



O USO TERAPÊUTICO DE NARRATIVAS COMO ALTERNATIVA À PATOLOGIZAÇÃO E À MEDICALIZAÇÃO DE SOFRIMENTOS

Thaís Seltzer Goldstein (FACED-UFBA)

gold.thais@gmail.com

RESUMO

O presente ensaio aborda a potência do uso terapêutico de narrativas na clínica psicológica infantil, apresentando um método de trabalho que vai na contramão da patologização e medicalização de sofrimentos, as quais vêm silenciando tantos sujeitos no mundo contemporâneo. Para tanto, faz-se uma breve discussão sobre a estrutura e os efeitos da narrativa, com base em contribuições do psicanalista Gilberto Safra, inspirado pelo pediatra e psicanalista inglês Donald Winnicott. Em seguida, detalham-se os fundamentos e o método de trabalho clínico de Gilberto Safra, que há cerca de quatro décadas vem apostando na criação e narração de histórias como forma de produzir eficácia terapêutica junto a crianças em sofrimento e seus familiares, em um curto espaço de tempo. Apresenta-se uma síntese das bases e o passo a passo deste método de trabalho clínico breve, para em seguida, apresentar um caso de intervenção descrito pelo autor. Antes, porém, aborda-se o solo epistemológico no qual o uso terapêutico de narrativas pode figurar-se como prática clínica alternativa a modelos que patologizam e medicalizam sofrimentos, uma vez que ele opera com uma lógica compreensiva, não reducionista e compromissada em contextualizar a criança e seu sofrimento em realidades tão complexas quanto singulares, atravessadas por questões (inter)subjetivas, familiares, ancestrais, sociais, entre outras. Faz-se, ainda, uma aproximação entre esta modalidade de trabalho e a discussão sobre a eficácia simbólica debatida pelo antropólogo francês Claude Lévi-Strauss ao analisar o povo cuna, o que sugere uma convergência de horizontes clínicos que orientam as práticas do xamã e do psicanalista. O ensaio pretende apresentar resumidamente e instigar a leitura da obra de Gilberto Safra intitulada "Curando com Histórias - A inclusão dos pais na consulta terapêutica das crianças", em 2005.

PALAVRAS-CHAVE: narrativa; clínica infantil; consultas terapêuticas; eficácia simbólica.

INTRODUÇÃO

O uso de histórias pela humanidade é antigo, seja por razões educacionais, culturais, religiosas, filosóficas, medicinais ou terapêuticas. (Safra, 2005). As narrativas abordam questões fundamentais da existência humana, estruturando-se em partes: começo, meio e fim. Em outras palavras, a narrativa é composta por três aspectos fundamentais: passado, presente e



futuro. Há um relato do início da situação, a acolhida do que foi vivido e o desdobramento dos acontecimentos em uma dada perspectiva temporal, a partir da qual se desenha um pressentimento do que está porvir. O narrar tem um pé na tradição e outro na abertura para o futuro, para o inédito. (Safra, 2006, p.30 e p. 32). Afora a dimensão temporal da narrativa, sabemos, o psicanalista salienta, possivelmente inspirado nas reflexões de Walter Benjamin sobre o narrador (1987), que a narrativa empenha a transmissão de um saber nutrido pela experiência - pessoal e ancestral -, correlacionando dimensões biográficas e sociais, ambas contidas no narrar.

"Narrar é compartilhar uma experiência e ofertar um saber tácito sobre o viver humano. O narrar é presentificar sabedoria. Sabedoria nada tem a ver com erudição, mas com o fato de que alguém passa por inúmeras experiências – alegres, tristes, de dor ou de júbilo – e que encarna um saber a respeito da existência humana. O narrar apresenta um saber que é ao mesmo tempo pessoal e transgeracional." (Safra, 2006, p. 29)

