

O setting como ambiente propiciador da psique individual*

Conceição Aparecida Serralha

IBPW/IWA/UFTM

Sempre que fui convidada a falar nos colóquios winnicottianos, a minha preocupação foi contribuir de alguma maneira com aquilo que não raras vezes me foi muito árduo incorporar, de modo a me sentir mais próxima do pensamento de Winnicott. Nunca foi uma fácil empreitada e o tema deste colóquio, *Os Settings Winnicottianos*, particularmente me fez voltar no tempo, um tempo anterior ao meu encontro com a teoria winnicottiana, que ocorreu há mais de vinte anos.

O meu início como profissional de psicologia, recém-integrada a um grupo psicanalítico, foi de muita sede de compreensão... Compreender conceitos, compreender a técnica e, principalmente, fazer uso de tudo isso. O *setting* foi um desses conceitos.

Ao fazer essa retrospectiva, o que me veio daquela época, foi a compreensão de um enquadramento, de certa forma rígido, de todos os procedimentos que organizariam o meu trabalho e me possibilitariam fazer psicanálise. Incluíam-se nesses procedimentos um contrato com o meu paciente, com todas as regras, combinados de número de sessões, de dias e horários, de honorários, férias etc.

Orientações dos colegas mais experientes me apontavam o quanto eu deveria estar sempre atenta a não permitir qualquer desvirtuamento dessas normas. A estabilidade com a qual Bleger (1987) entendia que o *setting* analítico deveria se implantar era levada ao último grau por nossa turma de recém-formados. Algo que chegava, em alguns momentos, a gerar uma rigidez de nossa parte, quando o que mais precisaria acontecer seria uma maior espontaneidade. Essa imobilidade vinha de um medo muito grande de errar, de lidar de uma forma que prejudicasse o paciente e, é claro, nos prejudicasse também profissionalmente.

Os anos foram se passando, ganhei experiência. Com isso, entendo que não fui somente eu que pude modificar a forma de compreender e oferecer um *setting* analítico. A psicanálise

* Este trabalho reúne minha conferência apresentada no *XXIV Colóquio Winnicott Internacional: Os Settings Winnicottianos*, em 2020, e alguns pontos de minha conferência de 2019, no *XII Colóquio Winnicott de Campinas: Regressão em Winnicott*.

como um todo modificou-se. Hoje, vemos que tantos receios daquela época, nem para uma terapeuta inexperiente, tinha tanta razão de ser.

Como profissional, encontrar Winnicott foi muito importante porque a sua noção de *setting* como um ambiente propiciador da integração da psique ampliou a minha capacidade de estar com alguém que necessita tanto de um *colo* para lhe fazer sentir seus próprios contornos, como também para ajudar a manter reunido o seu si mesmo. Winnicott escreveu: “a psique individual só pode ter início dentro de um determinado setting” (1952-1953/2000, p. 379).

O leitor poderá me perguntar: Mas não é isso mesmo o que a psicanálise já objetivava com todas as suas normas e procedimentos de organização de um *setting*? Penso que teoricamente sim, mas às vezes fico pensando se, na prática, isso ocorreria. Talvez comigo não ocorresse... O fato é que o meu trabalho passou a fluir e minha intenção já não era tanto compreender o que era um *setting* winnicottiano, mas oferecê-lo sem tentar entender muito, buscando mais me identificar com as necessidades de cada paciente, permitindo que ele se sentisse seguro o suficiente para baixar suas defesas e se entregar aos meus cuidados.

De acordo com Winnicott, “o paciente não se acha lá para trabalhar conosco exceto quando fornecemos as condições que são necessárias” (1964/1994, p. 78). Essas condições não serão as mesmas para todos, embora tenhamos que iniciar de alguma forma antes mesmo de termos tempo de conhecer cada um. Assim, não é que não devamos ter um lugar minimamente preparado para receber um paciente, mas esse lugar precisará ser flexível o suficiente para construir o *setting* que vai se moldar às necessidades dele, estabelecendo-se aos poucos. Por isso, de acordo com Winnicott, inicialmente o *setting* precisa ser mais amplo.

