

SOFIA DIONIZIO SANTOS

SENTIDOS DO VAZIO:
um estudo sobre as narrativas fantásticas e o fantasiar de
adultos hospitalizados

ASSIS
2008

SOFIA DIONIZIO SANTOS

SENTIDOS DO VAZIO:

um estudo sobre as narrativas fantásticas e o fantasiar de adultos hospitalizados

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP – Universidade Estadual Paulista para a obtenção do título de Mestre em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade)

Orientador: Profa. Dra. Olga Ceciliato Mattioli

ASSIS
2008

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Biblioteca da F.C.L. – Assis – UNESP

S237s Santos, Sofia Dionizio
Sentidos do vazio: um estudo sobre as narrativas fantásticas e o fantasiar de adultos hospitalizados / Sofia Dionizio Santos. Assis, 2008
131 f.

Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências e Letras de Assis – Universidade Estadual Paulista.

1. Psicanálise. 2. Fantasia. 3. Projeção (Psicologia). 4. Literatura fantástica. 5. Doentes hospitalizados. I. Título.

CDD 616.8917
808.839

*Aos meus pais,
Aos meus irmãozinhos,
Com todo o amor do mundo.*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Manoel Dionizio e Maria de Lourdes, por me ensinarem, através de seu exemplo, o amor à literatura e a vontade de saber, desde muito, muito cedo. Permitiram que eu crescesse, me incentivando, apoiando... Deram-me asas pra ir bem longe, mas seus braços estão sempre abertos, esperando meu retorno a casa...

Aos meus irmãos mais novos, Hugo e Vítor. Com irmãos a gente aprende a odiar e a amar profundamente. Serão para sempre meus grandes companheiros. Não existe felicidade pra mim sem esses dois.

A todos os meus familiares: Vô José, Vô Adeval, Vó Regina (*in memorian*), Vó Maria; os Dionizio e os Pereira de Alagoas, Bahia e São Paulo, enfim, meus tios, tias, primos e primas queridos, por sua contribuição na minha formação.

Aos amigos Alexandra, Íria, Heloise, Fernando, Mariana, Carla, Izana, Márcia, toda a família Del Mando Lucchesi, colegas de mestrado, à Silmara e Aline, atuais colegas de república, e àqueles que eu não mencionarei, mas que continuam em minhas lembranças. Os amigos também demonstram que a distância não rompe laços.

Ao meu namorado Hélio, amigo de todas as horas, apoio indispensável. Que mais posso dizer, senão aquilo que digo sempre? Que eu te amo.

À Glória Radino (*in memorian*), por me presentear com o título de contadora de histórias. Seu exemplo e sua paixão contagiante estão presentes em muitos momentos deste trabalho.

Ao Grupo “Murucututu”, pelas valiosas experiências. Especialmente à Heloisa Rogone, sua atual coordenadora, e aos meus colegas estagiários com quem passei tantas noites contando histórias no hospital.

À minha orientadora, Olga Mattioli, por sua confiança e apoio constante, me assegurando espaço para construir idéias e me disponibilizando seu tempo para discuti-las.

À Faculdade de Ciências e Letras de Assis (UNESP), em toda sua estrutura e corpo de funcionários e docentes, por me oferecer a sólida formação teórica e profissional da qual me orgulho. A formação crítica nela recebida me faz reconhecer que ainda tenho muito a aprender.

À Santa Casa de Misericórdia de Assis, fazendo particular referência ao Adriano Hernandez, meu interlocutor, pela total abertura e interesse pela pesquisa.

Aos pacientes, enfermeiros e acompanhantes que se dispuseram a ouvir minha história e que me contaram as suas. Este trabalho é fruto dessas trocas. Assim, contamos juntos uma outra história.

“O coração, esse grande armazém de surpresas, tem várias portas. O importante é encontrar as chaves que abrem aquelas por onde perambulam as coisas boas. O grande segredo da vida é que as portas do coração só abrem aos pares, mas em corações separados. A cada portinha que você abre no coração de alguém, outra automaticamente é aberta no seu. [...] Aos poucos vou desenferrujando as dobradiças e aprendendo a encaixar minhas chaves na fechadura do coração dos outros.”

(Flávio Galoro – Viva e deixe Viver)

SANTOS, Sofia Dionizio. **Sentidos do Vazio**: Um estudo sobre as narrativas fantásticas e o fantasiar de adultos hospitalizados. 2008. 131f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2008.

Resumo

O ambiente hospitalar está voltado para a cura das doenças, enquanto o indivíduo que sofre o adoecimento é esquecido em suas angústias, expectativas, medos. As narrativas fantásticas podem ser aproveitadas na busca pela atenção às fantasias desses pacientes, já que se destacam entre as demais produções literárias por atingir seu interlocutor em níveis consciente e inconsciente, permitindo o “reconhecimento” de seus conteúdos mais profundos. O objetivo de nosso estudo é compreender a fantasia de pacientes hospitalizados em sua relação com uma narrativa fantástica. O método psicanalítico foi adotado para a realização do estudo, já que está implicada uma visão de homem que pressupõe a presença de um inconsciente vivo nos seres humanos, assim como em suas produções. Foram realizadas 10 entrevistas com pacientes de 18 a 60 anos internados na Santa Casa de Misericórdia de Assis. Apreender as fantasias dos pacientes em sua relação com uma narrativa fantástica exigiu o desenvolvimento de estratégias inovadoras de pesquisa, assim, foi selecionado o conto “O rosto atrás do rosto”, de Marina Colasanti, para ser narrado pela pesquisadora durante a entrevista. A análise foi realizada de forma a contemplar as singularidades de determinadas entrevistas, que foram discutidas separadamente. Manifestam-se, então, as preocupações dos entrevistados com relação aos danos, “reais” e “fantasiados”, sofridos. A dimensão afetiva também aparece quando são relatadas as dificuldades pelo afastamento do núcleo familiar. Os assuntos mais frequentes ou mais enfatizados nas falas dos entrevistados também foram analisados de forma conjunta, permitindo uma percepção mais ampliada da realidade vivenciada por esses indivíduos. Destacam-se, então, as experiências anteriores com as histórias, nas escolas, com os pais ou através de outros meios. A dinâmica da internação aparece não só nas falas dos entrevistados, como também no próprio desenrolar das entrevistas, testemunhando a importância de enfermeiros e acompanhantes como co-participantes desse processo. A experiência da pesquisa é vivida pelos entrevistados como gratificante, benéfica, na medida em que é proporcionado um espaço de escuta em que o que o paciente diz é valorizado. As narrativas fantásticas têm o poder de despertar um movimento crítico-reflexivo que leva em conta não só os acontecimentos da vida “real”, mas também os acontecimentos da vida de “fantasia”, tão importantes quanto os da anterior. Ao longo de cada uma das falas dos entrevistados, delineiam-se conflitos específicos, ou comuns à situação de internação, demonstrando que o “vazio” encontrado no rosto do personagem da história instigou a projeção dos conteúdos das fantasias presentes, naquele momento, nos entrevistados. Tomando como ponto de partida um conto considerado “infantil”, fizemos uma inserção no hospital, oferecendo aos pacientes um momento de atenção e cuidado, e recebendo a constatação da importância de um espaço para a verbalização dos sentimentos destes pacientes, e da possibilidade das histórias como um instrumento para o oferecimento desse espaço.

Palavras-chave: Psicanálise; Fantasia; Projeção (Psicologia); Literatura Fantástica; Doentes Hospitalizados.

SANTOS, Sofia Dionizio. **Senses of the Emptiness**: A Study about the fantastic narratives and the fantasy of hospitalized adults. 2008. 131f. Dissertation (Master's Degree in Psychology) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2008.

ABSTRACT

The hospital environment is orientated for the cure of diseases, while the individual that falls ill is forgotten in his anguish, expectations, fears. The fantastic narratives can be profitable in the search for the attention of this patient's fantasy, since they stand out among the rest of the literary production by affecting its interlocutor in unconscious and conscious levels, allowing the "recognition" of its deepest contents. The objective of our study is to understand the hospitalized patient's fantasy in its relation with a fantastic narrative. The psychoanalytical method was adopted for the achievement of the study, since it is implicated in a vision of man that presupposes the presence of a living unconscious in the human being, as well as in its productions. It was realized 10 interviews with patients between 18 and 60 years old interned in the Santa Casa de Misericórdia of Assis. To apprehend the fantasies of the patients in their relation with a fantastic narrative demanded the development of innovative research strategies, therefore, it was selected the tale "O rosto atrás do rosto", from Marina Colasanti, to be narrated by the researcher during the interview. The analysis was realized in order to contemplate the peculiarity of certain interviews, that had been discussed separately. It was then manifested the interviewee's concerns regarding the damages, "real" and "imagined", suffered. The affective dimension also appears when they report the difficulties by the withdrawal of the family nucleus. The most frequent or the more emphasized subjects in the interviewee's speech have also been analyzed in a joint manner, allowing an enlarged perception of the reality lived by these individuals. Outstands, then, the previous experiences with the stories, in the schools, with parents or by other ways. The hospitalization dynamic appears not only in the interviewee's speech, but also in the development of the interviews itself, giving evidence for the importance of nurses and companions as co-participants in this process. The research experience is lived by the interviewee as rewarding, beneficial, as it provided an space of listening in which the patient's speech is valued. The fantastic narratives have the power to arouse a critical-reflexive movement that take into account not only the "real" life events, but also the "imagined" life events, so important as the anterior. Along of each interviewee's speech, it is outlined specific conflicts, or common to the hospitalization situation, demonstrating that the "empty" found in the character's face of the story instigated the projection of the present imagined contents, in that moment, in the interviewees. Taking as point of start a tale considered "childlike", we made an insert in the hospital, offering the patients a moment of attention and care, and receiving the verification of the importance of a space for these patient's feelings verbalization, and the possibility of the story as an instrument that offers this space.

Key-words: Psychoanalysis; Fantasy; Projection (psychology); Fantastic Literature; Hospitalized ill people.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. DA LITERATURA À PSICANÁLISE: AS NARRATIVAS FANTÁSTICAS	14
2.1. O ROSTO ATRÁS DO ROSTO	18
2.2. A ESCOLHA DO CONTO	27
3. DA PSICANÁLISE À LITERATURA: O FANTASIAR	32
3.1. CONCEITO KLEINIANO DE FANTASIA	35
3.2. FUNÇÃO DA FANTASIA	42
4. METODOLOGIA	49
4.1. O MÉTODO INVESTIGATIVO EM PSICANÁLISE: ENTREVISTA COMO INSTRUMENTO	49
4.2. PROCEDIMENTOS	54
5. NO HOSPITAL	58
5.1. AS ENTREVISTAS	63
5.2. QUE SENTIDO TEM?	71
5.3. HOSPITAL: A CASA VAZIA	77
5.4. REAÇÕES/CONTEÚDOS DESPERTADOS PELA HISTÓRIA	82
5.5. ESPAÇOS DAS HISTÓRIAS	96
5.6. EXPERIÊNCIAS DA HOSPITALIZAÇÃO	103
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
7. REFERÊNCIAS	117
ANEXO A – CONTO UTILIZADO NA PESQUISA	129
ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	131

1. INTRODUÇÃO

A epígrafe apresentada anteriormente remete à essência deste trabalho. Flávio Galoro, falando de sua experiência como contador de histórias, resume nossas¹ preocupações. As histórias² seriam as chaves que abririam as portas do coração daquele que as recebe, abertura que não se completa sem uma abertura, também, naquele que as oferece. Este trabalho é mais uma etapa na minha aprendizagem do encaixe dessas chaves. Sendo ele próprio também uma chave, convido a ver quais portas poderemos abrir.

Enquanto cursava Psicologia na Unesp-Assis, passei a participar de um dos Projetos de Extensão Universitária da referida instituição. O projeto, de cujo desenvolvimento pude participar, consistia na utilização da literatura, principalmente dos contos de fadas, como instrumento terapêutico frente a uma situação de grande sofrimento psíquico: a internação hospitalar. Atuar nesse projeto foi sempre gratificante e instigador, já que o contato com a literatura foi sempre algo prazeroso para mim, e, ali, podia perceber novas nuances deste contato. O trabalho que, em princípio, seria realizado na pediatria, com crianças, acabou tendo que abranger, também, vários outros setores, em que ficavam internados pacientes adultos. Considerando que esta ampliação ocorreu a pedido dos pacientes, já senti uma primeira surpresa em relação ao que fazia. Posteriormente, no dia-a-dia do projeto, me intrigava que adultos pudessem estar tão receptivos a histórias de fadas, princesas, fábulas, entre outras.

Esta experiência foi o primeiro passo em direção à descoberta da importância de realizar o estudo a que me proponho. Houve, então, um segundo e definitivo passo, que foi a percepção de que a atividade que eu realizava cumpria, sim, o seu papel. Ou seja, pude ver confirmado o efeito terapêutico do contato dos pacientes em geral com estas histórias. Estas observações levaram-me a pensar sobre o modo como se dá o envolvimento dos adultos com as narrativas fantásticas. Assim, iniciei as leituras que culminam, agora, nesta pesquisa, que imagino poder ajudar na compreensão de algumas questões.

Ao observar o mundo ao nosso redor, chamam a atenção, por motivações diversas, fenômenos específicos cuja compreensão não alcançamos, mas que nos interessam. Em decorrência da realização das já citadas atividades, ligadas ao contar histórias, a minha

¹ Ao longo de todo o texto, utilizaremos a 1ª pessoa do singular para descrever experiências e percepções pessoais e individuais da autora, enquanto o plural irá indicar construções práticas ou teóricas coletivas.

² Luís da Câmara Cascudo (2000) fala da diferenciação entre “estória” e “história”, semelhante à do inglês “story” e “history”. Optamos pela utilização do termo “história” ao invés de “estória”, já que não consideramos necessária uma diferenciação entre as “histórias”: populares, contos, pessoais, etc.

atenção voltou-se para este campo: o da literatura, folclore, mitologia, etc. Percebi, então, uma intensa preocupação, por parte da sociedade, com uma maior valorização de movimentos ligados ao folclore, literatura, contos de fadas, e ao fantástico de maneira geral. Esta preocupação encontrava-se expressa na mídia, em escolas, creches, empresas, associações de pessoas em torno deste tema, e, também, em uma produção científica voltada para este assunto.

Esse interesse parecia-me, em princípio, relacionado às crianças na fase da primeira infância que, reconhecia-se, usufruem, de forma salutar, deste “mundo fantástico” encontrado nos contos de fada, por exemplo. No entanto, observando as produções literárias, cinematográficas, entre outras, fui tocada pela sensação de que os adolescentes e adultos também se encontram enredados por estes mundos de fantasia, onde anéis dão poder para dominar o mundo ou garotos órfãos descobrem-se detentores de poderes extraordinários³.

Muitos acréscimos podem vir a ser feitos na tentativa de esclarecer os processos que tornam as narrativas fantásticas tão importantes para as crianças. Neste momento, no entanto, me intriga o interesse de psiquismos, supostamente já estruturados, por narrativas que se afastam de forma tão marcante do racionalismo que dominava, até pouco tempo, o pensamento de todos. Ou seja, a crescente retomada do interesse de jovens e adultos pelas narrativas fantásticas.

Tomando como base esses estudos, passo a me perguntar sobre as manifestações do fantasiar em adultos hospitalizados. O momento da internação, principalmente quando acompanhado da “ameaça” cirúrgica, é pleno de ansiedades e desconfortos. No ambiente hospitalar a doença é o foco, enquanto o doente é, muitas vezes, negligenciado. Diante deste panorama, as manifestações psíquicas, como as fantasias do paciente, são verdadeiramente ignoradas, não apenas no sentido do desprezo, como do próprio desconhecimento.

Observamos uma predominância de projetos e atividades voltadas para a atenuação dos efeitos negativos da internação hospitalar em crianças, enquanto, entre adultos, estas iniciativas são mais esporádicas. Em nossa pesquisa, tentamos proporcionar um espaço para a emergência dos conteúdos desses sujeitos, utilizando como instrumento uma história “infantil”⁴.

A partir destes questionamentos, definimos como objeto de nossa pesquisa estudar as relações entre as narrativas fantásticas e o fantasiar de adultos.

³ Referências, respectivamente, a **“O Senhor dos Anéis”** e **“Harry Potter”**, sucessos de venda em cinemas e livrarias de todo o mundo.

⁴ O termo “infantil”, no texto, será utilizado em sua conotação vinculada aos conteúdos inconscientes.

Pensando no entorno sócio-histórico que caracteriza o contato do público adulto com as histórias fantásticas, fazemos algumas considerações preliminares a esse respeito.

Em seus estudos, Walter Benjamin (1936) aponta a morte da arte narrativa, já que a transmissão da experiência não é mais valorizada, adquirindo importância apenas a transmissão de informações rápidas e, poderíamos talvez dizer, pouco instrutivas.

Encontramos autores que postulam uma importante mudança da vivência humana na atualidade. Em determinada época, as condições que marcavam a vida de qualquer ser humano envolviam uma racionalidade e uma segurança manifestas decorrentes da firmeza das identidades e convicções do indivíduo. Contemporaneamente, no entanto, alguns autores parecem observar outro tipo de conjuntura, marcada por instabilidade e velocidade em todos os âmbitos. Zygmunt Bauman (1997, 2001), sociólogo empenhado no estudo desta transição, denominou essas épocas, respectivamente, *Modernidade Sólida* e *Modernidade Líquida*. Ambas são chamadas “modernidades”, pois respondem por um passado e um presente muito recentes da existência humana.

A modernidade líquida seria, segundo a concepção de Bauman, o estágio atual da humanidade, trazendo consigo metas e vivências características. Diretamente ligada à questão proposta pela pesquisa está a condição de vida imposta pela modernidade líquida que, segundo o próprio Bauman (2001, p. 243), não está livre de implicações psicológicas: “Viver entre uma multidão de valores, normas e estilos de vida em competição, sem uma garantia firme e confiável de estarmos certos, é perigoso e cobra um alto preço psicológico.”

Assim, esta visão sociológica da chamada modernidade líquida irá complementar nosso entendimento da questão, nos momentos em que os dados de campo justificarem sua utilização.

Acreditamos ser impossível a compreensão deste tema e posterior explanação em termos conceituais sem tomar como fundamento a idéia da existência do inconsciente. Desse modo, buscamos embasamento teórico para a realização desta pesquisa na Psicanálise, através das leituras de Freud. Mais especificamente, utilizamos a teoria de Melanie Klein, por considerar que ela contém o alicerce teórico indispensável para pensar o mundo interno. O grande destaque dado pela autora à existência e ao desenvolvimento desse “mundo interno” atesta uma visão da importância dos processos psíquicos de fantasia que se desenrolam na psique do indivíduo. Em suas exposições, Melanie Klein também enfatiza a permanência desses processos na vida adulta.

Em outras áreas, Joseph Campbell (1997) e Mircea Eliade (1991, 1996), dentre outros, também nos oferecem importantes reflexões, numa perspectiva histórica que

empreende um estudo das manifestações simbólicas do ser humano, o que ressalta nosso comprometimento com uma visão tão ampla quanto possível da questão. Bauman (1997, 2001), entre outros autores, no campo da antropologia e sociologia, contribui com suas colocações a respeito da chamada pós-modernidade.

A metodologia aplicada em nossa pesquisa está delineada de forma ampla em capítulo específico. A estruturação da pesquisa, tanto em seus aspectos teóricos quanto por ocasião da inserção em campo, está vinculada ao método psicanalítico.

O segundo capítulo é dedicado a uma aproximação com o campo dos estudos literários. Nele discutimos a terminologia que definiu o termo “narrativas fantásticas” como adequado às narrativas a que se referem esse estudo. Fazemos, também, uma análise do conto “O rosto atrás do rosto”, de Marina Colasanti (1982), que será utilizado na pesquisa. Essa análise apenas esclarece alguns pontos importantes abordados pelo conto, e não pretende ser uma interpretação definitiva do texto. Além disso, fazemos uma discussão a respeito dos fatores levados em conta na seleção deste conto para a pesquisa.

No terceiro capítulo, surgem as discussões teóricas a respeito do conceito psicanalítico de “fantasia”. A primeira parte dele é um panorama geral de como este conceito aparece em Freud, a partir das observações de outros autores. Em seguida nos dedicamos a revisar a estruturação desse conceito na teoria de Melanie Klein. As conseqüências da conceituação de fantasiar aparecem quando discutimos a importância das narrativas fantásticas no mundo contemporâneo.

O quarto capítulo apresenta a metodologia da pesquisa, incluindo uma discussão teórica acerca da vinculação metodológica com a psicanálise e uma explicação detalhada dos procedimentos de realização da pesquisa de campo.

No quinto capítulo apresentamos um delineamento do espaço hospitalar, onde foram realizadas as entrevistas, destacando a história e a dinâmica desse ambiente específico, além de caracterizar, brevemente, o hospital em que nos inserimos, a Santa Casa de Misericórdia de Assis. Finalmente, apresentamos as análises das entrevistas realizadas, em abordagem separada ou conjunta, revelando, respectivamente, questões individuais e questões mais gerais que apareceram com mais frequência na fala dos entrevistados.

As Considerações Finais apontam a trajetória percorrida neste estudo. Ali estão indicados, de forma resumida, os principais apontamentos teóricos, assim como as observações e conclusões possíveis ao final do trabalho.

Depois dessa breve apresentação, iniciemos a discussão com o primeiro capítulo, em nossa aproximação na área da literatura.

2. DA LITERATURA À PSICANÁLISE: AS NARRATIVAS FANTÁSTICAS

Histórias fazem parte da existência humana. O desenvolvimento das formas de expressão humanas, desde as pinturas em cavernas até o que chamamos hoje de literatura, demonstra o esforço para atingir cada vez mais uma representação próxima daquilo que fizemos ou pensamos. O resultado disto é uma complexidade cada vez maior destes instrumentos de comunicação, culminando na experiência que pretendemos observar neste estudo: a experiência do prazer sentido pelo adulto que entra em contato com uma história significativa para ele.

Reconhecidas como um instrumento universal da comunicação humana, as histórias despertam a curiosidade e o interesse científico, sendo tema de discussões em diversos âmbitos e por diversos autores. Heloísa Prieto (1999) destaca o fato de que, ao nascermos, já somos cercados pelas histórias sobre nosso nome, nossa família, etc. A partir daí, as histórias se tornam o meio pelo qual decodificamos nossa experiência.

Bruno Bettelheim (2002), em seu livro **A Psicanálise dos contos de fadas**, aborda a questão do sentido da história, referindo-se a uma mensagem que é transmitida ao interlocutor. Esta mensagem, produtora de sentidos, não seria transmitida apenas através da linguagem verbal ou escrita, mas principalmente através de uma “linguagem simbólica”. Segundo Eric Fromm (1964, p. 14), “A linguagem simbólica é uma língua em que as experiências últimas, os sentimentos e os pensamentos são expressos como se fossem experiências sensoriais, fatos do mundo exterior.”

Além da função comunicativa, que engloba a comunicação de informações e afetos, devemos nos estender na delimitação do termo “universal” que usamos na descrição das histórias. Quisemos, através deste termo, denotar a flexibilidade das histórias no que se refere ao público que elas atingem. Um exemplo: as histórias de Scheerazade são muito bem recebidas por crianças e adultos do mundo ocidental, apesar de sua origem ter se dado em outro contexto cultural.

Talvez a amplitude da aceitação das histórias possa ser atribuída ao reconhecimento de que aceitamos como nossas as experiências vividas pelos personagens. Essa transposição dá margem a uma infinidade de encontros entre leitor e obra. Nas já citadas histórias de Scheerazade, Purificacion Gomes justifica nosso encantamento dizendo:

O que o texto nos conduz a pensar é que o ser humano tem tanto prazer em “sonhar”, imaginar e devanear, que facilmente abre mão de atos concretos, em nome de continuar deliciando-se com “sonhos” (lembremo-nos das expressões “sonhar acordado”, “*day-dreaming*”). Talvez estejamos frente a um caso de substituição de um prazer por outro, ouvir uma história em vez de matar (o que, por si só, não seria resultado desprezível!). Poderíamos pensar a literatura, oral ou escrita, como a arte de fazer ‘sonhar’, a cujo prazer os homens se entregariam sem peias. (GOMES, 2000, p. 30)

A possibilidade de termos na literatura a capacidade de substituir um prazer por outro será aprofundada mais adiante, quando discutirmos o “fantasiar”. Também precisa ser melhor debatida a afirmação sobre a “entrega sem peias” dos homens ao prazer de sonhar. Por enquanto, basta pensar na força de uma narrativa que, no ato da leitura, substitui o ato de matar. No caso de Scheerazade, temos a ânsia do Sultão, que pretende matar suas mulheres; mas em outros casos, ou melhor, em outras histórias, nos defrontamos com o mesmo tema. Assim, todos os mistérios que envolvem a questão da morte e a transformam num “tabu”, são colocados em ação e trabalhados em cada uma das narrativas em que ela aparece. Da mesma forma vemos acontecer com outros temas através de outras histórias.

Acreditamos poder estender a outros tipos de narrativas aquilo que Glória Radino diz sobre os contos de fadas:

O que é narrado pode ser presentificado em cada ouvinte justamente porque as histórias falam, em sua essência, de mistérios da vida. Através de sua essência mítica, tão necessária à sobrevivência humana, os contos de fadas foram sendo transmitidos durante séculos. O que existe de verdadeiro em suas narrativas é que, por intermédio de uma linguagem fantástica, eles procuram explicar a existência humana. (RADINO, 2003, p. 44)

É grande a responsabilidade de quem se propõe a investigar fenômenos que extrapolam o domínio restrito de sua própria área de formação. Entretanto, o trabalho em ciências humanas, principalmente, coloca-nos diante destas questões. Fugir à interdisciplinaridade, quando buscamos compreender o homem, é fugir ao confronto com aquilo que, entre outros fatores, configura o humano: sua permeabilidade às influências do meio que o cerca e da natureza que o constitui.

Caminharemos, portanto, um pouco no campo da Literatura. Nela re-encontramos e re-significamos o percurso histórico do homem através dos tempos. Seus relatos são testemunhos de uma época. Mais que isso, são testemunhos do homem que exerce sua criatividade, utilizando-se da palavra para dar forma a sonhos e desejos.

Considerar a Literatura como forma de expressão artística impõe a adoção de parâmetros que definam seu estatuto, concedendo a determinadas produções a denominação efetiva de obras de arte.

O prazer estético de uma obra literária é alcançado pela forma como são utilizadas as palavras. Quando o escritor é bem sucedido, torna possível a transmissão de idéias e algo muito além disso, a transmissão de mensagens que só podem ser encontradas nas famosas “entrelinhas” de um texto. Afinal, como considerar “bom”, um texto seco, que não permite um aprofundamento, que não abre horizontes em suas folhas, em suas “entrelinhas”?

Cada espaço deixado em aberto é uma oportunidade para que o leitor se coloque, confrontando-se com aquilo que pensa e sente durante a leitura. Mesmo quando são apresentados os conflitos dos personagens, as soluções não estão disponíveis para uma assimilação passiva. Neste sentido, Wolfgang Iser (1996), discutindo as teorias do efeito literário, explica melhor a importância, para o leitor, de assumir uma postura ativa na leitura. Iser (1996, p. 95) diz que: “[...] a solução de conflitos só é capaz de desenvolver um efeito de catarse ao envolver o leitor em sua realização. A obra de arte dá satisfação ao receptor apenas quando ele participa da solução e não se limita a contemplar a solução já formulada [...]”.

Em nosso estudo, priorizamos um gênero literário que, sem a pretensão de utilizar uma classificação fechada, definimos como Fantástico. O fantástico faz parte de uma Teoria da Literatura que lhe atribui, enquanto gênero, um rol de características que o diferenciam. Seria impossível a qualquer crítico literário, por mais dedicado que se mostrasse, possuir um conhecimento completo de tudo o que já foi produzido sob o nome de literatura. Resta-nos apenas, para facilitar nossos estudos, adotar diferenciações, em certa medida, artificiais, mas que remetam a uma parcela representativa daquilo que é apresentado em cada gênero literário.

Tzvetan Todorov, um reconhecido teórico da literatura fantástica, já apontava as dificuldades de efetuar uma análise dos gêneros literários. Segundo ele,

Examinar obras literárias a partir da perspectiva de um gênero é um empreendimento absolutamente peculiar. Nosso propósito é descobrir uma regra que funcione para muitos textos e nos permita aplicar a eles o nome de “obras fantásticas”, não pelo que cada um tenha de específico. (TODOROV, 1975, p. 7-8)

Embora compartilhemos da preocupação em adotar uma “regra que funcione para muitos textos”, a classificação de Todorov quanto à literatura fantástica não é a que melhor se adapta às necessidades de nosso estudo. O fantástico se define, segundo Todorov, entre outros elementos, diante da seguinte situação:

O fantástico ocorre nesta incerteza; ao escolher uma ou outra resposta, deixa-se o fantástico para se entrar num gênero vizinho, o estranho ou o maravilhoso. O fantástico é a hesitação experimentada por um ser que só conhece as leis naturais, face a um acontecimento aparentemente sobrenatural. (TODOROV, 1975, p. 31)

Encontramos em Selma Calasans Rodrigues (1988) uma definição mais abrangente do gênero fantástico. As narrativas fantásticas, consideradas em seu sentido amplo, aparecem designadas pela autora em sua obra denominada **O fantástico**. Nesta obra, a definição do gênero fantástico alcança tanto o gênero chamado “maravilhoso”, quanto o chamado “estranho”. Tomaremos, então, o fantástico *latu sensu*, e, segundo Rodrigues (1988, p. 14), “A partir desse ponto de vista amplo, podemos dizer que a mais antiga forma de narrativa é a fantástica.” Essa obra de Selma Rodrigues apresenta uma introdução às discussões sobre as evoluções e divergências em torno do estabelecimento de uma conceituação do fantástico e, também, de suas características.

Reivindicando a liberdade outorgada pela ausência de formação na área e, principalmente, pelas várias discussões entre os próprios estudiosos da literatura, adotamos para os fins de nosso estudo a definição de fantástico de outra autora, Jacqueline Held, que também se dedicou ao tema.

A discussão realizada por Jacqueline Held sobre a definição de fantástico encontra-se em ampla concordância com a forma como o compreendemos. Sendo assim, nos utilizamos de suas colocações para especificar nosso objeto:

Digamos apenas, em primeira abordagem, que pertencerá à literatura fantástica toda obra na qual temática, situação, atmosfera, mesmo linguagem, ou tudo isso junto, nos introduzirão num outro mundo que não o da percepção comum, diferente, estrangeiro, estranho, que nos permite voltar, pouco a pouco, ao longo da reflexão, a esses diferentes componentes. (HELD, 1980, p. 30)

A discussão, como vemos, acaba por enveredar pelos caminhos do real e irreal, conhecido e desconhecido, subjetivo e objetivo. Todas essas dicotomias são colocadas em xeque pelo conhecimento psicanalítico. O próprio Freud (1919) já afirmava, em sua discussão sobre o “Estranho” na literatura, que, pelo tempo em que nos colocamos nas mãos do escritor, devemos considerar “real” o cenário por ele escolhido para a narrativa.

Podemos dizer, como Jacqueline Held (1980), a respeito do fantástico que estudamos aqui, que ele encerra aquilo que faz parte da criação subjetiva de outrem ou de nós

mesmos, contendo elementos desconhecidos em diversos níveis (consciente, inconsciente), mas que nos despertam um encanto fruto do reconhecimento. Esse reconhecimento pode se referir, por exemplo, à natureza dos sentimentos humanos presentes tanto em nós como nos seres desconhecidos das histórias, mas estará sempre presente, pois é preciso um mínimo de dosagem de conhecido, de cotidiano, para dar vida e encanto às narrativas, sejam quais forem.

Faremos, a seguir, uma discussão centrada no conto “O rosto atrás do rosto”, de Marina Colasanti (1982). Consideramos este conto uma forma de narrativa fantástica, e ele será utilizado como instrumento em nossa pesquisa.

2.1. O ROSTO ATRÁS DO ROSTO

Nosso tempo colocou em evidência as limitações da Ciência, submetendo-a à aceitação de novos saberes. Quando parece que o homem pode produzir qualquer coisa, até mesmo a vida, descobrem-se antigos erros, enganos, comprovações de sua falibilidade. A própria eficiência da capacidade tecnológica manifesta-se desfavoravelmente, ao inutilizar equipamentos que, logo após seu surgimento, tornam-se obsoletos.

O espaço também parece reduzir-se dia após dia, desbravado pelos novos pioneiros. Não há lugar inalcançável, não há distância intransponível. Os meios de comunicação aumentam exponencialmente a possibilidade de contato entre as pessoas. Ao mesmo tempo questionamos: Que contato? E que espaço? Afinal, o alerta geral diz sobre a insustentabilidade de uma existência predatória, que impossibilita a vida das próximas gerações nos moldes conhecidos.

O mundo em que vivemos passa por transformações diárias, mais rapidamente do que a elas podemos nos habituar. Talvez vinculados de alguma forma a essa incrível velocidade das mudanças, vivemos também um momento de constante esforço voltado para a busca daquilo a que chamamos nossas raízes. A mesma força que nos empurra para fora de qualquer invólucro semelhante à “identidade” nos leva justamente a tentar, a todo custo, localizar nossa existência num tempo e lugar estáveis.

A estabilidade é buscada nas mais diferentes maneiras de vivenciar o mundo. A literatura é uma delas. Nestes moldes, um estudioso da chamada pós-modernidade, Zygmunt Bauman, assim descreve as possibilidades de um romance em nossa época:

Difícilmente o romance pode acrescentar liberdade a um mundo já aturdido pela infinidade de possibilidades em que oscila. Mas pode, ao contrário, oferecer um ponto de apoio para pernas que procuram, em vão, amparo na areia movediça dos estilos mutáveis, das identidades que não sobrevivem à própria construção e das histórias sem passado e sem consequência. (BAUMAN, 1997, p. 152)

Apesar destas possíveis tendências, os interesses literários não parecem fugir à caracterização do momento em que aparecem. Assim, a percepção de que existem mais mistérios no mundo do que somos capazes de conhecer abre espaço para um tipo específico de produção literária. Entram em cena elementos fantásticos, maravilhosos, capazes de responder às ansiedades do homem pós-moderno.

As narrativas de cunho maravilhoso testemunham o novo posicionamento científico-racional que permite uma abertura frente às possibilidades de compreensão das questões humanas mais essenciais. A valorização dos saberes míticos/místicos enfatiza a relevância dos conhecimentos produzidos por nossos antepassados, dando-nos a oportunidade de inúmeras redescobertas, talvez a mais importante delas, a nossa ligação histórica com aqueles que nos precederam. Atestando este ponto de vista, Nelly Novaes Coelho (1987, p. 9) diz que: “O maravilhoso, o imaginário, o onírico, o fantástico... deixaram de ser vistos como pura fantasia ou mentira, para ser tratados como *portas que se abrem* para determinadas verdades humanas.”

Pensadas dessa maneira, as narrativas maravilhosas não poderiam continuar restritas ao público da infância. Neste sentido, Coelho destaca que

A visão mágica do mundo deixou de ser privativa das crianças, para ser assumida pelos adultos. A *bela adormecida*, *Rapunzel*, *Chapeuzinho Vermelho* e mil outras narrativas maravilhosas ainda terão algo a nos dizer? Sem dúvida que sim. O que nelas parece apenas “infantil”, divertido ou absurdo, na verdade carrega uma significativa herança de sentidos ocultos e essenciais para a nossa vida. (COELHO, 1987, p. 9)

Além das peculiaridades já citadas, as narrativas maravilhosas são formas privilegiadas de favorecer o confronto com realidades de outra forma dificilmente aceitáveis. A leitura de obras pertencentes a esse gênero literário pode gerar muitas reações no leitor, dependendo do texto escolhido, afinal, a apresentação do conto é feita de forma a produzir determinadas emoções após o final da leitura.

Alguns textos, fugindo um pouco do modelo tradicional dos Contos de Fadas, apresentam suas temáticas de forma diferenciada, através de finais infelizes, por exemplo. Em

oposição aos “felizes para sempre”, podemos terminar um conto com a intensa sensação de frustração pelo destino dos personagens. Ou, apesar de um final igualmente infeliz, com a atenção fortemente ligada a outro momento da narrativa, não o final. Quando perguntados sobre a opinião a respeito de um conto deste tipo, geralmente somos obrigados a manifestar o que sentimos através da designação “estranho”.