Na Antropologia, encontramos uma discussão em que a narrativa comparece com força terapêutica decisiva, relacionada ao que Lévi-Strauss chamou de "eficácia simbólica" (1975). Ao investigar a cura xamânica entre os povos Cuna, o antropólogo percebeu que quando uma mulher cuna enfrentava dificuldades no parto, isso era por eles compreendido como devido à força formadora dos fetos (Muu) ter se apossado da alma da parturiente. Sendo assim, a terapêutica se dava por meio do canto do xamã (espécie de duelo com Muu), que metaforizava o corpo da parturiente e os caminhos pelos quais o bebê teria que passar para nascer. O canto, entoado pelo xamã e repetido pelas pessoas da comunidade ali presentes, narrava o percurso do feto em um ritmo que modulava a respiração da paciente e lhe transmitia confiança. Levi-Strauss compreendeu que o canto constituía, em sua forma e conteúdo, uma espécie de manipulação psicológica dos órgãos do corpo, tendo como principal objetivo, descrever e nomear as dores para a paciente, apresentando-as de uma forma que pudesse ser apreendida pelo seu pensamento, consciente ou inconsciente, e assim tornar aceitáveis, para o seu espírito, as dores que o corpo se recusava a tolerar.



No campo da clínica psicanalítica, é comum, por parte dos psicanalistas, trabalhar no sentido de favorecer a nomeação e a tradução de um determinado mal-estar vivido pelo paciente, encorajando-o ao trabalho de elaboração subjetiva do que, não raras vezes, padece no corpo. Nesse sentido, Gilberto Safra foi buscar referências no legado de Donald Winnicott, tornando-se um dos pioneiros na utilização e transmissão da clínica deste psicanalista inglês no Brasil. Na perspectiva winnicottiana, o conto é uma forma de expressão mais próxima daquela que espontaneamente é utilizada pela criança para organizar e superar seus conflitos. Safra se vale ainda de outros importantes conceitos winnicottianos para fundamentar o uso de histórias na clínica; dentre eles, destacamos o de "espaço potencial", cuja origem está na "devoção materna", base para a experiência necessária de "ilusão primária" do bebê, sem a qual não ocorreria a formação de concepções sobre a realidade partilhada e a posterior possibilidade de a criança ter vivências criativas com essa realidade. Está presente no trabalho de Safra, tal como em Winnicott, o pressuposto de que há uma tendência espontânea da criança ao desenvolvimento. Ou seja, na grande maioria das vezes, o sintoma apresentado pela criança não traduz efetivamente um transtorno de desenvolvimento ou uma psicopatologia; o mais provável é que se formem sintomas quando ocorrem situações difíceis da vida, as quais paralisam ou prejudicam o curso do desenvolvimento, tais como: separações, mudanças, reconfigurações familiares, perdas e outros eventos que aumentam as angústias da criança (e muitas vezes de familiares também), levando a uma diminuição da capacidade de se elaborar conflitos. Assim, situações da vida – e não patologias – podem estar aqui e ali obstaculizando o percurso existencial, produzindo sofrimentos e sintomas. Dito isso, claro está que o olhar não-patologizante e não-medicalizante está voltado à percepção da singularidade dos sujeitos, bem como ao momento de vida que atravessam, e não à busca de uma suposta patologia subjacente ao sofrimento ou sintoma relatado.

OBJETIVO

O presente artigo pretende mostrar a potência do uso terapêutico de narrativas na clínica psicológica infantil por meio da apresentação de um



método desenvolvido pelo psicanalista Gilberto Safra, que, inspirado nas contribuições teóricas e clínicas do pediatra e psicanalista inglês Donald Winnicott, desenvolveu um trabalho clínico por meio do uso terapêutico de narrativas. Esta foi a sua pesquisa de mestrado, realizada em 1984, que posteriormente foi revisitada e aprofundada na obra: "Curando com Histórias - A inclusão dos pais na consulta terapêutica das crianças" (2005). Buscaremos instigar o leitor a conhecer a obra original e a soltar sua imaginação no que diz respeito às possibilidades de se reinventarem práticas clínicas contemporâneas que sigam na contramão da patologização e da medicalização dos sofrimentos.

