupo semanal, em que conversávamos sobre o período de vida que elas estavam passando, fazíamos algumas atividades, assistíamos a filmes e eu lhes dava algumas orientações sobre prevenção de gravidez e doenças sexualmente transmissíveis (DST). Quando concluí a graduação, fui chamada para trabalhar como psicoterapeuta nessa ONG, atendendo aqueles usuários indicados a psicoterapia uma vez por semana em sessões de 45 minutos.

A minha curiosidade e interesse pelo tema da violência contra a mulher surgiram durante os anos em que trabalhei nessa ONG, uma instituição que objetivava, por meio de seu trabalho, ajudar as pessoas a transcenderem a condição de viverem orientadas tão somente pela luta à sobrevivência, alcançando valores humanos, de reconhecimento do outro e das diferenças intrínsecas à relação eu-outro. Por meio da busca do desenvolvimento humano, o instituto tinha como meta, um tanto ambiciosa aos olhos dele próprio, diminuir a violência no mundo, começando pela comunidade em que estava inserido.

O projeto da ONG, em que trabalhei como psicóloga clínica durante quatro anos, entendia o trabalho infantil como uma forma de violência contra as crianças e tinha como escopo erradicar e prevenir essa situação, por meio do desenvolvimento das famílias das crianças que trabalham, por conceberem o trabalho infantil como fruto de uma desestruturação familiar. Por meio da abordagem das crianças nas ruas de São Paulo, a ONG chegou às suas famílias e propôs o seguinte: se quisessem participar de um programa de desenvolvimento familiar, teriam de matricular as crianças na escola e em um núcleo sócio-educativo, tirando-as do trabalho infantil e como substituição do dinheiro que as crianças traziam para casa, receberiam uma bolsa auxílio. Semanalmente, os educadores visitavam essas famílias verificando as necessidades, as conquistas e os aspectos que ainda precisavam ser desenvolvidos. Eram esses educadores que verificavam a necessidade de membros das famílias fazerem psicoterapia e os encaminhavam para o serviço de Psicologia; em apenas alguns poucos casos a demanda partia dos usuários.

Lá eu atendi muitas pessoas, em sua maioria mulheres, muitas vítimas de violência. Chamava-me a atenção como as agressões físicas, psicológicas e verbais, a humilhação e a desvalorização de seus parceiros para com elas parecia não as incomodar, não se caracterizando como queixa para elas; quem achava que elas precisavam fazer psicoterapia para conseguirem colocar um fim na violência eram os educadores e nós, psicólogos e não elas. Apesar disso, era evidente o sofrimento dessas mulheres, a baixa auto-estima, a constante tristeza no olhar... Por que será esse sofrimento tão evidente não as impulsionava a tomar uma atitude em busca de findá-lo?

Dois casos, dentre tantos, marcaram-me fortemente:

Neuza¹ tinha 26 anos, 5 filhos – dois de um pai, dois de outro e o quinto do seu atual parceiro da época – e morava em uma casa com dois cômodos. Estava morando com Wellington² havia 2 anos, de quem ela sofria muitas agressões verbais e psicológicas. Ele dizia que ela era feia, magra demais e “(...) *não dava nem gosto pegá-la*” (SIC), que só servia para “(...) *parir filho dos outros*” (SIC). Neuza relata que um dia, Wellington estava na casa de sua amante, uma vizinha, e pediu para Neuza levar comida para ele lá e ela foi. Quando ela deu as costas para voltar à sua casa, a amante saiu, xingou-a e deu um chute em sua barriga. Como fazia pouco tempo que ela havia feito uma cesárea, os pontos internos abriram e ela teve uma hemorragia. Wellington não se moveu, apenas assistiu sua mulher ser violentada por sua amante. As pessoas que estavam na rua é que se mobilizaram para levar Neuza ao hospital. Segundo ela, não gostava de ver o marido com a amante, mas foi lá “*Porque o Wellington pediu*” (SIC). Depois disso, Neuza e Wellington continuaram morando juntos normalmente e, ao conversar comigo a respeito da situação, ela não demonstrava mágoa nenhuma em relação a ele, mas reclamava muito e repetidamente da amante dele, atribuindo a ela toda a responsabilidade pela situação. Um tempo depois, ele foi preso por ter sido pego roubando e ela, que tinha uma renda mensal inferior a R\$500,00 por mês, gastava um quarto de sua renda para visitá-lo todas as semanas na cadeia e levar comida para ele enquanto seus filhos não tinham roupa de frio para vestir, sapato para calçar e viviam à base de bolacha e arroz porque ela não tinha dinheiro para comprar a “mistura”. Eu tentava mostrar a ela que, para visitá-lo,

¹ Nome fictício – caso apresentado a partir de assinatura de Termo de Consentimento Livre e

² Nome fictício.

ela precisava sacrificar os filhos e isso não gerava nenhuma reflexão ou ponderação, como também tentei mostrar a ela o risco ao qual seu parceiro a expôs ao chamá-la para ir à casa da amante, mas isso aparentemente não repercutia nem de forma mínima nela. A reação gerada na contratransferência era de indignação e de ânsia em despertá-la. Mas como entendia a reação contratransferencial, tentava usá-la para trabalhar, apontando a Neuza como era curioso ela ser agredida e o outro, no caso eu, sentir a indignação... Quando Neuza começou a se questionar sobre tudo isso, ela parou a psicoterapia. Por que Neuza não se apropriava de seus sentimentos e nem se responsabilizava por suas atitudes? E por que no momento em que houve a possibilidade de olhar para si mesma como alguém envolvida em sua própria existência ela resolve parar o trabalho?

Ao cursar a disciplina de pós-graduação sobre violência de gênero ministrada pela Professora Associada Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo e pela Professora Doutora Dora Barrientos no Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP)³, chamaram-me a atenção depoimentos de outros alunos que também trabalhavam com mulheres que sofrem violência, confessando que às vezes também sentiam a mesma indignação em relação a suas pacientes e apontavam ser muito comum ouvir de delegadas, enfermeiras e outros profissionais que trabalham com essas mulheres comentários hostis e preconceituosos em relação a elas. A partir dessa experiência, comecei a refletir porquê a hostilidade é despertada em pessoas que lidam com essas mulheres e se compreender essa dinâmica não seria importante para os profissionais da saúde lidarem com os sentimentos gerados pelo contato com elas de forma construtiva e não destrutiva. Ou seja, saindo da postura de culpabilizá-las por sofrer as agressões, desvalorizando seu sofrimento.

O segundo caso que me despertou muito interesse foi de Ana⁴, que tinha 39 anos e quatro filhos, todos do mesmo pai, Geraldo⁵. Funcionária pública, trabalhava como faxineira para a prefeitura e utilizava a bolsa auxílio cedida pela ONG para pagar sua faculdade. Estava casada há 20 anos com o mesmo homem, que a agredia constantemente. Ele trabalhava, mas usava o dinheiro do trabalho para sair e beber

³ PSC5946 – Violência no contexto da família e na comunidade: um olhar de gênero

⁴ Nome fictício – caso apresentado a partir de assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

⁵ Nome fictício.

com os amigos e, quando comprava qualquer coisa para casa, chamava Ana e seus filhos de folgados, acusando-os de imprestáveis por não darem conta de comprar nada. Quando era comida que ele comprava, brigava se Ana e os filhos comessem. Segundo Ana, ele lhe chamava de “(...) *gorda, velha e acabada*” (SIC), dizendo que homem nenhum jamais iria querê-la; apontava mulheres bonitas e lhe dizia que ela não chegava nem aos pés dessas mulheres, nem nunca chegaria; não queria ter relações sexuais com ela, pois dizia que ela não era capaz de provocar excitação em homem nenhum e quando a procurava para ter relação sexual, ele a estuprava. Certa vez, Geraldo saiu de casa para viver com a amante e a trouxe para morar na casa de sua mãe, geminada à casa em que morava com Ana e os filhos. Ana escutava o marido tendo relações sexuais com a amante. Por que uma mulher esforçada e batalhadora como Ana, que dava conta de sustentar seus quatro filhos sozinha (que estavam sempre bem vestidos e pareciam bastante saudáveis fisicamente) e que tinha uma formação escolar superior à grande maioria das pessoas com a mesma situação econômica que a dela precisava ficar com um homem que a humilhava e a maltratava o tempo todo? Ela foi uma das raras pessoas que pediu para fazer psicoterapia, mas curiosamente o motivo que a levou a solicitar o trabalho não era em relação às agressões do marido e sim em relação ao seu humor introspectivo, que, segundo ela, acabava por isolá-la das outras pessoas. Entretanto, em todas as sessões ela relatava as agressões e humilhações do marido para com ela e os filhos, responsabilizando-o por sua infelicidade.

Por que as agressões dos maridos não se constituíam como queixa para Ana e Neuza? O que as levava a manter essas relações que lhes provocavam tanto sofrimento? Essas eram e são indagações que sempre vinham em meu trabalho. A respeito da dependência financeira, não era a condição de Neuza e Ana (como é de outras mulheres), pois nenhum dos dois companheiros ajudava-lhes financeiramente em casa. Ao contrário, usufruíam do pouco que suas mulheres ganhavam. Além disso, a ONG oferecia possibilidades não apenas financeiras, mas também estruturais, ajudando na busca de emprego, disponibilizando uma renda extra para cursos e oferecendo psicoterapia. Também vale questionar se proporcionar as condições externas de ajuda a essas mulheres permite que as mesmas findem essas relações violentas. Pela experiência no trabalho lá desenvolvido, foi possível constatar que apontar as consequências externas da submissão à violência não surtia efeito. Portanto, pode-se pensar na hipótese de que a dependência desses parceiros é

emocional e não de outra ordem, sem deixar de lado o contexto e a história de dominação que perpassa a geração de mulheres.

Com essa hipótese em mente e, ao me deparar com a seguinte afirmação de Winnicott ([1950-55] 2000): “(...) *se a sociedade encontra-se em perigo, não é por causa da agressividade do homem, mas em consequência da repressão da agressividade pessoal nos indivíduos*” (p. 288), fui buscar na teoria da agressividade do autor elementos para compreender a dependência emocional mencionada.

Dessa forma, voltei meu estudo em busca da compreensão dos aspectos subjetivos e emocionais como um recorte, sem desconsiderar os demais elementos presentes no fenômeno da violência contra mulheres. Para realizar tal estudo, parto do referencial psicanalítico, devido ao meu grande interesse por essa teoria desde a graduação em Psicologia, que me despertou também entusiasmo pela clínica. Esse olhar para o ser humano, com o qual me identifiquei e do qual me aproximei, me acompanha desde então e foi se tornando mais claro no Curso de Especialização em Psicoterapia Psicanalítica do IPUSP, coordenado pela Professora Doutora Kayoko Yamamoto. Entrei nesse curso logo após a conclusão da graduação e lá conheci a Professora Associada Leila Tardivo, que supervisionou um dos casos de uma mulher vítima de violência atendida por mim na ONG, contribuindo substancialmente para a compreensão e trabalho com essas mulheres.

A partir de todo esse processo e de todos esses encontros, surgiu o tema da minha curiosidade e do meu interesse, que me trouxe ao Mestrado, visando buscar compreender dentro de todo esse complexo que envolve a violência sofrida por mulheres, em suas relações de gênero e com o outro em geral, os aspectos subjetivos e emocionais. Assim, este estudo procura adentrar o campo dessas relações, aprofundando o conhecimento das mesmas a partir da contribuição de Winnicott sobre a agressividade em relação ao amadurecimento e seu impacto nas relações objetais das vidas dessas mulheres. A teoria será discutida a partir da apresentação de um caso clínico, como forma de pensar sobre as dificuldades e impasses no trabalho com mulheres que sofrem violência. Assim, pretendemos, ainda, fazer uma contribuição para o manejo dos profissionais da saúde para com essas mulheres.

Esse percurso inicia, a seguir, no primeiro capítulo deste estudo, no qual contextualizamos e fundamentamos teoricamente o mesmo a partir de três tópicos principais. No primeiro definimos violência e contextualizamos a situação da violência contra mulheres, com enfoque no Brasil, onde os dados estatísticos desse

tipo de violência são exorbitantes. No segundo tópico, realizamos uma exposição presumida de alguns estudos a respeito da temática sob o vértice psicanalítico. Já no terceiro tópico, apresentamos conceitos e propostas do pensamento de Winnicott, partindo do desenvolvimento emocional até suas contribuições acerca da agressividade.

No segundo capítulo, são expostas as justificativas e os objetivos do presente estudo, colocadas a partir dos estudos citados no primeiro capítulo deste trabalho.

Dedicamos os terceiro capítulo à explanação dos aspectos metodológicos empregados no estudo. Dessa forma, apresentamos o método psicanalítico, com base no qual o caso estudado foi atendido e o método de estudo de caso. Descrevemos, ainda, a participante no estudo e os aspectos éticos respeitados no trabalho.

No capítulo IV é relatado o caso clínico, o desenvolvimento da psicoterapia e nos detemos na compreensão clínica a partir dos conceitos da obra de Winnicott apresentados na Introdução.

A discussão do estudo e as relações entre outros trabalhos mencionados, bem como as contribuições que o presente trabalho pode trazer ao campo encontram-se no quinto capítulo.

Finalmente, no capítulo VI, são trazidas as considerações finais, onde apontamos alcances e limitações do presente estudo, os objetivos atingidos e questões que podem dar origem a outras pesquisas sobre o tema, que se apresenta tão relevante na clínica hoje, onde o psicólogo pode e deve atuar de forma multidisciplinar, trazendo seu saber e seu fazer.

CAPÍTULO I

Introdução

“Depois tudo estará perfeito: praia lisa, águas ordenadas, meus olhos secos como pedras e as minhas duas mãos quebradas” (Cecília Meireles)⁶

Este capítulo está dividido em três partes, conforme mencionamos na apresentação. Na primeira, faremos um recorte do conceito de violência, a partir do qual o consideraremos neste trabalho e, com base em Bleger ([1963] 1984), que defende que o indivíduo, em qualquer manifestação, deve ser considerado nos aspectos psicológico, orgânico e social, contextualizamos a situação da violência contra a mulher em nossa sociedade. Abordamos os relevantes aspectos históricos, políticos e sociais do fenômeno – com enfoque no Brasil, onde os dados estatísticos da ocorrência dessa forma de violência são alarmantes - presentes nas relações de violência de gênero. Na segunda parte, apontamos os trabalhos científicos contemporâneos, referenciados na Psicanálise, que têm se destinado a entender a dificuldade de se minimizar essa situação a partir de um enfoque nos aspectos subjetivos latentes à vitimização de mulheres. Finalmente na terceira, introduziremos a teoria do desenvolvimento emocional primitivo de Winnicott como suporte para compreensão da teoria da agressividade do mesmo autor, que será apresentada logo em seguida.

1.1.Violência

a) Definição

Dentre os nove significados atribuídos à palavra “violência” no dicionário Michaelis⁷, dois deles são: *“Qualquer força empregada contra a vontade, liberdade ou resistência de pessoa ou coisa. Constrangimento, físico ou moral, exercido sobre alguma*

⁶ MEIRELES, C. Viagem (1929 – 1937). In: *Poesia Completa*. Rio de Janeiro: Editora Nova Aguillar, 1994.

⁷ Disponível em

<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portuguesportugues&palavra=viol%EAncia>
recuperado em 09/11/2013.

pessoa para obrigá-la a submeter-se à vontade de outrem; coação” e são citados aqui por terem relação com o tema em estudo.

Chauí (1981) entende por violência uma realização determinada de relações de força no âmbito social ou interpessoal, na qual o outro não é tratado como sujeito e sim como coisa. *“Esta (coisa) se caracteriza pela inércia, pela passividade e pelo silêncio, de modo que, quando a atividade e a fala de outrem são impedidas ou anuladas, há violência”* (p. 35).

Para o Ministério da Saúde (2002)⁸, a violência pode se manifestar de várias formas com diferentes graus de severidade. As formas de violência não se produzem de modo isolado; elas fazem parte de um sequência crescente de episódios, da qual o homicídio é a manifestação mais extrema. Assim, o Ministério da Saúde (idem) classifica cinco tipos de violência:

1. Violência física: ocorre quando uma pessoa, que possui poder sobre outra, causa ou tenta causar dano não acidental por meio da força física ou de algum tipo de arma que pode provocar ou não lesões externas, internas ou ambas. Manifesta-se através de tapas; empurrões; socos; mordidas; chutes; queimaduras; cortes; estrangulamento; obrigar a tomar medicamentos desnecessários ou inadequados, álcool, drogas ou outras substâncias, (inclusive alimentos); tirar de casa à força; amarrar; arrastar; arrancar a roupa; abandonar em lugares desconhecidos; danos à integridade corporal decorrentes de negligência (omissão de cuidados e proteção contra agravos evitáveis como situações de perigo, doenças, gravidez, alimentação, higiene, entre outros).

2. Violência sexual: define-se por toda ação na qual uma pessoa em situação de poder sobre outra e por meio de força física, coerção ou intimidação psicológica, obriga essa outra ao ato sexual contra a sua vontade. Também compreende-se por violência sexual a exposição de alguém a interações sexuais que propiciem sua vitimização, da qual o agressor busca obter gratificação. Manifesta-se por estupro; sexo forçado no casamento; abuso sexual infantil; abuso incestuoso; assédio sexual; carícias indesejadas; penetração oral, anal ou genital com o pênis ou objetos; exposição obrigatória a materiais pornográficos; exibicionismo e masturbação forçados; uso de linguagem erotizada em

⁸ Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf recuperado em 09/11/2013.

situações inadequadas; impedimento ao uso de qualquer método contraceptivo ou negação por parte do parceiro(a) em utilizar preservativo; forçar a ter ou presenciar relações sexuais com outras pessoas fora do casal.

3. Violência psicológica: caracteriza-se por toda ação ou omissão que causa ou visa causar dano à auto-estima, à identidade ou ao desenvolvimento do indivíduo. Inclui: insultos constantes; humilhação; desvalorização; chantagem; isolamento de amigos e familiares; ridicularização; rechaço; manipulação afetiva; exploração; negligência (omissão a cuidados e proteção contra males passíveis de serem evitados como situações de perigo, doenças, alimentação, higiene, entre outros); ameaças; privação arbitrária da liberdade (impedimento de trabalhar, estudar, cuidar da aparência pessoal, gerenciar o próprio dinheiro, brincar, etc.); confinamento doméstico; críticas maldosas pelo desempenho sexual; omissão de carinho; negação de atenção e supervisão.

4. Violência econômica ou financeira: refere-se a todos os atos destrutivos e/ou omissões do(a) agressor(a), que afetam a saúde emocional e a sobrevivência dos membros da família. Inclui: roubo; destruição de bens pessoais (roupas, objetos, documentos, animais de estimação e outros) ou de bens dos cônjuges (residência, móveis e utensílios domésticos, terras e outros); recusa em pagar a pensão alimentícia ou em participar dos gastos básicos para a sobrevivência da família; uso dos recursos econômicos de pessoa idosa, tutelada ou incapaz, destituindo-a de gerir seus próprios recursos e deixando-a sem provimentos e cuidados necessários.

5. Violência institucional: diz respeito à violência exercida nos/pelos serviços públicos, por ação ou omissão. Compreende desde a falta de acesso até a má qualidade dos serviços. Os abusos decorrem das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais dentro das instituições. Verifica-se esse tipo de violência em diversas situações como: peregrinação por diversos serviços até receber atendimento; falta de escuta e tempo para a clientela; frieza; rispidez; falta de atenção; negligência; maus-tratos dos profissionais para com os usuários, motivados por discriminação (abrangendo questões de raça, idade, opção sexual, gênero, deficiência física, doença mental); violação dos direitos reprodutivos (discriminação das mulheres em processo de abortamento, aceleração do parto para liberar leitos, preconceitos acerca dos papéis sexuais e em relação às mulheres soropositivas (HIV), quando estão grávidas ou desejam engravidar); desqualificação do saber prático, da

experiência de vida, diante do saber científico; violência física (por exemplo, negar acesso à anestesia como forma de punição, uso de medicamentos para adequar o paciente a necessidades do serviço ou do profissional, etc.); restrição dos direitos da clientela; proibições de acompanhantes ou visitas com horários rígidos e restritos; críticas ou agressões dirigidas a quem grita ou expressa dor e desespero; diagnósticos imprecisos, acompanhados de prescrição de medicamentos inapropriados ou ineficazes.

Pode-se constatar em todos os tipos de violência classificados pelo Ministério da Saúde (idem) a coisificação daquele que sofre a violência, indo ao encontro da compreensão de Chauí (1981) a respeito do constructo e mesmo da definição dada pelo dicionário Michaelis. Compreende-se, assim, que em situações de violência, o outro não é considerado em sua subjetividade; ao contrário, ele é considerado como um objeto submetido àquele que agride. Qualquer pessoa, em qualquer idade pode estar no lugar de quem sofre a violência ou no lugar de quem pratica a violência. Como no presente trabalho, o interesse é a permanente vitimização de mulheres, falaremos a seguir do fenômeno da violência em relação a essas.

b) Violência contra mulheres

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU, 1995)⁹, entende-se por violência contra a mulher ou violência de gênero:

(...) todo ato de violência sexista que tem como resultado possível ou real um dano físico, sexual ou psíquico, incluindo as ameaças, coerção ou privação arbitrária de liberdade, seja na vida pública ou privada.

Verifica-se na maior parte das vezes esse tipo de violência dentro das relações familiares, sobretudo, no casal. Tal violência atinge, ainda, mulheres que moram com o parceiro informalmente, mulheres que ainda não moram com o parceiro ou que já se separaram (ALBERDI, 2005).

⁹ Disponível em <http://www.onu.org.br/a-onu-em-acao/a-onu-e-as-mulheres/> recuperado em 15/08/2012.

A violência contra as mulheres constitui um fenômeno social com dimensões múltiplas, que, apesar de ter ganhado visibilidade social há pouco, ocorre há muito tempo em todas as culturas, afetando a todas as idades e classes sociais (OBRA SOCIAL “LA CAIXA”, 2005; ANGULO-TUESTA, 1997; SCHRAIBER, D’OLIVEIRA, FRANÇA-JUNIOR & PINHO, 2002, KRONBAUER & MENEGHEL, 2005). Esse fenômeno vem sendo reconhecido, ainda, como um problema de saúde pública (TARDIVO, PINTO JUNIOR & SANTOS, 2005; PINTO JUNIOR, VIEIRA, SANTOS, FRÓIS & TARDIVO, 2008). Apesar de as mulheres se sentirem mais protegidas na medida em que aumenta seu poder educativo, econômico e social, a relação entre risco de violência e capacitação feminina não é linear (JEWKES, 2002).

De acordo com Cyrulnik (2000), as violências próprias à Idade Média decorrentes do conceito de ser humano vigente na época, que girava em torno da sobrevivência e da ordem social (homens guerreavam e mulheres só serviam para dar à luz os filhos) perderam o sentido a partir do momento em foi dada às mulheres a possibilidade de escolherem seu parceiro e com as revoluções tecnológicas, pois cada inovação que relativizasse a função de ferramenta doméstica da mulher, liberava espaço para que as mulheres comesçassem a se ver como pessoas e não apenas como um ventre. O autor segue afirmando que, dessa forma, a função adaptativa da violência tornou-se desnecessária, de modo que se revelou à sociedade o efeito destruidor da mesma: as mulheres vítimas de violência são acometidas por um sofrimento traumático que as converte em agressoras. Esse é outro aspecto que merece estudo aprofundado por apontar para o fator transgeracional envolvido no fenômeno.

Conforme Dias (1998), a violência doméstica gera à vítima diversos sentimentos: tanto pode ser vivenciada de forma envergonhada, como de forma passiva. Independente do posicionamento, segundo a autora, verifica-se com frequência em vítimas de violência sentimentos de inferioridade, desvalia, impotência, culpa, medo e dúvida. Pinto Junior, Vieira, Santos, Fróis e Tardivo (2008), ao discutirem a violência sexual contra crianças e adolescentes, afirmam que as vítimas podem sofrer sérias consequências desde a dor física até o sofrimento moral. Essa afirmação também pode ser transposta a mulheres vítimas de violência, que em muitos casos, sofrem agressões desde a infância (LIMA & WERLANG, 2011).

Conforme Cyrulnik (2000), as estatísticas de violência contra mulheres são alarmantes: uma em cada cinco mulheres é ou foi vítima de agressão sexual. Em quase todos os casos os agressores são homens conhecidos pela vítima e, quanto mais essas vítimas são pressionadas a se calarem, sem poderem expressar sua dor, mais graves e duradouros os transtornos mencionados por Dias (1998) e Pinto Junior, Vieira, Santos, Fróis e Tardivo (2008).

Fadigas (2006) afirma que 23,5% das mulheres brasileiras estão vulneráveis à violência doméstica e em 85,5% desses casos a agressão é oriunda dos próprios parceiros. De acordo com Muszkat (2006), levantamentos estatísticos de registros de violência nas Delegacias da Mulher do estado de São Paulo – de janeiro a julho de 2002 – revelam que aproximadamente 20.000 mulheres maiores de idade e 2.000 menores de idade por mês sofrem violência. A Secretaria de Políticas para Mulheres da Presidência da República (SPM) (2012) divulgou que de 2006 a 2012 a Central de Atendimento à Mulher registrou 2.714.877 atendimentos e que somente em 2012, o Ligue 180¹⁰ computou 388.953 atendimentos – no período de janeiro a junho – uma média de 2.150 registros por dia, ou seja, dez mulheres a cada hora sofreram violência em nosso país ao longo de 2012. Apesar de os números serem altíssimos, Muszkat (2006) aponta a precariedade das estatísticas quando se procura obter um quadro real da situação, pois nem todas as mulheres registram os casos de violência sofridos por elas. Ou seja, a situação real é ainda mais grave do que a situação registrada. Portanto, faz-se necessário indagar se além das ameaças feitas pelos agressores diante da possibilidade de queixa da vítima, não há um despreparo dos profissionais e uma ineficiência dos serviços responsáveis pelo trabalho com essas mulheres.

De acordo com Kronebauer e Meneghel (2005), constata-se indícios de sobreposição entre os sistemas de dominação e exploração constituídos pelas relações de gênero, etnia e classe social, expondo às mulheres pobres e negras uma carga mais pesada e de maior vulnerabilidade à violência. Krug et al (2003) afirmam que os baixos salários e pressões econômicas caracterizam-se por fatores associados ao risco de violência contra as

¹⁰ Serviço ofertado pela SPM com o objetivo de receber denúncias ou relatos de violência, reclamações sobre os serviços da rede e de orientar as mulheres sobre seus direitos e sobre a legislação vigente, encaminhando-as para os serviços quando necessário.

mulheres e que o baixo nível masculino de instrução anunciam os maus-tratos físicos à mulher. Verifica-se nessas afirmações a multifatorialidade envolvida no fenômeno da violência contra mulheres, merecendo cada um desses aspectos, serem compreendidos de forma científica a fim de se caminhar em direção a uma solução eficaz para o problema.

No início da década de 80, os movimentos feministas, ao unirem forças com os organismos de proteção dos direitos humanos, subsequentes ao pós-guerra, partiram do pressuposto de que a violência contra a mulher constitui violação aos direitos humanos, o que pressionou o governo brasileiro a adotar medidas efetivas no combate à violência contra a mulher (Fadigas, 2006).

Segundo Fadigas (2006), a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/88), foram adotados como princípios fundamentais da República Federativa do Brasil, a dignidade da pessoa humana e a cidadania. Ainda conforme a autora, essa nova concepção de direitos e deveres propiciou um quadro favorável ao direito da mulher, que passou a contar com o respaldo legal do artigo 226, § 8º, o qual prevê o compromisso do Estado em assegurar “(...) a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações”.

Em 1994, o Brasil recepcionou a *Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher* que discutiu sobre a interferência da violência na vida das mulheres como um mecanismo castrador do exercício pleno dos direitos reconhecidos a essas cidadãs. Além disso, a Convenção instituiu aos países participantes obrigações de cunho repressivo-punitivo e positivo-promocional, de modo a assegurar a proibição da discriminação e a promoção da igualdade.

Em 7 de agosto de 2006, foi sancionada no Brasil a Lei 11.340/06, conhecida como Lei Maria da Penha, que coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher, tipificando a violência doméstica como uma das formas de violação dos direitos humanos. A lei recebeu esse nome em homenagem à Maria da Penha Maia Fernandes, que lutou durante quase vinte anos para ver preso seu marido, que tentou assassiná-la duas vezes. Biofarmacêutica natural do Ceará, Maria da Penha sofreu a primeira tentativa de assassinato em 1983: enquanto dormia, seu marido – professor universitário - lhe deu um tiro nas costas e depois alegou que haviam sido atacados por assaltantes. Maria da Penha ficou paraplégica. Na segunda tentativa, o marido a empurrou da cadeira de rodas e tentou

eletrocutá-la no chuveiro. Após muita luta, apenas em 2002, Maria da Penha conseguiu com que seu marido fosse preso, mesmo assim, ele ficou apenas dois anos na cadeia.

De acordo com Nilcéa Freire (2006), Ministra da Secretaria Especial de Políticas para Mulheres da época, a Lei Maria da Penha:

Altera o Código Penal e possibilita que agressores sejam presos em flagrante, ou tenham sua prisão preventiva decretada, quando ameaçarem a integridade física da mulher. Prevê, ainda, inéditas medidas de proteção para a mulher que corre risco de vida, como o afastamento do agressor do domicílio e a proibição de sua aproximação física junto à mulher agredida e aos filhos¹¹.