Uma temática abordada por Freud (1919), entre outros, o “estranho” na literatura, surgindo naturalmente da narrativa ou resultado de intenso esforço de criação por parte do autor, “trava” a compreensão do leitor, ao mesmo tempo em que sinaliza, através dessa situação, um ponto importante da intriga no texto. Freud diz que,

A nossa conclusão podia, então, afirmar-se assim: uma experiência estranha ocorre quando os complexos infantis que haviam sido reprimidos revivem uma vez mais por meio de alguma impressão, ou quando as crenças primitivas que foram superadas parecem outra vez confirmar-se. (FREUD, 1919, p.310)

Localizado na convergência do desejo e da angústia, o “estranho”, ou “sinistro”, marcaria um reconhecimento e uma negação de si mesmo. O “estranho” na literatura, ainda segundo Freud (1919, p. 130), “Acima de tudo, é um ramo mais fértil que o estranho na vida real, pois contém a totalidade deste último e algo mais além disso, algo que não pode ser encontrado na vida real.”

Em Oscar Cesarotto, a descrição do estranho é a seguinte:

Na repetição, a passagem do conhecido ao estranho ocorre porque, no retorno inesperado do semelhante, o que devia ser uma identidade mostra-se diferente. Se o que era entranhável aparece depois como alheio, é porque essa imagem que se vê agora, já foi vista antes, sendo desprazeroso vê-la novamente. (CESAROTTO, 1996, p. 134)

Seja qual for a forma de descrevê-lo, a estranheza diante de algo nos leva a uma pausa, em que buscamos respostas. Por mais que estas não sejam obtidas, a consequência imediata deste processo de busca é a reflexão em torno daquilo que foi exposto. O fantástico, portanto, pode encerrar conteúdos que, através do desconforto, nos levam a reconhecer e aceitar aquilo que negamos.

Embora muito seja dito, as narrativas maravilhosas enfrentam preconceitos no que se refere à aceitação por parte de um público adulto. Vimos acima a afirmação de Nelly

Novaes Coelho sobre a valorosa herança que estas narrativas representam. Ainda assim, as narrativas maravilhosas permanecem classificadas como narrativas para a infância.

Na literatura chamada “infantil” (para crianças), é essencial que se saiba diferenciar, como explica Maria A. A. Cunha (1997), o *simples* do *fácil*. As obras para crianças devem ter especificidades que permitam o acesso deste público. No entanto, o estatuto de literatura torna necessário que a obra possa ser apreciada, também, por outros tipos de leitores. Lembramos que a obra de arte deve ser construída para públicos diversificados, sendo reconhecível por ser, segundo Palo e Oliveira (1986, p. 11), uma: “Leitura que segue trilhas, lança hipóteses, experimenta, duvida, num exercício contínuo de experimentação e descoberta.”

No cerne da questão sobre a classificação da literatura “infantil” (para crianças) está a finalidade a ela atribuída. As narrativas maravilhosas são apropriadas pela pedagogia, sendo consumidas e interpretadas segundo suas diretrizes. Assim, passa a existir uma regulamentação daquilo que as crianças e os jovens podem ler e, portanto, saber. Discutindo a arbitrariedade desse processo, e afirmando as características do texto literário “infantil” (para crianças), Ligia Cademartori (1986, p. 18) diz: “Sua natureza literária já o coloca além dos objetivos pedagógicos comprometidos com a legitimação das instituições, costumes e crenças que a geração adulta quer legar à infantil.”

Faremos aqui uma breve análise do conto “O rosto atrás do rosto”, selecionado para utilização na pesquisa. Ele encontra-se transcrito na íntegra no Anexo A deste trabalho.

O conto “O rosto atrás do rosto” faz parte da coletânea **Doze Reis e a Moça no Labirinto do Vento**. Além de ser um texto muito rico, temos a intenção de exemplificar a existência de textos da literatura “infantil” (para crianças), com temática fantástica, que podem ser bem recebidos entre adultos.

Escritora brasileira, contemporânea, Marina Colasanti alcançou grande sucesso escrevendo histórias para o público infanto-juvenil. Em entrevista, a autora afirma que a inspiração para suas obras vem de

Muito longe, porque tratam dos sentimentos mais antigos dos seres humanos: o amor, o medo da morte, o medo da vida [...], e muito perto porque o sentimento que permite alcançar essas lonjuras pode ser despertado por uma frase, uma atitude, por um gesto, uma imagem que me chegam hoje. [...] Quando escrevo poesia ou conto de fadas – que são farinha do mesmo saco —, vou buscar a matéria prima no fundo, bem no fundo da alma. (COLASANTI, 1997, p.127 apud SANTA MARIA, 2006, p.63)

A linguagem utilizada no conto é *simples*, mas não *fácil*, o que atende às expectativas de Cunha para a obra literária “infantil” (para crianças), como foi citado acima. O encadeamento das orações transmite o caráter poético do texto. As informações são apresentadas de tal forma que é exigido um posicionamento do leitor enquanto sujeito ativo do processo de leitura, para a compreensão do texto. Tudo isso contribui para tornar a leitura acessível às crianças e aos jovens, sem torná-la vazia ou cansativa para os demais leitores.

O estilo do conto segue a ambientação tradicional dos contos de fadas. Assim, encontramos na princesa, no reino, elementos recorrentes daquele tipo de narrativa literária.

A narrativa é feita em 3^a. pessoa, assim como nos contos de fadas. O narrador é onisciente, mas não desconstrói o mistério presente no conto. O rosto do “*Guerreiro da Máscara de Feltro*” é revelado, ao final, mas as dúvidas permanecem para o leitor. Não são fornecidas todas as explicações.

Os personagens não recebem nomes. Suas designações impessoais favorecem, também como ocorre nos contos de fadas, uma maior identificação por parte do leitor.

O personagem masculino é descrito como um vencedor de muitas batalhas, que decide estabelecer-se num dos reinos por ele conquistado. Ele deseja uma princesa para compartilhar com ele o trono, e envia mensageiros em busca de pretendentes.

Ninguém conhece o rosto do Guerreiro, escondido desde os campos de batalha atrás de uma máscara. Esperam todos que ele mostre o rosto “Quando não houver mais inimigos e todo o perigo tiver passado”, mas isso não acontece.

Muitas princesas aparecem respondendo ao chamado do Guerreiro. Suas diversas origens são percebidas pelas muitas formas de locomoção de que se utilizam. No entanto, todas fogem, assustadas com a máscara.

Até que uma moça, a *mais delicada*, chega montada num *urso pardo*, e *serenamente sorri* para o Guerreiro. A respeito do simbolismo do urso, encontramos algo em Diana e Mário Corso, quando os autores analisam a história de “Cachinhos Dourados”. Eles dizem que,

Nesse caso, os ursos funcionam como uma metáfora da família humana. Os animais muitas vezes representam os humanos, mas os ursos são um caso particular em que esse comportamento é muitas vezes retomado. O urso é um animal que vivia próximo do homem, facilmente encontrável nos lugares onde os contos nasceram. Além disso, o urso é onívoro como o homem, pode ser feroz, mas nem sempre, é um animal de belo porte, pode andar em duas patas e usar as mãos, parecendo-se conosco. Mas é o fato principalmente de hibernar com suas crias que faz com que pareça ter um *lar* para sua família, como os humanos. (CORSO; CORSO, 2006, p. 39)

O urso aqui aparece apenas de forma tangencial, mas não podemos deixar de notar que ele surge como aquele que introduz a heroína no conto e, mas especificamente, no novo *lar* de que ela fará parte, ao lado do Guerreiro.

Podemos perceber que a caracterização dos personagens parece seguir um padrão cultural. O homem é descrito como valente, e parte em busca de uma esposa. A mulher surge atendendo ao chamado do homem e é serena e delicada.

A heroína é, então, a única moça que não foge assustada com a máscara do Guerreiro. Este lhe promete tudo em troca do seu amor, desde que ela não peça para ver seu rosto. Temos aqui mais um elemento comum nas narrativas maravilhosas: *a proibição*. A moça responde que não precisaria do rosto, tendo o *coração* do Guerreiro.

Como não poderia deixar de ser, a heroína não resiste à proibição e insiste em ver o rosto do Guerreiro. Na primeira e na segunda vez, o Guerreiro, com muito sacrifício, atende ao pedido da amada, que parece sofrer muito por não ver o que existiria por trás da máscara. Nas duas vezes, entretanto, uma máscara é retirada apenas para dar lugar à outra. A moça decide, então, fazer uma terceira tentativa, durante o sono do Guerreiro.

Esta última tentativa de descobrir o rosto por trás da máscara leva ao desfecho do conto, já que a moça, ao retirar a máscara, assusta-se com o que vê e derruba a vela que segurava. O incêndio provocado consome o castelo e, parece, também o Guerreiro, enquanto a heroína foge aterrorizada.

O *três*, assim como o *sete*, é um número geralmente muito significativo e muito presente nos contos maravilhosos. Vladimir Propp (1984), em seu mapeamento dos contos russos, documenta essa repetição.

Bruno Bettelheim é autor da interpretação de diversos contos de fadas. Apesar de receber muitas críticas, devemos levar em conta suas colocações, se pretendemos alcançar um bom desenvolvimento de nossa análise. Em sua interpretação do conto “Cachinhos de Ouro e Os Três Ursos”, ele faz a seguinte observação a respeito do número três:

O número três é místico e freqüentemente sagrado, e já o era muito antes da doutrina sagrada da Santíssima Trindade. São três: a cobra, Eva e Adão que, de acordo com a Bíblia, concorrem para o conhecimento carnal. No inconsciente, o número três representa o sexo, porque cada sexo tem três características sexuais visíveis: o pênis e os dois testículos no homem; a vagina e os dois seios na mulher. (BETTELHEIM, 2002, p. 259)

Em torno desta caracterização sexual do número três, Bettelheim estrutura uma busca da maturidade e da própria identidade em virtude da vivência desses elementos. O três representaria, ainda, a triangulação edípica.

Dessa forma, o autor afirma que a personagem de Cachinhos de Ouro, passando pelas vivências sexuais e edípicas, estaria numa busca pela própria identidade, visando alcançar um novo estágio de maturidade. Bettelheim (2002, p. 264) conclui dizendo que: “Embora explore seriamente para ver onde se adapta melhor — implicitamente, quem ela é — não é dito que Cachinhos tenha sido levada a conseguir uma egoicidade mais aprimorada.”

Não poderíamos transpor para o conto “O rosto atrás do rosto” as conclusões feitas por Bettelheim em torno de “Cachinhos de Ouro”. Identificamos, porém, a mesma dúvida a respeito do aprimoramento da egoicidade na heroína do conto de Marina Colasanti. Lembramos, também, que a sucessão de máscaras escondendo o rosto do Guerreiro parece seguir em ordem decrescente de valoração dos materiais. Ou seja, a ordem “aço-bronze-laca” poderia apontar para uma aproximação cada vez maior àquilo que haveria de mais primitivo no Guerreiro.

O par *proibição-transgressão*, como foi dito, é recorrente nos contos de fadas. Nesse caso, representada pela última tentativa da heroína de descobrir o rosto do Guerreiro, a transgressão aparece como uma desobediência face às imposições do homem. Segundo Corso e Corso, essa transgressão parece apontar para a suposta curiosidade sexual das mulheres. Os autores afirmam que,

A história da humanidade construiu um longo currículo de submissão feminina. Durante os séculos em que amargou a marginalidade ao poder e às mais rudimentares formas de liberdade social, a mulher desenvolveu várias formas de clandestinidade. Por isso, a fama de ardilosas, fofoqueiras, bruxas capazes de influenciar o sujeito sem que ele se dê conta. As práticas sexuais sempre foram diferentes, em quantidade e qualidade, do que a hipocrisia social admitia, as relações sempre foram mais variadas e múltiplas do que sua expressão legal, mas coube às mulheres carregar a identidade que se incumbiu dessas verdades escondidas. (CORSO; CORSO, 2006, p. 156)

A máscara do Guerreiro revela, ao final, um homem sem rosto. Perguntamo-nos, então, se o mistério do conto foi solucionado. Em parte, sim. Mas a autora não fornece todas as explicações, deixando-as a cargo do leitor. Nada mais *estranho* do que uma máscara que esconde um homem sem rosto. Retomamos, então, nossa discussão sobre este tipo de sensação, no caso um efeito literário. Segundo Cesarotto,

O recurso típico da literatura fantástica, de manter a ambigüidade dos acontecimentos ao longo da narrativa para potenciar o mistério, pode ser compensado por uma intelectualização retroativa que esclareça os fenômenos assustadores. Como, em última instância, o que não tem nome nem forma, o que é alheio ao eu, não se suporta por muito tempo, resulta inevitável precipitar algum sentido, para sossego imaginário. (CESAROTTO, 1996, p. 128)

Marina Colasanti não nos permite o sossego de uma explicação, de um sentido. O conto termina e ficamos com a reflexão a respeito do fantástico presenciado. Nelly Novaes Coelho (1995) identifica, nas tramas dos contos de **Doze Reis e a Moça no Labirinto do Vento**, o oculto, o insólito, o mistério que foge à lógica que aparentemente nos governa.

Fizemos ao longo desta discussão muitas colocações a respeito das possíveis interpretações dos elementos do conto, muitas delas apontando a presença de um conteúdo sexual. Entretanto, somos levados a reconhecer no conto “O rosto atrás do rosto” a história da busca de uma identidade, só imaginada como possível através do reconhecimento feito pelo outro. Embora tanto o homem como a mulher mostrem-se insatisfeitos com a existência da máscara, apenas a mulher parece incapaz de viver com esse problema: *um ano* é o período de sua resistência.

Numa análise do feminino, Maximiliano Torres (2002) aponta o “vir-a-ser” da mulher, que precisa fugir de um posto de idealização e buscar sua real identidade no mundo.

Sabemos que o sujeito, para a psicanálise, se constrói através do encontro com o outro. Nas palavras de Fábio Herrmann,

Nascendo da cultura e da comunidade humanas, meu desejo objetiva o desejo alheio, ao mesmo tempo que espera ser desejado por ele; este diálogo com o real é originário, cria o corpo inconsciente da psique, bem como permite o entrelaçamento de representações que a vestem e tornam-na apreensível como identidade pessoal. (HERRMANN, 2001, p.93)

Essa busca de uma identidade parece ser testemunhada no conto “O rosto atrás do rosto”. Pensando na constituição da nossa subjetividade enquanto espelho do outro, o desconhecimento da identidade do outro gera um desconforto insuportável, pois significa a ausência da própria identidade, também. Para a mulher educada segundo os padrões sociais que lhe atribuem existência apenas enquanto esposa e mãe, a heroína do conto estaria vivenciando a angústia desta incompletude.

Nessa perspectiva, Maximiliano Torres faz uma análise comparativa dos contos de fadas tradicionais e do conto “A moça tecelã”, também da autoria de Marina Colasanti. Segundo ele,

No conto moderno de Marina Colasanti - *A Moça Tecelã* - o enfoque é, também, a mulher enclausurada, confinada aos afazeres domésticos, que busca a completude num companheiro. Contudo, a personagem ao se deparar com a dominação e os caprichos do parceiro, desiste do sonho da maternidade e do “felizes para sempre”. Nesta narrativa, a autora questiona a alternativa imperativa do casamento, da família, e fornece a opção de sua personagem adentrar o processo de individuação por outras vias, permanecendo sozinha, através de um comportamento de transgressão: a destruição do parceiro. É a manifestação do discurso do desejo — de liberdade, de independência — e o direcionamento da libido para outros fins que não o casamento. Ressalta, desta forma, uma personagem que, embora conscientemente incompleta e descontínua, possui a escolha de um “estar feliz” diferente das tradições. (TORRES, 2002, p.10)

No caso de “O rosto atrás do rosto”, a autora não facilita o processo. O leitor deve buscar compreender o texto ultrapassando aquilo que é relatado. Afinal, a nossa heroína não pretendia “libertar-se” de seu casamento, ou de seu parceiro. Sua transgressão é “acidental”, se é que, considerando os apontamentos da psicanálise, podemos chamá-la assim. O desfecho trágico enfatiza o questionamento da busca da identidade feminina no “outro-masculino-esposo”.

Concluindo, destacamos a relatividade das hipóteses aqui apresentadas. O leitor constrói, enquanto sujeito ativo no processo de leitura, sua própria interpretação da história, amparado no cenário pintado pelo escritor. A análise feita até agora, pautada num modelo de interpretação psicanalítico, possui muitas limitações. Reconhecendo-as, poderemos aproveitar os conhecimentos produzidos.

Escrever num modelo estrutural pautado pelas narrativas maravilhosas tradicionais parece ser uma tentativa de Marina Colasanti de reescrever essas histórias. Sem tirar o mérito das mais antigas, a autora nos apresenta novas opções de contar e viver nossas próprias histórias.

2.2. A ESCOLHA DO CONTO

A análise realizada anteriormente expõe algumas das questões que consideramos se sobressair durante a leitura do conto de Marina Colasanti. Ainda assim, resta esclarecer e justificar a escolha deste conto para a sua utilização na pesquisa.

Antes de tudo, reconhecemos em Marina Colasanti uma *estrangeira*. Utilizamos esse termo em conexão com o que foi discutido anteriormente sobre o “estranho” de Freud. Nascida em 1937, na África, muda-se para a Itália com a família, e, em 1948, para o Brasil. Trata-se, portanto, de uma estranha que já nos é bastante familiar. Trabalhando com artes plásticas, jornalismo, ou literatura, o interesse da autora é sempre, segundo suas próprias palavras, pela “grandeza do pequeno”: “Sou detalhista por natureza, observadora incansável do pequeno — que quando visto de perto se agiganta. Tirar grandeza do pequeno sempre foi o meu deleite. Não por nada fiz gravura e gosto de desenhar a bico-de-pena.” (COLASANTI, 2005)

A opção por “O rosto atrás do rosto” explica-se pela forma do conto, permitindo sua utilização na entrevista através da narração feita pela entrevistadora. Além disso, temos a oportunidade de utilizar um conto considerado “para crianças”, de uma autora com obras premiadas escritas “para crianças”, perguntando-nos sobre a receptividade deste conto entre adultos. O conto, como dito anteriormente, foi publicado em 1982, na coletânea **Doze reis e a moça no labirinto do vento**, sendo, portanto, um texto contemporâneo inserido no contexto histórico atual, respondendo a questionamentos atuais.

No livro **Contar Histórias**: um recurso arteterapêutico de transformação e cura, Alessandra Giordano (2007) descreve sua experiência como contadora de histórias. No que se refere à questão da escolha da história, a autora destaca a importância de saber a *intenção* do contador. Relatando seu trabalho com bebês, crianças e adolescentes hospitalizados, Giordano apresenta os contos — em sua especificação, os Contos de Tradição Oral — como oportunidades para nomear e exteriorizar emoções. A *intenção* explicita-se na seguinte fala da autora:

Sabia que as crianças precisavam apreender urgentemente que as histórias infantis não eram simplesmente lições de vida que tratam de cooperação, mas histórias que haveriam de ensiná-las a ser fortes e a acreditar na garantia de que é possível ser bem-sucedido, que os monstros podem ser mortos, que a injustiça pode ser redimida e que os obstáculos podem ser superados na dura estrada que leva à idade adulta. (GIORDANO, 2007, p. 24)

Fundamentada numa perspectiva junguiana, a autora apresenta os contos como representações simbólicas do sagrado, com o papel de atender à necessidade humana de encontrar um sentido para a vida. Segundo Giordano (2007, p. 57), “O homem sempre *contou* e *ouviu* histórias, e desse jeito encontrou significado e sentido para si, para o seu povo e para o mundo.” Estas características, portanto, fariam do Conto de Tradição Oral um recurso de “transformação e cura”, como já anuncia a autora no título de seu texto.

Os contos caracterizados como “sagrados”, apresentariam, segundo Giordano, possíveis soluções para conflitos. Diante desse panorama, pensamos a utilização do conto “O rosto atrás do rosto”.

Marina Colasanti, em entrevista, destaca sua proposta ao escrever seus contos:

O miniconto funciona justamente quando dá o pulo do gato! Você vem vindo distraído e de repente ele te pega e... TCHUM! Vira de cabeça pra baixo a situação. Te põe em desconforto, descompõe, desfaz a organização na qual você vinha vindo. E essa desorganização ou te propõe uma nova forma de organização, ou justifica o princípio – quando você chega no final e dá aquele salto, você entende porque aquilo estava lá no começo. O que é fascinante no miniconto. (COLASANTI, 2003)

No caso do conto que selecionamos para a pesquisa, parece-nos que, chegando ao final, continuamos sem entender o começo. Sendo assim, porque contar essa história?

Ainda segundo Giordano (2007), suas pesquisas sobre os contos levaram-na à verificação de que as cantigas de ninar representariam nossas primeiras histórias.

Nessa linha de raciocínio, Ana Lúcia Cavani Jorge (1988) também percebeu relações entre as cantigas de ninar e nossas primeiras histórias, especialmente a ênfase no *horror*. Estamos, mais uma vez, no campo do “sinistro”. No livro **O Acalanto e o Horror**, a autora emprega a teoria lacaniana em sua busca por esclarecimentos quanto às razões de utilizar cantigas com textos terroríficos para adormecer crianças. Segundo Ana Lúcia,

Na comparação entre acalantos e contos de fadas note-se ainda a presença do impalpável, sinistro e indeterminado, onde a cuca de lá corresponde aqui à carochinha e seus substitutos. Outra semelhança entre as duas formas é que têm caráter repetitivo: mil vezes são contadas e repetidas as mesmas canções e estórias às mesmas crianças pelas mesmas pessoas. (JORGE, 1988, p. 13)

As conclusões levam à constatação do terror enquanto representante da castração, assim, segundo Jorge (1988, p. 14): “Pelo horror, mãe e filho elaboram a necessidade de

castração, primeira forma de separação subjetiva da criança, e que à mãe remete a formas anteriores de separação [...]”.

Um elemento de semelhança entre as percepções de Jorge com relação aos acalantos e, especificamente, à história “O rosto atrás do rosto”, é a oposição à busca pela completude, ainda pautada pela temática da castração. Os personagens da história de Marina Colasanti buscam um ideal de completude, que é impossibilitado pelo choque da descoberta do “vazio” no rosto do Guerreiro. Esse “vazio” refere-se, ainda, à castração, segundo Jorge (1988, p. 61): “Isto é, pela condensação e deslocamento um sentido repetidamente insiste, e tanto mais se repete quanto mais impossível é o vazio do desejo.”

A primeira experiência de completude com a mãe seria rompida através da interdição. Então, teríamos como implicações do Édipo e da castração, o “vazio” correspondente à falta instituída pela separação materna.

As conseqüências dessa instauração da falta são também discutidas pela autora, que retoma as explanações de Freud acerca do ato falho e do dito espirituoso, relacionando-as com conclusões relativas ao processo poético:

Finalmente, o dito espirituoso assim como a poesia deixam de existir se forem traduzidos: a tradução preenche o sentido que falta e que é dado pelo outro. O que questiona certo tipo de interpretação de significado, e que indica o caminho de abertura em leque da rede de significantes. Em outras palavras: a elaboração. (JORGE, 1988, p. 207)

A elaboração está presente no processo do acalantar, exemplificado pela autora através da exposição de acalantos em que o texto convoca ou permite à criança o choro. Em oposição à opinião de Giordano, citada anteriormente, Jorge (1988, p. 134) afirma: “Permitir o choro é permitir o trabalho de luto que a castração demanda, na atitude inversa àquela que pede à criança força, fé e confiança nesse futuro que agora se lhe afigura sombrio pela castração.”

“O rosto atrás do rosto” também é uma oportunidade para elaboração, na medida em que minha presença assegura ao ouvinte uma preocupação com sua subjetividade. O movimento crítico-reflexivo que, como já foi dito, atribui-se às narrativas fantásticas, e o movimento que envolve as fantasias e a força projetiva do entrevistado torna-se viável pela minha presença durante a entrevista, enquanto co-responsável, enquanto comprometida com os processos que se desencadeiam. Veremos num próximo capítulo a importância dada por Marisa Decat de Moura (2000) ao processo de escuta dos pacientes hospitalizados. As discussões a respeito do contexto hospitalar, de forma geral, darão destaque a essa questão. O

livro de Jorge, entretanto, nos leva a considerar, também, meu papel enquanto *olhar*, pois a autora coloca que a situação de medo diante da ausência materna remete à própria experiência de existir. Na criança, segundo Jorge (1988, p. 77), “O que apazigua é, sendo vista e ouvida, existir para alguém em que o seu desejo se aliena, e assim, *existir*.” Embora nossos entrevistados não sejam crianças, enquanto doentes hospitalizados, sua situação geral possivelmente os obrigará a defrontar-se com angústias infantis.

A possibilidade de elaboração também é valorizada por Melanie Klein, que vê na análise uma oportunidade de realizar essa elaboração. Segundo a autora,

Aponte para a capacidade de ouvir as histórias de Grimm sem manifestações de ansiedade como uma indicação da saúde mental da criança, porque de todas as que conheço, são raras as que conseguem fazer isso. Provavelmente para evitar essa descarga de ansiedade, surgiram várias versões modificadas desses contos de fada e a educação moderna prefere histórias menos assustadoras, que não toquem tanto — de forma prazerosa ou dolorosa — em complexos reprimidos. Sou da opinião, porém, de que com o auxílio da análise não há necessidade de evitar estas histórias, que podem ser empregadas diretamente como padrão e recurso. O medo latente da criança, que depende da repressão, é mais fácil de ser explicitado com sua ajuda e pode ser tratado de forma mais cuidadosa através da análise. (KLEIN, 1921, p. 74)

A respeito disso, Ana Lúcia Cavani Jorge (1988, p. 162) diz que, “No caso dos acalantos, o ser que se aproxima é vago, pouco se sabe dele. É suficientemente indefinido para que todo o temido nele caiba.” Neste sentido, o conto de Marina Colasanti atende plenamente a essa delimitação, através do “vazio” no rosto do Guerreiro. Este espaço é a tela em que irão se delineando as fantasias dos ouvintes. Ainda que não esteja sendo proporcionado um ambiente analítico na forma do *setting* clássico, os afetos desencadeados são trabalhados psicanaliticamente.

Oferecendo sugestões, propostas sobre quais histórias contar, Giordano diz:

Um ponto importante: a história a ser contada deve ser definida a partir do público alvo. Para a escolha da história mais adequada é necessário saber sobre o público ouvinte, sobre suas características e necessidades, faixa etária, nível de escolaridade, interesses e condição socioeconômica. Para que a história escolhida faça sentido, ela precisa deixar uma mensagem, provocar algum sentimento e conduzir a algum lugar. Ao nosso ver, a melhor história é certamente aquela que causa expectativas e aguça a nossa mente. (GIORDANO, 2007, p. 169)

No nosso caso, a melhor história, ou seja, “aquela que causa expectativas e aguça a nossa mente”, é “O rosto atrás do rosto”. Sua escolha responde à necessidade de abrir

espaço para que o paciente se coloque enquanto sujeito, ainda que por meio da provocação, ou talvez justamente por provocar/evocar nossas questões mais íntimas.

No dia-a-dia de um trabalho com a utilização de contos, consideramos importante a variedade do repertório, a ser empregado de acordo com as necessidades do ouvinte ou do momento. No que se refere à pesquisa, o conto de Marina Colasanti aplica-se satisfatoriamente. Se buscamos sentidos, é no “vazio” do Guerreiro que agirão os mecanismos projetivos, explicitando as fantasias de nossos entrevistados. No próximo capítulo discutiremos alguns conceitos da teoria psicanalítica que contribuem para a compreensão das relações entre as narrativas fantásticas e o fantasiar de adultos hospitalizados.

3. DA PSICANÁLISE À LITERATURA: O FANTASIAR

Quando falamos em fantasiar, pensamos num processo psíquico essencialmente não-patológico, indispensável para a saúde mental do indivíduo, e responsável pelo enriquecimento de sua existência.

O termo “fantasias inconscientes” e o processo por ele designado diz respeito àquelas imagens mentais que serviriam de representação a mecanismos psíquicos e impulsos instintivos dando-lhes expressão através de sintomas, comportamentos, e da personalidade em geral deste indivíduo, sendo perceptíveis especialmente em situação de análise. Já o termo “fantasia”, pura e simplesmente, faz referência a um processo mental de aquisição posterior, em termos desenvolvimentistas, pressupondo uma mínima faculdade de pensamento, na forma, por exemplo, do devaneio. O indivíduo teria a possibilidade de controle desta fantasia, encaminhando-a para determinados desfechos segundo sua vontade.

O grande destaque dado pela teoria psicanalítica ao conceito de “fantasia” faz com que diversos autores colaborem em sua discussão, gerando uma multiplicidade de compreensões possíveis.

Um direcionamento quanto à origem, em Freud, da utilização do termo “fantasia”, pode ser buscado nos dicionários de psicanálise. Mais do que fornecerem uma definição, encontramos neles um rastreamento e uma interpretação das utilizações desta palavra nos textos freudianos.

Laplanche e Pontalis expõem a possibilidade de atribuição de diversos sentidos ao termo quando o destacam em seu **Vocabulário da Psicanálise**. Segundo eles, “fantasia” pode ser designada, entre outras coisas, como:

Roteiro imaginário em que o sujeito está presente e que representa, de modo mais ou menos deformado pelos processos defensivos, a realização de um desejo e, em última análise, de um desejo inconsciente.

A fantasia apresenta-se sob diversas modalidades: fantasias conscientes ou sonhos diurnos; fantasias inconscientes como as que a análise revela, como estruturas subjacentes a um conteúdo manifesto; fantasias originárias. (LAPLANCHE e PONTALIS, 2000, p. 169)

O **Dicionário de Psicanálise**, elaborado por Elisabeth Roudinesco e Michel Plon, apresenta a seguinte definição preliminar:

Termo utilizado por Sigmund Freud, primeiro no sentido corrente que a língua alemã lhe confere (fantasia ou imaginação), depois como um conceito, a partir de 1987. Correlato da elaboração da noção de realidade psíquica e do abandono da teoria da sedução, designa a vida imaginária do sujeito e a maneira como este representa para si mesmo sua história ou a história de suas origens: fala-se então de fantasia originária. (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 223)

Nos dois trabalhos, os autores adicionam esclarecimentos quanto à escrita da palavra, explicando a utilização de “fantasma” no francês e referindo-se à proposta kleiniana da diferenciação entre “Phantasy” e “Fantasy”, caso que logo abordaremos mais detalhadamente. No Brasil, percebemos, como colocado acima, a utilização da palavra “fantasia” de forma geral, quando necessárias especificações, são obtidas através do acréscimo de um qualificativo: “fantasia inconsciente”; “fantasia originária”; etc. Aqueles que trabalham com a terminologia lacaniana parecem ser os que mais se utilizam, no Brasil, do termo “fantasma”, que é instituído enquanto conceito específico da teoria lacaniana.

Após a introdução destas particularidades, Laplanche e Pontalis adentram a questão da “realidade” colocada em oposição à fantasia. O embate entre o princípio de realidade, ligado à “realidade material”, e o princípio de prazer, ligado à chamada “realidade psíquica” é esclarecido no sentido da impossibilidade de atribuir primazia de uma sobre a outra, como podemos deduzir a seguir:

O esforço de Freud e de toda a reflexão psicanalítica consiste precisamente em procurar explicar a estabilidade, a eficácia, o caráter relativamente organizado da vida fantasística do sujeito. [...] Ele [Freud] se recusa a deixar-se encerrar na oposição entre uma concepção que faria da fantasia uma derivação deformada da recordação de acontecimentos reais fortuitos, e outra concepção que não concederia qualquer realidade própria à fantasia e não veria nela mais do que uma expressão imaginária destinada a mascarar a realidade da dinâmica pulsional. (LAPLANCHE; PONTALIS, 2000, p. 170)

Buscando respaldo nas palavras do próprio Freud:

[...] nunca nos devemos permitir ser levados erradamente a aplicar os padrões da realidade a estruturas psíquicas reprimidas e, talvez por causa disso, a menosprezar a importância das fantasias na formação dos sintomas, sob o pretexto de elas não serem realidades, ou a remontar um sentimento neurótico de culpa a alguma outra fonte, por não haver provas de que qualquer crime real tenha sido cometido. Somos obrigados a empregar a moeda-corrente do país que estamos explorando; em nosso caso, uma moeda neurótica. (FREUD, 1911, p. 285)

Já em 1905/1906, no texto **Minhas teses sobre o papel da sexualidade na etiologia das neuroses**, Freud refaz o percurso da elaboração de sua teoria a respeito da etiologia sexual das neuroses. Ali, Freud comenta a anterior concepção que dava ênfase à questão do trauma psíquico como causador da histeria, e como, posteriormente, essa concepção modificou-se para dar lugar à percepção das fantasias de sedução e à compreensão do conflito entre libido e “recalque” como origem do adoecimento psíquico. Essa modificação teórica é assim descrita por Freud:

Somente com a introdução do elemento das fantasias históricas é que se tornaram inteligíveis a textura da neurose e seu vínculo com a vida do enfermo; evidenciou-se também uma analogia realmente espantosa entre essas fantasias inconscientes dos histéricos e as criações imaginárias que, na paranóia, tornam-se conscientes como delírios. (FREUD, 1905, p. 258)

Essa alteração da ênfase, segundo Roudinesco e Plon (1998), já estaria documentada como anterior a esse período através dos manuscritos de Freud. Renato Mezan (1991) também percebe a importância dessa mudança de foco para os futuros progressos da teoria psicanalítica. Essa modificação marca a delimitação da fantasia enquanto registro privilegiado pela possibilidade de representar desejos.

A ausência de um texto específico voltado para a definição do conceito de fantasia não impede que possamos concluir, a partir das referências obtidas na própria obra freudiana e em outros autores, que a fantasia existe em diversos níveis (consciente, inconsciente) e surge em várias formas, através de sua conexão com outros processos psíquicos. São essas conexões que preocupam Freud, mais do que qualquer distinção conceitual, na medida em que contribuem para o esclarecimento da estruturação do psiquismo e suas conseqüências para a compreensão das psicopatologias.

Ancorados nesse entendimento da fantasia na obra freudiana, tanto Laplanche e Pontalis como Roudinesco e Plon questionam a demarcação teórica realizada pelos kleinianos, a partir, principalmente, de Susan Isaacs. Laplanche e Pontalis (2000) indicam que a complexidade da exposição freudiana acerca da fantasia não autoriza a distinção de “natureza” entre fantasias conscientes ou inconscientes, como, segundo apontamos acima, os kleinianos sugerem que se adote.

Roudinesco e Plon (1998) afirmam a impossibilidade de reduzir a fantasia ao registro consciente ou inconsciente, dada a mobilidade que Freud lhe atribui. Esta idéia fica clara quando é questionada a proposta de modificação gráfica da palavra:

Deixando de lado as questões ortográficas, só existe para Freud um único conceito de fantasia. Vista por esse prisma, a oposição kleiniana, sustentada e desenvolvida por Susan Isaacs, entre *phantasia* (*phantasy*) inconsciente e fantasia (*fantasy*) consciente é totalmente contraditória com o pensamento freudiano. (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 224)

Os autores vêm, ainda, no posicionamento da psicanálise kleiniana, uma priorização da realidade psíquica em detrimento da realidade material, fazendo daquela o foco privilegiado da intervenção analítica.

Consideramos importante pensar e participar destes debates teóricos, que, em última análise, irão construir os alicerces de nosso trabalho clínico. Partiremos, então, para uma tentativa de compreensão da elaboração do conceito de fantasia na teoria kleiniana.

3.1. CONCEITO KLEINIANO DE FANTASIA

Iniciaremos a discussão remetendo aos debates em que surgem as indagações a respeito do termo “fantasia”. Os ingleses diferem a palavra a partir de sua grafia: com “f” ou com “ph”. O termo “fantasy” designa quaisquer devaneios conscientes, ficções ou invenções; o termo “phantasy” é o utilizado pela psicanálise, pois indica o conteúdo mental *inconsciente*, passível ou não de emergir à consciência. (HINSHELWOOD, 1992; ISAACS, 1982)

A fantasia como atividade da mente inconsciente sempre esteve presente nos textos de Melanie Klein, especialmente quando eram enfatizados os *conteúdos* do brincar das crianças, uma “forma de pensar narrativo com objetos” (HINSHELWOOD, 1992, p. 47).

É esta atividade de fantasiar que está na base do funcionamento do mundo interno, compondo a forma de cada indivíduo ser e estar no mundo.

Melanie Klein (1957) considera que o ego está presente nos indivíduos desde o início da vida, ainda que não completamente desenvolvido. Afirma Klein (1957, p. 248): “Penso mesmo ser provável que a ansiedade primordial, engendrada pela ameaça interna da pulsão de morte, possa ser a explicação de ser o ego posto em atividade a partir do nascimento.” Nos primeiros momentos de vida, em que o bebê nasce, e depois, quando ele está sendo bombardeado pelos estímulos externos, o ego cumpre algumas funções básicas. Essencialmente, ele é responsável pela primeira defesa contra a ansiedade relativa aos perigos

de dentro ou de fora, reais ou imaginários, através de mecanismos primários, tais como a *introjeção* e a *projeção*. Ele deve conciliar o *id*, o *superego* e a *realidade externa*.