REFERENCIAL TEÓRICO: CONTRAPONDO PERSPECTIVAS

Perspectiva medicalizante

SINTOMA da criança: expressão de uma doença ou transtorno;
CONFLITOS: vistos como desequilíbrios indesejáveis, a serem eliminados;
TERAPÊUTICA: prescritiva e geralmente invasiva: eficácia buscada por meio de remédios, terapias, procedimentos que tendem a colocar a criança e seus pais/cuidadores em um lugar passivo. São **pacientes**.

Perspectiva não medicalizante

SINTOMA da criança: organização defensiva diante de algum impasse no seu processo de amadurecimento no seu contexto de vida;
CONFLITOS: vistos como parte da vida;
TERAPÊUTICA: pode até parecer prescritiva (por sugerir um método), mas não é invasiva. Busca-se ativar os recursos da criança para transformar suas experiências angustiantes em elementos toleráveis e passíveis de serem integrados, colocados sob domínio de seu gesto; favorece a capacidade de pais/cuidadores lidarem com situações emergentes. Fortalecimento dos laços afetivos e de reconhecimento entre os sujeitos.

(Figura 1 – criada pela autora para apresentação no V Seminário Internacional "A Educação Medicalizada")

Adotamos uma perspectiva crítica à medicalização, sintetizada no quadro acima. Podemos ainda propor uma outra dicotomia, mais ampla, afirmando que a perspectiva medicalizante se insere em um **modelo funcional e explicativo de tratamento**, no qual o corpo é objetificado, esquadrinhado, classificado e dominado por meios técnicos, com o intuito de se debelar o sintoma, compreendido como manifestação de uma doença ou deficiência que compromete a estrutura funcional geral. A abordagem tende a ser atomizada, mecanicista, apoiada em uma lógica explicativa (com causas e efeitos definidos) e a terapêutica tende a ser prescritiva e pouco interessada nos



saberes, experiências e recursos do sujeito que sofre. De outro lado, tem-se a perspectiva não medicalizante, dentro na qual nos situamos, e que nos aproxima de um **modelo compreensivo de tratamento**, que busca uma visão de totalidade (entrelaçando dimensões biológicas, subjetivas, familiares, culturais, sócio-históricas etc.), e entende o adoecimento como oportunidade de desvelamento de sentidos. Aqui, o sofrimento pode ser compreendido também como anseio de mudança, de um cuidado diferente com a corporeidade e com a existência como um todo, considerando que há momentos de fragilização subjetiva inerentes ao viver. Os cuidados, aqui, demandam mais que providências objetivas (como alimentação adequada, exames, remédios e outros cuidados); cuidar envolve construir acolhimento, comunicação afetiva, sentidos para o que se vive, projetos futuros, vínculos significativos, (re)inserções sociais etc. Logo, no modelo compreensivo, o sofrimento/adoecimento é paradoxal: ao mesmo tempo em que põe a existência em questão pela via do sintoma, desvela sentidos que são essenciais à sua superação. O/A profissional, o/a familiar ou o/a cuidador(a) entram em ação como aquele outro "que me cuida até que eu possa me cuidar sozinho". Há, então, uma convocação subjetiva, na qual o/a paciente também participa de seu processo de tratamento.

Nessa mesma direção, a perspectiva winnicottiana pensa o sintoma da criança como uma organização defensiva frente a algum impasse vivido no seu processo de amadurecimento. Para Winnicott, o sintoma expressa um processo de "dissociação do self". Por isso, no trabalho clínico, é ofertada à criança a possibilidade de transformar suas experiências angustiantes em elementos toleráveis e passíveis de serem integrados, colocados sob domínio de seu gesto.

Inspirado nas "consultas terapêuticas" winnicottianas, Gilberto Safra aposta em um trabalho terapêutico breve, com duração em torno de três a cinco sessões, primando pelo respeito ao mundo imaginativo e ao repertório simbólico da criança. Além disso, convoca a participação dos pais/cuidadores no tratamento, tanto para conhecer a história da criança e de seu sintoma, como para elaborar e narrar a história que poderá ser utilizada em seu



tratamento. Dessa forma, o processo resulta terapêutico também para os pais/cuidadores, que recuperam a confiança na capacidade de promoverem o desenvolvimento do/a filho/a.