A Lei Maria da Penha constitui um importante avanço da legislação brasileira em direção ao combate da violência contra a mulher por delimitar para os homens o lugar deles em relação às mulheres, um lugar de companheiro/amigo/parente e não de proprietário e por mostrar às mulheres que elas não estão sozinhas, que a violência não é um problema apenas delas, mas da sociedade como um todo.

Fadigas (2006) afirma que o Brasil perde 10,5% do seu Produto Interno Bruto (PIB) com a violência de gênero e ressalta que, a despeito de todos esses avanços que ocorreram no sentido do combate da violência contra a mulher a partir das alterações na legislação brasileira, a mesma ainda apresenta falhas representativas, funcionando como um verdadeiro entrave para a solução desses crimes silenciosos. Muszkat (2006) afirma que as estatísticas de violência contra a mulher revelam a importância de programas voltados a essa questão e a ineficácia dos programas já existentes.

Outro fator observado na dificuldade de se minimizar a questão da violência contra mulheres é a própria resistência dessas em abandonarem relações violentas e a interrupção por parte delas de trabalhos que visam ajudá-las a saírem da situação de violência, como constata Chies (2012) e Cerruti e Rosa (2008), e como também se pode verificar na apresentação deste estudo. A mobilização em busca de solucionar a questão da violência contra mulheres já vem ocorrendo desde o início do movimento feminista na década de 80,

¹¹ Disponível em: <http://www.sejus.df.gov.br/sites/400/429/00000233.pdf>, recuperado em 05/07/2011.

na forma de leis e conscientização social. Hoje em dia, há, ainda, diversas instituições¹² que se voltam ao cuidado, defesa e auxílio a essas mulheres para saírem da situação de vítimas de violência. Todavia, existe, segundo Shcraiber et al (2002), um despreparo do profissional em lidar com as vítimas que recorrem ao seu serviço, que se deve possivelmente ao desconhecimento acerca de como proceder frente a esses casos. Observa-se, ainda, que muitos profissionais de saúde não identificam que essas mulheres estão em situação de violência, mesmo quando as lesões apresentadas evidenciam de forma clara o fenômeno devido a fatores como: falta de tempo e recursos, medo de ofender as mulheres e de adentrar um terreno emocionalmente perigoso, falta de treinamento e frustração ao constatar a não resposta de muitas usuárias em relação aos conselhos recebidos. Esse despreparo do profissional da saúde o leva, muitas vezes, a cometer outra violência com essas mulheres, a institucional, como visto acima. Assim, em vez de as acolherem e ajudarem, acabam violentando-as novamente (GARCIA-MORENO, 2002).

Narvaz (2010) afirma que, ao se depararem com profissionais despreparados, que não podem proporcionar-lhes o acolhimento necessário, as mulheres vítimas de violência sentem-se desacreditadas, culpabilizadas e estigmatizadas, silenciando-se. Ou seja, na busca por acolhimento, essas mulheres acabam sendo violentadas novamente, levando-as a se sentirem ainda mais desacreditadas e sem recursos para lidar com a situação. Pode-se constatar, assim, a urgente necessidade de estudos e programas voltados para o preparo desses profissionais.

Já historiadores e sociólogos como Scott (1995), Saffioti (2001) e Sinués e Jiménez (2010) atribuem a manutenção da violência contra mulheres a uma sociedade construída de forma desigual e hierárquica fundamentada em compreensões generalizadas da relação supostamente natural entre homens e mulheres, em que os primeiros são fortes e naturalmente agressivos e impulsivos e as últimas frágeis, com uma natureza de doação ao outro. Para os autores, esse modo de construção social, que opõe homens e mulheres,

¹² Citamos algumas: Casa Sofia, ONG que oferece apoio psicológico, jurídico e social a mulheres vítimas de violência; Delegacia da Mulher, especializada em ocorrências de violência contra mulheres, entre outros serviços destinados a mulheres que sofrem violência; Hospital Pérola Byington, centro de referência da saúde da mulher, que tem, dentre vários outros objetivos, o objetivo de tratar mulheres agredidas sexualmente; Casa Eliane de Grammont, instituição Governamental vinculada à Secretaria de Participação e Parceria do Município de São Paulo, que visa atender a mulher em situação de violência dentro de uma proposta multidisciplinar. Além dessas, há ainda outras instituições que atendem mulheres que sofrem violência.

estabelece uma submissão da mulher ao homem, como tentativa de se controlar as mulheres.

Salcedo-Barrientos, Miura, Gemma, Almeida e Tardivo¹³ (2012, 2013) em estudo multidisciplinar sobre adolescentes grávidas em situação de violência doméstica, puderam constatar essa afirmação dos historiadores e sociólogos mencionados acima, ao verificarem que a violência doméstica aparece de forma naturalizada para as adolescentes grávidas que a sofrem ou sofreram. As autoras assinalam, ainda, que essa percepção aumenta a vulnerabilidade e risco de vida tanto das adolescentes quanto de seus bebês.

1.2. Alguns estudos sobre a permanente vitimização de mulheres – referencial psicanalítico

Apesar de se poder encontrar na literatura trabalhos que buscam sair de uma concepção maniqueísta da vitimização de mulheres, focalizando os aspectos subjetivos presentes no fenômeno, Gregori (2003) cita uma pesquisa realizada por Heilborn e Sorj em 1999, na qual fazem um balanço sobre os estudos de gênero no Brasil desde 1975, constatando três principais linhas de enfoque: a primeira volta-se à Justiça e ao Judiciário, descrevendo as formas de compreensão e operação desse segmento em relação à violência contra a mulher. A segunda se propõe a investigar as representações femininas sobre a experiência da violência. Já a terceira, destina-se ao estudo das organizações e órgãos sociais que atuam diretamente no tratamento de mulheres vítimas de violência.

Gomes (2003), por sua vez, pesquisou 38 fontes bibliográficas brasileiras referentes à temática “violência e mulher” - 22 artigos, 12 dissertações de mestrado, dois capítulos de livros, uma tese de doutorado e um livro - desenvolvidas na área de saúde na década de 90, tendo como um dos objetivos investigar qual a posição atribuída à mulher diante da violência: a mulher como vítima, como agressora, ou simultaneamente vítima e agressora. A conceituação da mulher apenas como vítima, apareceu em 26 estudos (68%), sendo, portanto uma noção predominante. Em 12 trabalhos (32%), a mulher é abordada como vítima e agressora. No tocante à forma como explicam a violência contra a mulher,

¹³ Grupo de pesquisadoras ligadas à USP, assim como a autora do presente estudo.

constatou-se que 19 fontes a consideram como uma violência de gênero; 11 não sugerem explicações para a ocorrência da violência contra a mulher; três associam-na a aspectos socioestruturais; um aponta que a literatura geralmente associa a violência ao alcoolismo; um relaciona a violência à forma como a afetividade é desenvolvida pelo casal; e um enfatiza a omissão de políticas públicas como um fator que colabora para a existência desse tipo de violência (GOMES, 2003).

Essas pesquisas, apesar de terem ocorrido há quinze e onze anos respectivamente, indicam uma carência de estudos voltados para os aspectos subjetivos presentes na vitimização de mulheres e para a maneira com que a sociedade e a legislação concebem a mulher (frágil e vítima), que também funciona como um grande obstáculo para a solução desse relevante problema social (MUSZKAT, 2006, 2008; GREGORI, 1993,2003; ALVIM, 2003; CERRUTI & ROSA, 2008; CHIES, 2012). Assim, apesar de podermos encontrar na literatura diversos trabalhos abordando o tema da violência contra a mulher, Gregori (1993, 2003) e Alvim (2003) afirmam que esses, em geral, apresentam um viés maniqueísta ao privilegiar uma tendência de entender o lugar da mulher como predominantemente vitimizada, excluindo-a de sua condição de sujeito.

Na contramão da maior parte dos trabalhos a respeito do fenômeno violência contra mulheres e em busca de compreender os aspectos subjetivos presentes no fenômeno, citaremos alguns trabalhos encontrados na literatura direcionados a desvendar, a partir da perspectiva psicanalítica, o fenômeno em pauta.

Gregori (1993), em seu livro “Cenas e Queixas: Um estudo sobre mulheres”, descreve de forma detalhada o trabalho realizado em uma instituição feminista paulista, fundada na década de 80, voltada ao atendimento de mulheres vítimas de violência. A autora afirma que a mera exclusão de um dos cônjuges e a atribuição de sentidos vitimizadores ou culpabilizantes às mulheres e homens respectivamente têm se mostrado ineficazes no tocante a eliminar comportamentos abusivos em relação às mulheres. Para Gregori (idem) ao se conceberem e/ou serem concebidas como vítimas passivas de um "outro" a quem cabe ser protetor ou não, é conferido um lugar de não-sujeito, de objeto à mulher em situação de violência. Então, Gregori (idem) defende a importância de se considerar as relações de complementariedade, os desejos e sonhos das mulheres em relação ao companheiro e vice-versa e a ligação afetiva entre eles, a fim de que as políticas

públicas vigentes possam considerar o fenômeno em sua complexidade, visando atitudes que não tenham um caráter exclusivamente punitivo, mas compreensivo.

Adamo (1999) buscou compreender a violência doméstica a partir da Psicanálise, entendendo a violência como expressão física do amor e do ódio, que por estarem desvinculados do interesse pela vida e pela verdade, apresentam-se em estado selvagem e apavorante. Assim, a autora discutiu as estruturas inconscientes nas quais pode haver uma dinâmica viciosa entre violência e defesa contra reconhecê-la e também a formação dos profissionais que trabalham com situações de violência. Ela conclui que a violência doméstica se deve não só a uma dinâmica viciosa de privações e traumas, mas também a uma incapacidade dos membros da família de viverem e pensarem as emoções e as fantasias assassinas comuns a todos os seres humanos. Como as experiências emocionais e fantasias não podem ser significadas e simbolizadas, elas se tornam ato. Assim, uma fantasia de assassinato se torna de fato uma tentativa de assassinato, por exemplo. A autora conclui, ainda, que para estar apto a trabalhar com indivíduos que vivenciam esse tipo de dinâmica familiar, o profissional precisa de muito estudo teórico, supervisão por parte de profissionais mais experientes e auto-conhecimento.

Também em busca dos aspectos psicológicos presentes na situação da violência contra mulheres, Alvim (2003) realizou um estudo exploratório com homens e mulheres agredidos e agressores, em que objetivou identificar e descrever episódios conjugais violentos a fim de apreender os elementos centrais implicados na produção de violência nos relacionamentos, tais como: concepções de violência; cotidiano conjugal; descrições dos episódios violentos, incluindo as formas sofridas e cometidas; sentimentos e ações após o episódio; atribuição de causalidade; consequências identificadas no relacionamento e na própria saúde e planos para o futuro, frente à constatação de uma conjugalidade conturbada. Para tanto, a pesquisadora entrevistou sete homens e três mulheres envolvidos em tais episódios, partindo de uma entrevista semi-estruturada. Por meio da análise temática do conteúdo das entrevistas, Alvim (idem) constatou heterogeneidade dos participantes em relação aos aspectos investigados, mas verificou unanimidade dos sujeitos em atribuírem às diferenças que permeiam a vida conjugal os principais fatores para justificar ou explicar as dificuldades da vida a dois e a consequente manifestação da violência. Assim, a autora concluiu que a exacerbação dos valores e interesses individuais, em oposição ao

acolhimento à alteridade constitui a situação conflitual primária, que dificulta o processo de negociação das diferenças nas relações conjugais, ocasionando constantes episódios de violência.

Em sua dissertação de mestrado, Muszkat (2006) discute a violência e a masculinidade, fazendo uma contribuição psicanalítica à compreensão das relações de gênero e violência de gênero. A autora aborda a violência entre homens e mulheres a partir da forma maniqueísta com que as políticas públicas lidam com a questão, polarizando o fenômeno da violência em vítimas e agressores, de maneira rígida, cristalizando e perpetuando o que se propõem a combater. Paralelamente, a autora busca compreender o lugar “imposto simbolicamente” aos homens, visando identificar os determinantes culturais, sociais e psicológicos organizadores da subjetividade masculina para, então, entender como os papéis e as relações de gênero são distribuídas, transmitidas e perpetuadas. Para tanto, Muszkat (idem) utiliza-se da teoria psicanalítica, como forma de ampliar a compreensão do modo de transmissão e perpetuação das relações violentas. A autora conclui que diante de uma exigência social de que o homem seja o provedor e a mulher submissa e responsável pelos cuidados dos filhos, a violência pode funcionar para o homem agressor como proteção contra a ameaça do desamparo consequente à perda de traços e marcas identitárias da masculinidade. Em outras palavras, ela conclui que o homem agride em busca de uma preservação narcísica do ego devido a um sentimento de fracasso frente a uma exigência social idealizada referente ao que é ser homem.

Muszkat (2006) critica, ainda, a denominação “violência doméstica” conferida à violência contra mulheres no âmbito jurídico e das políticas em geral, alegando que tal denominação serve para se identificar e punir os casos em que a mulher sofre agressões físicas de seu parceiro, como se a violência física esgotasse o que se entende por violência entre homens e mulheres, reduzindo substancialmente a dimensão dessa questão por assim reproduzir o modelo maniqueísta de bom e mau, certo e errado, forte e fraco e favorecendo que o homem continue a tentar exercer “poder” sobre a mulher.

A autora (2006, 2008) questiona o que justificaria essa permanência ou mesmo adesão a esquemas tradicionais de gênero e à violência à qual mulheres são, com frequência, submetidas, e que temos visto repetirem-se pelo decorrer de muitas gerações apesar da insistência dos movimentos feministas e das políticas públicas destinadas à

eliminação dessas práticas. Para tentar responder à questão, recorre a Bourdieu (1998), que ao se referir ao caráter naturalizado das relações de gênero, afirma que a dominação de gênero impede que tanto homens quanto mulheres possam pensar fora do esquema de dominação masculina, levando-os a interpretar essa relação como natural e, assim, a conspirar pela mesma. Bourdieu (1998) descreve esse modo de funcionamento social como esquemas não-pensados de pensamento, sugerindo um caráter inconsciente compartilhado de funcionamento. Para Muszkat (2006, 2008), essa ideologia hegemônica masculina compartilhada por homens e mulheres os aprisiona em papéis pré-determinados e inflexíveis, nos quais os homens são fortes e as mulheres frágeis e submissas, favorecendo a violência contra as últimas. Nas palavras da autora:

(...) a cultura que reproduz e perpetua as relações hegemônicas masculinas de gênero, onde práticas de dominação dos homens sobre as mulheres são avalizadas, não se restringe ao universo masculino (p.127).

Portanto, buscando os aspectos subjetivos presentes no fenômeno da vitimização de mulheres, Muszkat contribui para um olhar complexo e não superficial e maniqueísta da questão, ampliando, ainda, o entendimento das formas de violência.

Cerruti e Rosa (2008) fazem uma análise crítica dos fundamentos das políticas públicas de assistência à situação da violência contra mulheres apontado que a maior parte dessas atuais políticas tem contemplado a questão da violência entre homens e mulheres embasada em uma visão dicotômica vítima/agressor. Segundo as autoras, essa abordagem, apesar de ter sido uma conquista dos movimentos feministas, acaba difundindo uma interpretação generalista para o fenômeno: o masculino fica definido como agressivo e o feminino como passivo, de modo a reproduzir uma lógica opositora responsável por conferir à mulher a posição de vítima de circunstâncias desfavoráveis. Posição considerada pelas autoras como limitadora das possibilidades de análise política, social e subjetiva do fenômeno da violência de gênero, além de paralisar homens e mulheres na elaboração e superação dos conflitos.

Como tentativa de sair dessa concepção binária do fenômeno, Cerruti e Rosa (2008) recorrem à Psicanálise, que pode propiciar um salto nas investigações sobre as relações de gênero por proporcionar um olhar singular para cada uma dessas relações, levando em

conta e procurando entender as diferentes posições que os sujeitos assumem nas cenas de violência. A partir de uma perspectiva lacaniana, para compreender a posição subjetiva da mulher por meio dos conceitos de eu, narcisismo, masoquismo fundamental e implicação subjetiva, concluem que, ao se perceberem aquém do ideal de eu (comum a todos os seres humanos), as mulheres agarram-se à posição de vítimas, defendendo sua integridade absoluta e acusando a arbitrariedade do agressor, ficando tanto a vítima quanto o agressor em posições fora da ordem do possível: o agressor como um ser infalível e onipotente e a vítima como um ser frágil, submetido ao agressor, responsável pelo seu fracasso. As autoras entendem a vitimização, nesse sentido, como uma forma de proteção narcísica, a partir do pressuposto de que o narcisismo é fundamental na constituição do sujeito.

Lima e Werlang (2011) tentaram compreender a influência da história de vida na escolha conjugal de mulheres em situação de violência doméstica e os fatores responsáveis pela aceitação e/ou tolerância da repetição de agressões para com elas. Para tanto, aplicaram uma ficha de dados pessoais e sociodemográficos e uma entrevista semiestruturada a 12 mulheres maiores de idade de diferentes raças, níveis socioeconômicos e de escolaridade, que sofriam violência por parte do parceiro íntimo. O método utilizado para se analisar as entrevistas foi o de análise de conteúdo e, para interpretação dos dados, o psicanalítico.

As autoras concluíram que a violência doméstica resulta de uma história de vida marcada por vivências traumáticas (como abandono e negligência por parte dos pais e exposição a cenas de violência entre os pais) que impulsiona essas mulheres, por meio da compulsão à repetição, a realizarem escolhas conjugais propiciadoras de um cenário violento. Para as autoras, a possibilidade de se atribuir sentido às vivências traumáticas das histórias de vida dessas mulheres pode contribuir para a cessação da aceitação/tolerância à violência através de uma modificação da ação. Lima e Werlang (idem) apontam, ainda, que o psicólogo precisa possuir e exercer empatia e estar disponível emocionalmente para escutar essas mulheres para que elas não sofram a violência da indiferença ao seu sofrimento. As autoras defendem que, dessa forma, o psicólogo ajuda essas mulheres a resgatar a capacidade de amor próprio.

Chies (2012) também busca trazer luz às determinações subjetivas presentes na manutenção da situação de violência no artigo "Quem gosta de apanhar? Uma perspectiva

psicanalítica da violência de gênero". Ela defende que olhar a questão da violência de gênero a partir da perspectiva da neurose traumática proporciona esclarecimentos sobre a configuração psicológica subjetiva do agredido e de seu vínculo com o agressor, mostrando os mecanismos psíquicos pelos quais os sintomas se apresentam. Chies (idem) entende a relação da vítima com o agressor e com a violência a partir dos conceitos freudianos de compulsão à repetição e de culpa. A autora propõe ser necessário focalizar o lugar subjetivo da vítima na relação violenta para que essa possa sair da mesma, abandonando a posição de objeto.

Chies (2012) conclui que frente o trauma da constatação da incompletude do outro, o sujeito toma a falta para si como forma de se proteger da angústia do desamparo. No lugar da decepção com o outro, entra um sentimento inconsciente de culpa, que leva a uma necessidade de punição, ao submetimento sacrificial e à manutenção da situação de sofrimento. Cada novo padecimento alivia a culpa gerada pelo trauma, levando a mulher que sofre violência a manter essa posição, tão difícil de ser abandonada, pois a colocaria frente a frente com seu próprio desamparo. Inicia-se, assim, o ciclo vicioso da violência. Seguindo essa linha de raciocínio, o sentimento inconsciente de culpa leva à compulsão à repetição da vivência traumática e à reação terapêutica negativa, em que cada vez que o analisando faz um progresso, ele regride como forma de não entrar em contato com conteúdos intoleráveis ao psiquismo. No caso da mulher acometida por violência, tal conteúdo é o próprio desamparo.

Nukui (2012) aplicou a técnica da Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO)¹⁴ em duas mulheres em situação de violência doméstica com o intuito de analisar o processo de PBO dessas mulheres. O método utilizado foi o estudo clínico de abordagem psicanalítica com base em estudo de caso. Para realizar o diagnóstico das participantes, a autora utilizou a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO)¹⁵. Ambas as participantes foram classificadas com adaptação ineficaz severa, apresentando sintomas neuróticos limitadores, inibições restritivas e rigidez de traços caracterológicos. Passaram pela PBO e,

¹⁴ Trata-se de uma técnica proposta por Simon (1989) concebida para ter curta duração. A PBO tem como fundamento a teoria da adaptação formulada pelo mesmo autor, definida como “(...) *um conjunto de respostas de um organismo vivo, em vários momentos, a situações que o modificam, permitindo a manutenção de sua organização por mínima que seja*” (p.14). O psicoterapeuta deve ter postura ativa, esclarecendo as situações problema do paciente e realizando interpretações teorizadas embasadas na Psicanálise.

¹⁵ Escala que visa avaliar como estão os setores de adaptação da vida do paciente para fins diagnósticos.

no final do processo, foram avaliadas novamente pela EDAO, mostrando um resultado positivo, pois de adaptação ineficaz severa passaram para adaptação ineficaz moderada.

Nukui (2012) concluiu que o setor afetivo relacional das vidas de ambas as participantes constitui-se uma importante fonte de conflitos e insatisfações, os quais são enfrentados pelas mesmas com soluções pouquíssimo adequadas – de acordo com a EDAO - como atitudes destrutivas em relação a si mesmas e negligência em relação aos filhos, que também terminam vulneráveis a situações de violência. Segundo a autora, o setor afetivo relacional acaba influenciando decisivamente os demais setores adaptativos das vidas das participantes do estudo. A autora também identificou a reprodução de situações de violência física e sexual, que ocorreram nas famílias de origem das participantes, em suas famílias nucleares.

Nukui (2012) assinala, ainda, que as pacientes participaram de forma ativa no processo da PBO e que, por meio de interpretações teorizadas, puderam reconsiderar suas atitudes em relação às situações de violência doméstica. Dessa forma, a autora concluiu que a PBO parece ter contribuído para a mudança na qualidade adaptativa das participantes da pesquisa.

Ayouch e Tardivo¹⁶ (2013) analisam teorizações psicanalíticas a fim de definir certas modalidades de correspondência entre a psique e o campo social a partir do pressuposto de que a psique retoma, nas formas de se edificar, a organização sócio-política, que, por sua vez, é o reflexo da estrutura da psique. Essa análise é feita à luz de uma experiência clínica com uma mulher vítima de violência atendida na Casa Sofia, uma instituição de acolhimento psicológico para mulheres vítimas de violência conjugal. A partir dessa reflexão teórico-clínica, os autores questionam como abordar fenômenos definidos histórica, social e culturalmente por uma teoria que pretende um universalismo perene, esquecendo-se de sua inscrição histórica, social, cultural e imaginária. Ayouch e Tardivo (idem) indagam, ainda, sobre qual abordagem psicanalítica seria apropriada para pensar a violência conjugal, considerando a dimensão sócio-histórica da psique e da teoria. Seguindo essa linha, eles questionam também qual abordagem clínica e teórica pode ser

¹⁶ Esse estudo em parceria de Ayouch e Tardivo foi realizado pelo programa Professor Visitante Estrangeiro (PVE) com bolsa CAPES junto ao PSC.

desenvolvida para evitar que a teoria exerça uma violência simbólica, ao reproduzir um paradigma de violência de gênero não analisado.

Ayouch e Tardivo (2013) chegam a algumas conclusões sobre quais perspectivas seriam razoáveis para se desenvolver na teorização analítica a fim de se pensar em outros termos sobre as situações de violência de gênero:

- A perspectiva das teorias de gênero e a desconstrução da aparência que elas efetuam permitem considerar a violência conjugal como violência de gênero, atribuições de gênero, perpetuada, muitas vezes, pela própria teoria;
- A noção de Butler da melancolia de gênero¹⁷ permite compreender a função social da violência conjugal;
- O conceito de identificação projetiva é muito útil por permitir a compreensão de que algo que não pode ser assimilado por um é “batido” no outro;
- Existe uma necessidade de se rearranjar a dimensão transferencial-contratransferencial clínica e teoricamente pois é difícil para o psicanalista suportar a destrutividade pelo outro sem decidir ou desejar em seu lugar.

A contribuição científica dos autores para a compreensão do fenômeno da violência contra mulheres é, portanto, a conclusão de que um estudo aprofundado das perspectivas mencionadas ajudaria muito no esclarecimento de tal fenômeno e na abordagem clínica com as mulheres que sofrem violência.

Todos esses trabalhos trouxeram relevantes contribuições para a compreensão dos aspectos subjetivos do fenômeno violência contra mulheres. Aqui, visando ampliar o entendimento do fenômeno, tentaremos entender esses aspectos a partir de conceitos trazidos por Winnicott, por considerá-los relevantes e pelo fato de que na bibliografia levantada sobre o tema, não encontramos estudos e pesquisas que trouxessem as contribuições desse importante autor da Psicanálise. Há estudos que empregam dados desse autor, em essencial sobre violência contra crianças e adolescentes (TARDIVO & PINTO JUNIOR, 2009; MIURA, 2012). Possivelmente, há estudos que o empregam, porém não os

¹⁷ Essa noção de Butler afirma que os seres humanos são incapazes de fazer o luto da sexuação, já que a mesma se trata de uma perda imposta e sem possibilidade de elaboração (reconhecimento em si dos investimentos de desejo homossexual como componentes legítimos). Dessa maneira, a sexuação é uma perda sem luto, fórmula da melancolia para Freud, a partir do que Butler propõe o conceito de melancolia de gênero.

encontramos. Assim, neste trabalho estudaremos a teoria da agressividade de Winnicott, que concebe a não integração da mesma na subjetividade humana como responsável por grande parte da violência presente no mundo. Dessa forma, a seguir, introduziremos a visão de Winnicott a respeito do desenvolvimento emocional primitivo como suporte para a compreensão de sua teoria da agressividade em relação ao amadurecimento, que será apresentada na sequência.

1.3. O Pensamento de Winnicott

A fim de tentarmos refletir sobre a permanente vitimização de mulheres a partir da teoria da agressividade de Winnicott - como forma de ampliação do entendimento do fenômeno - iniciamos apresentando a sua teoria a respeito do desenvolvimento emocional, indispensável para a compreensão da primeira.

a) O desenvolvimento emocional primitivo e a teoria do amadurecimento

Para Winnicott ([1960] 2005), todo ser humano nasce com uma tendência ao amadurecimento. Sua teoria do amadurecimento (teoria do amadurecimento pessoal normal) confere um espaço substancial aos estágios iniciais porque nesse período são constituídas as bases da personalidade e da saúde psíquica (DIAS, 2003).

Sabe-se que com a maior parte dos bebês, o relacionamento entre pessoas totais começa a ocorrer por volta dos seis meses de vida (KLEIN, [1935] 1996). No entanto, para Winnicott ([1945] 2000), quando um bebê se percebe como um ser relacionado a outras pessoas, um grande caminho já foi percorrido em seu desenvolvimento. Winnicott se dedicou a examinar, então, o que ocorre com o indivíduo até que seja capaz de se reconhecer a si mesmo e ao outro como pessoas separadas uma da outra.

A teoria do amadurecimento pessoal parte de dois pressupostos: a tendência inata ao amadurecimento e a existência contínua de um ambiente facilitador. Como mencionado, todos os seres humanos possuem uma tendência inata ao amadurecimento, de acordo com Winnicott, o bebê é um *self* em potencial (WINNICOTT, [1960] 2005). Para Dias (2003),

isso quer dizer que o homem é um ser temporal e os fenômenos humanos representam um desdobramento temporal da natureza do homem.

Mesmo sendo natural aos seres humanos, a tendência ao amadurecimento não possibilita ao bebê se desenvolver apenas com a passagem do tempo, é preciso um ambiente facilitador que proporcione cuidados suficientemente bons, atendendo às necessidades do bebê. Sem esse ambiente facilitador o bebê não pode se desenvolver, o bebê tem uma dependência total do ambiente. O bebê precisa ser sustentado por pessoas mais capacitadas que ele para se desenvolver pessoal e realmente, pois cabe ao adulto introduzir na relação com o bebê uma capacidade amadurecida, enquanto o bebê é totalmente dependente dos cuidados do adulto porque é assim que as coisas começam (WINNICOTT, [1960] 2005). É a partir dessa sustentação que o lactente poderá alcançar a identidade unitária, ou seja, a separação entre o eu e o não eu, delimitador do final dos estágios iniciais (DIAS, 2003).

Dias (2003) afirma que para Winnicott, o processo de desenvolvimento tem início muito cedo, começando em algum momento após a concepção e segue até a morte natural, o último acontecimento da vida a ser integrado. Winnicott usa a palavra “estágios” para situar no tempo os conjuntos de experiências que fazem parte do desenvolvimento e, por não saber especificamente quando cada estágio inicia e termina, ele não usa o termo “idades”.

Dias (2003) faz uma divisão esquemática e bastante didática desses estágios: 1) solidão essencial, a experiência do nascimento e o estágio da primeira mamada (estágios primitivos de dependência total do bebê); 2) o estágio de desilusão e de início dos processos mentais, 3) o estágio da transicionalidade, 4) o do uso do objeto, 5) o estágio do EU SOU e, finalmente, já caminhando rumo à independência vem o 6) estágio do concernimento (estágios iniciais quando o bebê depende relativamente); 7) o estágio edípico, 8) o de latência, 9) a adolescência, 10) o início da idade adulta, 11) a adultez e 12) a velhice, em que algo de dependência retorna, e a morte (estágios de independência relativa).