As primeiras ansiedades vivenciadas pelo ego são de origem persecutória, pois o bebê vivencia situações que ainda não é capaz de compreender intelectualmente. Em razão desta limitação inicial, toda a frustração e desconforto são sentidos como provocados por forças hostis, perseguidores; assim também a gratificação e a sensação de conforto são sentidas como provenientes de forças boas. Estas situações de frustração ou gratificação podem ter origem em fatores externos ou internos.

As experiências do bebê com a mãe estabelecem sua primeira relação de objeto, considerada parcial porque a percepção restringe-se ao seio. Ocorre, então, uma *cisão*⁵ entre os aspectos percebidos do seio materno: na medida em que recebe gratificação, o seio é amado e sentido como “bom”; quando se sente privado pelo seio, ele é odiado e sentido como “mau”.

Os processos de introjeção e projeção levam à internalização do objeto, muitas vezes distorcido. Eles interagem com as pulsões de vida e de morte, modulando a formação do indivíduo e permitindo sua sobrevivência. Segundo Melanie Klein,

Podemos presumir que a luta entre as pulsões de vida e de morte já está em atividade por ocasião do nascimento e acentua a ansiedade persecutória provocada por essa dolorosa experiência. Ao que parece, essa experiência tem por efeito fazer com que o mundo externo, inclusive o primeiro objeto externo (o seio materno), pareça hostil. O fato de o ego voltar os impulsos destrutivos contra esse objeto primário contribui para isso. [...] Em síntese: devido à projeção, o seio externo frustrador (mau) torna-se o representante externo da pulsão de morte; através da introjeção, ele reforça a situação de perigo interna primordial; isso leva a uma maior premência, por parte do ego, de defletir (projetar) para o mundo externo os perigos internos (basicamente, a atividade da pulsão de morte). [...] Os perigos externos são vivenciados à luz dos perigos internos, e são, portanto, intensificados; por outro lado, qualquer perigo que ameace a partir do exterior intensifica a perene situação de perigo interno. Essa interação continua a existir, em certa medida, a vida inteira. (1948, p. 52-53)

Os mesmos processos projetivos e introjetivos interferem na percepção e internalização do seio “bom”, o seio gratificador que se torna o representante da pulsão de vida. A internalização desse primeiro objeto bom é imprescindível para o ego, tornando-se parte vital dele, segundo Melanie Klein (1946, p. 25), “Esse primeiro objeto bom interno atua

⁵ A cisão é considerada a precursora da repressão, sendo que, esta última, não resulta na desintegração do *self*, pois a barreira entre inconsciente e consciente é menos rígida.

como um ponto focal no ego. Ele contrabalança os processos de cisão e dispersão, é responsável pela coesão e integração e é instrumental na construção do ego.”

Projeção e introjeção mantêm constantemente sua influência sobre as estruturas em formação no indivíduo. Dessa forma, vemos que o início da formação do superego, segundo Melanie Klein (1958), localiza-se no nascimento, nas introjeções do seio bom e do seio mau (originando os aspectos protetores e ameaçadores) que vão constituir-lo e influenciar, também, o complexo de Édipo.

Os intrincados processos psíquicos, descritos até aqui, produzem o chamado *mundo interno*. Eis aqui uma descrição dele feita por Melanie Klein (1955, p. 170): “Esse mundo interno, que pode ser descrito em termos de relações e acontecimentos internos, é o produto dos próprios impulsos, emoções e fantasias do bebê.”

A construção do “mundo interno” da criança completa-se com os mecanismos de identificação por projeção (identificação projetiva) e identificação por introjeção (identificação introjetiva), que, segundo Melanie Klein (1952), são processos complementares. O conceito de identificação projetiva é muito discutido. A respeito dele, Melanie Klein (1955, p. 172) explica: “Identificação por projeção implica uma combinação de excisão de partes do *self* e da projeção dessas em (ou melhor, para dentro de) outra pessoa.” Na identificação a partir da introjeção ocorre a aquisição de características do objeto; na identificação a partir da projeção ocorre a atribuição das próprias qualidades do sujeito ao objeto (KLEIN, 1959, p. 286).

Os processos aqui descritos se desenrolam ao longo da vida, mas o indivíduo carrega as marcas das primeiras manifestações deles, despertadas por suas primeiras relações objetais.

Essas explicações sobre a constituição do mundo interno, enfatizando especialmente a interação entre os aspectos projetivos e introjetivos, podem ser observadas na explicação de Melanie Klein:

Através da introjeção, essa imagem transformada do mundo externo influencia o que ocorre em sua mente. Assim é construído um mundo interno que é parcialmente um reflexo do externo. Isto é, o duplo processo de introjeção e projeção contribui para a interação entre fatores externos e internos. [...] Mesmo no adulto, portanto, o julgamento da realidade nunca é completamente livre da influência de seu mundo interno. (KLEIN, 1959, p. 284)

Segundo afirma Hinshelwood (1992), em um primeiro momento Melanie Klein reconhece em seus pacientes as fantasias de conteúdo pré-genital com funções masturbatórias subjacentes, por exemplo, aos tiques nervosos. Posteriormente ela é confrontada com amplitude do fenômeno, produzindo um conhecimento a esse respeito que repercutiu em todos os grupos psicanalíticos da época. Segal (1975, p. 20) assim descreve esse passo: “O papel fundamental desempenhado no desenvolvimento da criança pela fantasia inconsciente e por sua expressão simbólica levou-a a ampliar e a reformular o conceito de fantasia inconsciente.”

Destaca-se, nesse momento, a proximidade entre as fantasias inconscientes e as pulsões. As fantasias inconscientes são as representações dos fenômenos vivenciados pelo indivíduo. Descrevemos neste capítulo as formações, na mente do bebê, das representações dos seios bom e mau. Isso se deve ao fato de que as sensações corporais do bebê são acompanhadas por uma experiência mental baseada numa relação com um objeto. Sensações agradáveis são atribuídas a objetos com boas intenções, as desagradáveis são atribuídas a objetos com más intenções. Hinshelwood (1992, p. 49) diz que “Uma fantasia inconsciente é uma crença na atividade de objetos “internos” concretamente sentidos.”

Susan Isaacs é considerada a responsável pela elaboração formal do conceito de fantasia inconsciente do ponto de vista grupo kleiniano. Em seu texto **A natureza e a função da Fantasia**, ela assim explica a natureza da fantasia:

Ora, na opinião dos autores deste volume, essa “expressão mental” do instinto é a “fantasia” inconsciente. A fantasia é (no primeiro caso) o corolário mental, o representante psíquico do instinto. Não existe impulso, nem ímpeto ou reação instintivos que não sejam experimentados como “fantasia” inconsciente. (ISAACS, 1982, p.96)

E, logo adiante: “Assim, a fantasia *é o vínculo que existe entre o impulso do id e o mecanismo do ego*, o meio pelo qual um se transforma no outro.” (ISAACS, 1982, p. 119)

Na evolução do pensamento kleiniano, Hinshelwood (1992) aponta a existência da fantasia como defesa. Na medida em que todas as vivências humanas são experimentadas em termos de fantasias, é uma consequência que através delas os mecanismos de defesa também encontrem expressão.

As fantasias tornam-se, ao longo do desenvolvimento, cada vez menos vinculadas às sensações corporais, e Hinshelwood lembra que esse progresso acompanha a manifestação dos objetos internos de forma mais simbólica. Esse autor diz que,

A passagem de uma experiência concretamente sentida de um objeto, construído na fantasia inconsciente, para um objeto não-físico constitui um passo evolutivo de vulto; ele representa abandonar as formas idiossincráticas e inatas de representação por meio da fantasia inconsciente e investir esses significados em objetos socialmente oferecidos (símbolos). (HINSHELWOOD, 1992, p. 53)

Em **A importância da formação de símbolos** (1930), Melanie Klein explica que é através da igualdade simbólica que as todas as coisas, atividades e interesses se tornam o conteúdo das fantasias libidinais. Essa idéia já havia sido discutida por ela em **A análise de crianças pequenas** (1923), mas no seu texto de 1930 ela acrescenta o fator *ansiedade* como impulsionador das formações simbólicas.

A primeira realidade da criança é totalmente fantástica, tomada por órgãos, excrementos e todo o tipo de coisas que são igualmente percebidas enquanto seus objetos. Fantasias sádicas são dirigidas a estes objetos, e essa é uma grande fonte de pavor. Analisando esse contexto, Melanie Klein diz que,

Essa ansiedade contribui para que a criança iguale os órgãos em questão com outras coisas; como resultado, estes também se tornam objetos de ansiedade e ela se vê obrigada a estabelecer constantemente novas equiparações, que formam a base do simbolismo e de seu interesse nos novos objetos. (KLEIN, 1930, p. 252)

Se o ego for capaz de tolerar essa ansiedade, tendo como base a formação de símbolos e a fantasia em abundância, ocorrerá o seu desenvolvimento e, conseqüentemente, será permitida uma relação mais próxima com a realidade externa.

As defesas utilizadas pelo indivíduo ao longo do seu desenvolvimento podem ser observadas quando analisamos os conflitos colocados em cada etapa. Estas etapas são duas, chamadas *posição esquizo-paranóide* e *posição depressiva*. O termo *posição* foi escolhido por Melanie Klein, que explica⁶:

O termo “posição” foi escolhido porque, embora os fenômenos envolvidos ocorram primeiramente durante estágios arcaicos de desenvolvimento, eles não estão confinados a esses estágios, mas representam agrupamentos específicos de ansiedades e defesas que aparecem e reaparecem durante os primeiros anos de infância. (KLEIN, 1948, p.18)

⁶ Na nota 4 do texto **Algumas conclusões teóricas relativas à vida emocional do bebê** (1952) enfatiza-se que as alternâncias entre as posições, em certas circunstâncias, também podem ocorrer em outros momentos da vida.

Hanna Segal (1975) argumenta que o conceito estrutural das posições não é conflitante com os de ego, superego e id, trazendo apenas uma compreensão dessas instâncias em sua relação com os momentos de desenvolvimento do indivíduo.

As definições de cada posição sofreram modificações ao longo do pensamento kleiniano. Como era de se esperar, novos dados clínicos e novas compreensões teóricas se delinearam ao longo de sua obra.

Na formulação final a posição esquizo-paranóide, cronologicamente a primeira pela qual o indivíduo passa, é assim descrita:

A meu ver, os impulsos destrutivos onipotentes, a ansiedade persecutória e a cisão predominam nos primeiros três ou quatro meses de vida. Descrevi essa combinação de mecanismos e ansiedades como sendo a posição esquizo-paranóide, que em casos extremos torna-se a base da paranóia e da doença esquizofrênica. (KLEIN, 1959, p. 287)

Estão presentes, caracterizando essa posição, intensos sentimentos de voracidade e inveja pelos objetos bons.

Os processos de cisão afetam não só o objeto, como também o ego. Embora possua uma tendência à integração, o ego arcaico pode tender à desintegração, utilizando a cisão como defesa frente às influências das pulsões. Ao efetuar a cisão do objeto, interno e externo, efetua-se uma cisão correspondente no ego (KLEIN, 1946). Nesses momentos, pode haver a sensação de despedaçamento e fragmentação.

Melanie Klein (1959, p. 287) explica que as defesas desse período são indispensáveis para a sobrevivência do indivíduo: “Através da cisão de dois aspectos e de agarrar-se ao bom, ele preserva sua crença em um objeto bom e em sua capacidade de amá-lo, sendo esta uma condição essencial para manter-se vivo.” A separação entre o objeto bom e o objeto mau proporciona a segurança de uma “bondade” em algum lugar que não é afetada pela “maldade” do próprio bebê ou de seus perseguidores.

A seguinte posição, cronologicamente posterior, é a posição depressiva, descrita da seguinte forma:

É minha hipótese que, no quinto ou sexto mês de vida, o bebê começa a temer pelo estrago que seus impulsos destrutivos e sua voracidade podem causar, ou podem ter causado, aos seus objetos amados. Isso porque ele não pode ainda distinguir entre seus desejos e impulsos e os efeitos reais deles. Ele vivencia sentimentos de culpa e a necessidade presente de preservar esses objetos e de repará-los pelo dano feito. A ansiedade agora vivenciada é de natureza predominantemente depressiva. Reconheci as emoções que a

acompanham, assim como as defesas desenvolvidas contra elas, como fazendo parte do desenvolvimento normal, e cunhei o termo “posição depressiva”. (KLEIN, 1959, p.289)

Na posição anterior, a esquizo-paranóide, a relação é com objetos parciais, por exemplo, o seio (bom ou mau) ou o pênis (bom ou mau). Com a progressiva integração egóica, já na posição depressiva temos a relação com objetos totais. A mãe já é percebida como um todo, do qual o seio faz parte. Entretanto, isso não garante ao bebê o fim da ansiedade. Se na posição esquizo-paranóide prevalece a ansiedade persecutória, agora surge a ansiedade depressiva, tendo como principal elemento o medo de perder o objeto — agora total — pelos danos infligidos a ele durante a posição anterior. A posição depressiva é marcada pelas experiências da culpa e do luto, ao mesmo tempo em que oferece a *reparação*.

Pode-se dizer, muito esquematicamente, que na posição esquizo-paranóide o esforço é pela preservação do ego, e na posição depressiva o esforço é na preservação do objeto bom, internalizado e externo. Essa distinção não pode ser absoluta porque a preservação do objeto bom na posição depressiva visa, em última instância, a própria preservação do sujeito, assim como a preservação do ego na posição esquizo-paranóide inclui, necessariamente, a preservação do objeto bom, que já foi internalizado (KLEIN, 1960).

Embora essa separação seja importante para compreender as emoções e conflitos presentes em cada momento da vida, Melanie Klein (1946, 1948) destaca que flutuações entre as posições esquizo-paranóide e depressiva fazem parte do desenvolvimento normal. A integração do ego é um processo gradual e, portanto, muitas emoções de uma posição ou de outra podem ocorrer apesar da ansiedade predominante no indivíduo. Assim, vemos ansiedades depressivas na posição esquizo-paranóide e ansiedades persecutórias na posição depressiva. Sentimentos de culpa já estão presentes nos breves e transitórios momentos em que o bebê atinge uma maior integração entre objetos amados e odiados, assim como alguns aspectos maus dos objetos causam terror no bebê que já se encontra na posição depressiva.

Estas distinções buscam facilitar a compreensão das experiências iniciais da criança. No trabalho clínico e nas relações humanas de forma geral, esses processos estão interligados e se influenciam mutuamente.

Marion Milner (1955) destaca a teoria kleiniana que aponta a importância da ansiedade no processo de formação simbólica, ou seja, o medo do objeto original, ou o medo de perdê-lo, conduz à busca de substitutos. A autora afirma que o conceito de fantasia é um importante instrumento para compreender a fusão de dois objetos dessemelhantes em um

único. Acrescenta, também, que o termo *ilusão* seria útil para caracterizar o fato de que, para o indivíduo, o objeto secundário é o primário.

Percebemos, então, que a formação simbólica é um processo que se inicia muito cedo, e se desenrola ao longo da vida do indivíduo. Entre os comentários de diversos teóricos, constatamos sua íntima relação com as fantasias inconscientes, que tornam possíveis os processos mentais.

Na obra de Melanie Klein e seus seguidores, a fantasia inconsciente aparece como onipresente, em todas as atividades e experiências, atribuindo significado ao mundo externo, enquanto este devolve com ainda outros significados/fantasias. (HINSHELWOOD, 1992)

Abordamos aqui a fantasia em diversos aspectos. De forma geral, fica confirmada sua importância para os seres humanos, o que se verifica através de sua influência na existência e no desenvolvimento dos diversos processos psíquicos que governam nossa vida.

Quando Melanie Klein (1960, p. 308) diz que “A repressão da vida de fantasia, em particular, tem fortes repercussões sobre o desenvolvimento, pois resulta na inibição de talentos e do intelecto, e impede também o apreço pelas conquistas das outras pessoas e o prazer que delas poderia ser obtido”, podemos sopesar a preponderância da fantasia para a saúde mental humana, sendo esta compreendida como capacidade de lidar com os conflitos internos e externos, em cada etapa do desenvolvimento.

Concluiremos por agora com outra sugestiva indicação de Melanie Klein (1959, p. 296): “Há mais uma conclusão a ser tirada: aquilo que já existe no inconsciente nunca perde completamente sua influência sobre a personalidade.”

Depois desta exposição da teoria geral de Melanie Klein, nos deteremos agora sobre os aspectos de maior interesse em nosso estudo. A seguir apresentaremos, então, algumas observações sobre as consequências da conceituação de fantasia na literatura.

3.2. FUNÇÃO DA FANTASIA

As histórias têm a função inigualável de transmitir, através do encontro com o outro, as idéias que estão presentes no texto, mas também uma outra mensagem. Esta outra mensagem, talvez de teor mais “delicado”, traz, também, a essência daquilo que é relatado. São as emoções, as motivações de quem se expressou, e que muitas vezes não foram

percebidas por ele, mas que podem ecoar no outro, atingindo-o de forma que este se sinta transportado ao instante vivido por aquele que escreveu.

Nossa pesquisa valoriza a universalidade das histórias, que acreditamos vinculadas às suas características especiais de comunicação. Mas de forma mais específica, nossa atenção estará voltada ao que se refere à presença dessas histórias no mundo dos adultos.

Ao tratar dos “mistérios da vida”, as histórias transmitem sentidos múltiplos aos ouvintes. Por tudo isso, o contato com a literatura ou com as histórias transmitidas oralmente tem como importante efeito a facilitação dos processos mentais ligados ao fantasiar. Este fantasiar, no caso específico dos adultos, muitas vezes é recriminado.

Percebendo a necessidade de uma definição do termo, Susan Isaacs (1982, p. 97) diz: “Uma fantasia representa o conteúdo particular dos impulsos ou sentimentos (por exemplo, desejos, medos, ansiedades, triunfos, amor ou mágoa) que dominam a mente no momento.”

Na tentativa de compreensão do fantasiar que está presente quando do contato com as histórias, podemos citar Radino:

A fantasia é nosso combustível interno. Desde o nascimento, para que possamos sobreviver psiquicamente, criamos fantasias, tão necessárias para dominar nossas angústias e realizar nossos desejos. Torna-se possível a nomeação, a projeção e a externalização de nossos medos. De outra forma, seríamos assolados por nossas angústias. (RADINO, 2003, p. 116)

A fantasia é um fenômeno mental que, há muito, intriga estudiosos das mais diversas áreas do conhecimento, e a Psicologia, entre elas, tem feito importantes contribuições ao entendimento deste fenômeno. A apreensão do fantasiar como processo psíquico é alcançada pela observação dos efeitos que ele produz. Assim, podemos comprovar a existência de fantasias (inconscientes ou não) quando observamos com atenção aquilo que falamos, sonhamos, e queremos, por exemplo. Percebemos, também, que ela está presente tanto nos chamados doentes quanto nos chamados sãos; homens e mulheres; negros, brancos, amarelos, ou de quaisquer cores; profissionais de qualquer área. Ou seja, a fantasia está presente em seres humanos, acima de tudo. Sendo assim, podemos acrescentar ainda uma categoria instituída cujas estratificações não são barreiras para a atividade do fantasiar: a faixa etária. Mais do que uma defesa “patológica”, associada à fuga, a fantasia cumpre uma função psíquica definida, que seria determinante na manutenção de uma existência saudável para o indivíduo.

Parece-nos que, desde Freud, estaria confirmada a existência de fantasia em adultos, crianças ou idosos. Falando-nos das fantasias na forma específica de devaneios, ou seja, conscientes, Freud (1908[1907], p. 151) coloca: “Acredito que a maioria das pessoas construa fantasias em algum período de suas vidas. Este é um fato a que, por muito tempo, não se deu atenção, e cuja importância não foi, assim, suficientemente considerada.”

Fica, portanto, justificada a necessidade de se buscar compreender a importância da fantasia na vida adulta, posto que ainda hoje podemos dizer que a presença e a importância das fantasias não foram suficientemente consideradas. E, ainda hoje, nos defrontamos com o preconceito relativo à presença, em adultos, do que seria considerado “infantil”, repreensível e vergonhoso.

Freud reconhece, também, a validade das produções dos que ele chama “escritores criativos”:

Em minha opinião, todo prazer estético que o escritor criativo nos proporciona é da mesma natureza desse prazer preliminar, e a verdadeira satisfação que usufruímos de uma obra literária procede de uma liberação de tensões em nossas mentes. Talvez até grande parte desse efeito seja devida à possibilidade que o escritor nos oferece de, dali em diante, nos deleitarmos com nossos próprios devaneios, sem auto-acusações ou vergonha. (FREUD, 1908 [1907], p. 158)

O fantasiar, segundo a citação, encontraria expressão nas obras de escritores criativos. Isso aconteceria porque, justamente através da qualidade que Freud chamou “criatividade”, o escritor alcançaria um grau tal de disfarce de suas fantasias (conscientes ou não) que elas se tornariam não apenas aceitáveis, mas também agradáveis perante a sociedade.

Assim, conflitos que constituem a vida psíquica dos leitores destas histórias encontram expressão nas mesmas. Haja ou não uma solução para o conflito ao fim da história, o importante é que ela teve um efeito próximo ao da catarse, podendo significar e re-significar aquilo que o leitor pensa ou sente sem mesmo compreender ou perceber.

As histórias têm alcançado reconhecimento como fontes importantes para proporcionar à criança formas de obter um desenvolvimento pleno e uma vida saudável.

Podemos lembrar, aqui, do trabalho realizado por um psicólogo contemporâneo, Gilberto Safra (1984), utilizando histórias. Safra retrata uma experiência clínica de atendimento breve a crianças, com a implicação dos pais no processo. Através da produção de histórias, que seriam contadas pelos pais, as crianças encontraram uma possibilidade de

entendimento de seus conflitos, tanto pelo efeito revelador das histórias como da presença e apoio dos pais nesta descoberta.

Safra (1984) destaca a importância, no processo, do conceito de espaço potencial winnicottiano, colocando-o como possibilitado pelo contato estreito entre crianças e pais no ato de contar as histórias.

Não podemos deixar de considerar, também, o efeito das histórias por si mesmas na experiência relatada. Elas são terapêuticas pela direta vinculação com os processos de simbolização e sublimação, o que leva à elaboração dos conflitos vividos.

Seguindo, assim como Safra, uma direção winnicottiana, Hisada (1998, p. 28) diz, sobre a importância das histórias como elemento terapêutico para adultos: “E as histórias, assim como o brincar, por serem um instrumento lúdico e transicional, permitem ao paciente, mesmo adulto, encontrar um sentido para suas experiências e assim integrar partes dissociadas do *self*.”

Através do exemplo, fica evidente que as histórias têm sido aceitas e utilizadas no período a que chamamos infância. No entanto, a mesma situação não é observada no que concerne à aceitação ou mesmo reconhecimento dos efeitos benéficos do fantasiar e, mais especificamente, das histórias, para o mundo adulto.

O universo das crianças está permeado pelas mais inacreditáveis (imaginativas, surpreendentes) histórias: contos de fadas, contos folclóricos, lendas, fábulas, enfim, todas sempre conduzidas pelo tom do fantástico. Alguns autores já confirmaram a validade destas narrativas enquanto instrumentos de distração, divertimento, educação, e, até, acesso ao inconsciente.

Em se tratando do universo adulto, parece que estas idéias precisam ser mais aprofundadas. Muitas vezes há uma recusa em reconhecer que este tipo de literatura (a fantástica) seja capaz de atingir, também, adultos. Fica, então, uma imagem de que somente sistemas de funcionamento psíquico/intelectual primitivos poderiam usufruir destas narrativas.

Este estudo segue um outro direcionamento. Acreditamos que as narrativas fantásticas são importantes para todos aqueles que fantasiam, inclusive adultos, e especialmente diante das condições de vida na já descrita modernidade líquida, ou pós-modernidade.

A fantasia, como mecanismo intrapsíquico de elaboração da realidade, é algo que concerne a todos aqueles que são dotados de psiquismo. Ou seja, é um processo que atua em qualquer fase da vida. Sabe-se que, em crianças, a fantasia encontra-se num patamar de

grande importância, já que preserva o ego ainda não completamente estruturado de uma desorganização. Qual seria, no entanto, a importância do fantasiar em se tratando de um psiquismo supostamente cristalizado e desenvolvido?

A respeito da conexão entre o pensamento e a fantasia, Hanna Segal (1975, p. 34) diz: “A riqueza, a profundidade e a acuidade do pensar de uma pessoa dependerão da qualidade e da maleabilidade da vida de sua fantasia inconsciente e de sua capacidade para submetê-la ao teste da realidade.”

Assim, compreendemos que o fantasiar, consciente ou não, está associado a uma melhor e mais aprofundada compreensão do mundo ao nosso redor. Isso vale para adultos ou crianças. Perceber a relação entre as fantasias e os processos mentais que envolvem pensamento e reflexão torna possível uma atitude mais flexível diante dos momentos em que precisamos parar e simplesmente deixar emergir nossos conteúdos. No próprio exercício terapêutico, esse é o desafio: confrontar-nos com nossas crenças, nossas limitações, nosso desejo. A dificuldade desta atitude reside na proximidade do reconhecimento de nosso desamparo estrutural. Como coloca Joel Birman:

Conseguir permanecer e suportar a dor provocada pela posição de desamparo e de feminilidade é o grande desafio colocado para o sujeito em uma análise. [...] colocado nessa posição limite, [...] o sujeito pode construir efetivas possibilidades de sublimação e de criação, pela construção de uma forma singular de existência e de um *estilo* próprio para habitar seu ser. (BIRMAN, 2001, p. 46)

O mundo contemporâneo parece privilegiar uma postura consumista, imediatista, diante das vivências do ser humano. David Harvey (2001) aponta a ênfase da nova organização econômica na *instantaneidade* e na *descartabilidade*. O processo de formação das identidades culturais, segundo Stuart Hall (2001), tornou-se provisório, variável e problemático.

Este tipo de posicionamento distancia os homens da possibilidade de vivenciar, de forma significativa, uma acolhida de seus afetos, favorecendo, inclusive, um processo de adoecimento psíquico e/ou orgânico.

No conhecido texto de Walter Benjamin, “O narrador” (1936), o autor discute a morte da arte narrativa:

Cada manhã recebemos notícias de todo o mundo. E, no entanto, somos pobres em histórias surpreendentes. A razão é que os fatos já nos chegam acompanhados de explicações. Em outras palavras: quase nada do que

acontece está a serviço da narrativa, e quase tudo está a serviço da informação. Metade da arte narrativa está em evitar explicações. (BENJAMIN, 1936, p. 203)

Em intenso diálogo com a obra de Benjamin, Fernando Savater (2001) também escreve sobre a importância dos textos narrativos. A narração teria a propriedade e a obrigação de apresentar-se ambigualmente, só assim tornaria possível a apreensão pessoal da experiência narrada, que, retomando a obra de Benjamin, é sempre um conselho de alguém que vem de longe. Segundo Savater,

Por duas razões fundamentais a verdadeira narração é sempre ambígua: porque nenhuma lei necessária esgota a inexplicável concreção de seus perfis e porque ela só se completa efetivamente na intimidade do ouvinte que a aceita, tal como a metade do anel e o fragmento de mapa só ganham sentido na presença de quem trazer a parte que lhes falta. (SAVATER, 2001, p. 32)

O autor continua, explicando que o narrador evitaria a análise psicológica, já que seria uma forma de eliminar a ambigüidade da narrativa. No caso da nossa pesquisa, a ambigüidade é indispensável, e está assegurada pelo conto “O rosto atrás do rosto”. A postura no momento da entrevista exclui a possibilidade de desprezar a participação do entrevistado, através de desnecessárias intervenções interpretativas. Quanto às análises posteriores, serão feitas em razão do que for relatado pelo entrevistado, a tentativa de análise do conto que apresentamos nesse trabalho cumpre apenas a função de aproximação com as temáticas expostas.

O contato com as narrativas fantástico-maravilhosas encerra a possibilidade de tocar aquilo que encerramos em nós mesmos, cujo acesso é bloqueado diante da constante exigência de agilidade e competência. No mundo contemporâneo os indivíduos encontram-se desprovidos de uma identidade pessoal estruturada, induzidos à busca constante de uma satisfação que nunca será alcançada e, no qual, as relações humanas estão distorcidas, pois o outro é um “objeto” descartável. Se as produções culturais também estão envolvidas nesse processo, podemos pensar as narrativas fantástico-maravilhosas, quando criação e não produção em série, como oportunidade para o exercício crítico-reflexivo sobre si e sobre o outro, colaborando na construção e consolidação de sua identidade (SANTOS, 2007).

Na terminologia psicanalítica, chamamos “infantil” àquilo que poderíamos encontrar e re-conhecer nas narrativas fantásticas.

Sonia Campos Magalhães contribui para pensar o termo “infantil” no que se refere à classificação dos contos:

Estes contos, ainda que agradem às crianças, que se destinem à criança, talvez possamos dizer que se destinam à *criança generalizada* e por criança generalizada devemos entender o próprio conceito de sujeito do inconsciente, ou seja, a idéia de que a idade não importa — dado que o sujeito não evolui — que sempre vamos encontrar a criança, a eterna criança, seja nos brinquedos, seja nas fantasias, na poesia, no chiste, etc. (MAGALHÃES, 1998, p. 46)

Segundo Bernardo Tanis, poderíamos caracterizá-lo da seguinte forma:

O infantil é um território a explorar em cada um de nós; oferece sua face mas nunca a revela inteiramente, campo dos possíveis e dos limites; permanece como os tesouros dos antigos piratas para os novos aventureiros, fonte de inspiração e desilusão. Mas nunca deixa de ser referência. (TANIS, 1995, p. 169-170)

Com esta definição de “infantil” em mente, podemos questionar as restrições feitas através de uma interdição da Literatura colocada apenas como “Infantil”, assim como a postura, também considerada “infantil”, de abertura diante dos possíveis no mundo.

No próximo capítulo, discutiremos as questões metodológicas envolvidas na realização de nossa pesquisa, definindo método e procedimentos, buscamos esclarecer de que forma foi possível apreender os processos relacionados ao fantasiar até agora descritos.

4. METODOLOGIA

4.1. O MÉTODO INVESTIGATIVO EM PSICANÁLISE: ENTREVISTA COMO INSTRUMENTO

O surgimento da psicanálise, através das formulações das experiências clínicas de Freud, foi marcado por polêmicas em torno da veracidade de suas conclusões e pelo repúdio de cientistas e do público em geral diante da irrefutável consistência dessas conclusões. Parece que, muito tempo depois, podemos afirmar que a ciência iniciada por Freud nunca abandonou a tradição de provocar turbulências nos mais diversos meios e, como não poderia deixar de ser, inclusive entre seus próprios propagadores.

O conhecimento inicialmente produzido por Freud sofreu modificações e tornou-se tema obrigatório para qualquer um que busque uma compreensão do universo humano. Esta abrangência não garantiu homogeneidade, e encontramos grandes divergências nos meios em que se produz psicanálise. A mais importante delas, no que tange à nossa discussão, refere-se à suposta incompatibilidade entre psicanálise e cientificidade.

As duas mais graves conseqüências desta suposição são: por um lado, a ineficiência das sociedades de psicanálise em produzir conhecimentos que colaborem para o desenvolvimento da sociedade em geral e da própria psicanálise; por outro lado, a dificuldade em afirmar a recém-nascida psicanálise das universidades, ainda sem forças para vincular-se definitivamente à “ciência” freudiana.

Algumas aberturas têm sido produzidas dos dois lados, sugerindo um encontro num futuro próximo.

A psicanálise produzida nas sociedades aproxima-se da universidade, inclusive através de seus membros, que passam a fazer parte do corpo docente desta. Os estudos desenvolvidos em pesquisas universitárias são aproveitados no aperfeiçoamento da clínica. Segundo Mezan (1993), a psicanálise aparenta-se à ciência na medida em que os conhecimentos produzidos por ambas possuem as características de coesão interna, verificabilidade, cumulatividade e comunicabilidade. Tudo isso caminha para a confirmação da validade da psicanálise, por reafirmar sua característica de reelaboração, através da

assimilação de novas descobertas, e sua solidez teórico-metodológica, através da auto-sustentação de suas bases investigativas.

Os novos paradigmas científicos, é preciso que se diga, favorecem esse processo. Como afirma Olga Mattioli (2000, p. 19): “Se considerada dentro do paradigma pós-moderno de ciência, a psicanálise mostra-se surpreendentemente atual, pois as teses constitutivas deste novo modelo de ciência coincidem com os pressupostos centrais da psicanálise.”

Em contrapartida, a psicanálise também contribui para a fundamentação de novos modos de pensar e fazer ciência. A esse respeito, Copit e Hirschzon dizem:

[...] enquanto essa nova ciência substitui o conhecimento prudente pela finalidade de uma vida decente e, portanto, tendo como começo e como fim o ser humano, a psicanálise, saber fundamental do humano, contribui não só para possibilitar maior conhecimento, como também para propiciar seu maior usufruto. Ou seja, é a psicanálise que ilumina o momento sublime da emergência do sujeito e do seu mundo, bem como o ajuda a integrar-se nesse mundo. (COPIT; HIRCHZON, 1993, p. 100)

A única maneira de possibilitar um diálogo que solucione os impasses a respeito da investigação psicanalítica é um retorno aos princípios colocados por Freud para a psicanálise.

A Psicanálise foi desenvolvida por Freud como um método, uma teoria e uma técnica para a investigação dos chamados mecanismos psíquicos e tratamento de seus possíveis distúrbios. Sendo assim, a Psicanálise freudiana deve ser pensada além de sua habitual estrutura ortodoxa na clínica. Os psicanalistas costumam lembrar de contemplar, no ambiente clínico, os aspectos teóricos e técnicos propostos por Freud e complementados por seus seguidores. O aspecto investigativo, no entanto, costuma ser esquecido, alijando o processo de seu mais importante elemento, aquele responsável pela transformação da psicanálise em uma ciência reconhecida: o método. A esse respeito, diz Lowenkron (2004, p. 22): “no entendimento de Freud, o termo psicanálise tem três sentidos: um método de investigação, uma modalidade de tratamento e igualmente é o nome do conhecimento que o método produz, isto é, a teoria psicanalítica”.

O que seria, afinal, o método psicanalítico? Este é um questionamento crucial para qualquer um que pretenda exercer a psicanálise.

O método psicanalítico é descrito como o fundamento de toda prática que se pressuponha psicanalítica. Ele condiciona o entendimento do objeto “*psiquê*”, ao mesmo tempo em que define os parâmetros para atingir o referido entendimento.

Diante de tudo o que foi dito, é indiscutível a importância de se resgatar a tradição investigativa da clínica psicanalítica. O próprio ato interpretativo só pode corresponder a uma intervenção posterior ao entendimento do psiquismo do indivíduo.

É bom lembrar que fora do consultório clínico também existe psicanálise. As pesquisas realizadas, tanto nas universidades como nas sociedades psicanalíticas, lançaram luz sobre questões sócio-culturais importantes e que necessitavam da iniciativa de estudiosos que pudessem colaborar com a construção de conhecimento a respeito delas. Autores como Herrmann e Mezan, no Brasil, dão exemplos de investigações bem sucedidas e bem fundamentadas, psicanaliticamente, a respeito das referidas questões. O livro **Pesquisando com o método psicanalítico**, organizado por Herrmann e Lowenkron (2004), apresenta exemplos de pesquisas que podem ser consideradas pioneiras na utilização do método psicanalítico de forma mais flexível, nem por isso deixando de ser psicanálise.

Existe uma ampla gama de instrumentos utilizados para a pesquisa psicanalítica, por exemplo, a utilização de material clínico, discutida por Safra (1993), ou de técnicas projetivas, estudadas por Simon (1993). Considerando a amplidão de instrumentos disponíveis, buscamos repensar as especificidades de um deles: a entrevista.

Inicialmente, percebemos que a entrevista pode ser realizada das mais diferentes formas e com os mais variados objetivos. No caso da pesquisa psicanalítica, a utilização da entrevista deve ser delimitada pelo método psicanalítico.

Destaca-se que a entrevista pressupõe uma relação entre, pelo menos, duas pessoas. Já podemos, portanto, levar em consideração a atuação dos fenômenos da transferência e contratransferência. O processo de manejo destas forças impõe a presença de uma escuta diferenciada, permitindo a emergência dos conteúdos inconscientes mais intensos para aquele indivíduo.

Numa entrevista, em que se buscam dados para a compreensão de determinados fenômenos, inevitavelmente ocorre um direcionamento para a discussão do assunto de interesse. Entretanto, isso não deve impedir que outros temas surjam, pois, quando se considera o inconsciente, a dinâmica do indivíduo deve ser respeitada, e estas informações podem ser relevantes para a pesquisa.