DISCUSSÃO

A eficácia do método de Safra depende de algumas recomendações dadas pelo autor aos terapeutas: a primeira delas é a de que prestem atenção ao tempo e à delicadeza da construção do vínculo com a criança, caso contrário, podem intensificar as ansiedades dela; para tanto, o/a terapeuta pode utilizar o jogo do rabisco (proposto por Winnicott em 1971), interagir ludicamente por meio de brinquedos ou mesmo ficar em silêncio até que surja uma expressão espontânea da criança; aí uma conversa pode acontecer. Outro alerta é sobre a "dosagem" ou "posologia" do "remédio-história": não deve ser indiscriminado e não necessariamente serve para todos os tipos de caso. Há casos nos quais o adoecimento individual e/ou familiar é tão profundo, que essa estratégia pode ser inócua, sendo impossível realizar uma aliança com os pais/cuidadores, de maneira que outras intervenções - mais complexas e duradouras - podem ser necessárias.

Dentre as recomendações para o uso do uso terapêutico de histórias, Safra ainda aponta para a necessidade de o/a profissional perceber o momento do processo maturacional da criança, suas angústias e seu meio sociocultural; além disso, a eficácia do método depende de uma boa aliança com (um de) seus pais ou cuidadores/as. Outra recomendação é a de que o/a terapeuta respeite os diferentes tempos do processo terapêutico: o início (quando, segundo Winnicott, há a "apresentação do objeto"); o meio ("uso do objeto"); e o fim (descarte do objeto, separação, finalização da sessão). Esses tempos foram descritos por Winnicott com base na observação do comportamento de bebês no colo de suas mães, quando diante de uma espátula. Safra associa esses tempos descritos por Winnicott às experiências concernentes à própria temporalidade do existir humano, independentemente da etapa da vida. Para esse autor, tais fases não se restringem nem à clínica, nem à infância, mas compõem ciclos que metaforizam tempos vividos pelos sujeitos nas suas relações com os objetos, com os outros e com o mundo, ao longo da vida.



Na sala de terapia, a criança comunicará, a seu modo, suas angústias, que ao serem compreendidas, servirão como matéria-prima ao trabalho. Esse está dividido em **primeira entrevista**: com os pais (familiares e/ou cuidadores). Aqui, o/a terapeuta realiza a escuta compreensiva dos pais, adotando uma atitude colaboradora, e não paternalista; busca levantar a história da criança e lidar com as ansiedades e prováveis sentimentos de fracasso ou impotência dos pais, comuns nesse contexto; **segunda entrevista**: com a criança (só, ou acompanhada de algum dos pais/cuidadores). Busca-se uma comunicação significativa com a criança, para que ela possa expressar sua angústia, por meio de conversa, "jogo do rabisco", ou uso de material lúdico (pode ser necessário mais que uma entrevista para isso); **terceira entrevista**: com os pais (familiares e/ou cuidadores). O/A analista transmite aos pais o que compreendeu da problemática da criança; para tanto, usa exemplos paradigmáticos a partir do que surgiu nas entrevistas anteriores; assim, busca favorecer a compreensão dos pais/cuidadores acerca da angústia vivida pela criança; discutem-se, então, os meios de intervenção para ajudar a criança. Dentre eles, o uso de histórias. **Uso da história como "remédio"**: uma vez elaborada em conjunto com o analista, a narrativa será contada à criança pelos pais/cuidadores, ao longo de um mês, antes de a criança dormir. A ideia é a de que a comunicação narrativa que os pais/cuidadores fazem à criança revele um horizonte possível de superação de suas angústias e conflitos. A narrativa insere as situações de vida no registro da temporalidade humana, de maneira que cada conflito ou impasse acontece e, em seguida, tende a uma resolução ou a um fim. (Safra, 2005, p. 48).

