

A clínica na contemporaneidade - Caderno de trabalhos da III Jornada de Práticas Clínicas em
Psicologia

Maíra Bonafé Sei
(Organizadora)

**A clínica na
contemporaneidade - Caderno de
trabalhos da III Jornada de
Práticas Clínicas em Psicologia**

1ª. Edição

Londrina/PR
UEL
2018

ISBN - 978-85-7846-523-0

**Catálogo na publicação elaborada pela Divisão de Processos Técnicos da
Biblioteca Central da Universidade Estadual de Londrina.**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

C641 A clínica na contemporaneidade [livro eletrônico] : Caderno de trabalhos da III Jornada de Práticas Clínicas em Psicologia / Organizadora: Máira Bonafé Sei. – Londrina : UEL, 2018.
1 Livro digital.

Vários autores.

Inclui bibliografia.

Disponível em: <http://www.uel.br/clinicapsicologica/pages/publicacoes.php>

ISBN 978-85-7846-523-0

1. Psicologia – Congressos. 2. Psicologia clínica – Práticas – Congressos.
3. Psicologia aplicada – Congressos. I. Sei, Máira Bonafé. II. Jornada de Práticas Clínicas em Psicologia (3. : 2018 : Londrina, PR).

CDU 159.9

Bibliotecária: Aparecida de Lourdes Mariani – CRB-9/1230

Ressalva: Os textos apresentados são de criação original dos autores, que responderão individualmente por seus conteúdos ou por eventuais impugnações de direito por parte de terceiros.

Sumário

Programação	1
Programação	2
Apoios.....	3
Apoios.....	4
Comissões.....	5
Comissões.....	6
Apresentação	7
Apresentação	8
Palestras	10
A psicologia na atenção básica: experiências e demandas no cenário da saúde da família	11
O Trabalho da Psicologia na Clínica Multiprofissional da Unimed Londrina	12
A Clínica Psicológica da UEL: ofertas de cuidado e demandas da população.....	13
A escuta psicanalítica na Clínica do Testemunho, uma clínica do laço social	14
Psicoterapia online: possibilidades e desafios	26
Psicoterapia online: questões éticas, meios de comunicação virtual e indicações terapêuticas.....	27
O campo ÉTICO e as (re)existências das práticas clínicas de atendimento à população LGBTs	33
Os atravessamentos das questões LGBT na Clínica Psicanalítica	35
Discussão de caso clínico - Diferentes perspectivas na Psicologia Clínica.....	46
O caso de A.: uma leitura fenomenológica em torno de temas existenciais fundamentais	50
O caso de A.: leitura psicodramática da história do adoecimento da espontaneidade	51
Trabalhos na íntegra.....	54
A Clínica no Encontro: Um Relato de Experiência de Estágio em Instituição de Acolhimento	55
A Relação entre Filho e Pai no Cenário Contemporâneo da Paternidade: um caso clínico	61
Amor: mentira que a vaidade quer - aproximações entre a obra de Cazusa e a Psicanálise	68
As contribuições da contação de histórias na saúde	75
As contribuições do método de observação mãe-bebê de Esther Bick.....	80
Atendimento psicanalítico infantil: desafios e possibilidades no trabalho com a família da criança	87
Despatologização da transexualidade: um olhar a partir da Psicologia	95
Formas, nomes, figuras: para uma estética da escrita clínica	99
Minha casa, Minha vida: refletindo sobre o brincar na clínica infantil.....	104
O diagnóstico em psicanálise: observações a partir de uma triagem em clínica-escola...	109
O estranhamento do banal: poética visual, psicanálise e subjetividade	116
Título O trabalho clínico com idosos: desafios e potências	123
O vazio e a lâmina: reflexões acerca da autolesão na adolescência	127
Psicanálise e transexualidade: reflexões sobre a postura do analista.....	132
Psicologia e Política Nacional de Assistência Social: a clínica social como um modo de intervenção.....	139
Resumos	144
A escuta de um sujeito: a possibilidade de simbolização do ser após internação hospitalar	145

A Psicologia no entre: Ciranda da Paz	147
A teoria psicanalítica como instrumento de escuta na clínica da urgência	149
Atendimento Ambulatorial em Unidade Básica de Saúde: Relato de Experiência	151
Escuta clínica psicanalítica de adolescentes em sofrimento psíquico na instituição: limites e possibilidades	153
Jogos virtuais e vivências emocionais na clínica com adolescentes	155
Luto e melancolia: uma associação entre a depressão e o suicídio	156
“Não é bem assim”: vivências emocionais da psicoterapeuta com paciente de difícil acesso	158
O bom menino ou falso-self? Relato de experiência em psicoterapia infantil	159
O ensino de avaliação psicológica no contexto da extensão universitária: análises e perspectivas	160
O papel do plantão psicológico diante do sofrimento psíquico de adolescentes	161
O sentido da agressividade em Winnicott: a clínica psicanalítica com criança auto agressiva	162
O uso de contação de histórias e atividades expressivas em oficina terapêutica com crianças	164
Problematizando a Saúde Mental: Intervenção com Agentes Comunitários de Saúde	166
Projeto Brisa: potencialidades da arte na rua	168
Promoção da Saúde: conversando sobre suicídio com adolescentes no contexto escolar	170
Plantão psicológico: A potência na formação do Psicólogo	171
Psicanálise para Adolescentes: o Lugar dos Pais	172
Psicologia hospitalar e a atuação do psicólogo: conhecemos a nossa verdadeira função?	173
Rodas de conversa sobre saúde mental: um dispositivo de recepção e escuta na saúde coletiva	175
Sentir e aprender: vivências emocionais de uma psicoterapeuta-aprendiz.....	177

Programação

Programação

06 de dezembro de 2018

19h00 às 22h00 - Mesa Redonda - **Sufrimento psíquico e o atendimento psicológico em Londrina**
A Psicologia na Atenção Básica: experiências e demandas no cenário da saúde da família - Maria
Lúcia Mantovanelli Ortolan
O trabalho da Psicologia na Clínica Multiprofissional da Unimed Londrina - Milena Valadão Nunes
A Clínica Psicológica da UEL: ofertas de cuidado e demandas da população - Maíra Bonafé Sei

07 de dezembro de 2018

8h00 às 8h30 - Credenciamento

8h30 às 10h00 - Conferência - A Escuta Psicanalítica nos Dispositivos das Clínicas do Laço Social -
Maria Beatriz Costa Carvalho Vanucchi

10h00 às 10h30 - Intervalo e Sessão de Pôsteres

10h30 às 12h00 - Mesa Redonda - **Considerações sobre a tecnologia na psicoterapia**
Psicoterapia online: possibilidades e desafios - Maria Adélia Minghelli Pieta
Psicoterapia online: questões éticas, meios de comunicação virtual e indicações terapêuticas -
Ananda Kenney da Cunha Nascimento

12h00 às 14h00 - Almoço

14h00 às 15h30 - Mesa Redonda - **O atendimento clínico à população LGBTI**
Os atravessamentos das questões LGBT na clínica psicanalítica - Brunella Carla Rodriguez
O campo ÉTICO e as (re)existências das práticas clínicas de atendimento à população LGBTs - Juliana
Cristina Bessa

15h30 às 16h00 - Intervalo e Exposição Artística

16h00 às 17h30 - **Discussão de caso clínico - Diferentes perspectivas na Psicologia Clínica**
Apresentadora do caso clínico - Luísa Maiola de Araujo
A visão do Psicodrama - Paulo César de Oliveira
A visão Fenomenológica-Existencial - Hernani Pereira dos Santos

17h30 às 18h00 - Encerramento e Premiação

Apoios

Apoios



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Ciência, Tecnologia
e Ensino Superior

**FUNDAÇÃO
ARAUCÁRIA**

Apoio ao Desenvolvimento Científico
e Tecnológico do Paraná

sapiens
instituto de psicologia



Comissões

Comissões

Comissão Organizadora

Ana Carolina de Moraes Silva

Gabriel Candido Paiva

Ingrid Cavanha Gabriel

Isabela Caroline Machado

Luísa Maiola de Araújo

Maíra Bonafé Sei

Rebeka Pessoa de Almeida

Comissão Científica

Profa. Dra. Alejandra Astrid Leon-Cedeño

Prof. Dr. Alex Eduardo Gallo

Profa. Dra. Katya Luciane de Oliveira

Profa. Dra. Maíra Bonafé Sei

Profa. Dra. Sílvia Nogueira Cordeiro

Apresentação

Apresentação

Maíra Bonafé Sei¹

A Jornada de Práticas Clínicas em Psicologia configura-se como um evento científico organizado anualmente, desde 2016, pela Clínica Psicológica da UEL. Seu objetivo é promover interlocução, trocas entre profissionais e o aprimoramento acerca de temas relativos à clínica psicológica.

Nesta edição, optou-se pelo tema “A clínica na contemporaneidade”, com discussões sobre o sofrimento psíquico e a demanda pelo atendimento psicológico na rede de saúde pública de Londrina, no cenário da saúde suplementar e em serviço-escola de Psicologia. Compreendendo que o ano de 2018 foi marcado pela retomada nas mídias do tema da ditadura, da violência de Estado e de suas consequências, abordou-se a questão da clínica frente a estas situações, com uma exposição do trabalho realizado em São Paulo a partir da Clínica do Testemunho. Pensando nas mudanças que a tecnologia pode trazer para a Psicologia, também se discorreu sobre sua influência na clínica, com ênfase na psicoterapia online, com apresentação de pesquisas e questões éticas que permeiam este tipo de intervenção.

A programação do evento seguiu com mesa que abordou outro tema bastante presente nas mídias ao longo de 2018, qual seja, a população LGBTI e o atendimento psicológico prestado a este público, novamente discorrendo sobre questões éticas, além das especificidades que podem permear esta prática. A Jornada foi finalizada com uma discussão de caso clínico a partir das visões psicodramática e fenomenológico-existencial.

A Jornada de Práticas Clínicas em Psicologia contou com a premiação dos trabalhos apresentados, tendo em vista os seguintes critérios: 1) Aspectos Formais (presença de Introdução, Método, Resultados e Discussão, Conclusão/Considerações Finais, Referências); 2) Clareza na Escrita; 3) Criatividade na Apresentação do Pôster; 4) Relevância Social do Trabalho Realizado, com avaliação realizada por membros da Comissão Científica. Foram premiados os seguintes trabalhos:

¹ Psicóloga, Mestrado, Doutorado e Pós-Doutorado em Psicologia Clínica pelo IP-USP, Professora Adjunta do Departamento de Psicologia e Psicanálise da UEL, Diretora da Clínica Psicológica da UEL gestão 2014-2018 e 2018-2022. Contato: mairabonafe@gmail.com.

1º lugar

- Plantão psicológico: A potência na formação do Psicólogo

2º lugar – empate entre os seguintes trabalhos:

- Bastidores de uma pesquisa em Psicanálise: refletindo sobre os sentimentos das pesquisadoras
- Minha casa, minha vida: refletindo sobre o brincar na clínica infantil
- O papel do plantão psicológico diante do sofrimento psíquico de adolescentes
- O vazio e a lâmina: reflexões acerca da autolesão na adolescência

Durante o evento foram apresentados trabalhos no formato de pôsteres, cujos resumos e textos na íntegra estão aqui descritos. Além deste material, conta-se com os textos referentes às palestras proferidas, registrando os saberes partilhados e contribuindo para a disseminação deles também para os colegas que não puderam estar presentes neste encontro.

Aproveitamos para agradecer a enorme contribuição de cada um dos palestrantes que se disponibilizaram a gentilmente compartilhar suas experiências conosco, bem como aos apresentadores de trabalhos e ao público ouvinte, com votos de que a programação possa ter subsidiado um desenvolvimento profissional e pessoal a todos.

Boa leitura!

Palestras

A psicologia na atenção básica: experiências e demandas no cenário da saúde da família

Maria Lúcia Mantovanelli Ortolan²

RESUMO:

Na década de 1970 floresce a Reforma Psiquiátrica propondo um modelo assistencial em saúde mental que priorize a reintegração dos pacientes com transtornos mentais. A partir das legislações do SUS, cria-se a Rede de Atenção Psicossocial, composta principalmente pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e seus organizativos de trabalho como a Estratégia da Saúde da Família e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, que inclui, então, o trabalho do psicólogo na atenção básica de saúde. Objetivou-se categorizar as demandas dos usuários dos atendimentos de psicologia em uma UBS do município de Londrina, nos anos de 2017 e 2018. De 339 atendimentos contabilizados, a maioria são usuários mulheres (66,37%) e a faixa etária mais prevalente foram os adultos (42,18%). Foram encontradas 39 categorias de queixas, sendo as mais frequentes: quadro depressivo (12,40%), transtornos relativos à aprendizagem (9,56%), quadro ansioso (9,30%) e violência doméstica (5,68%). Ao examinar as queixas por faixa etária, em crianças a queixa mais frequente são os transtornos de aprendizagem, na adolescência os transtornos alimentares e nos adultos e idosos, o quadro depressivo. Considerou-se que há uma demanda diversa e heterogênea para a psicologia na atenção básica, e, tendo em vista a proposta de cuidado generalista e integral deste lócus de trabalho, ressalta-se a importância das queixas de saúde mental não serem prerrogativas apenas do psicólogo e sim que toda equipe se responsabilize pelo cuidado, sendo ativadores de rede para os encaminhamentos interssetoriais, atendendo em formato de interconsultas e havendo matriciamento de temas e casos nas equipes de saúde.

Palavras-chave: Psicologia; Atenção Básica de Saúde; Saúde da Família.

² Psicóloga (CRP-PR 24135), Especialista em Psicanálise e Contemporaneidade, Residente em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Londrina. Contato: ortolan78@gmail.com.

O Trabalho da Psicologia na Clínica Multiprofissional da Unimed Londrina

Milena Valadão Nunes³

RESUMO:

A Clínica Multiprofissional da Unimed Londrina foi criada há dez anos, a equipe é composta por: uma terapeuta ocupacional, cinco nutricionistas, cinco fonoaudiólogas e vinte e um psicólogos. Os psicólogos realizam cerca de 530 atendimentos semanalmente, entre: atendimentos individuais, atendimentos em grupo e avaliação para a cirurgia bariátrica. Para dar início ao tratamento, o paciente precisa de um encaminhamento médico, então passa por uma triagem e em seguida será direcionado ao tratamento mais indicado, individual ou em grupo. A clínica responde à Resolução Normativa RN nº 428 de 07 de novembro de 2017, da ANS. A procura pelo atendimento se dá por motivos variados, uma pesquisa realizada em abril de 2016 demonstrou que as queixas mais frequentes são: ansiedade (29%), depressão (27%), problemas de relacionamento interpessoal (10%), e procura pela avaliação para a cirurgia bariátrica (8%). Os resultados encontrados se assemelham aos de outras duas pesquisas, cujas principais queixas encontradas para busca por atendimento psicológico foram depressão e ansiedade (Souza et.al.,2014; Maravieski e Serralta,2011; Bortolini, Pureza, Andretta & Oliveira, 2011). O trabalho dos psicólogos em um plano de saúde enfrenta alguns desafios, como: tempo de sessão reduzido, adaptação do *setting* terapêutico, a relação com o paciente é intermediada pela empresa, e o trabalho é focado na queixa. Utiliza-se da psicoterapia breve para a realização dos atendimentos, sendo que alguns profissionais são de abordagem comportamental e outros de abordagem psicanalítica. No entanto, o trabalho na clínica apresenta algumas vantagens como: troca de experiências entre os profissionais, trabalho multidisciplinar, atualização frequente dos profissionais e o fornecimento, por parte da empresa, da infraestrutura adequada para os atendimentos.

Palavras-chave: Unimed Londrina; psicologia breve, atendimento psicológico, plano de saúde.

³ Psicóloga Clínica, graduada pela UEL (2010), pós-graduada em Psicanálise: teoria e clínica, em Psicologia do Trânsito e em Avaliação Psicológica. Psicóloga na Clínica Multiprofissional da Unimed Londrina. Avenida Santos Dumont, 860, Londrina. Contato: mivaladao@gmail.com - (43)99925-3740.

A Clínica Psicológica da UEL: ofertas de cuidado e demandas da população

Maíra Bonafé Sei⁴

RESUMO:

Os serviços-escolas de Psicologia se configuram como espaços destinados ao ensino, pesquisa e extensão que ofertam variados tipos de intervenção psicológica à população em geral gratuitamente ou a baixo custo. Com isso, acabam vivenciando uma intensa busca por seus serviços que implicam em filas de espera, especialmente para a psicoterapia individual. Diante deste cenário, entende-se ser pertinente compreender as características e queixa do público que busca o atendimento. Para tanto, foram conduzidas pesquisas de iniciação científica na Clínica Psicológica da UEL no ano de 2016, com as pessoas que participaram do plantão psicológico, e de 2017 para caracterização do público que participou das entrevistas de triagem e/ou da psicoterapia individual. No caso do plantão psicológico, notou-se uma predominância do público feminino, na faixa dos 18 a 29 anos, com Ensino Médio completo, com a depressão como principal queixa e significativo uso de medicação, em especial os antidepressivos. Já na caracterização dos usuários adultos que buscaram a psicoterapia, notou-se novamente a forte presença das mulheres, na faixa de 18 a 27 anos de idade, tendo a ansiedade, depressão e relacionamentos interpessoais como principais queixas. No que se refere ao público infanto-juvenil, a maior parte da população era composta por meninos, com dificuldades escolares e comportamentos externalizantes, com aproximadamente 25% fazendo uso de medicação e deste aproximadamente 50% utilizando o metilfenidato. Observa-se que os resultados obtidos por meio destas investigações corroboram os demais estudos empreendidos no cenário nacional, indicando-se a continuidade deste tipo de pesquisa que pode contribuir para o redirecionamento da assistência psicológica ofertada.

⁴ Psicóloga (CRP-SP 69177 - IS-PR 281), Especialista em Psicoterapias na Infância - UNICAMP, em Arteterapia - USM, com Treinamento em Psicoterapia Breve Psicanalítica - EXTECAMP/UNICAMP, Mestrado, Doutorado e Pós-Doutorado em Psicologia Clínica - IP-USP. Contato: mairabonafe@gmail.com.

A escuta psicanalítica na Clínica do Testemunho, uma clínica do laço social

Maria Beatriz Costa Carvalho Vannuchi⁵

".... o testemunho é um endereçamento a alguém que represente comunidade humana da qual a testemunha foi isolada num determinado momento de sua existência pelo acontecimento do qual está falando. Quando uma testemunha toma a palavra é para afirmar o irreduzível de uma experiência, ao mesmo tempo em que é para reatar os fios de uma vida interrompida por isso que a transformou radicalmente. Nesse sentido, podemos dizer que o testemunho se torna uma necessidade quando houve ruptura do laço social".
(Waintrater, 2003)

Em 1964, resultado de uma articulação entre a elite empresarial e as forças armadas diretamente alinhada com a política norte americana na guerra fria para a América Latina, a incipiente democracia brasileira sofreu um duro golpe. Foram 21 anos sob a doutrina de Segurança Nacional que tinha como objetivo principal identificar e eliminar os “inimigos internos” do regime, ou seja: os “subversivos comunistas”.

O Estado de Exceção⁶ no Brasil “destruiu livros e documentos, invadiu universidades, proibiu leituras de obras e de autores considerados subversivos. Censurou jornais, músicas, peças de teatro, cinema. Promoveu a delação, a espionagem entre vizinhos, a escuta telefônica e criou um clima de suspeição e de vigilância permanente” (Arantes, 2013, p. 129). Paralela e correlata à Lei de Segurança Nacional a ditadura arquitetou uma verdadeira máquina de guerra e disseminou a prática da tortura como método privilegiado de solução dos conflitos políticos e sociais. A ordem era eliminar os inimigos – torturar, assassinar e excluí-los do corpo social para que o crime não deixasse vestígios. A institucionalização da lei como impostura, a pseudo legalidade, acarreta até hoje efeitos na sociedade brasileira.

Por muitos anos os crimes cometidos sob a tutela do Estado se reiteraram por seu desmentido, apagando os registros e as provas de sua realidade, destruindo a memória não

⁵ Psicanalista, membro do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae, membro da equipe clínica da Clínica do Testemunho no Instituto Projetos Terapêuticos em parceria com a Comissão da Anistia (2013 a 2015) e membro integrante da Rede Latino Americana de reparação Psíquica. Rua Jericó, 255, cj 12, CEP 05435040. Telefone:011 38162538. Contato: mbeatiche@gmail.com.

⁶ Estado de exceção é um conceito de Giorgio Agamben (apud Arantes, 2013): “um patamar de indeterminação entre a democracia e o absolutismo” (p. 123).

só nos sujeitos, mas na sociedade como um todo, suprimindo os índices de confirmação que compõem o juízo de existência.

Mesmo depois dos relatórios da Comissão Nacional da Verdade⁷, grande parte da população brasileira ainda não sabe, não quer saber ou não se importa com o que foi revelado e há ainda no discurso corrente a denegação desta história com a cínica expressão “dita-branda”⁸, em comparação com o número de mortos das ditaduras nos países vizinhos. Por outro lado, hoje, o fantasma desses tempos obscuros assombra uma sociedade que nunca enfrentou sua responsabilidade e não pode transformá-la em História. Como efeito da denegação o discurso do ódio retorna com toda a sua virulência.

Naqueles que sofreram na carne os anos de chumbo⁹, são muitos os resquícios do medo e do silêncio. Entre os que sofreram diretamente a perseguição política, seus filhos e netos há, pelo menos, três gerações marcadas por traumas e danos.

A ambiguidade dos agentes de Estado que se sucederam ao período ditatorial quanto ao processamento jurídico, político e histórico, revela-se na dissociação entre iniciativas e proposições incompatíveis entre os próprios organismos estatais.

A proposta das Clínicas do Testemunho foi instituída como parte dos diversos programas de justiça de transição entre 2013 e 2017, realizada pela Comissão de Anistia em 2013¹⁰ e teve como eixo da reparação subjetiva o trabalho de recuperação da memória, o que aparentemente constitui um paradoxo, já que o termo anistia vem do grego e do latim tardio e remete à amnésia ou esquecimento.

Este programa realizado em parceria com instituições de saúde mental da sociedade civil teve três eixos: o atendimento clínico, a pesquisa teórica e a formação de profissionais. Embora esses planos tenham vários pontos de conexão, nesta apresentação vou seguir algumas questões que me acompanharam no trabalho clínico, entre 2013 e 2015.

Considerando alguns termos fundamentais da justiça de transição- verdade, memória, - lembrança e esquecimento- vetorizados pelo conceito do testemunho, como pensar uma

⁷ Comissão Nacional da Verdade (CNV) é o nome de uma comissão brasileira que teve por objetivo investigar violações de direitos humanos, consideradas graves e ocorridas entre 1946 e 1988 no Brasil por agentes do Estado. Houve também as comissões de âmbito estadual, municipal, de órgãos de classe e universitárias, que foram instituídas como desdobramento político da instituição da CNV.

⁸ Expressão que visa desmentir que o Brasil tenha vivido uma ditadura.

⁹ Expressão pela qual se nomeia a ditadura de cunho militar.

¹⁰ A Comissão da Anistia foi fundada em 2001, para ser o órgão responsável pelas políticas de reparação para as vítimas da ditadura civil-militar no Brasil.

clínica no laço social em termos psicanalíticos? Como pensar o testemunho na perspectiva de uma produção subjetiva? Em relação a recuperação da verdade, de que verdade se trata? Como é possível esquecer o que não pode ser escutado, lembrado e admitido pelo saber e pela memória compartilhada?

Algumas palavras introdutórias sobre memória e transmissão psíquica

“Eu nunca vou esquecer! Será que aconteceu mesmo?”¹¹

Como apontou Luiz Alfredo Garcia-Roza (1993), Freud pensou o aparelho psíquico como um aparelho de memória disposto em três registros distintos e sucessivos. Uma primeira forma de registro, o *signo de percepção*, constituído pelas marcas do sistema perceptivo, impressões que se relacionam por simultaneidade e são incapazes de se tornar conscientes. O registro seguinte, composto por traços ou representações inconscientes e se relacionam entre si por associação. São passíveis de se transmitir ao registro pré-consciente os traços que puderem ser traduzidos na terceira forma de registro, o registro verbal. Cada uma dessas inscrições corresponde a diferentes espaços psíquicos que comportam uma lógica singular. As passagens de um registro para o outro se dão por uma espécie de rearranjo dos traços de memória, ou uma retranscrição, como diz Freud Diante do fenômeno do desprazer ou da dor, o recalque (*Verdrängung*), defesa entre o registro inconsciente e o pré-consciente, promove uma falha de tradução. Nas palavras de Freud “é como se esse desprazer provocasse um distúrbio do pensamento que não permitisse o trabalho de tradução” (1876, p. 319).

Nesse sentido, tanto o fenômeno da lembrança quanto do esquecimento são facetas da própria memória, que se alternam na diversidade de inscrição no aparelho mnêmico. A insistência da pulsão pressiona o trânsito dos traços de memória no sentido de sua tradução em novas inscrições, fazendo da transmissibilidade um atributo do aparelho psíquico decorrente do princípio do prazer, como ressalta René Kaës.

O reconhecimento de uma força psíquica para *além do princípio do prazer*¹², capaz de se fazer violência entre os homens, mas também de desviar, interceptar e até destruir os registros de memória do aparelho psíquico, levou a teoria psicanalítica a retomar o conceito

¹¹ Trecho de depoimento no documentário 15 filhos de Marta Nehring & Maria de Oliveira.

¹² Referência ao título do artigo de Freud de 1920 com esse nome.

de trauma sobre outra perspectiva e seus efeitos sobre a subjetividade. De acordo com Bertrand Piret (2011), a introdução do conceito de pulsão de morte

não só transtornou a teoria, mas trouxe elementos para pensar outro tipo de traumatismo, ligado ao que contemporaneamente tem sido chamado de irrupção do real, como efeito da guerra, da violência da tortura, dos traumas coletivos, das tentativas de desumanização com as catástrofes sociais. (p. 1)

A contemporaneidade tem convivido com as chamadas *catástrofes sociais* e suas produções de cadáveres nas guerras, nas ditaduras e nas situações de extermínio. Catástrofes que marcam a comunidade humana, cunhando, mais do que dor, efeitos de desolação.