De forma geral, o funcionamento da entrevista é descrito por Mattioli da seguinte maneira:

Tanto na situação psicoterápica quanto na pesquisa, não é a entrevista que é psicanalítica mas sim o método de investigação que é psicanalítico. Tanto em um como em outro caso, a conduta do entrevistador segue os mesmos

passos. Assim, é preciso criar uma situação onde possa emergir o inconsciente, deixar acontecer. (MATTIOLI, 2000, p. 24)

Quando pensamos a entrevista como sendo delimitada pelo método, devemos assumir o compromisso que essa compreensão impõe. Não se trata mais de uma conversa, em que procuramos saber mais sobre o outro. É uma interação dinâmica, perpassada pelos conteúdos inconscientes de entrevistador e entrevistado. Além da interação entre dois seres humanos, temos o questionamento sobre a relação do entrevistado com o tema da pesquisa, e, fatalmente, temos em jogo a relação do próprio entrevistador com o problema por ele investigado. Herrmann coloca a dificuldade de controlar o seguimento de uma entrevista psicanalítica quando diz que,

Entrevista psicanalítica, mais precisamente entrevista numa tese psicanalítica, caracteriza-se essencialmente por descobrir na ação a sua própria estratégia. É uma entrevista em que alguma coisa vai acontecer entre entrevistador e entrevistado a partir de, por exemplo, um “como vão as coisas?”. (HERRMANN, 1993, p. 152)

É justamente essa “alguma coisa” que acontece, descrita por Herrmann, que atribuirá significado à entrevista, ao que foi dito verbal ou não-verbalmente, e que poderá contribuir para a compreensão do tema investigado pelo entrevistador.

A entrevista, na medida em que lida com a fala dos envolvidos, apresenta uma dimensão que não pode ser deixada de lado: a dimensão narrativa. O ato de falar sobre algo remete a um modo específico de interação, em que a mensagem é pensada, elaborada, transmitida, recebida, pensada e elaborada novamente. No momento da entrevista, alguns significados que surgem devem ser interpretados e devolvidos ali mesmo, não se trata mais de uma coleta de informações para posterior análise, é uma vivência humana, de grande relevância para entrevistador e entrevistado. Ludmila Kloczak mostra sua percepção da importância do narrar quando diz:

Reconheci que os acontecimentos e as experiências de vida oferecem-se a nós através de narrativas. Quer se trate da história compendiada em obras escritas, quer se trate de testemunhos de horror, quer se trate, enfim, de vivências pessoais, utilizamo-nos da narrativa. Em algum momento, ela é silenciosa — do interior do indivíduo produz-se uma história dirigida a si mesmo. E pode ser silenciada quando não houver um outro a quem se reportar. (KLOCZAK, 2004, p. 145)

O que diz Kloczak atesta a importância do movimento narrativo. Assim, constatamos o valor de capturarmos esse testemunho em cada um de novos entrevistados, dando corpo e alma à pesquisa que pretendemos realizar. Nessa tarefa somos apoiados, mais uma vez, pelo método psicanalítico. A própria Ludmila Kloczak nos diz como se utilizou do método, no caso de sua pesquisa:

A partir deste momento, o método psicanalítico se pôs a operar pela única via possível. Nem explicar, nem teorizar, nem correlacionar causas e efeitos das histórias que se construíam, mas ouvir relatos, instalada em um específico posto de observação, o da escuta transferencial. (KLOCZAK, 2004, p. 146)

De tudo o que foi dito sobre a utilização da entrevista psicanalítica como instrumento, podemos perceber que o diferencial da psicanálise como método é a relevância dada aos simples acontecimentos que, sob outros enfoques científicos, seriam descartados. Quando se busca atingir o funcionamento dinâmico ou os conteúdos do inconsciente, é necessário um preparo para capturar informações que se apresentam, muitas vezes, de maneira sutil. Segundo Mezan (1993, p. 89), “O que especifica sua legitimidade para a psicanálise é a estrutura própria desse campo, atravessado de lado a lado pelo seu próprio objeto, o inconsciente, mediante sua personificação no sujeito que pensa e escreve.”

A discussão sobre a utilização de entrevistas no contexto da pesquisa psicanalítica, como podemos constatar, é ampla e apresenta muitos pontos ainda obscuros. Lidar com relações humanas coloca em cena o que há de inesperado e surpreendente no ser humano. Isso pode ser assustador, a menos que se tenha sempre em mente o espírito da psicanálise, de envolvimento e investigação. Espera-se que seja possível, através do repensar nossas práticas, chegar a um aproveitamento inteligente dos muitos conhecimentos que advêm do uso deste instrumento.

No que se refere à pesquisa psicanalítica em geral, não devemos abandonar a busca de novos horizontes em que ela possa ser aplicada. Embora muito seja dito contra a cientificidade da psicanálise, deve pesar o fato de que ela colabora de forma ímpar para a compreensão dos fenômenos psíquicos e do próprio viver humano. Além disso, caminhamos sempre mais um passo na direção de uma psicanálise comprometida ética e politicamente, capaz de apresentar seus pontos de vista e defendê-los seriamente.

Num momento em que toda a sociedade parece atingida por vivências particulares, designadas por alguns como pós-modernas, a psicanálise, sendo um produto da cultura humana, não pode fugir de seu contexto histórico. Joel Birman coloca, com muita

propriedade, os riscos de colocar a psicanálise a serviço de práticas sociais questionáveis, perdendo de vista aquilo que a psicanálise possui de revolucionário e libertário. Fazendo nossas as suas palavras,

[...] quero sublinhar também, de maneira vigorosa, como a psicanálise deve se repensar em alguns de seus fundamentos, para ficar sensível e conseguir ser potente no que tange ao mal-estar na atualidade. Esta seria a única maneira de a psicanálise continuar a ser operante no contexto de trevas, obscurantismo e fundamentalismo em que vivemos hoje em dia. (BIRMAN, 2001, p. 26)

4.2. PROCEDIMENTOS

Embora haja quem fale de um reducionismo da psicanálise, acreditamos em sua capacidade de fugir à sua rigidez teórica, mantida como um escudo, que, ao invés de protegê-la, paralisa. Esse entorpecimento é responsável pela vulnerabilidade com que a psicanálise, muitas vezes, se coloca frente aos ataques. Buscamos utilizar, na pesquisa, a psicanálise como um método investigativo, em ação, por ser o que melhor pode apreender as sutilezas do tema a ser abordado.

O material envolvido na realização do estudo, portanto, é principalmente o material bibliográfico publicado por psicanalistas dedicados direta ou indiretamente ao estudo do tema. Considerando a vinculação teórica do estudo com o método psicanalítico, não poderíamos deixar de listar como material imprescindível a produção de Sigmund Freud que possa se referir ao tema (objeto) ou que possa auxiliar-nos na compreensão das questões relacionadas com o mesmo, além do trabalho de outros psicanalistas, inclusive contemporâneos.

Para pensar uma metodologia de investigação na pesquisa, devemos ter em mente que o objeto da pesquisa em questão refere-se às relações entre as narrativas fantásticas e o fantasiar de adultos hospitalizados.

A pesquisa será realizada a partir de um estudo bibliográfico do tema e de uma inserção prática em campo, através de coleta de dados em uma instituição específica.

O estudo bibliográfico do tema deve permitir dois movimentos: primeiro, uma coleta de informações na literatura científica já existente que permita a visualização de quais sejam os efeitos provocados, em adultos, pelo contato com as histórias fantásticas; segundo,

uma pesquisa teórica que permita a compreensão dos mecanismos psíquicos implicados na manifestação destes efeitos, especialmente no sentido da influência benéfica que supomos estar presente neste processo.

Considerando que já existe um vínculo da autora com a instituição da Santa Casa de Misericórdia de Assis, pensamos neste local para a realização da pesquisa proposta.

O procedimento para a coleta dos dados consiste numa entrevista, durante a qual inserimos o que chamamos uma “sessão de histórias”, apresentando o paciente ao mundo das narrativas fantástico-maravilhosas. A entrevista com o referido paciente nos esclarece sobre suas reações diante da história.

Levando-se em conta a problemática estudada, consideramos relevante a delimitação dos sujeitos apenas no que se refere à faixa etária e às possibilidades físico-psíquicas de se envolverem com o processo narrativo da pesquisa. Os demais fatores (motivo e duração da internação, por exemplo) foram considerados analiticamente no processo de avaliação dos dados coletados. Os participantes são, portanto, os pacientes internados na referida instituição, abrangendo pessoas de ambos os sexos nos setores de internação de adultos, na faixa etária de 18 a 60 anos.

A “Sessão de histórias”, citada como procedimento metodológico, justifica-se pela necessidade de, primeiro, existir uma segurança efetiva quanto ao contato do sujeito com os contos fantásticos. Segundo, como tentativa de sistematização do fenômeno estudado. Dada a dificuldade de observar e analisar um processo psíquico e afetivo humano, no caso o contato com uma história, nos defrontamos com o desafio de desenvolver estratégias que nos possibilitassem encarar o fenômeno de forma privilegiada, para além de suas ocorrências cotidianas, de impossível apreensão. Assim, a seleção e apresentação de um conto específico trouxeram uma relativa padronização da situação de aplicação da pesquisa. Pensar na própria pesquisadora como responsável por contar as histórias remete ao reconhecimento da integração pesquisador-pesquisado, postulada tanto pelas novas formas de fazer pesquisa como pela própria psicanálise.

É preciso destacar, entretanto, que a inserção da chamada “Sessão de Histórias” impõe uma inovação na entrevista. Contar uma história ao paciente enquanto conversamos com ele provoca uma forma diferenciada de reação à entrevista, em comparação com as entrevistas aplicadas tradicionalmente. Estrutura-se aqui uma “ENTREVISTA MEDIADA PELA NARRAÇÃO DE UMA HISTÓRIA”. Algumas observações teóricas e práticas a esse respeito serão feitas mais adiante, pois a análise das entrevistas é que nos apresentará os resultados dessa inovação.

É recorrente, na história da psicanálise, o desenvolvimento de modificações de procedimentos e técnicas já existentes. Um exemplo dessas inovações é o surgimento do “Procedimento de Desenho-Estórias”, de Walter Trinca (1987). Seu objetivo não era a elaboração de um teste, mas suprir a escassez de experiências que aliassem histórias e testes gráficos. No nosso caso, o objetivo não foi o desenvolvimento de um novo instrumento. A utilização da história foi a forma escolhida para promover a observação e apreensão do fenômeno a ser estudado.

As entrevistas, incluindo a Sessão de Histórias, foram gravadas. Decidimos pela realização de 10 entrevistas, considerando serem suficientes para as finalidades da pesquisa. Tivemos apenas um encontro, ou seja, uma entrevista, com cada paciente em razão da relativamente curta permanência dos pacientes internados, o que impediria outros contatos.

Aqui, a definição do instrumento da entrevista segue as referências impostas pela abordagem psicanalítica descrita anteriormente. Em primeiro lugar, aceitamos a circulação de afetos entre os envolvidos, através dos fenômenos transferenciais e contratransferenciais. Em segundo lugar, permitimos ao entrevistado se colocar no lugar de contador, narrando a história de seus próprios sentimentos. A entrevista realizada desta forma leva os envolvidos (entrevistador-entrevistado) a se assumirem como sujeitos de suas práticas e histórias, assim como a mútua percepção de ambas. José Bleger descreve os tipos de entrevista psicológica, que podem ser aberta ou fechada. A entrevista aberta dá ao entrevistador flexibilidade em suas intervenções, esta flexibilidade fica ainda mais ampla quando o autor diz:

[...] a liberdade do entrevistador, no caso da entrevista aberta, reside numa flexibilidade suficiente para permitir, na medida do possível, que o entrevistado configure o campo da entrevista segundo sua estrutura psicológica particular, ou — dito de outra maneira — que o campo da entrevista se configure, o máximo possível, pelas variáveis que dependem da personalidade do entrevistado. (BLEGER, 1998, p. 3)

Pensando a entrevista dessa forma, definimos as entrevistas realizadas nesta pesquisa como abertas, permitindo um aprofundamento das características do entrevistado e com a atenção voltada às suas demandas. Apesar disso, três indagações permearam as perguntas feitas aos pacientes, que foram: “*O que o paciente achou da história?*”, buscando entender a apreensão da história feita pelo entrevistado; “*O que o paciente achou da experiência, de me ouvir contar a história?*”, pergunta que explicitaria qualquer reação negativa ou positiva em relação à experiência de ouvir uma história e, principalmente, à experiência de ouvi-la durante a entrevista no hospital; “*Qual o contato anterior do paciente*

com as histórias?”, pretendendo colher dados sobre os contatos anteriores dos pacientes com as histórias, já que essas informações poderiam ser significativas para a compreensão dos dados gerais.

O próximo capítulo apresentará, além de uma contextualização do ambiente hospitalar, as análises das entrevistas, realizadas segundo a metodologia que acabamos de descrever.

5. NO HOSPITAL

Antes de qualquer análise que se pretenda fazer das informações obtidas durante as entrevistas, é imprescindível buscar uma compreensão mínima do contexto em que se desenrolaram essas entrevistas. Dois percursos, de forma alguma considerados independentes, se fazem necessários: primeiro uma breve revisão histórica que nos permita pensar como se constituiu o hospital de hoje; depois, uma exposição, ainda que superficial, da estrutura e da dinâmica que caracterizam, em particular, a Santa Casa de Misericórdia de Assis.

Encontramos referências sobre a origem histórica das instituições hospitalares em diversos autores (MESGRAVIS, 1976; ANTUNES, 1991; CAMPOS, 1995). Em uma interessante retomada histórica, José L. F. Antunes (1991) nos aponta as principais práticas relacionadas à cura dos enfermos no período da antiguidade. Na Grécia destaca-se o culto a Asclépio, cujos templos eram chamados *Asklepieion*. Nesses templos os doentes eram recebidos e, durante o sono, entidades divinas lhes orientavam sobre os procedimentos para obtenção da cura.

Antunes relata, ainda em relação ao mito de Asclépio, a competição entre suas duas filhas: Higéia e Panacéia. À primeira se atribuíam a manutenção da saúde; à segunda, a cura das enfermidades. O autor destaca a utilização, por parte de Landmann (apud ANTUNES, 1991), dessa competição enquanto alegoria para o funcionamento do sistema de saúde no Brasil, em que a medicina assistencial e curativa (Panacéia) prevalece sobre a higiene e a medicina preventiva (Higéia). Antunes opina que essa atribuição de valor se deve ao fato de que o impacto da cura é maior: um doente que foi curado demonstra muito mais gratidão, e se mostra mais disposto a pagar pelos serviços que lhe foram prestados.

No Império Romano, os doentes recebiam cuidados médicos preferencialmente em suas casas. Para aqueles que não podiam dispor desse tratamento específico (militares em campanha, gladiadores, servos) foram criados os *Valetudinaria*, que podem ser consideradas as primeiras instituições médicas destinadas ao abrigo e cuidado dos doentes. Ainda assim, era considerado um tratamento inferior ao ministrado em casa.

Embasados no princípio da caridade cristã, surgem estabelecimentos destinados à “assistência aos desvalidos”, servindo de abrigos para idosos, órfãos, viajantes, doentes, etc. Entre esses estabelecimentos destacam-se os chamados *Xenodochia* e *Nosocomia*, que progressivamente tornaram-se responsáveis pelo tratamento, principalmente, dos doentes. É

importante destacar que, estando vinculados à ideologia cristã, estes estabelecimentos acreditavam que as doenças eram castigos divinos. A cura, portanto, era buscada através de arrependimento e orações, mais do que de medicamentos.

A forma de atuação que caracterizou estes estabelecimentos, no que se refere à atenção à lepra e à peste, foi marcada pela exclusão e pelo controle social. As concepções acerca do leproso, fortemente influenciadas pela Igreja, contribuíram para a constituição do modelo binário de valores na doença: puro-impuro, normal-anormal, perigoso-inofensivo. Leprosários (estabelecimentos para os leprosos) e lazaretos (estabelecimentos para a peste) inauguraram muitos dos procedimentos institucionais que vemos utilizados hoje frente às doenças, como, por exemplo, a “quarentena”.

À medida que o cristianismo ganha força e se expande, essas instituições também se espalham, transformando-se nas mais importantes entidades de cuidado aos doentes. A partir do momento em que a força da Igreja começa a declinar, a responsabilidade pelos “hospitais” passa para a iniciativa leiga (não religiosa) e para o controle do Estado.

Durante a Idade Moderna, os hospitais ainda não estavam vinculados à prática da medicina. Apenas paulatinamente o atendimento aos doentes adquire prioridade. É quando o interesse dos médicos (até então atuando de forma independente) volta-se para os hospitais que estes se firmam como espaço destinado a curar (ANTUNES, 1991).

Os estudos de Michel Foucault (2004) a respeito do surgimento do pensamento clínico, conforme o concebemos ainda hoje, contribuem para a compreensão da convergência dos saberes médico e hospitalar. No século XVIII, a doença é compreendida no sentido de uma classificação “essencial” (busca-se a essência da doença), o hospital, com suas múltiplas interferências, não seria um ambiente em que a doença pudesse ser percebida em sua forma “pura”, apenas o ambiente familiar ofereceria essa possibilidade. Na passagem para o século XIX, surge a compreensão “anatomoclínica” da doença, à qual são atribuídas, estatisticamente, características disseminadas pelo corpo, em um conjunto de deformações. Como coloca Antunes (1991), o hospital, através de um disciplinamento, torna-se o local ideal para inserir e agir sobre os doentes.

Foucault ainda aponta que os hospitais representariam uma ligação contratual entre ricos e pobres. Estes receberiam, gratuitamente, ajuda em seu sofrimento, enquanto os ricos se beneficiariam do conhecimento acerca das doenças. Segundo Foucault (2004, p. 92), “pagando para tratá-los, pagará de fato, inclusive, para que se conheçam melhor as doenças que podem também afetá-lo; o que é benevolência com respeito ao pobre se transforma em conhecimento aplicável ao rico”.

As explanações de Foucault nos levam a pensar criticamente nossa ocupação do espaço hospitalar, na medida em que representa o comprometimento com a produção de um saber. Cabem as questões “para quê” e, principalmente, “para quem” estamos no hospital. Não pretendemos responder definitivamente essas questões, já que a manutenção de um questionamento sobre nossas práticas é a garantia de um compromisso ético. Entretanto, nosso histórico de atuação junto aos pacientes hospitalizados nos autoriza a reafirmar, em primeiro lugar, a percepção da necessidade de um acompanhamento psicológico desses pacientes; em segundo lugar, a importância não só de um aproveitamento futuro dos conhecimentos adquiridos a partir dessa prática, mas também um aproveitamento no presente, para os próprios pacientes que participam da construção desses conhecimentos.

Esta exposição buscou esclarecer as origens do hospital contemporâneo. Pudemos nos referir, brevemente, às circunstâncias que definiram como elementos do hospital de hoje: o domínio do saber médico; o isolamento/afastamento da sociedade; a submissão/perda da cidadania do doente; etc.

As consequências da construção desse espaço, com base em tais elementos, são descritas e debatidas por autores que realizaram estudos recentes tratando da questão hospitalar.

O aspecto organizacional do aparelho hospitalar é discutido por Feuerwerker e Cecílio (2007), que dedicam-se a pensar possibilidades de gestão hospitalar que levem em conta as necessidades atuais do setor e sua crescente importância como espaço de formação dos profissionais da saúde. Vecina Neto e Malik (2007) apontam as tendências para a assistência hospitalar no século XXI. Frente aos desafios apresentados, esses autores destacam a integração dos setores público e privado como um dos passos obrigatórios para o aprimoramento do serviço.

No dia-a-dia do funcionamento hospitalar, os enfermeiros, profissionais que lidam constantemente com o doente, exemplificam o desafio de suportar a carga de tensão inerente ao processo de hospitalização. O desenvolvimento de estratégias de gestão da informação é uma das soluções para enfrentar as exigências da profissão, assim descritas por Pinho, Abrahão e Ferreira (2003, p. 170): “O custo psíquico do trabalho aparece estreitamente relacionado ao estado dos doentes, à necessidade de gerir os conflitos de prioridade e à complexa relação interpessoal a ser gerenciada pelos enfermeiros, visando atender às demandas dos doentes.”

Os médicos, por outro lado, sofrem pressão institucional para dar conta de uma demanda cada vez maior, o que impossibilita um olhar atento ao indivíduo. Configura-se,

então, um esquema ritualístico de atendimento emergencial, priorizando uma produtividade que consiste, basicamente, no maior número de atendimentos gastando a menor quantidade de tempo (MÁXIMO; BOSI, 2006).

Essa realidade está relacionada a um determinado modelo de estudo do homem, adotada nas práticas de saúde, e descrita por Sebastiani e Maia:

Os modelos de estudos do fenômeno humano passam a valorizar cada vez mais, uma visão atomista/reducionista, que, se por um lado favorece o aprofundamento do conhecimento, por outro dificulta, cada vez mais, ao profissional da saúde, compreender o homem numa dimensão multifatorial e multicausal na sua relação evolutiva com os processos de vida e existência, dificultando assim, a visão global do indivíduo, e por consequência, a forma de se compreender e intervir por sobre o binômio saúde-doença. (SEBASTIANI; MAIA, 2005, p. 51)

Outras áreas de conhecimento, entre elas a Psicologia, surgiriam como contribuição na tentativa de alcançar essa “visão global” do indivíduo. Entretanto, as propostas interdisciplinares precisam ser constantemente reavaliadas, como podemos concluir das observações de Máximo e Bosi. As autoras realizaram uma pesquisa buscando compreender a percepção dos médicos com relação à atividade dos profissionais de Saúde Mental (psicólogos, psiquiatras). Alguns depoimentos colhidos junto aos médicos revelaram a possibilidade de trabalho conjunto entre os profissionais de diferentes áreas. Em outros relatos, entretanto, essas autoras detectam a transferência de responsabilidade para psicólogos e psiquiatras, configurando um “descarte” dos pacientes que exigem cuidado com relação ao psíquico, ou com os quais os médicos “não sabem o que fazer” (MÁXIMO; BOSI, 2006).

O diálogo interdisciplinar é um desafio, na medida em que são exigidas, dos psicólogos, condutas específicas e apresentação de resultados (TONETTO; GOMES, 2007).

Algumas dificuldades podem ser atribuídas à relativa indefinição da psicologia hospitalar, que ainda está se consolidando. Com base em pesquisa com psicólogos atuando em hospitais do Rio Grande do Norte, Yamamoto e Cunha (1998) discutem a focalização do campo da psicologia hospitalar enquanto campo separado, questionando se não seria mais adequada uma classificação como vertente de ação no campo da saúde.

As novas demandas com relação à organização hospitalar colocam em pauta projetos de atendimento diferenciado aos pacientes. Convocados a ocupar o ambiente hospitalar, psicólogos desenvolvem modelos de atendimento mais voltados ao perfil clínico clássico, como fazem Moreira e Pamplona (2006), ou utilizam outras modalidades terapêuticas, como a arteterapia no campo da oncologia, descrito por Vasconcellos e Giglio

(2007). Não só os psicólogos participam deste processo, como exemplifica o trabalho de estudantes de enfermagem em Ribeirão Preto utilizando o palhaço (teatro *clown*), já bem sucedido em outras experiências (FRANÇANI et al. 1998).

As políticas públicas para a área da saúde, elaboradas em ressonância com essa realidade, anunciam-se como possibilidades de melhora na qualidade deste atendimento. Uma das medidas é o “PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR”, instituído pelo Ministério da Saúde.

Maiores detalhes no que se refere às questões despertadas pelo ambiente hospitalar serão discutidas na análise das entrevistas, na medida em que estas colocam no cenário prático as questões até agora apresentadas.

No que se refere ao percurso histórico da instituição do atendimento hospitalar no Brasil, o modelo foi importado de Portugal. A colonização portuguesa foi responsável pela instalação das primeiras instituições hospitalares no Brasil, seguindo o modelo da “Ordem das Santas Casas de Misericórdia”, transplantado de Lisboa (MESGRAVIS, 1976; CAMPOS, 1995). A exemplo do que ocorreu na Europa, a “Misericórdia” do Brasil também tinha, originalmente, a função de prestar assistência nas mais diferentes áreas, tratando dos enfermos, cuidando dos presos, socorrendo os necessitados e amparando os órfãos.

A Santa Casa de Misericórdia de Assis é herdeira dessas instituições, também tendo passado por transformações históricas. Sua construção teve início em dezembro de 1919. Atualmente, atende à clientela do SUS, convênios e particulares. Alguns dados esclarecem a frequência e o tipo de atendimentos prestados⁷:

- 266 funcionários, dos quais mais de 110 são da área de enfermagem;
- 112 leitos;
- Internações Hospitalares: 7.018;
- 364 partos normais e 589 cesarianas;
- Cirurgias de Grande Porte: 696;
- Cirurgias de Médio Porte: 1.259;
- Cirurgias de Pequeno Porte: 1.016;
- Atendimentos ambulatoriais: 36.384.

⁷ As informações sobre a Santa Casa de Misericórdia de Assis foram obtidas a partir de material fornecido pela instituição. Os dados estatísticos têm como fonte o SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística) e são referentes à produção de 2006.

Segundo dados da instituição, existem comissões de trabalho multiprofissionais. Embora não conte com a assistência de Psicólogo Hospitalar, a instituição abriga projetos voltados para uma perspectiva de Humanização Hospitalar: *Brinquedoteca Móvel* e *Murucututu – Contadores de História no Hospital*, realizados em parceria com a UNESP/Assis.

Nesta pesquisa, percorremos as seguintes enfermarias:

Denominação	Tipo de Clínica	Número de Leitos
PSVP (Pavilhão São Vicente de Paula)	Clínica Médica Masculina	11
PCL (Pavilhão Catarina Laboret)	Clínica Médica e Cirúrgica Feminina	15
PSJI (Pavilhão São José I)	Clínica Cirúrgica Masculina	18

Depois de localizar a organização da Santa Casa de Misericórdia de Assis, passaremos agora a uma exposição das entrevistas, abordando a forma como ocorreram, quem foram os participantes e o que proporcionaram em termos de dados para análise.

5.1. AS ENTREVISTAS

Foram realizadas 10 entrevistas. Em algumas delas contamos com a participação de mais de uma pessoa, fazendo com que esse número não corresponda necessariamente ao de pessoas entrevistadas. Buscando nos ater à ambientação cotidiana dos pacientes internados, fizemos entrevistas com os pacientes no próprio leito, caracterizando uma composição de *setting* semelhante à descrita por Elaine de Souza (2000), sem as quatro paredes do consultório, sem horário predeterminado, sem divã.

Quando foi possível, conversamos com pacientes sozinhos, mas quando haviam mais leitos ocupados (desde que atendessem aos critérios de classificação etária), conversamos com todos os pacientes, resultando num modelo de entrevista com até três pacientes. A tentativa de acolher, da forma mais próxima, o cotidiano do paciente entrevistado

fez com que surgissem como participantes da entrevista, também, acompanhantes e enfermeiros.

Apenas um paciente recusou-se a participar da entrevista.

A seguir elaboramos uma breve apresentação das entrevistas realizadas.

ENTREVISTA 1:

A entrevista 1 foi realizada em um dos quartos do Pavilhão Catarina Laboret (feminino). Os quatro leitos estavam ocupados, uma das pacientes com acompanhante.

Conversei com a *paciente 1*⁸, de trinta e três anos, com quatro filhos, internada há dois dias na Santa Casa, em razão de um corte no braço⁹. Quando perguntada sobre o corte, disse que “uma pessoa” a furou com um caco de garrafa, durante uma briga.

A paciente do leito ao lado, oculta por um biombo, estava recebendo cuidados da enfermeira, o que gerou algum barulho.

A paciente 1 acompanhou a história sem fazer comentários, apenas com um ocasional “hum-hum” de concordância. Sua primeira reação foi de choque, mas ao longo da entrevista manifestou curiosidade em relação ao “rosto” do personagem. Embora fosse difícil fazê-la falar, ela contou sobre seus filhos e o contato anterior com histórias.

ENTREVISTA 2:

A entrevista 2 também foi realizada no Pavilhão Catarina Laboret. Embora houvesse dois leitos, apenas um estava ocupado. Antes do contato comigo, a *paciente 2* recebeu visitas.

Com trinta e cinco anos, a paciente estava na Santa Casa há um dia, após ter sofrido um acidente de carro. Separada, com dois filhos que moram com o pai em outra cidade, e vêm vê-la a cada dois meses.

A conversa foi difícil, elementos transferenciais e contratransferenciais surgiram intensamente. A temática abordada na história contada — qual seria o rosto do Guerreiro — estava intimamente relacionada com as questões subjetivas da paciente naquele momento. Mais detalhes serão apresentados na análise da entrevista 2.

⁸ Não é nossa intenção marcar o entrevistado na condição de “paciente”, ou designá-lo por números. Entretanto, consideramos que a utilização de nomes fictícios pressupõe, sempre, por parte do pesquisador, uma intenção. Assim, nos abstermos de “escolher” nomes para os entrevistados, preferindo a designação “paciente X”.

⁹ Optamos por recolher do paciente as informações sobre sua internação, permitindo conhecer as concepções do próprio paciente a respeito de seu estado de saúde.

ENTREVISTA 3:

Realizada em quarto masculino (Pavilhão São José I), com os três leitos ocupados e duas acompanhantes.

Ao entrar no quarto, os dois pacientes mais jovens estavam acordados, enquanto um terceiro paciente, mais velho, parecia dormir. Conversei, então, com os pacientes que estavam acordados, recebendo deles a autorização para fazer a entrevista. Mais tarde, o paciente que parecia dormir se manifestou, dando sua opinião sobre a história, e recolhi também a sua autorização para publicar suas declarações.

O *paciente 3* tinha vinte e seis anos, era casado, e estava internado na Santa Casa há uma semana. Tinha sofrido um acidente de moto há dezoito dias, estando internado em outro hospital antes da Santa Casa.

O *paciente 4*, de vinte e nove anos, rompeu o tendão de Aquiles jogando futebol. Estava internado desde o dia anterior e esperava realizar a cirurgia por volta do horário em que ocorreu a entrevista. Noivo, tanto ele como o paciente 3 não tinham filhos.

O *paciente 5*, que parecia estar dormindo, era um senhor de sessenta anos, casado, com dois filhos e três netos. Internado naquele mesmo dia, entre idas e vindas anteriores, para a cirurgia que tinha realizado durante a manhã.

Inicialmente, a conversa ficou centrada nos dois primeiros pacientes. Contei a história voltada para os dois, que pareciam mais reservados. Quando o paciente 5 passou a participar, houve uma descontração.

Quando eu estava saindo, todos agradeceram, especialmente o paciente 5, que parecia muito satisfeito pela conversa.

Embora essa entrevista tenha sido realizada com três pacientes, percebi que não houve muita troca entre eles. Os pacientes 3 e 4 estavam mais calados, um esperando que o outro falasse comigo, mantendo opiniões e falas mais ou menos idênticas. Quando o paciente 5 falou, ele passou a dominar a conversa, embora se interessasse pela participação dos outros pacientes.

Sobressaíram como conteúdos, a curiosidade da personagem feminina e sua relação com o histórico da doença do paciente 5.

ENTREVISTA 4:

Realizada em quarto masculino (Pavilhão São Vicente de Paula). Conversei com apenas um paciente, embora o leito ao lado também estivesse ocupado. Quando me

aproximei, o paciente parecia sozinho, mas, depois de iniciada a entrevista, surgiu a esposa dele, que estava como acompanhante.

Antes de começar a entrevista conversei um pouco com os dois pacientes do quarto, embora eu fosse entrevistar apenas um deles. Pareciam bastante entrosados, e discutiam uma passagem bíblica quando entrei.

O *paciente 6* tinha cinquenta e quatro anos, ele e a esposa têm quatro filhos. O paciente estava internado há quatro dias, parecia não ter certeza com relação ao seu diagnóstico de doença, apenas relatou alguns sintomas.

Conversei, primeiramente, com o paciente 6, mas sua esposa foi quem dominou a entrevista, denunciando a dinâmica do casal naquele momento.

Esta foi a mais longa das entrevistas. A esposa do paciente 6 abordou muitos aspectos da história, apresentando seus pontos de vista e dando “lições de vida”.

ENTREVISTA 5:

Realizada em quarto feminino (Pavilhão Catarina Laboret). A paciente com quem conversei estava acompanhada e no quarto havia outro leito, ocupado por uma senhora idosa, também acompanhada.

Antes da entrevista, houve um pequeno incidente, através do qual pude perceber as razões da ansiedade da paciente em relação à cirurgia que ela esperava realizar. Ela já tinha passado por uma cirurgia na perna, que não foi eficaz — segundo a paciente, “ficou torta” — o médico que se responsabilizaria pela intervenção era o mesmo que, anteriormente, tinha realizado a cirurgia incorreta.

A *paciente 7*, uma jovem de vinte anos, solteira, havia ingressado naquele dia na Santa Casa para refazer — como já dissemos, já tinha sido feita de forma incorreta anteriormente — a cirurgia realizada após um acidente de carro.

Embora a paciente se disponibilizasse a participar da pesquisa, estava difícil estabelecer um diálogo com ela. Às vezes não respondia, mexia a perna, dizia sentir dor. A perna estava sendo colocada em posição de destaque, essa preocupação revelava seu medo em relação à cirurgia — também verbalizado durante a conversa — e tornava sua dificuldade de falar tão intensa.

Depois de encerrar a entrevista, a paciente idosa do leito ao lado começou a se agitar. A acompanhante, que parecia irritada, e dizia que a paciente não podia se mexer, queria conversar. Depois que eu respondi à sua pergunta sobre o que eu fazia, dizendo que era

psicóloga, ela esperava que eu pudesse controlar a paciente. Conversei um pouco com elas, antes de sair.

ENTREVISTA 6:

Esta entrevista foi realizada num quarto do Pavilhão São Vicente de Paula. O leito ao lado do paciente entrevistado também estava ocupado, inclusive com uma acompanhante. O outro paciente e sua acompanhante conversavam muito, e alto.

O *paciente 8* estava internado há seis dias, por “problemas no pâncreas”, tinha cinquenta e seis anos e era casado. Disse ter dois filhos, mas não mantinha contato com eles. Seus filhos “de consideração” eram os filhos e netos da esposa. A conversa revelou a preocupação deste paciente com a família, como pode ser mais bem observado na análise, realizada separadamente, desta entrevista.

ENTREVISTA 7:

Realizada em quarto masculino (Pavilhão São José I). O paciente estava sozinho no quarto, apenas com sua acompanhante (a avó) e a acompanhante de outro paciente, que havia sido levado para cirurgia.

O *paciente 9*, de vinte anos, estava internado desde a madrugada do dia anterior. Sofreu um acidente de moto, o outro envolvido também tinha sido internado na Santa Casa, mas, com um estado menos grave, já tinha saído.

Enquanto eu contava a história, o paciente permaneceu calado, apenas com “hum” de vez em quando. Nos trechos finais da história, ele fez comentários como “vixe”, e parecia ansioso com o possível fim, dizendo: “morreu...”.

A conversa revelou as opiniões do paciente em relação aos conflitos dos personagens, apresentando também seus contatos anteriores com histórias.

Depois de encerrar a entrevista, ainda conversei um pouco com o paciente e sua avó. Ela queria saber minha opinião sobre a causa da insônia de que ela sofria há vinte anos, sendo tratada por um psiquiatra através de medicamentos. Depois que conversei um pouco com ela, também o paciente conversou mais comigo, dizendo que estava com dor, e até mostrando o grave ferimento nas suas costas. No dia seguinte, ele passou por cirurgia.

ENTREVISTA 8:

Realizada em quarto do Pavilhão Catarina Laboret. Os dois leitos do quarto estavam ocupados, ambas as pacientes com acompanhantes.

A *paciente 10*, solteira, vinte e um anos, havia sido internada na manhã daquele dia, e esperava uma cirurgia (hipertireodismo), para a qual dizia estar tranqüila.

A *paciente 11* estava internada há dois dias, mas já tinha passado por um período de internação de uma semana, antes de realizar operação e retornar à Santa Casa. Era casada e tinha uma filha de oito anos.

As duas ouviram a história. No momento em que eu contava que o Guerreiro tinha outra máscara por trás daquela de bronze, a *paciente 10* interferiu, dizendo bem-humoradamente: “De ouro, dessa vez!”, e riu quando eu disse que não.

A *paciente 10* estava mais disposta, manifestou-se mais em relação à história, relatando seu espanto e curiosidade. Já a *paciente 11* contou sobre sua relação com a filha, e as histórias contadas entre as duas.