Um caso clínico relatado por Gilberto Safra:

"Fábio (nome fictício) tinha três anos e oito meses quando seus jovens pais procuraram ajuda psicológica para ele. Além de Fábio, tinham uma filha de cinco anos que parecia se desenvolver bem. Na primeira consulta, os pais relataram que o nascimento de Fábio tinha sido turbulento, pois, para sobreviver, ele precisou ficar um tempo internado, fazendo transfusões de sangue e tendo a cabeça repleta de agulhas, cena difícil para a mãe suportar. Barulhos e assaduras o faziam chorar, mas, segundo os pais, o choro era ainda pior na hora



de dormir, quando era colocado no berço e a luz era apagada. Agarrava-se ao colchão e ao travesseiro, olhando o entorno aterrorizado; para os pais, ele parecia ter medo de cair. No colo dormia facilmente, mas quando colocado no berço, novamente se angustiava. Às vezes dizia ter medo do buraco. No primeiro encontro com Fábio, ele só entrou na sala do terapeuta depois de hesitar por um tempo, e de mãos dadas com a mãe. Em seu colo, ficou em princípio olhando os brinquedos de longe, parecia investigar o ambiente. O terapeuta abriu os potinhos de tinta e pintou um bebê dormindo sobre uma folha de papel, entregando-o a Fábio, que parecia estar interessado. Este disse: 'O nenê tá dormindo, né?' Sorrindo, a mãe confirmou. Fábio então desceu do colo da mãe, pediu um potinho de tinta ao terapeuta e pintou o papel com o dedo; depois, colocou o potinho em uma bacia com água. Ao perceber que o objeto afundava, disse: 'Ih, tá afundando.' Em seguida, foi colocando vários objetos na bacia, procurando ver qual nadava. Quando algum deles afundava, Fábio ficava desapontado. Foi experimentando colocar os objetos que afundavam sobre aqueles que flutuavam e esse jogo durou até o fim da sessão, quando saiu acompanhado da mãe." (Safra, 2005, p.78)

Para Safra, a brincadeira de Fábio poderia estar expressando uma sensação de falta de suporte e de sustentação, necessárias à vida de um bebê no início da vida. Apesar de a mãe de Fábio ser afetiva, atenta e cuidadosa com o filho, ainda assim, as angústias dele pareciam estar atreladas às suas primeiras vivências no hospital. O terapeuta percebeu que seu desafio com Fábio seria ajudá-lo a dar sentido e a transformar aquelas vivências traumatizantes, e aparentemente sem sentido, por meio do jogo e de uma história criada especialmente para ele.

Uma história para Fábio

Era uma vez um menininho que viveu muito tempo na barriguinha de sua mãe. Lá era quentinho e tinha tudo o que precisava. Mas um dia chegou o momento de sair da barriguinha para poder viver e ver como era o rosto da mamãe, do papai, da irmãzinha e das outras crianças. O menino foi saindo, saindo, até que por fim saiu. Ele chorou um pouco porque gostava bastante de ficar lá dentro. O menino nasceu um pouco fraquinho e precisou ficar no hospital durante um tempo a mais, para ficar mais forte. No hospital, ele tomava umas injeções que doíam e o hospital não era tão bom quanto a barriga da mamãe. Durante algum tempo ele ficou longe da mamãe e disso ele não gostava nada, nada. Ele até pensava que a barriguinha já não estava mais segurando ele e que ele estava afundando, afundando, num buraco muito fundo. Mas na verdade, ele estava num bercinho do hospital. Ele estava



com saudade da mamãe, mas ele achava que a saudade era um buraco fundo. Quando ele foi para casa, tinha até medo de dormir, porque ficava longe da mamãe e achava que o buraco estava lá outra vez, mas era só saudade. Por fim, ele percebeu que o buraco era saudade e que mesmo o quarto ficando escuro, o amor da mamãe não apagava. Então ele perdeu o medo e começou a dormir bem gostoso. (Safra, 2005, p. 80)