“A barbárie totalitária utiliza métodos muito bem elaborados que levam em conta uma verdade originária: a primazia da relação do homem com seu corpo” (Vinãr, 2009, p. 46) e a dependência desse laço com o outro. As experiências de desumanização fraturam as referências e valores fundamentais dos sujeitos e massacram seu laço ao outro: restam destruídos o espelho de si e do mundo.

Como efeito da violência, a condição subjetiva sofre um tal abalo que entra em colapso. Para sobreviver há que se desligar das marcas de horror e fazer uma espécie de suspensão do juízo de existência, retirando a condição de “verdade” e de memória, com um recurso muito mais radical do que o recalque.

Bernard Penot, em “Figuras da Recusa” (1992), nos apresenta um minucioso percurso sobre a radicalidade do mecanismo da recusa da realidade, quando a experiência subjetiva é da ordem do limite da autopreservação. Embora ele desenvolva essa pesquisa para tratar de quadros psicopatológicos das psicoses, podemos tomar o mecanismo da recusa como mecanismo de defesa diante do insuportável. Mais do que um quantum de dor estaríamos diante da comoção como incidência traumática.

Em relação ao aparelho de memória descrito por Freud, podemos dizer que a recusa (*Verleugnung*) mantém as marcas sensoriais da experiência violenta sob efeito uma severa obstrução no trabalho de transmissibilidade, produzindo um impasse na base da representação, impedindo a tradução dos *signos de percepção* para os traços e *representações inconscientes*. Se o recalque faz barreira para a transmissão, gerando uma falha na passagem da *representação inconsciente* para a *representação verbal pré-consciente*, a recusa suspende, desliga as representações do vivido, isolando a marca da experiência de toda a possibilidade de tradução e elaboração. Não produz conflito nem soluções de compromisso. Resta um

estrago, uma chaga sem registro de sentido, esgarçando o tecido psíquico, comprometendo os limites da noção de realidade. Há uma presença indelével sem lembrança que faça contorno, presença que pulsa e irrompe como crise de angústia, como presença bruta, nos fenômenos alucinatórios ou psicossomáticos, como encenação bizarra, como corpo estranho assustador e mortífero.

Tomo emprestada de Abraham e Torok o conceito da *cripta* para descrever o registro que resta do impacto traumático. Entretanto, proponho um recorte peculiar, destacando a composição da ideia da cripta como o *locus* do registro recusado. O conceito de *cripta* carrega em si uma importante propriedade metafórica, imagem de cápsula isolada que envolveria os signos mortíferos do acontecimento recusado. Uma espécie de neo-formação que restaria paralela à rede de representações inconscientes, fora de sua lógica de ordenação, incrustada à margem e à revelia do aparelho psíquico. Seus traços não estão sujeitos a deslocamentos e condensações, não tem a propriedade de produzir lapsos, nem atos falhos.

Não é que todo o saber em relação à experiência traumática fique apartado do repertório subjetivo, mas a marca do estrago não passa pelas transformações e pelo “desgaste” da transcrição, permanece como marca sem ligação de sentido.

É a própria condição de subjetivação fica exilada. Resta uma impotência simbólica, um imaginário chapado, traumatizado. Desamparado, o sujeito fica submetido ao mais alto dos riscos: o risco de não-representação. Muito mais do que a perda do objeto, a ameaça da perda de sua representação é o mais profundo dos abismos”

Às vezes, a latência ante o vivido e sua possibilidade de inscrição significativa leva uma vida, uma geração, duas ou até três para ganhar a dimensão de realidade. Nas palavras de Kaës (20010) “Não há nada que seja abolido, e que não apareça, algumas gerações depois, como enigma, como impensado, ou seja, como signo do que não pode ser transmitido na ordem simbólica.... o traço, a marca, segue seu caminho através dos outros até que um destinatário se reconheça como tal” (p. 56)

A Clínica do Testemunho, uma clínica do laço social

“ao confrontar a humanidade com sua parte maldita e chamar a atenção para a posição ética que consiste em transmitir o indizível, o testemunho se tornou, se assim posso dizer, a forma privilegiada de narrar uma experiência qualificada de intransmissível, justamente por aqueles que tentam transmiti-la.” Koltai (2016, p. 24)

Há muito de indizível na experiência de desumanização na tortura, pela radicalidade da privação, da dor e da humilhação. Aquele que adentrou a “sucursal do inferno”¹³ atravessou experiência da morte. E o sobrevivente foi destinado a morrer, mas não cumpriu esse imperativo por inteiro. Na prática da tortura, a palavra é pervertida em sua função e reduzida à dimensão de insulto, por parte do torturador, e de “confissão” ou “delação”, por parte do torturado. O trauma decorrente de tal violência separou a vida em duas partes: antes e depois. Só que aquele que respira depois não é o mesmo de antes. Um morreu, outro ficou em seu lugar. Um outro que retorna para o mundo como que num estado de sonambulismo, como sugere o belo e contundente livro de Jorge Semprun (1995). A tortura permanece como ruptura da conexão entre o ser vivo e o ser que pensa e fala, numa condição de suspensão em relação ao sujeito psíquico.

A maior parte dos integrantes do grupo vinha de longos processos de análise e ainda assim buscaram a Clínica do Testemunho. O desafio era de criar uma composição de *settings* que pudesse abrir espaço para “às feridas da memória, simultaneamente solitárias e partilhadas”¹⁴, como diz Paul Ricouer (1945)

O dispositivo central de acolhimento e escuta foi o trabalho com um grupo intergeracional, com sessões semanais, de duas horas e meia e foram conduzidas por três psicanalistas, em coterapia. Uma coterapia numa composição peculiar, 2+ 1: uma dupla de psicanalistas que conduzia o grupo e um psicanalista ficava disponível para fazer intervenções mais pontuais, em caso de alguma situação mais disruptiva ou mais delicada que exigisse alguém numa função de suporte, uma espécie de acompanhante terapêutico-AT no grupo. O grupo permaneceu aberto e neste período as entradas e saídas fizeram parte do material trabalhado.

Em torno do grupo intergeracional, foram realizadas sessões com os núcleos familiares, quando aparecia a demanda de recuperação de narrativas interrompidas, quando já se apresenta um não dito a ponto de poder ser dito. As sessões individuais, quando a privacidade foi condição para contornar a irrupção da angústia, a fim de dar lugar à construção

¹³ Nome dado pelos próprios torturadores à OBAN, in L.D. Duarte-Plon & C. Meireles. (2014). *Um Homem Torturado; nos passos de Frei Tito de Alencar*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, Rio de Janeiro.

¹⁴ A maior parte dos integrantes do grupo vinham de longos processos de análise e ainda assim buscaram a Clínica do Testemunho.

de alguma narrativa ou de algum projeto que permitisse a saída do silêncio e do terror. Em alguns casos, também foi necessário realizar o acompanhamento medicamentoso psiquiátrico. Tal arranjo foi projetado para compartilhar narrativas e desprivatizar a dor, mas também considerar o respeito à intimidade.

A reconstrução do laço e o delicado trabalho da busca de figurabilidade.

“Os poetas –as testemunhas- fundam a língua com o que resta, o que sobrevive em ato à possibilidade ou impossibilidade de falar”. Agambem (2008, p. 160)

Há um aspecto a ser pensado quando se trata dos efeitos de recusa relativos aos traumas decorrentes da violência de Estado. Se o primeiro tempo do trauma se dá no tempo dos atos de tortura, de humilhação, de assassinato e no desaparecimento, o segundo tempo do trauma, aquele que sela a condição traumática, se inscreve pelo desmentido e a indiferença coletiva. Como bem lembra Françoise Sironi, em *Carrascos e vítimas* (2011), “a tortura faz calar” (p. 19). Os regimes totalitários visam aniquilar o trabalho de transmissão da história e suas verdades, apagar a memória.

O trabalho com os efeitos traumáticos da violência consiste na construção de memória, porque o trauma é precisamente aquilo que não se faz passado. O trauma como exceção é dissociação entre o passado e o presente: uma pedra no caminho, que insiste em machucar, gritar, em causar o horror. A tarefa de sujeição do trauma ao aparelho de memória e de linguagem cabe a cada um e aos espaços coletivos, pois depende de que os testemunhos tenham alguma incidência no discurso compartilhado.

Janine Altunian (2012), francesa, filha de um armênio que escapou do genocídio de 1915 e fundadora da Associação Internacional de Pesquisa sobre Crimes contra Humanidade e Genocídio. Altunian, ensaísta e tradutora, dedicou-se à “tradução” do psiquismo de um trauma coletivo nos descendentes dos sobreviventes. Esse trabalho de tradução e testemunho teve início pelo seu encontro, depois da morte do pai, de um diário escrito por ele, ainda criança, narrando a sua travessia pelo deserto. Era o diário de um menino de família armênia, nascido e criado na Turquia, e sua resistência ao terror. Estava escrito em turco, língua do carrasco. E esse encontro teve o efeito de provocar a necessidade da tradução para o francês de um relato relativo ao massacre ainda hoje pouco reconhecido por grande parte do mundo ocidental.

Para que esse trabalho fosse feito – lido, escutado, registrado como memória – ela avaliou a necessidade de constituir um grupo de tradutores, psicanalistas e literatos. Em suas palavras, numa intersecção de línguas, para construir “um escrito conjunto entre uma viva (ela) e um morto (seu pai)” e de um grupo multiprofissional e multicultural. Tradução realizada num espaço coletivo, permeado de multiplicidades, para que se pudesse fazer o que Altunian (2012) chamou de um trabalho polifônico para a “gestação através das gerações” (p. 112).

Na Clínica do Testemunho, buscamos uma composição de enquadres que desse margem à “recepção polifônica” das narrativas, acolhendo as expressões de dor de cada um, mas cuidando para não alimentar a exposição obs/cena do martírio, na busca de perspectivas a partir dos cacos de memória de cada um e deles entre si.

Pais, filhos e netos falaram e se escutaram e tiveram a possibilidade de fazer perguntas de uns filhos para outros pais e vice-versa. Embora tivessem a condição comum de terem sido militantes de esquerda afetados pela tortura, pelo exílio ou pelo desaparecimento forçado de familiares, a escuta está atenta para suas singularidades. Além disso, não é o mesmo ter sido afetado diretamente pelo terrorismo de estado do que ser um filho ou um neto de quem passou por isso. A diversidade de vozes, relativa à variedade geracional entre os membros do grupo, abriu brechas para a construção de questões entre eles e facilitou criação de ressonâncias e transcrições, esboços de re/apresentações para o que se apresentava petrificado e desligado.

Esse trajeto foi marcado pelo encontro com os efeitos do pior e esse encontro sempre comporta o estranhamente familiar (*unheimlich*). Na abertura às palavras, as falas esbarravam nos processos traumáticos onde a invasão da língua da opressão no oprimido, ou do torturador no torturado comprimiam a subjetividade numa colagem sinistra. Não é que não falassem, falava-se bastante, mas a proximidade com o traumático era sentida pelo índice de dor que essas falas geravam. A dor, afeto de entrelaçamento pulsional, faz limite, ora prestando-se à ação silenciosa da insistência da pulsão de morte, ora enlaçando-se à pulsão de vida, bordejando, contendo, protegendo. Como fenômeno de borda entre o corpo e o psiquismo, entre a linguagem e o mutismo, a dor impõe-se em sua função de defesa da comoção.

Na clínica psicanalítica, no trabalho com a neurose de transferência, os analistas estamos em posição de interrogar e até mesmo de interpretar embalados pelas malhas do princípio do prazer e da associação livre. Diante do limite no humano, encontramos a dor do

grito mudo. Renunciamos às interpretações, mas também ao ideal de historiador. Antes de tudo, precisamos criar condições para o trabalho de figurabilidade daquilo que pode vir a constituir referências subjetivantes. Precisamos ver, reconhecer e conter. É preciso usar escudo, espada, sandália alada, sacola mágica e capacete, ser invisíveis, abordar o monstro pela transversal, para que a Górgona apareça pelo reflexo espelhado do escudo.

O acolhimento dos testemunhos na malha de representações do grupo como espaço intermediário, pode figurar alguma fantasia na transferência. Os testemunhos têm como suporte a atividade imaginativa dos analistas e dos grupos, podendo gerar imagens vívidas e representações. Clínica de tradução e transmissão, trabalho intrínseco ao funcionamento das representações, com suas condensações e deslocamentos. A crueza das dores pode encontrar traços na composição de objetos compartilhados dando lugar a *lembranças encobridoras*.

As funções intermediárias do grupo, da coterapia, e da escuta da equipe de analistas, dá a possibilidade a diversos registros, próprios do aparelho de memória. Nesses traçados, que vão do mutismo, do grito seco à visibilidade, à representação de algum objeto, algo pode ficar de fora, criar intervalo e interdito.

O trabalho do testemunho propriamente dito ultrapassa o campo clínico, em seu sentido estrito. Nesse sentido, um dispositivo importante foi a instituição das Conversas Clínicas Públicas, espaços de circulação da fala nos coletivos. Sempre realizadas em parceria com outras instituições culturais ou profissionais, foram conversas abertas ao público em geral. Como disparador para a conversa, utilizávamos alguns documentários com testemunhos referentes aos anos da ditadura, introduzindo a montagem de uma cena a ser compartilhada. Na sequência, três psicanalistas, se colocavam frente ao auditório e convidavam o público a falar de suas experiências pessoais com a violência de Estado. Por vezes, pessoas de uma mesma família, de um mesmo grupo profissional participaram juntas, ouvindo e falando, reconhecendo e sendo reconhecidas em suas histórias, em meio a outros.

Cada um desses espaços e a intersecção entre eles fez parte da arquitetura de uma clínica para permitir a fala entre as gerações, compartilhar presenças, gestos e afetos e descongelar um tanto da dor. Uma espécie de caldo de cultura de linguagem, pelo acolhimento, pela proximidade, pela busca de sentidos, imagens e narrativas, movimento de figuração e transmissibilidade característicos ao trabalho psíquico de inscrição de memória.

Algumas famílias, puderam, depois de 40 anos, fazer um ritual de homenagem ao seu desaparecido, marca de um luto que não tinha sido possível. O encontro das palavras ou de

outras formas plásticas de sublimação da dor tiveram como destino a retomada da militância política ou de depoimentos nas Comissões da Verdade. Outros testemunharam em escritos literários, estudos acadêmicos, reportagens jornalísticas, canto, pinturas, colagens, esculturas e cinema, etc. Toda essa parafernália a fim de resgatar *a dignidade da língua*. (Rolland, 2011).

A clínica do laço social pensada como espaço transicional, lugar de jogar carretéis, ligar palavras que pudessem circunscrever o traumático na intersecção as histórias com h minúsculo e a História com H maiúsculo.

Porém o âmbito da clínica não pode sustentar por si só a reparação simbólica. Se os testemunhos não ganharem alguma incidência no discurso compartilhado, uma sociedade não realiza a reparação possível.

Digressões de uma psicanalista em torno da cena política atual e os efeitos na subjetividade

As palavras e as outras formas de sublimação da dor, contidas nos testemunhos, nos estudos acadêmicos, nas reportagens jornalísticas, no canto, nas pinturas, nas colagens, nas esculturas, no cinema, no teatro foram lançadas no discurso social.

“Sabemos o que ocorreu. Amigos viram amigos torturados. Primos viram primos arrastados dentro das prisões. Casais frente a frente nas salas de tortura, filhos sequestrados com seus pais. Hoje sabemos muito mais sobre o que sequer imaginávamos.”¹⁵.

Os criminosos e as instâncias responsáveis estão nomeados, pelas diversas Comissões da Verdade, nacionais estaduais, municipais e institucionais, mas eles ainda não foram convocados a responder por isso. Grande parte da sociedade brasileira permaneceu nesses 33 últimos anos como se fosse possível passar uma borracha na História. O sistema judiciário brasileiro mantém até hoje uma interpretação da Lei da Anistia¹⁶ que serve de proteção aos carrascos, o que gera um clima de impunidade e de impostura.

¹⁵ Texto de Maria Auxiliador Arantes em Ato de Psicanalistas em Defesa da Democracia, no IPUSP.

¹⁶ A Lei da Anistia, no Brasil, é a denominação popular dada à lei promulgada após uma ampla mobilização social, ainda durante o regime militar de 1964. Em sua redação diz o seguinte: “É concedida anistia a todos quantos cometeram crimes políticos ou conexo com estes, crimes eleitorais, aos que tiveram seus direitos políticos suspensos e aos servidores da Administração Direta e Indireta, de fundações vinculadas ao poder público, aos Servidores dos Poderes Legislativo e Judiciário, aos Militares e aos dirigentes e representantes sindicais, punidos com fundamento em Atos Institucionais e Complementares e outros diplomas legais.” Em agosto de 2008 o Conselho Federal da ordem do Advogados do Brasil (OAB) ingressou no Supremo Tribunal Federal (STF), com uma ação solicitando declarar que a Lei de Anistia não inclui crimes praticados por agentes da ditadura - tortura, desaparecimento, homicídios e outros. Em 29 de janeiro de 2010 o procurador-geral da República, Roberto

Na atual cena social e política vivemos uma espécie de efeito rebote, reencenarão bizarra dessa História. Fomos tomados por um sintoma social perverso resultante de um verdadeiro pacto denegativo de uma sociedade que recusa o julgamento dos crimes da ditadura e tampouco assume a sua responsabilidade na disseminação da violência.

A língua do torturador está agora nas ruas, nas praças e nas sessões do poder legislativo, adentrando o palácio do planalto, degradando os espaços políticos e comprimindo os laços sociais, ameaçando o pensamento.

A Psicanálise e a clínica são instrumentos modestos diante de tais engrenagens, pois os sujeitos se veem vulneráveis, diante dessa formação social violenta. Diante da denegação social, aquele que carrega a memória destes tempos tem que refazer um a um e a dia a dia, um processamento para suprir a omissão do coletivo social e não cair mais uma vez no abismo.

Mesmo sabendo que as práticas de psicanálise ampliada, não são suficientes para barrar a violência, fazemos a nossa parte desenvolvendo diversos grupos e formações, intervenções em clínicas sociais, nos projetos com cidadãos em condição de vulnerabilidade, nas clínicas do testemunho, nas clínicas públicas, nas clínicas abertas e democráticas.

As redes de discussão psicanalíticas e a circulação de ideias são fundamentais para a sustentação destas práticas e na manutenção da vitalidade no manejo com o mal-estar e com o sofrimento.

REFERÊNCIAS

- Agambem, G. (2008) *O que resta de Auschwitz*. São Paulo: Boitempo.
- Altounian, J. (2012). Exumar um traço e fazer ouvir uma voz exige várias gerações. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 46(3), 112.
- Arantes, M. A. (2013). *Tortura*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Garcia-Roza, L. A. (1993). *Introdução à Metapsicologia Freudiana 2*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Freud, S. (1980). Carta 52 a Fliess. In S. Freud *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1876).
- Kaës, R; (2001). Introdução ao conceito de transmissão Psíquica no pensamento de Freud. In R. Kaës, H. Faimberg, M. Enriquez, & J. J. Baranes (Orgs), *Transmissão da Vida Psíquica entre as Gerações*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Koltai, C. (2016). Entre psicanálise e história: o testemunho. *Psicologia USP*, 27(1), 24-30.

Gurgel, encaminhou ao Supremo Tribunal Federal parecer em que se manifesta contrário à revisão da Lei da Anistia. Em abril de 2010, Supremo Tribunal Federal votou pela manutenção da impunibilidade dos torturadores e agentes de Estado responsáveis pela tortura

- Ministério da Justiça, Comissão da Anistia, Instituto Projetos Terapêuticos. (2015). *Travessia do silêncio, testemunho e reparação*. Coord. M.R. da Silva Jr. & I. Mercadante. Brasília: Min. Justiça, Comissão de Anistia. São Paulo: Projetos Terapêuticos. Recuperado em 14 dez 2018, de http://www.justica.gov.br/central-de-conteudo/anistia/anexos/travessia_final.pdf.
- Penot, B. (1992). *Figuras da Recusa: a quem do negativo*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Semprun, J. (1995). *A Escrita ou a Vida*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Sironi F. (2011). *Carrascos e Vítimas – Psicologia da Tortura*. São Paulo: Terceira Margem.
- Viñar, M. M. (2009). *Exílio e Tortura*. São Paulo: Editora Escuta.
- Riqueur, P. (2005). "O bom uso das feridas da memória". In *Les résistances sur le Plateau Vivarais-Lignon*. Publicado em: (1938-1945). *Témoins, témoignages et lieux de mémoires. Les oubliés de l'histoire parlent*. Paris: Editions du Roure. Recuperado em 14 dez 2018, de http://www.uc.pt/fluc/uidief/textos_ricoeur/o_bom_uso_das_feridas_da_memoria.
- J.C. Rolland, Soigner, témoigner (palestra proferida em 18/06/2011 durante o V Colóquio da Associação Primo Levi, tendo como tema: "Linguagem e Violência: os efeitos dos discursos sobre a subjetividade de uma época").
- Piret, B. (2011). Narration, histoire: quelle élaboration du traumatisme dans la cure. *Paroles sans Frontières: Psychanalyse et Exil*. Recuperado em 14 dez 2018, de <http://www.parole-sans-frontiere.org/spip.php?article296>.
- Waintrater, R. (2003). *Sortir du génocide - témoignage et survivance*. Petite bibliothèque. Paris: Payot.

Psicoterapia online: possibilidades e desafios

Maria Adélia Minghelli Pieta¹⁷

RESUMO:

A psicoterapia online é uma prática que, no Brasil, recentemente foi permitida e regulada para os psicólogos pela Res. CFP 11/2018, apesar de ser difundida no exterior há mais de uma década, apresentando resultados benéficos. Pesquisas conduzidas no país e no mundo têm mostrado que a psicoterapia realizada por meio de tecnologias da informação e da comunicação (TICs) é efetiva, amplia o acesso à terapia e oferece as vantagens de anonimato, privacidade e redução de estigma. As psicoterapias de forma online assíncronas (em que terapeuta e paciente não estão interagindo ao mesmo tempo), assim como as textuais (e.g. terapia via chat ou e-mail), merecem especial atenção, pois requerem habilidades específicas do terapeuta. Ao lado das psicoterapias com uso de TICs realizadas por psicólogos, há a experiência internacional de programas computadorizados de terapia, com ou sem a participação de terapeuta, que incluem textos, gráficos, animações, vídeos e realidade virtual, com feedback humano ou automático. Esses programas mostram-se efetivos para tratar depressão e ansiedade em grau leve a moderado, além de aumentarem os conhecimentos em saúde mental da população. A terapia com avatar também se apresenta propícia em outros países, como observado em ensaio clínico para tratamento de alucinações auditivas. Quanto à relação terapêutica na psicoterapia online, essa não se mostra prejudicada. Estudos que utilizam escalas de aliança apontam a similaridade entre a relação terapêutica que se estabelece na rede e a presencial. A desinibição dos pacientes nos atendimentos por meio de TICs e a maior simetria na relação terapêutica online são fenômenos frequentemente observados. Os psicólogos que iniciarem a prática da psicoterapia online devem buscar evidências no assunto, usar sua expertise para decidir sobre o caso em questão e acolher as preferências do paciente. O contrato com o paciente deve ser claro e detalhado, abordando os recursos necessários para os atendimentos online, sigilo e procedimentos em situação de risco. O aprimoramento da psicoterapia online no Brasil, como em outros países, deve dar-se a partir de pesquisas na área e da experiência dos terapeutas, fazendo-se o caminho ao percorrê-lo. Embora a psicoterapia online requeira maiores estudos no nosso contexto, ela já se anuncia como uma prática viável e promissora.

Palavras-chave: psicoterapia online; efetividade; relação terapêutica.

¹⁷ Graduada em Psicologia (CRP-RS 12288) e Direito pela UFRGS, Mestre e Doutora em Psicologia pela mesma Universidade, com estágio de doutorado no Instituto de Psiquiatria, Psicologia e Neurociências (IoPPN) do *King's College London*. É pós-doutoranda PNPd/CAPES do PPG em Psicologia da UFRGS e interessa-se pelo estudo de psicoterapias, psicoterapia online, intervenções baseadas na Internet e aliança terapêutica. Seu trabalho "Psicoterapia pela Internet: a relação terapêutica" ganhou o prêmio UFRGS de tese na área de ciência humanas em 2015. Contato: mampieta@gmail.com.

Psicoterapia online: questões éticas, meios de comunicação virtual e indicações terapêuticas

Ananda Kenney da Cunha Nascimento¹⁸

RESUMO:

Com base na transição da Resolução do CFP nº 11/2012 para a Resolução do CFP nº 11/2018, esta palestra teve como informar e orientar a conduta do psicólogo acerca dos serviços psicológicos oferecidos por meio de TICs, pautada nos princípios éticos previstos na resolução do Conselho Federal de Psicologia (CFP) em vigor a partir de novembro de 2018. Para tanto, foram explicitadas as questões legais que envolvem a prestação de serviços psicológicos em meios de comunicação virtual na atualidade; assim como, listadas as indicações terapêuticas acerca da prestação de serviços psicológicos em meios de comunicação virtual, no que diz respeito ao que é permitido, inadequado e vedado. Por fim, ressalto a importância da aproximação e do diálogo constante entre a categoria profissional, representada pelo CFP e CRPs, e comunidade acadêmica e científica em prol do desenvolvimento da psicologia como ciência e profissão.

Palavras-chave: Psicologia; ética; psicoterapia; meios de comunicação; tecnologia.

Proferir esta palestra acerca das questões éticas, dos meios de comunicação virtual e indicações terapêuticas da psicoterapia online, configura-se um marco para mim, como psicóloga que presta serviços psicológicos há dois anos. Porque, eu tenho experimentado, na minha prática profissional, as reverberações da transição da Resolução do CFP nº 11/2012 para a Resolução do CFP nº 11/2018, tendo esta última entrado em vigor no mês passado do corrente ano, isto é, em novembro de 2018 e revogado a anterior.