As acompanhantes também tiveram marcante participação. A acompanhante da *paciente 11* confirmando detalhes do processo de internação, a da *paciente 10* fazendo brincadeiras, e estimulando sua interação.

As duas pacientes disseram ter gostado da experiência.

Desliguei o gravador, mas ainda conversei um pouco com a *paciente 10*. A *paciente 11* estava cansada, talvez por isso não tenha participado tanto da entrevista. Mas a *paciente 10*, ao contrário, parecia muito aberta e comunicativa. Contou-me sobre a sua faculdade, manifestando sua discordância com os colegas de curso, que pareciam não se adequar à realidade das exigências da profissão que haviam escolhido. Também me contou sobre sua vida, dizendo que era de outra cidade, e aproveitou para me contar uma história popular da sua cidade de origem, comentando que era a vez dela me contar uma história.

No dia seguinte, a *paciente 11* já tinha saído do hospital, e a *paciente 10* tinha passado pela cirurgia, estando mais abatida.

ENTREVISTA 9:

Realizada em quarto feminino (Pavilhão Catarina Laboret). Conversei com duas pacientes, mas haviam dois outros leitos ocupados, e uma acompanhante de outra paciente.

Ao contrário da entrevista 3 e, de certa forma, da entrevista 8, as pacientes desta entrevista interagiram bastante, trocando suas impressões e construindo opiniões.

A *paciente 12*, de trinta e três anos, casada, com duas filhas e a *paciente 13*, de quarenta anos, solteira, sem filhos, chegaram praticamente juntas na manhã daquele dia. A

paciente 12 iria realizar uma cirurgia. A paciente 13 não quis revelar a razão de sua internação, dizendo que “não sabia falar o nome certinho”.

As duas acharam a história interessante, manifestando sua curiosidade em relação ao rosto do Guerreiro. O contato com histórias infantis fazia parte da vida das duas, fosse através das filhas ou através de irmãos e sobrinhos.

ENTREVISTA 10:

Realizada em quarto masculino (Pavilhão São José I). Conversei com apenas um paciente, mas o quarto estava movimentado, com outro paciente, dois acompanhantes (um deles era a esposa do paciente com quem conversei), e outro paciente sendo levado para um leito vazio. O paciente comentou que era funcionário da UNESP.

O *paciente 14*, de trinta e dois anos, internado há um dia, tinha passado por cirurgia (Hérnia no umbigo). Tinha três filhos de casamento anterior, e outro com a atual esposa, todos morando com ele.

Contei a história para o paciente. Enquanto isso, uma enfermeira estava trocando os lençóis do leito vazio. Percebi que ela demorou bastante no processo. Depois que terminei a história, o paciente ficou em silêncio.

O paciente parecia ter dificuldade em expressar-se, e a enfermeira passou a participar da entrevista, fazendo perguntas, opinando e, em consequência, facilitando a participação do paciente.

Surgiram questões em torno da história, como o conflito entre ver o rosto ou ter o coração, a curiosidade, os riscos de manter segredos. O paciente também contribuiu relatando seu contato anterior com histórias, como as que sua avó contava.

O paciente e sua esposa disseram ter gostado da entrevista. Através de brincadeiras, sugeriram que eu voltasse no dia seguinte.

Com o objetivo de facilitar a visualização dos dados das entrevistas, elaboramos o seguinte esquema:

Paciente	Sexo	Idade	Estado Civil	Filhos	Motivo da Internação	Tempo de Internação
1	Feminino	33 anos	-	4 filhos	Corte no braço	2 dias
2	Feminino	35 anos	Separada	2 filhos	Acidente de carro	1 dia

3	Masculino	26 anos	Casado	Sem filhos	Acidente de moto	1 semana
4	Masculino	29 anos	Noivo	Sem filhos	Rompimento do tendão de Aquiles	1 dia
5	Masculino	60 anos	Casado	2 filhos	Cirurgia - hemorróida	1 dia
6	Masculino	54 anos	Casado	4 filhos	Sem diagnóstico (hipertensão, tontura, etc.)	4 dias
7	Feminino	20 anos	Solteira	-	Acidente de carro (perna e tornozelo quebrados)	1 dia
8	Masculino	56 anos	Casado	2 filhos	“Problema no Pâncreas”	6 dias
9	Masculino	20 anos	-	-	Acidente de moto	1 dia
10	Feminino	21 anos	Solteira	Sem filhos	Operação (Hipertireodismo)	1 dia
11	Feminino	28 anos	Casada	1 filha	Acúmulo de “pus”	2 dias
12	Feminino	33 anos	Casada	2 filhas	? - Retirar material da clavícula	1 dia
13	Feminino	40 anos	Solteira	Sem filhos	Não sabia o nome do que tinha/não quis falar	1 dia
14	Masculino	32 anos	Casado	4 filhos	“Hérnia no umbigo”	1 dia

Com base nos dados proporcionados pelos pacientes entrevistados, podemos destacar que o motivo e o tempo médio de internação dos pacientes caracterizam, em sua maioria, um estado de menor gravidade. Os dados da Santa Casa sobre realizações de cirurgias confirmam a predominância de cirurgias de pequeno e médio porte.

Analisando os fatores que interferem na vivência da hospitalização, entre crianças, Heloisa Chiattonne (2003) destaca a importância de considerar a duração da internação e a natureza da doença. Segundo esta autora: “Após aproximadamente 14 dias de internação as crianças passam a apresentar uma grande apreensão e muita ansiedade quanto a sua melhora física. Este seria, considerando as diferenças individuais, o prazo máximo para a hospitalização de crianças” (CHIATTONE, 2003, p. 41).

Transpondo essas observações para o contexto da hospitalização de adultos, podemos considerar que nossos entrevistados, excetuando alguns casos, encontram-se em posição relativamente confortável com relação à duração da internação. A natureza das doenças também não invoca diretamente o risco de morte do paciente. Temos que considerar, portanto, as situações específicas vivenciadas pelos pacientes, procurando compreender sua

forma de enfrentamento da hospitalização e os elementos inconscientes envolvidos neste processo.

Essa compreensão será buscada através da análise das entrevistas, realizadas separadamente ou em conjunto. Iniciaremos pela apresentação das entrevistas analisadas individualmente, em seguida aparecem as análises realizadas por temas.

5.2. QUE SENTIDO TEM?

Esta entrevista foi realizada em quarto de internação feminino. Havia outro leito ao lado, mas apenas a paciente estava ocupando o quarto. Ao passar por lá, anteriormente, vi que a paciente estava recebendo visitas, então esperei para conversar num momento em que ela estivesse sozinha.

Acho pertinente descrever as condições do quarto, já que o ambiente interfere nas condições do paciente, inclusive durante a entrevista. Trata-se de um quarto com apenas uma porta, que geralmente fica fechada e está voltada para o corredor comum do hospital. O quarto conta, também, com duas outras passagens, uma voltada para o outro setor de internação feminina, em que encontramos o posto da enfermagem, e outra voltada para um outro quarto feminino, com três leitos. Isso significa que a passagem pelo quarto da paciente é obrigatória, quando se quer chegar ao quarto em que ficam os três leitos. Vemos, dessa forma, como fica difícil manter a individualidade e a privacidade nesse ambiente.

Aproximei-me do leito da paciente, cumprimentando-a e me apresentando. Expliquei porque eu estava ali e perguntei se ela gostaria de participar da pesquisa, através da entrevista gravada. Ela parecia bastante cansada, mas concordou com a entrevista. Depois que ela assinou o Termo de Consentimento, liguei o gravador e começamos a conversar.

A paciente, que chamaremos de *paciente 2*, de trinta e cinco anos de idade, estava internada desde a noite do dia anterior ao da pesquisa. Ela havia sofrido um acidente de carro, em frente à UNESP.

Essa coincidência pode ter sido significativa para o decorrer de nossa conversa. O fato de seu acidente ter acontecido justamente em frente à instituição à qual eu estava ligada pode ter sido determinante para as primeiras emoções da paciente 2 em relação a mim. O tom dela era de quem não estava preocupada. Parecia não querer dar importância ao que tinha acontecido ou ao que eu perguntava. Apenas respondia, sem entonações emotivas. Talvez, já

nesse momento, estivesse estabelecida uma transferência negativa em relação a mim. A ligação da UNESP e, por extensão, a minha ligação com o acidente sofrido, leva a uma percepção de mim enquanto “objeto mau”, responsável por sua dor. Estando a situação sob a influência da transferência negativa, a paciente 2 irá empregar, em nossa relação, os mesmos métodos utilizados por ela para lidar com conflitos e ansiedades anteriores (KLEIN, 1952).

Depois de perguntar sobre o motivo da internação, perguntei sobre seu estado civil e se tinha filhos, ao que ela respondeu que era separada e que tinha um casal de filhos, de quinze e quatorze anos. Nesse momento, percebi que ela fazia esforço para falar comigo, fazendo pequenas caretas e se acomodando melhor na cama. Expliquei que se ela estivesse com sono, ou com dor, poderia me falar, mas ela disse que não estava.

Perguntei se ela queria ouvir uma história, explicando que fazia parte do estudo. Com um tom de tolerância, ela disse que eu podia contar. Não houve nenhum comentário por parte da paciente 2, enquanto eu narrava o conto. Em alguns momentos ela fechava um pouco os olhos, parecendo sonolenta. Fiquei pensando se ela estaria ouvindo a história, e até estava preocupada sobre suas condições de oferecer atenção. Mas a reação dela logo depois da última palavra foi imediata: *“Difícil de entender essa sua história.”* E, logo depois: *“Porque... Chega no final não tem nada? Como que era um oco?”*

A palavra utilizada por mim para descrever o rosto — ou ausência de rosto, como queiramos pensar — era sempre “vazio”, numa tentativa de manter fidelidade ao que Marina Colasanti descreve em seu conto. A paciente, no entanto, descreveu como “oco”, o que faz pensar mais numa “falta”, num “defeito”.

O tom da entrevistada era acusatório, ela parecia exigir de mim uma explicação. Quando eu me limitei a dizer que assim era a história, sem maiores explicações, ela adotou um tom irônico, se conformando com a “falha”: *“Ah, tá.”*

Retomando sua fala, perguntei se ela achou “difícil de entender” a história. Ela respondeu, ainda ironicamente: *“Só o final dela. [...] Que é o mais importante. E você não pode me explicar?”*.

Continuei me recusando a uma explicação, e enfatizei que eu gostaria de saber o que ela tinha achado. Ela continuou dizendo que não entendeu o final: *“É, o final dela. No fim derrete a resina, só tinha cabelos em volta, era um vazio?! Não sei... Que sentido tem?”*. Através dessa fala, penetramos, finalmente, no conteúdo mobilizado, na paciente, pela história. *“Que sentido tem?”* é a pergunta que ela faz a si mesma, em relação ao acidente sofrido e às seqüelas em seu próprio rosto.

É importante destacar, aqui, que o rosto da paciente não estava “desfigurado”. Ela apresentava alguns cortes, inclusive com pontos, mas pareciam superficiais a um observador. Surpreendeu-nos, portanto, que essa fosse uma temática tão mobilizadora. Percebemos, assim, a dicotomia entre a realidade interna e externa. A entrevistada nos apresenta as fantasias a respeito de seu rosto, enfatizando a sua dificuldade em encontrar nele um novo sentido. O que predomina, aqui, não é a extensão “real” do dano ao rosto da paciente, mas a extensão desse dano em fantasia.

A interação entre realidade interna e realidade externa é discutida em muitos momentos por Melanie Klein. Em **Sobre a teoria da ansiedade e da culpa** (1948), ela descreve as interações entre situações de perigo “objetivo” e situações de perigo “neurótico”, enfatizando a forma como essas percepções encontram-se permeadas por ansiedades arcaicas. Melanie Klein explica que

Essas observações tornam-se compreensíveis se lembrarmos que a percepção da criança pequena acerca da realidade externa e dos objetos externos é continuamente influenciada e colorida por suas fantasias, e que isso em certa medida continua ocorrendo pela vida a fora. As experiências externas que despertam ansiedade ativam, de imediato, mesmo em pessoas normais, ansiedade proveniente de fontes intrapsíquicas. (KLEIN, 1948, p. 61)

Quando a angústia da entrevistada ficou exposta, fui capaz de adotar um tom mais tranquilizador. Até então, eu também estava me sentindo mobilizada por suas reações negativas.

A partir desse momento, a repercussão da história nas fantasias (ou das fantasias na história) da entrevistada se torna ainda mais nítida.

A paciente sente que precisa pensar para entender a história: “*Pra ver se encontra algum sentido. Agora eu não tô muito bem pra responder isso agora.* (risos) *Essa máscara eu senti no meu rosto agora. Vou ficar com uma máscara, toda costurada por uns dias.* (risos)”.

Quando perguntei se ela iria querer retirar a máscara, ela se mostrou surpresa, sem entender o que eu queria dizer: “*Eu não vou ter uma máscara pra tirar de mim, eu vou ter pontos (ela enfatizou a palavra) pra tirar do meu rosto.*” Expliquei que ela tinha dito que esses pontos seriam uma máscara, ao que ela pareceu se acalmar, e me respondeu: “*Ah, tá! Claro que tem que tirar, né? Será que eu vou ficar bonita de novo?*”.

Imaginei que essa devia ser uma das preocupações dela, mas quando perguntei a resposta foi: “*Não, não tô preocupada com isso, mas... bonito não fica, né. Não sei como fica.*” A fim de delimitar mais ou menos a gravidade “real” dos ferimentos, perguntei se

ficariam cicatrizes. Ela disse: “*Não sei. Tomara que não. Se ficar não é muito, não. Podia ter machucado mais.*”. E, logo depois: “*Pela gravidade do acidente, poderia ter machucado mais.*”

A paciente parecia estar preocupada com o que possa acontecer no seu rosto, o que pode ser confirmado quando ela diz “... *mas... bonito não fica, né...*” ou “... *Tomara que não...*”, quando pergunto sobre as cicatrizes. No entanto, ela insiste em negar sua preocupação com esse aspecto do acidente. A negação é um mecanismo de defesa primitivo, característico da posição esquizo-paranóide, assim descrito por Melanie Klein (1946, p. 26): “A negação onipotente da existência do objeto mau e da situação de dor é, para o inconsciente, igual à aniquilação pelo impulso destrutivo.”

Perguntei à paciente sobre o acidente, mas ela respondeu que não viu o que aconteceu. Ela estava de passageira no carro, desmaiou e só acordou depois.

Às três horas ela deveria costurar um corte acima do olho esquerdo, na sobrancelha, onde havia um curativo. Ela explicou que estava em jejum desde a internação, e que, por isso, estava “*verde de fome!*”. Considerando que, nesse momento da entrevista, já passavam das três, não podemos deixar de destacar a dificuldade de encontrar alívio para as dores e ansiedades quando os “contratos” não são cumpridos, como frequentemente vemos acontecer no hospital.

Quando perguntei, a entrevistada disse que nunca tinha ouvido nem contado uma história como a que eu narrei. Ela acrescentou: “*No máximo uma piadinha bem sem graça de vez em quando.*” Tentei fazer com que ela falasse mais sobre esses momentos, arrisquei uma aproximação, perguntando bem-humoradamente se ela gostava de contar piada sem graça. Ela não pareceu reagir bem à minha tentativa de descontração: “*Não, eu não gosto. Eu não sei contar piada, por isso que fica sem graça.*” Insisti em saber por que ela contava as piadas. Ela respondeu, não muito satisfeita:

“*Porque... às vezes, a gente quer... você tá conversando, aí surge o assunto, acaba saindo uma piadinha assim... meio... meio boba... só por isso... Não que eu goste de contar piada. Não sei contar piada. Tem gente que só de você olhar a cara você já dá risada, né? Mas eu não sei.*”

É interessante que tenha surgido, mais uma vez, a questão da “cara” das pessoas. “*Tem gente que só de você olhar a cara você já dá risada, né? Mas eu não sei.*” Se a “cara” da paciente não tem o sentido de ser engraçada, qual seria o seu sentido, então? Parece que, mais uma vez, ela busca o sentido.

Ainda querendo saber sobre o contato dela com as histórias, perguntei se não fazia parte do cotidiano deles (da mãe e dos filhos). Só que não mencionei a palavra “histórias”, simplesmente perguntei se não fazia parte do cotidiano dela com os filhos. A entrevistada perguntou: *“Eles estarem comigo?”*

Assim, vemos que a questão do contato com as histórias não predominava mais nas preocupações dela. A forma como fiz a pergunta, sem maiores especificações, fez emergir outra questão, talvez com maior preponderância: a do contado da paciente com seus filhos. A partir dessa pequena “falha” em nosso entendimento, pude saber que seus filhos moram em Goiás, com o pai, e que vinham visitá-la em Assis a cada dois meses.

Eu quis saber se era tranquilo para ela e ela respondeu que, naquele momento, já era. O fato de ela responder: *“Hoje é”*, pareceu indicar que, em algum momento, não tinha sido. Quando perguntei como tinha sido no começo, ela respondeu: *“É difícil, né. A gente se acostuma com a distância.”*

Minhas próximas indagações buscavam saber o que a paciente tinha achado, especificamente, do contato comigo. O que ela tinha achado da minha presença, naquele momento, e com uma história. As respostas dela apontavam, novamente, para que eu desse um sentido àquela experiência: *“Bom, você deve ter um motivo pra estar aqui me contando essa história...”*. Vemos retornar toda a temática do sentido, talvez pela forma como eu formulei a questão: *“E o que é que você achou de eu te contar a história? Fora o fato de a história não ter sentido. Que é que você achou? De eu estar aqui, com você...”*.

A paciente 2 diz: *“Então... você deve ter um motivo pra isso. Agora que... “vamo” combinar que eu achei muito sem sentido o final dessa história... só isso.”* Parece que ela não encontrou, ainda o seu sentido. Pelas suas falas, ela parece sentir que eu sei, que eu tenho o motivo e o sentido de tudo, mas não quero compartilhar com ela. Essa relação parece ser a de um bebê inadequadamente amamentado e, portanto, sofrendo privação por parte do seio. Segundo Klein (1957, p. 215), “Os sentimentos do bebê parecem ser que, quando o seio o priva, este se torna mau porque retém só para si o leite, o amor e os cuidados associados ao seio bom. Ele odeia e inveja aquilo que sente ser o seio mesquinho e malevolente.”

Insisti em saber como ela havia se sentido com o nosso contato. Ela reagiu perguntando: *“Como eu me senti? Como assim?”* Pareceu estranho, à entrevistada, que eu quisesse saber como ela se sentiu. Por outro lado, a reação dela demonstrou não apenas estranheza, mas incômodo.

Num momento anterior da nossa conversa, a paciente diz que não está “muito bem” para responder às exigências de “pensar” sobre a história — que é a forma pela qual ela espera encontrar um sentido. Agora, ela parece incômoda, também, em “sentir”.

A forma encontrada para responder a essa pergunta e, principalmente, a esse incômodo, é: “*Achei bonitinho, você contando a história.* (risos)”. Quando riu, ela levou as mãos à boca, numa demonstração de dor.

O “*bonitinho*”, aqui, tem uma função. Sua expressão e entonação levam a pensar a palavra como uma forma de “triunfo”. A única coisa que ela pôde dizer que “sentiu” foi que achou bonitinho eu contar a história. Segundo Klein,

O desejo de controlar o objeto, a gratificação sádica de dominá-lo e humilhá-lo, de sobrepujá-lo, o *triunfo* sobre ele, podem participar com tanta força do ato de reparação (realizado através de pensamentos, atividades ou sublimações) que o círculo “benigno” iniciado por esse ato se rompe. Os objetos que deveriam ser restaurados se transformam novamente em perseguidores e os medos paranóides voltam à tona. (KLEIN, 1940, p.394)

Perguntei se ela tinha machucado a boca e ela disse que sim. Achei importante saber se essa dor estaria interferindo em suas respostas, que eram, geralmente, curtas. Perguntei se incomodava ao rir e falar, e ela disse que doía “*um pouquinho*”.

Retomei a questão anterior, e a paciente confirmou sua fala anterior: “*Foi, sim. Uma cara de menininha, contando historinha.*”

É preciso dizer que não senti esta fala como uma demonstração de carinho. Embora deva ser levada em conta a necessidade dela de triunfar sobre mim, como foi dito acima, também não podemos desconsiderar a relevância que questões contratransferenciais possam ter tido nesse momento. Incomodou-me profundamente que a entrevistada se manifestasse dessa forma sobre meu contato com ela. Minhas seguintes perguntas ficaram muito contaminadas por essa forte impressão, levando, talvez, a uma conclusão um tanto abrupta da entrevista.

Como últimas observações, coloco que essa foi uma entrevista muito difícil. Depois de contar a história, parecia impossível conversar com a paciente sem que ela parecesse incomodada. Em razão disso, tentei me entrosar mais. Ao final, eu mesma já parecia estar reagindo às respostas da paciente como a ataques, como no momento do “*bonitinha*”.

As reações da paciente, exigindo de mim uma explicação e reagindo de forma agressiva, desprezando a história e minha presença ali através da ironia, levam-nos a pensar

nos impulsos destrutivos e correlatos, descritos por Melanie Klein (1959) como fatores que despertam a ansiedade persecutória: “*Mutatis mutandis*, essas emoções ainda operam mais tarde na vida: impulsos destrutivos dirigidos a qualquer pessoa estão sempre fadados a dar origem ao sentimento de que essa pessoa também se tornará hostil e retaliadora” (KLEIN, 1959, p. 283).

A transferência negativa, estabelecida desde o início pela minha relação com a UNESP, foi intensificada pela história. Se a transferência tivesse sido positiva desde o início, talvez a paciente pudesse ter obtido da história o sentido que ela tanto buscava para sua própria condição. Sendo uma transferência negativa, a história foi recebida como mais uma forma de ataque, e a paciente reagiu em correspondência a esse sentimento.

Ainda assim, a entrevista aponta como ocorreu, de forma inegável, a interação entre as fantasias da paciente e a história contada. Não eram os pontos no rosto da paciente que a aproximavam do conteúdo da história. Como foi dito, seu rosto não estava “desfigurado”, talvez nem ficassem cicatrizes. Entretanto, os danos, em fantasia, eram muito importantes, e apresentavam similaridades com o “vazio” e o “oco” do rosto do Guerreiro das Tendas de Feltro. Talvez eu tenha sido, para a paciente 2, a moça curiosa que insiste em expor a falta de sentido/rosto, levando à aniquilação completa.

5.3. HOSPITAL: A CASA VAZIA

A entrevista foi realizada em quarto masculino. O leito ao lado do paciente entrevistado também estava ocupado, inclusive com uma acompanhante. O outro paciente e sua acompanhante conversavam muito, e alto, o que atrapalhou um pouco a entrevista.

Um exemplo da interferência na entrevista foi que, com o gravador ligado, quase fazendo a primeira pergunta, a acompanhante do outro paciente ainda me perguntava que horas eram.

No caso dessa entrevista, a aproximação foi intermediada pelo enfermeiro responsável pelo setor. Quando me apresentei, perguntando se haviam pacientes na faixa etária da pesquisa, ele se ofereceu para me apresentar ao paciente 8, um paciente de 56 anos. Fez boas recomendações de mim para o paciente, assim como do paciente para mim. Esse contato pode ter decidido pela boa predisposição do entrevistado em relação a mim, embora eu tenha tido a impressão de que ele era, naturalmente, uma pessoa aberta ao diálogo. Talvez

a indicação do enfermeiro tenha ocorrido justamente por ser um paciente comunicativo. Por outro lado, as questões colocadas pelo paciente durante a entrevista levam a pensar que o enfermeiro poderia estar buscando, em mim, alguém que atenuasse as dificuldades do paciente.

A resposta da primeira pergunta feita ao paciente já evidencia a vivência diferenciada do tempo entre as pessoas hospitalizadas. Quando pergunto há quanto tempo ele está na Santa Casa, ele responde: *“Aqui, eu tô... deixa eu ver... Desde terça-feira, né? Terça-feira...”*. E, logo depois: *“Terça-feira. Hoje é segunda, né? Hoje vai fazer seis dias. Seis ou sete?”*. Vemos na sua fala a dificuldade de delimitação do tempo num espaço como o hospital. Outras pesquisas realizadas recentemente (OLIVEIRA, 2005; PAZIAN, 2007) em contexto hospitalar também destacam essa vivência como uma importante consequência da internação hospitalar.

Depois de quase uma semana de internação, com incertezas sobre a continuidade do tratamento na Santa Casa ou a transferência para outro local, o entrevistado ainda não sabe dizer qual o motivo da sua entrada no hospital. Muitas tentativas são feitas até ele conseguir me explicar que está com problemas no pâncreas.

A configuração familiar deste paciente é um retrato da nova estruturação desse grupo. Ficou inclusive confusa, para mim, sua explicação. São considerados como filhos os netos dos filhos da esposa. Seus próprios filhos mantêm-se afastados física e emocionalmente: há vinte anos eles não mantêm nenhum tipo de contato. O paciente tem, portanto, dois “filhos”: um de quinze anos e outro de dezessete.

Ofereci-me para contar uma história, e ele aceitou. À medida que eu fazia as afirmações da história, ele respondia com “hum-hum”, sons de concordância, e inclusive comentários: “sim”... “sei”... Riu quando eu contava sobre a máscara por trás da máscara. No final da história, enquanto eu contava sobre a vela caída, ele emitiu um som de aflição compartilhada: “Hummmm”. Ele ficou muito atento e foi muito participativo.

As primeiras palavras do entrevistado, imediatamente após a história, são: *“É... como a vida de muita gente, né? Como a vida de muita gente. Quem já imaginou? Eu tudo bem, eu tô aqui... a minha esposa, de vez em quando, ela vem aqui... ela já veio hoje, agora acho que daqui a pouco ela deve tá por aí de novo, né... mas enquanto isso, vai embora eu sinto aquele vazio... é um... cada qual... semelhante, né.”*

Tanto nesse momento quanto quando falava de sua família, percebi que o paciente tinha dificuldade de se expressar. Ele parecia disposto a conversar e com muitas opiniões, mas não verbalizava de forma que eu pudesse entender perfeitamente o que ele queria dizer. A

impressão é de que o pensamento do paciente se constrói ao longo de sua fala, fazendo com que esta acompanhe todos os redirecionamentos e digressões daquele.

A fala do entrevistado indica um dos fenômenos mais interessantes observados nas entrevistas; algo que poderíamos caracterizar como o elemento “mobilizador”. Em busca de uma melhor compreensão do que ocorreu naquele momento da entrevista, recorramos a um paralelo com outro tipo de trabalho investigativo em psicologia.

Louisa Düss (1986) desenvolveu um instrumento de investigação psicológica chamada comumente de *Teste das Fábulas*, ou simplesmente *Fábulas de Düss*. Seu objetivo era obter um instrumento que permitisse aos psicanalistas “infantis” (de crianças) trabalhar na diagnose rápida dos *complexos* do indivíduo, por exemplo, o complexo de Édipo. O teste, segundo Düss (1986, p. 17), “solicita do examinador o conhecimento do inconsciente, de sua estrutura e de seus modos de reação, como também a compreensão do símbolo (já que é construído sobre o símbolo) e uma técnica psicanalítica de inquérito.”

Cada uma das fábulas elaboradas aponta para um complexo central da teoria psicanalítica, permitindo identificar e entender os complexos do indivíduo. Embora concebido para crianças, algumas experimentações foram feitas com o teste em adultos, tendo seus resultados específicos avaliados pela pesquisadora.

O que nos interessa, nesse momento, é chamar a atenção para o fato de que as Fábulas de Düss formam uma técnica projetiva baseada em estímulos verbais, como foi destacado por Leila Tardivo no prefácio à edição brasileira da obra de Düss. A entrevista com o paciente 8 demonstra que, da forma como foi manejada, a história de Marina Colasanti também serviu de estímulo verbal à projeção inconsciente. Assim, a “entrevista mediada pela narração de uma história” prestou-se como material de estímulo às projeções, de forma semelhante à que encontramos descrita nos testes projetivos.

A palavra “vazio” foi a “escolhida” pelo entrevistado. É a partir dela que ele desenvolve sua fala, antes mesmo de qualquer incentivo meu a que ele falasse sobre a história. O poder mobilizador refere-se ao sentido atribuído, pelo paciente, à palavra. Independente de qualquer das interpretações do conto aqui esboçadas, o paciente destaca a sensação de “vazio”, por ele vivida naquele momento. Esta sensação é preenchida esporadicamente durante as visitas de sua esposa, ansiosamente esperada.

A seguir, o próprio entrevistado explica melhor seu conflito: “É, se for analisar direito é... *Principalmente... principalmente nessas horas que a gente pretende ficar mais próximo à família, né... isso é... É.*” Quando pergunto se ele está sentindo bastante falta da família, ele responde:

“É, então. É onde vem a imaginação, né. Eu mesmo, eu penso... pô, um lugar desse não é nunca como a casa da gente. Lá na casa da gente, a gente... eu não vou falar que tem de tudo, né? Mas tem sempre alguma coisa que a gente gosta, que a gente dá valor, e a gente não pode ter essa coisa aqui junto, né. Pode ser com um aparelho de televisão... Uma pessoa quer escutar um som do jeito... não gosta da altura, certas alturas, né. Aí vem em primeiro lugar a família. Eu vou falar uma coisa, isso é uma das piores coisas que pode existir. Que nem... imaginar, a imaginação... agora eu vou falar pra você... Eu tava aqui internado... é... eu não sei que dia foi... eu não sei se foi da quinta pra sexta... e o meu menino ele veio pra cá. Inclusive ele ficou aqui comigo, à noite, foi embora na hora da visita. O menino foi embora, tô aqui internado, não tô sabendo de nada. Quando é mais tarde, a minha cunhada chega aqui e me fala que o menino tá internado aí no pronto socorro.”

A explicação acima nos leva a entender duas coisas. Primeiro, compreendemos que a “coisa que a gente gosta”, a “que a gente dá valor”, e que “a gente não pode ter essa coisa aqui junto”, é a família. Enquanto ele fala do aparelho de televisão, do som que ele não pode escutar como quer, percebemos que, na verdade, a grande diferença do hospital para a “casa da gente” é a presença dos familiares ao nosso lado. Em segundo lugar, quando ele fala sobre a internação de seu filho de 17 anos, percebemos a falta de notícias sobre os familiares causando uma constante inquietação. A situação é descrita pelo entrevistado da seguinte forma: *“Então a gente... a gente tá aqui e não tá sabendo de nada, né. Desesperador essa situação, né?”*

Esse afastamento da convivência familiar ocorre num momento em que os acontecimentos que levaram à internação despertam as ansiedades mais primitivas do indivíduo. Ansiedades de natureza paranóide passam a atuar, provocando ainda mais angústia. Todos os eventos negativos parecem à espera, para “atacar” o indivíduo. Melanie Klein (1959, p. 290) diz que “as ansiedades depressivas e persecutórias nunca são totalmente superadas. Elas podem reaparecer temporariamente sob pressão interna ou externa, embora uma pessoa relativamente normal possa suportar essa recorrência e recuperar seu equilíbrio.”

Temos, então, uma fala contaminada por ansiedades persecutórias:

“Então. Aí tem outro problema também, porque a pessoa cai numa dessa, ainda bem que eu tinha recebido o pagamento, então tinha como a mulher se mover com o pagamento. E se fosse fora do pagamento? Porque eu tinha o carro na hora. E eu caí aqui, que vieram, pegaram o carro que veio aqui, o carro me quebra também, né? E aí, o rapaz ontem foi olhar, mandou arrumar, e agora o carro tá bom. Agora, na hora que vem, como é que traz uma pessoa. Porque lá em casa ninguém... que nem, esse menino dirige, mas ele é de

menor, ele não pode sair com o carro aí, eu não deixo, de qualquer jeito, né? Mas nem pensar! E... procura um vizinho, aí vem, os vizinhos já tá dormindo, fica chato pra acordar pra vir, né? E é assim. A vida é assim. A vida da gente..."

Perguntei ao entrevistado sobre seu contato com as histórias. Ele diz que, em sua época, era a professora a responsável por contar historinhas, como a do “lobo mau”, ou as poesias portuguesas em que apareciam as caravelas.

O paciente 8 via muitas diferenças entre os hábitos atuais e aqueles que prevaleciam na época de sua infância. Os pais e professores tinham uma postura mais rígida com relação às crianças. Segundo suas próprias palavras: *“Hoje tá mais fácil, as coisas tá mais fácil, a pessoa se entrosar com a família, né? Mas antigamente era mais difícil.”* Em seguida ele explica:

“Não... porque... Antigamente... o pai podia chegar no filho... O pai hoje pode chegar no filho e falar: ‘Olha, a vida é assim, assim...’, contar uma historinha, começar ali... Contar como é que é a vida, né? Hoje. Naquela época era bem mais difícil mesmo. Era mais difícil porque, naquela época, o... na minha época de criança, isso eu lembro, que se a gente vai passar num lugar que tinha... as crianças, né? se tinha alguém conversando lá, a gente tinha que fazer a volta, lá por trás... pra não passar perto, não passar no meio... Então era uma coisa que era mais difícil, né?”

Mesmo quando o paciente conta que era bom ouvir as histórias contadas pela professora, surgem os castigos físicos como lembrança marcante, reafirmando os dias de hoje como o momento propício para o contato afetivo entre as pessoas.

A opinião do entrevistado, dizendo que hoje o contato com os filhos estaria mais fácil, demonstra sua forte ligação com as figuras familiares.

Sobre a experiência de me ouvir contar uma história, o paciente diz: *“Não, gostei... sabe, a experiência, é o seguinte... se não sair tudo ao contrário depois... (risos) A experiência é bom, porque a pessoa tá num lugar desse, a pessoa vem, conta uma historinha, tal, ‘como é que vai’... uma coisa que quando a gente tá meio triste, parece que alivia um pouco, ilumina bem, né? É como o sol, que tá tudo nublado, como ontem e hoje, tá assim.”*

Além do alívio descrito pelo paciente, suas outras falas nos fazem lembrar o que dissemos anteriormente sobre sua dificuldade de expressar-se: *“Como você tá fazendo agora... entrevista com a pessoa. Pra ver o que é que a pessoa acha, o que é que não acha disso, que nem você fez agora comigo, né? E quem que tem mais vocação? Porque, hoje, se uma pessoa chegar assim pra mim, eu tenho um auto-falante, você vai falar isso e isso que nem eu vou te falando. Eu acho que não sai nada, porque outro dia mesmo, que o meu filho*

casou, me deram um auto-falante lá que não deixei de rir, e não saía nada. Vocês não, que vocês já tão treinados mesmo, é bem mais fácil.” Imaginamos que a entrevista contribuiu para que ele pudesse expressar melhor seus sentimentos e opiniões. Essa suposição confirma-se quando ele diz: *“É. Também. Porque se fazia uma entrevista com uma pessoa aqui, depois fazia com outra ali, e sempre assim. Porque, geralmente, aí sai o comentário... ‘Ah, aquela moça fez uma entrevista comigo, assim, assado, tal’... ‘Ah, fez comigo também’... começa a conversar algumas coisinhas que lembra, né? Aí o que é que acontece... a pessoa vai pensar: ‘Nossa Senhora, a coisa tá bem elevada’, a gente tem que... se soltar mais, né? É ou não é?”*

Depois disso, encerrei a entrevista e agradei pela participação do entrevistado na pesquisa. Ele parecia muito contente, e também me agradeceu. No dia seguinte ele ainda estava internado, conversei um pouco com ele.

Nossa disponibilidade ao fornecer um espaço de escuta, sem pressões como as exercidas pelas professoras do entrevistado, permitiram a emergência de um importante conflito, recorrente em momentos de internação hospitalar. A relação complicada do paciente com seus próprios filhos torna ainda mais valiosa a relação por ele estabelecida com sua esposa e os netos dela. Criados pelo casal, esses netos são a família do paciente, aqueles que ele considera seus filhos. No momento da internação, sem contato com o grupo familiar, o adoecimento do filho de dezessete anos confirma e amplia as angústias paranóides despertadas por outras circunstâncias externas/internas.

Essas observações foram possíveis a partir da introdução da história. As Fábulas de Düss buscam explicitar os complexos do indivíduo. No nosso caso, a história surge como símbolo, permitindo diferentes atribuições de sentido, como já destacaram autores como Bettelheim (2002), Eliade (1991), e Klein (1955[1953]).

Prevalece, então, o “vazio” do entrevistado, preenchendo o “vazio” do personagem da história contada. O espaço e o tempo por mim proporcionados foram amplamente aproveitados, através de um diálogo pleno de trocas.

5.4. REAÇÕES/CONTEÚDOS DESPERTADOS PELA HISTÓRIA

Passaremos agora à análise conjunta das entrevistas. Muitas entrevistas revelaram, por parte dos pacientes, uma grande dificuldade de falar. À parte as questões da intimidação

pela participação em uma pesquisa, consideramos importante pensar essa dificuldade nas diversas formas em que ela aparece nas entrevistas.