Para Winnicott ([1963] 1983), o amadurecimento é uma jornada que começa com dependência absoluta e segue em direção à independência relativa que é o estado em que a pessoa saudável se mantém ao longo da vida. Antes de se chegar à independência relativa,

passa-se pela dependência relativa. Na concepção de Winnicott (idem), amadurecer não se define por um processo linear e nem é um sinônimo de progresso. Para ele, amadurecer também é a possibilidade de regredir sempre que a vida demandar um descanso em função de sobrecarga ou de tensões. Amadurecer envolve, ainda, regredir para resgatar aspectos perdidos. Seguindo essa linha de raciocínio, o amadurecimento emocional não depende de idade. Em qualquer ser humano, de qualquer idade, todas as formas de necessidades - das mais primitivas às mais tardias - são passíveis de serem encontradas (DIAS, 2003).

Portanto, as tarefas fundamentais de cada estágio não podem ser deixadas para trás, sendo consideradas completas ou resolvidas. Essas tarefas nunca se estabelecem como conquistas resolvidas, permanecendo presentes durante toda a vida de cada indivíduo. Porém, algumas conquistas, principalmente as primitivas, dependem de outras para serem alcançadas (DIAS, 2003).

A resolução bem sucedida das tarefas de cada estágio depende de ter havido sucesso na resolução de tarefas dos estágios anteriores. Se a execução de uma tarefa fracassar, novas tarefas não deixam de surgir, mas sem a experiência adquirida no estágio anterior, faltará ao indivíduo maturidade para fazer-lhes frente. Ele pode até resolver as tarefas em nível intelectual, mas elas estarão sustentadas em bases falsas e não farão parte intrínseca do *self* como aquisições pessoais e reais. Portanto, falhas na conquista de alguma tarefa do amadurecimento levam ao não fortalecimento egóico. Estabelece-se, desse modo, um distúrbio emocional (DIAS, 2003).

Para Winnicott ([1945] 2000), o desenvolvimento emocional primitivo do bebê é vital para seu amadurecimento emocional sadio. Nessa etapa, ainda conforme Winnicott (idem), serão encontrados os elementos que levam à compreensão da psicopatologia da psicose. Nesses primórdios da vida, o bebê é um somatório de partes em um estado de não integração do *self*, pois ele ainda não se percebe como pessoa, já que não se dá conta do vínculo existente entre corpo, funções corporais e psique (WINNICOTT, [1960] 2005). Para Machado (1991), esse estado implica em uma não consciência. E a realidade para o lactente “(...) *em nada ainda distinguuiu-se como não-eu, de modo que ainda não existe um EU*” (WINNICOTT, [1960] 2005, p. 25).

Para explicar o processo do desenvolvimento, Winnicott ([1945] 2000) postula a existência de três processos, cujo início se dá precocemente na vida de todos os seres

humanos: integração, personalização e realização. O modo com que esses três processos são experienciados pelo bebê determinará a forma com que ele se localiza em seu próprio corpo e em sua existência.

O processo de integração começa imediatamente após o nascimento, a partir do ego não-integrado do bebê e é construída gradativamente mediante o contato desse com a mãe, dando ao mesmo a noção de que é uma unidade coesa e integrada em si mesma. Dois conjuntos de experiências colaboram para seu desdobramento. São eles o *holding* e o *handling* (WINNICOTT, [1945] 2000).

O *holding* está diretamente relacionado com a capacidade que a mãe tem de se identificar com o seu bebê. Refere-se ao cuidado básico da mãe ou substituto para com o lactente, incluindo: proteção da agressão fisiológica; cuidado com a sensibilidade cutânea do bebê e a noção da falta de conhecimento desse da existência de qualquer coisa externa a si próprio; rotina completa do cuidado adequada a cada bebê; seguimento das mudanças instantâneas do cotidiano, pertinentes ao crescimento e desenvolvimento físico e psicológico do lactente; "(...) especialmente o holding¹⁸ físico do lactente, que é uma forma de amor" (WINNICOTT, [1960] 1990, p.48).

De acordo com Winnicott ([1960] 2005), um *holding* precário expõe a criança a angústias impensáveis, ansiedades geralmente classificadas como psicóticas. São elas: a sensação de despedaçamento, a sensação de estar caindo em um poço sem fundo e um sentimento de que a realidade externa não pode ser usada para produzir conforto interno.

Já o *handling* diz respeito ao manejo da mãe ou substituto para com seu bebê: é a técnica por meio da qual ela o mantém aquecido, o segura, dá-lhe banho, balança-o (WINNICOTT, [1945] 2000). De acordo com Machado (1991), ao manusear seu bebê, cuidando de sua higiene e de suas necessidades, a mãe toca o corpo do lactente, ativando sua integração psicossomática. Para Winnicott ([1960] 2005), o *handling* colabora para a formação do sentido do "real" em oposição a "irreal" e, se ele for deficiente, opera contra o desenvolvimento do tônus muscular e da coordenação motora. Com um *handling* insatisfatório, há, ainda um trabalho contra a capacidade de a criança desfrutar as vivências de seu funcionamento corporal e de SER.

¹⁸ Grifo do autor.

No início, esse estado de integração não é constante, sendo uma conquista gradual. O bebê em seus primeiros meses alterna-se entre estados excitados e de relaxamento em função de seus próprios ritmos de sono-vigília, de percepção sensorial e de seu desenvolvimento motor. Winnicott ([1962] 1983) supõe que, ao descansar, o bebê faz um retorno ao estado não-integrado, fato que não é ameaçador para o bebê, se o ambiente lhe proporcionar segurança. Quando a integração já se encontra mais sólida e a criança já se sente mais coesa, é que a ameaça de desfazer o que já foi conquistado, a desintegração, se torna um sentimento assustador (MACHADO, 1991). Assim, conforme Winnicott (idem) a partir do processo de integração, que é a “continuidade do ser”, o bebê caminha em direção ao sentimento do “eu sou”, que só poderá ocorrer na presença de um ambiente suficientemente bom. Nas palavras de Winnicott (idem): *“A integração está intimamente ligada a uma função ambiental de segurança”* (p. 60).

Para Winnicott ([1945] 2000), outro processo tão importante quanto a integração, é o desenvolvimento do sentimento de estar dentro do próprio corpo, a partir da vinculação entre a psique e o soma, denominada pelo autor de personalização. De acordo com o autor: *“Novamente, é a experiência instintiva e a repetida e silenciosa experiência de estar sendo cuidado fisicamente que constroem, gradualmente, o que poderíamos chamar de personalização satisfatória”* (WINNICOTT, [1945] 2000, p. 225). Assim, a personalização é um processo gradativo que parte de uma psique imatura, que ainda não se sente residindo no próprio corpo e, através das experiências sensoriais e motoras, vai percebendo que é uma pessoa e que há uma diferenciação entre o “eu” e o “não-eu”. Como consequência, ocorre a aquisição da noção por parte do bebê de que possui um interior, um exterior e um esquema corporal.

Para Davis e Wallbridge (1982), a personalização significa muito mais que a psique residindo no soma, ela é a percepção de que *“(...) o corpo todo se torna o lugar de residência do eu”* (p. 56). E somente ao experienciar satisfatoriamente esse estágio, dependente de um bom suporte ambiental, é que o bebê terá possibilidade de estabelecer uma relação com a realidade compartilhada de maneira intensa e total.

Por fim, a realização caracteriza-se, para Winnicott ([1945] 2000), como apreciação do tempo e espaço e de outros aspectos da realidade. Esse processo se dá simultaneamente aos outros dois, mas se faz necessário que os processos de integração e personalização

tenham iniciado para que seja possível alguma relação objetal. Como visto, durante o processo de personalização, o bebê começa a distinguir realidade interna e externa e essa distinção se solidifica no processo de realização, culminando na separação entre o *self* e os objetos. A realização é, portanto, o estabelecimento das relações objetais (MACHADO, 1991) e a “(...) tomada de consciência de que a coisa ou fenômeno em questão não é produzida pela imaginação do sujeito” (WINNICOTT, [1945] 2000, p. 223).

Dentro do desenvolvimento emocional primitivo, outro importante processo é o de ilusão-desilusão. De acordo com Winnicott ([1945] 2000), o ser humano não cria as fantasias como forma de lidar com frustrações do ambiente externo. Essa afirmação justifica-se pelo fato de que a fantasia surge antes da realidade e o seu enriquecimento a partir dos elementos reais depende da experiência de ilusão. Essa experiência só pode ocorrer na mente do lactente se houver um ser humano, que apresente o mundo ao bebê de forma compreensível e adequada às necessidades desse, “(...) dando-lhe continuamente aquele pedacinho simplificado do mundo que ele, através dela (mãe)¹⁹, passa a conhecer” (WINNICOTT [1945] 2000, p. 228). Winnicott (idem) exemplifica esse processo da seguinte forma: quando o bebê está com fome, vem ao seio materno, pronto para alucinar algo a ser atacado. Nesse momento, a mãe apresenta o bico do seio real e o bebê sente que esse seio era exatamente o que ele estava alucinando. Dessa forma, a mãe vai proporcionando ao bebê a possibilidade de ter a ilusão de que seu seio é dele, como se esse estivesse sob seu controle mágico. A ilusão do bebê é de que o seio foi criado a partir de sua necessidade e, à medida que isso se fundamenta mediante a repetição, fantasia e realidade tornam-se uma só coisa, “(...) o bebê se torna criador do mundo” (DAVIS & WALLBRIDGE, 1982, p.58).

A mãe deve continuar permitindo ao filho essa experiência de onipotência, pois é através da mesma que o bebê irá se capacitando para evocar o que é disponível na realidade, acreditando que o mundo contém aquilo de que necessita e deseja. A onipotência é quase um fato da experiência. Posteriormente, a tarefa da mãe será desiludir o bebê, mas ela apenas será bem sucedida, se tiver sido capaz de oferecer primeiro a possibilidade da ilusão (WINNICOTT, [1951] 2000).

¹⁹ Observação nossa.

O processo da desilusão é essencial ao desenvolvimento de uma mente sadia e, para que ele ocorra, é imprescindível que o bebê experiencie o processo de ilusão. Ou seja, é preciso que o “(...) *bebê experiencie a ilusão de que existe uma realidade externa que corresponde a sua capacidade de criar*” (WINNICOTT, [1951] 2000, p. 328). Nesse sentido, existe, segundo Winnicott (idem), uma relação entre o que a mãe oferece ao lactente e o que esse pode conceber ali naquele momento. O bebê apenas pode conceber o seio da mãe quando o seio puder ser criado. Seguindo essa linha de raciocínio, psicologicamente, o bebê mama em um seio que é parte dele mesmo e, por outro lado, a mãe oferece o seio a um bebê que é parte dela mesma. A partir daí, pode-se constatar que a idéia de um intercâmbio entre a mãe e o bebê baseia-se em uma ilusão.

Dessa maneira, Winnicott concebe como fundamental que o bebê vivencie o sentimento de que recebe o leite devido aos seus esforços para sugar, experienciando uma satisfação que o levará a se sentir real. A satisfação é vivida, assim, como uma consequência do empenho do bebê e, por isso, não é uma satisfação ilusória, pois exigiu sua dedicação pessoal. A satisfação proveniente de um sentimento de que o bebê criou algo a partir de seus esforços está intimamente ligada ao processo de desilusão. É uma satisfação que faz com que o lactente sinta-se real, possibilitando a ele o desenvolvimento de um sentimento de *self* verdadeiro em relação ao mundo (ABRAM, 2000). Isso se deve ao fato de ser uma satisfação vivida como uma insatisfação já que vem de uma não satisfação de suas necessidades. O bebê sente-se frustrado e precisa dedicar-se com afinco para conseguir o que necessita, desenvolvendo, assim, o seu sentir-se real no mundo.

Ao passo que o indivíduo vai se integrando, pessoalizando-se e iniciando a tarefa de realização, ainda há uma longa jornada antes de começar a se relacionar como pessoa total com uma mãe total, passando a se importar com as consequências de seus próprios pensamentos e atos sobre ela (WINNICOTT, [1945] 2000). A essa consciência, Winnicott (idem) atribui o nome de concernimento.

Assim, Winnicott confere à mãe um lugar fundamental no desenvolvimento emocional primitivo do bebê. O rosto da mãe é o precursor do espelho. Nas palavras do autor:

As modificações principais realizam-se quanto à separação da mãe como aspecto objetivamente percebido. Se ninguém está ali para

ser mãe, a tarefa desenvolvimental do bebê torna-se infinitivamente complicada (WINNICOTT, [1967] 1975, p.153).

No decorrer de sua obra, Winnicott fala muito em ambiente, especificamente em ambiente inicial no contexto do desenvolvimento emocional primitivo. O conceito de ambiente inicial deve ser entendido, levando-se em consideração dois aspectos essenciais: “(...) (a) *ele não é externo e nem interno*; (b) *ele é a instância que sustenta e responde à dependência: o bebê necessita totalmente de um outro que ainda não é um outro separado ou externo a ele*” (DIAS, 2003, p. 131). Dessa forma, segundo Dias (2003), a realidade do *self* e do ambiente externo são formadas ao longo de um processo de amadurecimento a partir da relação mãe-bebê, que no início da vida são um só: “*O lactente e o cuidado materno formam uma unidade*” (WINNICOTT, [1960] 1990, p.40).

Nesse sentido, para Winnicott, o amadurecimento não ocorre em um espaço intrapsíquico, mas sim inter-humano, entre a mãe e o bebê (DIAS, 2003). Como mencionado, o bebê nasce com um *self* não integrado e, para sobreviver e se desenvolver, totalmente dependente dos cuidados de um outro ser humano capacitado. Em geral, esse ser humano é a mãe, que para poder compreender e atender o desamparo vivido pelo bebê nos primórdios de sua vida, experimenta uma regressão à dependência, denominada por Winnicott ([1960] 2005) de estado de preocupação materna primária. Por meio dessa regressão a serviço do outro - o bebê - a mãe poderá identificar-se com as necessidades e vulnerabilidades de seu filho, compreendendo-o.

Para Winnicott ([1960] 2005), dois tipos de distúrbios podem afetar esse estado de preocupação primária: o primeiro diz respeito a um envolvimento compulsivo da mãe com seus interesses próprios, que não podem ser abandonados, impedindo-a de mergulhar nessa condição. O segundo distúrbio caracteriza-se por uma preocupação patológica da mãe para com seu bebê, que não coincide com a necessidade real desse. Por essa razão, Winnicott (idem) fala em uma mãe que seja boa o suficiente para o seu filho e não boa demais ou em excesso.

A mãe suficientemente boa é capaz de se identificar com o bebê, receber suas demandas e gestos espontâneos, suportar e dar suporte e estar disponível para cuidar do bebê. Ela é o ambiente facilitador inicial, apta a uma adaptação inicialmente absoluta às necessidades do bebê e, mais tarde, capaz de uma adaptação relativa acompanhando o

amadurecimento crescente do bebê, conforme ele vai se tornando capaz de tolerar as falhas de adaptação e os resultados da frustração (DIAS, 2003). Winnicott fala em necessidades e não em desejos porque, para ele, o bebê, que está nos estágios iniciais do desenvolvimento, ainda não tem desejos por ser um *self* completamente imaturo em estado de dependência absoluta (DIAS, *idem*).

Dizem respeito à função ambiental da mãe: o segurar (*holding*), o manejo (*handling*) e a apresentação dos objetos. É por meio desse contato corporal e emocional com a mãe, que o bebê passará a ser um “eu”. No olhar da mãe ele se reconhecerá, vendo seu eu no rosto da mãe (WINNICOTT, [1967] 1975). Para poder realizar essa entrega de si mesma ao bebê, a mãe precisa de alguém que lhe proporcione sustentação, proteção e apoio moral e emocional, para que ela seja poupada de ter de se ocupar do mundo externo, ficando livre para se ocupar inteira e profundamente com o seu bebê. Winnicott ([1960] 2005) atribui essa função de sustentação à mãe ao pai, mas na ausência desse, alguém precisa desempenhá-la. Para o bebê, nessa fase, o pai (ou substituto) ainda não existe como pai, uma vez que o bebê não sabe nem mesmo da existência da mãe, só reconhecendo os cuidados que recebe. Quando o pai começa a ganhar mais espaço na relação com o bebê, esse último começa a experienciar um elemento paterno, que se insere na formação do si-mesmo, colaborando para que o bebê se sinta protegido no lar e introduzindo o significado de família para o bebê. No estágio do concernimento, quando a criança se torna um ser unitário, época em que ela está desenvolvendo a habilidade de assumir as responsabilidades por sua destrutividade, o papel do pai é de importância crucial devido a sua firmeza e capacidade de intervir e colocar limites. A criança precisa de um pai que possa conter seus impulsos contra a mãe (DIAS, 2003).

Outros dois aspectos fundamentais do desenvolvimento emocional primitivo são o espaço transicional e o objeto transicional, que se definem por um espaço intermediário entre o mundo interno e o mundo externo. Ao observar o uso pelo lactente dos primeiros objetos, Winnicott constatou que bebês e crianças estabelecem uma relação repleta de subjetividade com objetos concretos e reais, que, então, não são objetos internos. Essa relação com os primeiros objetos se dá em uma área intermediária entre as realidades interna e externa - entre o eu e o não-eu. Área que articula a ausência e presença da mãe. Winnicott chama essa área de “espaço transicional” e faz referência aos objetos como

“objetos transicionais”. Toda e qualquer experiência que ocorre nesse ínterim é considerada um “fenômeno transicional” (ABADI, 1998).

Segundo Winnicott, os fenômenos transicionais são imprescindíveis ao desenvolvimento humano por levarem o indivíduo a um novo sentido da realidade, enraizada no mundo subjetivo do lactente (DIAS, 2003). Entretanto, o bebê só estará apto a viver os fenômenos da transicionalidade, entretendo-se com os objetos transicionais, se for proporcionado a ele um sentido de segurança e sustentação. Caso contrário, ele não se sentirá a vontade para se ausentar porque se sente em perigo, tendo que ficar alerta a fim de se proteger de possíveis invasões de seu ambiente (DIAS, 2003).

Os fenômenos transicionais não são pertinentes à linha natural do amadurecimento, mas sim à linha direta da tarefa da realização. No início, a tarefa de iniciar o contato com a realidade é desempenhada pela mãe, que apresenta o mundo ao lactente e esse último não precisa saber que os objetos do mundo foram encontrados e não criados por ele para que ele possa se relacionar com a realidade externa por via da criatividade e não da submissão (DIAS, 2003).

Posteriormente, no estágio EU SOU, o bebê terá que lidar com o fato de existir separado do mundo e o desafio de sua vida será poder se relacionar com a concretude e imposição do mundo externo, sem perder sua espontaneidade pessoal e sua criatividade originária (DIAS, 2003). Em outros termos, ele terá de se adequar ao meio externo, sem se submeter ao mesmo.

Como visto, os fenômenos da transicionalidade encontram-se precisamente nessa região entre a realidade subjetivamente concebida e a realidade objetivamente percebida, funcionando como uma passagem intermediária e facilitadora. Eles originam-se em uma área de ilusão, de onipotência e começam a ocorrer por volta dos oito e dez meses, quando o processo de desilusão já está acontecendo. Esses fenômenos têm a função de conferir continuidade à experiência de ilusão, relativizando gradualmente o grau de onipotência, sendo caracterizados pelo apego ao objeto transicional e apontam para o início da capacidade de simbolização.

Os fenômenos transicionais desdobram-se nas capacidades de brincar e criar, na medida em que o amadurecimento prossegue, em todo espaço cultural. Assim, os objetos transicionais e o brincar conduzem à capacidade do adulto de usar a cultura, artes, religião,

etc. Essa capacidade se desenvolve apenas se embasada na experiência de ilusão, experiência inicial e essencial para o bebê, pois, conforme Winnicott, é fundamental que a criança comece vivendo num mundo subjetivo em que se percebe como a criadora de todas as coisas (DIAS, 2003).

A respeito dos conceitos de “objeto transicional” e “fenômeno transicional”, declara Winnicott ([1951] 2000):

Introduzi as expressões “objeto transicional” e “fenômeno transicional” para designar a área intermediária da experiência, entre o polegar e o ursinho, entre o erotismo oral e a verdadeira relação objetal, entre a atividade da criatividade primária e a projeção do que já teria sido introjetado, entre a não consciência primária da dívida e o reconhecimento da dívida (Diz “bigado”!) (p. 317).

A função do objeto transicional tem importância substancial para a criança e se caracteriza por um dos requisitos indispensáveis à ação criativa (WINNICOTT, [1951] 2000), pois, para Safra (2005), o objeto transicional “(...) *é articulador de sonho, abre realidades, sentidos e significações*” (p. 85). Esse objeto, que, em geral, é apresentado pela mãe, deve manter-se inalterado (não pode ser lavado ou deixado em casa se a família sair) e deve gerar na criança uma sensação de calor e afeto, dando-lhe a impressão de ter vida própria e, sobretudo, deve sobreviver ao amor e ao ódio infantil. Conforme se desenvolvem os interesses culturais da criança, o esperado é que ela vá desinvestindo o objeto (WINNICOTT, [1951] 2000).

Para Winnicott, a função do objeto transicional não está relacionada à concretude do mesmo, “(...) *sua coisidade*²⁰ *é crucial apenas porque ela ajuda a criança a sustentar uma realidade interna que se amplia e evolui, e a auxilia a diferenciá-la do mundo que não é o eu*” (KHAN, 2000, p. 21). Nesse sentido, o objeto em si não é relevante, mas sim, o uso que se faz desse, conforme Khan (idem), que esclarece que, para Winnicott, o uso de objetos implica em uma capacidade mais sofisticada do que o simples relacionar-se com objetos. Isso porque o uso de objetos pressupõe a existência de uma realidade externa, enquanto o relacionar-se pode indicar uma interação com objetos internos. Ao usar o objeto

²⁰ Grifo do autor.

externo e concreto, o indivíduo lida com sua destrutividade e a constatação de que o objeto sobrevive a essa confirma que ele pode ser usado.

Apesar de sua importante contribuição ao desenvolvimento emocional, o objeto transicional também pode progredir de forma patológica em quadros de adições, roubos e fetichismo. Nesses casos, ele deixa sua característica transitória e se torna permanente e definitivo, passando a ser chamado de objeto fetiche (ZIMERMAN, 2001). O objeto na qualidade de fetiche tem a função de garantir o sentido de continuidade corporal, definindo-se por “(...) *uma tentativa de preencher os buracos na organização do corpo da criança*” (SAFRA, 2005, p. 85), que podem ter sido deixados por um ambiente não bom o suficiente para seu desenvolvimento.

Ainda dentro do âmbito do desenvolvimento emocional primitivo, Winnicott ([1988] 1990) julga importante fazer uma distinção entre estados de excitação e não-excitação para se descrever um bebê. Dias (2003) explica que os estados de excitação têm sua gênese em impulsos apoiados em ondas instintuais, gerando uma tensão instintiva que se transforma em uma urgência. O bebê, absolutamente dependente da mãe, é tomado por uma intensa expectativa, já que ele não tem conhecimento algum acerca de sua necessidade ou do que aguardar. Assim, ele manifesta sua expectativa em gestos espontâneos, “(...) *preparado para encontrar algo em algum lugar, mas sem saber o que*” (WINNICOTT, idem, p. 120).

Como mencionado, nesse momento, o bebê está apto a criar e a mãe, ao satisfazer a sua necessidade, permite ao bebê ter a ilusão de que o seio – que nesse caso significa a satisfação de uma necessidade - foi criado pelo impulso originado em sua necessidade (WINNICOTT, [1988] 1990). De acordo com Winnicott (idem), a mãe suficientemente boa é capaz de se adaptar tão intimamente às necessidades do bebê, que permite que ele viva a ilusão de ter criado o objeto de sua satisfação. Por outro lado, quando a mãe não é boa o suficiente, mostrando-se incapaz de se adaptar às necessidades do bebê, ele não se sentirá criador do mundo e, como consequência, não conseguirá manter relacionamentos excitados com objetos ou pessoas no mundo externo.

Já nos estados de não-excitação, não há esse tipo de expectativa, segundo Winnicott ([1988] 1990). Nesses estados a necessidade do bebê é ficar no estado não integrado, sentindo-se bem sustentado e, portanto, relaxado. Ele se entrega à contemplação, entrando

em contato com os estados fisiológicos da digestão ou ele simplesmente fica envolvido pelos barulhos, odores e movimentos do ambiente. A mãe, por sua vez,

(...) permanece lá, sustentando a situação no tempo, aguardando que o bebê retome a uma busca qualquer. Quando ele desperta e faz um gesto de comunicação, lá está ela, apresentando-lhe um fragmento do mundo ou um manejo que confirma para ele, que o mundo continua presente ou vivo (DIAS, 2003, p. 191).

Nos estados tranquilos, o bebê fica relaxado, entregue e seguro. Esse estado de descanso é primordial para que qualquer impulso possa ser sentido como real, podendo tornar-se de fato uma experiência pessoal (DIAS, 2003). Se isso não ocorrer, o bebê se tornará um acumulado de reações à violação ao qual foi exposto pela mãe ao invadir esse seu momento de quietude e retirada, não atendendo suas necessidades, que acabam sendo substituídas pelo próprio gesto da mãe, ao qual o lactente se submete (WINNICOTT, [1960] 1990). Dessa forma, o bebê fica impedido de constituir o seu si mesmo verdadeiro. Nas palavras de Winnicott: *"O 'indivíduo' desenvolve-se então mais como uma extensão da casca que como uma extensão do núcleo, ou seja, como uma extensão do ambiente invasor"* (WINNICOTT, [1950-55] 2000, p. 297).

b) A agressividade para Winnicott

Visto como o ser humano se desenvolve e amadurece para Winnicott, temos agora suporte para compreender a sua teoria a respeito da agressividade, que será apresentada nas próximas páginas. É a partir dessa teoria que buscamos abordar e compreender, neste trabalho, os aspectos subjetivos latentes à permanente vitimização de mulheres.

- **A integração da agressividade ao longo do amadurecimento**

Para Winnicott ([1950-55] 2000), a agressividade está presente desde a vida intra-uterina e é constitutiva do ser humano, sendo compreendida como força vital. Para ele, a agressividade vai sendo elaborada e integrada ao passo que o indivíduo se desenvolve, se houver um ambiente suficientemente bom. A integração da agressividade poderá ocorrer se

o ambiente permitir que o bebê exerça sem compadecimento seus impulsos agressivos antes de ter a capacidade de se sentir responsável pelas consequências de seus atos e fantasias agressivas (GARCIA, 2009).

Ao discorrer sobre a agressividade em relação ao desenvolvimento emocional, Winnicott ([1950-55] 2000) enfatiza que “(...) *se a sociedade encontra-se em perigo, não é por causa da agressividade do homem, mas em consequência da repressão da agressividade pessoal nos indivíduos*” (p. 288). Essa frase evidencia a importância atribuída por Winnicott à agressividade no amadurecimento humano.

- **As origens da agressividade**

Para Winnicott ([1950-55] 2000), podemos identificar a agressividade na vida humana desde que o bebê dá pontapés e se movimenta no interior do ventre materno. Segundo o autor, o objetivo do bebê não é machucar a mãe ou abrir caminho para sair do útero, mas alguma força o leva a se movimentar e essa força é a agressividade, que em sua gênese funciona como atividade, tratando-se de uma função parcial.

Quando o bebê morde os mamilos da mãe com suas gengivas, novamente estamos diante de uma função parcial: para Winnicott, a intenção do bebê aí não se define por destruir a mãe, mas por obter “(...) *satisfação, a paz do corpo e do espírito*” (WINNICOTT, [1939] 2005, p. 97). Winnicott não nega que o amor primitivo se manifesta de forma cruel e perigosa, ao contrário, para ele a expressão primitiva de amor é agressiva, mas apenas por acaso, pois no início da vida o bebê ainda não tem condições de perceber as consequências de seus impulsos instintivos no outro e nele mesmo.

Essas funções parciais vão se organizando no indivíduo ao passo que ele amadurece, transformando-se, então, em agressividade propriamente dita (WINNICOTT, [1950-55] 2000). O modo como a agressividade se manifestará na vida do indivíduo depende de como o ambiente recebe as demonstrações do estar vivo do bebê no início da vida: sua vivacidade, motilidade e voracidade (GARCIA, 2009). A agressividade não será de todo intencional em situações de doença, mas na saúde, sim, será intencional. (WINNICOTT, idem). Isso porque para que o indivíduo possa ter contato com a própria

agressividade, a mesma precisa estar integrada em sua personalidade e esse processo de integração demanda tempo e um ambiente suficientemente bom.

Dessa forma, conforme Winnicott ([1950-55] 2000, p. 290), no processo de desenvolvimento do ego a agressividade passa pelos seguintes estágios:

Inicial----- Pré-integração/Propósito sem piedade

Intermediário----- Integração/Propósito com piedade/Culpa

Personalidade total-----Relações interpessoais/Situações triangulares/Conflitos conscientes e inconscientes

Examinando o estágio inicial do desenvolvimento, Winnicott postula que as fontes da agressividade são (DIAS, 2000, p. 14):

- a motilidade, encontrada desde a vida-intrauterina;
- o impulso amoroso primitivo, pertinente à raiz instintual e dependente da raiz motora – a motilidade – para se manifestar;
- as invasões ambientais.

Além dessas três raízes, para se compreender agressividade para Winnicott, também há de se considerar a destrutividade sem raiva, que deriva da destrutividade intrínseca ao impulso amoroso primitivo e que permite ao indivíduo a capacidade de uso do objeto. Esse conceito foi formulado por Winnicott apenas em 1968 (DIAS, 2000).