Assim, considero extremamente pertinente esta mesa redonda “Considerações sobre tecnologia na psicoterapia” na III Jornada de Práticas Clínicas em Psicologia: a Clínica na Contemporaneidade. Visto que, este evento contempla os serviços psicológicos, dentre eles a psicoterapia online, que funcionam como dispositivos clínico e de saúde legitimados em um momento histórico recente que veio atender demandas contemporâneas de uma parcela significativa de brasileiros residentes e estrangeiros que buscam e encontram uma gama de

¹⁸ Doutora e Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Recife. Professora colaboradora da Universidade Estadual de Londrina (UEL) dos Departamentos de Psicologia e Psicanálise (PPSIC) e Psicologia Social e Institucional (PSI). Contato: anandakcn@gmail.com.

psicólogos que ofertam cuidado a “um click” de distância, fazendo uso de meios de comunicação virtual a fim de promover e/ou reabilitar saúde mental.

Desse modo, o acesso da psicologia às pessoas que demandam acolhimento psicológico nas mais diversas situações através de Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) vem sendo amplamente difundidas por ter conquistado respaldo teórico e técnico através de pesquisa e relatos de experiência de psicólogos com experiência nessa modalidade de atuação. Portanto, minha explanação tem como objetivo informar e orientar a conduta do psicólogo acerca dos serviços psicológicos oferecidos por meio de TICs, pautada nos princípios éticos previstos na resolução do Conselho Federal de Psicologia (CFP) em vigor.

AS QUESTÕES LEGAIS QUE ENVOLVEM A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PSICOLÓGICOS EM MEIOS DE COMUNICAÇÃO VIRTUAL NA ATUALIDADE

Inicialmente, com a finalidade de traçar um paralelo entre como era “antes” – de acordo com a Resolução do CFP nº 11/2012 – e como é “agora” – Resolução do CFP nº 11/2018 – a conduta ética do psicólogo que oferta serviços psicológicos online, resalto como mais significativas as seguintes questões:

A nomenclatura, logo a ação profissional, dos serviços psicológicos permitida era “orientações psicológicas”, restringindo a prática psicológica a contatos com limite de até 20 encontros. Sendo, portanto, vedada a psicoterapia online e atendimentos psicológicos. Agora, segundo o CFP (2018, p. 1), o Art. 2º prevê que são permitidas “consultas e/ou atendimentos psicológicos de diferentes tipos de maneira síncrona ou assíncrona”.

Anteriormente, só eram permitidos os processos prévios de seleção de pessoal; agora, não é mais restrito aos “prévios”.

A respeito da aplicação de testes psicológicos, a escrita da resolução anterior não era tão explicativa como a atual, pois não informava sobre a exigência do parecer favorável do Sistema de Avaliação de Instrumentos Psicológicos (SATEPSI); além disso, foram ampliadas as noções de “aplicação” para “utilização” e de “testes psicológicos” para “instrumentos psicológicos”.

Com relação à supervisão técnica dos serviços prestados por psicólogos, esta antes era restrita a encontros virtuais “eventuais e complementar à formação presencial”; atualmente, não há mais condições específicas de temporalidade, portanto, os psicólogos que atuam nos

mais diversos contextos de atuação podem ser supervisionados seguindo os mesmos critérios dos modos virtual e presencialmente.

Por último, no item 5 do Art. 1º era previsto o “Atendimento Eventual de clientes em trânsito e/ou de clientes que momentaneamente se encontrem impossibilitados de comparecer ao atendimento presencial” (CFP, 2012, p. 2). No entanto, este item não é mais mencionado.

Diante do exposto, a atual resolução deixa notório a mudança de compreensão acerca do serviço psicológico ofertado à distância, especialmente, quando explicita que a responsabilidade passou a ser individual, ou seja, do próprio psicólogo que executa o serviço. Isto, porque, antes havia a necessidade de um psicólogo responsável técnico, vinculado ao CFP, pelo site (individual ou coletivo) e de um “selo” com número de protocolo e prazo de validade que assegurava o cadastro daquele site no Conselho. Agora,

Art. 3º - A prestação de serviços psicológicos referentes a esta Resolução está condicionada à realização de um cadastro prévio junto ao Conselho Regional de Psicologia e sua autorização.

§ 2º. - O profissional deverá manter o cadastro atualizado anualmente sob pena de o cadastro ser considerado irregular, podendo a autorização da prestação do serviço ser suspensa.

Visto isto, os psicólogos que queiram prestar serviços online devem realizar o seu cadastramento individual no website Cadastro e-Psi (Cadastro Nacional de Profissionais para Prestação de Serviços Psicológicos por meio de TICs). Vale salientar que, o cadastro submetido passará por apreciação do Conselho, ou seja, a aprovação não é automática.

Os critérios para avaliação são: registro ativo no Conselho Regional de Psicologia (CRP) da sua regional; ausência de cumprimento de penalidade ética, isto é, suspensão, cassação ou inadimplência; residir no Brasil; apresentação de uma proposta de prestação de serviços por meio de TICs, fundamentando os serviços psicológicos que pretende oferecer, relacionando-os com as tecnologias a serem utilizadas e ao Código de Ética Profissional do Psicólogo (CEPP) e demais resoluções vigentes; além de concordar com o Termo de Orientação e Declaração para Prestação de Serviços Psicológicos por meio de TICs.

De modo geral, após a aprovação do cadastro pelo CRP, a fim de evitar falta disciplinas, faz-se necessário ao psicólogo: manter seus dados atualizados no Cadastro e-Psi, está com sua inscrição ativa no Conselho, está adimplente com o pagamento da anuidade e não está com

esta interrompida. Em suma, o psicólogo deverá adequar seu serviço, considerando os fatores éticos, técnicos e administrativos.

Nesta direção, insta ressaltar que o profissional que já tem cadastro em site e/ou estão vinculados a uma empresa que tem plataforma online com um psicólogo como responsável técnico pode seguir com o vínculo. Porém, atenção: essa aprovação do site está pautada na Resolução do CFP nº 11/2012 e não gera cadastramento automático no Cadastro e-Psi, sendo necessário ainda o cadastramento individual a fim do profissional se manter ativo para atividades e publicidade profissionais.

Levando em consideração minha experiência, destaco como principais vantagens de ser cadastrada em uma plataforma digital: vínculo a uma empresa especializada em marketing e publicidade; mediação do pagamento, o qual, geralmente, é realizado antecipadamente com diversas formas de pagamento (depósito, transferência, cartões de crédito e débito); network com psicólogos de vários estados e países; proximidade com as mídias sociais de alto alcance.

A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PSICOLÓGICOS EM MEIOS DE COMUNICAÇÃO VIRTUAL E SUAS INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS

Diante do avanço tecnológico experimentado pela sociedade na atualidade, temos como um significativo benefício à nossa categoria profissional: a prestação de serviços psicológicos à um click de distância. Visto que os meios de comunicação virtual têm favorecido o acesso dos usuários aos profissionais por meio de comunicação em tempo real, como é o caso da vídeo-chamada, ou com um lapso na temporalidade, tal como ocorre através de chat, mensagem de textos, áudios, e-mails, dentre outros. Assim, é importante ter ciência das indicações terapêuticas para a prestação desses serviços, ou seja, o que é considerado permitido, inadequado e vedado atualmente.

O que é apontado como permitido é o atendimento a crianças e adolescentes com o consentimento expresso de ao menos um dos responsáveis legais (Art. 5º), preferencialmente com autorização formalizada por escrito. O Grupo de Trabalho (GT) ao comentar sobre a resolução vigente, advertiu que nas situações em que haja litígio entre os responsáveis legais é recomendado que a autorização seja realizada por ambos os responsáveis, embora apenas de uma das partes seja o suficiente (CFP/CRPs, 2018).

É considerado inadequado, de acordo com o Art. 6º., “o atendimento de pessoas e grupos em situação de urgência e emergência pelos meios de tecnologia e informação previstos nesta Resolução (...), devendo a prestação desse tipo de serviço ser executado por profissionais e equipes de forma presencial” (CFP, 2018, p. 2). No entanto, o GT destaca em um comentário acerca do Art. 6º que:

É recomendado haver, por parte da(o) psicóloga(o), um contato de referência presencial em relação à(ao) atendida(o), bem como os contatos de serviços de saúde que atendem presencialmente na região da(o) atendida(o). Situações de urgência e emergência (acolhimento imediato em situação de crise) devem preferencialmente ser atendidas de forma presencial por profissional ou equipes habilitadas para manejo de crise. Considera-se inadequado o atendimento de urgências e emergência por meio de TICs, no sentido da(o) psicóloga(o) tomar exclusivamente para si a responsabilidade. A(o) psicóloga(o) deve compartilhar esta responsabilidade e encaminhar, assim que possível, para profissional ou equipes presenciais, comunicando o contato de referência da(o) atendida(o) (CFP/CRPs, 2018, p. 8).

Diferentemente das situações de urgência e emergência, é vedado “Art. 7º. - O atendimento de pessoas e grupos em situação de emergência e desastres pelos meios de tecnologia e informação” (CFP, 2018, p. 2), pois é imprescindível que os profissionais e equipes especializadas executem esse tipo de serviço presencialmente.

Além disso, “Art. 8º. - É vedado o atendimento de pessoas e grupos em situação de violação de direitos ou de violência” (CFP, 2018, p. 2). Porém, o GT orienta que:

No caso em que a(o) psicóloga(o) tome ciência de situação de violação de direitos ou de violência durante o atendimento regular por TICs, deverá tomar as medidas cabíveis, em consonância com o CEPP, para encaminhamento e articulação junto à rede presencial de proteção. A(o) profissional deverá colaborar para a transição do acompanhamento, preservadas as garantias do melhor benefício da(o) usuária(o), nos termos da legislação (CFP/CRPs, 2018, p. 9).

Contudo, independente do serviço psicológico prestado, seguem obrigatórias à atuação do psicólogo, ações como: informar o usuário detalhada e precisamente acerca do “processo de avaliação, orientação e/ou intervenção [bem como prever] “a natureza das trocas (síncronas e assíncronas), armazenamento de informações, tempo de resposta, recursos a serem utilizados, corresponsabilidade pelo sigilo das informações, ambiente

adequado para as trocas, honorários, faltas” (CFP/CRPs, 2018, p. 4), dentre outras especificidades referentes a um contrato de trabalho, o qual é recomendado ser realizado por escrito, bem como tais informações sejam esclarecidas verbalmente.

Do mesmo modo, é imperativo realizar o registro documental/prontuário decorrente da prestação de serviços psicológicos, notando que a produção de documentos escritos pelo psicólogo deverá respeitar o CEPP e a legislação vigente, no que concerne à produção escrita, ao arquivamento e ao descarte.

Por fim, ressalto a importância da aproximação e do diálogo constante entre a categoria profissional, representada pelo CFP e CRPs, e comunidade acadêmica e científica a fim de minimizar lacunas temporais existentes entre as produções teóricas e técnicas, e a prática profissional; e, contribuir em prol do desenvolvimento da psicologia como ciência e profissão.

REFERÊNCIAS

- Conselho Federal de Psicologia. (2005). *Código de Ética do Psicólogo*. Brasília: CFP. Recuperado em 22 de outubro de 2015, de <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>
- Conselho Federal de Psicologia. (2012). *Resolução nº 11, de 21 de junho de 2012*. Brasília/DF: CFP. Recuperado em 22 de fevereiro de 2016, de https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Resoluxo_CFP_nx_011-12.pdf
- Conselho Federal de Psicologia. (2018). *Resolução nº 11, de 11 de maio de 2018*. Brasília/DF: CFP. Recuperado em 26 de maio de 2018, de <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/05/RESOLU%C3%87%C3%83O-N%C2%BA-11-DE-11-DE-MAIO-DE-2018.pdf>
- Conselho Federal de Psicologia. Conselhos Regionais de Psicologia. Grupo de Trabalho para Revisão da Resolução nº 11/2018 (Serviços Psicológicos Mediados por TICs). (2018). *Resolução CFP 11/2018 comentada: orientações sobre a prestação de serviços psicológicos por meio de tecnologia de informação e comunicação*. Brasília: CFP. Recuperado em 14 de novembro de 2018, de <https://e-psi.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/11/Resolu%C3%A7%C3%A3o-Comentada-Docmento-Final.pdf>

O campo ÉTICO e as (re)existências das práticas clínicas de atendimento à população LGBTs

Juliana Cristina Bessa¹⁹

RESUMO:

A psicologia, enquanto ciência e profissão tem o dever ético e o compromisso social na desconstrução de estigmas e estereótipos socialmente produzidos e institucionalizados a partir das normatividades de gênero e sexualidades, bem como problematizar as práticas discursivas que são exercidas sobre as pessoas, independente de suas orientações sexuais e identidades de gênero. Parte-se do princípio de que o heterocentrismo refere-se a um modo de pensar, agir e sentir que legitima a heterossexualidade como referência dos desejos, ideais, princípios e valores, o qual produz, por sua vez, um sentimento de superioridade em relação a todas as outras expressões de desejo e/ou orientação sexual. Por meio da heterossexualidade compulsória que ativa o heterocentrismo, desenvolve-se a ideia de que uma relação afetiva/sexual entre iguais deve ser reprimida, patologizada, escondida e, em alguns casos, exterminada. Refletir sobre questões relacionadas à produção das subjetivações articuladas à discriminação frente às orientações sexuais, assim como a construção das identidades de gênero dissidentes do padrão heterossexual em interface com os marcadores sociais de diferença (raça, etnia, classe social, geração, dentre outros) é de extrema urgência. Considerando as especificidades do olhar e da escuta ampliada no contexto da população LGBTs (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais) busca-se promover ações voltadas à minimização dos preconceitos relacionados às expressões das sexualidades, gênero e lgbtfobias, que impedem a promoção da cidadania e dos Direitos Humanos das pessoas LGBTs.

¹⁹ Psicóloga (CRP-SP 114392) pela Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" - Unesp/Assis- (2011). Ênfase em Clínica Crítica, Política Públicas, Processos Educativos e Desenvolvimento Humano. Desenvolveu durante a graduação pesquisas na área de Psicologia Social, principalmente com os temas: sexualidades, diversidades sexuais, combate à homofobia, Estudos de Gênero e processos de subjetivação. Aprimorou-se no Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Mental e Saúde Pública pelo Departamento Regional de Saúde (DRS) IX - Marília/SP-(2013). Mestre em Psicologia e Sociedade pela Universidade Estadual Paulista - Unesp, câmpus de Assis/SP (2017). Docente no curso de Psicologia e Odontologia nas Faculdades Integradas de Ourinhos FIO. Subcoordenadora do Conselho Regional de Psicologia, Subsede de Assis, CRP/06. Representante do Núcleo de Defesa de Direitos: Sexualidade e Gênero CRP/06. Integrante do Grupo de Pesquisa PsiCUqueer - Coletivos, Psicologias e Culturas Queer (Unesp, Assis).

Tendo em vista as Resoluções do Conselho Federal de Psicologia 01/1999 e 01/2018 que estabelecem normas de atuação para as/os psicólogas/os em relação a questão da orientação sexual e normas de atuação para as/os psicólogas/os em relação às pessoas transexuais e travestis, a/o profissional deve promover saúde e não adoecimentos, possibilitando as diversas formas de expressões das existências. Assim, nossa prática compreende a subjetividade como construção em processo e enfatiza a desconstrução das identidades em sua relação com as normatividades das existências, resistindo a todas as formas de estigmatização, opressão, violências e aprisionamentos.

Os atravessamentos das questões LGBT na Clínica Psicanalítica

Brunella Carla Rodriguez²⁰

BREVE HISTÓRICO DO MOVIMENTO LGBT NO BRASIL

Conquistas e entraves da comunidade LGBT – leis, direitos e a questão social

Atualmente chamado de movimento LGBT, a luta dos homossexuais pela igualdade de direitos, de forma institucionalizada ou não surgiu em resposta à desigualdade e discriminação sofridas em diversos âmbitos, do privado (na intimidade familiar) ao público (na sociedade e no tribunal de direitos humanos).

1970 - Esse movimento no Brasil teve início em 1974, com a abolição do termo *homossexualismo* do Manual de doenças psiquiátricas (DSM-II) pela Associação Americana de Psiquiatria (Arán, 2011), sendo este substituído pelo termo usado atualmente *homossexualidade*, no qual o sufixo “ismo”, referente à doença foi substituído por “dade” que se refere ao “modo de ser”.

1980 - Na década de 80 ocorreu a epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) levando à emergência do tema da união homossexual em esfera pública, um movimento jurídico-institucional com a finalidade de proteger os indivíduos da discriminação e prover-lhes direitos. Com a epidemia, muitos companheiros se viram injustiçados e desamparados legalmente, o que deu início ao debate em torno do direito patrimonial desses casais e conseqüentemente das questões familiares. Em 1985, no Brasil, o Conselho Federal de Medicina retirou a homossexualidade do rol de doença mental ou física.

1990 - Em 1999, foi publicada uma resolução do Conselho Federal de Psicologia (CFP n. 001/99) que normatizou a conduta dos psicólogos frente à questão: “... os psicólogos não colaborarão com eventos ou serviços que proponham tratamento e cura das homossexualidades”, entendendo a homossexualidade não mais como uma doença.

²⁰ Psicóloga (CRP-SP 94062), Mestre e Doutora em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo (IP-USP). Apoio CNPq. Docente nos cursos de formação em Psicanálise do Instituto Laços e IPP. Colaboradora no Projeto Psicoterapia para Todos de Atibaia-SP. Grupo-terapeuta no Vitória Residence Atibaia.

2000 - A luta pelo reconhecimento do casal homossexual no Brasil teve início com o Projeto de Lei nº 1151 em 1995, e só em 2011 o Supremo Tribunal Federal reconheceu a união homossexual (equivalente à união estável heterossexual) como entidade familiar, garantindo pensões, aposentadorias e inclusão em planos de saúde. Já o casamento homossexual no Brasil está regulamentado desde 2013 e a adoção por homossexuais vem acontecendo há alguns anos no país, desde 2005, apesar de alguns entraves (fruto de preconceito ainda presente entre técnicos judiciários) com os quais os pretendentes têm de lidar.

Como resultado de tais lutas observamos conquistas importantes no âmbito jurídico, as quais denotam para além da igualdade de direitos, o seu inevitável enquadramento nas instituições sociais (casamento monogâmico e família com filhos), como o casamento homossexual e a adoção por homossexuais (Vespucci, 2014; Maya, 2013; Mello, 2005).

Analisando o movimento LGBT, Bourdieu (2005) pontuou o movimento de revolta dos homossexuais contra uma forma de violência apontando a complexa questão da ordem simbólica vigente e as condições de mobilização para subversão desta. Os homossexuais são vítimas da “violência simbólica”, que tem como principal efeito o estigma, que pode ser ocultado ou exibido, e que permanece como marca em suas vivências. Essa violência ocorre por meio da dominação simbólica imposta pelos “atos coletivos de categorização que dão margem a diferenças significativas, negativamente marcadas, e com isso grupos ou categorias sociais estigmatizados” (Bourdieu, 2005, p. 166).

INTERFERÊNCIAS DA HETERONORMATIVIDADE

“Se você não é livre para ser você mesmo na questão mais importante de todas as atividades – a expressão do amor – então a vida, em si mesma, perde seu sentido.”

Harvey Milk²¹

Apesar do aparente avanço com relação à maior aceitação e compreensão da homossexualidade na sociedade, o sexo monogâmico heterossexual persiste como centro da norma e da sustentação da estrutura social; do ponto de vista da medicina, da psicologia e psicanálise, as quais muitas vezes catalogam e classificam o comportamento humano,

²¹ O primeiro vereador da cidade de São Francisco assumidamente homossexual, assassinado em 1978 por homofobia

corroborando com um registro social binário: normal versus patológico (Martins, Leite, Porto & Netto, 2014).

Outros binarismos recorrentes que nos interessam para refletir sobre a clínica psicanalítica: heterossexual X homossexual, saudável X doente, feminino X masculino, função de mãe X função de pai, etc. A manutenção de algumas formações discursivas que reforçam tais registros (heteronormativos e falocêntricos²²) funciona como forma de poder por intermédio da nomeação e resultam no assujeitamento dos indivíduos, perpetuando uma forma de organização social alienada.

Freud afirma que a homossexualidade refere a uma posição libidinal, uma orientação sexual tão legítima quanto à heterossexualidade. O autor sustenta essa posição partindo de sua concepção de bissexualidade fundante como referência para o Complexo de Édipo²³, a partir da qual se constitui a “escolha de objeto” de cada sujeito, o que representaria a orientação sexual do indivíduo (Ceccarelli, 2008).

ESPECIFICIDADES DA EXPERIÊNCIA DO PÚBLICO LGBT

Os achados essenciais na compreensão das homoconjugalidades e homoparentalidades na contemporaneidade e seus efeitos nas subjetividades, tais como: o processo de assunção e as rupturas nos laços familiares; a escassez de modelos identificatórios e os efeitos da homofobia em suas diferentes facetas, desde suas formas mais sutis como na violência simbólica (Bourdieu, 2005) até o *homoterrorismo* (Quinet & Jorge, 2013).

O processo de assunção da homossexualidade diante da família em especial, mas também da sociedade implica em rupturas vinculares, entre pais e filhos, entre irmãos, amigos, colegas de trabalho, etc. Pesquisas (Rodriguez, 2017; Rodriguez & Paiva, 2009; Nunan, 2007; Tarnovski, 2002) mostram que a assunção de homossexuais dentro de suas famílias frequentemente causa abalos, e até mesmo *rupturas nos laços* (Benghozi, 2010), resultando

²² Falocentrismo é “a doutrina ou crença que postula o falo como centro do processo social, simbolizando, em consequência, a superioridade do sexo masculino” (Michaelis, 2017).

²³ O complexo de Édipo, como definido por Freud (1923/1996), é o desejo inconsciente de manter uma relação sexual com o pai/mãe (do sexo oposto ao seu) e eliminar o genitor rival do mesmo sexo. A criança se depara com múltiplos obstáculos, o que a faz confrontar-se com o temor da castração. O complexo presume a relação triangular entre o pai, a mãe e a criança, que tem início com a entrada do pai na relação dual mãe-bebê. O corte imposto pela figura do pai representaria o limite, possibilitando a diferenciação e alteridade, o que permite que a criança se torne sujeito, um ser humano singular na sociedade em que vive.

na perda da *função continente*²⁴ fundamental para a constituição das identidades e do sentimento de pertencimento que caracteriza a família.

A falta de um modelo identificatório alternativo com que se depara o homossexual dentro de sua própria família de origem somado à frustração por não se enquadrar na norma social conduz com frequência a um sentimento de solidão e incompreensão. Dessa lacuna surgem as chamadas “famílias de substituição” (Eribon, 2008, p. 51) que seriam as famílias que cada um escolhe a partir dos laços de amizade íntimos e duráveis. A substituição dos laços familiares, quando há uma não aceitação da homossexualidade do indivíduo, em algum momento supõe um trabalho de luto longo e doloroso. O surgimento do “gueto” (Mello, 2005, p. 199) homossexual aparece também como uma estratégia de fortalecimento do grupo, que por meio da identificação se transforma em uma “comunidade” explicitamente reconhecida como LGBT e simpatizante.

Os efeitos da heteronormatividade na subjetividade dos sujeitos homossexuais estão relacionados a um frequente “sentimento de si” (Freud, 1914/2006) desvalorizado que agrava suas situações de maior vulnerabilidade e sofrimento. A dificuldade de aceitação por parte das famílias de origem e da sociedade corrobora na manutenção de alguns conflitos do par conjugal na vivência tanto conjugal como parental. Rodriguez (2017) notou, em sua pesquisa que casais homossexuais de homens construíram seus vínculos conjugais também como uma forma de elaborar os sofrimentos e perdas relacionadas às suas assunções como homossexuais, as chamadas *desmalhagens familiares* (Benghozi, 2010), ou seja: constituíram-se como casal como uma maneira de transformar suas histórias, entre outras motivações. Notamos também a recorrência do não dito (Eiguer, 2010) acerca das homossexualidades. O rompimento com os mandatos familiares e sociais é sinônimo de perdas, uma vez que, se assumir diante dos pais, familiares, amigos e sociedade, implica no risco de rejeição e discriminação, o que explica a persistência do uso do não dito nesses casos. Muitos também optam pelo não-dito após uma tentativa de assunção malsucedida, em que foram repudiados.

Compreender as estratégias encontradas por esses indivíduos para elaborar e superar seus sofrimentos têm se apresentado como uma questão urgente na medida em que

²⁴ “Continentes genealógicos familiares”: um espaço psíquico comum do grupo familiar. Na ancoragem entre vínculos biológico e psíquico da família se dá a construção de vínculos afiliativos entrecruzados com os de filiação formando o chamado continente genealógico, com a função de sustentação, como organizador do vínculo genealógico. A transmissão psíquica genealógica decorrente dos vínculos genealógicos permite ao indivíduo ter uma referência simbólica de origem (Benghozi, 2010), fundamental na constituição subjetiva do indivíduo.

percebemos a existência e expressão desse grupo (LGBT) na tentativa de transformação de uma realidade homofóbica e discriminatória.

Um dos caminhos que se nos apresentam com eficácia está relacionado à transformação profunda de concepções envolvendo os tão marcantes binarismos sociais e seus significantes (Bourdieu, 2005). Os operadores que regem a ordem simbólica da cultura, tais como: homem, mulher, pai e mãe precisam ser urgentemente questionados. A desconstrução dessas representações sociais aliado ao reconhecimento da pluralidade de novas formas de ser e vincular-se, o desmantelamento do sistema hierárquico binário e da heteronormatividade propiciam a possibilidade de invenção de conjugalidades, parentalidades e famílias.

As novas formas de se relacionar e compor família/casal apresentam-se como potências de reformulação de representações, pois desmontam uma série de pressupostos ligados à heteronormatividade, tais como: a conjugalidade e a parentalidade homossexual, seja esta biológica ou adotiva.

EXEMPLOS DE ATRAVESSAMENTOS DA QUESTÃO LGBT NA CLÍNICA

Recortes de Casos (Nomes fictícios)

1. Marieta (25 anos de idade) – Paciente em análise há 2 anos

Queixa inicial – estado depressivo com abuso de substâncias (álcool e maconha), dificuldade em encontrar trabalho, dificuldade no relacionamento conjugal (namorava uma moça 5 anos mais nova ainda dependente dos pais), seu primeiro relacionamento lésbico.