Pude incorporar também a importância da confiabilidade necessária a esse *setting*. Se por um tempo, essa confiabilidade, para mim, dizia respeito apenas à pessoa do terapeuta, ou seja, a mim como pessoa que deveria ser extremamente confiável, tive que concordar com Winnicott, com o passar do tempo, que a confiabilidade mais crucial para o sucesso de um tratamento seria a minha confiabilidade profissional ao me colocar como o paciente necessita que eu me coloque e não movida pelos sentimentos e emoções que são meus, embora estes façam parte do processo de identificação que deve acontecer. Em alguns momentos, eu falhei com um ou outro paciente exatamente por isso. Fiz uma interpretação quando deveria ter ficado calada e apenas esperar... Tranquilei confirmando o perdão de Deus, quando o único fio que ainda prendia um paciente a esse mundo era o medo de não ser perdoado... Somente o que pude desenvolver profissionalmente pôde me dar o suporte necessário para continuar com esses, quando foi possível, e com outros pacientes.

Como nos dizia Winnicott, se desenvolvemos uma confiabilidade profissional, veremos que ela é muito diferente de nossa própria e inconfiável personalidade. Deixar nossa inconfiabilidade pessoal prevalecer pode nos levar à perda de um caso. Em suas palavras:

O princípio básico é o fornecimento de um *setting* humano e, embora o terapeuta fique livre para ser ele próprio, que ele não distorça o curso dos acontecimentos por fazer ou não fazer coisas por causa de sua própria ansiedade ou culpa, ou sua própria necessidade de alcançar sucesso. (1994/1965, p. 247)

Assim, como disse antes, se pude realmente incorporar sua teoria, ser confiável profissionalmente é ser capaz de oferecer o ambiente que o paciente necessita e não o que eu quero oferecer a ele, mesmo com as melhores intenções. Não é oferecer um ambiente em que ele se sinta apenas tranquilo, criativo e pouco angustiado, mas oferecer um ambiente em que sua dor, sua raiva e seu desespero possam aparecer e, enfim, ser sustentados.

Ao pensar em como eu poderia ajudar o leitor a identificar um *setting* winnicottiano como o que o meu percurso profissional me levou a viver e a oferecer, sem que para isso tenha de usar a mente, o intelecto, vi o quanto eu tinha me dado uma tarefa difícilíssima!!! Não seria fácil o meu intento e passei dias tentando encontrar o meio de fazer isso. Até que um dia me lembrei de um ensaio do autor moçambicano Mia Couto, *Línguas que não sabemos que sabemos*, que eu havia lido um tempo atrás. Nesse ensaio, ele trouxe um conto que disse nunca ter conseguido publicar, no qual acontecia o que se segue:

Uma mulher, em fase terminal de doença, pede ao marido que lhe conte uma história para apaziguar as incontáveis dores. Mal ele inicia a narração, ela o faz parar:

- Não, assim não. Eu quero que me fale numa língua desconhecida.

- Desconhecida? – pergunta ele.

- Uma língua que não exista. Que eu preciso tanto de não compreender nada!

O marido se interroga: como se pode falar uma língua que não existe? Começa por balbuciar umas palavras estranhas e sente-se ridículo como se a si mesmo desse provas da incapacidade de ser humano. Aos poucos, porém, vai ganhando mais à-vontade nesse idioma sem regra. E ele já não sabe se fala, se canta, se reza. Quando se detém, repara que a mulher está adormecida, e mora em seu rosto o mais tranquilo sorriso. Mais tarde, ela lhe confessa: aqueles murmúrios lhe trouxeram lembranças de antes de ter memória. E lhe deram o conforto desse mesmo sono que nos liga ao que havia antes de estarmos vivos. (Couto, 2011, p. 11-12)

Eu não vou perguntar a você, leitor, se entendeu... vou lhe perguntar: sentiu? Se identificou?

Para mim, esse é o *setting* winnicottiano... Não pode ser pensado, não pode ser falado, não pode ser mensurado, não pode ser inteligível... Precisa ter a familiaridade de um momento

vivido, mas perdido, e que se pode fazer surgir novamente, ou pela primeira vez, por meio da identificação de uma necessidade sem qualquer verbalização, por meio da confiabilidade em uma comunicação silenciosa, no qual é possível se entregar aos cuidados, relaxar, enfim, ser.