Em primeiro lugar, observamos uma “dificuldade de falar” propriamente dita. Poderíamos creditar a causa dessa dificuldade ao ambiente em que se realiza a entrevista (às vezes com a presença de outras pessoas no quarto). Algumas falas, entretanto, apontam a necessidade de relativizar essa constatação. Os pacientes mostram-se interessados pela história, atentos e envolvidos. No momento em que são convidados a compartilhar suas impressões, surge a dificuldade. “*Legal*” e “*Interessante*” foram expressões que marcaram o que, para alguns entrevistados, era possível dizer.

A entrevista em que mais se destaca esse tipo de relação com o momento de falar é a entrevista com a paciente 7. Antes que eu iniciasse a entrevista, um médico entrou no setor, acompanhado por enfermeiras, para avaliar as condições das pacientes. Ele passava entre os leitos de forma aparentemente desatenta, despreocupada, quase não falando. A paciente com quem eu conversava teve que insistir várias vezes para obter sua atenção e, depois, para conseguir que ele respondesse se ela faria ou não naquele dia a cirurgia que ela esperava. Ele disse que faria naquele dia, mas não parecia ter certeza. Depois que ele saiu, iniciamos a entrevista, num clima de certo inconformismo (tanto meu quanto da paciente) pelo comportamento do médico.

Depois de contar a história, fico em silêncio, esperando sua reação. Então ela diz: “*Não consigo falar.*” E, realmente, por mais que eu pergunte, a paciente não encontra o que me dizer. Sobre a história, só diz: “*Achei da hora.*” Quando pergunto por que: “*Porque achei da hora... não sei explicar.*” Outras respostas suas, mais longas que “*É*”, são: “*Ah, não lembro, não*”; “*Não sei, não sei te dizer*”; “*Ah, sei lá. Não sei explicar isso não.*” No começo do contato, a paciente me conta que está internada para refazer uma cirurgia mal-feita no pé, tento conversar sobre isso. Sua relutante resposta: “*Tô com medo*”, indica que a paciente estava vivenciando um importante conflito com relação à cirurgia que seria realizada. Ainda assim, não encontrava formas de explicar o que sentia. Não podemos atribuir à história os motivos da dificuldade de falar da paciente, já que suas respostas foram mínimas durante todo o nosso contato. Por outro lado, este é um caso em que as respostas do entrevistado não permitem deduzir qualquer efeito da história.

O relato de Erica Pereira e Abílio Costa-Rosa (2006) sobre a atuação de contadores de histórias na UTI de um hospital esclarece a possibilidade de pensar as histórias como instrumento, viabilizando a verbalização dos pacientes e provocando uma escuta. Por outro lado, os autores destacam a presença de pacientes da UTI impossibilitados, fisicamente,

de verbalizar. Para estes pacientes a história ainda auxiliaria na elaboração da doença e da internação, já que são trabalhadas, através da contação, experiências comuns a todos os homens (morte, dor, separação, etc.).

Analisando os diversos momentos das entrevistas em que os pacientes vacilam ao falar sobre a história, percebemos a aparente incongruência entre o envolvimento com a história, e a posterior dificuldade de expressão do que foi vivido. Se considerarmos as reações do paciente durante o momento em que a história é contada, veremos que sua atenção está concentrada naquilo que é dito, e que deve ser, de alguma forma, significativo para ele.

Outro aspecto a ser considerado é a importância de oferecer espaços para que o paciente se coloque, ainda que esteja fisicamente impossibilitado. No caso da UTI, essa forma de agir impõe uma transformação do cenário hospitalar, atribuindo ao paciente um lugar enquanto sujeito. A validade desse esforço é muito bem retratada no texto de Glória Radino (2006) sobre o sentido de um sorriso na UTI.

Por mais que a entrevista com a paciente 7 tenha chamado a atenção no que se refere à capacidade de expressar-se, este não foi o único momento em que vimos esse tipo de reação. A paciente 1 diz, sobre o que achou da história: “*Achei interessante*”, e, com minha insistência: “*Legal.*” Os pacientes 3 e 4, em outra entrevista, dizem: “*É, interessante, né?*” e “*Gostei.*”

As entrevistas mais longas foram realizadas com as pessoas mais velhas. Entrevistados de 20, 30 anos, por outro lado, demoram a expressar-se. Pensando que essas pessoas não se encontram “soltas”, fazem parte de uma sociedade, acreditamos poder vincular esse tipo de reação às características da inserção que elas fazem no mundo. Um mundo acelerado, em que o deslocamento deve ser rápido — acidentes de carro, moto — e em que não existe o hábito de ouvir, pensar e falar. Essas atividades tornam-se remanescentes de outra forma de ser e estar no mundo. O entrevistado 5 e a esposa do entrevistado 6 revelam, em suas falas, sua conexão com a religião, enquanto entidade estável que aponta um lugar e uma razão de ser no mundo.

Eliade (1996) aponta que o homem contemporâneo perdeu experiência do sagrado como base, suporte, para a sua vida. Bauman (1997), por outro lado, denuncia que as igrejas, como outros produtores de bens e serviços, precisam produzir seus consumidores, uma consequência de um cotidiano em que não há tempo para pensar em “questões transcendentais”.

A “dificuldade de falar” de nossos entrevistados apresenta também um forte viés psicanalítico, já que aparece, com grande força, a questão da *resistência*, fenômeno descrito pela psicanálise:

Uma violenta oposição deve ter-se iniciado contra o acesso à consciência do processo mental censurável, e, por este motivo, ele permaneceu inconsciente. Por constituir algo inconsciente, teve o poder de construir um sintoma. Esta mesma oposição, durante o tratamento psicanalítico, se insurge, mais uma vez, contra nosso esforço de tornar consciente aquilo que é inconsciente. É isto o que percebemos como resistência. (FREUD, 1917, p. 346)

Falamos de uma resistência, por exemplo, quando o paciente ouve a história, manifesta-se (verbal ou não-verbalmente) em relação a ela, e, em seguida, é incapaz de fazer qualquer comentário a respeito.

A paciente 1 diz, assim que acabo de contar a história: “*Ai, que horror!*”. Não consegue expressar-se enfática ou honestamente, em nenhum outro momento, até o final da entrevista. Podemos capturar, nessa expressão, os sentimentos produzidos na paciente pela história.

A resistência representa o impacto vivenciado pelo paciente frente à história contada. Segundo Freud (1914), quanto maior a resistência, mais a atuação (o acting-out/a repetição) substituirá o recordar.

A questão da reação imediata dos pacientes está diretamente relacionada à natureza da história selecionada. O risco de fazer ressurgir questões profundas coloca o entrevistado de sobreaviso, impondo a resistência como única forma de preservação. Marina Colasanti, como já afirmamos antes, não nos deixa muito à vontade, contribuindo para desvelar essas questões profundas. Como diz Jandyra Mengarelli:

Mas estes restos, onde eles ficam, uma vez postos sob lápide? Ficam eles enterradinhos e quietinhos no fundo de algum mar? Não, não ficam. Eventualmente há piratas que vão lá remexer. Estes restos, eles estão por aí. Emergem logo do lago da garotinha. Estes restos, ao retornarem, se transformam, surgem deformados, surgem da floresta, em forma de lobo e, porque trazem o mal-estar, o lobo é chamado de lobo mau... (MENGARELLI, 1998, p. 66)

Confrontados com o “Vazio”, surgem as diferentes interpretações que pudemos observar.

A discussão que fizemos, anteriormente, a respeito do “estranho”, vem agora contribuir para o entendimento das diferentes reações de nossos pacientes. Segundo Freud (1919), o que nos é estranho representa algo (uma crença, um complexo infantil) que superamos ou reprimimos. Os entrevistados podem vivenciar com estranheza o “vazio” do Guerreiro, e, nesse caso, devemos reconhecer nas suas formas de encarar o vazio e nos conteúdos surgidos a partir desse enfrentamento, crenças e conteúdos dos próprios entrevistados.

Em uma busca pelo que aproximaria o horror dos contos de fadas do horror da literatura de horror propriamente dita, Marcus Teixeira (1998) retoma o texto de Freud sobre o “estranho”. Através de um diálogo com as teorias lacanianas, Teixeira conclui que, embora as duas produções literárias versem sobre questões subjetivamente importantes, há diferenças entre as duas, gerando uma diferença também no tipo de horror suscitado e no público atingido por esse horror. Os contos de fadas apresentariam um horror “visível” na figura de um lobo mau ou de uma bruxa malvada, provocando um medo, caracterizado como *fóbico*, relacionado à figura paterna ameaçadora.

A literatura de horror surge difusamente, com uma atmosfera assustadora, essa indefinição sobre a origem das ameaças seria geradora de *angústia*. Aqui, segundo Teixeira (1998, p. 27), “Resta somente para os personagens a sensação de ser o objeto para esse Outro inominável, pura alteridade e estranheza. No horizonte estaria não o sexo, mas a morte.”

Melanie Klein destaca, em um de seus últimos textos, a importância das produções artísticas:

O artista criativo utiliza plenamente os símbolos; e quanto mais eles servem para expressar os conflitos entre o amor e o ódio, entre a destrutividade e a reparação, entre as pressões de vida e de morte, tanto mais atingem um grau de universalidade. Dessa forma, ele condensa a grande variedade de símbolos infantis, ao mesmo tempo que se utiliza da força plena das emoções e fantasias que nele se expressam. (KLEIN, 1963, p. 339)

O conto “O rosto atrás do rosto” contempla a expressão dos conflitos citados acima. Em entrevista a Antonio Carlos Olivieri (1997, p. 86), Marina Colasanti explica: “Não me interessa apenas escrever uma historinha, contar um caso. Estou atrás de outras coisas, da emoção, do trânsito livre num universo que os outros chamam fantástico, das pontes que desse universo se estendem para o inconsciente.”

Parece-nos, portanto, que o “vazio” encontrado no rosto do Guerreiro faz parte daquilo que chamaríamos fantástico ou estranho. As palavras da própria escritora do conto

confirmam a intenção de aprofundar-se nas questões do indivíduo, caracterizando-a como um daqueles artistas criativos que Melanie Klein considera aptos a representar conflitos, emoções e fantasias. A abertura, a ambigüidade do conto, são os elementos que possibilitam uma multiplicidade de interpretações, fazendo surgir aquelas mais próximas à realidade (externa e interna) dos entrevistados.

Os entrevistados de nossa pesquisa tiveram diferentes reações ao serem apresentados ao “vazio” do personagem da história. Essas reações podem ser divididas em dois tipos: a de horror e incômodo frente a esse “vazio” incompreensível; e a de buscar recursos que possibilitassem a compreensão desse “vazio”.

A paciente 1 exemplifica o tipo de reação voltada para a tentativa de preenchimento, através de seu “*Ai, que horror!*”, seguido de bloqueio quanto à expressão de qualquer opinião sobre a história. Vemos aqui a impossibilidade de encontrar argumentos, ou sentido, para compreender o conflito exposto pela história. Entretanto, surgem elementos que permitem à paciente lidar com esses conflitos: “*Eu assisti um filme parecido com essa história.*” E, posteriormente, um elo afetivo que restitui sua segurança: “*Tem lá em casa, eu acho, ainda. É do meu moleque.*” Aos poucos, portanto, o “vazio” assume o caráter de espaço a ser preenchido, no caso dessa paciente, com lembranças de momentos ao lado de seus filhos.

As reações mais intensas da paciente 2 prestam-se ao reconhecimento da importância e da pertinência da temática do “rosto alterado” à sua própria vivência atual.

Na entrevista com o paciente 6, a impressão que temos é de que o “vazio” mal pôde ser vivenciado pelo paciente, já que foi imediata e completamente preenchido por sua esposa. Durante mais de meia hora de entrevista, ela se encarregou de não deixar espaço algum vazio, inclusive os que seu marido poderia ocupar.

O paciente 8 sentiu-se, também, bastante afetado pelo “vazio” da história. Seu afastamento da família, em decorrência da internação, dá sentido ao vazio apresentado pela história. Sua necessidade de preencher esse vazio é, então, perfeitamente compreensível.

A narração da história que fiz ao paciente 9 está permeada por suas pequenas intervenções: “*Vixe!*”, nos momentos tensos da história; e o comentário (de certo modo, uma tentativa de confirmação) final, “*Morreu...*”. Em seguida, nosso diálogo, ainda que incipiente, permite perceber que o jovem se esforçava num caminho de elaboração do que tinha ouvido, inclusive buscando em mim alguma resposta: “*Mas como é que ele vivia? Como é que ele...? Não tinha face?*”. Depois de algum tempo, ele consegue me dizer o que achou da história:

“Ah, é legal, sim. É uma lição, né?, de vida. Mostra tipo um superamento, né?, da pessoa. Mas eu não sei do rapaz...”

Parece-nos, primeiramente, enigmático que o paciente possa ter encontrado, na história, indícios de algum “superamento”. O trecho final de sua fala também fica bastante nebuloso. O paciente faz uma careta, dizendo que está com um pouquinho de dor. Eu pergunto porque o “superamento”, e ele responde: *“Tá numa fase difícil, sair dela, né?, ir pra uma fase melhor... Ficar mais... ficar bem.”* E depois confirma que é o mesmo que ele pretende fazer: *“É. Eu queria, né...? mais uns dias ainda...”*

O “superamento” do Guerreiro, percebido pelo paciente, parece ser na tentativa de viver com seu vazio, da mesma forma que ele próprio tenta superar sua “fase difícil”. *“Mas eu não sei do rapaz...”*: “como será que ele suportou isso?” A elaboração proporcionada pela história refere-se, portanto, a uma tentativa de compreensão dos conflitos do Guerreiro. Retomando o que foi dito acima, a respeito das reações frente às histórias, e a essa história especificamente, acrescentamos que ele elaborava não apenas o que tinha ouvido, mas também o que havia sido despertado nele pela história.

A entrevista com o paciente 9 assinala um mecanismo psíquico já mencionado neste trabalho, a *projeção*. Aproveitamos essa oportunidade para esclarecer alguns pontos referentes a este conceito, na medida em que contribuirão para a compreensão daquilo que ocorreu na entrevista 9, e na reação geral dos entrevistados.

No livro **Os métodos projetivos**, Didier Anzieu (1978) destaca a utilização de instrumentos para auxiliar na compreensão de um indivíduo. Isso seria possível em razão dos efeitos das *técnicas projetivas*:

A estruturação inconsciente do material, a liberdade das respostas e do tempo, o fluxo relativo das instruções tornam a situação projetiva em certa medida “vazia”, vazio que o sujeito deve preencher, recorrendo menos a suas aptidões e inteligência, e mais aos recursos profundos de sua personalidade. (ANZIEU, 1978, p. 26)

A semelhança com a narração do conto, utilizada como instrumento, é significativa. “O rosto atrás do rosto” apresenta uma estruturação voltada para o aprofundamento nas questões inconscientes e a narração da história, embora realizada de forma menos controlada que nos testes projetivos, também permite a apreensão da situação como “vazia”, num sentido de “vazio” que o sujeito deve preencher.

Didier Anzieu (1978) também indica a distinção dos testes projetivos em: temáticos, que buscam revelar os conteúdos da personalidade do indivíduo, representados por

seus conflitos, desejos, mecanismos de defesa, história de vida, entre outros; e estruturais, abrangendo uma investigação mais voltada à compreensão do sistema “econômico” do indivíduo, das relações entre id, ego e superego.

O modelo de teste projetivo temático seria, segundo Anzieu (1978), o T.A.T.¹⁰, publicado em sua forma definitiva por Henry Murray. Consiste em 29 pranchas impressas e uma em branco, contendo imagens pouco estruturadas a partir das quais o sujeito do teste irá elaborar uma estória (FRANÇA E SILVA, 1984).

O conceito que fundamenta a criação dos testes projetivos é, evidentemente, o de *projeção*. Em seu livro sobre o T.A.T., Esther França e Silva (1984, p. 43) utiliza um conceito de projeção psicanalítico: “A projeção constitui um mecanismo psíquico fundamental, em que ocorre a repressão de uma percepção interna e em sua substituição surge na consciência do indivíduo seu próprio conteúdo, mas deformado e como percepção externa.” Em consonância com o que apresentamos anteriormente sobre a constituição do mundo interno de um indivíduo, a autora ainda enfatiza que a projeção, ao lado de processos como introjeção e identificação, é um fator integrador que permanece ao longo de toda a vida.

O estímulo ambíguo, proporcionado pela história “O rosto atrás do rosto”, parece ter proporcionado o espaço, ou a situação “vazia”, incitando os entrevistados ao preenchimento deste vazio. Como pudemos notar pela análise da entrevista com o paciente 9, essa tentativa de preenchimento foi realizada através do mecanismo projetivo, revelando as fantasias do paciente acerca de sua recuperação.

Assim como na primeira reação da paciente 1, no caso da entrevista com as pacientes 10 e 11, também tivemos uma reação de “horror” diante da história, protagonizada pela paciente 10. Enquanto eu contava a história, a paciente 10 estava muito atenta, esperando que surpresas a próxima parte lhe traria, anunciando, jovialmente, sua expectativa de que talvez houvesse uma máscara de ouro por trás da anterior (de bronze): “*De ouro, dessa vez!*”. Quando terminei, a paciente 10 questionou: “*E ela matou ele? Queimado? [...] Ai, meu Deus...*”. Sua conclusão é de que a história é: “*Meio cabulosa a história... Meio cabulosa...*”. Nossa conversa leva à lembrança dos projetos em que palhaços atuam no hospital, e ela diz que não gosta de palhaços: “*É... A vida da gente já é uma palhaçada... (risos) É nada... Tô brincando... É, mas eu não acho graça mesmo... Passou da época, já, né? de acreditar em Papai Noel, Coelhinho da Páscoa... (risos)*”. Pergunto se não passou, também, da época de

¹⁰ **Thematic Apperception Test** – Teste de Apercepção Temática.

ouvir histórias: “*Não... História a gente vive, né? a gente vive uma história. Cada um vive uma história...*”.

A paciente 10 se envolve com a narrativa, esquecendo que, assim como papai Noel, o Guerreiro das Tendas de Feltro não existe num plano material. Naquele momento, ela assume como real o conteúdo fantástico apresentado pela história, como sugere Freud em **O estranho** (1919). Perguntamo-nos, então, sobre a razão dessa postura frente à história de Marina Colasanti, ao lado de uma rejeição à figura, geralmente considerada tão apazível, do palhaço. Acreditamos que a paciente 10 está plenamente disposta a ouvir histórias, a viver sua história, mas não pretende ser “poupada” ou “distraída”. Naquele momento, está disposta a ouvir e suporta falar daquilo que a preocupa, como percebemos pela continuidade de nossa conversa mesmo após o encerramento da entrevista.

Tomando por base a teoria kleiniana, podemos concluir que as pessoas que foram capazes de realizar a introjeção de um objeto bom, apresentariam mais recursos para lidar com as frustrações e a ansiedade ao longo da vida. Melanie Klein afirma que,

No que diz respeito à fase mais remota, o seio bom, introjetado em situações de gratificação e felicidade, torna-se, a meu ver, uma parte vital do ego e reforça a capacidade deste para a integração. Pois esse seio bom interno — que também forma o aspecto auxiliador e benigno do superego primitivo — fortalece a capacidade do bebê para amar e confiar em seus objetos, aumenta o estímulo para a introjeção de objetos bons e situações boas, sendo portanto uma fonte essencial de reassseguramento contra a ansiedade. (KLEIN, 1952, p. 91-92)

As dicotomias interior/exterior; aparência/sentimento; foram algumas das elaborações invocadas para a compreensão/preenchimento do “vazio” exposto pelo personagem da história. Consideramos que essa questão representa, também, outro nível de esforço, por parte dos entrevistados, na solução do enigma apresentado pela história de Marina Colasanti.

Até aqui, percebemos as tentativas de encontrar sentido para o “estranho” do conto. No debate sobre o que é mais importante: o interior ou o exterior de alguém, vemos uma tentativa de se “desviar” do estranho. Ou seja, a atitude aqui representada é: “Não importa o vazio do rosto, o que importa é o interior.”

A defesa frente à interrogação imposta pelo conto é a idealização do personagem e do conto em si. A enfermeira que, na entrevista com o paciente 14, também ouve a história e resolve dar sua opinião, diz: “*Gostei, porque é importante não ver rosto. O amor não tem... vê*

o coração...”. A partir disso, o paciente 14 também se manifesta: “Verdade. É, sim. Porque a pessoa quando ama, ela tem que ver o eu interior da pessoa...”

Na entrevista com o paciente 6, a esposa domina a cena. Em toda a fala dela, podemos perceber momentos de intensa racionalização e idealização como formas de assimilar/elaborar o conto:

“Eu acho que as máscaras que vão caindo, são coisas diferentes da época. Por exemplo, no começo ela esperava encontrar uma coisa... de rosto. Porque ela queria uma imagem pro amor dela. Que o coração não é uma imagem, o coração você passa carinho, respeito, espontaneidade, dedicação, amor... é uma coisa que você não vê, você sente. Só que o ser humano, ele vive de ver. Ele gosta de fantasia, ele gosta de imagem, ele gosta de cor, ele gosta... Então, imaginar uma pessoa e associar o que você sente pela pessoa, às vezes não é a mesma coisa. Veja bem que a gente às vezes fala assim: ‘Ah, eu te imaginei diferente!’. Você fala no telefone, fala ‘Ah, eu te imaginei diferente’... Porque todo mundo cria uma imagem pelo que chega. Então tudo que ele fazia, aí ela falava ‘mas como seria esse rosto’, seria buscar uma imagem. Mas ela poderia ter o melhor dele, que era o interior. É uma coisa que a gente mente muito, sabe, que ‘o que importa é o amor’, ‘o que importa é...’... na verdade, a gente gosta de ver as coisas, de pegar, de... então é um defeito do ser humano, ele não ama com o coração, ele ama com os olhos, às vezes.”

Essa idealização segue a linha da idealização do amor vivida pela personagem da história. A heroína diz: “— Não preciso do seu rosto, se tiver seu coração.” Esse tipo de idealização é discutido por Diana e Mário Corso (2006), na análise do conto “As Três Folhas da Cobra” (coletânea dos irmãos Grimm). Neste conto, a heroína é quem faz exigências ao seu amado, culminando num final assim descrito por Corso e Corso (2006, p. 159): “Como podemos ver, o mal foi reparado, mas ninguém aqui ficou feliz para sempre.” Em sua análise do conto, os autores destacam as consequências de uma exigência de amor absoluto, feita pela personagem que, sem poder ou saber amar, submete-se aos ideais românticos.

A esposa do paciente 6 também está envolvida por ideais românticos. Em sua fala, constatamos uma compreensão do conto de Marina Colasanti enquanto confirmação na necessidade de “amar com o coração”, ao invés de “amar com os olhos”, como ela acha que acontece com os seres humanos. Essa percepção do conto demonstra uma forte idealização, que acreditamos ser uma forma de defesa frente ao “vazio” do rosto do Guerreiro.

Melanie Klein descreve o processo de idealização do bebê, frente às ansiedades despertadas pelo objeto (lembrando que o seio é o primeiro objeto do bebê) cindido em “bom” e “mau”. Ela diz:

Outro fator que contribui para a idealização do seio bom é a intensidade do medo persecutório do bebê, que cria a necessidade de ser protegido de perseguidores e, portanto, contribui para incrementar o poder de um objeto todo gratificador. O seio idealizado constitui o corolário do seio perseguidor e, na medida em que a idealização é derivada da necessidade de ser protegido de objetos persecutórios, ela é um método de defesa contra a ansiedade. (KLEIN, 1952, p. 89)

Defesa que se caracterizaria, na reação que discutimos aqui, como fuga do enfrentamento do “vazio” do rosto do Guerreiro, vivido como persecutório e, portanto, produtor de ansiedade.

Um freqüente comentário feito pelos pacientes com relação à história diz respeito à questão envolvendo o conflito “segredo/curiosidade”. Já discutimos essa questão, até certo ponto, em nossa análise da história. Retomaremos a discussão, aqui, utilizando as falas de nossos entrevistados como elemento orientador.

A fala que resume nossa discussão de forma exemplar é a do paciente 14, quando diz: *“Quando você tá mexendo num... No caso... queria descobrir, né...? que era o segredo dele era o rosto dele, né? Descobriu o segredo dele acabou com o amor que ele tinha por eles... e acabou com o resto deles... acabou destruindo a vida deles, né...? Ou você, também, sustentar um segredo por muito tempo, né...? Acaba se auto-destruindo. Foi isso que eu entendi.”* Vemos aqui estabelecidos os dois pólos identificatórios da história: de um lado, a heroína, em sua busca trágica pela descoberta do segredo do Guerreiro; de outro, o herói, em sua opção auto-destrutiva pela manutenção de um segredo.

Os autores que trabalham a questão da narrativa geralmente atribuem grande importância ao herói. Sem ele não há narrativa. Savater (2001) evidencia que o narrador sempre conta a história do ponto de vista do herói, geralmente vitorioso, em razão da correção de suas escolhas. Em Joseph Campbell (1997) encontramos uma detalhada descrição do percurso do herói, destacando sua destinação à aventura (descoberta/crescimento), sem a qual sua existência seria vazia.

Mais uma vez recorrendo ao T.A.T., encontramos no modelo de interpretação postulado por Murray a ênfase na figura do herói. A análise do teste, em termos de conteúdo, inclui, entre outras questões, as motivações, fatores internos, traços do herói e a influência do ambiente sobre ele. A ênfase no herói deve-se à suposição de que o sujeito do teste se identificaria com ele, suposição questionada em outras propostas de interpretação do teste (ANZIEU, 1978).

Não pretendemos fornecer uma classificação distintiva de cada identificação dos entrevistados, mas percebemos que, dependendo da postura frente à temática, a ênfase na questão da curiosidade revela a proximidade com os conflitos da heroína, enquanto a preocupação com o vazio indica um interesse pelo destino do herói. Esses posicionamentos poderiam, inclusive, estabelecer-se em alternância.

A análise das entrevistas revela que a questão do segredo aparece como conteúdo percebido na história e como reação dos próprios entrevistados. Assim, o paciente 5 — que parecia estar dormindo quando entrei no quarto — revela que estava ouvindo a história, sem que ninguém percebesse, e diz: *“Eu ouvi a sua história e achei interessante”*. Não só achou interessante como, durante cerca de meia hora, discute amplamente a curiosidade da moça da história, fazendo correlações com sua própria forma de agir no mundo. Ele explica porque não se manifestou antes: *“É que eu tô anestesiado, né? então não pode levantar a cabeça... então fiquei sossegado. Mas eu ouvi sua história. Achei legalzinha. Meditei uma conclusão. A curiosidade da... da rainha pôs a perder toda a vida, a felicidade, o castelo, o marido, tudo. [...] muitas coisas a gente não pode agir com curiosidade com tudo aquilo que nos envolve, né? Tem coisas que a curiosidade é importante, mas tem coisas que... Porque ela quis, tanto insistiu em saber, que acabou por... decepcionou duas ou três vezes e, no fim, a curiosidade não saciada acabou por incendiar todo o castelo e perdeu toda a vida que ela tinha. [...] Ah, eu me peguei nesse ponto... a curiosidade foi a causa da perda de tudo.”*

Depois de idas e vindas, o paciente 5 fez a cirurgia que esperava. Ele explica seu problema dizendo:

“Na primeira cirurgia sofri muito e ainda ficou... Até que consultando um especialista ultimamente ele falou: “Olha isso aí tem que desmanchar tudo e fazer de novo, o sujeito fez errado”. Falei que podia ser, porque na época o INSS me deu dois médicos que eram ginecologistas pra fazer uma cirurgia desse porte, que não é o ramo deles. Eles são clínicos gerais, eles entendem assim, um pouco de tudo, só que, pra certos casos tem que ser um especialista da área, entendeu? Então não adianta entender de tudo. É que nem eu, eu sou mecânico, trabalhei na linha Ford muitos anos, aposentei... me especializei na linha Ford. Eu fui mecânico de ponta da linha Ford. Se eu tiver que mexer num carro Chevrolet, ou Fiat, ou Volks, mais ou menos conheço o que é um carro, mas existem ali detalhes que não são iguais. Parecem, mas existem diferenças, né? entre um e outro, que a gente não conhece... as medidas, as calibrações, as coisas... variam. Então não adianta eu querer pegar um carro de outra marca, que eu não conheço, que eu vou deixar o cliente aborrecido, não vou resolver o problema. É, mais ou menos, quase igual que ao acontecido. Que nem... hoje

existem especialistas, sabe, especialista mesmo de olho, especialista da parte do estômago, fígado, não sei o quê...e nessas áreas também existem os especialistas que é do ramo.”

A preocupação com a temática da curiosidade, muito mais do que com o vazio do Guerreiro, é evidenciada quando o paciente diz que: *“Porque no fim das contas, ninguém acabou vendo o rosto do homem, né? Acabou ficando um mistério. Porque... somente o... como se fosse uma moldura, né? os cabelo dele... por certo acabou se perdendo no fogo e ninguém ficou sabendo que jeito era e por que, enfim, que ele usava aquilo.”* Percebemos através dessa fala que o paciente não lembra do “vazio” constatado, ao final da história, como o segredo do Guerreiro.

Essa entrevista, cujos elementos não poderão ser abordados exaustivamente nesse momento, ilustra a questão da curiosidade da heroína como foco da atenção do entrevistado. O paciente 5 atribui à curiosidade da personagem da história a responsabilidade pela tragédia final, assim com atribui os resultados insatisfatórios de sua cirurgia anterior aos médicos que trabalharam com o que não conheciam.

Enquanto isso, o paciente 9 busca respostas para perguntas muito parecidas com a de nossa heroína: *“Legal, mas não dá pra saber o final... o rosto dele... tem que ver...”*, colocando-se, também, numa posição de querer saber. A paciente 10 está tão envolvida com a tentativa de descobrir o rosto do Guerreiro que, ao longo da história, até arrisca palpites sobre a próxima máscara: *“De ouro, dessa vez!”*.

Na discussão sobre o conto “O rosto atrás do rosto”, colocamos que Corso e Corso (2006) estabelecem uma relação da curiosidade com a curiosidade sexual, e, nos contos de fadas, essa curiosidade é retratada através do par *proibição-transgressão*. Em muitos desses contos, a personagem curiosa é uma mulher, fato também documentado em Bettelheim (2002), quando fala dos ciclos noivo-animal. Em suas análises dos contos de fadas, esses autores irão relatar esse tipo de curiosidade feminina como um processo de descoberta da sexualidade, com um conseqüente amadurecimento da personagem.

Em seus primeiros textos sobre a inibição intelectual, Melanie Klein (1923) apresenta a curiosidade, a vontade de saber, a *pulsão epistemofílica*, como relacionados aos primeiros investimentos sexuais do bebê. Assim, uma forte repressão resultaria numa inibição intelectual, e uma relação mais ou menos equilibrada traria como conseqüência um saudável interesse por novas descobertas. Posteriormente, Klein (1931) desenvolve estas idéias, ligando o desejo de conhecimento às primeiras explorações (na forma de ataques sádicos) feitas com relação ao corpo da mãe. Ela diz:

Da mesma maneira que o excesso de ansiedade ligado à destruição feita no corpo da mãe inibe a capacidade de ter uma *noção clara* de seu conteúdo, a ansiedade relacionada às coisas terríveis e perigosas que ocorrem dentro do corpo da própria criança também pode suspender toda investigação a seu respeito; esse é mais um fator na inibição intelectual. (KLEIN, 1931, p. 277)

Sendo assim, podemos pensar que os entrevistados que manifestaram interesse em descobrir os segredos/mistérios do rosto do Guerreiro, mantêm intacta sua capacidade simbólica e seu desejo de conhecimento. Essa é uma importante constatação, já que os danos corporais sofridos por esses pacientes colocariam em evidência a ansiedade com relação ao próprio corpo.

As pacientes 12 e 13 parecem demonstrar bem esse percurso. Mantêm a curiosidade com relação às revelações da história: “*A gente fica curiosa, agora. Qual era o defeito dele...*” (paciente 12). E, diante da minha recusa em fornecer respostas, encontram suas próprias soluções de forma mais ou menos tranqüila: “*Mas a gente fica na dúvida, depois fica perguntando, né?*” (paciente 12); “*A gente tem que imaginar depois, né? é verdade...*” (paciente 13).

O contato com a narrativa apresentou, ainda, outras dimensões. Encerrada a entrevista, o paciente 9 resolveu me mostrar seus ferimentos, o que acredito ter sido uma forma de me permitir uma maior interação, através de uma aproximação mais física, me fazendo testemunha de sua dor em níveis físico e psíquico. Depois de desligado o gravador, também a paciente 10 esteve disposta a uma maior abertura, contando-me outras histórias, inclusive sobre sua vida.

Nesta breve trajetória, buscamos analisar conjuntamente as questões subjetivas despertadas pelo contato com a história “O rosto atrás do rosto”. Os pacientes reagiram à narração de acordo com suas possibilidades, colocando, no espaço “vazio” oferecido pelo Guerreiro, suas próprias emoções e fantasias, ou fugindo como a personagem feminina do conto.

As capacidades mobilizadora e integradora das narrativas fantásticas utilizadas como instrumento de intervenção, já anunciadas em outros trabalhos, confirmam-se através das análises das entrevistas. Visível na resposta imediata dos pacientes 5, 8, 9, 10, 12, 13 e 14, inclusive na resposta intensa da paciente 2; na resposta inesperada da enfermeira, na entrevista com o paciente 14; na resposta complementar dos acompanhantes (embora a esposa do paciente 6 tenha tido uma participação mais protagonista do que complementar).

Como última reflexão, gostaríamos de lembrar a importância que a psicanálise atribui à capacidade de simbolizar. Melanie Klein (1930, p. 252) apresenta a capacidade de

simbolizar como determinante da relação do indivíduo com o mundo: “Desse modo, o simbolismo se torna a base não só de toda a fantasia e sublimação, mas também da relação do indivíduo com o mundo externo e com a realidade em geral.”

Outras questões surgiram a partir da análise das entrevistas. Essas questões contribuem para uma maior compreensão do entorno sócio-histórico da problemática de nossa pesquisa.

5.5. ESPAÇOS DAS HISTÓRIAS

Escola – Bom/Ruim

Ao perguntarmos, nas entrevistas, sobre o contato anterior com as histórias, muitos pacientes lembraram de ter esse contato na escola, durante seu período de formação. Para alguns, esses momentos foram lembrados como agradáveis, outros achavam as histórias uma opção melhor do que estudar matemática, por exemplo.

A paciente 1, quando eu pergunto se gostava de ouvir histórias na escola, diz: “*É, eu ouvi, tinha que ouvir, né?*” Já que ela disse que “tinha que ouvir”, perguntei se ela teria achado melhor não ter esses momentos: “*Não. Normal. Melhor ouvir história, às vezes, do que ficar... ficar escrevendo as coisas. [...] era melhor ficar ouvindo historinha lá do que fazer uma lição de matemática.*” Esse relato parece indicar a ausência de qualquer preocupação, por parte da escola, em proporcionar prazer no momento de contar histórias, caracterizando-o para o aluno apenas como uma alternativa frente à obrigatoriedade de fazer contas.

Em outra entrevista, o paciente 4 responde, sobre seu contato com histórias: “*Ah, difícil. Se quisesse uma história tinha que ler mesmo, né?*” Ele e o paciente 3 dizem que, mesmo na escola, o contato com a história seria apenas através da leitura. Na entrevista com a paciente 10, ela relata que ouvia, mas “*Só na escolinha, né?*”

Na entrevista, já discutida, com o paciente 8, a escola também é lembrada como local de apresentação aos contos. Esse paciente lembra, também, a forma de ensino de sua época, utilizando o castigo como disciplinador.

Através das falas dos pacientes, somos levados a questionar o sentido que as escolas atribuem à utilização das histórias em seu cotidiano. Alguns dos autores que

apresentamos, anteriormente, expõem a preocupação da relação entre os contos (e a literatura de forma geral) e as escolas (representantes do exercício pedagógico).

Em muitos autores (PALO E OLIVEIRA, 1986; CADEMARTORI, 1986; RADINO, 2003; CORSO E CORSO, 2006), vemos um questionamento da função pedagógica atribuída à literatura “infantil”. Designada para as crianças, ela deve buscar desvencilhar-se de comprometimentos que acabem por direcioná-la, tão somente, à imposição das ideologias dominantes dos adultos.

Além dessas questões, vemos, subjacente à forma como é produzida e distribuída a literatura “infantil”, uma concepção da criança principalmente, mas também do jovem, como capazes de apreciar apenas uma leitura mais “simples”. Subestimar a competência das crianças em compreender determinados textos pode levar a uma produção árida, em forma e conteúdo, dos textos destinados às crianças (CUNHA, 1997).