As duas primeiras e a última raiz mencionadas caracterizam-se por fontes agressivas naturais do amadurecimento saudável, necessitando serem integradas à personalidade total. Já a agressividade consequente às invasões ambientais é de cunho patológico, pois é reativa e defensiva e não genuína (GARCIA, 2009).

Winnicott compreende, assim, que as variações relativas aos fenômenos da agressividade humana se devem à recepção fornecida pelo ambiente às manifestações do estar vivo do bebê. O potencial instintual ou erótico dos bebês não varia muito de um bebê para outro, entretanto, o potencial agressivo, ou seja, motor, varia muito, por estar relacionado às provisões ambientais desde o movimento fetal e principalmente nos estágios iniciais do desenvolvimento, logo que bebê nasce. Dessa forma, quando observamos um bebê com raiva por estar vienciando alguma frustração, muito já se passou, determinando o potencial agressivo daquele bebê como elevado ou baixo.

Vamos agora nos debruçar sobre cada raiz da agressividade a fim de melhor compreendê-las.

- A motilidade

De acordo com Winnicott ([1950-55] 2000), a motilidade está na gênese da agressividade, definindo-se por sua raiz mais primitiva, já que data da vida intra-uterina. A motilidade constitui-se por parte intrínseca ao estar vivo e nos acompanha ao longo de toda a vida. Por meio da motilidade, o indivíduo pode experimentar o tônus muscular, já que a motilidade acompanha e realiza as ideias, sendo que todas as experiências são tanto físicas quanto não físicas. A partir daí, Dias (2003) declara: “(...) *a existência humana é essencialmente psicossomática*” (p. 104) e na saúde o corpo participa de todas as experiências.

Como visto, o ambiente tem um papel deveras importante no pensamento de Winnicott e, aqui também, é necessário um favorecimento ambiental para que a motilidade possa ser exercitada pelo feto e depois pelo lactente. Para se identificar se o ambiente favorece ou não a itegração da motilidade, faz-se necessário levar alguns aspectos em consideração. Enquanto está sendo gestado no ventre materno, o feto se movimenta e, ao se movimentar, esbarra na parede do útero. Dessa maneira, de modo espontâneo, o feto começa a descobrir o ambiente por meio de seu impulso pessoal e não por uma necessidade do ambiente. Essa descoberta leva a um reconhecimento precoce de um mundo *Não-eu* e a uma instauração do *Eu*. O fato de o impulso do movimento ter surgido de uma necessidade genuína do feto faz com que ele muito primitivamente já se sinta real (WINNICOTT, 1950-55] 2000).

Mesmo protegido pelo útero da mãe, o feto pode sofrer invasões ambientais devidas a uma vida muito irregular da mãe, a título de exemplo (GARCIA, 2009). Nesses casos, há uma imposição do ambiente e a força vital do feto passa a destinar-se, então, a reagir a tais intrusões (WINNICOTT, [1950-55] 2000).

Se a dinâmica relacional entre mãe e bebê for desde a concepção favorecedora dos impulsos genuínos do segundo, ele já nasce sentindo-se real e sua saúde emocional já começa a ser construída. Caso contrário, se os movimentos fetais sempre se constituírem

por reações às invasões ambientais, suas experiências não serão vivenciadas como pessoais e reais e inicia-se aí uma condição de doença emocional. A fim de poder sentir-se real, o feto “(...) *desenvolve uma retirada em direção à quietude, única situação em que a existência individual é possível*” (WINNICOTT, idem, p. 297).

Winnicott ([1988] 1990) postula um estado do ser do feto e do bebê recém nascido: a continuidade do ser. Esse estado significa saúde, “(...) *a sensação de um viver verdadeiro*” (p.149). Quando ocorrem intrusões ambientais, há uma interrupção da continuidade do ser do bebê, que pode ser recuperada com o retorno ao isolamento. A partir de um determinado momento anterior ao nascimento, o bebê passa a se acostumar com as interrupções à continuidade, tornando-se capaz de aceitá-las se elas não forem intensas ou prolongadas demais. Ele começa a reconhecer as interrupções e a lidar com elas, desde que as mesmas sejam suportáveis à sua fragilidade.

Já fora da barriga da mãe, é necessário que o bebê injete o máximo de motilidade nas experiências instintuais, pois a motilidade realiza o impulso, participando da experiência. A partir daí, Winnicott começa falar sobre a fusão do impulso motor com o impulso erótico/instintual. Para Winnicott ([1960] 1983), “*A palavra ‘fusão’ indica o processo positivo pelo qual elementos difusos que fazem parte de um erotismo muscular e do movimento se tornam (normalmente) fundidos com o funcionamento orgástico das zonas erógenas*” (p. 45). A fusão caracteriza-se por uma difícil tarefa, que pode não ser conquistada pelo bebê e mesmo em indivíduos saudáveis, ela nunca é completa. Ela é proporcionada pelo *holding* ambiental que permite ao bebê movimentar-se livremente enquanto satisfaz um impulso erótico (mamar para saciar a fome, por exemplo). Para tanto, é necessário que a mãe sinta-se à vontade com seu corpo sinta prazer com a ideia “(...) *de ser atacada por um bebê faminto*” (WINNICOTT, [1945] 2000, p. 227), deixando-o livre para se movimentar e explorar seu corpo o máximo possível. A mãe precisa estar com seu bebê “(...) *para ser sentida de todas as maneiras possíveis*” (WINNICOTT, [1948] 2000, p. 237).

Entretanto, mesmo que o bebê tenha injetado o máximo de motilidade, ficando exausto com a experiência de satisfação do impulso erótico, segundo Winnicott ([1950-55] 2000), sempre resta um tanto de motilidade sem ser gasta e que precisa de um destino, a que ele atribui a razão da diferença existente entre os vários indivíduos quanto à

agressividade. Esse destino é o encontro de alguma oposição para seu movimento, o bebê precisa se sentir empurrando algo, pois isso confere-lhe sentido de realidade, assim como lá no ventre materno, ao se movimentar e se deparar com a oposição da parede do útero, o feto começa a ser dar conta da existência de um Eu e de um Não-eu.

Se o bebê não encontrar a oposição de que necessita, o impulso motor permanece não satisfeito, constituindo-se uma ameaça para seu bem-estar (WINNICOTT, [1950-55] 2000). Apenas por meio do encontro com a oposição que os impulsos motores são satisfeitos. Para Dias (2000), a partir do contato com a oposição, o bebê pode ir transformando sua força vital (agressividade) em capacidade para a agressão de fato. Na doença, o bebê não encontra a oposição que busca e na saúde, sim, ele a encontra e demonstra prazer em procurá-la (GARCIA, 2009).

Como dito anteriormente, na vida intra-uterina e logo após o nascimento, o bebê, apesar de poder machucar a mãe com seus movimentos que visam sua própria satisfação, ainda não tem a intenção e nem a noção de que a está ferindo. Porém, à medida que vai amadurecendo e com a repetição das experiências, o bebê vai percebendo que as pancadas acidentais que dá enquanto se movimenta podem funcionar como golpes capazes de machucar. Assim, pode-se compreender que o bebê descobre seu próprio potencial agressivo ao passo que pode distinguir entre Eu e Não-eu, afirmado por Winnicott ([1964] 2005) ao declarar que a integração da agressividade depende de uma distinção clara entre Eu e Não-eu.

É proporcionando ao bebê o exercício livre de sua motilidade enquanto satisfaz seus impulsos instintuais e oferecendo a oposição adequada à motilidade residual, que a mãe e/ou ambiente suficientemente bom favorecerão a fusão do impulso motor com o erótico, processo crucial para a vivência do sentimento de realidade da experiência pelo bebê. Como mencionado, a motilidade realiza o impulso instintual, conferindo, assim, realidade à experiência (WINNICOTT [1950-55] 2000).

Quando o ambiente não pode ser suficientemente bom, impondo-se ao bebê em vez de se adaptar às suas necessidades, além de ser invasivo, inibindo o gesto espontâneo, ele não favorece a fusão entre os impulsos motor e erótico. Nesse caso, a motilidade passa a aparecer apenas como reação à intrusão, deixando de ser vivenciada como uma experiência

peçoal. Se essa dinâmica relacional se torna um padrão, o bebê busca o isolamento para poder ter uma existência genuína e individual (WINNICOTT, [1950-55] 2000).

Pode existir também, conforme Winnicott ([1950-55] 2000), um ambiente ainda mais invasivo, que impossibilita o bebê ter existência individual mesmo com o isolamento. A consequência é “(...) *uma falha na capacidade do narcisismo primário de se transformar num indivíduo*” (p.297). Ou seja, nessa situação é impossível ao bebê desenvolver-se a partir do seu verdadeiro si-mesmo, seu núcleo; ele acaba se desenvolvendo como um prolongamento do ambiente invasor. Aquilo que sobra do núcleo fica oculto e pode não ser encontrado nem mesmo por meio de profundo trabalho psicanalítico. “*O indivíduo, assim, existe por não ser encontrado*”²¹ (p.297). Lidamos, nesses casos, com o falso *self*, cujo objetivo é proteger o verdadeiro *self*, escondendo-o. Esse *self* falso é aquele que existe para a sociedade, estando, convenientemente, harmônico com a mesma. Porém, a falta de um *self* verdadeiro gera grande instabilidade emocional, evidenciada como um forte sentimento de vazio e inutilidade pelo indivíduo.

Nesses dois últimos tipos de ambientes invasivos, não pode haver fusão satisfatória entre os impulsos motor e erótico, restando uma grande quantidade de motilidade residual, que necessita encontrar oposição. Nesses casos, considerados situações de doença por Winnicott ([1950-55] 2000), a motilidade só se torna experiência quando o indivíduo sofre oposição via intrusão ambiental. Mas, para tanto, o ambiente precisa invadir de modo constante, consistente e com um padrão próprio e específico. Caso contrário, o indivíduo não consegue desenvolver um padrão que seja seu. Dessa maneira, a motilidade é convertida em reações à intrusão, tornando-se impossível a integração dos impulsos erótico e motor num si mesmo, de modo a ocasionar uma não instauração do *self* verdadeiro. O bebê segue vivendo porque alguém o seduz para a experiência erótica (a mãe lhe oferece o seio, por exemplo), satisfazendo seus instintos, mas essa satisfação não é vivenciada como real e, em paralelo a ela, há uma agressividade reativa dependente da oposição para se manifestar. Essa agressividade reativa e não-fundida, apesar de não servir nem para o propósito de destruição, caracteriza-se por muito valiosa para o indivíduo, pois lhe proporciona sentido de realidade e a sensação de estar se relacionando. Entretanto, como

²¹ Grifo do autor.

ela não é espontânea e pessoal, precisa sempre ser provocada por oposição ou por uma posterior perseguição.

Ainda sobre a fusão instintual, Winnicott ([1950-55] 2000) afirma que o indivíduo pode atingir uma falsa fusão entre os impulsos agressivos e eróticos, transformando a agressividade não-fundida em masoquismo, mas para isso requer a existência de um perseguidor confiável. Assim, o indivíduo desenvolve-se de modo falso, necessitando de um perseguidor para dar destino à motilidade/agressividade residual, única maneira que sobrou de ele se sentir real. Isso porque, para Winnicott, a sensação de ser real provém da raiz motora. O instinto precisa da motilidade para ser realizado e, portanto, é a motilidade que trará veracidade e realidade à experiência. Winnicott (idem) declara até que o parto normal é muito importante para a saúde emocional, pois ajuda o bebê a perceber sua existência como fruto de seu próprio esforço e, ou seja, real.

Assim, para Winnicott ([1950-55] 2000), a impulsividade inata e comum a todos os indivíduos apenas se torna um gesto agressivo quando encontra oposição, que confere realidade à experiência, que, por sua vez, é fundida pelas experiências eróticas a serem vivenciadas pelo lactente. Winnicott (idem) enfatiza que “(...) *é esta impulsividade e a agressividade que dela deriva que levam o bebê a necessitar de um objeto externo, e não apenas de um objeto que o satisfaça*”²² (p.304). Ou seja, se o bebê se desenvolver em um ambiente suficientemente bom, favorecedor da fusão entre os componentes agressivo e erótico, ele precisará do outro para se relacionar e não será dependente da intrusão do outro para dar destino à sua agressividade, configurando uma situação patológica.

Pode-se compreender, dessa maneira, que o potencial agressivo de cada um não depende exclusivamente de fatores biológicos, mas também da não fusão entre o motor e o erótico, que mesmo na saúde haverá em algum grau.

- Os instintos

Como mencionado, Winnicott concebe os impulsos amorosos pertinentes aos primórdios da vida como intrinsecamente destrutivos. Entretanto, para o autor, essa

²² Grifo do autor.

destrutividade é fruto do estar vivo do bebê e não de raiva ou ódio, que nesse estágio o bebê ainda nem é capaz de sentir.

O impulso amoroso primitivo constitui-se a primeira expressão do estar vivo do bebê. Logo que nasce, o lactente encontra-se em um estado de não itegração e ele ainda não possui condições de distinguir entre Eu e Não-eu. Pode-se ver a manifestação do impulso amoroso nos momentos em que o bebê migra de um estado não-excitado para um estado excitado. Ele depende absolutamente da mãe para satisfazer seu impulso, acalmando sua excitação e, para Winnicott, essa dependência é dupla, pois o bebê depende da mãe sem ter consciência desse fato, já que ele ainda não diferencia Eu de Não-eu (GARCIA, 2009).

Nesse período, por ainda não ter maturidade para se dar conta da existência do outro e da realidade externa, o bebê é impiedoso (*ruthless*), pois ele ainda não tem capacidade para se responsabilizar pelas consequências do seu amor primitivo em si próprio e no outro (WINNICOTT, [1945] 2000). Assim, não se pode falar em intencionalidade na destrutividade do amor primitivo – essa destrutividade faz parte da essência do estar vivo e do impulso para seguir vivo e é apenas incidental às tentativas de satisfação instintual (WINNICOTT, [1950-55] 2000).

Como visto, desde os primórdios e ao longo de toda a vida, o indivíduo alterna entre estados de excitação e não-excitação, que começam dissociados, mas vão se integrando com o amadurecimento na presença de um ambiente suficientemente bom. No estado não excitado, o bebê, se sustentado por um ambiente suficientemente bom, permanece relaxado e entregue em um estado de não-integração, elaborando imaginativamente suas funções corporais ou dormindo. Quando tomado por uma tensão instintual, vivenciada pelo bebê como urgência (DIAS, 2003), ele, sem conhecimento de suas necessidades, apenas faz algum movimento da mão ou da boca, buscando encontrar algo que lhe satisfaça e retire sua tensão. Nesse momento, a mãe suficientemente boa providencia aquilo que o bebê precisa, o que permite concluir que os estados de excitação ocasionam os primeiros contatos do bebê com a realidade (WINNICOTT, [1988] 1990).

De acordo com Winnicott ([1960] 1983), a instintualidade ainda não é vivenciada como interna pelo lactente, soando os instintos ao mesmo “(...) *tão externos como o troar de um trovão ou de uma pancada*” (p.129), pois ainda não foram integrados pelo bebê como parte do verdadeiro eu, o que ocorrerá apenas com mais amadurecimento no estágio

do concernimento (DIAS, 2003). Por esse motivo, segundo Dias (idem), ao se referir à instintualidade no início da vida, Winnicott não utiliza o termo “instinto”, mas sim o termo “tensão ou excitação instintual”. Mesmo sem reconhecer as tensões instintuais como próprias, elas são dotadas de sentido, pois são elaboradas imaginativamente pelo lactente de modo contínuo.

Ao discorrer sobre agressividade na obra de Winnicott, Dias (2003) explica que quando o bebê está faminto, ele é tomado por algo que o invade e ameaça, mas não sabe de onde vem o incômodo e nem é capaz de diferenciar o mal estar causado pela fome daquele causado por um forte barulho ou de uma queda brusca de temperatura. Quando a mãe identifica a necessidade do bebê, atendendo-o, ela evita uma interrupção da continuidade de ser do lactente, pois as tensões instintuais podem ser avassaladoras, gerando ao bebê a sensação de ameaça à sua existência. Desse modo, na presença de um ambiente suficientemente bom, “(...) *todo o percurso deslanchado pela tensão instintual torna-se uma experiência que fortalece o ego e favorece a coesão psicossomática da criança*” (p. 177). Sem esse suporte ambiental, as excitações instintuais não podem ser integradas e pessoalizadas, continuando a serem vivenciadas como externas, invasivas e até perseguidoras, de forma a estabelecer uma disposição paranóide.

Ao longo das várias repetições do processo de o bebê ser acometido por tensões instintuais e a mãe atendê-lo da maneira e no momento adequados, a integração vai se firmando e o bebê vai progressivamente se capacitando a reconhecer os impulsos instintuais como parte de si mesmo e não como externos. Posteriormente, ao atingir uma identidade unitária, o bebê, percebendo os instintos como próprios, ficará assustado e preocupado com os efeitos dos mesmos tanto em si quanto na mãe. Antes disso, ele não sabe nem que os instintos surgem dentro de si, não podendo responsabilizar-se pelas consequências dos mesmos (DIAS, 2003).

Nesse momento anterior à integração dos instintos, no ímpeto para se satisfazer e cessar a turbulência causada pelas tensões instintuais, o bebê machuca e esvazia. O modo como a mãe lida com essas manifestações incompadecidas do estar vivo do bebê abrem espaço para a possibilidade de ele começar ou não a integrar essa espontaneidade para que futuramente ela possa ser convertida em agressividade. A vivência desse relacionamento incompadecido com a mãe nos primórdios da vida é essencial para o desenvolvimento

saudável do bebê (GARCIA, 2009). Se a mãe não puder estar aberta a receber as manifestações inapropriadas do bebê, ele terá de reagir a essa mãe não suficientemente boa de algum dos seguintes modos:

- escondendo seus impulsos, já que a mãe não suporta sua espontaneidade;
- inibindo-os, de modo a desenvolver um auto controle;
- cindindo seus impulsos instintuais de maneira que fiquem desconhecidos e não integrados a si mesmo;
- convertendo seus impulsos em comportamento anti social, violência ou compulsão à destruição (DIAS, 2000).

- As constantes interrupções da continuidade de ser

Essa raiz da agressividade é patológica por definição, pois deriva das constantes falhas ambientais, interruptoras da continuidade de ser do bebê, obrigando-o a reagir. Antes de o bebê atingir uma identidade unitária, cabe ao ambiente suficientemente bom assegurar-lhe sua continuidade de ser. Se o ambiente falha com muita frequência, é vetada ao bebê a continuidade de ser, de modo a impedi-lo de ser ele mesmo. As repetidas interrupções provocam no lactente um constante, porém vago, estado de alerta contra um perigo ou horror prestes a chegar. Junto a esse estado, há uma raiva embutida, que não pode ser vivenciada pelo bebê enquanto tal, devido à sua imaturidade no momento do desastre. Ou seja, sua total inconsciência a respeito da existência de um ambiente contra o qual se rebelar (DIAS, 2000). Após a invasiva experiência de interrupção da continuidade de ser do bebê, o que fica registrado, antes da organização de novas defesas, é uma quebra na linha contínua de sua existência e não raiva propriamente dita (GARCIA, 2009).

Dias (idem) aponta um trecho da obra de Winnicott em que se pode verificar a formulação da questão das invasões ambientais e da raiva não experienciada decorrente das mesmas. Esse trecho está no artigo “Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais”, datado de 1951, em que Winnicott afirma haver, no início da vida, um momento em que o bebê está elaborando a capacidade de manter as pessoas vivas em seu mundo subjetivo e necessita da presença física da mãe para que a memória da presença não se dissipe.

Trata-se de uma questão de dias, horas, minutos. Antes que certo limite seja atingido, a mãe ainda está viva; depois de transposto o limite, ela morreu. Entrementes, há um precioso momento de raiva, rapidamente perdida, ou nunca experimentada talvez, mas sempre potencial e trazendo consigo o medo da violência (p. 39).

Dias (2000) atenta para o fato de que a raiva desaparece não devido a uma censura superegóica a um pensamento ou a um desejo insuportáveis, mas em função da imaturidade do bebê, que não o permite abranger o trauma no âmbito de sua experiência: *“O blackout é registrado de algum modo, mas não pode ser experienciado enquanto tal”* (p.27). Como declarou Winnicott na citação acima, essa raiva embutida traz consigo o medo da violência e essa violência é defensiva, podendo ser seriamente destrutiva.

- **A destrutividade (*no anger*) criadora da externalidade e do uso do objeto**

Para Winnicott, o tema agressividade está intrinsecamente ligado à constituição do mundo externo. Ao teorizar a respeito de um tipo de destrutividade não instintual e sem raiva, pertencente aos estágios iniciais da vida, ele esclarece como se dá a profunda ligação mencionada. Essa destrutividade sem raiva (*no anger*) não se trata de uma destruição efetiva e sim de uma destruição potencial, que ocorre inconscientemente em fantasia (DIAS, 2000).

Tudo começa na transição entre o bebê viver a experiência de “ser o seio” a “ter o seio” e posteriormente a “usar o seio”, como explica Dias (2000): nos primórdios, o bebê vivencia a experiência subjetiva de ser o seio e, se ele puder ter adquirido confiança em sua capacidade de criar aquilo de que necessita, os aspectos da experiência de ser serão incorporados ao si mesmo, passando o bebê de ser a “ter um seio (bom)”. Se a mãe suficientemente boa puder apresentar o seio ao bebê no mesmo momento em que esse o cria, a experiência do lactente com o seio bom será uma relação com uma projeção (aqui no sentido de criação) do seu si mesmo. A partir de sucessivas experiências como essa, o bebê faz a passagem de “ter um seio” para “usar o seio”, o que revela o seio não apenas como uma criação subjetiva, mas como um seio, que apesar de externo a si mesmo, encontra-se disponível para o uso do bebê. A aquisição da capacidade de usar o objeto requer que a mãe desatapte-se gradualmente ao bebê e, no lugar de seguir adivinhando as necessidades do

mesmo, permita que ele manifeste-se por meio de sua própria comunicação. Se a mãe insistir em continuar absolutamente adaptada ao bebê para além daquilo que ele de fato necessita, esse se vê diante de duas possibilidades: regredir a fim de satisfazer a necessidade da mãe em continuar sendo a provedora ou desprezar totalmente a mãe. Nesse caso, o seio, apesar de bom, é perseguidor e deve ser destruído. A agressão dirigida ao seio bom é, então, reativa, bem diferente da agressão pertinente ao impulso amoroso primitivo.

Essa importante passagem de “ser a ter e a usar o seio” participa da conquista que leva o bebê a se relacionar com os objetos objetivamente percebidos e não mais apenas com os objetos subjetivos. A relação com objetos externos e com existência independente do bebê enriquecem sua personalidade e são passíveis de serem usados. Como não seria nada saudável para o bebê seguir vivendo em um mundo criado por suas projeções, há um determinado momento do amadurecimento saudável em que o bebê aniquila o objeto, então subjetivo, visando expulsá-lo de seu controle onipotente, vê-lo sobreviver e, assim, reconhecê-lo como algo fora e separado de seu si mesmo, como algo com existência própria (DIAS, 2000). De acordo com Winnicott, para o objeto poder ser usado, primeiro ele precisa ser real, o que nesse caso significa fazer parte da realidade compartilhada (WINNICOTT, [1969] 1989). A partir daí, o bebê pode viver no mundo compartilhado por todos e usar os objetos. Ou seja, ao criar a externalidade do mundo, é que o bebê pode viver no mundo externo e usufruir do mesmo.

Quando o bebê expulsa o objeto de seu controle onipotente é concedido ao segundo seu caráter externo. Esse processo foi denominado por Winnicott ([1969] 1989) como destruição do objeto. Para Winnicott (idem), essa destruição é fundante da criação da realidade; o bebê precisa destruir o objeto subjetivo, colocando-o para fora do si-mesmo para que tal objeto tenha existência própria e independente.

Entretanto, Winnicott ([1969] 1989) enfatiza que, para ser exitosa, a experiência de destruição depende de que o objeto sobreviva a ela, não retaliando e nem sucumbindo. O objeto mudar de atitude ou qualidade também significa para o autor sua não sobrevivência à destruição. Se o objeto sobrevive à destruição, a criança pode desenvolver de forma saudável sua agressividade pessoal, que, mais tarde, funcionará como pano de fundo para uma permanente fantasia inconsciente de destruição. E é a partir da destruição inconsciente

do objeto subjetivo que começa a fantasia para Winnicott. Como a destruição está na fantasia, o objeto externo pode ser usado, sem correr o risco de ser de fato aniquilado.

A possibilidade de amar o objeto, o sentimento amor surge apenas após a destruição do objeto subjetivo na fantasia inconsciente. Antes desse amor, há o amor primitivo, que, para Winnicott são os estados excitados do bebê, decorrentes das tensões instintuais. O amor ao objeto sobrevivente à destruição é bem diferente do amor primitivo, tratando-se do sentimento de um eu dirigido a um outro separado e inteiro. Assim, o amor se constrói no processo de amadurecimento e depende da destruição para ser desenvolvido, da mesma forma que a realidade externa. O objeto subjetivo deve ser constantemente destruído e essa destruição torna-se o pano de fundo inconsciente para o amor a um objeto externo e real. (DIAS, 2000). Mais uma vez fica evidente o papel central da agressividade na visão de Winnicott a respeito do ser humano.

Se a mãe está deprimida ou reage à destrutividade do bebê de forma a retaliá-lo, esse não poderá “(...) *experienciar a raiz pessoal da agressão ou da fantasia destrutiva ou fazê-la sua ou ser movido por ela e, por conseguinte, jamais poderá convertê-la na fantasia inconsciente de destruição do objeto libidinizado*” (WINNICOTT, [1969] 1989, p. 190). Winnicott afirma que grande parte da violência a que assistimos dia após dia no mundo diz respeito a uma tentativa de alcançar essa destruição fundante da realidade externa, que, em si mesma, não é destrutiva.

Assim, pode-se concluir que tanto agredir o outro constantemente quanto estar repetidamente em situações em que se sofre violência, como as mulheres em permanente vitimização, refere-se a uma tentativa de vivenciar essa destruição fundamental que, provavelmente devido a falhas ambientais, não pôde ser vivenciada. Dessa forma, sofrer a destruição pode ser a única forma que essas mulheres encontram de se sentirem parte desse mundo por todos compartilhado, a única forma de se sentirem vivas.

- **EU SOU: as palavras mais agressivas do mundo**

Como visto, para que o bebê possa perceber o mundo externo separado dele, é necessário haver destruição. E é apenas a partir daí que o bebê pode se sentir ele mesmo e pode ‘dizer’ (apesar de ainda não falar) EU SOU. Segundo Winnicott ([1968] 2005), nessa

afirmação está contida muita violência, pois ela só pode ser feita por meio da destruição. Ele declara:

As mais agressivas e por isso mais perigosas palavras do mundo são encontradas na afirmação EU SOU. É preciso admitir, no entanto, que só aqueles que alcançaram o estágio de fazer essa afirmação é que estão realmente qualificados para serem membros adultos da sociedade (WINNICOTT, [1966] 2005, p. 136).

Para Winnicott, a agressividade está relacionada à diferenciação entre eu e não-eu, que ocorre gradualmente no desenvolvimento emocional do bebê. Quando o bebê consegue de fato se perceber separado da realidade externa, ele atinge o estado de unidade e tudo que é não-eu passa a ser repudiado: *“Primeiro a palavra eu, indicando muito crescimento emocional. O indivíduo se estabeleceu como uma unidade. A integração é um fato. O mundo externo é repellido e um mundo interno se tornou possível”* (WINNICOTT, [1958] 1983, p. 34). Apenas nesse momento, com um mundo interno estabelecido, o bebê se torna capaz de sentir raiva e ódio decorrentes da frustração, pois agora existe uma pessoa para sentir tais sentimentos. Integrado, o indivíduo passa a ter um território para defender, seu próprio eu (GARCIA, 2009). Nas palavras de Winnicott ([1968] 2005):

Se eu sou, então o caso é que consegui agrupar isto e aquilo e reivindiquei que isto sou eu, e que repudiei todo o resto; ao repudiar o não-eu, insultei o mundo, por assim dizer, e posso aguardar um ataque (p. 43).

Mais adiante no mesmo texto, o autor explica que pelo fato de o bebê repudiar o mundo e então temer um ataque, a chegada ao estágio do EU SOU gera muita ansiedade a todos os seres humanos. Além de agressiva, a afirmação EU SOU é perigosa porque ela *“(...) envolve a perda da segura fusão original ‘mãe-bebê’”* (WINNICOTT, [1968] 2005, p. 50). Ao constituir a unidade o EU SOU, o indivíduo sente-se exposto por ter repudiado o não-eu e por assumir uma posição a partir da qual levará sua vida separado dos outros, responsabilizando-se pela mesma. Entretanto, no início desse estágio, o indivíduo ainda está cru, inseguro, vulnerável e com tendências paranóides, devido ao temor do contra-

ataque do mundo que foi repudiado (WINNICOTT, [1958] 1983). Por esse motivo, ele precisa do suporte da mãe suficientemente boa para poder arriscar e aguentar manter a unidade: “*O ego do bebê é forte se houver um suporte do ego materno para fazê-lo forte; do contrário, ele é fraco*” (WINNICOTT, [1968] 2005, p. 50).