Não é que o *setting* não tenha regras, limites, parâmetros, mas estes têm que estar em nós e serem aplicados conforme o caso e a necessidade do paciente. Ele pode ser oferecido em uma sala de consultório, em uma sala de um posto de saúde, debaixo de uma árvore, na cama de um hospital, em tempos diferenciados...

Certa vez, fui convidada a fazer uma conferência em um espaço muito amplo e que estava bastante frio devido à climatização do ambiente. Sentava-me ao lado de uma outra conferencista, aguardando o momento de formarmos a mesa. Chegou até nós uma professora com uma criança. Elas estavam em pé à nossa frente e a criança começou a olhar para nós e se esconder na saia dessa professora. A criança fazia parte de um grupo que iria fazer uma apresentação antes de iniciarmos a mesa de conferências. Ela estava com uma fantasia de índiazinha – era um 19 de abril, Dia do Índio – que a deixava com o corpo nu, coberto apenas por uma saiazinha de sisal. Como ela continuava a se esconder por trás da saia da professora, a conferencista ao meu lado lhe disse: “Está frio, né?”. A criança continuou a se esconder. Eu disse: “Toda essa gente que você não conhece, né?” Ela me olhou, mas não disse nada. Iria começar o evento, a professora saiu com a criança e nós continuamos aguardando. Passados uns cinco minutos, vejo a criança correr na minha direção. Deu um sorriso e me entregou um fio de sisal de sua saia. Entendi aquilo como um agradecimento por eu tê-la visto e identificado sua comunicação. Não estávamos em um consultório, não estávamos somente eu e ela, mas ali um *setting* se estabeleceu, o ambiente que ela necessitava se fez. Nada foi preparado, nada foi pensado, mas a comunicação aconteceu.

Um dos princípios essenciais da técnica psicanalítica apontados por Winnicott (1947/2000) é que deve ser fornecido um *setting* no qual o paciente possa lidar com uma coisa de cada vez. Um *setting* simplificado... Assim, o que pode tornar o trabalho do terapeuta um trabalho profissional de qualidade, diferente de qualquer outro, vai depender das identificações e tendências que pertencem às experiências pessoais do terapeuta em seu desenvolvimento e que vão ajudá-lo a se identificar com o paciente e cuidar de cada coisa em seu tempo, o que só vai ser possível por meio da experiência profissional incorporada (Winnicott, 1949/2000).

Um fato interessante é ser muito comum encontrarmos pessoas que pensam Winnicott apenas como um analista de crianças e que um terapeuta winnicottiano só trata criança. Não é verdade... E, por outro lado, é verdade... Como escreveu Winnicott, “se há apenas duas pessoas envolvidas, é porque houve uma regressão do paciente no *setting* analítico; o *setting* representa

a mãe com sua técnica e o paciente é um bebê” (1954/1993, p. 469-470) e, em alguns casos, estes se tornam uma única pessoa. O *setting* da análise reproduz as técnicas iniciais da mãe e convida à regressão devido à sua confiabilidade.

Winnicott disse que a regressão pode se dar em qualquer grau, que ela pode ser tanto limitada e momentânea, como pode ser total e envolver toda a vida do paciente por um certo tempo. Além disso, ele disse que ela se dá à dependência e aos processos de desenvolvimento iniciais e, sendo assim, o paciente corre os riscos inerentes ao começar suas primeiras experiências de viver (1955-1956/2000, p. 396). Muitas vezes, quando se ouve um terapeuta falar que o seu paciente *está* regredido, dando a entender que essa regressão está extrapolando o tempo de sessão, e não se percebe preocupação, medo e nem angústia no terapeuta, pode-se dizer que este terapeuta está equivocado ou não tem a dimensão do que é uma regressão que vai além do tempo da sessão. Winnicott já dizia: “Não há motivos para o analista *querer* que o paciente regrida [...] Se o analista gosta que os pacientes regridam, isto certamente irá interferir com o manejo da regressão” (1954/2000, p. 388), talvez, pelo excesso de formações reativas do terapeuta.