Marieta trouxe diversas questões importantes para sua análise, sendo as mais marcantes: 1. O desamparo sentido após o falecimento de seu pai (aos 10 anos de idade) e a instabilidade psíquica de sua mãe (alcóolatra), 2. A dificuldade com o corpo e suas marcas (ela é uma paciente ex obesa que perdeu bastante peso) e 3. O sofrimento diante da não aceitação de sua homossexualidade por parte de familiares. Marieta vive sozinha, se sustenta financeiramente realizando trabalhos diversos (faxinas, atendimento em padaria, baby-sitter), está em seu segundo relacionamento estável. Ela descobriu-se lésbica após o término do casamento heterossexual, aos 22 anos de idade e a questão sexual não parecia ser fonte de angústia, sob a desculpa de que seu pai já está morto, figura de grande influência psíquica para ela e que é trazida nas sessões com grande peso. A questão central da análise de Marieta

reside na elaboração do luto da perda do pai e na tentativa de atender às expectativas e demandas desse pai (que ela se tornasse médica, constituísse casamento com um homem, constituísse família, mantivesse a forma corporal). Acerca de questão da homossexualidade, Marieta trouxe uma série de complicadores em sua vivência: relata o receio de ser descoberta nos seus empregos e correr riscos de perde-los, relata a não aceitação de sua tia que já a expulsou de sua casa incomodada com a presença do casal lésbico (a tia mora em outra cidade na casa da avó de Marieta, recentemente falecida), além de contar algumas situações de discriminação na rua por conta de seus trejeitos masculinos.

Desenrolar da análise – A questão LGBT atravessa a análise de Marieta na medida em que ela se reconhece atualmente como “gay” (sic) e se encontra mais satisfeita no exercício de sua sexualidade ao mesmo tempo em que tem alguns insights acerca de suas angústias - sentimento de culpa por não atender a expectativa do pai, com ênfase no quesito orientação sexual. Marieta conta sofrer com o preconceito declarado de seu pai, em direção aos negros, homossexuais, dentre outros. Ela começa a desconstruir algumas crenças, como a de que alguns serviços que ela executa atualmente seriam indignos: como faxineira, babá e garçonzete em restaurantes e padarias. Marieta começa a trazer “novas recordações” acerca de sua infância que a surpreendem, como por exemplo: ter tido seu cabelo cortado (“de Joãozinho”) pelo seu próprio pai após anos de insistência dela, vestia as roupas do irmão e brincava das brincadeiras “de menino”. Resgatando fotografias de sua infância ela também encontra uma foto de seu pai em que ela conta enxergar o “homem de verdade” por detrás de sua fantasia do pai perfeito, o viu desleixado, com os olhos “trincados” (fumava maconha) e recordou-se que seu pai sempre bebera bastante, mas que nunca ficava descontrolado como a sua mãe. Marieta encontra-se em um processo de questionar os pactos inconscientes realizados com esse pai, e o primeiro deles parece começar a vir à tona: devo mesmo ser médica? Devo mesmo ser a figura cuidadora e responsável da família? e por fim, devo mesmo ocupar o lugar que o pai deixara vazio?

2. Jonas (13 anos de idade) – Paciente em análise há 3 anos

Queixa inicial - trazido pelos pais com a queixa de agressividade extrema e muito sofrimento justificado pela vivência de bullying, mais tarde reconhecido como bullying homofóbico.

Jonas trouxe questões familiares e geracionais para suas sessões, além do sofrimento com o bullying sofrido na escola e sua dificuldade em exercer sua sexualidade. Ele compartilhou a dor pela perda de sua avó paterna (a qual ele não chegou a conhecer, mas mais tarde descobrimos juntos em sessão conjunta com o pai que este não elaborou completamente o luto da perda dessa mãe) e algumas repetições notadas com figuras da família materna, como o tio (irmão da mãe) e o avô materno (figura lembrada como bastante impulsivo – histórico de alcoolismo e agressividade com a família em geral, mas diante de Jonas uma relação muito afetuosa e de cuidado), com quem ele conta ter tido bastante contato e sentir falta.

Jonas trouxe também sua dificuldade em se aproximar das meninas, uma vez que ele se sente feio e desinteressante e, portanto, não conseguir “ficar” com nenhuma, estando ainda “BV” (boca virgem) e sendo alvo de chacota dos amigos.

A questão do limite corporal surgiu nas sessões na medida em que ele teve de restringir seus treinos de baseball por conta de uma lesão no ombro. Hoje, após mais de um ano de fisioterapia, ele retornou aos treinos e acaba de ser convidado para juntar-se o CT em Ibiúna (Centro de Treinamento) para onde são encaminhados os atletas com potencial para seleção.

Desenrolar da análise - A questão LGBT atravessa a análise de Jonas na medida em que este se questiona os motivos pelos quais ele sofreria tantos ataques de seus colegas, na forma de bullying homofóbico especialmente, denotando a dificuldade em aceitar o “diferente”, uma vez que ele reconhece sua forma de estar no mundo como “feminina”: sensível e empático aos colegas, aos professores, aos alunos de diferentes faixas etárias e inclusive às figuras de mais idade. Jonas relata que sente atração com meninas, mas questiona-se sobre uma possível homossexualidade, o que ele relata que não seria problema.

Reflexões acerca dos recortes clínicos trazidos

- Transmissões psíquicas geracionais (transgeracionais e intergeracionais)

Os conteúdos transmitidos são principalmente referentes a algo que não se pode conter, “aquilo que não se retém, não se lembra” (Kaës, 1998, p. 9), da ordem do negativo: aquilo que não foi revelado, não foi metabolizado, simbolizado, e que é transmitido geracionalmente. “O impensável, o inominável, o indizível e o inconfessável familiar são, a expressão da transmissão transgeracional do negativo” (Benghozi, 2010, p. 13). O vínculo psíquico funciona como suporte das transmissões psíquicas como forma de elucidação das

mesmas. O vínculo insere-se no conceito de “malhagem genealógica”, ou seja, a disposição em forma de rede, dos vínculos filiativos e afiliativos que permite a manutenção dos “continentes genealógicos familiares”, um espaço psíquico comum do grupo familiar, chamado *continente genealógico*. Esse continente psíquico tem a função de sustentação, como organizador do vínculo genealógico. A transmissão psíquica genealógica decorrente dos vínculos também genealógicos permite ao indivíduo ter uma referência simbólica de origem (Benghozi, 2010), fundamental na constituição subjetiva do indivíduo.

Correa (2003) explica que, quando conteúdos psíquicos não encontram inscrição no psiquismo dos pais estes podem ser depositados no psiquismo da criança. Desde sua chegada ao mundo, a criança é requerida para compartilhar os enunciados dos ancestrais, estando encarregada da continuidade geracional e da manutenção da identidade familiar, o que pode comprometer sua integridade psíquica e somática. Ser família, compartilhar desse continente genealógico suscita em cada membro do grupo a lealdade genealógica como uma responsabilidade ao fato de pertencer. Lealdades genealógicas podem ser lidas como referência ao ideal do eu familiar, as quais veiculam o mito familiar e asseguram o narcisismo grupal familiar (Benghozi, 2010).

No caso 1 notamos o assujeitamento de Marieta a uma corrente geracional como elo da transmissão, uma vez que ela busca seguir os passos de seu pai (vindo de uma família com poucos recursos, estudara medicina e alcançara grande sucesso profissional e pessoal) e de responder à expectativa dele para sua vida. No caso 2 notamos que Jonas utiliza o espaço analítico para um trabalho de ligações e transformações entre as gerações, contempla a possibilidade de elaboração de conteúdos. Ele trata de mobilizar o luto do próprio pai diante da perda de sua mãe através de sua experiência de sofrimento, questionando e buscando saber mais dessa figura que tanto lhe causa impacto e dor. Além disso, ele, bem como seus pais (em sessão de pais), compartilham a percepção das diversas semelhanças de Jonas com o avô paterno (figura falecida) que foi um homem bastante “estourado” e “complicado” ao mesmo tempo em que era bastante afetuoso para com os seus.

- Narcisismo

O espaço psíquico do continente familiar demanda primeiramente um investimento libidinal narcísico e objetal a fim de receber em troca os investimentos que o tornem sujeito do vínculo. Essa exigência tem como base o modelo do contrato narcísico originário de

Aulagnier (1977) que caracteriza uma aliança inconsciente estruturante. Uma das exigências é o recalçamento de certas formações psíquicas do sujeito em prol do ideal comum do vínculo intersubjetivo, para que as conjunções de subjetividade se formem e o vínculo se mantenha, o que resultaria nas alianças inconscientes defensivas. Kaës (2011) diferencia os contratos narcisistas primários ou originários, característicos da relação mãe-bebê, dos contratos narcisistas secundários referentes aos vínculos extrafamiliares, ou contratos de afiliação que costumam ter início na adolescência.

No caso 1, notamos em Marieta o contrato narcisista secundário com esse pai falecido sendo questionado e reformulado, em um movimento de construção identitária autêntica, no qual ela pode ser sujeito de seu próprio desejo – acerca de sua sexualidade, acerca das escolhas profissionais, etc. No caso 2, percebemos em Jonas o prevalecente desejo de atender ao contrato narcísico com o avô materno, figura que lhe investiu muito afeto e fantasiou seu futuro. As exigências do contrato narcísico são estruturantes e conflituosas ao mesmo tempo, a realização desse trabalho psíquico do vínculo garante que os membros do grupo atribuam e recebam benefícios e encargos, estabelecendo-se assim um equilíbrio libidinal, ou uma homeostase narcísica (Kaës, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Preconceito e discriminação diante das alteridades

Optei por trazer dois recortes clínicos bem diferentes, um de uma moça homossexual (ou bi) e outro de um adolescente (em fase de construção de identidade) que se reconhece por ora como heterossexual. Nos dois casos a questão LGBT, o sofrimento fruto do preconceito e da discriminação com base nos binarismos de gênero e sexualidade aparecem de forma marcante, iluminando a necessidade de um olhar mais cauteloso para o assunto.

Acredita-se que as possibilidades de subjetivação têm se tornado positivamente mais abrangentes e com isso desmantelado preconceitos fundantes acerca das constituições identitárias, reforçando que a subjetivação depende mais diretamente da presença de vínculo e alteridade, e menos de premissas anacrônicas como a diferença de sexos.

REFERÊNCIAS

Arán, M. (2011). Políticas do desejo na atualidade: a psicanálise e a homoparentalidade. *Revista Psicologia Política*, 11(21), 59-72. Recuperado em 16 dez 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2011000100006.

- Aulagnier, P. (1977). *La violencia de la interpretación*. Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Trabalho original publicado em 1986).
- Benghozi, P. (2010). *Malhagem, filiação e afiliação. Psicanálise dos vínculos: casal, família, grupo, instituição e campo social*. (E. D. Galery, trad.). São Paulo: Editora Vetor.
- Bourdieu, P. (2005). *A dominação masculina*. (4ª ed., M. H. Kuhner, trad.). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Ceccarelli, P. R. (2008). A invenção da homossexualidade. *Revista Bagoas*, 2(2), 71-93. Recuperado em 16 dez 2018, de <https://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/2268/1701>.
- Correa, O. B. R. (2003). Transmissão psíquica entre gerações. *Psicologia USP*, 14(3), 35-45. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642003000300004>
- Eribon, D. (2008). *Reflexões sobre a questão gay*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Freud, S. (1996). O ego e o id. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (P. C. de Souza, trad., Vol. 19, pp. 13-80). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1923).
- Freud, S. (2006). Sobre o narcisismo: Uma introdução. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (P. C. de Souza, trad., Vol. 14, pp.77-108). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1914).
- Kaës, R. (2011). *Um singular plural: A Psicanálise à prova do grupo*. São Paulo: Edições Loyola Jesuítas.
- Kaës, R. (1998). Os dispositivos psicanalíticos e as incidências da geração. In A. Eiguier, *A transmissão do psiquismo entre gerações: enfoque em terapia familiar psicanalítica* (pp. 5-19). São Paulo: Unimarco Editora.
- Martins, E. S. T., Leite, R. L., Porto, T. S., & Netto, O. F. L. (2014). Psicanálise e homossexualidade: da apropriação à desapropriação médico-moral. *Ide*, 36(57), 163-177. Recuperado em 16 dez 2018, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ide/v36n57/v36n57a13.pdf>.
- Maya, A. (2013). A homofobia no discurso psicanalítico sobre o casal e a parentalidade homossexual. In Quinet, A., & Jorge, M. A. C. (Orgs.). *As homossexualidades na Psicanálise, na história da sua despatologização* (pp. 65-76). São Paulo: Segmento Farma.
- Mello, L. (2005). *Novas famílias: conjugalidade homossexual no Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Nunan, A. (2007). Influência do preconceito internalizado na conjugalidade homossexual masculina. In Grossi, M. P.; Uziel, A. P.; & Mello, L. (Orgs.). *Conjugalidades, parentalidades e identidades lésbicas, gays e travestis* (pp. 47-67). Rio de Janeiro: Garamond.
- Quinet, A., & Jorge, M. A. C. (Orgs.) (2013). *As homossexualidades na Psicanálise, na história da sua despatologização*. São Paulo: Segmento Farma.
- Rodriguez, B. C. (2017). *Parentalidade e adoção em casais de homens: uma análise psicanalítica vincular*. Tese de Doutorado, Instituto e Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. Recuperado em 2018-11-01.
- Rodriguez, B. C., & Paiva, M. L. S. C. (2009, junho). Um estudo sobre o exercício da parentalidade em contexto homoparental. *Revista Vínculo*, 6(1), 13-25. Recuperado em 16 dez 2018, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/vinculo/v6n1/v6n1a03.pdf>.
- Tarnovski, F. L. (2002). *Pais assumidos: adoção e paternidade homossexual no Brasil contemporâneo*. Dissertação de Mestrado em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Vespucci, G. (2014). Una fórmula deseable: el discurso “somos familias” como símbolo hegemônico de las reivindicaciones gay-lésbicas. *Revista Latinoamericana: Sexualidad, Salud y Sociedad*, 17, 30-35. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2014.17.05.a>.

Discussão de caso clínico - Diferentes perspectivas na Psicologia Clínica

Luísa Maiola de Araujo²⁵

CASO CLÍNICO

Alessandra é uma mulher adulta, divorciada e conta nunca ter trabalhado. Chegou a iniciar um curso de ensino superior, mas parou no primeiro ano. Tem 5 filhos. Quatro são frutos do seu primeiro casamento e um é com o seu atual companheiro, Carlos.

Foi encaminhada à Clínica Psicológica pela psiquiatria do Hospital das Clínicas. É diagnosticada com Bipolaridade e já esteve internada em Hospitais Psiquiátricos. Atualmente, toma os seguintes medicamentos: Gabapentina; Quetiapina; Omeprazol e Ácido Valpróico. Já realizou atendimento psicoterápico durante um ano, em 2006. A Psiquiatra que a atende aponta que “só remédio pra você não adianta” e por isso Alessandra acredita que a psicoterapia terá muita importância para ela.

Sobre a sua família de origem, ela me relata ser filha de mãe “mulata” e de pai “bem branquinho”. Seus avós paternos, segundo ela, eram muito racistas e não permitiram que o filho se casasse com uma mulher negra. Seu pai faleceu de câncer quando ela ainda era criança e Alessandra foi criada por esses avós que lhe disseram que sua mãe havia falecido. Ao final da adolescência, estava noiva e certo dia foi abordada por um carro que lhe perguntou se ela gostaria de conhecer sua mãe. Alessandra respondeu que sim e então descobriu a verdade sobre a mãe. Passou a encontrá-la escondida de seus avós, porém, um tio que morava com ela, descobriu sobre os encontros e contou para toda família. Depois disso, conta que ela começou a ser muito vigiada e então decidiu ir morar com a mãe. Relata ter sido uma escolha muito ruim, pois a mãe era “louca” e lhe “tratava como lixo”, além disso, contou que ela era muito “interesseira”, influenciando-a a terminar com o atual noivo para ficar com outro homem mais rico. Alessandra terminou e conta ter ficado sem nenhum dos dois.

Após o fim desse noivado, Alessandra conheceu seu ex-marido e engravidou. Ela conta que sua família apesar de ser muito “rígida” lhe disse que ela não precisava se casar por conta

²⁵ Discente de Psicologia, Bolsista do Projeto de Extensão “A psicoterapia como instrumento de intervenção na Clínica Psicológica da UEL”.

da gravidez. Apesar de não demonstrar em sua fala que estava escolhendo por algo, ela acabou casando, tanto na igreja, quanto nos papéis. Diz que seu casamento foi um “chororô” e que depois disso foi morar na casa da sogra. A sogra, segundo ela, era muito “dominadora”, e além de dominar o filho, começou também a dominar a recém-nascida filha do casal, Catarina. Relatou não conseguir transar como marido, pois ficava “paralisada” na hora do sexo, ao perceber Catarina no berço olhando para ela e por saber que o cômodo em que dormia era dividido por lençóis com a cunhada.

Nesse casamento, além de Catarina, Alessandra teve mais duas filhas e um filho, com praticamente a mesma diferença de anos entre um e outro. Ela diz que seu ex-marido sempre dizia que não queria ter se casado com ela e muito menos ter tido filhos. Segundo ela, ele sempre se relacionava com outras mulheres. As pessoas a aconselhavam a terminar com ele, porém era “obsessiva por ele”. Quando estava grávida do último filho, Gabriel, ele a “largou”, disse que não queria mais nada com ela. Após esse término, Alessandra conta que “surtou”, tentou diversas vezes se suicidar e com isso foi internada no Hospital Psiquiátrico. Até hoje, ela relata não se conformar com a atitude do ex-marido em deixá-la estando grávida.

Após as internações, Alessandra aponta que ainda sofria muito e tentava se suicidar constantemente. Diz que seus vizinhos foram como uma família para ela. Nessa mesma época, uma de suas vizinhas fez contato com sua família, relatando o estado em que a mulher se encontrava, mas eles disseram que a tinham avisado que esse casamento não daria certo e que a escolhia havia sido dela.

Foi nessa época que Alessandra e Carlos se conheceram. Uma familiar de Carlos era conhecida de Alessandra e vendo o quanto ela estava mal, fez com eles se aproximassem. Ele também havia acabado de se divorciar e morava em um quartinho no fundo do empreendimento de sua família. Certo dia sua ex-esposa falou que precisava do quartinho, tirando-o de lá. Ele disse não ter para onde ir e apareceu no portão de Alessandra contando toda história. Ela o acolheu e desde então eles começaram a morar juntos. Juntos tiveram um filho, Carlos Augusto adolescente nos dias de hoje.

Atualmente, ela conta que eles não possuem uma boa relação. Não transam há muitos anos, depois que uma de suas filhas postou um texto em uma das redes sociais contando ser abusada pelo padrasto. Depois disso, Alessandra diz que na hora da relação sexual lembra-se desse fato e “trava”. A outra filha de Alessandra confirma que o atual companheiro tinha esses

comportamentos, ela fala que ele “fazia buraco na porta para ver elas tomando banho, não chegava a encostar, ficava vendo, é aqueles *voyeur*”.

Na época, Carlos foi morar com as irmãs, revezando entre a casa das duas, porém a convivência não deu certo e, por não ter onde morar, ficou dormindo em bancos na rua, foi quando Alessandra o chamou para voltar para casa. Nos dias de hoje, ninguém fala claramente sobre o que aconteceu.

Atualmente, ela mora com Carlos, seus dois filhos, Gabriel, Carlos Augusto e seu neto, do qual possui a guarda. Conta que as condições financeiras em sua casa estão difíceis. A renda da casa varia de 1.500 a 1.700 reais, salário de Carlos, para sustentar as cinco pessoas que moram em sua casa. “Às vezes falta dinheiro até para a comida e agora o telefone tá cortado”. Acrescentou que no ano passado, ainda recebia pensão do ex-marido e a ausência desse dinheiro está fazendo muita falta. Conta que pensou em começar a trabalhar, mas relata ter sido desencorajada pela psicóloga que atende o neto no CAPSi, pois esta a questionou sobre como faria com o neto caso começasse a trabalhar.

Sobre a guarda de seu neto, Alessandra conta que a recebeu depois que a filha mais velha foi acusada de maus tratos e negligência para com o menino. Eles moravam em outro estado e o garoto foi visto pedindo dinheiro no semáforo de madrugada enquanto a mãe se prostituía. Apesar da filha ter entrado com recursos para conseguir novamente a guarda do filho, Alessandra acredita que ela não tem condições de cuidar do menino e está se mobilizando bastante para continuar com a guarda.

A sua segunda filha mais velha mora em outro país. A filha mais nova mora com o namorado. Alessandra conta que sempre que quer visitar esta filha precisa avisá-la com antecedência, pois nem sempre a filha permite que ela vá. Tanto ela quanto Gabriel fazem uso constante de álcool e maconha e “ficam muitos loucos no chá de cogumelo” fato que preocupa a mãe. Além disso, Alessandra não acha certo a filha ficar dependendo financeiramente do namorado, diz que se ela continuar assim “vai ser uma Alessandra da vida”. Acrescenta “dos meus 5 filhos, nenhum é certo” e que deve ter um “DNA maldito”.

Alessandra relata que desde sempre foi muito vaidosa. Gosta muito de fazer academia, coisa que está impossibilitada de fazer devido à falta de dinheiro. É possível perceber em seu discurso uma grande preocupação com o corpo. Conta que atualmente sente muitas dores nas juntas e enjoo, acreditando estar com câncer. Ela me explica que falou isso para psiquiatra, mas que ela não a levou a sério, porém acrescenta que pesquisou bastante sobre isso na

internet e descobriu que quando o câncer é no estômago, dá poucos sinais, sendo um deles o enjoo. Quando fala sobre isso, ela se lembra do pai e conta que lhe viu morrendo em um ano, mesmo sempre tendo sido muito “magro e atlético”. Acha também que está tomando remédios demais e acredita que eles além de deixá-la inchada, não estão lhe fazendo muito bem.

Dizia que as pessoas em sua casa necessitavam muito dela. O neto que precisava de cuidado na criação. O companheiro que precisava de auxílio na medicação e os filhos que demandam dela para tudo. Contou que há poucos dias, devido a suas fortes dores, passou vários dias no quarto e que ninguém, além de Carlos Augusto, se preocupou. Além disso, fala que não tem com quem conversar e percebeu que se eles não a tiverem, vão dar um jeito.

Alessandra fala muito e de maneira desorganizada. Gesticula bastante e aparenta estar entusiasmada com o início da psicoterapia. No fim das sessões, ela sempre pergunta se foi clara, me pede desculpas, pois “é muita coisa”. Agradece também pelo espaço para falar, diz que sem ele, ela fica falando “com os tomates e com as cadeiras”.

O caso de A.: uma leitura fenomenológica em torno de temas existenciais fundamentais

Hernani Pereira dos Santos²⁶

RESUMO:

A tese básica de uma perspectiva fenomenológica em psicologia é a de que o comportamento humano envolve necessariamente a interação significativa com outras entidades (pessoas, coisas, situações, etc.) que foram constituídas como significativas em um ambiente já carregado de significado. Ao analisá-lo em suas tramas existenciais, desta perspectiva, o sujeito é concebido como Dasein, isto é, como nem dentro nem fora, mas transcendência que se posiciona ou projeta e é solicitada por um mundo em que se encontra como “ser-jogado” (*Geworfenheit*). Nesta dinâmica, manifestam-se as formas de ocupação e de cuidado, dentre as quais cabe salientar a dialética de propriedade (ou autenticidade) e impropriedade (ou inautenticidade). Além disso, também é importante considerar a vulnerabilidade própria de cada pessoa a seu mundo da vida, particularmente às situações-limite que caracterizam as possibilidades de todos e de qualquer um (a solidão da liberdade, a inevitabilidade da responsabilidade, a inexorabilidade da morte etc.). No caso proposto para análise, de A., destacam-se temas como solidão e responsabilidade, as referências implícitas do ser-para-a-morte encontradas na corporeidade, a impropriedade quanto ao que se lhe apresenta e a solicitação proeminente do mundo em detrimento de seu projetar-se (as figuras da “passividade” e da “voz alheia”). Uma terapia de base daseinsanalítica deve primar por uma reconquista do projetar-se de A. e pelo trabalho de indicar a base ontológica do sofrimento e sua conexão com uma nova abertura de mundo.

Palavras-chave: Daseinsanálise. Fenomenologia. Martin Heidegger. Existencialismo. Psicoterapia.

²⁶ Psicólogo (CRP-PR 19004), Especialista em Filosofia Moderna e Contemporânea (UEL). Mestre e Doutorando em Psicologia e Sociedade pela Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" - Unesp/Assis. Docente da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, campus Londrina.

O caso de A.: leitura psicodramática da história do adoecimento da espontaneidade

Paulo César de Oliveira²⁷

A primeira e essencial pergunta é: onde falta espontaneidade em A.? Ou: falta espontaneidade para quê? Moreno fala que o adoecimento é sempre da espontaneidade. É esse adoecimento que faz surgir imposições da vida, que traz à tona personagens que se cristalizam e obrigam a determinadas escolhas ou respostas que são inadequadas. E isso é determinado nas relações. Sejam familiares ou não, quer dizer, o social tem um efeito muito importante na construção dessas personagens. Mas, afinal: o que é mesmo personagem? É sinônimo de papel?

Carlos Calvente, psicodramatista argentino, quase brasileiro, autor de um livro surpreendente, “O personagem na psicoterapia”, faz um estudo pormenorizado desse conceito e nos leva a conhecer a sua complexidade e, ainda mais importante, insere definitivamente a importância da sua implicação técnica para nosso trabalho psicodramático. Ainda mais, papel advém etimologicamente da palavra papel, rotulus, rôle, rótulo. Está ligado ao “rolo” onde se encontra escrito a parte que o ator precisa decorar para sua atuação numa determinada peça. Ou seja, o papel determina o personagem que esconde o ator. Voltando ao Calvente, ele nos ensina que algumas formas de comportamento irão se repetir “em papéis sociais diferentes, como que configurando um personagem conservado que se repete em situações e contextos diversos” (Perazzo, 2010, p. 98). Portanto, iniciamos aqui a pensar sobre transferência a partir de nossa vista do ponto psicodramático. Voltaremos a isso mais tarde.