Como mencionado, integrar-se no EU SOU traz consigo a expectativa de um ataque e, para Winnicott ([1988] 1990), essa expectativa ocorre em maior grau quando o indivíduo atinge o estado de unidade em uma época mais tardia e em menor grau quando essa conquista é parte da integração original do bebê saudável. Essa expectativa de ataque pode ser denominada de estado paranóide e, em momentos de vivências paranóides do bebê, o papel da mãe é fundamental por oferecer suporte ao se posicionar entre o indivíduo recém-integrado e o assustador mundo externo. Com esse suporte,

(...) o padrão paranóide não se tornará necessariamente organizado, e o indivíduo terá a chance de desenvolver um impulso instintivo verdadeiro, ou seja, um impulso que tem uma base biológica e que não se parece com o ataque defensivo, o qual não é inerente e se baseia numa ansiedade (p. 141).

Winnicott ([1988] 1990) explica que quando a integração ocorre tardiamente, ela é seguida por ataques defensivos que podem ser confundidos com impulsos instintuais, mas não os são pelo fato de surgirem de uma necessidade de defesa. Nesses casos, a probabilidade de se estabelecer um padrão paranóide é maior, porém há um elemento positivo nessa patologia: ela propicia a obtenção de uma integração momentânea. Isso porque o medo do ataque implica haver algo fora do eu ameaçando destruir o eu, que precisa, então ser defendido. Essa ‘perseguição’ proporciona, dessa forma, a sensação de se estar inteiro, existindo e necessitando se proteger.

Winnicott ([1988] 1990) afirma, ainda, que a integração na unidade EU SOU depende tanto de fatores inatos quanto dos cuidados proporcionados pelo ambiente. Quando a ênfase recai nos fatores inatos, a aglutinação do eu constitui um ato hostil com o não-eu e não é mais possível haver um retorno ao descanso, pois o lugar de repouso foi modificado e se tornou perigoso. Depara-se, nesse caso, com um fonte muito precoce, mas não inata e nem constitucional, para a disposição paranóide. Já quando a ênfase recai nos cuidados ambientais, esses é que causam a aglutinação do eu, como se o mesmo tivesse sido

obrigado a se integrar. Aqui quase não há expectativa de perseguição, porém o indivíduo será ingênuo, incapaz de esperar perseguição e muito dependente do ambiente. Para Winnicott, a criança saudável encontra-se entre esses dois extremos: ela espera tanto pela perseguição quanto por um cuidado para protegê-la.

- **A capacidade de se preocupar: o estágio do concernimento**

Apenas agora, no estágio do concernimento, é que se pode falar em agressividade intencional e em uma consciência do bebê a respeito da própria capacidade de ser agressivo e a respeito da destrutividade inerente ao seu amor primitivo. Até atingir esse estágio, a agressividade é manifestação do estar vivo do bebê ou uma reação a invasões ambientais. Também antes da agressividade propriamente dita, há a destrutividade criadora da externalidade do mundo, permitindo ao bebê o uso do objeto (DIAS, 2000).

No estágio do concernimento, a agressividade é integrada como parte da personalidade, como a destrutividade presente na natureza humana. Não se trata agora de outra destrutividade, ao contrário, trata-se da mesma destrutividade do amor primitivo e da mesma agressividade contida no estar vivo, mas antes o bebê não sabia nem de si e nem do mundo, como saber de seus aspectos destrutivos e agressivos? Já tendo alcançado uma unidade identitária e se percebendo separado do mundo externo, o bebê começa a integrar a agressividade como fazendo parte de si mesmo. Ele passa a se dar conta de que o eu dos estados de excitação e de não-excitação é o mesmo e que a mãe que cuida dele nos estados tranquilos é a mesma que “(...) *oferece uma parte de si para ser comida*” (WINNICOTT, [1988] 1990, p. 89) nos estados excitados. Com essa percepção, o bebê passa a se preocupar e a se responsabilizar pelos efeitos de seu amor excitado em si mesmo e na mãe.

Segundo Winnicott ([1960] 2005), é fácil chegarmos à destrutividade presente em cada um de nós quando ela aparece vinculada à raiva ou ao ódio perante à frustração ou a algo que desaprovamos, ou ainda, diante do medo. É muito difícil para o ser humano, entretanto, assumir plena responsabilidade pela destrutividade como pessoal e intrínseca à relação com os bons objetos, ou seja, inerente ao amor. Essa conquista apenas será possível se houver um desenvolvimento gradual associado a experiências de reparação e restituição. Tão logo a criança dá-se conta dos estragos provocados por seu amor primitivo,

preocupando-se e sentindo culpa pelos mesmos, ela passa a tentar reparar esses danos tanto na mãe quanto em si mesma.

Para que o concernimento se estabeleça de fato como parte integrada da personalidade do bebê, ele precisa sustentar a culpa pelos danos causados pelo amor primitivo por algum tempo e isso só é possível com a ajuda de uma mãe viva capaz de segurar a situação durante o tempo necessário para que o processo ocorra. Se a mãe é exitosa em sustentar a situação, o bebê tem tempo para organizar as consequências imaginadas por ele da experiência instintiva e de resgatar algo que é sentido como bom e que pode reparar imaginativamente o estrago causado à mãe (WINNICOTT [1988] 1990).

O bebê pode fazer um gesto concreto, expressando esse reparo como um sorriso, uma excreção, um gesto espontâneo de carinho, etc.. A mãe, se suficientemente boa, estará disponível para reconhecer e receber esses gestos reparatórios, sentindo-se fortalecida por eles. *“O seio (corpo, mãe) está agora reparado, e o trabalho do dia se completa. Os instintos de amanhã podem ser aguardados com um medo menor”* (WINNICOTT, [1988] 1990, p. 91). Dessa maneira estabelece-se aquilo que Winnicott ([1963] 1983) denomina de círculo benigno: o bebê faz danos e repara repetidamente dia após dia, passando a acreditar na sua capacidade construtiva e tornando-se apto a suportar as consequências de seu amor excitado, de modo a desenvolver a capacidade de sentir culpa. Esse sentimento de culpa, proveniente do fortalecimento do círculo benigno que possibilita ao bebê tolerar o buraco feito à mãe ou a si mesmo, é verdadeiro, diferentemente daquele implantado ao indivíduo, que é falso para o *self*. Falso porque Winnicott (idem) considera que na saúde, a criança tem um fonte genuína de culpa, descartando a necessidade de alguém ensiná-la a sentir culpa ou compaixão. A verdadeira culpa funciona, conforme o autor, como uma fonte saudável de atividade nos relacionamentos, sendo uma das fontes da potência e da construtividade sociais. Entretanto, essa culpa é inconsciente, silenciosa, potencial e é anulada por atividades construtivas, apenas aparecendo como tristeza quando não houver possibilidade de reparação.

As tentativas de reparo da criança devem ser levadas a sério pela mãe, pois a capacidade de reparação da primeira ainda é limitada e depende de alguém que a reconheça e a receba. De acordo com Winnicott ([1988] 1990), é desesperador para a criança perceber o dano causado por ela e não poder repará-lo por não haver quem receba ou reconheça seu

gesto reparatório. Nesse caso, “(...) *tudo se converte em pura mímica e a criança experimenta uma sensação de impotência e inutilidade físicas. Então, poderá ocorrer uma explosão de franca destrutividade e agressão*” (WINNICOTT, [1964] 1987, p. 101). Aquilo, então, que havia se transformado em preocupação retrocede à não preocupação e o sentimento de culpa conquistado se dissipa (DIAS, 2000).

Quando há oportunidades de reparo, entretanto, a criança vai tomando conhecimento das mesmas e, por saber que se destruir, pode reconstruir, vai se tornando cada vez mais capacitada a tolerar a ansiedade referente aos elementos destrutivos das experiências instintivas. Winnicott entende essa tolerância com a ansiedade como sentimento de culpa e afirma que esse se desenvolve ao mesmo tempo em que se estabelece a confiança da criança na idoneidade do meio ambiente, assim como esse sentimento pode desaparecer, como visto acima, por uma perda da confiança na idoneidade do ambiente ou quando mãe precisa ficar longe do seu bebê, quando está doente ou apenas preocupada (WINNICOTT, [1968] 1994).

Ao ser conquistado e integrado no si mesmo, o sentimento de culpa se transforma em um senso de responsabilidade para com o outro. Como visto, Winnicott ([1960] 2005) considera muito difícil para o ser humano admitir plena responsabilidade pela destrutividade pessoal na relação com os objetos bons. Entretanto, de acordo com o autor, essa ideia é mais tolerável se o indivíduo já possui um objetivo construtivo à mão. A possibilidade de contribuir ajuda o indivíduo a suportar seus próprios impulsos destrutivos e a se capacitar a lidar e desfrutar de suas ideias destrutivas e das excitações corporais a elas relacionadas. O gesto reparatório, dessa forma, contribui para o aumento da tolerância humana à própria destrutividade. Se, por algum motivo, o gesto reparatório for impedido, o indivíduo não poderá ser capaz de se responsabilizar pelos seus impulsos destrutivos e, como consequência, poderá se deprimir ou projetar sua destrutividade no outro como forma de se aliviar por vê-la sempre fora de si. Como declarou Winnicott: “*Uma coisa pode ser dita a respeito da pessoa saudável: ela não precisa ficar usando, o tempo todo, a técnica da projeção para lidar com seus pensamentos e impulsos destrutivos*” (p. 64).

CAPÍTULO II

Justificativa e objetivos

“E nós psicólogos clínicos somos interpelados a colaborar; é nossa missão também” (TARDIVO, 2005, comunicação oral)

Dada a gravidade do fenômeno da violência contra mulheres e vista a maneira maniqueísta e superficial com que as políticas públicas vem lidando com o problema, que o perpetua no lugar de o combater (como visto na introdução deste estudo), faz-se necessária a realização de pesquisas e estudos que busquem compreender o fenômeno de maneira complexa e profunda, como forma de proporcionar cientificidade às técnicas empregadas na busca do combate à violência de gênero. Esse olhar científico é fundamental para o preparo dos profissionais da área e para o desenvolvimento de medidas efetivas cujo escopo defina-se por minimizar a violência de gênero presente há tanto tempo em nossa sociedade.

A compreensão das dimensões subjetiva e afetiva do fenômeno caracteriza-se como fundamental para que se caminhe em direção diminuição da violência contra a mulher. Essa maneira de se posicionar em relação ao tema sustenta-se na afirmação de Bleger ([1963] 1984), leitor de Politzer (1928) de que toda conduta humana tem múltiplos sentidos e é invariavelmente drama humano. Para esse autor, é fundamental se considerar todas as áreas da conduta – seus aspectos psicológicos, corporais e sociais – para se ter uma compreensão completa da mesma.

Neste trabalho, então, o foco limita-se aos aspectos psicológicos concernentes ao lugar das mulheres frente a violência contra si, devido à impossibilidade de se abranger o fenômeno em toda sua complexidade, buscando então, olhar com profundidade o recorte de estudo aqui elegido. Essa é uma forma de contribuir com o entendimento de um aspecto da questão da violência contra a mulher, sem deixar de considerar os aspectos corporais e sociais, sobre os quais outras disciplinas devem se debruçar, visando um trabalho multidisciplinar, necessário para a compreensão desse fenômeno tão complexo.

Tardivo (2004, 2007) realizou uma pesquisa de campo com adolescentes excluídos de nossa sociedade, que apresentavam condutas violentas e destrutivas voltadas contra si ou o outro, fundamentada nas ideias de Bleger ([1963]1984) de que toda conduta tem um

sentido que deve ser considerado em suas dimensões bio-psico-social. Devido à especificidade de seu olhar clínico, focou-se nos aspectos psicológicos do fenômeno, buscando as contribuições psicanalíticas para a compreensão do mesmo, sem deixar de considerar os demais aspectos presentes na questão. Esse trabalho de Tardivo (idem) mostra como podemos contribuir para os problemas sociais a partir de nossa formação e visão de psicólogos clínicos.

Ao se considerar o assujeitamento à violência como conduta, partimos da concepção de conduta de Bleger ([1963] 1984), que expressa de forma muito clara a postura aqui adotada:

Toda conduta, no momento em que se manifesta, é a 'melhor' conduta, no sentido de que é a mais ordenada e melhor organizada que o organismo pode manifestar no momento e é a que pode regular a tensão no máximo possível para essas condições. A personalidade se expressa sempre sobre o grau mais alto de integração e organização que lhe resulta possível em cada momento, ainda que, logicamente, esse possa ser variável e cambiante. Em outros termos, o organismo opera sempre da maneira mais adequada para suas possibilidades nesse momento e nisso incluímos, também, não só a normalidade como também a patologia; de tal maneira que inclusive o sintoma é a conduta melhor que o organismo pode manifestar, para resolver da melhor forma possível as tensões que enfrenta nesse momento (p.144)

Para Cruz (2012), nessa colocação de Bleger percebe-se a afirmação de que cada pessoa pertence a uma cultura, ambiente e tempo histórico com características próprias, devendo cada manifestação humana ser compreendida dentro da condição humana e do meio social em que se insere aquele indivíduo. Segundo Aiello-Vaisberg (2000), essa postura nos ajuda a olhar para cada ser humano, valorizando e respeitando sua singularidade, sem rotulá-lo ou encaixá-lo em uma categoria, como se todas as pessoas pudessem ser iguais. Ou seja, concebemos as mulheres em situação de violência como seres humanos com uma história, vinculadas a um meio sócio-econômico-cultural e com suas fraquezas, vulnerabilidades, necessidades e potencialidades; com todas as possibilidades humanas.

Dessa maneira, este estudo tem como principal objetivo compreender o fenômeno da permanente vitimização de mulheres a partir de um estudo de caso. Como recurso teórico, lançaremos mão do pensamento de Winnicott a respeito da agressividade em relação ao amadurecimento. Ao realizarmos a discussão clínico-teórica, pretendemos, como objetivo secundário, pensar sobre o manejo com essas mulheres, colaborando, assim, para o preparo dos profissionais da saúde que lidam com esse público.

A escolha do pensamento de Winnicott como recurso teórico, dentre os tantos outros importantes autores da Psicanálise, decorre do fato de que, na bibliografia levantada, foram encontrados estudos psicanalíticos embasados em outros autores que não Winnicott, salvo em trabalhos sobre violência contra crianças e adolescentes e violência intrafamiliar (TARDIVO & PINTO JUNIOR, 2009; MIURA, 2012). Mesmo sendo possível haver trabalhos não encontrados sobre violência contra mulheres referenciados em Winnicott, a visão desse autor pode ampliar e enriquecer as reflexões psicanalíticas a respeito do fenômeno em pauta. Além disso, como se pôde constatar no capítulo anterior, sua teoria sobre a agressividade contém elementos preciosos para se compreender a relação do ser humano com a violência, podendo, assim, lançar luz sobre os aspectos subjetivos presentes na permanente vitimização de mulheres.

Como psicólogos clínicos, é assim que pretendemos contribuir para a minimização desse grave problema social e de saúde pública (TARDIVO, PINTO JÚNIOR & SANTOS, 2005; PINTO JUNIOR, VIEIRA, SANTOS, FRÓIS & TARDIVO, 2008). *“E nós psicólogos clínicos somos interpelados a colaborar; é nossa missão também”* como afirmou Tardivo (2005) em comunicação oral no Simpósio Internacional do Adolescente.

CAPÍTULO III

Método

“(...) teoria sem prática é estéril e prática sem fundamentação teórica pode ser superficial e até inconsequente”
(TARDIVO, 2004, p. 201)

O método utilizado no trabalho é o psicanalítico, uma das opções teórico-metodológicas das pesquisas clínico-qualitativas (AIELLO-FERNANDES, AMBRÓSIO, AIELLO-VAISBERG, 2012), com base em um estudo de caso. De acordo com Mezan (1993), a pesquisa em Psicanálise parte do singular, buscando dar luz às determinações dessa singularidade, para, então, apreender a dimensão universal nela contida, motivo pelo qual neste trabalho contaremos com apenas uma participante. Segundo Cruz (2012), na apresentação de um único caso, o clínico e/ou pesquisador carrega a experiência de uma infinidade de outros casos vivenciados na clínica, pois, para Mishima (2011), para se conhecer um caso, é necessário conhecer outros.

Foi ao se embasar na observação e interpretação da atividade mental humana, que Freud pôde criar a Psicanálise, como sugere Minerbo (2003) ao afirmar: *“Freud descobre o que descobre interpretando”* (p. 273) e também associando as apreensões do fenômeno observado a conhecimentos prévios, que também podem ser advindos de outras ciências (FREUD, [1915] 1996). É a partir dessa combinação entre clínica e teoria, utilizada no presente trabalho, que podemos chegar a novos resultados, novos conhecimentos, a novas contribuições à Psicanálise (YOUNES, 2008).

Para Neubern (2001), a subjetividade vem ocupando um lugar marginal na pesquisa e na Psicologia nos dias hoje, sendo a subjetividade entendida como oposição à objetividade e não como uma posição privilegiada, condição, base e integrante da construção do conhecimento no campo das ciências humanas. Por esse motivo, a Psicologia se depara com grandes dificuldades na busca da construção do saber – é exigida das pesquisas em Psicologia a mesma objetividade das ciências exatas, havendo um descarte da dimensão subjetiva dos fenômenos humanos. O referido autor declara:

Os obstáculos epistemológicos – como o conhecimento geral e totalitário, as tendências patologizantes e as conclusões apressadas –

são momentos de tais influências que descaracterizam a subjetividade como objeto de estudo e, em consequência, opõem-se às exigências necessárias para a abordagem das mesmas. Sendo assim, buscam-se destacar suas principais características e possibilidades de superação de modo que sua retificação aponte novos caminhos para a implantação de uma forma de pensar e investigar coerentes com as condições da subjetividade (p.241)

Nessa mesma linha, Tardivo (2004, 2007) afirma que teoria e clínica são indissociáveis, pois uma oferece sustentação à outra, tendo, dessa forma, a inclusão de material clínico não apenas o propósito de beneficiar a pesquisa, mas consiste em uma condição para a construção do conhecimento no campo humano. Como Tardivo (idem), Safra (1993) declara: *“A articulação teórica sem referência à clínica corre o risco de aproximar-se das manifestações de pensamento delirante. A clínica sem a conceitualização teórica pode perder-se na indisciplina de uma prática onipotente e sem rigor metodológico”* (p.120).

As questões psíquicas e emocionais de mulheres vítimas de violência são complexas e de difícil verbalização por serem carregadas de emoções intensas e primitivas, fonte de muita angústia e sofrimento. Lidar com essas mulheres sem levar tais aspectos em consideração significaria deixar de lado os aspectos fundamentais do fenômeno, limitando substancialmente a compreensão do mesmo. Conforme Turato (2003), o método clínico-qualitativo e o psicanalítico, como uma das modalidades do primeiro, se interessa e valoriza todos os aspectos subjetivos e existenciais do fenômeno, que envolve pesquisador e pesquisado, por partir do ponto de vista de que não há como ignorar a subjetividade do pesquisador na relação com seu pesquisado. Assim, enfatiza o autor, o pesquisador deve estar sempre atento aos aspectos psicanalíticos – transferência e contratransferência - da relação entrevistador-informante.

Tardivo (2004, 2007), que também defende a investigação dos fenômenos humanos a partir da intersubjetividade, esclarece que a mesma se dá pela observação de condutas, expressões e produções e pela descrição e tentativa de compreensão das mesmas por meio da reflexão. A colocação de Tardivo mostra a importância de uma atitude introspectiva por parte do pesquisador, que deve dirigir seu olhar não apenas para o outro – seu pesquisado – mas também para si mesmo.

A Psicanálise, ao dar tanta importância à intersubjetividade e ao considerar todas as manifestações humanas como dotadas de sentido afetivo, permite reconhecer mesmo em atitudes bizarras aos olhos da sociedade possibilidades humanas (AIELLO-VAISBERG, 2004). Conforme a autora:

Dizer que toda manifestação humana está dotada de sentido significa dizer que faz parte, inevitavelmente, do acontecer humano. Portanto, a base do método psicanalítico é uma ética que consiste, sucintamente falando, na inclusão da alteridade. Trata-se, pois, de assumir o reconhecimento de todas as condutas dos seres humanos, cruéis, monstruosas, bestiais, sublimes, generosas, bizarras, ou o que mais se quiser acrescentar – são manifestações humanas e devem ser compreendidas como possibilidades do acontecer humano. Deste modo, quando o método é respeitado em sua radicalidade, compromete o profissional no sentido do lúcido repúdio a todo tipo de exclusão, concreta ou simbólica, de indivíduos e grupos. (AIELLO-VAISBERG, 2004, p. 90-91).

Dessa maneira, a Psicanálise permite ver como uma possibilidade humana permeada de sentido afetivo a sujeição à dor, à humilhação e a violência. Somente dessa forma, é possível ao profissional que lida mulheres vítimas de violência acolhê-las e compreendê-las e não repudiá-las, com uma atitude preconceituosa.

Ao definir o método psicanalítico, Freud ([1923] 1996) afirma que Psicanálise é o nome:

(...) (1) de um procedimento de investigação dos processos mentais – *por meio da associação livre do analisando, da atenção flutuante do analista e da relação transferencial estabelecida entre ambos*²³ – que são quase inacessíveis por qualquer outro modo, (2) um método (baseado nessa investigação) para o tratamento de distúrbios de neuróticos e (3) uma coleção de informações psicológicas obtidas ao longo dessas linhas, e que gradualmente se acumula numa nova disciplina científica (p.253).

²³ Observação nossa.

Com base em Freud ([1923] 1996), compreendendo a Psicanálise como um método de investigação, no presente trabalho, as contribuições psicanalíticas servem como guiadoras da escuta à participante, compreensão do material clínico e discussão teórico-clínica. Freud (idem) ensina que para termos acesso ao material latente à fala do pesquisado, é necessário se solicitar dele a associação livre – pede-se ao paciente para dizer o que vier à mente – e escutá-lo a partir de uma atenção flutuante – que consiste na tentativa de evitar a construção de quaisquer expectativas em relação ao pesquisado, não tentar fixar nada que ocorra na memória e, assim, a partir do próprio inconsciente, apreender o inconsciente do pesquisado. Dessa forma, para Lino da Silva (1993) o método da Psicanálise caracteriza-se por abertura, construção e participação.

Herrmann (2001/2004) propõe três atos a serem seguidos pelo psicoterapeuta que trabalha fundamentado no método da Psicanálise: o primeiro ato, “deixar que surja”, define-se pelo cultivo de postura aberta o suficiente para esperar que o analisando, neste caso o participante da pesquisa, apresente o que necessita em seu tempo, “(...) *aguardando que algum broto de sentido comece a surgir*” (p. 72). O segundo ato consiste em “tomar em consideração” aquilo que surgiu, mesmo que aparentemente sem importância, sem permitir que se perca ou desapareça. Já o terceiro ato deve-se à possibilidade de ir, em uma atitude compreensiva, ao encontro do que foi apresentado pelo paciente para complementar a configuração de sentido afetivo e dinâmico emergente. A situação clínica a ser aqui apresentada foi uma psicoterapia conduzida com base no método psicanalítico, como propôs Freud ([1923] 1996) e como o concebem Lino da Silva (1993) e Hermann (2001,2004).

Para fazermos um estudo clínico-qualitativo psicanalítico, lançaremos mão da estratégia metodológica de estudo de caso – aqui de uma situação clínica, atendida fundamentada no método psicanalítico - que, para Andrade (2008), busca compreender a fundo a totalidade do objeto de estudo em particular, no lugar de visar descobrir as “leis universais” de um determinado fenômeno.

De acordo com Yin (2005), o estudo de caso é adequado para pesquisas que partem de perguntas do tipo “como” ou “por quê” aplicadas a um conjunto contemporâneo de conhecimentos, fora do controle do pesquisador. Para o autor, cinco componentes são

necessários para o planejamento e realização de um estudo caso: 1) uma questão ou questões de estudo bem definida; 2) uma vinculação lógica entre os dados apresentados e o propósito do estudo; 3) uma unidade de análise, ou seja, um caso; 4) critérios claros para interpretar as constatações – os dados coletados; 5) suas proposições teóricas se houver.

Logo, para Yin (2005), o pesquisador disposto a realizar um estudo de caso deve ser capaz de elaborar boas perguntas, ouvir atenciosamente o discurso de seus entrevistados no decorrer da entrevista, ter cuidado para não se deixar influenciar pelos seus próprios pré-conceitos, ser flexível e adaptativo às situações que não havia planejado de antemão, confrontar dados aparentemente incompatíveis e contornar vieses que podem contaminar a investigação.

Segundo Stake (1994), um caso pode ser simples ou complexo, podendo tratar desde apenas uma criança, passando por uma sala de aula repleta de crianças até profissionais estudando um aspecto da infância. O referido autor identifica três tipos de estudos de caso, concebendo-os como heurísticos: estudo de caso intrínseco, instrumental e coletivo.

Stake (1994) esclarece que o estudo de caso intrínseco consiste na busca do pesquisador por uma compreensão aprofundada acerca de um caso em particular e não porque o mesmo representa outros casos, ou ainda porque esse ilustra uma característica ou problema em específico, ou mesmo devido ao interesse em construir uma teoria. O estudo decorre impulsionado por um interesse intrínseco ao caso (determinado sujeito, uma clínica) ou questão.

Ainda para Stake (1994), o estudo de caso instrumental define-se pela investigação profunda e detalhada de um caso em particular, com o objetivo de proporcionar entendimentos a uma questão externa ao caso. O caso é secundário e seu papel consiste em oferecer suporte ao entendimento de aspectos externos a ele. Como geralmente os pesquisadores têm vários interesses ao realizar uma pesquisa, tendendo tais interesses a serem alterados durante o processo de pesquisa, segundo Stake (idem), não há um limite demarcando a área do estudo de caso intrínseco e do estudo de caso instrumental, mas sim uma área de objetivos combinados que distinguem os tipos de estudo de caso.

Já o estudo de caso coletivo proposto por Stake (1994), diz respeito a um interesse ainda menor por um caso específico, pois o foco consiste em compreender acerca de um

fenômeno, população ou condição generalizada a partir do estudo de vários casos juntos. Apesar de estudar vários casos ao mesmo tempo, o estudo segue o modelo do estudo de caso instrumental ampliado para vários casos. Casos individuais investigados dentro de um estudo coletivo podem ou não ter características similares, redundantes ou variáveis. Os casos são escolhidos por se partir do pressuposto de que os conhecendo de uma maneira mais profunda, faz-se possível uma melhor compreensão teórica a respeito de um maior número de casos.

A presente pesquisa utiliza-se do estudo de caso instrumental, ou seja, aqui o caso é utilizado para oferecer suporte à compreensão dos aspectos subjetivos que parecem estar por trás da enorme dificuldade de mulheres que sofrem violência saírem dessa situação. Pretendemos mostrar como as relações objetais vão aparecendo na relação da paciente com a psicoterapeuta e pensar nos impasses e dificuldades do trabalho com essas mulheres. Para tanto, utilizaremos um caso atendido pela presente pesquisadora com base no método psicanalítico. A paciente foi atendida no Projeto APOIAR (Atendimento Psicológico Clínico Individual e Grupal) do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, coordenado pela Professora Associada Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo. O caso clínico será relatado no próximo capítulo e, após o relato, realizaremos uma compreensão clínica à luz do pensamento de Winnicott. No capítulo V, ampliaremos a compreensão do caso, relacionando nossas reflexões com as dos autores mencionados na introdução, buscando, assim, entender os aspectos subjetivos latentes à permanente vitimização de mulheres. Encerramos este estudo no capítulo VI com as considerações finais.

3.1. Paciente:

A paciente da situação clínica a ser descrita é Adriana²⁴, uma mulher vítima de violência que procurou o Projeto APOIAR. Adriana tem 34 anos e chegou ao APOIAR encaminhada por um serviço da prefeitura de São Paulo. Como ela chegou identificada

²⁴ Nome fictício.

como vítima de violência, já foi direcionada à presente pesquisadora, não passando pelo grupo responsável por receber as pessoas que chegam ao APOIAR.

O projeto APOIAR, coordenado pela Professora Associada Leila Tardivo, visa atender a grande demanda por atenção psicológica da nossa sociedade, gerada pelo sofrimento humano ocasionado pelas condições da vida contemporânea. Realiza consultas terapêuticas individuais, familiares e grupais e psicoterapia psicanalítica breve. Os atendimentos são concebidos como encontros entre seres humanos, nos quais ocorrem acolhimento e sustentação necessários para o desenvolvimento emocional. Todos os serviços do APOIAR são realizados sem custos financeiros aos participantes (TARDIVO & GIL, 2008).

O APOIAR tem parceria com algumas instituições que necessitam do suporte psicológico, encaminhando usuários para o projeto, entre as quais: Liga Solidária; Equipamentos de Saúde Mental de Jandira e Osasco e outras ONG's dedicadas ao cuidado de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social.

3.2. Aspectos Éticos

Antes de a pesquisadora começar a atender a paciente, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, tendo sido aprovado²⁵. Após a aprovação, a pesquisadora entregou à Adriana os documentos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde em relação à pesquisa com sujeitos humanos (Carta de Informação e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). Não é divulgada aqui a identificação da participante, que no presente trabalho é referida por um nome fictício.

²⁵ CAAE: 05916612.1.0000.5561 / Número do parecer: 240.420

CAPÍTULO IV

Relato do caso e compreensão clínica

“(...) está muito forte a chuva e não tenho como me proteger” (Adriana).