Neste ponto, gostaria de discutir algumas situações de regressão na clínica de forma semelhante ao que comumente é feito em pesquisas de opinião, por meio de uma metodologia chamada *Discurso do Sujeito Coletivo* (Lefèvre, Lefèvre, & Teixeira, 2000). Nessa metodologia, agrupam-se depoimentos de sentido semelhante nos chamados discursos-síntese, na primeira pessoa do singular, como se uma coletividade estivesse falando. A razão para transpor em parte essa metodologia para esta discussão está na tentativa de trazer pontos que considero importantes no estudo da regressão à dependência na análise, que de outra forma não haveria espaço suficiente para percorrê-los todos. Assim, reuni em um caso que denominarei *Caso Julian*, os pontos que quero focar e que surgiram no trabalho com diferentes pacientes.

O *Caso Julian*, portanto, não é o caso de uma pessoa, mas reúne em si uma série de episódios regressivos de vários casos que nos permitem identificar o início, bem como nos atentar para a gradual saída desses episódios de regressão. Essa saída costuma ser a fase mais extensa em um tratamento e precisa ser assim compreendida. No *Caso Julian*, após algum tempo de regressão quase que total, exigindo um cuidado quase que diário, ele começou a sair desta, o que pôde ser percebido pelo fato de ele conseguir aguardar a sessão seguinte para entrar em contato com a terapeuta.

Julian era um estudante que morava sozinho em um apartamento. Seus pais moravam em outra cidade. Chegou para terapia em um momento em que estava envolvido com muita

droga e bastante atordoado com seus pensamentos. Assim, um dos riscos que ele viveu, ao começar a regredir mais, para além das sessões, foi o de sofrer um acidente fatal. O terapeuta sentiu que precisava entrar em contato com os pais, pois estes precisavam ajudar a formar um ambiente de cuidado e proteção. Julian não podia continuar a morar sozinho nesse apartamento, pois a possibilidade de uma queda pela falta de autocuidado característica da regressão ou por abuso de drogas que lhe tirassem qualquer noção de perigo, era muito grande.

O comportamento do terapeuta, que Winnicott chamou de contexto da análise, no período de regressão torna-se mais importante que a interpretação. A confiabilidade do terapeuta é que convida o paciente a regredir. Ele passa a perceber o terapeuta “como algo que suscita a esperança de que o verdadeiro eu poderá finalmente correr os riscos implícitos em começar a experimentar viver”. “Em algum momento o falso eu entrega-se ao analista” (Winnicott, 1955-1956/2000, pp. 395-396).

A dificuldade de fazer sessões muito frequentes, necessárias a uma regressão à dependência em análise, foi compensada pelo contato por *WhatsApp*. Sim, em nosso tempo, temos o *WhatsApp* a nosso favor (do terapeuta e do paciente) no trabalho com pacientes muito regredidos. Poder entrar em contato conosco quando de sua necessidade é fundamental e eles farão isso porque necessitam e não porque estão abusando de nós. Eles, nesse momento, ficam incompadecidos. Contudo, da mesma forma que algumas mães, às vezes, sentem que seus bebês recém-nascidos as estão consumindo, estão acabando com elas, alguns terapeutas também podem estar assim, sem condições pessoais e profissionais de atender a um paciente que precisa regredir à dependência. É bom lembrar, que elas se sentem assim porque não estão bem emocionalmente, estão sem apoio e não conseguem se identificar com a condição e as necessidades dos bebês para atender-lhes.

Certa vez, uma estagiária, diante de um paciente que ligava para ela e mandava mensagens todos os dias, perguntou-me como poderíamos identificar se ele estaria mesmo regredido ou aproveitando-se da sua boa vontade. Um paciente regredido, se o terapeuta propuser que ele venha para sessões todos os dias e ele tiver condições para isso, ele virá. Se não tiver condições, ele vai continuar ligando e enviando mensagens ao terapeuta da mesma maneira, pois ele tem esperança da sua necessidade ser atendida. Se o paciente não estiver regredido, provavelmente não vai aceitar vir todos os dias, mas também não vai continuar ligando para o terapeuta.