É preciso dizer que para o psicodrama o eu não desenvolve papéis. Aliás, o que seria o eu não fossem os papéis que o formam. Assim, a melhor imagem que podemos oferecer quando pensamos nesse tão almejado eu, ou ego, se preferirem, é um cacho de papéis. Sociais, imaginários, psicodramáticos. Fiquemos nesses. Pense nos papéis que você utiliza para jogar no seu dia-a-dia. Filho, pai, professor, ginasta, psicólogo, médico, ginasta, mestrando, doutorando, e assim por diante. Esses são os sociais. E o que você gostaria de ser,

²⁷ Psicólogo (CRP-RP 17066), Especialista em Psicodrama pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP).

mas não é? Estão encapsulados dentro de você? É uma expressão conservado do desejo, portanto, são os papéis imaginários. Os papéis psicodramáticos são jogados apenas no cenário psicodramático, seja na clínica, na rua, ou onde um psicodramatista estiver trabalhando.

Portanto, o eu é formado por um cacho desses e de outros papéis, que não os cito por julgá-los de menor importância. Voltando a discussão iniciada acima a respeito do que é transferência para o psicodrama, amparado mais uma vez pelos estudos pós-morenianos, encontramos Penha Nery, em seu importante livro "Vínculo e afetividade" (2003), desenvolve o importante conceito de lógicas afetivas de conduta, que fala do que se aprende e se apreende nas relações e que expressam racionalmente sentimentos e sensações que guiam a dinâmica psicológica da pessoa. Algo que auxilia na criação de um personagem conservado que migrará pelo cacho de papéis e que dirá, por exemplo, "se eu me submeter, serei amada", "se eu me calar, receberei o colo que preciso", "se eu for uma mulher boazinha, quem sabe ele pode ser o pai que perdi na infância", ou, quem sabe, "se eu ficar até o fim, suportar todas as dores, meu pai não irá embora dessa vez".

Angela Baiocchi, em 2003, trouxe uma colaboração muito expressiva quando falou sobre vínculos familiares, que é a do poder simbólico exercido por figuras parentais (citado por Perazzo, 2010). Esse poder simbólico, segundo a autora, gravita coconsciente e inconscientemente nas relações humanas e ainda mais na vida familiar. Ou seja, no que diz respeito a transferência e o que se transfere, falando de novo para deixar claro, que transferência é aquilo que, cristalizado em um papel migra para outros pelo efeito cacho de papéis, portanto, nesse caso do poder simbólico, "cabe detectar qual personagem interno num vínculo primário, em seu papel complementar, detém o poder na coconstrução de uma transferência em seu status nascendi" (Perazzo, 2010, p. 118).

Sem dúvida, o que o psicodrama tem de mais específico e constante, aquilo que Moreno privilegia na construção de seu novo conhecimento e o torna revolucionário, é a teoria da espontaneidade e criatividade. É o que diferencia o Psicodrama de qualquer outra escola que trata do homem em suas relações. Ao olhar para o histórico do sofrimento de A. a partir da proposta moreniana, entramos em contato com o que vai diminuindo gradativamente sua capacidade existencial criativa e espontânea. Estamos treinados em nosso papel de psicoterapeutas psicodramatistas para olhar, por primeiro, para essa falta. Falamos em adoecer, travar, faltar, amarrar, desenvolver, enfim, a espontaneidade. É o que nos interessa.

Buscamos a falta de espontaneidade, o endurecimento do papel, a cristalização do personagem, a lógica afetiva imposta pela relação, o poder simbólico dado ao papel complementar interno que precisa ser desmistificado para que surja novos movimentos existenciais. A. vai como que construindo um personagem endurecido por suas relações, num movimento existencial limitado por essa mesma persona que a envolve em todos seus papéis.

O próprio sintoma pode ter surgido e permanecido como um equivalente transferencial, como que chamando a atenção para uma parte da transferência que precisava e ainda precisa ser desvendada. Até porque identificar a transferência é identificar os modos de relação, os modelos relacionais disponíveis que a pessoa estabelece com seu átomo social que, no caso específico aqui estudado, parecem resultar em incongruências ou mutualidades negativas de escolha, que comprometem sua posição sociométrica.

Essa é a nossa referência. Portanto, mais uma vez, a procura passa a ser focada na falta de espontaneidade e criatividade e recuperá-las passa a ser o objetivo do percurso psicodramático. Para tanto, parece ser necessário ao psicoterapeuta oferecer na experiência existencial dada por essa relação, um novo modelo relacional que, uma vez absorvido por A. vai propiciar que passe a oferecer novas respostas para questões antigas e respostas adequadas para novas questões que surgirem em sua vida.

Palavras chave: Psicodrama, teoria de papéis, espontaneidade, criatividade, sociometria, psicoterapia psicodramática.

REFERÊNCIAS

- Calvente, C. (2002). *O personagem na psicoterapia*. São Paulo: Editora Ágora.
- Nery, M. P. (2003). *Vínculo e afetividade*. São Paulo: Ágora.
- Perazzo, S. (2010). *Psicodrama: o forro e o avesso*. São Paulo: Ágora.

Trabalhos na íntegra

A Clínica no Encontro: Um Relato de Experiência de Estágio em Instituição de Acolhimento

Mariana Rodrigues Sapateiro²⁸

Nayara Rodrigues de Oliveira²⁹

Rafael Bianchi Silva³⁰

Yasmim Natalia Santos de Oliveira³¹

INTRODUÇÃO

O presente estudo deriva da experiência de estágio curricular obrigatório na ênfase de Psicologia e Processos Clínicos da Universidade Estadual de Londrina que vem sendo realizado em uma instituição de acolhimento institucional que atende cerca de 40 crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social e vínculos familiares rompidos.

Considera-se que o trabalho clínico nesses espaços, ou seja, uma clínica para além do consultório, é necessária para a produção de saberes psicológicos voltados à diferentes populações, levando a Psicologia a se aproximar de demandas específicas de outras parcelas da sociedade que não costumam frequentar o atendimento em clínicas privadas. A inserção do profissional da Psicologia no Sistema Único de Assistência Social (SUAS) é uma das formas desse rompimento ao realizar tal ampliação tendo em vista que grande parte dos usuários do SUAS não possui histórico de atendimento psicológico.

No que tange especificamente ao abrigo, as crianças e adolescentes que se encontram acolhidos na instituição foram retiradas de suas famílias de origem por motivos diversos, que vão desde negligência e violências até suspeita de abuso sexual. Levantou-se uma reflexão sobre a potencialidade da clínica ampliada de chegar em lugares outrora ignorados pela

²⁸ Graduanda do curso de Psicologia da Universidade Estadual de Londrina, Paraná. Contato: marianasapateiro22@gmail.com.

²⁹ Graduanda do curso de Psicologia da Universidade Estadual de Londrina, Paraná. Contato: naholiveira97@gmail.com.

³⁰ Docente do departamento de Psicologia Social e Institucional e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina, Paraná. Contato: rafael.bianchi@uel.br

³¹ Graduanda do curso de Psicologia da Universidade Estadual de Londrina, Paraná. Contato: yasmimoliveira1a@gmail.com

Psicologia, o que coloca desafios para o aluno por trazer demandas que escapam ao enquadramento e o *setting* tomados como espécie de paradigma da formação.

Dentre as práticas vivenciadas destacam-se visitas domiciliares, estudos de caso e acompanhamentos em atendimentos, a partir dos quais pode ser questionado o lugar ocupado pela Psicologia em sua atuação dentro do serviço de acolhimento institucional bem como as demandas por ela recebida provinda de outras políticas (educação, judiciário, etc). Além disso, entendemos ser importante aliar tais demandas do trabalho com a dimensão subjetiva das crianças e adolescentes acolhidos potencializando outras formas vinculares que escapam a história de ruptura e violência vivenciadas. Tais proposições trazem por base a valorização da potência terapêutica que resulta do encontro, das relações e dos afetos.

AMPLIANDO AS PRÁTICAS

A prática do profissional de Psicologia é diversificada, existem psicólogos atuando nos mais diversos contextos, porém ainda é marcante a notoriedade atribuída a clínica realizada dentro dos consultórios particulares. A clínica psicológica em sua origem herda alguns pontos do modelo médico de atuação, onde caberia ao profissional observar os sintomas e compreendê-los para depois tratá-los. Tal perspectiva aproxima-se de um modelo higienista e hegemônico. Atualmente, porém, observam-se tentativas de rompimentos com essa prática, fazendo com que a Psicologia se torne mais crítica e engajada socialmente (Moreira, Romagnoli & Neves, 2007).

Um dos locais de atuação da Psicologia onde é possível observar esse rompimento com um modelo que serve à reprodução de uma lógica hegemônica é a sua inserção nas Políticas Públicas por meio do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Embora desde os anos 2000 já fosse possível observar um movimento de entrada da Psicologia no campo da Assistência Social, foi em 2005 com a criação do SUAS, que o psicólogo passou a integrar a Proteção Social Básica, como disposto na Tipificação dos Serviços Socioassistenciais (Morais, Fonseca & Gonçalves, 2017).

No SUAS, a proteção social é dividida por níveis de complexidade, sendo elas, básica e especial (média e alta complexidade). O acolhimento institucional de crianças e adolescentes é um serviço especial de alta complexidade se caracterizando por oferecer proteção integral, com moradia, alimentação, higienização e etc. Como previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (1990) deve-se recorrer ao acolhimento em casos que os direitos da criança

ou do adolescente estiverem ameaçados ou violados, ou ainda por falta, ameaça ou abuso por parte dos pais ou responsáveis, de modo a garantir um desenvolvimento psicossocial adequado aos acolhidos.

No que diz respeito à atuação do psicólogo nesse tipo de serviço, é necessário aliar o caráter terapêutico das suas intervenções à fatores preventivos e educativos, adotando uma postura de aceitação, acolhimento e respeito às diferenças, criando dessa forma um ambiente de confiança e abertura (Cardoso, Mayrink & Luczinsk, 2006). Quando se considera que a clínica está ligada com a escuta acolhedora e com a postura do profissional, como dito por Moreira et al (2007), o *setting* terapêutico perde sua importância e os encontros e relações passam a ser potencializados. Nesse sentido, são estes elementos que passam permear e torna-se o fundamento das práticas psicológicas.

Pensando na discussão que pode ser levantada acerca da importância do vínculo, das relações e dos afetos nas práticas psicológicas e na importância de uma Psicologia comprometida com o social, bem como discutir sobre o trabalho e as demandas do profissional de Psicologia dentro do serviço de acolhimento institucional, construiu-se o presente relato de experiência.

MÉTODO

O presente trabalho é fruto de um relato de experiência das vivências no estágio curricular obrigatório na ênfase de Psicologia e Processos Clínicos da Universidade Estadual de Londrina que foi realizado em uma instituição de acolhimento institucional que atende cerca de 40 crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social e vínculos familiares rompidos.

O estágio teve duração de um ano letivo e ocorria com frequência semanal. As atividades realizadas eram diversificadas atendendo a dinamicidade das demandas que chegavam até os 02 psicólogos da instituição que foram os supervisores de campo. Dentre as ações propostas e vivenciadas destacam-se visitas domiciliares, acompanhamentos das crianças e adolescentes à atendimentos psicológicos, médicos e etc, estudos de caso realizados, audiências na vara de infância e adolescência, além de convivência com os acolhidos nas casas da instituição.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A partir das vivências propiciadas pelo estágio e do referencial teórico estudado, observou-se a diversidade das práticas psicológicas tanto no que se refere ao campo de atuação quanto das práticas dentro do próprio serviço de acolhimento institucional. Vale salientar que dentro da prática da Psicologia no acolhimento há a necessidade de contemplar diferentes demandas, inclusive as provindas de outras políticas, como a educação, o judiciário, saúde e até mesmo os outros níveis de complexidades do SUAS envolvendo serviços como os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), os Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) entre outros. Esse tipo de relação possibilita a criação de uma rede de apoio entre os serviços, caracterizando a transdisciplinariedade da clínica social. A partir das observações no acolhimento notou-se a importância que a rede assume, já que os serviços acabam fazendo muitos encaminhamentos entre si e, de certa forma, encontram apoio um no outro para atuar na garantia da defesa de direitos dos usuários.

Além de lidar com as demandas do dia a dia na instituição, os psicólogos dentro do acolhimento precisam estar atentos às demandas subjetivas das crianças e adolescentes acolhidos, cujas histórias muitas vezes estão permeadas por violências e negligências. Foi possível observar a intensidade do vínculo existente entre os psicólogos e as crianças e adolescentes, sendo que eles são vistos como as principais referências para estes, além de mediadores dos acolhidos com a família, com o poder judiciário, e com a própria instituição, como no caso da ocorrência de algum tipo de conflito dentro do próprio acolhimento, fatores já apontados por Silva, Denard, Becker e Delvan (2015).

Outro ponto observado foi que com essa chegada da clínica ampliada em lugares outrora ignorados pela Psicologia são os desafios ao estudante e ao profissional recém-formado, já que as demandas do dia a dia no serviço de acolhimento escapam ao enquadramento e o *setting* que ainda hoje são tomados como centrais na formação, e que não são suficientes para o trabalho nas políticas públicas (Cordeiro & Sato, 2017). A maioria dos cursos de formação não instrumentalizam os estudantes para lidarem com situações recorrentes que foram observadas dentro do acolhimento, como por exemplo trabalhar com famílias em situação extrema de vulnerabilidade e populações marginalizadas cerceadas de direitos. Os psicólogos do acolhimento em questão relataram que por vezes encontram respaldo para essas situações nas profissionais de assistência social, com as quais trabalham em conjunto. Vale ressaltar que embora historicamente a Psicologia não tenha sido

constituída de modo a responder às demandas, atualmente vem sendo convocada a responder há a necessidade a eles por meio da criação de novas técnicas, o que coloca um desafio para as práticas clínicas que precisam se configurar como eminentemente críticas para atuação em tais contextos (Neves & Joseph, 2002).

Silva et al. (2015) fala que duas das dificuldades encontradas pelo psicólogo que atua na Assistência Social são a sobrecarga de trabalho e a falta de recursos, sendo notória a presença desses dois pontos ao longo do estágio. O acolhimento em questão, por exemplo, está há dois anos buscando captar recursos para contratação de mais funcionários, já que os que estão empregados atualmente se encontram sobrecarregados de atividades, principalmente por questões burocráticas que, segundo relataram, acabam por diminuir o tempo disponível para dedicar às crianças e adolescentes. Além do elevado fluxo de trabalho habitual, os psicólogos e assistentes sociais organizam-se também em plantões de 24 horas, nos quais ficam sobre aviso para casos de emergência com as crianças e adolescentes ou potenciais dúvidas dos cuidadores. Os psicólogos destacam a importância dessa disponibilidade constante no estabelecimento da confiança e vinculação dos cuidadores à instituição.

CONCLUSÃO

Acredita-se ser necessária a implementação da discussão da Psicologia como instrumento de transformação social, bem como apresentar aos estudantes de graduação outras práticas e campos de atuação que fujam ao modelo clínico tradicional, dessa forma, ao chegar em locais como as políticas públicas o estudante ou profissional recém-formado teria um maior subsídio sobre o qual pautar a sua prática.

Ressalta-se também a importância que a clínica ampliada desempenha chegando até populações que, devido a questões socioeconômicas, jamais teriam acesso ao tratamento psicoterápico. A clínica aqui é entendida nas relações, encontros e afetos que tenham efeito terapêuticos sobre os corpos, a escuta e a acolhida das crianças ao chegarem no acolhimento, uma conversa no caminho do acolhimento ou sobre algum problema vivenciado, todos esses encontros estão permeados de potência.

Conclui-se que o trabalho da Psicologia dentro do acolhimento institucional e das políticas públicas no geral encontra entraves na falta de recursos, sejam eles para contratação de profissionais ou para compra de materiais diversos. Atuando com falta de pessoal os

psicólogos acabam sobrecarregados pelas demandas diversas que devem ser manejadas dentro do seu tempo de trabalho.

REFERÊNCIAS

- Cardoso, K. C., & Mayrink, R. A., & Luczinski, F. G. (2006). O psicólogo clínico na comunidade: desafios e possibilidade. *Revista da Abordagem Gestáltica*, XII(2), 13-26. Recuperado em 14 dez 2018, de <https://www.redalyc.org/html/3577/357735505002/>.
- Cordeiro, M. P. & Sato, L. (2017) Psicologia na política de assistência social: trabalho em um "setor terceirizado". *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 34(1), 41-52. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-02752017000100005>.
- social: trabalho em um "setor terceirizado". *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 34(1), 41-52. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-02752017000100005>
- Estatuto da Criança e do Adolescente (1990). *Diário Oficial da União. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990*. Brasília, DF: Palácio do Planalto. Recuperado em 08 dez 2018 de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm.
- Morais, J. B. T., Fonseca, H. R. R. & Gonçalves, N. P. C. (2017). Atuação do psicólogo no sistema único de assistência social. *Anais da VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas: um século de reforma e revolução*. Recuperado em 14 dez 2018, de <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo14/atuacaopsicologonosistemunicodaassistenciasocial.pdf>.
- Moreira, Jacqueline de Oliveira, Romagnoli, Roberta Carvalho, & Neves, Edwiges de Oliveira. (2007). O surgimento da clínica psicológico: da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27(4), 608-621.
- Neves, C. A. B., Josephson, S. C. (2002). A Crítica como Clínica (2002) In *Texturas da Psicologia - Subjetividade e Política no Contemporâneo* (pp. 99-108). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Silva, C. D. L., Denardi, R. C., Becker, A. P. S., & Delvan, J. S. (2015). A Psicologia nos serviços de acolhimento institucional e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 10(1), 55-65. Recuperado em 10 de dezembro de 2018. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082015000100005&lng=pt&tlng=pt.

A Relação entre Filho e Pai no Cenário Contemporâneo da Paternidade: um caso clínico

Luciane Cristina de O. Carnaúba³²

Maíra Bonafé Sei³³

Palavras-chave: Paternidade, contemporaneidade, o papel do pai, constituição familiar, psicanálise.

INTRODUÇÃO

Na contemporaneidade, há um aumento na diversidade quanto às formas de relações, que resultam, nos dias, atuais na multiplicidade das configurações familiares (Staudt, 2007). Além disso, as mudanças comportamentais tendem a repercutir diretamente sobre a constituição dos laços sociais, intervindo nas organizações das funções parentais. (Simões, 2013).

Na família brasileira, observa-se que a vida e o arranjo familiar se tornaram mais complexos, especialmente a partir da década de 1960, devido aos princípios e realidades sociais então vigentes, como, por exemplo, o individualismo (que aparece em oposição ao patriarcalismo) e a desigualdade social. Referidos princípios e realidades sociais possibilitaram que a mulher entrasse no mercado de trabalho. A indiferença dos valores e padrões rigidamente estruturados favoreceram novas e distintas experiências de relações afetivo-sexuais, crescendo o de número de famílias monoparentais, homossexuais, divórcios e o número de mulheres solteiras com filhos (Silva & Dauber, 2013).

Sob a perspectiva da família contemporânea, segundo Benczik (2011), o papel do pai também tem se modificado nas últimas décadas, encontrando-se em um processo de evolução continuamente, isto, devido às transformações culturais, sociais e familiares,

³² Assessora da Clínica Psicológica da Universidade Estadual de Londrina – UEL desde 2017. Contato: lucarnauba@sercomtel.com.br. Graduada em Psicologia pela UNIFIL em 2011; Especialização em Residência Clínica e da Saúde – Ênfase em Psicanálise – UNIFIL 2012; Especialização em Clínica Psicanalítica UEL em 2013.

³³ Psicóloga, Mestrado, Doutorado e Pós-Doutorado em Psicologia Clínica (IP-USP), Professora Adjunta do Departamento de Psicologia e Psicanálise, Universidade Estadual de Londrina – UEL. Contato: mairabonafe@gmail.com

passando pela fase em que os filhos eram considerados propriedades do pai (com as mães quase sem direitos) e pela fase em que o pai era apenas o suporte financeiro da família. Ademais, para Saraiva, Reinhardt e Souza (2012), a função do pai, assim como a função da mãe, tem um papel fundamental no desenvolvimento e na estruturação do psiquismo da criança. O exercício da função paterna pressupõe muito mais do que a simples presença masculina na relação com o bebê; considera-se que a presença do pai é fundamental para o desenvolvimento do filho, mesmo sendo a mãe a figura mais importante no início da vida da criança. Saraiva, Reinhardt e Souza (2012) ressalta, também, estudos que relacionam psicopatologias infantis com ausência da função paterna, bem como estudos no sentido de que dificultar ou impedir o relacionamento entre pai e filho desencadeiam consequências negativas no desenvolvimento da criança, do adolescente e, conseqüentemente, da sociedade.

De acordo com Gonçalves e Bortoli (2016), o papel do pai, com relação aos cuidados com os filhos, foi visto por muito tempo como secundário. Entretanto, com o passar dos anos, a paternidade foi se modificando. Em épocas passadas, vivia-se em uma sociedade em que os papéis do pai eram prover as necessidades financeiras da família e o exercer a autoridade. Os cuidados básicos, desde a higiene até o carinho com as crianças, eram desempenhados pela mãe. Entretanto, na atualidade, nota-se que muitos pais participam efetivamente da vida dos filhos, assessorando nos cuidados necessários e na atenção afetiva que os filhos requerem. Essas mudanças foram motivadas, especialmente, pela independência e pela inserção das mulheres no mercado de trabalho, que as tirou de um lugar em que eram voltadas a cuidados domésticos e dos filhos. Por conta disso, o homem foi solicitado a exercer os cuidados paternos e a desenvolver tarefas que antes eram apenas femininas. Verifica-se, também, que a compreensão de paternidade se constrói associada à sociedade e às características culturais de cada lugar.

De outra maneira, refere Saraiva, Reinhardt e Souza (2012), o pai também vem desempenhando um fator dominante na sociedade industrializada ocidental e, de certa forma, configura-se como o pai primitivo, uma vez que passa muito tempo longe de casa, na qualidade de caçador. O objeto de caça é o dinheiro, e a volta do pai ao lar não é mais marcada pelo afeto, mas por estimar seu sucesso material. A pós-modernidade, com sua racionalidade científica e capitalismo crescente, promove, pois, a elasticidade dos vínculos.

Segundo Staudt (2007), há algumas décadas, o rendimento masculino conseguia, de forma mais eficiente, dar conta do sustento de um grupo familiar. Porém, o crescimento populacional, a concorrência de emprego, o desenvolvimento cada vez mais intenso da sociedade capitalista, a individualidade e o consumismo contribuíram para uma necessidade econômica maior na família, levando a mulher a procurar trabalho e a demonstrar o quanto é capaz de adentrar no mundo profissional. O homem, por sua vez, passa a enfrentar barreiras para obter credibilidade na esfera doméstica.

Para Silva e Dauber (2013) o papel paterno continua sendo o de autoridade, daquele que estipula limites e regras, advindos de conceitos de moral e respeito uma sociedade patriarcal. Embora o pai deixe de ser visto apenas como o provedor e passe a dividir algumas funções com a mãe, ainda continua sendo considerado o chefe da família no imaginário social.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é propor uma reflexão sobre a relação entre filho e pai no cenário contemporâneo da paternidade dentro da multiplicidade familiar, embasada em um caso clínico.

MÉTODO

Trata-se de um estudo teórico-clínico fundado no referencial psicanalítico, pautado em um atendimento realizado em uma Clínica Psicológica Universitária.

Participante

Adolescente com aproximadamente quinze anos, que chega para a psicoterapia, após o divórcio de seus pais, trazendo, como queixa, a atual relação com o pai. Queixava-se de tristeza, angústia e ansiedade, que eram atribuídas à ausência de convívio com o pai.

Procedimentos

As sessões de psicoterapia foram realizadas individualmente e os atendimentos aconteciam semanalmente, numa frequência de uma vez por semana com duração de cinquenta minutos cada sessão.

CASO CLÍNICO

Marta inscreveu seu filho Murilo (ambos com nome fictício) para atendimento em um serviço-escola de Psicologia. Alegou que o filho sofria com a ausência do pai. Foram realizadas

duas entrevistas com a mãe e, na sequência, iniciaram-se os atendimentos com Murilo. O caso clínico será descrito a partir de um recorte do caso atendido.

O paciente em questão relatou que procurou a ajuda psicoterápica para conseguir compreender melhor seus sentimentos em relação ao pai. Atribuía o que sentia à ausência paterna após a separação dos pais, ocorrida quando tinha aproximadamente treze anos. Demonstrava sofrimentos como tristeza, angústia e ansiedade, em razão de não mais ter a figura paterna durante o convívio diário. Diante disso, com o passar do tempo, começou a sentir desamparo referente aos combinados não cumpridos pelo pai, especialmente em encontros de finais de semana, nos quais este não comparecia e justificava de alguma forma. Nesse contexto, o descumprimento das obrigações do pai fez o paciente perceber sensações de abandono, falta de amor, que lhe acarretaram consequências emocionais.

RESULTADOS

Nos atendimentos psicoterápicos, foram disponibilizados jogos e materiais diversos, dentro dos quais, com maior frequência, o jogo de Xadrez foi o mais escolhido pelo paciente. Verificou-se que o paciente tentava burlar as regras do jogo, na intenção de impor as regras que melhor lhe aproovessem, demonstrando correlação de ordem familiar, onde antes havia limites e regras já não existentes após a separação dos pais. Nos atendimentos realizados, foram trabalhadas as questões que eram trazidas nas sessões, proporcionando um ambiente em que o paciente pudesse pensar e elaborar suas vivências. Além disso, rever e sentir o contexto familiar em que estava inserido foi fundamental, como também, perceber o papel de cada um dentro da família.

No decorrer dos atendimentos, Murilo começou a compreender o pai de maneira diferente, tentando entender o comportamento dele no tocante às faltas das obrigações paternas. Murilo também passou a não exigir tanto, no dia-a-dia, a presença do pai e aceitou que este optou em seguir outro caminho e construir uma nova família. Passou a perceber a forma de amar e o jeito de ser do pai. Com isso, despertou o olhar para si na nova construção familiar em que faz parte e, diante das situações em que o pai não desempenhava o seu papel, como desejava que tivesse sido, foi se dando conta, no decorrer dos atendimentos, que, no momento atual, este é o pai que conhece e que desempenhava a paternidade de seu respectivo modo. Murilo passou a lidar melhor com as frustrações e a ficar alegre. Angústia e

ansiedade, em situações em que envolviam o pai na vida de Murilo, diminuíram. O atendimento do caso

DISCUSSÃO

Diante da exposição, Silva e Dauber (2013) descrevem o crescimento no número de divórcios, que exigiu uma nova definição dos papéis parentais e da constituição familiar. A diversidade presente nas relações interpessoais é um dos marcos da contemporaneidade. Neste sentido, cabe destacar que o divórcio dos pais de Murilo acabou afetando o seu desenvolvimento psíquico. Murilo relatava que ficara sem a referência familiar, ou seja, sem a figura paterna, não mais presente no seu cotidiano. No decorrer de sua adolescência, a falta do pai lhe proporcionou alguns conflitos emocionais difíceis de compreender.