Já em 1924, Benjamin alerta para o preconceito, segundo o qual as crianças seriam tão diferentes dos adultos, que livros destinados a distraí-las deveriam ser particularmente inventivos. Segundo o autor, a preocupação dos pedagogos em produzir objetos destinados às crianças não atenta para o fato de que estas encontram no mundo seus próprios interesses. Acrescente-se a isso o fato de que, para a indústria cultural capitalista, a criança é uma receptora passiva (CONDE, 2005).

A consequência imediata do que discutimos aqui é uma apresentação dos contos que os tornam cansativos e vazios. A preocupação com essa realidade aparece em Glória Radino (2003). No processo de racionalização do uso dos contos, perde-se seu caráter mais essencial. Através de pesquisa sobre as práticas dos professores com relação ao momento de contar histórias, a autora pôde perceber que,

Utilizar os contos de fadas como subsídios pedagógicos serve justamente para nivelar a fantasia infantil. Transformados em tarefas escolares, eles perdem sua função lúdica e estética e impedem que as emoções sejam vivenciadas. Ao mesmo tempo, acredita-se que impulsos mais primitivos podem ser aprisionados e impedidos de se manifestarem quando são transformados em números, cores e letras. (RADINO, 2003, p. 213)

A esperança numa conscientização mantém-se firme, mas depende de uma transformação da escola e do professor. O filho de quatro anos do paciente 14 solicita as histórias em casa, mas a mãe explica que é um hábito cultivado, também, através da escola: *“É... é que lá na UNESP tem a creche, né? Então incentiva bastante a leitura. Então chega em casa, fala: ‘Mãe, lê pra mim...’ . Aí você lê uma vez, ele quer que leia de novo, fica lendo,*

lendo, lendo, até enjoar.” Percebemos, aqui, a existência de um esforço de utilização e apresentação do conto, à criança, de forma diferenciada. O cuidado na preparação desse espaço se reflete em resultados como esse, em que vemos que, efetivamente, a criança pôde transpor as portas da instituição levando consigo não só um hábito de convivência com as histórias, mas a possibilidade de usufruir delas. Por outro lado, os pais também acreditam na importância dessas atividades, podendo responder às demandas do filho.

Histórias e filmes

Uma conclusão, obtida da análise das entrevistas, foi que os entrevistados estiveram muito mais aptos a relacionar a história “O rosto atrás do rosto” a filmes assistidos do que a outras histórias ouvidas ou lidas.

Em diversas versões, vimos surgir um “Homem da Máscara de Ferro”/“Guerreiro Mascarado”, que em alguns momentos recebeu a identidade do ator hollywoodiano Leonardo Di Caprio, em outros de Tom Cruise. Também não houve consenso quanto ao enredo exato do filme.

Uma abordagem sociológica se torna inevitável, quando lembramos que Walter Benjamin (1936) já diagnosticava o fim da arte de contar. As condições para a arte de contar seriam: experiência comum entre narrador e ouvinte, impossibilitada hoje pela distância entre gerações, devido à aceleração do ritmo de vida; trabalho artesanal sobre a voz e a palavra, abandonado na sociedade moderna; sabedoria prática adquirida pelo compartilhamento da experiência, inútil num mundo com indivíduos isolados.

Com relação ao cinema, Benjamin (1935/1936) destaca o triunfo do ator sobre os aparelhos de filmagem, um triunfo que é compartilhado pelos espectadores, através da afirmação de sua humanidade. Entretanto, o cinema estaria submetido à reprodutibilidade, e a reprodução técnica traz o risco da perda de sua autenticidade, da sua história. Desse modo, Benjamin afirma que

A autenticidade de uma coisa é a quintessência de tudo o que foi transmitido pela tradição, a partir de sua origem, desde sua duração material até o seu testemunho histórico. Como este depende da materialidade da obra, quando ela se esquia do homem através de sua reprodução, também o testemunho se perde. (BENJAMIN, 1935/1936, p. 168)

O risco da perda da autenticidade parece vir confirmando-se desde a época em que Benjamin escreve. Em nossos dias, Bauman (1997, p. 130) já pode escrever: “O que conta, afinal, é o número de cópias vendidas, não o que está sendo copiado.”

A predominância dos filmes frente às outras formas de produção artística responde, portanto, às exigências de uma sociedade em que a imagem tem mais força, originada de sua reprodutibilidade.

Creditamos alto valor às contribuições dos autores citados para a compreensão do assunto, mas não podemos fechar os olhos, ou melhor, deixar de ouvir o inconsciente que se manifesta. A esposa do paciente 14 justifica uma abordagem psicanalítica quando diz “*Ah, tem aquela história do ‘Homem da Máscara de Ferro’, lá.*” Seu marido completa: “*É... Só cheguei a assistir aquela com o Leonardo Di Caprio, só...*”. A esposa conclui: “*Mas ele era bonito... (risos). [...] Ele era bem bonito...*”. O “vazio” fica, então, belamente preenchido.

Analisando os monstros criados por Howard Lovecraft, autor de literatura de horror, Marcus Teixeira (1998) aponta a angústia provocada pela ausência de uma descrição direta das criaturas que acoçam os personagens. Ele diz:

Em resumo, *não sabemos* como são os monstros lovecraftianos. Para o leitor contemporâneo, sedado pelos clichês hollywoodianos do horror explícito, a experiência pode ser desconcertante. Nada de garras, nada de presas, nada de gosma, etc. Lovecraft é o escritor do horror indizível, inefável, do terror sempre velado. (TEIXEIRA, 1998, p. 23)

Em referência à produção cinematográfica, Jorge (1988) também destaca a capacidade aterrorizante do horror que é menos “apresentado” e mais “sugerido”.

A paciente 1 nos traz esclarecimentos a esse respeito. Ela diz que prefere assistir filmes a ler, e explica porque: “*Ah, porque... foi melhor porque a gente tá vendo, né? Tá vendo os personagens.*” Assim, o cinema hollywoodiano surge como opção confortável, diante do confronto com o indizível e irrepresentável de um rosto “vazio”.

Histórias e histórias – Religiosas, para crianças, etc...

O que os entrevistados revelaram a respeito de seu contato anterior com o mundo das histórias também revelou um sentido de diferenciação entre a história trazida por mim e todas as outras histórias que já tinham visto.

Diante da minha pergunta sobre alguma experiência anterior de contato com histórias, os pacientes que tiveram algum contato geralmente deram respostas no modelo do

paciente 4: *“Assim não.”* O paciente 5, com quem conversei ao mesmo tempo que com os pacientes 3 e 4, diz: *“É... Eu gosto de ler. Eu gosto muito de ler assim, história. Só que essa história que você contou aí, é uma história, assim, ela tem alguma coisa diferente.”* O paciente 6 diz: *“Não. Não ouvi, não”*, e quando pergunto se, mesmo quando criança, ele nunca tinha tido contato com histórias, ele diz: *“Ah... historinha, né? bobagem, história de criança... Já ouvi, sim.”*

Percebemos, então, que os entrevistados fazem uma diferenciação entre a história contada por mim e as outras. Algumas descrições que surgem são: as “histórias religiosas”, as “histórias de crianças”, “histórias de terror”, “histórias de aventura”, “histórias de milagres”, “histórias populares” (assombração, saci...), de Pedro Malazarte, de Barnabé, poesias, contos de fadas...

Mesmo com toda essa variedade de histórias ouvidas, contadas, lidas, assistidas, as respostas dos entrevistados quando pergunto se já tinham tido contato com alguma história é: *“Eu não. Assim, não. [...] Ah, eu já escutei muitas histórias, já, sim, mas... assim não.”* (paciente 9).

Ao longo de todo o texto de Alessandra Giordano (2007) sobre o contar histórias, percebemos a concepção da importância desse ato, inclusive — ou principalmente — nos períodos da infância. Essa valorização parece ausente na maioria dos relatos de nossos entrevistados.

A fala do paciente 6 nos indica a diferença entre a história ouvida naquele momento e as outras histórias: *“É. Tem uma coisa por trás, né?”* A paciente 13 nos traz uma fala parecida: *“É, é bem diferente. Que essas outras parece que são mais de criancinha, né? Agora essa uma já não, né?”* Como podemos ver, não existe a concepção de que as outras histórias na vida deles tivessem “algo por trás”. Fica subentendida uma inferioridade de umas em relação às outras. Há uma valorização somente quando uma autoridade (no sentido de representar um saber instituído) aparece com uma história que faz parte de uma pesquisa.

O paciente 14 se reconhece enquanto portador de um saber, quando é valorizado seu conhecimento, proporcionado pela avó, das histórias de Pedro Malazarte e Barnabé. Ele percebe uma importante perda quando fala da ausência desses momentos em sua vida, por exemplo, com os filhos: *“Hoje em dia ninguém se reúne mais pra contar história. Todo mundo senta na frente à televisão e fica lá, assistindo televisão, ninguém nem conversa...”*.

A importância da participação das histórias na vida das crianças é relatada, autobiograficamente, por Maria Rita Kehl:

Histórias fantásticas e personagens inverossímeis participam da vida de uma criança com tanta intensidade e verdade quanto os da vida dita “real” — às vezes até mais, já que na vida real as coisas não fazem tanto sentido, pessoas e acontecimentos costumam ser mais chatos, mais lentos que nos livros. (KEHL, 1998, p. 138)

A história narrada aos nossos entrevistados apresenta, indiscutivelmente, uma grande densidade de conteúdos. A minha presença, enquanto autoridade que validava o que era contado, fazia os entrevistados se interrogarem com relação ao que tinham ouvido. Suas histórias de infância, cuja importância havia sido retrospectivamente diminuída, pareciam não ter nenhum valor, em comparação com a que eu contava.

Se, ao chegar à vida adulta, esquecemos a importância das histórias de nossa avó, e perdemos a dimensão do afeto que permeava esse momento, talvez precisemos de alguém que pergunte sobre eles. E, perguntando, nos faça resgatar a memória dos momentos que formaram nossa identidade ou, no mínimo, nos trouxeram tanto prazer.

Adultos contando histórias/crianças contando histórias

Encontramos, em nossas entrevistas, relatos dos momentos de contar histórias, compartilhados por pais, avós, filhos, netos... Alguns seguem um padrão tradicional, em que os adultos contam e as crianças escutam.

O paciente 14, sobre o qual já falamos, é um exemplo: *“Era, minha avó que contava... pra gente... A gente se reunia lá... Hoje em dia ninguém se reúne mais pra contar história. Todo mundo senta na frente à televisão e fica lá, assistindo televisão, ninguém nem conversa... Antigamente a gente sentava na casa da minha avó... era chá com bolinho e ela contava umas histórias do Pedro Malazarte pra gente... Juntava todos os netos lá dentro e ficava contando história pra gente.”*

Também percebemos essa dinâmica nos relatos do paciente 9 sobre as histórias contadas por seus avós: *“Quando... que nem a vó, o vô, assim, os mais antigos começam a contar, né? do que é que acontecia na época deles, que tinha isso, tinha aquilo, tinha assombração, tinha não sei o quê... lobisomem... Mas é... tudo fábula, também, né?”*

Em outros casos, os entrevistados relatam uma experiência de verdadeiro compartilhar das histórias: os adultos contam, as crianças ouvem; mas as crianças também contam, e os adultos é que ouvem! A paciente 13 diz: *“Eu, no caso, pras minhas sobrinhas. Eu não tenho filhos, mas tenho sobrinhas. Tem uma historinha da Chapeuzinho Vermelho... Até tem uma menorzinha, ela diz que adora ouvir história, e contar também... Nossa, ela sabe*

contar, a do Chapeuzinho Vermelho! [...] Ela vai fazer quatro anos, agora em agosto. Ela conta do Chapeuzinho Vermelho, João e Maria... Que ela entrou na escola agora, nossa, aí ela conta tudo, a história inteira ela sabe contar.” Percebemos no tom da paciente carinho por esses momentos junto com as sobrinhas, e uma satisfação mesclada com surpresa, com relação às façanhas da sobrinha de quatro anos.

A paciente 11 também relata uma relação parecida com sua filha de oito anos: *“Ah, eu conto... Ela conta pra mim, agora que ela sabe ler... [...] É. Depois que ela aprendeu a ler, ela conta mais pra mim.”*

Essas falas sugerem a percepção de que o momento de contar histórias permite uma troca entre ouvinte e contador. As técnicas e formalizações são deixadas de lado, em proveito de uma relação mais relaxada, que dá abertura para a criança se colocar como sujeito, narrando sua própria história (na forma de uma história).

Embora o modelo de que participava o paciente 14, sem dúvida proporcionasse os efeitos de uma boa “contação de histórias”, o modelo exposto pelas pacientes 11 e 13 depõe a favor de uma compreensão privilegiada da infância. Assim, as crianças são vistas como narradores de sua própria história, formando não só sua capacidade cognitiva e social, mas a capacidade de dizer sobre seus afetos e de confiar naquele adulto como depositário desses dizeres.

Leda Barone (2004) fala das narrativas como solução para atingir a integração de um paciente. A autora traz o relato de seu trabalho com um paciente (Marcel), através da utilização da fábula de Esopo, *A formiga e a pomba*. De um estado de caos e impossibilidade de mediação simbólica, Marcel conquista a possibilidade de produzir, com distanciamento, sua própria narrativa.

O ato de narrar também é enfocado em sua fertilidade de sentidos: constituindo-se em um convite, a narrativa jamais se explica e jamais se conclui (KLOCZAK, 2004).

Percebemos que essa compreensão de que todos podem contar histórias não está presente em todos os entrevistados. No que se refere à minha presença contando histórias, por exemplo, houve ocasiões de surpresa com relação à minha idade: *“É ao contrário, uma criança contando uma história para um adulto, né? Veja bem, são coisas completamente diferentes. Que normalmente o adulto é quem... aguça a imaginação da criança. Agora é uma criança... não que você seja uma criança... um jovem com potencial de vim, e despertar o adulto para pensar e entender uma coisa que ele já tinha que falar.”*

A minha atividade, portanto, parecia estar se desviando das expectativas sobre o contar histórias. Ao mesmo tempo, os entrevistados vivenciaram a possibilidade de se colocar

como narradores, enquanto eu me tornava a ouvinte de suas histórias. Com a paciente 10, cheguei a ouvir, mesmo, uma história. Depois de encerrada a entrevista, enquanto eu me despedia, a paciente começou a conversar, e, dizendo que agora ela é que iria me contar uma história, contou uma história de sua cidade natal.

Esses efeitos estão relacionados à postura psicanalítica assumida em todos os momentos da pesquisa, especialmente nas entrevistas realizadas, levando à confirmação do que diz Tanis (2004, p. 86): “Há algo no método psicanalítico que quando opera, traz à luz, revela; ele possui um efeito disruptor no campo do sentido comum, possibilitando novas significações, resgatando a polissemia da linguagem e das experiências emocionais.”

Como podemos ver, a discussão anterior, sobre as classificações que trazem um juízo de valor sobre as histórias, anuncia a discussão que realizamos agora. Valorizar a fala das crianças é uma atitude que envolve escutá-las. Valorizar esses pacientes, portanto, também envolveu escutá-los, tornando possível a produção e transmissão de idéias e de afetos.

5.6. EXPERIÊNCIAS DA HOSPITALIZAÇÃO

Pacientes, acompanhantes e enfermeiros

Durante os anos em que frequentei a Santa Casa, como contadora de histórias, as atividades eram realizadas com os pacientes em seus próprios leitos, a não ser que as condições externas fossem propícias a reunir um número maior de pacientes em determinado local do hospital. Essa prática anterior me permitiu pensar a realização dessa pesquisa também com os pacientes em seus próprios leitos, mesmo que no quarto houvesse mais de um paciente internado.

Esse tipo de inserção no local possibilitou uma visão privilegiada das relações humanas que se desencadeiam no hospital. Assim, constatamos que as figuras dos enfermeiros, do paciente, e dos acompanhantes, formam o quadro geral comumente encontrado nesse ambiente. A interação entre esses três grupos é tão intensa que permeou, inevitavelmente, as entrevistas realizadas.

A entrevista realizada com o paciente 14 é o melhor retrato dessa realidade. Durante essa entrevista conversamos com apenas um paciente, mas havia um movimento de entrada e saída de pacientes no quarto, razão pela qual uma enfermeira estava presente, trocando os lençóis em um dos leitos. Percebi que essa troca estava bastante demorada, mas continuei contando a história. A surpresa fica por conta de que, no final da história, enquanto o paciente ainda tentava encontrar algo para dizer, a enfermeira se manifesta: *“Eu fiquei curiosa pra saber o que é que tinha por trás da máscara...”*.

A partir daí, a enfermeira conquista um espaço na entrevista, até que precisa sair para retomar suas atividades. A influência é tão forte que, depois da participação da enfermeira, o paciente passa a se sentir mais à vontade para conversar comigo.

A enfermeira sai, mas a conversa com o paciente continua. Pergunto sobre seu contato anterior com histórias, então a acompanhante (esposa) do paciente diz: *“Ah, tem aquela história do ‘Homem da Máscara de Ferro’, lá.”*

Mais do que interferências na entrevista, consideramos esses momentos muito especiais, por desvendar de forma explícita a dinâmica dos grupos que circulam constantemente no hospital.

No caso da internação de pacientes adultos, ainda precisamos enfatizar sua necessidade da presença de um acompanhante, especialmente para aqueles que não dimensionam as dificuldades do paciente em lidar com essa ausência.

Perguntei ao paciente 9 se ele estava sempre acompanhado, sua resposta foi: *“Agora minha vó tá, mas não é o tempo todo não, costuma mais vir de noite. Das seis horas até... o outro dia. Aí de dia eu fico sozinho, depois vem. De tarde, principalmente.”* O tom queixoso do paciente denuncia que esta situação é sentida como insatisfatória.

Ainda na entrevista com o paciente 9, vemos a avó dar “dicas” para responder corretamente às perguntas sobre o que ele achou da história: *“Ai, ai... cuidado...”*. É o mesmo tipo de observação feita pela esposa do paciente 6: *“Você não está pensando...”*.

No caso da paciente 11, há uma forte dependência em relação à acompanhante, a ponto de que toda informação passada para mim tinha que ser confirmada, antes, pela acompanhante: *“Fiquei internada aqui uma semana, né?”*. A acompanhante da paciente 10 também participa da entrevista, fazendo provocações à jovem, brincando.

Exclui-se qualquer possibilidade de pensar que, para o paciente adulto, tanto faz ter ou não algum acompanhante.

As relações entre os pacientes também puderam ser observadas. Em uma das entrevistas, conversamos com as pacientes 12 e 13. Tendo chegado no mesmo dia, e estando

em leitos próximos, as pacientes revelaram, através da entrevista, grande interação. Dialogando e trocando opiniões ao longo da entrevista, percebemos que uma fazia companhia à outra, na ausência de acompanhantes para qualquer uma das duas.

A respeito da presença de outros pacientes no quarto, o paciente 9 diz: “*Normal... às vezes até ajuda, né? porque uns que andam, uns que tá melhor, assim, ajuda a gente... pega água, abaixa, ergue a cama...*”. De acordo com a experiência de Léa Mohallem e Elaine de Souza (2000), alguns pacientes buscam “enganar” uma demanda de amor com a satisfação de necessidades, na forma dos pedidos de “água”, “comida”, etc.

Pensando dessa forma, podemos imaginar que os auxílios prestados entre os pacientes representam, também, uma atenção, uma oferta de amor. Isso ocorre especialmente — embora não exclusivamente, já que os pacientes compartilham uma condição que os aproxima emocionalmente — na ausência dos acompanhantes, que são os entes queridos de quem essa oferta de amor partiria de forma ainda mais espontânea.

Temos, por fim, os enfermeiros. Eles são os principais representantes do saber médico presentes no contexto hospitalar, já que os médicos não estão constantemente junto aos pacientes internados. Esse contato íntimo e constante provoca diversas reações por parte dos profissionais.

Alguns podem recorrer a uma idealização de sua profissão, como a enfermeira com quem conversamos durante a entrevista com o paciente 14. Essa enfermeira percebe, na história ouvida, uma relação com seu trabalho no hospital: “*É. Igual à minha profissão. Eu cuido aqui sem olhar rosto. [...] Nem passado, nem presente... nem...*”. Um olhar atento sobre a origem da enfermagem nos leva às primeiras organizações hospitalares, se podemos chamá-las assim. Segundo Antunes (1991), esses primeiros protótipos dos hospitais teriam sido criados pela Igreja Católica para assistência aos necessitados da caridade cristã. Podemos ver assim, na fala dessa enfermeira, resquícios da ideologia monástica que, depois de deixar o exercício da “arte da cura”, limitou-se à assistência espiritual dos doentes e à execução das tarefas de enfermagem, firmando seus fundamentos.

Embora consideremos louvável a atitude da enfermeira, precisamos lembrar os riscos de uma exacerbação do “cuidar sem olhar passado, presente...”. Essa postura encontra-se muito próxima daquela relatada por Terezinha Campos (1995, p.28): “Em geral, o relacionamento dos profissionais de saúde não é com a pessoa em si, mas sim com aquilo que tem ou sofre.”

Outros profissionais sentiam dores de cabeça durante seu trabalho. Vemos aí a ironia de trabalhar para a manutenção da saúde de outros enquanto a sua própria está prejudicada.

Terezinha Campos (1995) destaca como papel do psicólogo no hospital, apoiar a equipe de profissionais, no sentido de capacitá-la para um atendimento mais cuidadoso ao paciente. O apoio do psicólogo incluiria a assistência psicológica, quando necessária, já que é comum o desgaste e o surgimento de questões emocionais nos profissionais que trabalham com o paciente.

Qualquer projeto de intervenção no ambiente hospitalar que se pretenda eficaz deve levar em conta, obrigatoriamente, as relações entre os diferentes grupos humanos que compõem o cenário de internação hospitalar. Nesse sentido, Maria Tereza Granha (2000) destaca a necessidade de que o psicólogo — ou, no caso específico descrito pela autora, o psicanalista — no hospital geral, realize seu trabalho contemplando as três vertentes: Paciente/Família e Equipe.

Esperando os médicos: desconhecimento sobre a doença/tratamento

Nas vezes em que a figura do médico esteve presente nos relatos dos pacientes ou nas situações presenciadas durante a inserção no hospital, no contexto e momento específicos desta pesquisa, o médico foi apresentado como profissional desinteressado e propenso a cometer erros no tratamento de seus pacientes.

Embora reconheçamos nestes fatos importantes indicadores da condição em que é exercida a medicina nesse ambiente, precisamos fazer uma ressalva: na maioria das entrevistas, os pacientes não mencionaram os médicos, o que pode sugerir a satisfação com o tratamento. Encontramos, durante as entrevistas, apenas um médico. Sua atitude, portanto, não deve servir de parâmetro aos demais colegas de profissão.

O paciente 5 conta-nos sobre a cirurgia que motivou sua internação: *“Essa cirurgia... quando eu tinha exatamente vinte e nove anos, a idade daquele moço lá (apontou o paciente 4), eu passei por uma cirurgia dessa. Só que na época o sistema era um pouco antiquado, complicado, e... sei lá... então nunca ficou bom. E eu sofri seqüelas dessa cirurgia durante toda a vida. Sofri muito. E eu tinha medo de voltar a passar por uma cirurgia desse tipo. Até que, agora, atualmente, cheguei à conclusão de que não adianta sofrer tanto... então, entregar pra fazer uma nova cirurgia... hoje os médicos são outros, né? mais modernos... [...] Na primeira cirurgia sofri muito e ainda ficou... Até que consultando um*

especialista ultimamente ele falou: ‘Olha isso aí tem que desmanchar tudo e fazer de novo, o sujeito fez errado’.”

No caso da paciente 7, temos uma cirurgia na perna, que ficou torta. Completando a situação de incompetência, temos o descaso do médico que passa pelos leitos para, supostamente, “visitar” os pacientes, mas não os vê nem os ouve, como descrevemos anteriormente.

São válidas para os médicos as observações que fizemos anteriormente sobre a atitude dos profissionais de enfermagem: a ignorância a respeito do indivíduo, sabendo apenas da doença. Uma das conseqüências dessa visão limitada é o recorte do indivíduo em diversos “pedaços”, cabendo a cada tipo de profissional um desses “pedacinhos”. Cabe aqui refletir com Joel Birman, quando diz que

[...] o corpo-organismo foi colonizado pela medicina e o psiquismo desencarnado foi entregue à psicanálise. Dessa maneira, o sujeito foi repartido entre os saberes e as práticas clínicas, para o prejuízo não apenas da psicanálise, mas principalmente das subjetividades sofredoras. (BIRMAN, 2001, p. 58)

Pretendemos enfatizar, aqui, o “prejuízo das subjetividades sofredoras”. Os pacientes se vêem obrigados a acorrer ao psicólogo/psicanalista, se quiserem ter suas subjetividades consideradas. Apesar de concordarmos com a importância e, mais do que isso, com a necessidade urgente, do psicólogo no hospital, devemos sugerir cautela quando ocorrer essa inserção. Assumir o papel de trabalhar, sozinho, pela sobrevivência do paciente enquanto sujeito é uma atitude arrogante e inconseqüente, que não contemplará a necessidade do paciente de ser tratado como um indivíduo completo.

Autores como as já citadas Granha (2000) e Campos (1995) apontam a necessidade do psicólogo/psicanalista enquanto membro de uma equipe, responsável por contribuir com a capacitação dos demais profissionais, fazendo circular o discurso da psicanálise: reconhecer o paciente como sujeito.

Percebemos, também, a situação de submissão e ignorância em que é mantido o paciente.

O paciente 8 teve dificuldade em lembrar qual seu problema. Embora ele dissesse que o problema era no pâncreas, as decisões em relação ao seu tratamento não estavam tomadas, e, seguindo o que já havia sido denunciado por Campos (1995), o paciente não participaria dessas decisões: “*Eu tô em tratamento e eu tô esperando a decisão dos médicos aí, pra... operar né?*” Pergunto ao paciente se ele irá mesmo ser operado, e ele responde:

“Então... como eles tão fazendo aí um... acho que o médico falou com a assistente social, acho que tá combinando com ela pra dar um encaminhamento pra fora, né...? pra onde, eu não sei ainda, né?” Sobre a operação acontecer na própria Santa Casa, o paciente diz: *“É, uma hora eles falam que sim, outra hora fala que não. Então não sei. Com certeza, não... Eu acho que não, né...?”*

Vemos, portanto, que o saber sobre a doença e, conseqüentemente, sobre o paciente, pertence ao médico. Sobre a alienação do paciente no processo de diagnóstico e tratamento, Antunes diz:

O diagnóstico é, portanto, uma interpretação sobre o doente que lhe é exterior, e que interfere sobre si de modo mais ou menos incisivo e vigoroso, de acordo com critérios que escapam à sua compreensão. A terapêutica, por sua vez, é também um processo invasivo, que consiste basicamente em prescrições e proscricões. Deve-se fazer isso, não se pode fazer aquilo. Ao atravessar a terapêutica, o paciente não é senhor de si mesmo, e deve seguir inúmeras recomendações que lhe são exteriores. (ANTUNES, 1991, p. 164)

Como conseqüência, o paciente sente-se incapaz de dizer sobre sua doença e sobre si mesmo. Quando perguntada sobre o motivo de sua internação, a paciente 13 diz: *“Ah, eu como não sei falar o nome certinho, prefiro não falar.”*

O paciente no ambiente hospitalar

Depois de discutirmos a submissão do paciente ao saber médico, ainda precisamos insistir sobre os efeitos dessa submissão na medida em que isso se estende a todo o espaço hospitalar.

O ambiente torna-se ansiógeno, principalmente para os pacientes que esperam o momento de sua cirurgia. O jejum pelo qual o paciente precisa passar torna-se um problema nos casos de atraso da intervenção cirúrgica, como constatamos no caso da paciente 12, que diz sobre o dia de sua cirurgia: *“Não, amanhã. Hoje já suspendeu, já.”* O sono também é afetado, o paciente 5 relata sua experiência com as cirurgias: *“Eu sei o que ele tá passando. Eu também passei por isso umas duas ou três vezes que eu fiquei internado, em jejum, aquela ansiedade pra fazer a cirurgia, e não dava certo, passava pra outro dia, no outro dia não dava certo... Então a gente fica naquele jejum, não dorme direito, não come direito, porque a ansiedade sempre... por mais simples que seja, sempre atrapalha, assim, aquela descontração que a gente tem quando está na casa da gente em paz, né? Você dorme tranqüilo, come à*

vontade... tudo. E aqui, nessa fase que ele tá, eu passei por isso. Eu sofri também, assim; não dorme, não come direito, fica aquela ansiedade.”

A psicologia vem sendo pensada como participante no processo de cuidado a esses pacientes que passam por intervenção cirúrgica. Sebastiani e Maia afirmam que:

O psicólogo deve atuar com o objetivo de minimizar a angústia e ansiedade do paciente, favorecendo a expressão dos sentimentos e auxiliando na compreensão da situação vivenciada, proporcionando também, um clima de confiança entre o paciente e equipe de saúde, e facilitando a verbalização das fantasias advindas do processo cirúrgico. (SEBASTIANI; MAIA, 2005, p. 54)

Antunes também discute o impacto da submissão à internação, enquanto exercício do poder médico. A cidadania do paciente entra em suspensão, já que ele apenas “sofre” a ação terapêutica. A respeito disso, esse autor diz que,

Logo ao ingressar no hospital, o doente que se dispõe a ser “paciente” é convocado à supressão instantânea e voluntária de sua intimidade. Além da ruptura com o cotidiano, o internamento implica, de imediato, uma primeira medida com o propósito de preparação da terapêutica: a expropriação do *corpo doente do doente*. Este cede lugar àquilo que se poderia chamar o *corpo doente do médico*. (ANTUNES, 1991, p. 163-164)

A devolução dos corpos também está subordinada à autorização da instituição:

Ao ser estabelecido como o alvo da intervenção médico-hospitalar, a cura passou a ser objeto de um esforço alheio ao enfermo, cuja obtenção, no entanto, precisa movê-lo inexoravelmente, e até cultivar sua adesão voluntária. A devolução dos corpos aos seus próprios donos depende do reconhecimento institucional da cura, único atestado que pode permitir aos ex-pacientes arcarem novamente com seu *status* de cidadão, abalado primeiro pela doença e segundo pelo internamento. (ANTUNES, 1991, p. 165)

Essa situação de suspensão da cidadania do paciente, e, em última instância, de qualquer poder decisório aparece caracterizada pelos momentos de entrada e saída dos profissionais de saúde dos quartos, independente de qualquer autorização. Não pretendemos aqui questionar a necessidade do livre acesso por parte daqueles que, afinal, zelam pelo bem-estar dos pacientes. Mas por que, então, os quartos particulares (individuais) mantêm suas portas fechadas?

A frase do paciente 5 caracteriza bem a expectativa dos pacientes: *“Eu pensei noutra coisa... pelo menos essa daí não veio espetar ninguém, né?”*

Espaços da psicologia

Escutamos muitos pacientes dizerem que não tinham ninguém para conversar e nada para fazer. Alguns pacientes continuavam conversando comigo mesmo depois de encerrada a entrevista, contando sobre sua vida, mostrando seus ferimentos.

Outro tipo de “demandas inespecíficas” diz respeito aos pedidos a mim dirigidos, enquanto pessoa tida como portadora de um saber (especificamente o saber “psi” – psicóloga). Uma acompanhante me pediu auxílio para “controlar/acalmar” a paciente que não queria ficar “quieta”; outra pediu ajuda para compreender a insônia com a qual sofria há vinte anos.

Podemos ler essas afirmações de acordo com as colocações de Marisa Decat de Moura (2000) sobre as demandas inespecíficas a que o psicanalista é convocado a atender no hospital. A partir dessas demandas, a ação do psicanalista é no sentido de provocar o surgimento do sujeito. A autora explica as características dessa escuta quando diz que: “A presença desse saber inapreensível, que não se formula em palavras, mas apresenta o segredo de cada subjetividade, sendo inerente à experiência analítica, ‘se presentifica’ com a escuta do analista” (MOURA, 2000, p. 14). Mais adiante, Moura conclui: “E para isso, o psicanalista, sem medo de perder o lugar que lhe é devido, pode escutar pacientes, familiares e profissionais, sabendo que a palavra pode ajudar o ser falante a suportar melhor a condição humana” (MOURA, 2000, p. 14).

A experiência de ouvir uma história, assim como a própria experiência da entrevista, foi vivida como possibilidade de distração (momento lúdico) dos pacientes, aliada ao momento em que alguém está presente para ouvir.

O paciente 4 diz sobre a dificuldade de “passar hora” no hospital: *“Muito. Muito difícil...”*. A fala do paciente 8 é ainda mais completa: *“Não, gostei... sabe, a experiência, é o seguinte... se não sair tudo ao contrário depois... (risos) A experiência é bom, porque a pessoa tá num lugar desse, a pessoa vem, conta uma historinha, tal, como é que vai... uma coisa que quando a gente tá meio triste, parece que alivia um pouco, ilumina bem, né? É como o sol, que tá tudo nublado, como ontem e hoje, tá assim. [...] É, é como se fosse, né? É importante, isso é muito importante, né? E eu acho que tinha que ter mais gente, sabe, pra*

fazer como você faz. Como você tá fazendo agora... entrevista com a pessoa. Pra ver o que é que a pessoa acha, o que é que não acha disso, que nem você fez agora comigo, né...?”

Nas entrevistas em que haviam outros pacientes presentes, além daqueles entrevistados, a história teve um campo de atuação ainda maior. As pacientes 12 e 13 dizem: *“É uma boa, né? Nós não temos nada pra fazer aqui... Vamos escutar uma história... Todo mundo ouviu...”* (paciente 12); *“É verdade, todo mundo prestou atenção”* (paciente 13); *“Todo mundo ouviu.”* (paciente 12); *“Você conseguiu pegar nossa atenção, né?”* (paciente 13).

E, retomando a discussão sobre a importância dos acompanhantes dos pacientes, a esposa do paciente 14 também diz o que achou da experiência: *“Legal. Pode voltar amanhã, com outra historinha pra nós... (risos) Traz uma pipoca...”*

Há espaço para muitos modelos de intervenção. A paciente 10 diz por que gostou da experiência de me ouvir contar uma história: *“Ah, porque distrai a gente um pouquinho, né? uma pessoa diferente... conversar com a gente.”* Sua acompanhante sugere: *“Tem que fazer igual aos hospitais de São Paulo... Vir bastante visitante, tudo vestido de palhaço... pra brincar com os pacientes, com os doentes, né...?”*, mas a paciente se opõe, dizendo que não gosta de palhaços: *“História eu gosto. Eu gostei de ouvir história.”* Quando ela diz que não gosta dos palhaços porque *“passou da época”*, pergunto se não passou da época, também, das histórias. Ela diz: *“Não... História a gente vive, né? a gente vive uma história. Cada um vive uma história...”*. A partir destes depoimentos, percebemos que uma variedade maior de projetos tem mais possibilidades de atingir os pacientes, proporcionando uma internação mais amena e vivida como um momento menos solitário.

A discussão sobre as histórias como possibilidade de intervenção no hospital poderia ter sido colocada no nosso segundo tópico temático. O hospital também surge como espaço das histórias, espaço esse já ocupado por alguns grupos de contadores espalhados pelo país. Esses grupos, entretanto, têm diversos tipos de organização estrutural, e vemos a psicologia como privilegiada, no sentido de oferecer ao paciente a possibilidade de ouvir a história e de ser ouvido através de uma *escuta* profissional diferenciada. Assim, colocamos as histórias no hospital como um possível espaço da psicologia, embora outros também possam ocupá-lo.

Surgiram demandas por parte, também, das equipes de enfermagem, confirmando a importância da atenção com relação a esses profissionais.

O contato com as equipes de enfermagem possui um ritmo muito específico. Nos primeiros dias, me sentia uma intrusa. Elas me destinavam um tratamento marcado pela

condescendência, com uma tolerância pela pesquisa que eu pretendia realizar. Aos poucos, depois de idas seguidas ao hospital, elas pareciam muito mais abertas, conversando comigo sobre suas dores de cabeça, seu trabalho, sugerindo, “de brincadeira”, que eu também deveria contar histórias para elas, me indicando pacientes para conversar... E, no final, até participando das entrevistas! Acredito que esse pequeno recorte de inserção na rotina hospitalar exemplifica a dinâmica de seu funcionamento. Qualquer novo rosto exige uma avaliação, e condicional inclusão. Ainda assim, fica confirmada uma demanda também por parte da equipe de enfermagem.