A mãe de Julian mudou-se para a cidade onde ele estudava e passou a cuidar dele. Ele ia às sessões e muitas vezes chegava tão mal que se deitava no sofá e a terapeuta apenas fechava a cortina, apagava parte das luzes e o deixava dormir. Aos poucos, Julian começou a sentir

interesse em ir para a faculdade, em fazer algumas pinturas e assistir a filmes, o que tinha desistido de fazer. Os contatos pelo *WhatsApp* começaram a se espaçar e ele dizia que às vezes apenas olhava o contato da terapeuta no telefone, mas não ligava, e isso era o suficiente para ele dar continuidade ao seu dia de estudos. Se precisasse, ela estaria ali, acessível. Julian dava mostras de estar mais integrado e conseguindo ficar só, como diria Winnicott, pelo fato de sentir a terapeuta confiantemente presente, semelhante à mãe, “ainda que representada por um momento, por um berço, ou um carrinho de bebê ou pela atmosfera geral do ambiente próximo” (1958/1990, p. 33), ou como em nossos dias, pelo contato do *WhatsApp*. Julian parecia ligado ao Ego da terapeuta; nas palavras de Winnicott, “ligado ao ego se refere à relação entre duas pessoas, uma das quais está de qualquer modo só, talvez ambas estejam sós, ainda assim a presença de uma é importante para a outra” (1958/1990, p. 33).

O processo de saída da regressão precisa acontecer com muito cuidado para que a dispensa do terapeuta não seja feita de forma afoita. Mesmo que o paciente esteja conseguindo ficar só na presença do terapeuta, pode levar bastante tempo ainda para que ele consiga construir, como disse Winnicott, um *meio interno* que lhe permita dispensar essa presença.

Estar só é uma decorrência do eu sou, dependente da percepção da criança da existência contínua de uma mãe disponível cuja consistência torna possível para a criança estar só e ter prazer em estar só, por períodos limitados. [...] a capacidade de ficar só se baseia na experiência de estar só na presença de alguém, e que sem uma suficiência dessa experiência a capacidade de ficar só não pode se desenvolver. (1958/1990, p. 35)

Julian, em algumas sessões demonstrava um impulso de sair da terapia. Achava-se bem, mas logo, diante de algum obstáculo, ele se *esquecia* que pretendia sair. Voltava a ter momentos mais regredidos, mas não como no início. Em razão da consistência necessária ao processo de integração em um Eu Sou, a regressão continuava fazendo parte do tratamento.

De acordo com Winnicott, “no começo do *eu sou*, o indivíduo é, por assim dizer, cru, não defendido, vulnerável, potencialmente paranoide. O indivíduo só pode atingir o estágio do *eu sou* porque existe um meio que é protetor” (1958/1990, p. 35). Assim, se o terapeuta não puder se defrontar com a dependência do paciente, ele falha, e essa falha deve ser considerada uma falha *antiga*, que poderá ser experienciada pela primeira vez pelo paciente, percebendo-a, abarcando-a e ficando zangado por isso. O terapeuta, ao se dar conta de sua falha, não pode se defender, ele precisa fazer uso dessa falha, pois isso possibilitará que o paciente possa sentir raiva das falhas de adaptação do seu ambiente inicial e é o que fará o paciente se libertar da dependência do terapeuta (1955-1956/2000).

Outro ponto que gostaria de trazer para nossa discussão é o fato de que a regressão à dependência pode ocorrer também à figura do cuidador. Quantas vezes já pode ter acontecido com você, leitor terapeuta, de uma mãe ou um pai, após algum tempo da terapia do filho, pedir para se submeter à terapia com você também? A confiabilidade do terapeuta é sentida também por esse cuidador. Se ele vivenciou falhas importantes em seu ambiente inicial, ele faz o pedido.