No que se refere aos pais contemporâneos, percebe-se que há uma solicitação da sociedade para que exerçam uma paternidade mais envolvente e ativa, em relação à convivência e aos cuidados com os filhos. É fundamental destacar que a experiência dos homens em relação à paternidade é sentida e vivida de modo muito individual, isto é, não há um modelo paterno único. (Cúnico & Arpini, 2013).

Nos atendimentos, Murilo, ressaltava o quanto se sentia desamparado e não cuidado pelo pai. O descumprimento de promessas do pai, de que passaria horas ou finais de semana juntos, crescia cada vez mais e, por consequência, aumentavam os combinados não cumpridos. Diante desse cenário, Murilo se sentia triste, angustiado e ansioso. Comer exageradamente era a forma que encontrava para descontar o que sentia e, por conta disso, desenvolveu compulsão alimentar, que ocasionou um aumento de peso significativo e lhe trouxe outros vários incômodos, dentre eles a insegurança.

Portanto, é de suma importância, nos dias de hoje, refletir como o homem vem se adaptando frente as novas demandas da paternidade e as possíveis influências no desenvolvimento psíquico dos filhos. Murilo, no início dos atendimentos psicoterápicos, atribuía os seus conflitos, o propagar das suas desordens emocionais, à ausência paterna, ocorrida após o divórcio de seus pais. Isso fez com que Murilo buscasse auxílio psicológico para compreender melhor seus sentimentos e emoções.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do referencial teórico apresentado e do recorte do caso clínico, enfatizam-se modificações que vêm ocorrendo dentro das famílias contemporâneas. Nota-se que o lugar do pai, dentro do ambiente familiar, passa por mudanças importantes ao longo dos tempos. Enfrentam-se desafios à construção e à vivência da paternidade. Esse novo papel está sendo construído em decorrência das novas demandas, ocasionadas pelas mudanças socioculturais e econômicas. Além disso, a entrada da mulher no mercado de trabalho contribuiu para esses desafios masculinos na atualidade. Acredita-se que o pai contemporâneo está procurando se encaixar neste novo panorama na sociedade, ou seja, assumindo vários papéis na sua forma única. Sob essa perspectiva, ressalta-se a importância de vida de cada um, sua cultura, sua singularidade, sua história e as possíveis influências da paternidade no desenvolvimento psíquico dos filhos.

Entretanto, em razão do pensamento patriarcal, o pai, no imaginário social, continua sendo considerado o chefe de família, do qual os filhos esperam funções de autoridade e conceitos de moral e respeito ainda corporificados na figura masculina.

Dentro da clínica psicanalítica, na contemporaneidade, para desenvolver um bom trabalho com as novas configurações familiares, são essenciais vários estudos e pesquisas. Buscar reflexões e discussões, a respeito das novas configurações familiares presentes em nossa sociedade, são fundamentais para subsidiar o psicólogo clínico e o pesquisador na realização de novos estudos.

REFERÊNCIAS

- Benczik, E. B. P. (2011). A importância da figura paterna para o desenvolvimento infantil. *Revista de Psicopedagogia*, 28(85) 67-75. Recuperado em 14 dez 2018, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoped/v28n85/07.pdf>.
- Cúnico, S. D. & Arpini, D. M. (2013). A Família em Mudanças: Desafios para a Paternidade Contemporânea. *Pensando Famílias*, 17(1), 28-40. Recuperado em 14 dez 2018, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v17n1/v17n1a04.pdf>.
- Gonçalves, L. D. S. & Bottoli, C. (2016). Paternidade: a construção do desejo paterno. *Barbarói, Santa Cruz do Sul*, 48, 185-204. <http://dx.doi.org/10.17058/barbaroi.v0i48.7566>.
- Saraiva, L. M., Reinhardt, M. C. & Souza, R. C. (2012). A função paterna e seu papel na dinâmica familiar e no desenvolvimento mental infantil. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 14(3), 52-67. Recuperado em 14 dez 2018, de http://rbp.celg.org.br/audiencia_pdf.asp?aid2=103&nomeArquivo=v14n3a07.pdf.

- Silva, A. V. & Dauber, L. (2013). O Papel do Pai na Sociedade Contemporânea. *Interbio*, 7(2) 57-66. Recuperado em 14 dez 2018, de https://www.unigran.br/interbio/paginas/ed_anteriores/vol7_num2/arquivos/artigo7.pdf.
- Simões, F. I. W. (2013). As funções parentais e os vínculos familiares na atualidade. *Omnia Saúde*, 10(1), 10-25.
- Staudt, A. C. P. (2007). *Novos Tempos, Novos Pais? O Ser Pai na Contemporaneidade*. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e da Personalidade, Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Recuperado em 14 dez 2018, de <http://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/939/1/391027.pdf>.

Amor: mentira que a vaidade quer - aproximações entre a obra de Cazuza e a Psicanálise

Felipe de Souza Barbeiro³⁴

INTRODUÇÃO

Há uma relação intrínseca entre arte e psicanálise. Como lembra Kon (2001), Freud se utilizou de obras artísticas como auxílio para formular sua teoria. Segundo a autora, o criador da psicanálise dá atenção ao fazer artístico como uma organização do mundo próprio do sujeito, no qual elementos da realidade se conformem com desejos inconscientes insatisfeitos. Steiernagel (2009), considerando a teoria psicanalítica, entende que, no trabalho artístico, o sujeito compensa seu vazio, possibilitando ao inconsciente sua manifestação. Ao escrever, segundo ela, o compositor transforma em palavras as imagens de suas faltas.

Além de se atentar e mencionar a arte, Freud também estudou os efeitos desta no sujeito tocado por ela. Segundo Autuori e Rinaldi (2014), ele entendia a arte como um meio entre a realidade e a imaginação, em que os símbolos despertam emoções reais. Assim, é uma zona primitiva do sujeito, na qual se encontram fragmentos de frustração e de idealizações, em incessante demanda pelas satisfações pulsionais.

Essa constante busca pela satisfação de desejos faz pensar na conceituação que Freud (1914/1996) formula acerca do narcisismo. Para ele, o termo é relacionado a um estágio natural do desenvolvimento sexual, remetido à preservação do sujeito e suas relações sociais. Segundo o autor, no início, o bebê investe sua libido em si mesmo, situação denominada como narcisismo primário, quando o amor narcísico dos pais (ou representantes) mantém o amor narcísico do filho.

Com o passar o tempo, a criança vai percebendo que não é tudo para os pais, estágio definido por Freud (1914/1996) como narcisismo secundário. Então, como explica Araújo (2010), a criança buscará o amor do outro, já que se dá conta que não possui mais a total atenção que tinha dos pais. A partir disso, a criança experimentaria sensações de perdas e frustrações.

³⁴ Psicólogo, Mestrando em Psicologia pela Universidade Estadual de Londrina. Contato: felipebarbeiro@hotmail.com.

Tanto os aspectos do narcisismo primário como os do narcisismo secundário integrarão a personalidade do indivíduo. O investimento libidinal das figuras parentais exerce influência nas escolhas objetais futuras, pois foi a partir deste que a criança se identificou como amada (Araújo, 2010). Para Freud (1914/1996), os investimentos libidinais ao próprio ego e ao objeto são paradoxais: quando há mais em um, há menos no outro, e o ápice do investimento libidinal em um objeto ocorre quando o indivíduo está apaixonado, ou seja, quando abre mão de investir em si beneficiando a catexia objetal.

Segundo Passos e Polak (2004), o processo de identificação permite pensar em como o indivíduo expressa suas relações com outras pessoas. Portanto, a relação familiar pode ser entendida como a base para o desenvolvimento do ego e, assim, as realizações pessoais. A partir das identificações parentais, a criança substitui a fase em que é seu próprio ideal para o ideal do ego, ou seja, passa do autoamor ao amor objetal.

Tal processo dá sustento ao conceito freudiano de Complexo de Édipo, em que, no caso do menino, este se inspira na imagem do pai e deseja sua mãe, tendo, assim, dois vínculos paralelos: um de identificação e outro de objeto sexual (Passos & Polak, 2004). Porém, as autoras afirmam que a situação decorre ambivalentemente, pois o menino perceberá o pai como obstáculo para sua satisfação com a mãe, manifestando tanto amor como ódio. Explicam também que pode haver uma alteração nessa passagem edipiana, em que a mãe é tida como a identificação primária e o pai como objeto sexual, o caso da homossexualidade.

De qualquer forma, a figura adotada como ideal na infância se sustentará ao longo da vida como modelo para o ego (Passos & Polak, 2004). As referidas autoras explicam que a partir do processo primitivo de identificação, pode-se apreender, então: a triangularidade edipiana e a bissexualidade que constitui cada um de nós. Assim, conforme o indivíduo se desenvolve, seu investimento sexual é dirigido ao objeto inconscientemente escolhido.

OBJETIVOS

Pensar o processo de identificação parental como recurso que constitui o sujeito a partir de uma música popular brasileira.

MÉTODO

Trata-se de análise da canção “O nosso amor a gente inventa”, letra escrita por Cazusa e música por Rogério Meanda e João Rebouças. A análise de conteúdo, como Moraes (1999)

elucida, é uma técnica utilizada para interpretar e dar significação a um fenômeno expresso, seja ele verbal ou não-verbal. Como diz, é uma leitura pessoal e atenta do pesquisador, portanto, não é neutra e permite diversas possibilidades de análises. Dessa forma, ressalta que o sentido emitido pelo compositor pode coincidir ou não com o percebido e que até mesmo ele próprio pode expressar um significado do qual não esteja consciente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O teu amor é uma mentira
Que a minha vaidade quer
E o meu, poesia de cego
Você não pode ver
Não pode ver que no meu mundo
Um troço qualquer morreu
Num corte lento e profundo
Entre você e eu
O nosso amor a gente inventa
Pra se distrair
E quando acaba a gente pensa
Que ele nunca existiu

O nosso amor a gente inventa, inventa

Te ver não é mais tão bacana
Quanto a semana passada
Você nem arrumou a cama
Parece que fugiu de casa
Mas ficou tudo fora de lugar
Café sem açúcar, dança sem par
Você podia ao menos me contar
Uma história romântica
O nosso amor a gente inventa, inventa
(Araújo, 2001)

A canção integra o segundo disco solo de Cazuza, gravado em 1986 e lançado em março de 1987: “Só se for a dois”. O título já carrega sua ideia de que a felicidade somente existe quando o amor é compartilhado com outra pessoa. Neste álbum, o artista transmite seus próprios sentimentos, trazendo ao ouvinte sua ideia da vida: bela, porém cruel; desconhecida, porém despida; além de expressar amores impossíveis, familiares em sua infância (Araújo, 2001).

A letra da canção “O nosso amor a gente inventa” foi escrita por Cazuza inspirada no drama de desilusão amorosa de seu amigo, Rogério Meanda, que criou a música na praia e foi até sua casa cantando para não esquecer a melodia. Posteriormente, procurou João Rebouças para acrescentar na composição musical (Araújo, 2001).

Como explica Steiernagel (2009), as letras musicais podem traduzir o sintoma do escritor, em que seu desejo pode incitar sensações em quem escuta, tendo o trabalho artístico de Cazuza a sublimação da sobrevivência de seu corpo vencido pela pulsão de morte, visto que ele é o autor de suas letras. Assim, o eu-lírico confunde-se com o autor. Cazuza dizia se reconhecer como compositor e apenas cantava por acaso (Araújo, 2016). Ademais, Moraes (1999) afirma que para se entender a multiplicidade dos significados de uma mensagem, deve-se ter conhecimento do contexto no qual se aplica determinada comunicação.

Autuori e Rinaldi (2014) sintetizam que, para Freud, a análise de obras artísticas se dá em duas vias: ora as interpretando a partir da história de vida do artista, ora inferindo sobre o psiquismo dele a partir da própria obra. Portanto, faz-se necessário conhecer a história do autor. A mãe de Cazuza (Araújo, 2001) relata que, desde criança, o compositor escrevia letras e poemas e convivia com artistas como Elis Regina, Gilberto Gil e Caetano Veloso, pois seu pai era diretor da gravadora Som Livre. Também o seu gosto por artistas como Rita Lee, Raul Seixas, Janis Joplin e Rolling Stones influenciou suas composições “meio bossa nova e rock’n roll” (Araújo, 2001, p. 191). Steiernagel (2009) descreve que Cazuza começou sua carreira como um cantor que escrevia sobre o amor a dois, mas, principalmente após a notícia de ser portador do vírus da AIDS, se preocupou com temas sociais.

Cazuza disse que não planejava nada para compor (Araújo, 2016). Considerando a teoria psicanalítica, as composições de Cazuza eram respostas escritas demandadas do sujeito inconsciente, em que suas questões subjetivas dispensam conformidade com o senso comum ou com expressões sociais (Steiernagel, 2009).

Nos dois primeiros versos da música em questão, pode-se perceber uma manifestação da ideia de identificação e de escolha objetal, descritas por Freud (1914/1996), nos quais o eu-lírico se relaciona com um objeto para satisfazer seus próprios desejos. Além disso, ao concordar que o amor do outro é uma mentira arquitetada por sua própria vaidade, ilustra a apropriação do objeto pelos desejos inconscientes do ego.

O autor continua explicando, agora, o seu próprio amor: uma “poesia de cego” que o objeto não pode ver. Pode-se pensar num retorno ao ego ideal, quando a criança ainda não tem a distinção clara entre o que é real e o que é idealização. Tal ideia pode ser melhor entendida na estrofe seguinte, em que o autor discorre sobre um profundo e lento corte entre ele e o objeto. Essa distinção remete à modificação do narcisismo infantil e o presente sentimento de onipotência.

Cazuza afirma que a procura do parceiro ideal é uma fantasia romântica da qual tem necessidade (Araújo, 2001). Os versos nos quais diz que seu amor é inventado para se distrair e, quando acaba, parece que nunca existiu transmitem a sensação de que o amor a dois é uma idealização do sujeito. O amor exagerado e inventado também foi cantado por ele em seu primeiro álbum solo: “Eu adoro um amor inventado” (Araújo, 2001, p. 115).

A constante busca pela satisfação dos desejos é expressa ao longo da música, exemplificando como Freud (1914/1996) descreveu o processo de identificação: inicia-se na infância e perdura ao longo da vida. Além disso, o modelo para o ego é ambivalente. Certa vez, Cazuza pode ter expressado essa ambiguidade que refletiu em sua satisfação objetal ao afirmar ser bissexual, acreditar no amor e sentir ciúme demais (Araújo, 2001), e considerar que o problema é a falta de amor ao dizer que é “ótimo ser filho único porque isso quer dizer apenas ‘amor demais’” (Araújo, 2016, p. 337).

Com o passar do tempo, o eu-lírico não considera o encontro com o objeto tão bacana quanto antes, projetando nele a responsabilidade pelo fim: “Parece que fugiu de casa”. A partir de então, o autor conta que tudo está “fora do lugar” e parece se afastar do objeto amado ao comparar seu sentimento com uma dança solitária, sem par. Esses últimos versos recordam o “troço” que findou: a separação entre ele e o objeto e, mesmo assim, insiste que o amor é inventado e pede: “Você podia ao menos me contar uma história romântica”. Ao utilizar a expressão “ao menos”, parece que o eu-lírico ainda busca por sua justificativa, sua compensação de atribuir ao outro a realização de seus desejos.

Por fim, o compositor encerra a escrita da canção com o refrão, reiterando que o amor é inventado e que, quando acaba, pensa-se que nunca existiu. Ao ouvir a música, os versos finais são: “O nosso amor a gente inventa. Inventa...”. A repetição da palavra “inventa” causa a sensação de o cantor substanciar que toda a história de amor que contou diz respeito a algo criado inconscientemente, fantasiado.

CONCLUSÃO

A composição de Cazuza, nesse caso, colaborou para refletir sobre a relação familiar como constituição do sujeito, baseando-se na teoria psicanalítica proposta por Freud, que associa as relações sexuais e afetivas dos indivíduos ao desenvolvimento dos processos de identificação e escolhas objetais primitivas. A produção artística em questão ilustrou o entendimento de Freud acerca da utilização da arte como organizadora das questões pessoais do sujeito e a obra como uma manifestação inconsciente. Além de poder ser percebido que os indivíduos são afetados pela produção artística, logo, a pessoa que se identifica com o material artístico também é comovida pelo material inconsciente presente na criação.

REFERÊNCIAS

- Araújo, L. (2001). *Preciso dizer que te amo*. São Paulo: Globo Livros.
- Araújo, L. (2016). *Cazuza: Só as mães são felizes* (3ª ed.). São Paulo: Globo Livros.
- Araújo, M. G. (2010). Considerações sobre o narcisismo. *Estudos de Psicanálise*, (34), 79-82. Recuperado em 14 dez 2018, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ep/n34/n34a11.pdf>.
- Autuori, S. & Rinaldi, D. (2014). A arte em Freud: Um estudo que suporta contradições. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia*, 34(87), 299-319. Recuperado em 14 dez 2018, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bapp/v34n87/a02.pdf>.
- Freud, S. (1996). Sobre o narcisismo: uma introdução. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914)
- Kon, M. N. (2001) Entre a psicanálise e a arte. In E. A. L. Sousa, & E. Tessler, & A. Slavutzky (Orgs.), *A invenção da vida, arte e psicanálise*. Porto Alegre: Ed. Artes e Ofícios.
- Moraes, R. (1999). Análise de conteúdo. *Revista Educação*, 22(37), 7-32. Recuperado em 14 dez 2018, de https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4125089/mod_resource/content/1/Roque-Moraes_Analise%20de%20conteudo-1999.pdf.
- Passos, M. C. & Polak, P. M. (2004). A identificação como dispositivo da constituição do sujeito na família. *Mental*, 2(3), 39-50. Recuperado em 14 dez 2018, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v2n3/v2n3a04.pdf>.

Steiernagel, D. R. (2009). De Clarice Lispector a Cazuzza: Marcas da literatura na obra musical. *A Cor das Letras*, 10(1), 75-88. Recuperado em 14 dez 201, de <http://periodicos.uefs.br/index.php/acordasletras/article/view/1522/pdf>.

As contribuições da contação de histórias na saúde

Ana Carolina de Moraes Silva³⁵

Maíra Bonafé Sei³⁶

Resumo: Contar histórias é uma prática cotidiana, presente nas relações humanas, que apresenta potencialidades e pode ser considerada como um recurso artístico e expressivo. Através da oralidade, é possível transportar o outro para realidades distintas, utilizando-se da criatividade e imaginação. Levando essas características em consideração, o projeto de extensão SensibilizArte busca humanizar a formação e o cuidado em saúde por meio da Contação de histórias no ambiente hospitalar. Dessa forma, propõe-se refletir acerca do manejo e das contribuições desse recurso no âmbito da saúde, a partir da exposição de relatos de ex-colaboradores do projeto SensibilizArte. Este trabalho é decorrente de uma pesquisa empírica, qualitativa e exploratória, realizada através de entrevistas semidirigidas com cinco profissionais da saúde que integraram a frente da Contação de histórias por no mínimo um ano. A pesquisa seguiu o critério de variabilidade de tipos, sendo que cada profissional representa uma área de formação em saúde: Psicologia, Enfermagem, Fisioterapia, Medicina e Odontologia. Os resultados demonstraram que a história era um pretexto para entrar em contato com o paciente e mesmo com o seu caráter breve, percebeu-se que existe um impacto, levando os pacientes a relatarem sobre suas histórias e lembranças, como também se emocionarem e refletirem sobre suas experiências. Nota-se que a história ressoa no sujeito, provocando efeitos que perduram após o término desse encontro. Discute-se a Contação de histórias como um recurso facilitador da comunicação entre futuro profissional e paciente, permitindo maior proximidade e confiança, visto que permite a construção de uma relação e o fortalecimento de vínculos, o que conseqüentemente, pode facilitar, no futuro, o entendimento das orientações de tratamento e a adesão. Conclui-se que a Contação de

³⁵ Graduanda de Psicologia pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Bolsista de Iniciação Científica pela Fundação Araucária (2018-2018) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq (2018-2019). Contato: anacaroliamams@gmail.com.

³⁶ Psicóloga, Mestre e Doutora e pós doutoranda em Psicologia Clínica (IP-USP), Professora adjunta do Departamento de Psicologia e Psicanálise, Universidade Estadual de Londrina - UEL mairabonafe@gmail.com

histórias leva ao paciente não só uma distração, mas busca o seu protagonismo, ao escutá-lo e acolhê-lo, humanizando o cenário hospitalar.

Palavras-chaves: Humanização; Contação de histórias; hospital.

INTRODUÇÃO

Contar histórias é uma prática cotidiana, presente nas relações humanas, que apresenta potencialidades e pode ser considerada como um recurso artístico e expressivo. Segundo Ceribelli et al. (2009), recursos artísticos são capazes de diminuir os efeitos adversos da hospitalização. No caso da Contação de histórias é através da oralidade que se torna possível transportar o outro para realidades distintas, utilizando-se da criatividade e imaginação (Lemos & Silva, 2012).

Levando essas características em consideração, o projeto de extensão SensibilizArte busca humanizar a formação e o cuidado em saúde por meio da Contação de histórias no ambiente hospitalar. Segundo Juliani, Mourinho e Alves (2018) os colaboradores do projeto são indivíduos que acreditam no poder da palavra e de uma história, entendendo que humanizar é garantir o reconhecimento da palavra e do sentimento do outro, através de uma escuta recíproca. Dessa maneira, a humanização do atendimento é feita através da comunicação e da capacidade não só de falar de maneira clara, mas de saber ouvir.

Dessa forma, a Contação de histórias pode se configurar como um recurso lúdico que propicia uma comunicação efetiva entre futuro profissional da saúde e pacientes. Diante disto, propõe-se refletir acerca do manejo e das contribuições desse recurso no âmbito da saúde, a partir da exposição de relatos de ex-colaboradores do projeto SensibilizArte.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa empírica, qualitativa e exploratória, realizada através de entrevistas individuais semidirigidas (Turato, 2005), com cinco profissionais da saúde que integraram a frente da Contação de histórias. Os critérios de inclusão eram ter participado do projeto SensibilizArte pelo tempo mínimo de um ano e estar formado há pelo menos um ano e meio.

A pesquisa seguiu o critério de variabilidade de tipos, sendo que cada profissional representa uma área de formação em saúde: Psicologia, Enfermagem, Fisioterapia, Medicina

e Odontologia. As entrevistas foram transcritas na íntegra e trechos da fala dos participantes foram utilizados a fim de ilustrar os tópicos de discussão.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Por meio do SensibilizArte, a Contação de história busca resgatar, mesmo que brevemente, a postura ativa de escolha do paciente que pouco pode opinar e decidir no contexto hospitalar. Para Juliani et al. (2018) a Contação de histórias permite levar uma possibilidade, do paciente poder escolher e desejar. No caminho desse desejo, certas vezes o paciente se impõe e diz “não”, que não deseja ouvir a história e a visita dos contadores, o que é visto como saudável e necessário:

“Então, há muitos que falavam não, não entre, não, não quero e isso era tolerável, porque isso era a opção de escolha dele e você entende que você não está em um ambiente propício para gente feliz e alegre né (...) então a gente chegava lá e falava que queria contar uma história e realmente era a desculpa de contar história porque a gente ia lá e ficava lá ouvindo história e daí a pessoa se abria, desabafava, contava tudo, então, a abordagem ali era sempre inesperada” (sic) – Fisioterapia

Para Campos-Brustelo, Bravo e Santos (2010), a Contação possibilita empoderamento dos pacientes, tanto pela possibilidade de escolha, quanto ao permitir apropriação e que o paciente ressignifique e dê novos sentidos para suas vivências. O tempo de duração da história era curto, sendo considerado um pretexto para conversar com o paciente. Nessas conversas, os pacientes repensavam suas histórias e passavam a dar mais valor ao que deixaram do lado de fora do hospital:

“Contavam fatos da vida delas, e tudo mais. E fatos muitas vezes que faziam elas darem valor para o que elas tinham lá fora” (Fisioterapia)

“Quando o paciente está internado, além de se expressar, ele pode passar junto na hora que ele conta a história um pouco do sentimento que ele está tendo nesse momento, (...) quando a pessoa está debilitada, o lado emocional dela pega mais, é o que eu percebo pelo menos. Então, às vezes se arrepende de alguma coisa que fez na vida”. (EN)

Percebe-se como pontuado por Lemos e Silva (2012) que há o encontro entre a narrativa literária e a narrativa de vida do sujeito, um entrelaço entre vivências pessoais e as fábulas contadas (Juliani et al., 2018). Dessa forma, o contar histórias colabora na

humanização à medida que permite redescobrir valores antigos (Silva & Nunes, 2014), entrando em contato com o sujeito e ressoando nele. Com isso, nota-se o caráter mediador da história, que desencadeia pensamentos e reflexões no paciente, fazendo-o lembrar sua história de vida, rever valores e condutas, como apontado nos relatos.

Para Utsunomiya et al. (2015), ao ouvir as histórias, o paciente se coloca como protagonista, pois ele auxilia na construção da mesma e identifica-se, podendo acabar interpretando sua própria realidade sob uma nova ótica. Silva (2016) expõe o lado do contador, que também deixa marcas pessoais de suas vivências nas narrações.