Como visto, o método psicanalítico - como uma modalidade do método clínico-qualitativo - baseia-se na intersubjetividade (TURATO, 2003; TARDIVO, 2004, 2007; AIELLO-VAISBERG, 2004), sendo indispensável a inclusão da subjetividade do pesquisador na compreensão a respeito do pesquisado. Por essa razão, a fim de incluir a subjetividade da pesquisadora no material clínico, o relato do caso clínico será feito a partir da primeira pessoa do singular. Também vale sublinhar que a história de Adriana será contada com base no relato dela, que é a maneira que ela interpretou os episódios de sua vida. Não há como afirmar que esses episódios correspondem de fato à realidade, mas às suas vivências subjetivas, que são o nosso maior interesse. Em seguida, pensaremos o caso à luz das contribuições de Winnicott.

4.1. Relato do caso clínico:

Assim que me foi passado o contato de Adriana, telefonei-lhe para marcarmos a primeira entrevista. Ela se mostrou bastante interessada pelo trabalho e rapidamente conseguimos encontrar um horário possível a ambas. Na primeira sessão, ela chegou nos cinco minutos finais, muito agitada, chorando e pedindo desculpas pelo atraso – havia se perdido para chegar no Centro de Atendimento do Instituto de Psicologia da USP. Falei que, infelizmente, não poderíamos conversar muito, pois tínhamos somente cinco minutos, o que a deixou chateada. Continuou explicando-me o motivo de seu atraso, como se o fato de eu não poder mais atendê-la fosse uma punição e que se ela pudesse me provar a legitimidade de seu atraso, eu pudesse talvez deixar de puni-la pelo mesmo. Disse que eu entendia o quanto ela estava frustrada e o quanto precisava ser escutada, mas que tínhamos um horário limitado e que, então, eu a esperaria na semana seguinte.

Na semana seguinte, ela conseguiu chegar no horário. A partir desse dia, fui podendo entrar em contato com sua história, que ela relatou chorando intensamente, com

soluções e balaçando a perna direita de forma insistente. Ao entrar em contato com a história de Adriana, também pude ter acesso a aspectos de sua subjetividade.

Adriana nasceu no interior de outro estado do Brasil (não São Paulo) em uma família pobre financeiramente. Ela é a quarta de sete irmãos - dois homens e cinco mulheres. A paciente começa a contar sua história a partir da seguinte situação: certa noite, ela, a mãe e os irmãos estavam andando no meio do mato, fazendo o caminho de volta para casa, quando uma cobra a picou. Segundo Adriana, demorou um tempo para levarem-na ao hospital porque sua família não tinha carro e eles tiveram que encontrar alguém que tivesse para levá-la. Ela teve que ficar alguns dias internada e relata ter ficado muito sozinha esses dias - ninguém ficou com ela no hospital, sua mãe ia visitá-la de vez em quando. Quem vive no interior ou em meio rural tem contato com diversas histórias de pessoas que morreram picadas por cobras ou que ficaram com sequelas graves devidas ao veneno do animal. Além disso, nesse meio também é falado que sempre os bichos dão o bote no último da fila, ou seja, aquele que está mais desprotegido, sem ninguém para olhar por ele.

Nesse sentido, o relato de Adriana evidenciava que ela vivenciava um ambiente negligente e pouco protetor e a sua sensação de desamparo, muito pesada para uma criança de cinco anos lidar sozinha. Pode-se supor o terror vivenciado por Adriana, primeiro andando no mato escuro sem ser vigiada e cuidada por alguém, depois sem saber se seria ou não socorrida e novamente ao ficar sozinha no hospital, com pessoas estranhas, em uma situação desconhecida, na qual ela se encontrava adoentada, fragilizada. Para Winnicott ([1960] 2005) a criança é exposta a angústias impensáveis diante de um ambiente que não lhe oferece sustentação. Na experiência internalizada por Adriana, ela se sentia exposta a esses terrores infantis sozinha, sem que ninguém pudesse ajudá-la a lidar com eles.

Adriana relata que não gostava de ir à escola quando criança porque tinha que ir e voltar sozinha, pois a mãe tinha que trabalhar na roça e não podia levá-la e os irmãos iam em horário diferente do dela. Mais uma vez, ao se considerar os medos infantis e a dependência que uma criança tem de pessoas capacitadas para cuidarem dela, pode-se compreender como ela vivenciou a situação: exposta a perigos sozinha diante do mato, onde ela se sentia vulnerável a bichos, a alguém fazer alguma coisa com ela... O tempo todo ela experienciava uma situação de falta de proteção e negligência. Adriana diz também que ficava muito cansada, pois se não estava na escola, estava trabalhando na roça com os pais

e irmãos. Portanto, Adriana conta que precocemente foi exposta à dureza da vida adulta, sobrando muito pouco tempo para brincar e elaborar suas vivências de criança. Freud ([1920] 1996) já constatou que as crianças elaboram suas vivências de proximidade e separação da mãe por meio da brincadeira, o que foi posteriormente aprofundado por autores como Klein e Winnicott principalmente. Assim, além da omissão dos pais em ajudá-la a lidar com sua fragilidade egóica própria do início da vida, conforme ela relata ter sido sua relação com eles²⁶, ela quase não podia tentar lidar com o mesmo nem por meio do brincar.

Aos dez anos de idade, Adriana começou a trabalhar na casa de uma família para cuidar de uma criança de nove anos, que tinha algum tipo de atraso nos desenvolvimentos intelectual e motor. "*Olha que absurdo: uma criança de dez cuidando de outra de nove...*" (SIC) diz Adriana, demonstrando dar-se conta de que lhe foi imposta uma responsabilidade com a qual ela ainda não se sentia com condições de arcar. Ela conta que nessa casa o patrão abusou dela sexualmente, fazendo-lhe carícias em suas zonas erógenas, mas que ela não contou nada para sua mãe porque temeu que a mesma não lhe desse crédito. Pode-se associar esse relato à situação da cobra, que se repetia na vida de Adriana: por não se sentir protegida de uma situação com a qual ela ainda não tinha recursos egóicos para lidar sozinha - ser a última da fila no mato, que nessa situação equivalia a trabalhar como se fosse adulta na casa de estranhos - ela estava sendo picada por uma cobra - o patrão - e não tinha com quem contar para socorrê-la. Aos treze anos, Adriana foi trabalhar em outra casa de família, onde se passou a mesma coisa: o patrão acariciou suas áreas íntimas e ela manteve esse fato em segredo. Repete-se a situação de falta de proteção e violência na vida de Adriana.

Quando tinha dezesseis anos, Adriana veio morar em São Paulo, pois seus dois irmãos homens estavam morando aqui e, segundo ela, em sua cidade tinha pouca oportunidade de emprego. Chegando aqui, ela foi morar na casa de um dos irmãos, onde sofria muito porque, de acordo com ela, a cunhada a tratava como empregada, maltratando-a o tempo todo. Como tentativa de se afastar dos maus tratos da cunhada, ela conseguiu um emprego como doméstica na casa de uma família, na qual passou a morar. Nessa casa, o

²⁶ Como mencionado, essa é a interpretação de Adriana a respeito de sua história e, nesse caso, dos pais.

patrão também abusou dela, tirando sua virgindade. Mais uma vez, Adriana não fez nada e continuou sendo abusada não apenas pelo patrão, mas também por uns vizinhos que, conforme seu relato, pulavam o muro da casa a tarde, quando ela estava sozinha para abusarem dela. Adriana relatava essa sucessão de episódios de violência com um tom queixoso e compulsivamente choroso, sem se dar conta de que com tantas repetições da mesma situação, talvez ela pudesse pensar sobre o assunto de forma mais crítica no sentido de tentar ver como ela poderia ter escapado de ser violentada ou como ela poderia fazer para não mais ser abusada.

Diante dessas situações, ela reclamava que as pessoas que convivem com ela atribuem-lhe a culpa por tantas violências sofridas e acham que ela lida com tudo isso tranquilamente, já que passou tantas vezes pela mesma coisa. Verifica-se, a partir daí, o quanto ela sentia o seu sofrimento desvalorizado. De acordo com Narvaz (2010), por serem concebidas como causadoras do próprio sofrimento, as mulheres vítimas de violência sentem-se desacreditadas e estigmatizadas. E era dessa maneira que Adriana revelava sentir-se.

Era possível observar o desespero e a dor que ela sofreu em todas as situações relatadas e uma expectativa de que as pessoas ao redor dela pudessem reconhecer e valorizar o seu sofrimento. Comuniquei essa observação a Adriana. Ela, entretanto, não se sentia acolhida e dizia que ela não quer ser “a” sofredora e vítima, como dizem dela. Assim, uma tentativa de acolhimento tornava-se uma fala violenta, caracterizando-se um impasse no trabalho com Adriana e demonstrando como em muitos momentos ela interpretava a realidade de modo distorcido, projetando violência contra si mesma até onde não havia.

Cansada da situação de abuso pelo patrão e vizinhos, Adriana pede as contas e vai morar com o outro irmão cuja esposa, segundo ela, também a maltratava, humilhava e explorava. O irmão nada fazia a respeito. Passado um tempo, Adriana consegue emprego em outra casa, onde também passa a morar. Dessa vez, não havia homens na casa: moravam lá uma mulher divorciada e um casal de filhos, ainda crianças. Nessa casa Adriana também sofreu muita violência: segundo ela, conversava com os convidados da patroa e essa dizia à empregada *"Quem você pensa que é para conversar com os meus amigos? Você é uma empregadinha, se coloca no seu lugar!"* (SIC). Além disso, sempre

que Adriana falava sobre seu desejo em voltar a estudar, a patroa dizia que ela era “(...) *muito metida, que empregada não tem que estudar coisa nenhuma...*” (SIC). Enfim, de acordo com a paciente, fazia muitas agressões verbais a ela, que conta, ainda, que a gota d'água para parar de trabalhar nessa casa foi o fato de que um dia, em uma dessas "sessões" de agressão e humilhação da patroa para com Adriana, a primeira jogou uma sopeira cheia de sopa quente na segunda. Nesse dia, Adriana pegou suas coisas e foi embora, mas um tempo depois, a ex-patroa foi atrás dela e pediu perdão pelas agressões, prometendo que nunca mais a trataria dessa forma, e Adriana, então, voltou a trabalhar para a mesma. *"Eu não sei... Parece que eu não guardo mágoa das pessoas"* (SIC).

Ao contrário do que prometeu a patroa ao pedir perdão, Adriana relata que o mesmo tipo de agressões voltou a ocorrer e, passado um tempo, surgiu a oportunidade de Adriana trabalhar em um posto de gasolina, o que a levou a sair do trabalho nessa casa. No posto, ela ficou muito amiga de uma gerente, e conforme sua interpretação, para sabotá-la, uma outra funcionária, vivia a sacaneando, inventando histórias a seu respeito, colocando-a em situações delicadas e tratando-a mal. Ela ficava muito chateada com a situação, mas não sabia o que fazer a respeito. As cobras a picar Adriana deixaram de ser homens e passaram a ser mulheres... De uma maneira ou de outra – sexualmente, fisicamente ou psicologicamente - ela sempre era ou, em alguns momentos, se sentia violentada. Essa “(...) *perpétua recorrência da mesma coisa*” (Freud [1920] 1996, p.33) paralisava a paciente e trazia monotonia ao processo psicanalítico. Dessa forma, a constatação contratransferencial dessa monotonia é fundamental para se compreender as relações violentas na vida de Adriana e de tantas outras mulheres que também vivem nesse ciclo da violência.

Na quinta sessão, Adriana conta que um dia estava indo para o posto trabalhar de manhã bem cedo, quando, de repente, sentiu algo frio em suas costas. Olhou para trás e viu que era o cano de um revólver o algo frio que sentia nas costas e que o mesmo era segurado por um homem que lhe disse: *"Faz tudo o que eu mandar ou eu te mato"* (SIC). Ele a levou para embaixo de um viaduto e lhe mandou tirar a roupa. Ela começou a gritar, conseguiu brigar com ele e saiu correndo. O homem foi atrás dela e a espancou no canteiro central de uma avenida movimentada. De acordo com ela, carros e pessoas passavam e ninguém fazia nada. Ela conta que até hoje tem sequelas físicas desse espancamento no quadril e em um dos ombros, mas que nenhum médico trata seu problema com seriedade, ninguém dá a

devida importância ao problema dela. Disse que depois de tudo isso, o médico só lhe deu um dia de atestado, dizendo que estava tudo bem com ela e que ela só estava assustada, e no outro dia o pessoal do posto a colocou para trabalhar normalmente. Ela se queixava de dor e os colegas diziam para ela deixar de bancar a vítima e trabalhar, que suas queixas eram frescura. *“Todo mundo acha que sou forte, doutora, mas eu não sou...”* (SIC). Em muitos momentos Adriana percebia-se frágil, como se pode constatar na seguinte situação: uma manhã ela teria sessão e estava chovendo muito. Para me avisar que, devido à chuva, não compareceria à sessão, enviou-me a seguinte mensagem de texto pelo celular: *“Dra raquel bom dia, não irei a cons hoje, está muito forte a chuva e não tenho como me proteger. além disso tenho tenho pendências do meu trabalho que preciso ver no horario da reunião. espero que entenda. um grande abraço adriana.”*²⁷

Assim, pode-se observar que Adriana percebe seus poucos recursos para se proteger e por um lado gostaria que as pessoas ao seu redor também percebessem, mas quando o outro percebe sua fragilidade, ela se sente ameaçada por outro lado. Por isso, é muito ameaçador para ela que as pessoas percebam sua fragilidade. No entanto, pode-se verificar em todas as situações de violência vividas por Adriana tentativas de sair da mesma. Inclusive, na última relatada, ela brigou e conseguiu não ser estuprada, o que indica que Adriana pode sim contar com alguns recursos para se proteger. Mas percebê-los também é ameaçador: quando o médico diz que ela está bem e pode voltar a trabalhar, ela vivencia uma falta de compreensão dele para com ela. Evidencia-se, assim, mais uma dificuldade do trabalho: tanto reconhecer a fragilidade quanto reconhecer a potência de Adriana poderia se converter em violência contra ela. Essa constante projeção de violência feita por Adriana mesmo em atitudes não violentas acabava paralisando o processo psicoterapêutico.

Ainda enquanto trabalhava no posto, Adriana se envolveu com um cliente que ia sempre lá e começaram um caso. Ele lhe ajudou a encontrar um lugar para morar – pois ao sair da casa da última patroa, ela havia voltado a morar com um irmão – e pagava uma parte do aluguel. Segundo Adriana, ele não era violento com ela. Uma vez ele sofreu um acidente de moto e levou alguns meses se recuperando das fraturas causadas pelo acidente e Adriana relata ter cuidado dele, feito tudo para ele se recuperar bem. Nessa época, ela

²⁷ A mensagem está escrita exatamente da forma que Adriana a escreveu.

descobriu que estava grávida e uns meses depois, caiu em depressão. Sem poder cuidar dele por conta da depressão, pediu-lhe que fosse ficar um tempo na casa da mãe dele e ele nunca mais voltou nem para saber da filha, que, na ocasião da psicoterapia, tinha oito anos. Quando precisou ser amparada e cuidada, Adriana sentiu-se abandonada. Mais uma vez, a vivência de Adriana é de ter se relacionado com alguém omissa como os pais: a violência desse homem não se manifestava por agressões físicas ou verbais, mas pela omissão, por não ser companheiro “na saúde e na doença”, por não ajudá-la em um momento em que ela precisava dele, apesar de ele também precisar dela. Porém, na dinâmica estabelecida entre os dois, um ajudar o outro e vice-versa não era possível. Tratava-se de um ter domínio sobre o outro: ora um forte e o outro fraco e não cada um com sua força e sua fraqueza, ajudando-se mutuamente. Evidencia-se, mais uma vez, a forma maniqueísta que Adriana interpreta suas relações.

Na sétima sessão, Adriana relatou que no período em que trabalhava no posto, antes de engravidar, conseguiu entrar no programa de educação para jovens e adultos do governo (EJA), concluindo o Ensino Médio. O estudo a possibilitou conseguir um emprego como agente social de saúde depois que teve a filha. O agente social de saúde vai às casas das pessoas orientá-las sobre como se prevenir de gravidez na adolescência e de doenças como dengue, HPV, Aids, etc. Os recursos de Adriana iam aparecendo aos poucos... Ela se esforçou para conseguir estudar, pois também tinha que trabalhar. E ela escolheu uma profissão na qual ela ensinava as pessoas a se protegerem. É contraditório como ela ensinava as pessoas a se protegerem de perigos, mas ela mesma quase nunca se protegia de situações de perigo. Não seria uma tentativa de ela ensinar a si mesma como se proteger por meio do outro? Segundo ela, gosta de fazer as visitas e do contato com as pessoas a quem ajuda, mas diz que seu “*inferno*” (SIC) é a relação com os colegas de trabalho do escritório. Conta que sua coordenadora e uma enfermeira “(...) *se juntaram para sacaneá-la*” (SIC), sempre implicando com tudo o que ela fazia e dizendo que se irritavam com ela porque ela era muito “*metida*” (SIC) e falava de forma “*petulante*” (SIC). Para Adriana, o fato de ela gostar de “(...) *fazer as coisas certas*” (SIC) incomoda as pessoas, que só fazem tudo errado. Ela relata que a área pela qual é responsável é a que apresenta o menor índice de doenças e de gravidez na adolescência, mas que isso não é reconhecido, apenas o trabalho dos outros é reconhecido e a coordenadora fala “*de boca cheia*” (SIC) que o

trabalho dos outros é melhor que o dela. Adriana diz não saber o que fazer, pensa em começar a fazer as coisas erradas, pois talvez assim gostem dela, mas não consegue fazer nada errado.

Novamente, evidencia-se um jogo entre fortes e fracos: ou Adriana era forte, possuía conhecimento e orientava aqueles que não sabiam se proteger, sendo reconhecida por todos por sua capacidade sem igual – a área dela era mais desenvolvida que a área de qualquer outro colega – ou ela era fraca, vítima e perseguida por todos que destruíam sua capacidade. Algumas vezes em que precisou faltar às sessões, Adriana pedia-me para não ficar chateada com sua falta, sem reconhecer que faltar também implicaria em uma perda para ela. Possivelmente, ela levava essa atitude para outras pessoas. Disse a ela que talvez ela se sentisse muito importante quando se percebia capaz ou quando percebia que podia ajudar alguém e precisava que o outro também reconhecesse toda essa importância. Entretanto, ela me interrompeu, começou a balançar a perna mais intensamente e passou a chorar e soluçar ainda mais: *“Eu não quero ser melhor que ninguém não, se é isso que a senhora está querendo dizer!”*. Essa fala mostra mais uma vez a projeção de agressão em uma fala que buscava esclarecimento e não violentá-la. Adriana não podia me ver como psicoterapeuta, mas como perseguidora, como alguém que estava ali para violentá-la e destruí-la, como ela demonstra ver as outras pessoas que fazem parte de sua vida.

Na décima sessão, Adriana chegou contando sobre um episódio ocorrido no trabalho, em que ela se sentiu injustiçada pela chefe, tendo levado uma punição. Chorando compulsivamente e balançando a perna com mais intensidade que nunca, ela me perguntava de modo reiterado se ela estava errada na situação. Disse a ela que entendia que o tempo todo ela tentava fazer o melhor que podia em seu trabalho e ela dizia: *“Não, doutora, eu devo estar errada! Eu que sou a errada, não adianta, é sempre assim!”* (SIC). Pude constatar que de certa forma ela esperava que eu lhe dissesse que ela estava errada mesmo e que merecia sim ser punida e comuniquei essa constatação à Adriana. Nesse instante, a perna que tanto balançava parou e o choro diminuiu. Ela prosseguiu dizendo que sempre fez tudo errado em sua vida: devia ter contado que era abusada pelos patrões, mas não o fazia por ter medo de estragar uma família; não devia ter voltado a trabalhar na casa da patroa, que tanto a agredia, etc. Falamos sobre a dificuldade de sair dessas relações que a faziam sofrer. Adriana ficou reflexiva.

Na sessão seguinte, ela chegou transtornada, dizendo que não mais viria às sessões, pois ia embora para o meio do mato morar sozinha, que não queria nunca mais ter que conviver com as pessoas porque essas apenas a fazem sofrer. Pedi que me contasse porquê se sentia daquela forma. E ela disse que era em decorrência do trabalho, pois a chefe não a deixava em paz. Relatou que foi pedir à chefe que, já que não gostava de seu trabalho e seu jeito, a mandasse embora e a chefe disse que, se ela quisesse ir embora, ela que pedisse demissão. *“Se eu pedir demissão, eu fico com uma mão na frente e outra atrás, é assim que ela quer que eu fique? Ela só quer que eu me dane! Então eu vou morar no mato porque assim eu não preciso mais olhar pra cara de ninguém!”* (SIC). Eu fui dizendo que entendia que ela estava sofrendo tanto, que precisava de alguma forma arrancar todo aquele sofrimento de dentro de si, mas questionei se uma atitude tão radical poderia de fato resolver seu problema. Adriana, então, começou a brigar comigo, dizendo que eu, assim como a chefe, só ficava dizendo que ela estava errada, que a psicoterapia de nada havia adiantado. Mesmo mostrando que uma fala de compreensão era entendida por ela como agressão, Adriana insistiu em parar a psicoterapia pois *“Não adianta, doutora, eu tenho que ir pro meio do mato mesmo! Ninguém presta nessa vida! Cansei de ser a certa e todos dizerem que eu sou a errada! Eu já vou me despedir da senhora hoje mesmo!”* (SIC). Era possível observar que naquele momento Adriana vivenciava desespero e muita dor. Em sua experiência emocional, o mundo estava repleto de perseguidores dos quais elas precisava fugir. Comuniquei-lhe minha percepção de que ela se sentia desesperada naquele momento e lhe disse que quando estamos nos sentindo dessa maneira, é melhor não tomarmos decisões. Propus, então, de deixarmos a próxima sessão marcada, caso ela mudasse de ideia e resolvesse não parar a psicoterapia. Ela aceitou a proposta.

Depois disso, Adriana ensaiou algumas vezes ir às sessões, mas de última hora me ligava, dizendo que o ônibus havia estragado, ou que a chefe não a havia liberado, ou que estava doente. Disse a ela que percebia que estava muito difícil de ela vir, que então eu suspenderia seu horário, mas que quando quisesse, poderia me telefonar para marcar novamente. Ela não quis a suspensão e me garantiu que viria na semana seguinte. Faltando uma hora para a sessão, Adriana me mandou uma mensagem de texto por celular dizendo que não viria, pois precisava de um tempo para ela. Desde então, não mais tive notícias de Adriana.

4.2. Compreensão clínica à luz da teoria de Winnicott

O caso relatado pode ser compreendido e discutido com fundamentação em vários autores da Psicanálise, porém, aqui optamos por entendê-lo a partir da teoria de Winnicott, autor escolhido para embasamento teórico deste estudo. A fim de se realizar essa compreensão, retomaremos alguns conceitos do autor vistos no primeiro capítulo do presente trabalho.

A partir do contato com o pensamento de Winnicott, pode-se concluir que para o autor, é essencial para o desenvolvimento emocional saudável a presença de um ambiente suficientemente bom. Apenas em um ambiente como esse, o indivíduo pode constituir seu verdadeiro si mesmo e, a partir daí, integrar a agressividade como um aspecto de sua personalidade. Quando o indivíduo não atinge essa conquista fundamental do amadurecimento, que é o reconhecimento e aceitação da própria agressividade como parte de si, responsabilizando-se pelas consequências da mesma, lidará com ela de maneira a se destruir ou a destruir o outro.

Logo ao falar a respeito da mais arcaica raiz da agressividade – a motilidade – Winnicott ([1950-55] 2000) aponta como é importante que o bebê descubra o ambiente a partir de sua necessidade genuína de se movimentar. Quando é o ambiente que vem até o bebê, ele se movimenta como forma de reagir ao ambiente e sua motilidade deixa de ser uma experiência pessoal, que o faz sentir-se real. Então, em busca dessa sensação de realidade, o bebê tende a se isolar.

O bebê precisa, ainda, que o ambiente lhe possibilite injetar o quanto de motilidade precise para satisfazer seus impulsos instintuais, já que a motilidade é que realiza a experiência. Essa fusão entre os impulsos motores e instintuais permite ao bebê viver seu verdadeiro si mesmo e seguir sua continuidade de ser. Se o ambiente não puder cumprir essa tarefa, novamente o bebê pode buscar o isolamento a fim de ter uma existência genuína (WINNICOTT, [1950-55] 2000).

Se o ambiente for excessivamente invasivo, de modo que o bebê não consiga se sentir ele mesmo nem com o isolamento, ele acaba se desenvolvendo como um prolongamento do ambiente invasor e não a partir do seu núcleo verdadeiro, seu si mesmo. A fusão dos impulsos erótico e motor não é realizada e, há outra consequência também para

essa ausência de fusão: a motilidade não fundida precisa encontrar oposição para se satisfazer e, para tanto, é necessário que o ambiente invada de modo constante, consistente e com um padrão próprio e específico para que o indivíduo possa desenvolver um padrão que seja seu. Ou seja, para sentir real, o indivíduo precisa constantemente de oposição seguida de perseguição (WINNICOTT, [1950-55] 2000).

Ao se refletir sobre o caso de Adriana, pode-se pensar que ela era alguém que “buscava” perseguição o tempo todo (mesmo em atitudes e palavras acolhedoras) para se sentir real. No caso pode-se verificar a repetição de situações em que Adriana sofre quase todos os tipos de violência (física, sexual, psicológica e institucional) e de situações em que tentativas de compreensão e acolhimento da psicoterapeuta são vivenciadas por ela como agressões. Adriana vive em um ambiente que sente invadir de modo constante, consistente e com um padrão próprio e específico, como descreveu Winnicott ([1950-55] 2000) e, se não for desse modo, ela não consegue desenvolver um padrão dela, não podendo se sentir ela mesma. Desse modo, pode-se concluir que ela busca um ambiente como esse para se sentir inteira e real. Outro aspecto que contribui para essa compreensão é o intenso sofrimento de Adriana acompanhado por muita motilidade durante as sessões de psicoterapia – ela não parava de mexer a perna direita e soluçava muito: talvez essa seja uma maneira encontrada por Adriana para se sentir ela mesma, já que para Winnicott ([1950-55] 2000) a fusão entre os impulsos erótico e motor embasa a capacidade humana de se sentir real.

Sobre a raiz instintual da agressividade, Winnicott ([1960] 1983) explica que inicialmente o bebê não sabe o que está acontecendo consigo ao ser invadido por uma tensão instintual; ele não sabe nem mesmo se a tensão vem de dentro ou de fora de si. A força da tensão instintual é avassaladora e a maior necessidade do bebê é se livrar da turbulência e do incômodo provocados pela mesma. Ávido por satisfação, o bebê machuca a mãe, sem a intenção de fazê-lo, já que ele ainda nem sabe que os instintos estão dentro dele e muito menos que ele e a mãe são pessoas separadas. A mãe precisa receber essas manifestações incompadecidas do bebê para ajudá-lo a integrar sua espontaneidade e convertê-la, então, em agressividade (GARCIA, 2009). Se a mãe não puder realizar essa tarefa, o bebê poderá esconder seus impulsos, inibi-los, cindi-los ou convertê-los em comportamento anti-social, violência ou compulsão à destruição (DIAS, 2000).

Novamente pode-se retornar ao caso e se questionar se não é possível constatar em Adriana uma compulsão por destruição, ou melhor, por auto destruição. Ao vivenciar constantemente situações de violência, ela vai se machucando, se ferindo, se decepcionando cada vez mais com as pessoas e se torturando. Assim, apesar de ela precisar de um perseguidor para vivenciar sua agressividade, podendo, dessa maneira, sentir-se inteira e real, toda sua agressividade acaba voltando-se contra si mesma, pois ela se torna aquela que sofre as agressões. Entretanto, Adriana não pode se dar conta desse processo, o que gera ainda mais dor, pois ela fica aprisionada nessa lógica inconsciente.

A destrutividade como consequência de falhas ambientais é abordada novamente por Winnicott ao falar sobre a terceira raiz da agressividade: as constantes interrupções da continuidade de ser, que provocam no bebê um contínuo, mas vago estado de alerta contra um perigo em iminência. Esse estado de alerta é acompanhado por uma raiva embutida, que não pode ser vivenciada pelo bebê enquanto tal devido à sua imaturidade. Mesmo não sendo vivenciada equanto tal, essa raiva embutida é sempre potencial e traz consigo o medo da violência, que é defensiva e pode ser seriamente destrutiva (DIAS, 2000).

Claro que todo esse processo de origem e integração da agressividade acontece simultaneamente e as raízes da mesma se misturam, mas o mais importante aqui é que falhas ambientais em manejar qualquer uma dessas raízes levam à destruição e à violência, como se pode constatar repetidas vezes no relato de Adriana sobre sua vida.

Vimos, ainda, que há, para Winnicott, uma destrutividade sem raiva, responsável por criar a externalidade do mundo e por permitir ao bebê usar o objeto. O bebê precisa expulsar o objeto de seu controle onipotente, destruindo-o subjetivamente, para que o mesmo possa existir fora dele. Mas para que essa seja uma experiência bem sucedida, o objeto expulso precisa sobreviver, não podendo retaliar ou sucumbir (DIAS, 2000). Se isso ocorre, o bebê fica impedido de exercer essa destrutividade fundante do mundo por todos compartilhado (WINNICOTT, [1969] 1989) e pode passar a vida buscando atingi-la por meio da violência e da destruição, o que para Winnicott, explica grande parte da violência a que assistimos dia após dia no mundo (WINNICOTT, [1950-55] 2000). Novamente cabe pensar que Adriana busca, por meio do frequente assujeitamento à violência, vivenciar essa destrutividade fundante do mundo externo. Provavelmente, essa foi a única maneira encontrada por ela de sentir parte do mundo e viva.