Atender a essa solicitação torna-se quase que imperioso, em razão de nosso senso ético, uma vez que conhecemos a necessidade do cuidador de ser acolhido e sustentado. Se somos orientados por uma abordagem clássica da psicanálise, ou se tememos nossa inconfiabilidade pessoal, logo dizemos que somos terapeutas do filho, que por isso não poderíamos fazer a terapia solicitada e acabamos indicando um colega. Entretanto, estamos lidando com um cuidador que levou um tempo para conseguir chegar e agir dessa maneira. Pode ser tão difícil para ele lidar com o nosso não, que ele pode ir embora, levando o filho junto. Por que não o acolher, escutá-lo e aos poucos ir fazendo essa transição para um outro terapeuta? O que ele necessita, provavelmente, é não viver essa impossibilidade como uma nova rejeição ou em mais um ambiente incapaz de lhe dar *colo*. Se temos segurança em nossa confiabilidade profissional, podemos fazer isso gradualmente.

Se queremos uma sociedade mais amadurecida e humanitária, temos que propiciar ou ajudar a propiciar um ambiente capaz, em primeiro lugar, de facilitar a integração individual de cada um de seus membros. Essa integração é que vai permitir que o indivíduo alcance o concernimento e seja capaz de se responsabilizar por suas ações e não ações, tornando-se compadecido.

Tenho dito que o cuidado ambiental no início da vida é básico e primário, e a educação (escola, universidade etc.) é secundária. Não por ser menos importante ou apenas um apêndice, de nenhuma forma esse é o meu ponto de vista. O que quero dizer ao colocar a educação em segundo lugar é que antes dela, tem de vir um *setting* que promova o cuidado ao outro, o respeito ao outro, o reconhecimento do outro, para que então a educação escolar ou universitária possa ser recebida por alguém que possa, de fato, aproveitá-la para o próprio bem e do outro. Caso isso não aconteça, temos exemplos de sobra em nosso país do que pode acontecer. Quem são os corruptos e abomináveis agentes públicos de nossa sociedade? Advogados, médicos, administradores, professores, enfermeiros etc. São pessoas que tiveram oportunidade de uma vida confortável, de fazer um curso superior, pós-graduações etc., mas com certeza não tiveram um bom início, não foram cuidados, vistos e respeitados. Por outro lado, quantas pessoas não tiveram escola, mas são suficientemente amadurecidas para cuidar do outro, para amar o outro,

porque foram cuidadas por mães e pais suficientemente bons. Como nos disse Winnicott, esse cuidado não se aprende nos livros ou manuais.

Por isso, não é só ao bebê ou à criança pequena que temos de propiciar um *setting* para a integração em um si mesmo individual; nunca seremos, enquanto terapeutas, em número suficiente para ajudar a todos que necessitam. Assim, precisamos cuidar das famílias para que elas possam constituir esse *setting* que cuide, que respeite, que olhe e que deixe ser. Políticas públicas nesse sentido são urgentes, pois, por mais que a predisposição a psicopatologias e a psicopatias estejam presentes e frequentes, podemos evitar que se desenvolvam por meio de um cuidado especializado e empático, que não precisa ser realizado apenas por profissionais, mas também por cuidadores informais capazes de amar e que se sintam sustentados e amparados em suas necessidades.

Referências

- Bleger, J. (1987). *Temas de psicologia: entrevistas e grupos*. São Paulo: Martins Fontes.
- Couto, M. (2011). *E se Obama fosse africano?: e outras interinvenções*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Lefèvre, F., Lefèvre, A., e Teixeira, J. (2000). *O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa*. Caxias do Sul: EDUCS.
- Winnicott, D. W. (1947). Memórias do nascimento, Trauma do nascimento e ansiedade. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (pp. 254-276). Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1949). O ódio na contratransferência. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (pp. 233-253). Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1952-1953). Psicose e os cuidados maternos. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (pp. 305-315). Rio de Janeiro: Francisco Alves, 2000.
- Winnicott, D. W. (1954). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto psicanalítico. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (pp. 374-392). Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1955-1956). Formas clínicas da transferência. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (pp. 393-398). Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1958). A capacidade para estar só. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 31-37). Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- Winnicott, D. W. (1964). A importância do setting no encontro com a regressão na Psicanálise. In D. Winnicott, *Explorações psicanalíticas* (pp. 77-81). Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.