O tempo de escuta da história é curto, no entanto, o impacto que causa no sujeito perdura e provoca efeitos duradouros. Como concluído por Ceribelli et al. (2009), a mediação de leitura facilita a comunicação, como também permite que o paciente fale sobre seus sentimentos. Dessa forma, reflete-se a Contação de histórias como um recurso facilitador da comunicação entre futuro profissional e paciente, permitindo um primeiro contato, muitas vezes, e gerando sentimentos de confiança e uma vinculação com o profissional e possivelmente com o tratamento. Dessa maneira, percebe-se que a Contação de história pode influenciar diretamente na hospitalização:

“Depois de contar, eles falavam (...) isso era muito bom e aliviava aquela angústia, aquela ansiedade de sair logo (do hospital). Por mais que ele esteja ali querendo ouvir histórias, ele acaba contando mais”. (OD)

O caráter de distração e de imaginação do recurso expressivo tem a possibilidade de transportar o paciente do ambiente onde ele está, da monotonia, rotina e exames. Para Silva (2016, p. 52), “contar história é transportar-se para outro mundo e fazer quem as ouve transportar-se junto”, sendo uma forma de levar imaginação, criatividade, prazer e encantamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, aponta-se como principal benefício dessa prática a troca permitida, através da escuta e do contar histórias, que é o ponto de partida para o paciente lembrar de outras histórias e contá-las também, permitindo a instauração de sentimentos de confiança e empatia. Percebe-se que a participação do paciente era muito positiva, possibilitando um alívio da angústia de ser liberado da internação. No entanto, a Contação de histórias leva o paciente não só a uma distração, mas busca o seu protagonismo, ao escutá-lo e acolhê-lo,

trazendo possibilidades e sensibilização. Logo, o contar histórias é uma forma de possibilitar um encontro potente e rico de afeto, configurando-se como um recurso que humaniza a formação e os contextos da saúde.

REFERÊNCIAS

- Campos-Brustelo, T. N., Bravo, F. F., & Santos, M. A. (2010). Contando e encantando histórias de vida em um centro de atenção psicossocial. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 6(1), 1-11. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180669762010000100007&lng=pt&tlng=pt.
- Ceribelli, C., Nascimento, L. C., Pacífico, S. M. R., & Lima, R. A. G. (2009). A mediação de leitura como recurso de comunicação com crianças hospitalizadas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(1), 81-87. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000100013>
- Juliani, L. C. A., Mourinho, G., & Alves, G. P. (2018). Era uma vez... A Contação de história como uma possibilidade de humanização. In D. L. M. Corsino, M. S. Santos, & M. B. Sei (Org.). *Sensibilizarte: decompondo as paredes brancas em cores - um corredor de encontros, histórias, canções, recortes e narizes* (pp. 91-100). Londrina: Universidade Estadual de Londrina.
- Lemos, A. C. & Silva, N. C G. (2012). A função terapêutica da arte de contar histórias. *Intersemiose*, 1(1), 07-23. Recuperado em 14 dez 2018, de <http://www.neliufpe.com.br/wp-content/uploads/2012/06/01.pdf>
- Silva, C. E. C. (2016). Contação de Histórias na extensão universitária e sua contribuição para a formação acadêmica (Dissertação de Mestrado em Educação). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. Recuperado em 20 ago 2018, de <http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/8122/1/000478413-Texto%2bCompleto-0.pdf>.
- Silva, M. F. R. M. & Nunes, V. R. B. (2014). Era uma vez no hospital: contação de histórias. *Revista Intercâmbio dos Congressos Internacionais de Humanidades*, 1-11. Disponível em <http://2014.revistaintercambio.net.br/24h/pessoa/temp/anexo/1003/1291/2103.pdf>.
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-514. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000300025>
- Utsunomiya, K. F., Basile, M. A., Lopes, T. E. L., Okajima, L. T., & Ferreira, E. A. G. (2015). MadAlegria: a valorização de estratégias de humanização na formação do profissional de saúde. *Revista de Medicina*, São Paulo, 94(2), 87-93. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v.94i2p87-93>

As contribuições do método de observação mãe- bebê de Esther Bick

Andréa Kioko Sonoda Gomes³⁷

Maria Elizabeth Barreto Tavares dos Reis³⁸

RESUMO:

O método de observação mãe-bebê foi criado por Esther Bick em 1948, com a proposta inicial de formação de psicoterapeutas infantis. Tal método é ancorado pelos pressupostos psicanalíticos, nos quais o inconsciente, a atenção flutuante, a transferência e contratransferência são elementos determinantes, originalmente idealizado para ocorrer no espaço familiar, sendo atualmente ampliado para novas possibilidades terapêuticas. O objetivo deste trabalho consiste em apresentar um levantamento bibliográfico dos artigos publicados sobre o tema observação mãe-bebê, postulado por Esther Bick. Em relação aos procedimentos metodológicos, foram realizadas buscas nas bases de dados *Scielo*, *Pepsic* e *BVS*, sem restrição por período de publicação, utilizando-se as palavras-chaves observação de bebês e psicanálise, nas bases de dados *Scielo* e *Pepsic*, e observação mãe-bebê, psicanálise e Esther Bick, na base de dados *BVS*. Foram selecionados um total de cinco artigos para este estudo. Os resultados permitiram observar três categorias temáticas presentes nas pesquisas: estudos com observação da relação mãe-bebê no enfoque original e diverso, estudo do método Bick aplicado à pesquisa psicanalítica e o estudo de revisão do método Bick em pesquisas empíricas. Conclui-se a importância das contribuições de Esther Bick para a psicanálise, cujos avanços emergem em diferentes direções e contextos distintos, demonstrando a sua potencialidade na pesquisa psicanalítica. Observa-se então uma importante contribuição destes estudos, evidenciando a observação Bick enquanto um instrumento, que pode ser visto em seu caráter preventivo e de tratamento, envolvendo não somente a mãe, o bebê e a família como um todo, mas incluindo os demais profissionais envolvidos na observação. Ao ampliar os contextos de observação, o método Bick pode

³⁷ Mestranda do Departamento de Psicologia e Psicanálise, Universidade Estadual de Londrina, Londrina-PR, Brasil. Contato: andreakioko@yahoo.com.br

³⁸ Departamento de Psicologia e Psicanálise, Universidade Estadual de Londrina, Londrina-PR, Brasil. Contato: bethtavaresreis@gmail.com

oferecer a todos os envolvidos, importantes contribuições acerca do desenvolvimento infantil, da importância do vínculo e do acolhimento, mesmo em fases anteriores ao nascimento da criança.

Palavras-chaves: Método Esther Bick. Observação mãe-bebê. Psicanálise.

INTRODUÇÃO

Esther Bick, médica e psicanalista infantil, apresentou importantes contribuições à teoria psicanalítica infantil, criando uma técnica singular para estudar o psiquismo dos bebês e inovando totalmente ao considerar a necessidade de se abster das teorias, para se compreender o desenvolvimento da personalidade humana (Enck, 2011).

O método Bick, criado em 1948, tinha como proposta a formação de psicoterapeutas infantis, por meio da experiência prática com bebês desde o nascimento, possibilitando a reflexão sobre as interações entre a mãe, o bebê e demais cuidadores (Oliveira-Menegotto, Menezes, Caron & Lopes, 2006). Tal método é ancorado pelos pressupostos psicanalíticos, nos quais o inconsciente, a atenção flutuante, a transferência e contratransferência são elementos determinantes (Oliveira-Menegotto, Lopes & Caron, 2010).

Autores discorrem sobre o procedimento metodológico do método Bick do seguinte modo: o momento de observação, que consiste em sua periodicidade semanal, com uma hora de duração, por um período de dois anos, cuja regularidade demarca um *setting* contínuo; o segundo momento, caracterizado pelos relatos escritos das observações, no qual o observador registra todos os detalhes e afetos experimentados, e por fim, o terceiro momento, o qual corresponde ao tempo da supervisão semanal com o grupo de observação e coordenado por um psicanalista (Oliveira-Menegotto, et al., 2006; Oliveira-Menegotto, et al., 2010).

Diante da importância do método de observação Esther Bick para a compreensão do desenvolvimento infantil e, considerando sua ampliação em diferentes áreas da psicanálise, este trabalho se justifica, enquanto possibilidade de se refletir sobre os estudos realizados, buscando-se ampliar o conhecimento sobre as práticas clínicas psicanalíticas.

OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho consiste em apresentar um levantamento bibliográfico dos artigos publicados sobre o tema observação mãe-bebê, postulado por Esther Bick.

MÉTODO

Foi realizado um levantamento bibliográfico dos artigos publicados sobre o tema observação mãe-bebê, postulado por Esther Bick, sem restrição por período de publicação. As bases de dados utilizadas foram: *Scientific Electronic Library Online (Scielo)*, *Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PePSIC)* e *Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)*, podendo ser acessados, respectivamente, nos seguintes endereços eletrônicos: <http://www.scielo.org/php/index.php>, <http://pepsic.bvsalud.org/>, <http://bvsalud.org/>. As palavras chaves utilizadas nas bases de dados *Scielo* e *Pepsic* foram: observação de bebês e psicanálise. Na base de dados *BVS* foram utilizadas as palavras-chaves: observação mãe-bebê, psicanálise e Esther Bick. Foram incluídos os artigos que contemplavam a temática nos moldes de observação Esther Bick, assim como aqueles cujos textos completos estivessem disponíveis nas bases de dados, assim como foram excluídos os artigos de outras áreas distintas da psicologia, cujas observações fossem diversas ao escopo deste estudo.

Foram selecionados para este estudo um total de cinco artigos. Na base de dados *Scielo* foram encontrados dois artigos, porém um deles, embora falasse da observação mãe-bebê, não a citava no modelo Esther Bick, sendo, portanto, excluído. Na base de dados *Pepsic* os dois artigos encontrados foram selecionados para este estudo e na base de dados *BVS* foram encontrados treze artigos. Deste total, quatro eram duplicados e, entre os nove artigos que compunham a temática, somente dois deles apresentavam o texto completo disponível, sendo utilizados neste estudo.

RESULTADOS

Os cinco artigos foram lidos e organizados de acordo com as categorias temáticas, elencadas como: estudos com observação da relação mãe-bebê no enfoque original e diverso, estudo do método Bick aplicado à pesquisa psicanalítica e estudo de revisão do método Bick em pesquisas empíricas.

Deste modo, três pesquisas enfatizaram a observação da relação mãe-bebê no enfoque original e diverso, elencando aspectos teóricos do método de observação Esther Bick (Sampaio & Camarotti, 2016; Sampaio, et al., 2012; Pergher & Cardoso, 2008).

Deste total de artigos, dois deles enfatizaram o método de observação em contextos diversos - compreendidos neste caso, como distintos da observação no domicílio familiar –

realizados especificamente no ambiente hospitalar, nos quais as observações, além de englobarem a díade mãe-bebê, estenderam-se também às equipes (Sampaio & Camarotti, 2016; Sampaio et al., 2012). Tais pesquisas abordam que a principal contribuição do método de observação Esher Bick inclui a possibilidade de se estudar a singularidade humana, no campo da subjetividade e da intersubjetividade, assim como discorrem sobre as adaptações do método Bick para cenários distintos, respeitando-se as diretrizes básicas (Sampaio & Camarotti, 2016; Sampaio et al., 2012).

O estudo de Sampaio e Camarotti (2016) desenvolve uma reflexão abrangente, ao considerar o papel do profissional das equipes de saúde, enquanto mediador entre os cuidados parentais e o bebê. Os pesquisadores acompanharam doze díades mãe-bebê, durante o período de nove meses, assistidas por uma equipe de saúde da família, do pré-natal à puericultura. A importância do reconhecimento da contratransferência, do mal-estar que provém do corpo, do mundo externo e dos relacionamentos humanos, pertencentes tanto à equipe de saúde, quanto das famílias que foram atendidas, constituíram-se como elementos pertinentes para a elaboração da construção parental/filial (Sampaio & Camarotti, 2016). Os resultados deste estudo permitiram concluir a existência de uma valorização do corpo gravídico biologizado, subordinado ao discurso biomédico, em detrimento à uma aproximação dos aspectos referentes à construção da maternidade, parentalidade e à vinculação, no que se refere ao preparo dos profissionais das equipes de saúde.

Em continuidade à temática de observação em contexto diverso, o estudo de Sampaio, et al. (2012), discorre sobre a observação pais-bebês (gêmeos) e equipe, em uma unidade neonatal, realizado por uma das pesquisadoras. O impacto vivenciado pela observadora, diante da vulnerabilidade das crianças, da ausência dos pais nas primeiras observações, assim como diante da incapacidade temporária da mãe em amamentar os gêmeos, suscitou diversos sentimentos na observadora, os quais foram acolhidos em sua participação em seminários e supervisões na *Tavistock Clinic*. Como conclusão, este estudo ressalta a importância da ampliação do escopo de pesquisa, assim como a interlocução entre psicanálise e outras áreas de estudo, para a compreensão das sutilezas das comunicações verbais e não verbais (Sampaio et al., 2012).

O destaque para o papel do observador nas sessões de observação da relação mãe-bebê-família, foi discutido em um estudo, baseado no método original de observação de Esther Bick, enfocando as dificuldades e os desafios enfrentados pelo observador nos contatos

com a família (Pergher & Cardoso, 2008). Neste estudo, foi realizada a observação da relação mãe-bebê-família, semanalmente, durante um ano e seis meses, no qual residiam na casa a mãe, a avó e a bebê. As dificuldades enfrentadas pelo observador, posicionando-se inicialmente de forma crítica e intervencionista em relação à família, mobilizou no observador diversos sentimentos que, momentaneamente, o impediram de ocupar uma posição mais reflexiva, comprometendo o seu papel (Pergher & Cardoso, 2008). Gradualmente, a conquista do espaço de observação foi conquistada, com a ajuda e o apoio do grupo de supervisão, funcionando enquanto um espaço de continência das experiências vivenciadas nos encontros. Concluindo, este estudo enfatiza a importância da observação de bebês, enquanto um instrumento fundamental para a formação de psicanalistas e profissionais da saúde, ampliando a capacidade de conhecer-se e conhecer o outro em sua singularidade, em uma experiência dinâmica e potencial (Pergher & Cardoso, 2008).

Partindo da segunda categoria temática, a saber: o estudo do método Bick aplicado à pesquisa psicanalítica, um dos artigos discorre sobre a potencialidade das contribuições dos relatos de observação para a pesquisa (Oliveira-Menegotto et al., 2006). As autoras enfatizam que cada observação de bebês pode ser considerada como um estudo de caso, correspondendo a uma modalidade de pesquisa cujo potencial pode gerar novas ideias, influenciando a técnica clínica, avançando em seus conceitos sobre o desenvolvimento infantil, assim como sobre a relação entre o bebê e seus cuidadores (Oliveira-Menegotto et al., 2006). Considerando-se os settings diversos, como os contextos de saúde, de educação e o institucional, as autoras apontam ampliações referentes a aplicação do método Bick, nos quais adaptações são realizadas, como por exemplo, mudanças na frequência das observações, ou nos locais, sendo realizadas em serviços hospitalares, escolas e outras instituições (Oliveira-Menegotto et al., 2006). Os resultados deste estudo apontam para o reconhecimento cada vez maior do método de observação criado por Esther Bick, assim como sua funcionalidade, não apenas atrelada a formação de psicanalistas, englobando também a pesquisa, nos quais os pressupostos da ética na pesquisa são contemplados.

Por fim, na última categoria temática, delineada como um estudo de revisão do método Bick em pesquisas empíricas, as autoras analisaram a produção científica brasileira sobre o método Bick de observação da relação mãe-bebê, no período de 2000 a 2015 (Santos & Pedroso, 2017). Os resultados deste estudo apresentaram a utilização do método Bick nas seguintes situações: em contextos hospitalares, com observação das equipes e pais-bebê; na

observação da relação mãe-bebê, com uma criança com síndrome de Down; em instituições de acolhimento; em estudos com adultos, destacando o processo de formação de estagiários de psicologia como observadores da relação mãe-bebê-família e outro estudo, cujo enfoque consistia na observação de mulheres parturientes e equipe de saúde (Santos & Pedroso, 2017), delineando a importância do método de observação postulado por Esther Bick, bem como a atualidade de suas teorias na extensão de suas dimensões práticas.

DISCUSSÃO

A partir dos resultados obtidos observa-se que o método de observação de Esther Bick amplia-se, abrindo o caminho para novas possibilidades, nos quais a observação em hospitais (Sampaio & Camarotti, 2016; Sampaio et al., 2012; Santos & Pedroso, 2017; Oliveira-Menegotto, et al., 2006), em escolas, abrigos (Oliveira-Menegotto et al., 2006), na formação acadêmica de alunos (Santos & Pedroso, 2017), assim como o uso das contribuições dos relatos de observação para a pesquisa psicanalítica são enfatizados.

Embora a maioria dos estudos apresentassem modificações relativas à frequência das observações e/ou ao contexto distinto, os três momentos que caracterizam o procedimento do método Esther Bick foram seguidos, a saber: a observação, a transcrição ou relato e a supervisão. Dentre o estudo baseado no método clássico de observação (Pergher & Cardoso, 2008), o lugar de destaque ocupado pelo observador, no qual a vivência experienciada durante a observação mãe-bebê-família, contribui para as reflexões deste difícil e importante lugar a ser ocupado, no qual sua simples presença sinaliza um efeito terapêutico.

Observa-se então uma importante contribuição destes estudos, evidenciando a observação Bick enquanto um instrumento, visto em seu caráter preventivo e de tratamento, envolvendo não somente a mãe, o bebê e a família como um todo, mas incluindo os demais profissionais envolvidos na observação.

Deste modo, ao ampliar os contextos de observação, o método Bick oferece importantes contribuições acerca do desenvolvimento infantil, da importância do vínculo e do acolhimento, mesmo em fases anteriores ao nascimento da criança. Conclui-se que a experiência de observação permite, portanto, desenvolver um trabalho terapêutico em uma clínica que se expande além dos consultórios, contribuindo para os avanços teóricos e metodológicos da psicanálise e do desenvolvimento infantil.

REFERÊNCIAS

- Enck, E. (2011). Por que Esther Bick? *Revista da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre*, 13(2), 533-542. Recuperado em 16 dez 2018, de <http://sbpdepa.org.br/site/wp-content/uploads/2017/03/Por-que-Esther-Bick.pdf>.
- Oliveira-Menegotto, L. M., Menezes, C. C., Caron, N. A., & Lopes, R. C. S. (2006). O método Bick de observação de bebês como método de pesquisa. *Psicologia Clínica*, 18(2), 77-96. Recuperado em 16 nov 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652006000200007&lng=pt&tlng=pt.
- Pergher, D. N. Q., & Cardoso, C. L. (2008). A experiência do aprendizado na observação da relação mãe-bebê-família. *Psychê*, 12(23). Recuperado em 16 nov 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382008000200004&lng=pt&tlng=pt
- Sampaio, M. A., & Camarotti, M. C. (2016). Mal-estar na tríade profissional de saúde-pais-bebê e seus reflexos nos vínculos iniciais. *Estudos de Psicanálise*, (46), 105-113. Recuperado em 16 nov 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372016000200011&lng=pt&tlng=pt
- Sampaio, M. A., Falbo, A. R., Feliciano, K. V. O., Camarotti, M. C., Rustin, M., & Miller, L. (2012). Anthropological and psychoanalytical observation: theoretical and methodological dialogues in a doctorate programme in mother and child health. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 12(1), 75-81. <https://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292012000100008>
- Santos, A. C. S. L. D., & Pedrosa, J. D. S. (2017). As adaptações no Brasil do método Bick de observação em pesquisas empíricas. *Revista da SPAGESP*, 18(1), 101-114. Recuperado em 16 nov 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702017000100008&lng=pt&tlng=pt.

Atendimento psicanalítico infantil: desafios e possibilidades no trabalho com a família da criança

Milena Valadão Nunes³⁹

RESUMO

A clínica psicanalítica com crianças é repleta de desafios, um terreno não explorado por todos os psicólogos. Um desses desafios é o trabalho com a família, sobretudo com os pais da criança, uma vez que estes ocupam um papel muito importante na vida dela, e que a prática clínica demonstra que o sintoma da criança pode ser um reflexo do que acontece no cotidiano familiar. O papel dos responsáveis pela criança no tratamento é importante desde o início, são os encarregados pela queixa inicial, por fornecer dados sobre a história de vida da criança, pela frequência, adesão e pagamento das sessões. Mas lidar com estes pais, para que se tornem aliados ao tratamento carece de um certo cuidado. Com o objetivo de refletir, discorrer sobre e ilustrar os desafios e possibilidades pertinentes ao trabalho com a família da criança, foram expostos alguns fatos clínicos psicanalíticos vivenciados pela autora. Foi possível perceber que em alguns momentos, os pais podem encontrar dificuldades na execução de suas respectivas funções, em outras situações podem se mostrar resistentes ao tratamento, ou inseguros, ou ainda, podem estar precisando de ajuda para superar algum problema. O estabelecimento de um bom vínculo transferencial com os pais pode ser uma ferramenta eficaz para auxiliá-los a se implicar ao tratamento. Em alguns casos, é importante que os pais e/ou demais membros da família também sejam encaminhados para atendimento psicológico individual ou, quando se julgar necessário, familiar, uma vez que a família precisa estar bem para se implicar com o tratamento da criança e que o sofrimento dos familiares de alguma forma irá afetar a criança.

Palavras-chave: Psicanálise infantil; família; transferência, pais.

³⁹ Psicóloga Clínica, graduada pela UEL (2010), pós-graduada em Psicanálise: teoria e clínica, em Psicologia do Trânsito e em Avaliação Psicológica. Avenida Higienópolis, 210, sala 802, Londrina. Contato: mivaladao@gmail.com - (43)99925-3740.

INTRODUÇÃO

A clínica psicanalítica com crianças é repleta de desafios, um terreno não explorado por todos os psicólogos, onde é preciso gostar de brincar e dispor de técnicas não utilizadas no atendimento com adultos, como afirma Camarotti (2010):

A psicanálise é uma só, seja da criança ou do adulto, mas não se pode negar a especificidade do trabalho analítico com crianças. Tomo emprestadas as palavras de Dolto quando diz que ser afetado pelo impacto traumático e pela intensidade lúdica da criança requer uma grande disponibilidade psíquica, o que torna a prática clínica com crianças, na maioria dos casos, mais difícil e delicada do que a psicanálise com adultos. (p. 53)

E, embora Klein (1932), dispensasse o contato com os pais, acreditando que o trabalho seria realizado com pais introjetados na criança, a prática clínica infantil evidencia que o sintoma da criança pode ser um reflexo do que acontece no cotidiano familiar, estudos recentes demonstram que o trabalho com a família, sobretudo com os pais, é essencial. Campana et al. (2014) colocam: "Muitas vezes, o sofrimento infantil é só a ponta do iceberg e para que uma mudança de fato ocorra é necessário incluir todo o grupo familiar" (p.119). Para Dolto (1979) a constituição da criança depende do lugar que ela ocupa para seus pais.

O papel dos responsáveis pela criança no tratamento é importante desde o início, uma vez que a queixa inicial frequentemente parte deles, são eles que fornecem dados sobre a história de vida da criança, e que são encarregados pela frequência e adesão dela às sessões, bem como pelo pagamento destas. Mas o trabalho com a família, para que se torne aliada ao tratamento da criança parece exigir um certo cuidado, Wiles e Ferrari (2015), sobre o atendimento infantil em uma UBS, afirmam que "Tornou-se clara a delicadeza de que a abordagem com os pais carece e também ficou claro que não é possível deixar de lado esses que têm grande importância na vida e, conseqüentemente, no tratamento de seus filhos." (p. 105).

Com relação à psicanálise, nos primórdios da análise infantil os pais atuavam como analistas e eram responsáveis pela eliminação do sintoma da criança. Podemos citar: o "pequeno Hans", a primeira análise infantil, realizada por seu pai, sob supervisão de Freud; Anna Freud, que foi analisada por seu pai; ou Melanie Klein, que analisou seu filho (Camarotti, 2010).

Destarte, diante da importância da família no decorrer do processo analítico da criança, seria o trabalho com os pais o desafio mais difícil? Quais obstáculos podem surgir? Quais as possibilidades de atuação junto a criança quando nos deparamos com estes obstáculos no trabalho com a família? Com o objetivo de refletir, discorrer sobre e ilustrar estes questionamentos, serão expostos alguns fatos clínicos psicanalíticos vivenciados pela autora⁴⁰.

QUANDO OS PAIS TÊM DIFICULDADES EM ASSUMIR SUAS RESPECTIVAS FUNÇÕES E SE IMPLICAR JUNTOS COM O TRATAMENTO, OU QUANDO SE MOSTRAM RESISTENTES:

Quando os pais percebem dificuldades para lidar com o filho, buscam a terapia como um pedido de ajuda, com uma queixa inicial, permeada por probabilidades e expectativas, nem sempre têm a consciência de que terão que rever as próprias atitudes e implicar-se com o tratamento do filho: "muitas vezes é pedida a eliminação de sintomas; mostrar qual dos pais tem a razão sobre a criação do filho; ou até mesmo no intuito de escutar o que há de errado ou anormal no pequeno paciente." (Wiles & Ferrari, 2015, p. 110-111)

Em uma sessão com os pais de Lucas, de 11 anos, na qual eles se queixam da insegurança e dependência excessiva do filho, o pai surpreende a mãe com a seguinte fala: "isso é sua culpa, você está sempre mimando ele!" A mãe discorda e responde questionando a ausência do pai, e ele prossegue dizendo: "Você passa muito mais tempo com ele, então as suas atitudes interferem mais no comportamento dele do que as minhas"

Com relação aos pais de Lucas, foi possível perceber que apresentam a mesma queixa em relação ao filho: insegurança e dependência excessiva, sintomas que deveriam ser "eliminados" com a terapia. Porém, os pais possuem opiniões diferentes acerca da melhor maneira de lidar com o filho e do papel que cada um deve exercer. O pai atribui a tarefa de educar à mãe, já que, por conta do trabalho, ele não passa muito tempo em casa, não cogitando a ideia de que sua ausência possa ter alguma consequência para o filho. Enquanto a mãe é superprotetora e tem dificuldades para permitir pequenos passos de independência do filho.

⁴⁰ Os nomes citados nos fragmentos clínicos são fictícios.

Em alguns momentos, os pais podem encontrar dificuldades na execução de suas funções, paterna e materna, orientá-los e auxiliá-los nesse momento se constitui em mais um desafio pertinente à clínica infantil.