Apenas a partir da destruição, o bebê pode ver o mundo separado de si mesmo e pode se constituir na unidade EU SOU. O fato de o bebê ter precisado destruir o mundo para ser uma identidade unitária gera medo de um contra-ataque por parte do mesmo, que pode se caracterizar como um estado paranóide. Já integrado, o bebê passa a ter o seu eu e a defender desses possíveis ataques esperados (WINNICOTT, [1966] 2005; [1968] 2005). Ora, poderia se pensar que Adriana está sempre à espera de um ataque e que talvez seja em decorrência de uma necessidade de defender seu eu do mundo que ela destruiu em fantasia. A diferença é que Adriana não apenas aguarda pelos ataques, ela de fato os sofre e repetidamente se relaciona com pessoas que a violentam e, mesmo quando ela se relaciona com pessoas que não a violentam, ela se sente agredida e destruída, como é possível constatar em sua relação com a psicoterapeuta. Esse mecanismo sugere graves falhas na integração da agressividade por parte de Adriana. Ela só pode entrar em contato com essa parte de si mesma por meio do outro, a agressividade está no outro e nunca nela. E dessa maneira, desintegrada, ela nem pode se proteger, como o indivíduo que atingiu o EU SOU busca. A incapacidade de Adriana, enquanto um EU SOU, de defender seu próprio território fica clara em sua frase: “(...) *está muito forte a chuva e não tenho como me proteger*” (SIC).

Apesar dessa incapacidade, pode-se verificar no relato do caso momentos em que Adriana tenta se proteger quando consegue escapar de ser estuprada pelo homem que a abordou na rua e quando deixa de trabalhar na casa da patroa para trabalhar no posto de gasolina. Porém, mesmo assim, nessas situações ela volta a ser violentada (pelo médico, pelos colegas de trabalho), o que revela o quão fundamental é a perseguição de um outro na vida de Adriana, apesar de ela se dar conta dos prejuízos dessa perseguição para si, como se pode pensar a partir do fato de ela ter buscado psicoterapia. No entanto, essa busca por perseguição é tão necessária na vida de Adriana, que também na psicoterapia ela repete esse padrão de relação em que interpreta o outro como mau e violento e ela como vítima.

Além disso, os fatos de Adriana ter se esforçado para concluir o Ensino Médio e de ter conseguido trabalhar como agente de saúde também apontam para recursos de Adriana para cuidar de si mesma e se proteger. Porém, até essa capacidade de proteção fica sendo vivenciada por meio do outro em seu trabalho, pois ela ensina as pessoas a se prevenirem de situações perigosas, como doenças sexualmente transmissíveis e gravidez na

adolescência. A partir daí, pode-se concluir como o processo de integração de Adriana em uma identidade unitária foi insatisfatório; ela lida não apenas com sua agressividade mas também com sua capacidade de cuidar de si fora dela mesma, projetada no outro.

Apenas no estágio do concernimento, quando o indivíduo já se constituiu como unidade EU SOU, é que a agressividade é integrada e pode-se falar em agressividade intencional. Até aqui a agressividade era manifestação do estar vivo do bebê ou reação a invasões ambientais. Nesse estágio o bebê já destruiu o objeto subjetivo, criando a externalidade do mundo e podendo, assim, usar o objeto. Ele já é um EU SOU. Antes não sabia nem si e nem do mundo e, portanto, não podia se responsabilizar por seus impulsos destrutivos. No estágio do concernimento, já sendo um si mesmo verdadeiro e integrado, o bebê passa a ter conhecimento de sua própria agressividade e passa a se responsabilizar e a se culpar pelos efeitos da mesma em si e no outro. Ele pode, então, reparar o que estraga (DIAS, 2000).

Adriana não pôde ainda constituir-se nem como EU SOU e, justamente por esse motivo, busca repetidamente viver situações de violência para ter contato com esse seu aspecto fundamental – a agressividade – que não se encontra integrado nela, podendo, apenas assim, se sentir inteira, real e existindo. Ela ficou parada lá no início da linha do amadurecimento proposta por Winnicott, provavelmente devido a sérias falhas ambientais, e não tem condições emocionais de se responsabilizar por sua própria agressividade. Ela não busca situações de violência porque deliberada e conscientemente quer, como se costuma ouvir falar a respeito de mulheres que sofrem violência, mas porque ela não se desenvolveu o suficiente para lidar com sua agressividade de forma saudável. Assim, ela precisa encontrar a própria agressividade em um perseguidor, que passa a ser qualquer pessoa com quem ela se relaciona, inclusive a psicoterapeuta.

Como vimos, para Winnicott, todo ser humano nasce com uma tendência para o amadurecimento, que será satisfatório ou não a depender da presença de um ambiente facilitador ([1960] 2005). O amadurecimento começa com a dependência absoluta do bebê, passa pela dependência relativa e segue em direção à independência relativa, estado em que os indivíduos saudáveis se mantêm no curso da vida (WINNICOTT, [1963] 1983).

Essa jornada do amadurecimento é dividida em estágios, como concebe Winnicott, e cada estágio possui tarefas fundamentais que não podem ser deixadas para trás e que nunca

são totalmente completas, acompanhando-nos durante toda a vida. Entretanto, as conquistas fundantes do desenvolvimento emocional – as mais primitivas – são condição *sine qua non* para outras conquistas serem alcançadas. Assim, se a execução de uma tarefa fracassar, as tarefas seguintes continuarão surgindo, mas o indivíduo não terá a vivência e a maturidade necessárias para resolvê-las: aí está a base do desenvolvimento de um distúrbio emocional. E a partir daí, conclui-se que se pode encontrar em qualquer ser humano de qualquer idade toda sorte de necessidades das mais primitivas às mais tardias (DIAS, 2003).

Ao se examinar a vida de Adriana, é possível perceber que ela cresceu em um ambiente vivenciado por ela como bastante indiferente às suas necessidades: ela era a última na fila do mato a noite com apenas cinco anos de idade; com essa mesma idade, ficou internada sozinha em um hospital, ia para a escola sozinha, era obrigada a trabalhar e não tinha tempo para brincar. Adriana cresceu em um ambiente que não atendia às suas necessidades. Adriana conta sua história apenas a partir dos cinco anos de idade, mas a partir daí, pode-se supor que nos primórdios de sua vida não tenha sido diferente.

Winnicott mostra como os cuidados ambientais vão proporcionando à criança, que nasce em um estado de não-integração, integrar-se, percebendo-se como um eu. O processo de integração é uma conquista gradual e, em alguns momentos, como no descanso, o bebê faz um retorno ao estado não-integrado, o que não é ameaçador se o ambiente puder lhe prover segurança. Quando alguma integração já foi feita, a ameaça de desintegrar-se, desfazendo o que foi conquistado, torna-se um medo intenso. Assim, apenas na presença de um ambiente suficientemente bom e seguro, é que a criança poderá seguir sua continuidade de ser, caminhando rumo à integração na unidade EU SOU. Caso contrário, ela sofrerá sérias interrupções em sua continuidade de ser, não podendo integrar-se ou conquistando uma integração tão precária e fundada em bases falsas, que o medo da desintegração ou mesmo da não integração a aterrorizará constantemente (WINNICOTT, [1960] 2005).

Desse modo, pode-se inferir que Adriana não pôde encontrar no ambiente a segurança necessária para se constituir um eu sólido, menos ameaçado e capaz de seguir a continuidade de ser, lidando com os desafios e dificuldades de cada estágio. A precariedade dos cuidados ambientais, de acordo com sua interpretação de sua história, não favoreceram que Adriana vivesse experiências importantes como a onipotência, crucial para que o bebê desenvolva seu sentido de realidade. Como visto, essa experiência consiste em a mãe

suficientemente boa apresentar o seio ao bebê no exato em que esse o alucina, proporcionando-lhe a ilusão de que ele, bebê, foi quem criou o seio. Dessa maneira, a mãe ajuda seu filho a se capacitar para buscar o que é disponível na realidade, crendo que o mundo contém aquilo que pode sanar seus desejos e necessidades. Essa crença ajuda o indivíduo a ter mais confiança na vida e no mundo e a se sentir menos ameaçado (WINNICOTT, [1945] 2000; [1951] 2000).

Em um ambiente tão negligente, como o internalizado por Adriana, é bastante improvável que ela tenha vivido experiências de ilusão como essa, necessárias não apenas para que o bebê adquira confiança no mundo, mas também para que ele enfrente a tarefa do próximo estágio, o da desilusão. Ora, como alguém que não foi iludido pode ser desiludido? Depois da ilusão, o bebê precisa criar confiança em sua capacidade para conseguir o que precisa; ele precisa ter a experiência de obter o leite a partir de seus próprios esforços para sugar, pois a satisfação vivenciada o levará a se sentir real (ABRAM, 2000). Sem nem ter sido iludida, Adriana não teria como ser desiludida, vivenciando os fenômenos da transicionalidade²⁸ pertinentes a esse estágio, e mais uma vez, pode-se constatar que seu senso de realidade – sua capacidade de se sentir uma pessoa inteira e real - ficou bastante prejudicado.

A passagem e êxito do bebê em todos os estágios do amadurecimento dependem de um ambiente suficientemente bom, que inclui uma mãe suficientemente boa, que por sua vez, depende também de um suporte ambiental para poder estar disponível para seu bebê. Para que a mãe possa realizar a entrega necessária ao lactente, ela deve ser poupada de preocupações com o mundo externo (preocupações financeiras, por exemplo) a fim de se ocupar integralmente com seu bebê (DIAS, 2003).

Ao se analisar o caso de Adriana e se constatar as condições financeiras de sua família, supõe-se que não houve um suporte ambiental para sua mãe se dedicar profundamente a ela no início de sua vida. Adriana conta que mesmo com 7 filhos pequenos, a mãe tinha que trabalhar na roça e por isso não a levava à escola. Essa fala de Adriana revela que a mãe tinha que se ocupar da sobrevivência física da família, provavelmente não lhe restando tempo e disponibilidade para cuidar das necessidades

²⁸ Vide capítulo I.

emocionais de seus filhos, no caso, de Adriana, como a mesma demonstra ter vivenciado sua relação com a mãe. Vale lembrar que, como dito no início do relato, esse é o ambiente internalizado por Adriana, conforme ela o interpretou. Não temos como saber se de fato tudo isso ocorreu ou não. Porém, o que nos interessa aqui é a vivência dela que é a de uma família tão voltada para a própria sobrevivência, que não pôde atender às suas necessidades.

Assim, sem essa relação fundamental de um desenvolvimento emocional saudável – entre bebê e mãe suficientemente boa - Adriana ficou prejudicada em realizar as tarefas de cada estágio da vida, constituindo-se emocionalmente sobre bases frágeis e falsas e não podendo, dessa maneira, pessoalizar-se em um indivíduo inteiro e real. Adriana tratou de sobreviver, como mostra ter aprendido em casa, e para tanto, precisou recorrer a estratégias que a possibilitassem sentir-se existindo, sentir-se si mesma.

A agressividade é o motor da vida: é o que faz o bebê se mexer ainda no ventre materno, é o que possibilita ao bebê descobrir o mundo e a si mesmo, é o que viabiliza ao bebê satisfazer suas necessidades, etc. Pelo resto da vida a agressividade é o que nos impulsiona a enfrentar a vida, mantendo-nos vivos. A agressividade é uma parte de importância vital aos seres humanos, como é possível constatar na teoria de Winnicott sobre esse conceito.

O que Adriana poderia fazer com essa força avassaladora e realizadora da vida se ela não criou condições subjetivas de integrá-la como parte de si mesma? Para se sentir real, uma das mais importantes contribuições da integração da agressividade, Adriana precisou projetá-la no outro, vivenciar essa parte de si mesma por meio do outro. Dessa maneira, a pergunta inicial – por que ela não consegue sair de relações violentas? – deixa de fazer sentido, pois o fato não é que ela não consegue, na realidade, ela não pode porque precisa de relações violentas para se sentir real. Por mais contraditório que pareça, ela escolhe e se agarra a essas relações perigosas ou projeta violência em relações que não são perigosas porque somente assim ela se sente inteira e segura.

CAPÍTULO V

Discussão

“Até cortar os próprios defeitos pode ser perigoso. Nunca se sabe qual é o defeito que sustenta o nosso edifício inteiro”
(Clarice Lispector)²⁹

Neste capítulo, retomaremos a compreensão clínica a partir dos conceitos de Winnicott do caso relatado, a fim de se pensar sobre o fenômeno da permanente vitimização de mulheres e relacionaremos nossas reflexões às contribuições dos autores mencionados no primeiro capítulo que também se dedicaram a desvendar os aspectos subjetivos latentes ao fenômeno em pauta.

O objetivo principal deste trabalho foi compreender o fenômeno da permanente vitimização de mulheres por meio de um estudo de caso. O caso de Adriana parece ajudar bastante no entendimento do fenômeno, apesar de não ser um caso típico de mulheres que sofrem violência de gênero, pois, como visto, a maior parte das mulheres são agredidas por seus parceiros ou ex-parceiros, ou seja, elas têm um agressor fixo. Adriana, por outro lado, foi vivendo diversas situações nas quais sofreu violência por parte de pessoas distintas, tanto homens como mulheres, parceiros ou não. Entretanto, assim como nos casos de mulheres que sofrem agressões por parte de seus parceiros com muita frequência, verifica-se na história de Adriana situações frequentes e repetidas de violência. Com um agressor fixo ou não, tanto nos casos típicos, como no caso de Adriana, constata-se a presença de perseguidores constantes, consistentes e com um padrão específico, como vimos na compreensão clínica do caso de Adriana.

Pôde-se verificar, a partir da teoria de Winnicott, que Adriana cresceu em um ambiente que não favoreceu seu desenvolvimento emocional e a integração da agressividade como parte de si mesma, o que a levou a necessitar vivenciar esse aspecto essencial da constituição humana de modo auto-destrutivo, por meio de perseguidores constantes em sua vida. Possivelmente, os pais de Adriana estavam tão voltados às questões básicas de sobrevivência, vista a situação de miséria em que viviam, que não

²⁹ LISPECTOR, C. *Correspondências*. Organização Teresa Montero. Rio de Janeiro: Rocco, 2002.

puderam proporcionar-lhes um ambiente suficientemente bom para se desenvolver, como a paciente revela ter vivenciado sua relação com os pais. Pode-se pensar que essa também é a realidade de outras mulheres expostas à violência, como, por exemplo, as citadas na apresentação deste estudo, que também cresceram e se desenvolveram em situações miseráveis, fenômeno muito frequente em nosso país.

Entretanto, sabe-se que mulheres de classes sociais mais elevadas também sofrem violência, como comprova o caso de Maria da Penha, a inspiradora do nome da Lei 11.340/06, que coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher. Como visto, Maria da Penha era biofarmacêutica e seu marido professor universitário. Outro caso muito conhecido que também mostra que a violência contra mulheres ocorre em classes mais elevadas é o de Eliane de Grammont, que era cantora e compositora e se apresentava em uma casa de shows de São Paulo, quando foi assassinada a tiros pelo ex-marido, também cantor e compositor. Além desses dois casos emblemáticos da luta da violência contra mulheres, sabe-se que há muitos outros. Com base neles, pode-se pensar que apesar da situação de miséria parecer ter sido um fator contribuinte para as graves falhas ambientais, que não favoreceram que Adriana pudesse integrar sua agressividade, levando-a a buscar sempre relações violentas, não são apenas situações de miséria que contribuem para a violência contra mulheres. Como vimos, para Winnicott ([1960] 2005), há dois tipos de distúrbios que podem impedir à mãe estar profundamente disponível para o lactente, como o mesmo precisa: o primeiro refere-se a um envolvimento compulsivo da mãe com seus próprios interesses e o segundo diz respeito a uma preocupação patológica da mãe para com seu bebê, que não coincide com a necessidade real desse. Mães de classes favorecidas podem se deprimir, vivenciar lutos, etc., ficando também impedidas de proporcionarem um ambiente favorecedor de um desenvolvimento emocional saudável e da integração da agressividade. Além disso, não há como prever como cada filho vai internalizar sua relação com sua mãe.

Pode ser, ainda, que os pais de mulheres tanto de classes baixas, como altas também não tenham crescido em um ambiente suficientemente bom e os filhos dessas mulheres tampouco crescerão, pois com uma constituição egóica tão frágil e pouco integrada, como elas poderão se dedicar inteira e profundamente aos seus filhos, como demanda um bebê? Essa é uma importante preocupação evidenciada pelos estudos sobre violência contra

mulheres, a de que os filhos de mulheres que sofrem violência também serão pessoas que vivem em situações de violência. Aqui entramos no aspecto transgeracional do fenômeno, que devido à limitação do estudo, não está sendo abordado, mas que merece ser estudado com afinco para contribuir para uma compreensão ainda mais ampla e profunda do mesmo e deve ser considerado em projetos e programas que visam o enfrentamento desse problema social.

Para completar o ciclo, como vimos, há diversos estudos apontando para uma estigmatização da mulher no lugar de vítima e do homem no lugar de agressor por parte da sociedade (SCOTT, 1995; SAFFIOTI, 2001; SINUÉS & JIMÉNEZ, 2010; GREGORI, 1993, 2003; ALVIM, 2003; MUSZKAT, 2006, 2008; CERRUTI & ROSA, 2008; AYOUGH & TARDIVO, 2013). Essa visão social acaba corroborando com o fenômeno, pois é esperado pela própria sociedade que a mulher seja a vítima e, dessa forma, em vez de oferecer um outro lugar para essas mulheres ocuparem, a sociedade faz um conluio com o lugar de vítima já ocupado por elas. Certa vez, a presente pesquisadora estava em uma conversa sobre violência contra mulheres em um grupo e contou que conhecia um homem que apanhava de sua mulher e todos do grupo deram muita risada. Se a história fosse sobre uma mulher que apanhava do marido, provavelmente ninguém riria, pois seria esperado por todos. Essa situação mostra como o olhar social cristalizado de uma relação supostamente natural em que homens são agressores e mulheres vítimas está presente em todos nós e funciona como mais um entrave para solução desse problema, apontando para uma necessidade de conscientização social, como demonstraram Salcedo-Barrientos, Miura, Gemma, Almeida e Tardivo (2012, 2013) em estudo multidisciplinar com adolescentes grávidas, que as mesmas viam a violência doméstica como natural. Todos esses estudos já podem se constituir o início de uma conscientização social pelo fato de proporem um olhar crítico para uma situação que até então vem sendo concebida como natural.

Vimos também a questão do despreparo profissional ao lidar com mulheres que sofrem violência, que leva a uma situação na qual em vez de os profissionais acolherem e entenderem essas mulheres, acabam cometendo violência institucional com a mesmas, funcionando como mais um obstáculo para a minimização do fenômeno violência contra mulheres (SHCRAIBER ET AL, 2002; GARCIA-MORENO, 2002; NARVAZ, 2010). Inclusive, o objetivo secundário deste estudo é justamente contribuir com o preparo desses

profissionais. Não se pode esquecer que os profissionais da saúde são parte da nossa sociedade e têm dentro de si essa visão cristalizada da relação entre homens e mulheres citada no parágrafo anterior. Assim, compreender que mulheres que sofrem violência não estão nessa situação porque gostam ou querem deliberadamente, mas porque essa foi a maneira encontrada por elas de se sentirem reais, ajuda a quebrar esse pré conceito social, permitindo se olhar para essas mulheres como seres humanos com necessidades e conflitos muito primitivos e não como casos insolucionáveis, nos quais não vale a pena investir.

Por outro lado, também se pode questionar como mesmo com o olhar humano e com a atitude acolhedora da pesquisadora em relação à Adriana, a primeira fracassou em ajudar a segunda a abandonar a situação de violência. Como visto, a frustração vivenciada pelos profissionais da saúde perante o fracasso em ajudar as mulheres em situação de violência é um dos fatores que os leva a desistir das mesmas, pois elas podem acabar repetindo com o profissional, via projeção, as relações violentas em que vivem, como ocorreu no caso de Adriana.

Com este estudo, pudemos ver que o assujeitamento à violência decorre de graves falhas ambientais que provocaram sérios prejuízos no processo de amadurecimento dessas mulheres, impedindo-as de integrarem a agressividade como parte delas mesmas, tendo que vivenciá-la por meio de um perseguidor para se sentirem pessoas individuais, integradas e reais. Dessa forma, elas precisam estar em situações de violência para não viverem as angústias impensáveis - propostas por Winnicott ([1965] 2005) - de despedaçamento, de estarem caindo em um poço sem fundo e de sentirem que a realidade externa não pode produzir conforto interno, que são as angústias típicas de estados psicóticos ou de desintegração. Então, pode-se recorrer a uma famosa frase de Clarice Lispector: *“Até cortar os próprios defeitos pode ser perigoso. Nunca se sabe qual é o defeito que sustenta o nosso edifício inteiro”*³⁰ e se pensar o quão difícil é ajudar essas mulheres a saírem da situação de violência, dada a função vital que esse assujeitamento tem em suas vidas.

Porém, se retomarmos o primeiro capítulo deste trabalho, veremos que, para Winnicott ([1964], 1987; [1968] 1994), a própria destrutividade só pode ser tolerada pelo indivíduo se ele possuir um objetivo construtivo à mão. Essa suposição do autor embasa

³⁰ LISPECTOR, C. *Correspondências*. Organização Teresa Montero. Rio de Janeiro: Rocco, 2002.

sua visão a respeito da tarefa do psicoterapeuta no tocante a auxiliar o paciente a integrar sua própria agressividade. Uma análise tradicional preconiza que o paciente apenas alcançará uma atitude construtiva se se conscientizar de sua destrutividade. Assim, se um paciente faz alguma coisa boa para o psicoterapeuta, este tenderá a apontar-lhe a destrutividade inconsciente por trás da atitude construtiva. Winnicott compreende que uma interpretação como essa pode tornar falsa e sem valor a reparação do paciente, interrompendo-a e, assim, a pessoa ficará incapacitada de se responsabilizar por seus aspectos destrutivos, já que o objetivo construtivo foi desvalorizado. Dessa forma, o paciente continuará lidando com sua própria agressividade de forma destrutiva. Para Winnicott, o paciente precisa de uma oportunidade para contribuir e, só assim, poderá se conscientizar e se reponsabilizar por sua própria agressividade (DIAS, 2000).

No caso apresentado, a psicoterapeuta não interrompeu atitudes reparatórias, até porque as mesmas não apareceram, mas apontou à Adriana seus mecanismos destrutivos, sem que a mesma tivesse qualquer objetivo construtivo à mão para tolerá-los. Isso ocorreu na décima sessão quando a psicoterapeuta comunicou à Adriana que parecia que a mesma esperava que a psicoterapeuta dissesse que ela estava errada e que merecia ser punida. Essa de fato foi a constatação contratransferencial da psicoterapeuta, porém Adriana ainda não estava pronta para recebê-la por ainda não ter condições subjetivas de arcar com a própria destrutividade. Em seguida, a paciente mostrou o quanto temia sua própria agressividade, dizendo que não contou que era abusada pelos padrões por medo de estragar suas respectivas famílias, indicando que, de fato, esse era um tema extremamente ameaçador para ela. Na sessão seguinte, Adriana chegou transtornada propondo parar o trabalho psicoterapêutico e ir morar no meio do mato, revelando o quão violenta aquela conversa, que aos olhos da psicoterapeuta visava ajudá-la, tinha sido vivenciada por ela naquele momento por ela ainda não ter um objetivo reparatório à mão. Entrar em contato com a própria agressividade foi insuportável para Adriana. Assim, a paciente não suportou permanecer no processo psicoterapêutico, pois, voltando à Lispector, temeu que seu edifício desmoronasse. O que sustentaria o edifício de Adriana seria um objetivo construtivo, que não apareceu por falta de tempo e oportunidade. Para perceber sua participação tanto nas relações violentas quanto nas relações interpretadas por ela como

violentas, Adriana precisaria estar pronta e provavelmente outras mulheres em situação de violência também.

Pode-se perguntar, então, se o psicoterapeuta não deve fazer nada até surgir um objetivo construtivo. Para Winnicott ([1968] 2005), os pais, que no início da vida são os responsáveis por ajudarem seus filhos a se integrarem, não têm muito a fazer para tanto: “(...) o melhor que têm a fazer é sobreviver³¹, sobreviver intactos, sem mudar de cor, sem negar qualquer princípio importante” (p. 155). Essa orientação feita aos pais por Winnicott pode servir também aos psicoterapeutas e profissionais da saúde que trabalham com mulheres em situação de violência: o melhor a se fazer é aguardar, ter paciência, compreendê-las enquanto seres humanos com necessidades emocionais muito primitivas, não retaliar e esperar por oportunidades para atitudes construtivas, pois, apenas essas proporcionarão sustentação para elas entrarem em contato com seus aspectos agressivos e destrutivos, podendo, assim, deixar de projetá-los no outro. Sem precisar projetar esses aspectos, é provável que essas mulheres consigam abandonar as relações violentas em que vivem.

Essa compreensão de que as mulheres que não conseguem abandonar relações violentas projetam no outro a sua própria agressividade vai ao encontro dos achados de Ayouch e Tardivo (2013) sobre violência conjugal, em que afirmam que o conceito de identificação projetiva é muito útil no entendimento do fenômeno por permitir a compreensão de que algo não assimilado por um é “batido” no outro. Em outras palavras, tanto mulheres como homens, envolvidos em relações violentas, agredem ou toleram constantemente agressões por não poderem assimilar algo de suas próprias personalidades, que acaba projetado no outro, que é aquele que é violentado ou aquele que violenta. Esse mecanismo aparece de forma clara no caso de Adriana, sobretudo na sua relação com a psicoterapeuta, em quem a primeira projeta o tempo todo alguém que a violenta. Essa constatação não nega o fato de que Adriana de fato foi muitas vezes violentada em sua vida, pois assim como ela precisa de um perseguidor para se sentir viva, há indivíduos que precisam agredir. Por essa razão, essa contribuição de Ayouch e Tardivo, visando a relação

³¹ Grifo do autor.

entre o agressor e o agredido a partir do conceito de identificação projetiva é bastante esclarecedora.

Os autores postulam, ainda, uma necessidade de se reorganizar a dimensão transferencial-contratransferencial clínica e teoricamente por ser difícil ao psicanalista suportar a destrutividade do outro sem decidir ou desejar em seu lugar. Essa visão dos autores está de acordo com a nossa compreensão de que o psicoterapeuta, ao trabalhar com mulheres em situação de violência, deve suportar a agressividade e a destrutividade das mesmas até que elas estejam prontas para lidar com esses aspectos de suas personalidades. Nesse sentido, Ayouch e Tardivo (2013) apontam para uma medida a ser tomada em relação a essa difícil função do psicoterapeuta de tolerar a destrutividade do outro, que é se repensar a relação psicanalítica entre paciente e psicoterapeuta nesses casos de violência. De fato, essa medida pode contribuir substancialmente para o preparo dos profissionais que lidam com mulheres em permanente vitimização.

A conclusão de Ayouch e Tardivo (2013) de que a violência de gênero é perpetuada, muitas vezes, pela própria teoria por reproduzir um paradigma de violência de gênero não analisado também harmoniza com que o se pôde pensar neste estudo: foi visto como o profissional, que faz parte de uma sociedade que concebe como natural uma relação em que o homem é o forte e a mulher a fraca, acaba tratando essa mulher com o mesmo pré-conceito que a sociedade a trata, ficando, então, impedido de acolhê-la e ajudá-la, violentando-a novamente. Nesse ponto, pode-se considerar importante a contribuição de Adamo (1999) de que o profissional que lida com pessoas em situação de violência precisa, além de muito estudo, de um profissional mais experiente supervisionando-o e de auto conhecimento para poder reconhecer em si mesmo possíveis pré conceitos, que podem levá-lo a violentar novamente alguém que veio pedir ajuda por ter sido violentado.

Adamo (1999) conclui, ainda, que a violência doméstica se deve não só a uma dinâmica viciosa de privações e traumas, mas também a uma incapacidade dos membros da família de viverem e pensarem as emoções e as fantasias assassinas comuns a todos os seres humanos. Como as experiências emocionais e fantasias não podem ser significadas e simbolizadas, elas se tornam ato. Para chegar a essa conclusão, a autora partiu de autores como Klein, Bion e Caplan, que apesar de serem psicanalistas como Winnicott, tecem considerações sobre o ser humano de maneira distinta desse. Entretanto, Adamo (idem)

pôde constatar em seu estudo que a violência está ligada a uma incapacidade do indivíduo de lidar com algo destrutivo existente dentro de si, que acaba virando ato. Neste estudo, a partir de Winnicott, pôde-se ver que impossibilidade de se integrar a própria destrutividade pode levar à violência. Apesar de as duas afirmações se embasarem em pressupostos diferentes, ambas referem-se a uma dificuldade com a destrutividade intrínseca ao ser humano que leva a relações violentas, aproximando nossas reflexões do trabalho de Adamo.

Nukui (2012) realizou PBO³² com duas mulheres em situação de violência doméstica e as diagnosticou com adaptação ineficaz severa, apresentando sintomas neuróticos limitadores, inibições restritivas e rigidez de traços caracterológicos, conforme a EDAO³³. No caso de Adriana também se pôde verificar muitas limitações, inibições e restrições em sua vida: ela não conseguia ter uma vida social porque sempre via as pessoas como suas inimigas, tinha sérios problemas de relacionamento no trabalho e não conseguia manter relacionamentos amorosos. Além disso, pôde-se constatar uma rigidez em relação à mudança, que pode estar associada a uma rigidez caracterológica. Porém, no presente estudo vimos essa rigidez como a permanência em relações violentas, forma encontrada por Adriana para sentir sua existência como genuína e real.