Os pais foram orientados a permitir que, enquanto não pudesse fazer uso do conteúdo da história, Fábio dormisse em um colchão em seu quarto, e não no berço. Durante um mês, contaram-lhe essa história antes do menino dormir. Os pais referiram que o efeito aconteceu já logo na primeira noite: ele dormiu sem problemas. Mesmo assim, os pais seguiram lhe contando a história ao longo de um mês, o que serviu de estímulo para que Fábio lhes perguntasse sobre o seu nascimento e os pais pudessem lhe contar o que tinha ocorrido. Safra refere que os pais perceberam um sensível decréscimo da angústia de Fábio e que ele voltou a dormir bem no berço cerca de um mês e meio após o início da narração da história. Eis um exemplo de como a narrativa pode colocar uma vivência angustiante e perturbadora sob o domínio do psiquismo da criança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Toda a agonia inserida no narrar torna-se sofrimento suportável, pois acontece como acompanhamento do Outro, por meio da experiência compartilhada.” (Safra, 2006, p.31)

A leitura da obra de Safra sugere que as histórias a serem construídas e narradas devem ter alguns ingredientes, que vão sendo “coletados” desde a primeira sessão. Destacamos: a angústia básica da criança; suas organizações defensivas (seu modo de ser/agir e reagir ao que lhe perturba); um tipo de relação objetal predominante; um personagem ou situação que a ajude a se identificar e que favoreça a integração do seu self por meio de uma nova compreensão da situação que está vivendo. As personagens e o ambiente da história devem ser aqueles com os quais a criança tem afinidade/familiaridade. Uma história cuidadosamente construída e afetuosamente narrada ajuda a criança a perceber que é aceita e amada sendo como é, que seus impulsos



são legítimos. Também lhe permite perceber que pode lidar com eles de outro modo, o que lhe possibilita integrar dimensões até então dissociadas de seu self. Assim, em um espaço de tempo breve, a criança vai elaborando a angústia/conflito que vive, e o processo de maturação tende a recuperar seu curso. Não raras vezes, ela pergunta se o personagem da história é ela. Também é comum que peça para que os pais/cuidadores repitam a história várias vezes, até que, quando isso deixa de ser necessário, não pede mais: geralmente, isso ocorre quando já é capaz de lidar, sozinha, com sua angústia, o que se dá concomitantemente ao desaparecimento ou diminuição significativa do sintoma. A obra "Curando com histórias: a inclusão dos pais na consulta terapêutica das crianças" é uma inspiração aos que trabalham na clínica e buscam desenvolver práticas terapêuticas não patologizantes e não medicalizantes diante do sofrimento dos sujeitos. Outros nove casos são apresentados pelo autor: são sofrimentos e sintomas emergentes em diferentes contextos e com variadas dinâmicas familiares, para as quais histórias foram especialmente construídas e narradas como intervenções cujos efeitos apontam para a potência terapêutica do método. Para o presente ensaio, foi necessário fazer um recorte. Esperamos ter instigado o/a leitor(a) para que conheça o trabalho completo. E tanto quanto conhecer sua potência, perceber seus limites e alçar outros voos, alargando as possibilidades de criação e utilização terapêutica de narrativas junto a sujeitos, famílias, grupos e comunidades.

REFERÊNCIAS

BENJAMIN, Walter. O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov.

In: _____. **Magia e técnica, arte e política**. São Paulo: Brasiliense, 1987.

LÉVI-STRAUSS, Claude. **Antropologia estrutural**. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1975.

SAFRA, Gilberto. **Curando com histórias: a inclusão dos pais na consulta terapêutica das crianças**. São Paulo: Sobornost, 2005.

_____. **Desvelando a memória do humano: o brincar, o narrar, o corpo, o sagrado, o silêncio**. São Paulo: Sobornost, 2006.



Anais do V Seminário Internacional A Educação
Medicalizada: "existirmos, a que será que se destina?"
ISSN 2525 6610

WINNICOTT, Donald Woods. O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre: Artmed, 1983.