Discutindo as possibilidades de contribuição do psicólogo numa equipe multiprofissional do hospital, Campos diz:

Ao psicólogo cabe dar assistência psicológica à equipe profissional: sabe-se que os Profissionais da Saúde sofrem um desgaste muito grande no seu trabalho com o doente. Assim, o psicólogo hospitalar teria sua atuação junto a toda a equipe de saúde, trabalhando com os outros profissionais no sentido de dar subsídios ao atendimento do paciente, além de também poder dar suporte, no sentido de uma consultoria, ou ajudar na manutenção do equilíbrio pessoal. (CAMPOS, 1995, p. 98)

Sendo assim, cabe aos psicólogos e psicanalistas darem continuidade à realização de estudos que sirvam de fundamentação à prática no hospital. Nossa contribuição é a apresentação das histórias como possível modalidade de intervenção.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste trabalho impôs muitos desafios, especialmente devidos à expectativa de que pudéssemos apresentar uma visão mais ou menos ampla da problemática debatida. Estudar as relações das narrativas fantásticas com o fantasiar de adultos hospitalizados pressupõe um extenso levantamento bibliográfico, que não temos a pretensão de julgar finalizado, embora tenha sido satisfatório. Além disso, nos aventuramos em caminhos diferentes da psicologia, apesar de não tão distantes dela. A pesquisa de campo seria indispensável, já que o contato direto com nossos entrevistados foi o gancho que enriqueceu nosso estudo, permitindo associar a teoria à prática.

Nas incursões pela literatura, encontramos o ponto de partida para começar a entender as narrativas fantásticas. Valorizamos a contribuição dos teóricos da área na distinção entre os diversos tipos de produção literária. Apesar disso, nossa busca encerra-se na constatação de que a melhor classificação possível para os textos de que tratamos aqui é o de “narrativas fantásticas”. Afinal, porque não chamar de fantástico aquilo que o é?

“O rosto atrás do rosto”, de Marina Colasanti, nos empurra em direção a uma reflexão sobre o estar no mundo. Como vimos em nossa “interpretação” exploratória, o conto encerra questionamentos sobre a posição da mulher e do homem diante do contato amoroso. Num nível mais profundo, o choque perante a irrupção do “estranho”, do “fantástico” *vazio* do rosto do Guerreiro, provoca o re-conhecimento do vazio existente em nós, incitando a uma busca por aquilo que preencherá esse vazio.

Assim, o conto selecionado atende à caracterização de “fantástico”, através de sua particular competência no fazer emergir o familiar que se esconde no “estranho” por trás da(s) máscara(s). A “falta”, ou, como parece que se firmou nas falas de nossos entrevistados, o “vazio” que clama por um preenchimento possibilita a projeção das fantasias dos entrevistados, enquanto sua “segurança” fica minimamente garantida pela minha presença como contadora, disposta a ouvir e acolher.

Embora não tenhamos acrescentado esse ponto à discussão sobre a escolha do conto, ela, evidentemente, também está ligada às minhas questões pessoais. Numa pesquisa que se pretende pautada pela psicanálise não podemos ignorar a existência dessas forças. No entanto, aproveitamos para reafirmar nossa impossibilidade de abranger todas as questões

envolvidas na seleção, utilização ou análise desse conto. Aliás, seria absurdo tentá-lo, já que seu valor está justamente na multiplicidade de caminhos possíveis.

Os apontamentos da psicanálise sobre o que seria “o fantasiar” formam a estrutura balizadora de nossas interpretações. Quando nos faltou fôlego para mapear o aparecimento desse conceito em Freud, aproveitamos os caminhos já apontados. As críticas não impediram que a visão kleiniana acabasse por delimitar nossa abordagem do assunto. Numa busca pelo fantasiar adulto relacionado às narrativas fantásticas, é proeminente a necessidade de orientar-nos pela convicção da existência do mundo interno, formado a partir de sucessivas apreensões do mundo exterior. A partir dos conceitos de projeção, introjeção, cisão e simbolização, entre outros, pudemos compreender os processos referentes à formação do psiquismo. Constatamos a permanência desses processos ao longo de toda a vida, especialmente em momentos geradores de ansiedade, responsabilizando-se pela mútua influência entre a constituição da “realidade interna” e a percepção da “realidade externa”.

Compreender o fantasiar também nos proporcionou uma visão privilegiada das formas de subjetividade atuantes em nossa vida contemporânea. As exigências sociais não permitem momentos para pensar sobre qualquer coisa, e ainda menos sobre o “sentido do vazio”. A própria existência no mundo contemporâneo parece marcada por um vazio de sentido. As produções literárias oferecem um espaço para “viver” essas questões, e as narrativas fantásticas, tão associadas ao público “infantil”, realmente vêm para tocar o “infantil” em todos nós.

Como podemos ver, o estudo da bibliografia relacionada às narrativas e ao fantasiar está marcado por idas e vindas. Essa é apenas mais uma confirmação da intimidade entre literatura e psicanálise, já que as duas áreas estão implicadas em retratar as emoções e conflitos da alma humana.

O interesse pelo tema selecionado para investigação é bastante ambicioso. A entrevista, favorecendo a interação dinâmica entre os envolvidos e expondo uma dimensão narrativa, revelou-se o instrumento mais adequado para a apreensão do fantasiar associado às narrativas. Por mais que o método psicanalítico fornecesse todo o arcabouço teórico e técnico referente à realização de nossa pesquisa, ainda tivemos que enfrentar alguns obstáculos. A confiança nas experiências anteriores fundamentou o desenvolvimento de estratégias criativas para o momento das entrevistas com os pacientes hospitalizados, culminando na decisão pela “entrevista mediada pela narração de uma história”.

Adentrar o hospital expõe as particularidades deste espaço, e a forma como nele se desenrolam as relações humanas. É imprescindível tomar consciência da história, da

estrutura e da dinâmica hospitalar. Através de estudos já realizados, ficou constatada a dificuldade de fazer o “doente” ascender à condição de sujeito. Num ambiente com essas características, as narrativas fantásticas surgem como oportunidade de uma vivência diferenciada e de expressão de seus conflitos.

O ato de contar histórias durante a entrevista atendeu às nossas expectativas de proporcionar elementos que permitissem compreender as fantasias vivenciadas pelo paciente naquele momento de sua vida manifestadas com relação à história. Além disso, apreendemos diversas questões institucionais a serem pensadas, tanto no que se refere ao universo das histórias como ao universo hospitalar. Também pudemos comprovar e deixar registrada a percepção de uma enorme receptividade à experiência de ouvir histórias no hospital.

Uma análise individual permitiu maior cuidado na identificação das questões subjetivas de cada paciente. Assim, optamos por expor separadamente duas entrevistas. Na primeira, a paciente reage de forma negativa à história, por esta tocar diretamente em pontos essenciais desse momento de sua vida. Os danos ao rosto adquirem destaque, levando à evidência de que essa experiência está relacionada àquela da paciente. Na segunda, temos o exemplo do “preenchimento do vazio”, já que o paciente entrevistado imediatamente remete o “vazio” no rosto do personagem da história ao seu próprio vazio, vivenciado enquanto ausência dos familiares.

A análise conjunta dá maior visibilidade aos temas surgidos nas entrevistas. Podemos, por meio desta análise, pensar as relações entre as narrativas fantásticas e o fantasiar dos adultos hospitalizados, priorizando as reações e conteúdos despertados pelo contato com a história selecionada. As experiências com as histórias também foram aparecendo, explicitando o lugar que ocupam e que ocuparam na vida dos entrevistados. A experiência atual de hospitalização é apreendida não só nas falas dos participantes, mas também na dinâmica percebida durante os momentos de entrevista.

Chegamos ao final deste trabalho com a sensação gratificante de que foi um esforço prazeroso e bem-sucedido. A partir da proposta de compreender as relações entre as narrativas fantásticas e o fantasiar de adultos hospitalizados, coletamos importantes contribuições nas mais diversas áreas do conhecimento e obtivemos a inestimável participação dos entrevistados que lançaram luz sobre as discussões.

A experiência no hospital demonstra a importância de espaços para um contato com aquilo que o paciente pensa e sente e para a verbalização destes pacientes, assegurando uma conseqüente escuta. Esse momento de atenção e cuidado pôde ser proporcionado através

de um conto considerado “infantil”, que se revelou, mesmo “infantil”, pois despertou profundas e antigas reflexões entre os entrevistados e, também, em mim.

Enfim... Quais são os sentidos do vazio?

Muitos outros estudos e experiências foram feitos, já estão em curso, ou (assim almejamos) virão. Que nossa contribuição possa servir para esclarecer questões relacionadas à hospitalização, à utilização das narrativas fantásticas enquanto instrumento, à importância da valorização do fantasiar em adultos, entre muitas outras.

Este é o ponto final de nossa viagem. Mas apenas desta viagem, pois esperamos que, a partir daqui, outros caminhos se abram e possam ser percorridos, por nós ou por outros aventureiros.

7. REFERÊNCIAS

ANTUNES, J. L. F. *Hospital: instituição e história social*. São Paulo: Letras & Letras, 1991.

ANZIEU, D. *Os métodos projetivos*. Tradução de Maria Lucia do Eirado Silva. Rio de Janeiro: Campus, 1978. (Contribuições em Psicologia, Psicanálise e Psiquiatria 1)

BAUMAN, Z. *O Mal-estar da pós-modernidade*. Tradução de Mauro Gama e Cláudia Martinelli Gama. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

_____. *Modernidade Líquida*. Tradução de Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

BARONE, L. M. C. Narrativa e cura: a função terapêutica da palavra. In: HERRMANN, F. LOWENKRON, T. (Orgs.). *Pesquisando com o Método Psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

BENJAMIN, W. Livros infantis antigos e esquecidos (1924). In: _____. *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre a literatura e história da cultura*. 7. ed. Tradução de Sergio Paulo Rouanet, prefácio de Jeanne Marie Gagnebin. São Paulo: Brasiliense, 1994. (Obras escolhidas, vol. 1)

_____. A obra de arte na era de sua reprodutibilidade técnica (1935/1936). In: _____. *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre a literatura e história da cultura*. 7. ed. Tradução de Sergio Paulo Rouanet, prefácio de Jeanne Marie Gagnebin. São Paulo: Brasiliense, 1994. (Obras escolhidas, vol. 1)

_____. O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov (1936). In: _____. *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre a literatura e história da cultura*. 7. ed. Tradução de Sergio Paulo Rouanet, prefácio de Jeanne Marie Gagnebin. São Paulo: Brasiliense, 1994. (Obras escolhidas, vol. 1)

BETTELHEIM, B. *A Psicanálise dos contos de fadas*. Tradução de Arlene Caetano. 16. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

BLEGER, J. *Temas de Psicologia*. Entrevista e Grupos. Tradução de Rita Maria M. de Moraes. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

BIRMAN, J. *Mal-estar na atualidade: A psicanálise e as novas formas de subjetivação*. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

CADEMARTORI, L. *O que é Literatura Infantil*. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1986. (Coleção Primeiros Passos, 163)

CAMPBELL, J. *O herói de mil faces*. Tradução de Adail Ubirajara Sobral. 10. ed. São Paulo: Cultrix/Pensamento, 1997.

CAMPOS, T. C. P. *Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais*. São Paulo: EPU, 1995.

CASCUDO, L. C. *Dicionário crítico do folclore brasileiro*. 9. ed. revista, atualizada e ilustrada. São Paulo: Global Editora, 2000.

CESAROTTO, O. *No Olho do Outro*. O homem de areia segundo Hoffman, Freud e Gaiman. São Paulo: Iluminuras, 1996.

CHIATTONE, H. B. C. A criança e a Hospitalização. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.). *A Psicologia no Hospital*. 2. ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

COELHO, N. N. *O conto de fadas*. São Paulo: Ática, 1987.

_____. *Dicionário crítico da literatura infantil e juvenil brasileira: séculos XIX e XX*. 4. ed. revista e atualizada. São Paulo: Edusp, 1995.

CONDE, A. C. *A tradução do imaginário: o complexo língua-cultura em “Harry Potter e a Pedra Filosofal”*. 2005. 200f. Dissertação (Mestrado em Letras) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2005.

COLASANTI, M. *Doze reis e a moça no labirinto de vento*. São Paulo: Círculo do Livro, 1982.

_____. *Os símbolos estão em toda parte*. [1997]. Entrevistador: Antonio Carlos Olivieri. São Paulo: Ática, 1997. COLASANTI, M. Ana Z. aonde vai você? 8. ed. São Paulo: Ática, 1997.

_____. *Letras femininas*. Marina Colasanti fala sobre literatura, vida, amor e feminismo. [maio, 2003]. Entrevistador: André Azevedo da Fonseca. Disponível em: <<http://www.revelacaoonline.uniube.br/portfolio/0514col1.html>>. Acesso em: 17 nov. 2008.

_____. *Entrevista com Marina Colasanti*. [set., 2005]. Disponível em: <<http://www.record.com.br/entrevista.asp?entrevista=56>>. Acesso em: 17 nov. 2008.

COPIT, M. S.; HIRCHZON, C. M. Psicanálise: Uma ciência pós-moderna? In: SILVA, M. E. L. (Coord.). *Investigação e Psicanálise*. Campinas: Papirus, 1993.

CORSO, D. L.; CORSO, M. *Fadas no divã: Psicanálise nas histórias infantis*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2006.

CUNHA, M. A. A. *Literatura Infantil: teoria e prática*. 16. ed. São Paulo: Ática, 1997.

DÜSS, L. *Fábulas de Düss*. O método das fábulas em psicanálise infantil. Tradução de Glória Carneiro do Amaral. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1986.

ELIADE, M. *Imagens e símbolos: ensaios sobre o simbolismo mágico-religioso*. Tradução de Sonia Cristina Tamer. São Paulo: Martins Fontes, 1991. (Série Tópicos)

_____. *O Sagrado e o Profano: a essência das religiões*. Tradução de Rogério Fernandes. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECILIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 5 jul. 2008.

FOUCAULT, M. *O Nascimento da Clínica*. Tradução de Roberto Machado. 6. ed. 1. Reimpressão. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. (Coleção Campo Teórico)

FRANÇA E SILVA, E. (Coord.). *O Teste de Apercepção Temática de Murray (TAT) na cultura brasileira*. Manual de aplicação e interpretação. Rio de Janeiro: Ed. da Fundação Getúlio Vargas, 1984.

FRANÇANI, G. M. et al. Prescrição do dia: infusão de alegria. Utilizando a arte como instrumento na assistência à criança hospitalizada. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, vol. 6, n. 5, p. 27-33, dez. 1998. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691998000500004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 5 jul. 2008.

FREUD, S. Minhas teses sobre o papel da sexualidade na etiologia das neuroses (1906 [1905]). In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: edição standard brasileira. 3. ed. reimpressa. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Imago, 1988. Vol. VII.

_____. Escritores Criativos e Devaneio (1908 [1907]). In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Tradução de Maria Aparecida Moraes Rego. Rio de Janeiro: Imago, 1976. Vol. IX.

_____. Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental (1911). In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: edição standard brasileira. 3. ed. reimpressa. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Imago, 1988. Vol. XII.

_____. Recordar, repetir e elaborar (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II) (1914). In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: edição standard brasileira. 3. ed. reimpressa. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Imago, 1988. Vol. XII.

_____. Conferência XIX – Resistência e Repressão (1917). In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: edição standard brasileira. 3. ed. reimpressa. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Imago, 1988. Vol. XVI.

_____. O “Estranho” (1919). In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Vol. XVII.

FROMM, E. *A Linguagem Esquecida*: uma introdução ao entendimento dos sonhos, contos de fadas e mitos. Tradução de Octavio Alves Velho. Rio de Janeiro: Zahar, 1964.

GIORDANO, A. *Contar histórias*: um recurso arteterapêutico de transformação e cura. São Paulo: Artes Médicas, 2007.

GOMES, P. B. *O método terapêutico de Scheerazade*: Mil e uma histórias de loucura, de desejo e cura. São Paulo: Iluminuras, 2000.

GRANHA, M. T. Reflexões sobre a Prática do Psicanalista no Hospital Geral. In: MOURA, M. D. (Org.). *Psicanálise e Hospital*. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

HALL, S. *A identidade cultural na pós-modernidade*. Tradução de Tomaz Tadeu da Silva e Guacira Lopes Louro. 5. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

HARVEY, D. *Condição Pós-moderna*. Uma pesquisa sobre as origens da Mudança Cultural. Tradução de Adail Ubirajara Sobral e Maria Stela Gonçalves. 10. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2001.

HELD, J. *O imaginário no poder: as crianças e a literatura fantástica*. 3. ed. Tradução de Carlos Rizzi. São Paulo: Summus editorial, 1980. (Novas buscas em educação, 7)

HERRMANN, F. *Uma aventura: a tese psicanalítica – Entrevista com Fábio Herrmann*. [1993]. Entrevistador: Maria Emília Lino da Silva. SILVA, M. E. L. (Coord.). Investigação e Psicanálise. Campinas: Papirus, 1993.

_____. *O Divã a Passeio: à procura da psicanálise onde não parece estar*. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. (Teoria dos Campos, Coleção Psicanalítica)

_____. Pesquisando com o método psicanalítico. In: HERRMANN, F.; LOWENKRON, T. S. (Orgs.) *Pesquisando com o método psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

HINSHELWOOD, R. D. *Dicionário do pensamento kleiniano*. Tradução de José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

HISADA, S. *A utilização de histórias no processo psicoterápico: uma proposta Winnicottiana*. Rio de Janeiro: Revinter, 1998.

ISAACS, S. A Natureza e a Função da Fantasia. In: RIVIERE, J. (Org.). *Os Progressos da Psicanálise*. Tradução de Álvaro Cabral. 3. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1982.

ISER, Wolfgang. *O ato da leitura*. Uma teoria do efeito estético. Tradução de Johannes Kretschmer. São Paulo: Editora 34, 1996. Vol. I. (Coleção Teoria)

JORGE, A. L. C. *O Acalanto e o Horror*. São Paulo: Escuta, 1988.

KEHL, M. R. Aventuras da imaginação. In: MENGARELLI, J. K. (Org.). *Dos contos, em cantos*. Salvador: Ágalma, 1998.

KLEIN, M. O desenvolvimento de uma criança (1921). In: _____. *Amor, Culpa e Reparação* e outros trabalhos (1921-1945). Nova int. de Hanna Segal. Tradução de André Cardoso. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Obras completas de Melanie Klein, vol. 1)

_____. A análise de crianças pequenas (1923). In: _____. *Amor, Culpa e Reparação* e outros trabalhos (1921-1945). Nova int. de Hanna Segal. Tradução de André Cardoso. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Obras completas de Melanie Klein, vol. 1)

_____. A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do ego (1930). In: _____. *Amor, Culpa e Reparação* e outros trabalhos (1921-1945). Nova int. de Hanna Segal. Tradução de André Cardoso. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Obras completas de Melanie Klein, vol. 1)

_____. Uma contribuição à teoria da inibição intelectual (1931). In: _____. *Amor, Culpa e Reparação* e outros trabalhos (1921-1945). Nova int. de Hanna Segal. Tradução de André Cardoso. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Obras completas de Melanie Klein, vol. 1)

_____. O luto e suas relações com os estados maníaco-depressivos (1940). In: _____. *Amor, Culpa e Reparação* e outros trabalhos (1921-1945). Nova int. de Hanna Segal. Tradução de André Cardoso. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Obras completas de Melanie Klein, vol. 1)

_____. Notas sobre alguns mecanismos esquizóides (1946). In: _____. *Inveja e Gratidão* e outros trabalhos (1946-1963). Coord. da tradução de Liana Pinto Chaves. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1991. (Obras completas de Melanie Klein, vol. 3)

_____. Sobre a teoria da ansiedade e da culpa (1948). In: _____. *Inveja e Gratidão* e outros trabalhos (1946-1963). Coord. da tradução de Liana Pinto Chaves. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1991. (Obras completas de Melanie Klein, vol. 3)

_____. As origens da transferência (1952). In: _____. *Inveja e Gratidão* e outros trabalhos (1946-1963). Coord. da tradução de Liana Pinto Chaves. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1991. (Obras completas de Melanie Klein, vol. 3)

_____. Algumas conclusões teóricas relativas à vida emocional do bebê (1952). In: _____. *Inveja e Gratidão* e outros trabalhos (1946-1963). Coord. da tradução de Liana Pinto Chaves. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1991. (Obras completas de Melanie Klein, vol. 3)

_____. A técnica psicanalítica através do brincar: sua história e significado (1955 [1953]). In: _____. *Inveja e Gratidão* e outros trabalhos (1946-1963). Coord. da tradução de Liana Pinto Chaves. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1991. (Obras completas de Melanie Klein, vol. 3)

_____. Sobre a identificação (1955). In: _____. *Inveja e Gratidão e outros trabalhos* (1946-1963). Coord. da tradução de Liana Pinto Chaves. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1991. (Obras completas de Melanie Klein, vol. 3)

_____. Inveja e gratidão (1957). In: _____. *Inveja e Gratidão e outros trabalhos* (1946-1963). Coord. da tradução de Liana Pinto Chaves. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1991. (Obras completas de Melanie Klein, vol. 3)

_____. Sobre o desenvolvimento do funcionamento mental (1958). In: _____. *Inveja e Gratidão e outros trabalhos* (1946-1963). Coord. da tradução de Liana Pinto Chaves. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1991. (Obras completas de Melanie Klein, vol. 3)

_____. Nosso mundo adulto e suas raízes na infância (1959). In: _____. *Inveja e Gratidão e outros trabalhos* (1946-1963). Coord. da tradução de Liana Pinto Chaves. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1991. (Obras completas de Melanie Klein, vol. 3)

_____. Sobre a saúde mental (1960). In: _____. *Inveja e Gratidão e outros trabalhos* (1946-1963). Coord. da tradução de Liana Pinto Chaves. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1991. (Obras completas de Melanie Klein, vol. 3)

_____. Algumas reflexões sobre a *Orestéia* (1963). In: _____. *Inveja e Gratidão e outros trabalhos* (1946-1963). Coord. da tradução de Liana Pinto Chaves. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1991. (Obras completas de Melanie Klein, vol. 3)

KLOCZAK, L. Contar uma história: questão de método. In: HERRMANN, F.; LOWENKRON, T. S. (Orgs.). *Pesquisando com o método psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.-B. *Vocabulário da Psicanálise*. Tradução de Pedro Tamen. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

LOWENKRON, T. S. O objeto na investigação psicanalítica. In: HERRMANN, F.; LOWENKRON, T. S. (Orgs.). *Pesquisando com o método psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

MAGALHÃES, S. C. Novas velhas histórias. In: MENGARELLI, J. K. (Org.). *Dos contos, em cantos*. Salvador: Ágalma, 1998.

MATTIOLI, O. C. Psicanálise e Pesquisa Científica. *Revista de Psicologia Perfil*, Assis, n. 3, p. 15-30, 2000.

MÁXIMO, H. R. M.; BOSI, M. L. M. Saúde Mental em um Hospital Público: o Olhar de Profissionais Médicos do Município do Rio de Janeiro. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 16, n. 2, p. 293-316, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v16n2/v16n2a09.pdf>>. Acesso em: 5 jul. 2008.

MENGARELLI, J. K. Era uma vez porque não era mais. In: _____. (Org.). *Dos contos, em cantos*. Salvador: Ágalma, 1998.

MESGRAVIS, L. *A Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, 1599?-1884: contribuição ao estudo da assistência social no Brasil*. São Paulo: Cons. Est. de Cultura, 1976. (Coleção Ciências Humanas, vol. 3)

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

_____. *Freud: a trama dos conceitos*. 3. ed. São Paulo: Perspectiva, 1991.

MILNER, M. O Papel da Ilusão na Formação Simbólica. In: KLEIN, M.; HEIMANN, P.; MONEY-KYRLE, R. E. (Orgs.). *Novas Tendências na Psicanálise*. Tradução de Álvaro Cabral. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1980.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/humanizacao/index.php>>. Acesso em: 5 jul. 2008.

_____. *Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/humanizacao/index.php>>. Acesso em: 5 jul. 2008.

MOHALLEM, L. N.; SOUZA, E. M. C. D. Nas Vias do Desejo... In: MOURA, M. D. (Org.). *Psicanálise e Hospital*. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

MOREIRA, A. C. G.; PAMPLONA, C. R. A. Dispositivos Clínicos em Hospital Geral. *Psic. Clín.*, Rio de Janeiro, vol. 18, n. 2, p. 13-24. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pc/v18n2/a02v18n2.pdf>>. Acesso em: 5 jul. 2008.

MOURA, M. D. Psicanálise e urgência subjetiva. In: _____. (Org.). *Psicanálise e Hospital*. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

OLIVEIRA, M. C. *Brincar no hospital: um encontro possível*. 2005. 165 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2005.

PALO, M. J.; OLIVEIRA, M. R. D. *Literatura Infantil: voz de criança*. São Paulo, Ática, 1986.

PAZIAN, R. T. *Os sentimentos maternos diante da hospitalização da criança pequena: em busca de um colo*. 2007. 158f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2007.

PEREIRA, E. C.; COSTA-ROSA, A. Contos de fadas que resignificam vidas de pacientes cardíacos na unidade de terapia intensiva. IN: XIX ENCONTRO DE PSICOLOGIA DE ASSIS E VI ENCONTRO CIENTÍFICO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA: PERCURSOS E PERSPECTIVAS DA PSICOLOGIA, 2006, Assis. *XIX ENCONTRO DE PSICOLOGIA DE ASSIS E VI ENCONTRO CIENTÍFICO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA: PERCURSOS E PERSPECTIVAS DA PSICOLOGIA*, Assis, 2006. Disponível em: <http://www.assis.unesp.br/encontrosdepsicologia/ANAIS_DO_XIX_ENCONTRO/56_ERIC_A_CRISTINA_PEREIRA.htm>.

PINHO, D. L. M.; ABRAHÃO, J. I.; FERREIRA, M. C. As estratégias operatórias e a gestão da informação no trabalho de enfermagem, no contexto hospitalar. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, vol. 11, n. 2, p. 168-176, mar./abr. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es>. Acesso em: 5 jul. 2008.

PRIETO, H. *Quer ouvir uma história?* Lendas e mitos no mundo da criança. São Paulo: Angra, 1999.

PROPP, V. I. *Morfologia do conto maravilhoso*. Tradução de Jasna Paravich Sarhan. Org. e Pref. de Boris Schnaiderman. Rio de Janeiro: Forense universitária, 1984.

RADINO, G. *Contos de Fadas e Realidade Psíquica: A importância da fantasia no desenvolvimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

_____. Para que serve um sorriso? *Dobras da Leitura*, ano VI, n. 31, mar. 2006. Disponível em: <<http://www.dobrasdaleitura.com/revisao/sorriso.html>>. Acesso em: 21 nov. 2008.

RODRIGUES, S. C. *O fantástico*. São Paulo: Ática, 1988. (Série Princípios - 132)

ROUDINESCO, E.; PLON, M. *Dicionário de Psicanálise*. Tradução de Vera Ribeiro e Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

SAFRA, G. *Um método de consulta terapêutica através do uso de estórias infantis*. 1984. 101f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1984.

_____. O uso de material clínico na pesquisa psicanalítica. In: SILVA, M. E. L. (Coord.). *Investigação e Psicanálise*. Campinas: Papirus, 1993.

SANTA MARIA, M. J. V. *Marina Colasanti: longe ou perto do querer do leitor?* Um estudo de caso da recepção de *Longe como o meu querer* por alunos do ensino fundamental. 2006. 124f. Dissertação (Mestrado em Letras) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Estadual de Maringá, 2006. Disponível em: <<http://www.ple.uem.br/defesas/pdf/mjvsmaria.pdf>>. Acesso em: 14/08/2007.

SANTOS, S. D. A evocação do fantasiar adulto através da literatura fantástica. In: COLÓQUIO DE PSICOLOGIA DA ARTE, n. 2, 2007, São Paulo. *II Colóquio de Psicologia da Arte – "A correspondência das artes e a unidade dos sentidos"*. São Paulo: Laboratório de Estudos em Psicologia da Arte do IP-USP, 2007. Disponível em: <<http://www.ip.usp.br/laboratorios/lapa>>.

SAVATER, F. *A Infância Recuperada*. Tradução de Michelle Canelas. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

SEBASTIANI, R.; MAIA, E. M. C. Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. *Acta Cirúrgica Brasileira*, vol. 20, sup. 1, p. 50-55, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-86502005000700010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 jul. 2008.

SEGAL, H. *Introdução à obra de Melanie Klein*. Tradução de Júlio Castañon Guimarães. Rio de Janeiro: Imago, 1975. (Coleção Psicologia Psicanalítica)

SIMON, R. Pesquisa combinando técnicas projetivas e psicanálise. In: SILVA, M. E. L. (Coord.). *Investigação e Psicanálise*. Campinas: Papirus, 1993.

SOUZA, E. M. C. D. O Dinheiro e a Psicanálise. In: MOURA, M. D. (Org.). *Psicanálise e Hospital*. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

TANIS, B. *Memória e Temporalidade*: sobre o infantil em Psicanálise. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

_____. Solidão: clínica e cultura. In: HERRMANN, F.; LOWENKRON, T. (Orgs.). *Pesquisando com o Método Psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

TEIXEIRA, M. R. Monstros & Cia: A gênese do medo na literatura de horror e nos contos de fadas. In: MENGARELLI, J. K. (Org.). *Dos contos, em cantos*. Salvador: Ágalma, 1998.

TODOROV, T. *Introdução à literatura fantástica*. Tradução de Maria Clara Correa Castello. São Paulo: Perspectiva, 1975. (Coleção Debates – 98)

TONETTO, A. M.; GOMES, W. B. A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. *Estud. psicol.*, Campinas, vol. 24, n. 1, p. 89-98. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2007000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 jul. 2008.

TORRES, M. A desconstrução do feminino em Grimm e Marina Colasanti. A Filha do Moleiro, Rumpelstisequim e a Moça Tecelã. IN: BRASA VI, 2002, Atlanta. *BRASA VI*, 2002. Disponível em: <<http://sitemason.vanderbilt.edu/files/gM2yPK/Torres%20Maximiliano.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2007.

TRINCA, W. *Investigação clínica da personalidade: o desenho livre como estímulo de percepção temática*. 2. ed. São Paulo: EPU, 1987.

VASCONCELLOS, E. A.; GIGLIO, J. S. Introdução da arte na psicoterapia: enfoque clínico e hospitalar. *Estudos de Psicologia*, Campinas, vol. 24, n. 3, p. 375-383, jul./set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2007000300009&script=sci_arttext>. Acesso em: 5 jul. 2008.

VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. Tendências na assistência hospitalar. *Ciênc. saúde coletiva*, vol. 12, n. 4, p. 825-839, ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 5 jul. 2008.

YAMAMOTO, O. H.; CUNHA, I. M. F. F. O. O psicólogo em hospitais de Natal: uma caracterização preliminar. *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre, v. 11, n. 2, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721998000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 5 jul. 2008.

ANEXO A – CONTO UTILIZADO NA PESQUISA

O rosto atrás do rosto

MARINA COLASANTI

Vencedor de tantas guerras, o Guerreiro das Tendas de Feltro apossou-se um dia daquele reino, e abandonada a vida nômade decidiu para sempre habitar o castelo agora seu. Sem que porém ninguém lhe tivesse visto o rosto, coberto desde os campos de batalha por escura máscara de aço.

— Tirará junto com a armadura, — disseram os súditos. — Quando não houver mais inimigos e todo o perigo tiver passado.

Mas passado o perigo passou com ele o tempo, e já ninguém se perguntava que rosto respiraria por trás da máscara. Nem mesmo depois de despida a armadura e penduradas as armas.

Entretanto, desejando casar, o Guerreiro enviou seus embaixadores a países vizinhos, que levassem sua proposta e trouxessem princesas interessadas em governar com ele aquele reino.

De palanquim, de carruagem, a dorso de camelo e no alto de elefantes, muitas vieram. Uma a uma subiram as escadarias do castelo, e na sala do trono foram apresentadas a seu pretendente. Mas uma a uma, assustadas com a máscara de aço, fugiram pelas escadarias e, como tinham vindo, voltaram a seus países.

Já desesperava o Guerreiro, quando a mais delicada das jovens chegou montada num urso pardo, apeou frente ao primeiro degrau, e entrando na sala do trono serenamente lhe sorriu.

— Se você me amar, — disse o Guerreiro por trás da máscara, — tudo lhe darei. Menos uma coisa. Nunca peça para ver meu rosto.

— Não preciso do seu rosto, se tiver seu coração, — respondeu a moça.

E felizes, em meio a muita festa, se casaram.

Contudo, passado um ano, entristecia a Rainha diante daquela fisionomia trancada, lisa superfície em que nada se lia, nem riso ou pranto. Acabando por implorar ao marido que a tirasse, deixando-se ver.

— Porque te amo, faço o que me pedes, — disse o Guerreiro. Mas tirada a máscara de aço, viu a Rainha com espanto que por baixo dessa não havia um rosto, senão outra máscara, de bronze, por trás da qual ouviu o Guerreiro murmurar: — Se teu amor por mim ainda existe, nunca mais faça pedido como este.

Durante um tempo ela não fez. Parecendo até que se conformava em acariciar a fria pele de metal.

Passado mais um ano, porém, começou a Rainha a definhar em silêncio, incapazes os médicos de encontrar remédio para tanta melancolia. E perguntando afinal o Guerreiro o que poderia fazê-la feliz, recebeu a resposta que mais temia, súplica que se desfizesse da máscara, dando seu rosto a conhecer.

— Acima de tudo está meu amor por ti, — disse o Guerreiro. Mas os dedos que desprenderam as fivelas de bronze não revelaram olhos, boca, nariz. Ao desespero da Rainha entregaram somente duas fendas escuras entalhadas no vermelho da máscara de laca, onde o fino traço de um pincel desenhara lábios sem sorriso.

— Se de verdade amas minha vida, soluçou a voz abafada, — não queiras nunca mais saber meu rosto.

Não, ela não queria. Durante um ano esforçou-se para amar o brilho de sangue com que luzia a máscara do marido. Durante um ano forçou-se a crer que esse era o seu destino, e sempre o seria.

Durante um ano. O tempo de sua resistência.

Então uma noite decidiu. Acesa uma vela, avançou em direção ao sono do Guerreiro. Pedir, nunca mais. Tiraria a máscara de leve, e a poria no lugar, guardando consigo o segredo. Bastava-lhe saber.

Leves dedos pousam na laca seu branco toque. As fendas dos olhos velam inúteis, incapazes de ver a luz que se aproxima, o cordão que se solta. Debruça-se a Rainha. Súbito, seu grito rasga o sono do Guerreiro. E ela ferida de espanto, cambaleia, deixa cair a vela sobre as sedas da cama, e foge, foge por portas e corredores, desce louca as escadas, ouvindo atrás de si o cantar do fogo que se espalha.

Arde o castelo. No jardim os súditos percebem o Guerreiro chegando à janela entre luzir de chamas. E presos no seu pasmo vêem a máscara ceder ao calor, desfazer-se aos poucos a laca em gotas de fogo. Sem que nada apareça em seu lugar, rosto nenhum. Só um escuro vazio contornado de cabelos, que a labareda incendeia num abraço.

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

As Histórias e o Mundo Adulto:

um estudo sobre as narrativas fantásticas e o fantasiar de adultos

Pesquisa autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unesp – Fone (18-3302-5811)

Sob a responsabilidade da pesquisadora Sofia Dionizio Santos – Fone (18-3324-3397)

Sobre a pesquisa: As narrativas fantásticas parecem ter ultrapassado o mundo da infância, penetrando a imaginação de jovens e adultos. Com esta pesquisa, temos o objetivo de compreender esse fenômeno e a forma como estas narrativas interferem na fantasia humana. O procedimento metodológico consiste em uma entrevista gravada, sem duração determinada, durante a qual a pesquisadora fará a narração de uma história e buscará compreender os conteúdos que surgem, a partir dela, no participante da pesquisa. Serão coletadas cerca de 10 entrevistas com este modelo.

Presume-se que nenhum tipo de dano ou desconforto decorrerá da participação na pesquisa, caso isso ocorra, o pesquisador interromperá as atividades e providenciará a assistência necessária.

Ficam garantidos aos sujeitos participantes da pesquisa os esclarecimentos em qualquer momento desta. A participação poderá ser negada ou retirada em qualquer fase da pesquisa. Em caso de aceitação, será mantido o sigilo e o anonimato, como forma de preservar a privacidade quanto às informações fornecidas. Nenhuma resposta é obrigatória, por parte do participante, especialmente em caso de constrangimento.

Nome do participante da pesquisa:

Data da entrevista:

Ciente do que foi acima exposto, aceito participar da referida pesquisa, e autorizo a utilização e publicação das informações obtidas.

Participante da Pesquisa

Pesquisadora Responsável