Nukui (2012) concluiu que o setor afetivo relacional das vidas de ambas as participantes constitui-se uma importante fonte de conflitos e insatisfações, os quais são enfrentados pelas mesmas com soluções pouquíssimo adequadas – de acordo com a EDAO - como atitudes destrutivas em relação a si mesmas e negligência em relação aos filhos, que também terminam vulneráveis a situações de violência. Como mencionado no parágrafo anterior, nesta pesquisa também se pôde verificar que a área que mais apresenta conflitos e insatisfações na vida de Adriana é a afetiva e relacional, que também pode ser considerada a fonte desses mesmos conflitos e insatisfações, já que, como visto, para Winnicott, o desenvolvimento emocional saudável se dá a partir da relação com uma mãe suficientemente boa. Se essa relação for insatisfatória, acarretará ao indivíduo possíveis distúrbios emocionais (DIAS, 2003).

³² Vide capítulo I.

³³ Vide capítulo I.

No trabalho de Nukui (2012), as pacientes participaram de forma ativa no processo da PBO e, por meio de interpretações teorizadas, puderam reconsiderar suas atitudes em relação às situações de violência doméstica. Dessa forma, a autora concluiu que a PBO parece ter contribuído para a mudança na qualidade adaptativa das participantes da pesquisa. No presente estudo, Adriana participou de forma ativa no processo até a psicoterapeuta dar uma interpretação (não teorizada) à paciente. Entretanto, a interpretação não mostrou haver ajudado Adriana, ao contrário, a partir daí, a paciente decidiu interromper o processo psicoterapêutico. Pôde-se relacionar esse fracasso ao fato de Adriana ainda não estar pronta para lidar com a própria destrutividade (que foi mostrada a ela na interpretação), rompendo, então, com a psicoterapia. Pode-se, assim, concluir que a psicoterapia pode ajudar mulheres a abandonarem relações violentas, contanto que se mostre seus aspectos destrutivos às mesmas apenas quando elas puderem ter algum objetivo construtivo à mão para conseguirem suportar a própria destrutividade, como ensinou Winnicott (DIAS, 2000).

Lima e Werlang (2011) em estudo que buscou compreender a influência da história de vida na escolha conjugal de mulheres em situação de violência e os fatores responsáveis pela aceitação/tolerância da repetição de agressões para com elas, concluíram que a violência doméstica resulta de uma história de vida marcada por vivências traumáticas (como abandono e negligência por parte dos pais e exposição a cenas de violência entre os pais) que impulsiona essas mulheres, por meio da compulsão à repetição, a realizarem escolhas conjugais propiciadoras de um cenário violento. Nesta pesquisa, também se pôde verificar que um ambiente negligente e indiferente às necessidades de Adriana – como internalizado por ela - não favoreceu que ela integrasse sua agressividade e destrutividade como parte de seu *self*, levando-a a buscar repetidamente um perseguidor para poder vivenciar, por meio dele, esses aspectos desintegrados.

Para Lima e Werlang (2011), a possibilidade de se atribuir sentido às vivências traumáticas das histórias de vida dessas mulheres pode contribuir para a cessação da aceitação/tolerância à violência através de uma modificação da ação. As autoras apontam, ainda, que o psicólogo precisa possuir e exercer empatia e estar disponível emocionalmente para escutar essas mulheres para que elas não sofram a violência da indiferença ao seu sofrimento. As autoras defendem que, dessa forma, o psicólogo ajuda essas mulheres a

resgatar a capacidade de amor próprio. De forma distinta das autoras, no presente trabalho, pôde-se verificar que mesmo o acolhimento da psicoterapeuta podia ser vivenciado como agressão por parte de Adriana e que o que pode ajudar essas mulheres é sobreviver à destrutividade delas. Entretanto, não houve a oportunidade de se verificar a eficácia dessa medida, o que pode ocorrer talvez em uma próxima pesquisa.

Chies (2012) em artigo que busca trazer luz às determinações subjetivas presentes na manutenção da situação de violência, entende a relação da vítima com o agressor e com a violência a partir dos conceitos freudianos de compulsão à repetição e de culpa. Para a autora, o sentimento inconsciente de culpa - devido ao trauma da constatação da incompletude do outro, que passa a ser tomada para si - leva à compulsão à repetição da vivência traumática e à reação terapêutica negativa, em que cada vez que o analisando faz um progresso, ele regride como forma de não entrar em contato com conteúdos intoleráveis ao psiquismo. No caso da mulher acometida por violência, tal conteúdo é o próprio desamparo. Neste estudo, pôde-se verificar uma insistência de Adriana em buscar relações violentas, o que pode ser compreendido como compulsão à repetição. Pelo fato de o presente trabalho embasar-se teoricamente no pensamento de Winnicott, pôde-se compreender essa busca repetida por relações violentas como consequência de uma impossibilidade de Adriana em integrar seus aspectos destrutivos como parte de si mesma. O conteúdo intolerável aqui seria a própria destrutividade, apesar de se poder verificar muitas situações de desamparo no relato de Adriana.

Além disso, a interrupção do processo psicoterapêutico por parte de Adriana remete à ideia de reação terapêutica negativa, sobre a qual Chies (2012) se embasou: quando aparentemente houve um progresso no processo psicoterapêutico, pois a psicoterapeuta e Adriana puderam conversar sobre sua dificuldade de abandonar relações violentas, ela resolveu parar a psicoterapia. No entanto, pôde-se entender que ela parou por não estar pronta para entrar em contato com a própria destrutividade, projetando-a na psicoterapeuta que se tornou uma agressora aos olhos da paciente. Já Chies concebe a reação terapêutica negativa como uma forma de não se entrar em contato com o desamparo.

Cerruti e Rosa (2008) buscaram compreender a permanente vitimização de mulheres a partir de uma perspectiva lacaniana. Assim, debruçaram-se sobre a posição subjetiva da mulher por meio dos conceitos de eu, narcisismo, masoquismo fundamental e

implicação subjetiva, concluindo que, ao se perceberem aquém do ideal de eu (comum a todos os seres humanos), as mulheres agarram-se à posição de vítimas, defendendo sua integridade absoluta e acusando a arbitrariedade do agressor, ficando tanto a vítima quanto o agressor em posições fora da ordem do possível: o agressor como um ser infalível e onipotente e a vítima como um ser frágil, submetido ao agressor, responsável pelo seu fracasso. As autoras entendem a vitimização, nesse sentido, como uma forma de proteção narcísica, a partir do pressuposto de que o narcisismo é fundamental na constituição do sujeito. Novamente, apesar de o trabalho de Cerruti e Rosa estar fundamentado no pensamento de Lacan e o presente estudo na teoria de Winnicott, ambos apontam para a permanente vitimização como uma forma de proteção, porém de diferentes aspectos da constituição humana do ponto de vista teórico. As autoras veem a permanente vitimização como proteção narcísica e aqui se concebe o fenômeno como proteção contra a própria destrutividade e como forma de se sentir real.

A partir da relação entre as reflexões sobre a permanente vitimização de mulheres por meio do caso de Adriana e as contribuições dos autores mencionados para a compreensão do fenômeno, pode-se concluir que apesar cada estudo se embasar em autores e visões distintos, todos apontam para a dificuldade de mulheres em abandonarem relações violentas como uma consequência de necessidades subjetivas e inconscientes. Essas necessidades precisam ser levadas em consideração para que se possa de fato ajudar essas mulheres, pois apenas assim elas podem ser vistas como sujeitos e não objetos, que têm condições de fazer algo construtivo por si mesmas, abandonando as relações violentas em que vivem.

CAPÍTULO VI

Considerações finais

*“Escrever nem uma coisa nem outra
A fim de dizer todas
Ou, pelo menos, nenhuma.
Assim,
Ao poeta faz bem
Desexplicar
Tanto quanto escurecer acende os vagalumes”* (Manoel de Barros)³⁴

A partir da reflexão sobre o fenômeno da permanente vitimização de mulheres por meio de um estudo de caso, ficou claro como é importante se valorizar os aspectos subjetivos presentes no fenômeno para compreendê-lo com mais profundidade e para auxiliar os profissionais de saúde a trabalharem de forma mais eficiente com essas mulheres.

A teoria de Winnicott a respeito da agressividade em relação ao amadurecimento contribui de forma substancial para a compreensão do fenômeno da violência contra mulheres ao apontar para o lugar central que a agressividade ocupa na constituição dos seres humanos. Se esse elemento central não puder ser integrado como parte do indivíduo devido a falhas ambientais, ele trará graves problemas, sendo um deles, o assujeitamento à violência, ou seja, a agressividade é vivenciada por meio da projeção da mesma em um perseguidor.

O pensamento de Winnicott revela, ainda, a importância de um ambiente suficientemente bom para a integração da agressividade e um desenvolvimento emocional satisfatório como um todo. Como se pôde constatar, tanto Adriana como muitas mulheres que sofrem violência provavelmente cresceram em ambientes, nos quais a preocupação parental estava muito mais voltada a um envolvimento com as próprias necessidades do que com as de suas filhas, não favorecendo com que as mesmas se constituíssem como pessoas

³⁴ BARROS, M. Retrato quase apagado em que se pode ver perfeitamente nada. In: *O Guardador de Águas*. São Paulo: Civilização Brasileira, 1989.

individuais e integradas. Como visto, muitas cresceram, ainda, em ambientes permeados por relações violentas.

A mesma teoria permite pensar a respeito do trabalho clínico com essas mulheres ao afirmar que o ser humano só pode tolerar os próprios aspectos destrutivos se tiver um objetivo construtivo à mão, sugerindo que o psicoterapeuta só pode apontar a uma mulher em situação de violência seus mecanismos destrutivos se a mesma manifestar alguma atitude reparatória. Caso contrário, ele estará mostrando a ela um aspecto que ela ainda não condições emocionais de ver, provavelmente abandonará o trabalho e seguirá projetando sua agressividade no outro a fim de se sentir real. Assim, até que a paciente esteja pronta para encarar a própria destrutividade e a própria agressividade, o psicoterapeuta deve suportá-las e sobreviver às mesmas. Nessa mesma linha, mostra-se valiosa a contribuição de Ayouch e Tardivo (2013) de que devido à dificuldade da tarefa de se tolerar a destrutividade do outro, deve-se repensar a relação transferencial-contratransferencial entre psicoterapeuta e paciente.

É preciso que o profissional da saúde que lida com essas mulheres compreenda que, apesar de ser angustiante o fato de vê-las em repetidas situações de violência, elas expressam por meio dessas necessidades inconscientes, que apenas podem ser satisfeitas através desse complexo jogo de projeção da agressividade no outro. Com essa compreensão em mente, é necessário que o profissional tenha paciência e aguarde por oportunidades para essas mulheres terem atitudes reparatórias, porque somente assim, terão a chance de ajudá-las a integrarem a agressividade como parte delas mesmas. Se elas puderem entrar em contato com a própria agressividade, não necessitarão projetá-la no outro, podendo, dessa forma, abandonar as relações violentas em que vivem.

Restam, entretanto, aspectos do fenômeno violência contra mulheres que ainda precisam ser mais estudados a fim de se ter uma visão mais completa do mesmo. Vimos aqui que a mulher em situação de violência projeta sua agressividade em um perseguidor, que a agride e mantivemo-nos neste trabalho estudando aquela que projeta, mas e aquele que recebe as projeções? Também merece ser estudado, como vem ocorrendo. Talvez a visão de Winnicott a respeito da agressividade também possa ajudar a entender aquele que tem necessidade de agredir e esclarecer ainda mais o fenômeno da violência contra

mulheres. O aspecto transgeracional do fenômeno também merece ser profundamente estudado, como abordado no capítulo anterior.

Apesar da oportunidade de se refletir sobre o trabalho com essas mulheres aqui, ainda se faz necessário mais estudos com esse propósito a fim de se aperfeiçoar a técnica clínica, como sugeriram Ayouch e Tardivo (2013). Talvez fosse interessante um trabalho prático seguindo as orientações de Winnicott discutidas neste estudo, com o intuito de verificar se, dessa forma, é possível de fato ajudar mulheres a saírem de situações de violência.

Pensar sobre o fenômeno em pauta a partir de um estudo de caso e recorrendo à teoria da agressividade de Winnicott foi a maneira que encontramos para contribuir com as tentativas de solucionar esse grave problema social. Entretanto, como esse é um fenômeno deveras complexo e multifatorial, ele ainda merece muitos estudos e muita dedicação da academia e da sociedade como um todo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABADI, S. *Transições: o modelo terapêutico de D. W. Winnicott*. Tradução: Laila Yazigi de Massuh. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

ABRAM, J. *A linguagem de Winnicott: dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott*. Tradução Marcelo Del Grande da Silva. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

AIELLO-FERNANDES, AMBRÓSIO, F.F., AIELLO-VAISBERG, T.M.J. O Método Psicanalítico como Abordagem Qualitativa: Considerações Preliminares. In: Anais da Jornada APOIAR. São Paulo, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. 2012.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J; MACHADO, M.C.L. Diagnóstico estrutural de personalidade em psicopatologia psicanalítica. *Psicol. USP*, São Paulo, v. 11, n. 1, 2000 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642000000100003&lng=en&nrm=iso>. access on 13 May 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642000000100003>.

AIELLO-VAISBERG T.M.J. Ser e fazer: interpretação e intervenção na clínica winnicottiana. In: AIELLO-VAISBERG T. M. J.; AMBROSIO F. F. (Org.). Ser e fazer: enquadres diferenciados na clínica winnicottiana. Aparecida, SP: Idéias e Letras, 2004a..

ALBERDI, I. Cómo reconocer y como erradicar la violencia contra las mujeres. In: *Violencia cero: Programa de Prevención de la Obra Social de La Caixa*. Obra Social. Fundación “la Caixa”, pp. 10-87, 2005.

ALVIM, S.F. *Violência conjugal e alteridade: estudo exploratório com homens e mulheres agredidos e agressores*. Dissertação de Mestrado. Instituto de psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2003.

ANGULO-TUESTA, A.J. *Gênero e violência no âmbito doméstico: a perspectiva dos profissionais de saúde*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Ciências Sociais da Escola de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.

ANDRADE, T. F. *O imaginário da perfeição: a corporeidade em homens com transtorno alimentar*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

AYOUCHE, T. & TARDIVO, L. S. P. C. Violences conjugales, violences théoriques: la psychanalyse à l'épreuve du genre. In: *Clinique méditerranéenne* (En ligne), v. 88, p. 19 – 34, 2013.

BLEGER, J. (1963) *Psicologia da Conduta*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1984.

BOURDIEU, P. Conferência do prêmio Goffman: a dominação masculina revisitada. In: LINS, D. (org.) *A dominação masculina revisitada*. São Paulo: ed. Papirus, 1998.

CERRUTI, M. Q.; ROSA, M. D. Em busca de novas abordagens para a violência de gênero: a desconstrução da vítima. In: *Rev. Mal-Estar Subj.*, Fortaleza, v. 8, n. 4, dez. 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151861482008000400009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 27 abr. 2013.

CHAUÍ, M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: Cardoso, R. et al., *Perspectivas antropológicas da mulher*. Rio de Janeiro; Zahar Editora, 1981.

CHIES, A. Quem gosta de apanhar? Uma perspectiva psicanalítica da violência de gênero. In: *Revista do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios*. Brasília, v.1, n.6, p. 359-384, 2012.

CRUZ, M. S. *Reflexões sobre a relação entre a personalidade borderline e as adicções*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

CYRULNIK, B. *El amor que nos cura*. Barcelona: Gedisa, 2000.

DAVIS, M. e WALLBRIDGE, D. *Limite e Espaço: Uma introdução à obra de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1982.

DIAS, E. O. Winnicott: agressividade e teoria do amadurecimento. In: *Natureza Humana* 2(1), p. 9 – 48, 2000.

DIAS, E. O. *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

DIAS, I. *Exclusão social e violência doméstica, que relação?* Comunicação apresentada no I Congresso português de sociologia econômica realizado na Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 1998 disponível em pdf.

FADIGAS, A. Violência contra a mulher: a importância do exercício da cidadania no combate ao crime silencioso. In: *Revista Ártemis*, n. 4, 2006. Disponível em: <http://www.prodema.ufpb.br/revistaartemis/numero4/index.html>, recuperado em 11/07/2011

FREUD, S. (1914). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: *Edição Standard Brasileira*, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996.

_____ (1915). Os instintos e suas vicissitudes. In: *Edição Standard Brasileira*, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996.

_____ (1920). Além do Princípio do Prazer. In: *Edição Standard Brasileira*, vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996.

_____ (1922). Dois verbetes de enciclopédia. In: *Edição Standard Brasileira*, vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996.

_____ (1923). O Ego e o Id. In: *Edição Standard Brasileira*, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996.

GARCIA, R. M. *A agressividade na psicanálise winnicottiana*. Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2009.

GARCIA-MORENO, C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. *Lancet* 2002;359:1509-14.

GOMES, R..A. Mulher em situação de violência sob a ótica da saúde. In: MINAYO, M. C.; SOUZA, E.R. *Violência sob o olhar da saúde: infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.199-222.

GREGORI, M. F. *Cenas e Queixas: Um estudo exploratório sobre mulheres, relações violentas e a prática feminista*. Rio de Janeiro: ed. Paz e Terra; Anpocs, 1993.

_____ Prefácio. In: Muszkat, M. (org.). *Mediação de Conflitos: pacificando e prevenindo a violência*. São Paulo: Ed. Summus, 2003.

HERMANN, F. (1979). *Andaimes do real: o método da psicanálise*. 3.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. 328p.

_____ (2001) *Introdução à Teoria dos Campos*. 2.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

_____ Pesquisando com o método psicanalítico. In: *Pesquisando com o método psicanalítico*. Org: HERMANN, F.; LOWENKRON, T. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. 43-83.

JEWKES, R. Intimate partner violence: causes and prevention. In: *The Lancet*, 359, pp.1423-1429, 2002.

KHAN, M. M. R. Introdução. In: Winnicott, D. W. *Da pediatria à psicanálise*. Obras escolhidas. Tradução Davi Litman Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 11-54.

KLEIN, M. (1935) Uma contribuição à psicogênese dos estados maníaco-depressivos. In: KLEIN, M. *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos*. Rio de Janeiro, Imago, 1996.

KRONBAUER, J. F. D.; MENEGHEL, S. N.. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. In: *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 5, Oct. 2005 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000500001&lng=en&nrm=iso>. access on 28 May 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000500001>.

KRUG, E.G., DAHLBERG, L.L., MERCY, J.A., ZWI A.B., LOZANO R., editors. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Ginebra: OMS; 2003.

LAMANNO-ADAMO, V.L .C. Violência doméstica: uma contribuição da psicanálise. In: *Ciência e Saúde Coletiva*, 4(1), 153-159, 1999.

LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.B. *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2001.

LIMA, G.Q. & WERLANG, B.S.G. Mulheres que sofrem violência doméstica: contribuições da Psicanálise. In: *Psicologia em Estudo*, v. 16, n. 4, p. 511- 520, Maringá, out/dez 2011.

LINO DA SILVA, M.E. Pensar em Psicanálise. In: LINO DA SILVA, M.E. (org.). *Investigação e Psicanálise*. São Paulo: Papirus, 1993.

MACHADO, L.M. Desenvolvimento emocional primitivo e preocupação materna primária. In: OUTEIRAL, J. & GRANA, R.B. *Donald W. Winnicott – Estudos*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1991, 1ª ed., pág. 72-87.

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

MELLO FILHO, J. O falso self na prática analítica. In: MELLO FILHO, J. *O Ser e o Viver*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1989, 1ª ed. p. 112-130.

MEZAN, R. Que significa “pesquisa” em psicanálise? In: SILVA, M.E.L. (org.) *Investigação e Psicanálise* (pp.49-89). Campinas: Papirus, 1993.

MINERBO, M. O método psicanalítico de Freud. In: *Revista Brasileira de Psicanálise* 37 (2/3), p.271-278, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Violência Intrafamiliar: Orientações para Prática em Serviço. In: *Cadernos de Atenção Básica*, n. 8. Brasília, 2002.

MISHIMA, F. K. T. *Obesidade feminina: Considerações a partir do diagnóstico interventivo*. Tese de Doutorado em Psicologia. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011.

MIURA, P.O. *A violência intrafamiliar em Brasil e Portugal: uma avaliação das ações terapêuticas a partir de duas cidades, Arujá e Coimbra*. Tese de Doutorado em Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2012.

MOREIRA, V. Grupo de encontro com mulheres vítimas de violência intrafamiliar. In: *Estudos de Psicologia*, vol. 4, n. 1, p. 61-77, 1999.

MUSZKAT, S. *Violência e masculinidade: uma contribuição psicanalítica aos estudos das relações de gênero*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

MUSZKAT, S. Desamparo e violência de gênero: Uma formulação. In: *Ide Psicanálise e Cultura*. São Paulo, 2008, 31(47), p.125-132.

NARVAZ, M. G.. Masoquismo feminino e violência doméstica: reflexões para a clínica e para o ensino de Psicologia. In: *Psicol. Ensino & Form.*, Brasília, v.1, n.2, 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-20612010000200005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 14 maio 2013.

NEUBERN, M. S. Três obstáculos epistemológicos para o reconhecimento da subjetividade na psicologia clínica. In: *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 14, n. 1, p. 241-252, 2001.

NUKUI, S.M.M.O. *A psicoterapia breve operacionallizada de mulheres em situação de violência doméstica*. Dissertação de mestrado em Psicologia da Saúde. Faculdade de Saúde da Universidade Metodista de São Paulo. São Bernardo do Campo, 2012.

PINTO JUNIOR, A.A., VIEIRA, F.C., SANTOS, M.R., FRÓIS, N. M. R. & TARDIVO, L.S.P.C. Vitimização e Violência – Atendimentos clínicos a partir de enquadres diferenciados. In: TARDIVO, L.S.P.C. & GIL, C.A. *Apoiar - Novas Propostas em Psicologia Clínica*. São Paulo: Sarvier, 2008.

REIS, E.P. e SCHWARTZMAN, S. *Pobreza e exclusão Social*: aspectos sociopolíticos. Disponível em: <http://www.schwartzman.org.br/simon/pdf/exclusion.pdf>, recuperado em 25/06/2011.

ROUDINESCO, E. & PLON, M. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 1997.

WINNICOTT, D. W. O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In: _____. *O brincar e a realidade*. Tradução José Octávio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975. p. 153- 162.

_____ (1960) Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro *self*. In: _____. *O ambiente e os processos de maturação*. Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Tradução: Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. p. 128-139.

_____ (1963) Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In: _____. *O ambiente e os processos de maturação*. Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Tradução: Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. p. 79-87.

_____. (1939) Agressão e suas raízes. In: _____. *Privação e Delinquência*. São Paulo: Martins Fontes, 2005. p. 93-102.

_____. (1967) Estabelecimento da relação com a realidade externa. In: _____. *Natureza humana*. Tradução Davi Litman Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 1990. p. 120-135.

_____. (1964) Raízes da agressão. In: _____. *Privação e Delinquência*. São Paulo: Martins Fontes, 1987. p. 96 -103.

_____. (1988) *Natureza humana*. Tradução Davi Litman Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____. (1945) Desenvolvimento emocional primitivo. In: _____. *Da pediatria à psicanálise*. Obras escolhidas. Tradução Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 218 - 232.

_____. (1951) Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: _____. *Da pediatria à psicanálise*. Obras escolhidas. Tradução Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 316 - 331.

_____. (1950-55) A agressividade em relação ao desenvolvimento emocional. In: _____. *Da pediatria à psicanálise*. Obras escolhidas. Tradução Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 91 - 111.

_____. (1948) Pediatria e Psiquiatria. In: _____. *Da pediatria à psicanálise*. Obras escolhidas. Tradução Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 233 - 253.

_____. (1949) A mente e sua relação com o psicossoma. In: _____. *Da pediatria à psicanálise*. Obras escolhidas. Tradução Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 332 - 346.

_____. (1960) Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: _____. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Tradução: Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed, 1983. p. 38 – 54.

_____. (1967) O conceito de indivíduo saudável. In: _____. *Tudo começa em casa*. Tradução Paulo Sandler. São Paulo: Martins Fontes, 2005. p. 3 – 22.

_____. (1968) Sobre o uso de um objeto. In: _____. *Explorações Psicanalíticas*. Tradução: José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 170 – 191.

_____. (1968) Sum: Eu sou. In: _____. *Tudo começa em casa*. Tradução Paulo Sandler. São Paulo: Martins Fontes, 2005. p. 41 - 51.

_____. (1966) A criança no grupo familiar. In: _____. *Tudo começa em casa*. Tradução Paulo Sandler. São Paulo: Martins Fontes, 2005. p. 124 - 136.

_____. (1958) A capacidade para estar só. In: _____. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Tradução: Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed, 1983. p. 31 – 37.

_____. (1960) Agressão, culpa e reparação. In: _____. *Tudo começa em casa*. Tradução Paulo Sandler. São Paulo: Martins Fontes, 2005. p. 69 - 79.

_____. (1968) A imaturidade do adolescente. In: _____. *Tudo começa em casa*. Tradução Paulo Sandler. São Paulo: Martins Fontes, 2005. p. 145 - 163.

_____. (1955) A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal. In: _____. *Da pediatria à psicanálise*. Obras escolhidas. Tradução Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 355 - 373.

_____. (1968) O uso de um objeto e o relacionamento através de identificações. In: *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

SAFFIOTI, H. Violência Doméstica: questão de polícia e da sociedade. In: CORRÊA, M. (org). *Gênero e Cidadania*. Campinas: Ed. Pagú, Núcleo de Estudos de Gênero da Unicamp, 2001.

SAFRA, G. *A face estética do self: teoria e clínica*. São Paulo: Unimarco, 2004.

_____. O uso do material clínico na pesquisa psicanalítica. In: LINO DA SILVA, M.E. (org.). *Investigação e Psicanálise*. São Paulo: Papyrus, 1993.

SALCEDO-BARRIENTOS, D.M.; MIURA, P.O.; GEMMA, M.; ALMEIDA, B.; TARDIVO, L.S.P.C. Compreendendo a gravidez na adolescência e as situações de violência

intrafamiliar. In: *Indagatio Didactica*, vol. 5(2), p. 392 – 406, outubro, 2013.

_____. Graves vítimas de la violencia domestica: un desafio para los adolescentes. In: *Revista Enfermagem Herediana*, 5(2), p. 125 – 130, 2012.

SCHRAIBER, L.B., D'OLIVEIRA, A.F., FRANÇA-JUNIOR, I. & PINHO, A.A. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. In: *Revista da Saúde Pública*, 36(4):470-7, p. 470-477, 2002.

SINUÉS, O. & JIMÉNEZ, R. *Los géneros de la violencia: una reflexión queer sobre la “violencia de género”*. Madrid: Ed. Egales, 2010.

SCOTT, J. Gênero: Uma categoria útil de análise histórica. In: *Revista Educação e Realidade*. Porto Alegre, v.20, n.2, p.5-22, jul-dez, 1995.

SPOSATI, A. *Exclusão social abaixo da linha do Equador*. Disponível em: <http://www.seuvizinhoestrangeiro.ufba.br/twiki/pub/GEC/RefID/exclusao.pdf> recuperado em 21/09/2011.

STAKE, R. E. Case studies. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Ed.). *Handbook of Qualitative Research Thousand Oaks*. 2. ed. London: Sage Publications, 1994. p. 236-247.

TARDIVO, L.S.P.C. *O adolescente e o sofrimento emocional nos dias de hoje: reflexões psicológicas – Encontros e Viagens*. Tese de Livre-Docência em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

_____. *Adolescência e sofrimento emocional*. São Paulo: Vetor, 2007.

_____ O encontro com o jovem em São Gabriel da Cachoeira: em busca de uma clínica diferenciada.. In: *Simposio Internacional do Adolescente*, 1., 2005, São Paulo. Proceedings online... Available from: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000082005000100031&lng=en&nrm=abn>. Acess on: 28 Apr. 2013.

TARDIVO, L.S.P.C. & GIL, C.A. *Apoiar* - Novas Propostas em Psicologia Clínica. São Paulo: Sarvier, 2008.

TARDIVO, L. S. L. P. C. ; PINTO JUNIOR, A.A. . Inventário de frases no diagnóstico de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica, estudo de validade e padronização. *Psicologia, Saúde & Doenças*, v. 9, p. 20, 2008.

TARDIVO, L.S.P.C., PINTO JUNIOR, A.A., SANTOS, M. R. Avaliação psicológica de crianças vítimas de violência doméstica por meio do teste das fábulas de Düss. In: *Psic*, São Paulo, v. 6, n. 1, jun. 2005 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142005000100008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 25 maio 2013.

TURATO, E.R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis: Vozes, 2003.

VICENTE, C.M. O direito à convivência familiar e comunitária: uma política de manutenção do vínculo, p. 47-59. In SM Kaloustian (org.). *Família brasileira*, a base de tudo. São Paulo-Brasília.: Ed. Cortez-Unicef, 1994.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212p.

YOUNES, R. B. M. A. *A influência da família como um dos fatores envolvidos na gênese da psicose: um estudo de caso*. Trabalho de Conclusão de Curso, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

ZIMERMAN, D. E. *Vocabulário contemporâneo de psicanálise*. Porto Alegre: Artmed, 2001.