McDougall (1996) coloca que, nos primeiros anos o bebê é incapaz de satisfazer suas necessidades físicas e emocionais sozinho, cabe à mãe providenciar-lhe o afeto e os cuidados necessários à sua sobrevivência, à medida que faz isso, institui uma fantasia de que são uma única pessoa e inscreve no psiquismo da criança uma imagem materna relacionada à carinho e alento, que irá proporcionar um sentimento de segurança, que será estendido ao mundo externo. Porém, para que haja um desenvolvimento saudável, é necessário que, em dados momentos, essa mãe falte, Winnicott (1960) salienta que a "mãe suficientemente boa" jamais permite que o bebê vivencie o desamparo no estágio em que depende totalmente dela, mas também falha, frustra esse bebê, à medida que a dependência já não é total e ele já é capaz de lidar com essa frustração. Nesse momento, através da mediação da mãe, é importante que o pai se apodere de sua função paterna, como aquele que irá se interpor entre a mãe e o bebê, realizando um corte e contribuindo ao desenvolvimento afetivo e social da criança.

Em uma primeira sessão, o pai de Marcos, de 9 anos, quando questionado pela psicóloga a respeito de suas expectativas com o tratamento do filho, respondeu: "Meu objetivo é que ele aprenda a ser mais forte, entenda que nossa casa tem problemas - eu e a mãe dele brigamos muito e nem sempre temos tempo e paciência - e lide com isso, também tive uma infância difícil, meus pais não mudaram nada para que eu fosse feliz, não dependi disso, ele também não pode depender". A fala deste pai também ilustra a dificuldade dos pais no desempenho de seus papéis e indisponibilidade para implicar-se com o tratamento, na expectativa de que a terapia elimine o sintoma incômodo à família, neste caso, as crises de choro de seu filho.

Em outras situações, os pais podem se mostrar resistentes, uma vez que, muitas vezes, o tratamento do filho fere o narcisismo dos pais, os obriga a perceber que seu filho não é perfeito, e a olhar para si e para suas próprias dificuldades. Assim, pode ser que resistam a trazê-lo ao tratamento, ou queiram interrompê-lo diante das primeiras manifestações de melhora dos sintomas, o que pode ser ilustrado pela fala do pai do Tiago, de quatro anos, após a quinta sessão com ele: "ele já está bem, não está mais bagunçando em casa, não precisa mais vir né?". Diante da influência da família na formação e desenvolvimento saudável do psiquismo da criança, e da importância de que os pais desempenhem suas respectivas

funções, salientadas pela psicanálise, seria possível o sucesso do trabalho clínico infantil sem a colaboração dos pais no processo ou quando estes se mostram resistentes?

Winnicott (1971) chamava de Consulta Terapêutica a possibilidade de contar com familiares como agentes terapêuticos no tratamento da criança, através de entrevistas e orientações periódicas com os pais. Porém, o autor refere que o método não é indicado quando o sintoma da criança estiver associado à uma patologia familiar, e esses pais não forem capazes de contribuir e providenciar as condições necessárias ao bom andamento do processo.

Freud (1933) coloca:

As resistências internas contra as quais lutamos, no caso dos adultos, são na sua maior parte substituídas, nas crianças, pelas dificuldades externas. Se os pais são aqueles que propriamente se constituem em veículos da resistência, o objetivo da análise - e a análise como tal - muitas vezes corre perigo. Daí se deduz que muitas vezes é necessária determinada dose de influência analítica junto aos pais (p. 146).

A partir da citação de Freud, embora ele também se refira à resistência dos pais como ameaça ao tratamento da criança, parece ser possível avistar "uma luz no fim do túnel", o estabelecimento de um bom vínculo transferencial com os pais pode se tratar de uma ferramenta eficaz para auxiliá-los a se implicar como aliados ao tratamento.

Mannoni (1964/1999) salienta que, para o sucesso da psicanálise infantil, é necessário também dar atenção à demanda dos pais, caso contrário a continuidade do trabalho poderá ser prejudicada. "Deste modo, para além das resistências da criança, o analista deve enfrentar ainda as resistências dos pais, e seu desafio maior será justamente manejar essas dificuldades a fim de promover o trabalho dos sujeitos em questão." (Silva & Rudge, 2017, p. 26)

QUANDO OS PAIS ESTÃO INSEGUROS

Outro fato recorrente na clínica infantil é a insegurança de alguns pais no desempenho de suas funções. Movidos pelo ímpeto de "vou dar ao meu filho tudo aquilo que eu não tive", ou na tentativa de compensar sua ausência por conta das, cada vez mais longas, jornadas de trabalho, se veem incapazes de ditar regras e impor limites. O que pode ser ilustrado com a fala da mãe do Gustavo, de 4 anos, diante da orientação da psicóloga de que ele deveria dormir sozinho na cama dele: "Como vou dizer para ele que ele vai precisar dormir sozinho?". E na semana seguinte: "Tentei conversar com ele, mas não tem jeito, ele não aceitou dormir

sozinho". Esta mãe procurou atendimento para o filho com a queixa de que ele estava apresentando alguns medos e que a escola havia reclamado que ele era autoritário e não seguia regras.

Winnicott (1960) salientou a importância de que os pais se sintam seguros para transmitir confiança aos seus filhos:

Assim, no começo, a mãe, em breve ambos os pais, passam a incumbir-se da tarefa de impedir que coisas inesperadas aconteçam. Podem fazer isso deliberadamente, mas isso acontece principalmente quase que em seus próprios corpos; é todo um modo de comportamento que reflete uma atitude mental. O bebê sente-se seguro e absorve a confiança da mãe em si mesma, como se estivesse ingerindo o leite. [...] Durante os bombardeiros aéreos, os bebês não tinham medo do estrondo das bombas, mas eram imediatamente afetados quando as mães estavam em pânico (p. 44).

Assim, empoderar estes pais no exercício de seus papéis junto aos filhos, também faz parte dos desafios da clínica infantil.

QUANDO A FAMÍLIA NÃO ESTÁ BEM E TAMBÉM PRECISA DE AJUDA

Em algumas situações clínicas é possível perceber que o paciente é a criança, mas que ela não é a única a precisar de ajuda para superar algum problema e se, como foi exposto até aqui, ter a família como aliada ao tratamento da criança é tão importante, como contar com os familiares quando estes também não estão bem?

João (5 anos) havia perdido sua mãe de maneira inesperada há dois meses, era trazido pelo pai, que visivelmente também não estava bem. Desde a morte da mãe, João quase não falava e não havia chorado, conservava somente uma aparência séria e triste. João faz um desenho durante a sessão, no qual havia um "dinossauro filho" escalando um vulcão em erupção em meio à uma guerra, haviam aviões sobrevoando a área e atirando, o "dinossauro pai" corria atrás dele na tentativa de salvá-lo, porém este havia sido atingido por um míssil e mancava.

O desenho pareceu ilustrar perfeitamente como João estava interpretando o momento que estava passando, uma situação caótica na qual ele sabia que tinha o pai, que este estava preocupado com ele e tentando ajuda-lo, mas que também estava ferido e precisando de ajuda.

A fala da mãe de Lara para a psicóloga também demonstra isso: "Não contei para ninguém, mas acho que preciso te contar, muitas vezes não consigo ter momentos bons com minha filha porque tenho dores no peito e palpitações frequentes, além de muitos pensamentos negativos, que me fazem evitar de fazer muitas coisas."

Nestes casos, é importante que os pais também tenham um espaço para tratar suas angústias, que sejam encaminhados para atendimento psicológico individual ou, quando se julgar necessário, familiar, uma vez que a família precisa estar bem para se aliar ao tratamento e que o sofrimento dos familiares, ainda que não seja verbalizado, de alguma forma irá afetar a criança. Dolto (1985/2007) coloca que: "A linguagem preexiste à fala, existe antes da fala, nas mímicas, nos gestos, nas atividades corporais e sensoriais e nas passividades, pelos quais se estabelecem cumplicidades de sentido entre a criança e as pessoas que a rodeiam" (p. 109).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A família, sobretudo os pais, desempenha um importante papel na vida das crianças e, conseqüentemente no tratamento psicológico delas também, os responsáveis pela criança são encarregados por trazê-los ao atendimento, por fornecer ao terapeuta parte do material clínico necessário ao psicodiagnóstico e, na ausência de sua participação e comprometimento, o tratamento da criança ficará prejudicado.

O trabalho com os pais na clínica infantil consiste em um importante desafio ao terapeuta, uma vez que, como foi possível identificar através da literatura e dos fatos clínicos apresentados, nem sempre os pais estão preparados para se implicar com o tratamento psicológico dos filhos. Os motivos para tal são variados: podem estar enfrentando dificuldades no desempenho de seus respectivos papéis; podem se mostrar resistentes ao tratamento, uma vez que enxergar as limitações dos filhos implica em entrar em contato com as próprias limitações; podem estar inseguros para exercer sua função; ou ainda podem não estar bem e também precisando de ajuda.

Para obter resultados satisfatórios na análise infantil, é preciso, para além do trabalho com a criança, também disponibilizar um olhar à demanda dos pais, compreender o que está se passando no cotidiano familiar, estabelecer um bom vínculo transferencial com eles para que estes sejam aliados ao tratamento de seus filhos. E, quando julgar necessário, estes pais também devem ser encaminhados à terapia individual ou familiar.

REFERÊNCIAS

- Camarotti, M. C. (2010). O nascimento da psicanálise de criança: uma história para contar. *Reverso*, 32(60), 49-53. Recuperado em 03 nov 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952010000300007&lng=pt&tlng=pt.
- Campana, N. T. C., Gomes, Isabel C., & Lerner, R. (2014). Contribuições da clínica da parentalidade no atendimento de um caso de obesidade infantil. *Psicologia Clínica*, 26(2), 105-119. Recuperado em 19 nov 2018, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652014000200007&lng=en&tlng=pt.
- Dolto, F. (2004). Prefácio. In M. Mannoni, *A primeira entrevista em psicanálise: um clássico da psicanálise* (p. 07-33). Rio de Janeiro: Elsevier. (Trabalho original publicado em 1979)
- Freud, S. (1933) Conferência XXXIV: explicações, aplicações e orientações. In *Edição Standard Brasileira* (pp.135-154). Rio de Janeiro: Imago, v.XXII, 1976.
- Klein, M. (1994). *El psicoanálisis de niños*. Buenos Aires: Paidós. (Original de 1932)
- Mannoni, M. (1999). *A criança retardada e a mãe*. São Paulo: Martins Fontes (Original de 1964).
- McDougall, J. (1996). *Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Silva, A. C. V., & Rudge, A. M. (2017). Os pais no tratamento psicanalítico de crianças. *Trivium - Estudos Interdisciplinares*, 9(1), 23-35. <https://dx.doi.org/10.18379/2176-4891.2017v1p.26>
- Wiles, J. M., & Ferrari, A. G. (2015). Clínica nos bastidores: o trabalho com os pais na clínica psicanalítica com crianças. *Psicologia Clínica*, 27(2), 103-119. Recuperado em 16 dez 2018, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pc/v27n2/06.pdf>.
- Winnicott, D. W. (1971). *O Brincar e a Realidade*. Londres: Hogarth Press and Inst. of Psychoanalysis.
- Winnicott, D. W. (1999). Dizer não. In C. Winnicott et al.. *Conversando com os pais*. São Paulo: Martins Fontes (Trabalho original publicado em 1960).

Despatologização da transexualidade: um olhar a partir da Psicologia

Nathaly Cristina Fernandes⁴¹

Carolina dos Santos Jesuino da Natividade⁴²

RESUMO

A transexualidade durante muito tempo foi entendida e classificada como uma doença mental pelo discurso biomédico e isso produz inúmeros efeitos e reflexos ainda nos dias atuais na vida de indivíduos transexuais. O presente trabalho faz uma discussão acerca da despatologização da transexualidade, com enfoque no olhar da Psicologia. Tendo como objetivo geral: discutir sobre o olhar da Psicologia sobre a despatologização da transexualidade. Objetivos específicos: evidenciar o que diz as resoluções do CFP 01/1999 e 01/2018 e discutir sobre os efeitos da patologização na vida de pessoas transexuais. O método de pesquisa utilizado foi o bibliográfico e os resultados apontam para um olhar da Psicologia que não exerça discriminação ou preconceito, inclusive o não exercício de qualquer ação que favoreça a patologização de transexuais, um exercício profissional que não se omite perante discriminações, que não reforce preconceitos e estereótipos sobre pessoas transexuais. Conclui-se que existem inúmeros efeitos negativos que refletem na vida de pessoas transexuais, fazendo-se necessário mais publicações de pesquisas científicas que versem sobre essa temática, para mudança desse cenário.

Palavras-chave: Psicologia; transexualidade; despatologização; LGBT.

INTRODUÇÃO

A transexualidade durante muito tempo foi entendida e classificada como uma doença mental pelo discurso biomédico e isso produz inúmeros efeitos e reflexos ainda nos dias atuais na vida de indivíduos transexuais. O presente trabalho faz uma discussão acerca da despatologização da transexualidade, com enfoque no olhar da Psicologia. Despatologizar a

⁴¹ Fundação Educacional Jandaia do Sul - FAFIJAN, discente em Psicologia. Contato: nathalycrfernandes@gmail.com

⁴² Fundação Educacional Jandaia do Sul - FAFIJAN, docente em Psicologia. Contato: carolina.s.j.natividade@gmail.com

transexualidade significa, segundo Jesús (2013), “antes de tudo, transformar o modo como essa experiência é tratada, significa deixar de interpretá-la como uma condição de subalternidade. Dessa forma, retirá-la da categoria de doença é uma das estratégias para desconstruir o estigma que lhe é imputado” (p.57).

OBJETIVO GERAL

Discutir sobre o olhar da Psicologia sobre a despatologização da transexualidade.

Objetivos Específicos

- Evidenciar o que diz as resoluções do CFP (Conselho Federal de Psicologia) 01/1999 e 01/2018;
- Discutir sobre os efeitos da patologização na vida de pessoas transexuais.

MÉTODO

O método de pesquisa utilizado foi o bibliográfico, tendo como preferência resoluções do CFP e artigos científicos que versem sobre a temática elencada.

RESULTADOS

Para Jesús (2013)

“(...) são chamadas de transexuais femininas ou mulheres transexuais, aquelas pessoas que se identificam e querem ser reconhecidas como mulheres, apesar de terem sido designadas como homens por terem nascido com a genitália masculina. No mesmo sentido, são chamados de transexuais masculinos ou homens transexuais, as pessoas que se identificam e buscam ser reconhecidas como homens, ainda que designadas como mulheres em virtude de sua genitália feminina” (p.11-12).

A resolução do CFP 01/1999 estabelece normas de atuação para profissionais da psicologia em relação a questões da orientação sexual/sexualidade. A resolução 01/2018 estabelece normas para profissionais da psicologia em relação às pessoas transexuais e travestis.

Os resultados apontam para um olhar da Psicologia que não exerça discriminação ou preconceito (Art. 2º da resolução 01/2018), inclusive o não exercício de qualquer ação que favoreça a patologização de transexuais (Art. 7º da resolução 01/2018), um exercício profissional que não se omite perante discriminações (Art. 3º da resolução 01/2018), que não

reforce preconceitos e estereótipos sobre pessoas transexuais (Art. 4º da resolução 01/1999 e 01/2018), resumidamente é isso que diz as resoluções 01/1999 e 01/2018, resoluções que impedem a patologização de pessoas LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros), que garantem direitos a essa população.

DISCUSSÃO

É importante que a psicologia discuta assuntos como a despatologização da transexualidade em prol da garantia dos direitos humanos. Faz-se necessário que a psicologia avance nas questões de gênero e sexualidade, o Conselho Federal de Psicologia tem se posicionado nesse sentido, no sentido de uma atuação profissional não patologizante. Deve-se levar em consideração que apesar da existência de documentos específicos que orientem as posturas dos profissionais de psicologia com esse público, ainda existem profissionais que permitem que valores morais e/ou crenças religiosas permeiem em suas práticas, agindo de modo discriminatório.

CONCLUSÃO

A partir do exposto se faz necessário refletirmos sobre os efeitos do binarismo das normas sociais que constroem, invisibilizam e patologizam outras realidades, restringindo assim a existência a apenas duas formas de ser e sentir, desconsiderando os corpos dissidentes dessa norma.

As práticas patologizantes fortalecem estigmas discriminatórios e para uma mudança é preciso discussões, visibilidade, mobilizações nas diversas esferas da sociedade. Pois, existem inúmeros efeitos negativos que refletem na vida de pessoas transexuais, fazendo-se necessário mais publicações de pesquisas científicas que versem sobre essa temática, para mudança desse cenário.

REFERÊNCIAS

- Conselho Federal De Psicologia. *Resolução CFP nº 1/1999, de 22 de março de 1999*. Recuperado em 16 dez 2018, de https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999_1.pdf.
- Conselho Federal De Psicologia. *Resolução CFP nº 1/2018, de 29 de janeiro de 2018*. Recuperado em 16 dez 2018, de <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/01/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-01-2018.pdf>.
- Jesús, B. M. (2013). *Campanha pela despatologização da transexualidade no Brasil: seus discursos e suas dinâmicas*. Manuscrito. Recuperado em 09 de dezembro de 2018 de

<https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/5247/5/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Bento%20Manoel%20de%20Jes%C3%BA%20-%202013.pdf>

Formas, nomes, figuras: para uma estética da escrita clínica

Gustavo Henrique Dionisio⁴³

Este trabalho, parte componente de outro estudo mais extenso e que será publicado em momento futuro, surgiu de um diálogo pessoal que tive com um grupo de jovens psicanalistas acerca de outros dois textos de minha autoria que, no caso, saíram sob a forma de livro: “o segundo deles”, eu dizia naquela ocasião, “é um texto de analista; já o outro, certamente não” – o que produziu, nos meus ouvintes, uma inquietação acerca dessa divisão. É claro que, para se concordar com uma asserção desta ordem, é preciso considerá-la – a divisão – de maneira um tanto “objetivista”. Para superá-la, contudo, deve-se ter em vista certas implicações estéticas visando situar a pertinência de uma *escritura clínica* como exercício necessário do trabalho de escuta em psicanálise. Assim, os objetivos deste trabalho são: 1) sublinhar, no entre-dois clínico, a importância da contra-transferência nas intervenções, tanto quanto seja necessário 2) inserir o desejo de analista no cálculo dos atendimentos; 3) discutir, em termos teórico-práticos, o processo de nomeação (Fédida) como figura consistente para dar forma a esta modalidade de escrita (isto é, clínica), sem deixar de 4) tomar em consideração o processo de figurabilidade (*Darstellbarkeit*) no interior desta prática.

*

A situação analítica, frequentemente caracterizada como condição de uma cena psíquica, é na verdade produtora de lugares, que são temporalmente para a fala os lugares de uma nomeação: nomear envolve, como lembra Freud, uma atividade de percepção, e o visual é, segundo esta acepção, menos uma forma de espacialização que uma condição de figuração (Fédida, 1991, p. 78).

Antes de mais nada, tenho para mim que escrever a clínica é *sair do silêncio* a que estamos tão bem acomodados na poltrona. A palavra (escrita, neste caso em particular),

⁴³ Departamento de Psicologia Clínica - Programa de Pós-Graduação Psicologia e Sociedade - FCL UNESP Assis

enquanto *nome*, seria capaz de suscitar figuras, isto é, de engendrar formas e imagens que compõe a imagética mais ampla da análise. Ora, a imagem, aqui, não deve ser colocada em um lugar inferior ao da palavra, tal como certas clínicas o fazem, inclusive lacanianas: acontece que no geral esta confusão vem de uma separação e hierarquização artificiais da relação entre as palavras e as coisas. E por que me refiro a Lacan? Porque se recordarmos bem, a noção de *significante* – que Lacan tomou de empréstimo ao signo saussureano – equivale à *imagem* acústica ou marca gráfica – em outras palavras, trata-se de uma imagem, antes de tudo. E, nesta perspectiva, tal imagem ganha uma função figural na medida em que a colocamos em funcionamento clínico, *locus* privilegiado no qual podemos operar passagens de vaivém entre os registros do primário e do secundário. Vale lembrar que *figura*, por sua vez, vem justamente de *tropos*, isto é, de *lugar* (Didi-Huberman, 2007), de modo que o ato de escrever, como equivalente deste processo de nomeação, seria então um dar um lugar a algo.

“Estamos ainda bem longe de uma teoria unificada da linguagem e da esperança de torna-la nosso objeto metapsicológico. Tampouco estamos prontos para uma teoria da linguagem da qual o poema seria o paradigma prático da iniciação e da construção”, escreveu a esse respeito Pierre Fédida; é precisamente “a ideia da linguagem mediadora a serviço da expressão e da comunicação”, acrescenta, “que participa do espírito absoluto da linguagem. Sempre disposto a nos fazer acreditar em transposições sem transcrição e em traduções sem transferência, esse espírito absoluto supõe que *dizer* vale mais que *nomear*”; e com ele se esquece “este ‘lado interior’ da linguagem que é o poder da fala de nomear e, nomeando, dizer” (1991, p. 194). Há nestas considerações uma nítida embora não citada articulação com a teoria moebiana que estabelece uma *êxtima* relação entre o real e simbólico, tal como fora situada por Lacan. É preciso ter em mente que o poder de nomear vem antes do dizer, o que nos permitiria entendê-lo como um *informe* em que *o nome vem antes logos*⁴⁴. Será necessário retornar a esse aspecto.

Segundo Fédida, nesta medida a ação “nominante” não consistiria meramente em uma descrição que visa dar “expressões familiarizadas” às “reações vivenciadas” em sessão; trata-se, para além disso, “de nomear o experimentado pelas ressonâncias que este comporta, como o que se passa *entre* dois e não por massificação da relação”. Em outras palavras,

⁴⁴ Estou claramente parafrazeando uma ideia cara a Alain Didier-Weill (ano), brilhante psicanalista que nos deixou neste ano de 2018

nomear seria um verdadeiro “ato crítico de linguagem contratransferencial” (Leite, 2004, p. 132). Eis, portanto, que a contratransferência entra finalmente no jogo, e de maneira cortante. Se se concorda com o que sugere Radmila Zygouris (2011) acerca disto, deve-se considerar que *a contratransferência sempre vem antes*, ou seja, está lá antes de mais nada, assim como se dá com o desejo materno em relação ao infans. Deste modo, o desejo de analisar, anterior mesmo a qualquer vínculo, seria o grande formalizador de toda e qualquer expectativa de tratamento. Escrever a clínica seria, logo, um meio de retrabalhar ou mesmo de tratar a assimetria (a expressão *dissimetria* é preferida por Fédida) da relação/situação analítica e da qual não se pode escapar. Escrever se torna uma espécie de supervisão póstera, tanto quanto como uma elaboração um tanto solitária da transferência que fica do lado do psicanalista. Nesse sentido, isto é, *solitário*, consiste enfim num exercício que – basta clinicar um pouco para se ter alguma ideia disso – não é feito sem dor: ao escrever, teremos de lidar necessariamente com os erros, com os nossos limites, nosso desejo, em suma.

Assim, esta *escritura* da clínica já seria, em si mesma, uma modalidade lateral do clinicar, de tal forma que exige uma colonização muito particular do real: figurar, produzir imagens sobre a escuta pode ser uma operação mais ampla que a restrição da palavra “sínica”, como no exemplo de uma imagem abstrata ou dos elementos alucinatórios, primários mesmo, que alguns atendimentos excitam no analista. De acordo com Fédida, tal escritura se ampara em uma escuta no *rigor do sensível*: no que tange à atividade psíquica do clínico, diz ele, trata-se de “um aparelho sensível, suposto constantemente discriminador de suas mudanças de regime e, assim, auto-informativo das mínimas modificações sobrevindas no funcionamento psíquico do paciente” (1989, p. 117).

E no quê isto concerniria a Freud, que não podemos simplesmente deixar de fora? A meu ver, esta noção ou função nominante trazida por Fédida se assemelha justamente ao processo de figurabilidade (*Darstellbarkeit*)⁴⁵ já teorizado desde 1900 na *Interpretação* (Freud, 1996). Como de costume, no que se refere a ele, as pistas já haviam sido dispostas: escrever a clínica seria um ensaio apresentativo de dar forma ao amorfo. Sendo um trabalho situado entre a forma formante e a forma formada, sua matéria é de fato ambígua, a meio caminho, não-decida. A imagem se torna, neste sentido, *informe*, lugar de enunciação⁴⁶. Em outras

⁴⁵ Propus um breve comentário sobre esta categoria em *Pede-se abrir os olhos: psicanálise e reflexão estética hoje* (Dionisio, 2012).

⁴⁶ Fédida está se apoiando inequivocamente na heterologia de Georges Bataille.

palavras, escrever seria o mesmo que fazer figura: não basta apenas que represente, que dê presença ao ausente; é preciso apresentar, figurabilizar (*Darstellung*), tal como se pensa quando falamos em estética: trata-se de atingir um processo de *formatividade* onde o conteúdo está contido na forma de maneira intrínseca – tendo em vista que são, com efeito, *inseparáveis* (Pareyson, 1992, p. 56).

Fazer da imagem palavra e da palavra imagem: ora, escrever a clínica seria enfim *dialetizar* a figurabilidade freudiana, isto é, dar-lhe uma potência de convertibilidade, como sugere outro importante filósofo da arte, G. Didi-Huberman (2007, p. 199). Uma lógica de “diálogo êxtimo” parece ser expressão que poderia ser competente o suficiente a ponto de dar conta do problema, ao menos em parte: afinal, escrever a clínica acaba sendo um exercício rigorosamente dialético que não permite isolar/separar o dentro do fora, mas que visa colocá-los necessária e topologicamente em situação moebiana, friccionando, por assim dizer, enunciação (escritura) e enunciado (escrita) – não se deve confundir, é óbvio, êxtimo com exterior. A famigerada expressão de Lacan refere, grosso modo, que o que está mais fora está ao mesmo tempo mais dentro, quanto mais longe, mais perto; uma “exterioridade íntima” – assim ele o definira, mais precisamente, em seu seminário sobre a ética de 1959-60 (1997, p. 173). Enquanto extensão ou complemento do trabalho da escuta e da escrita, esta *escritura* exerceria enfim uma função não-contingente de quarta perna na formação de todo clínico que almeja uma escuta voltada ao inconsciente – tal como já sublinhara o próprio Fédida em outra ocasião...

REFERENCIAS

- Didi-Huberman, G. (2007). *L’image ouverte: motifs de l’incarnations dans les arts visuels*. Paris: Gallimard.
- Didier-Weill, A. (1999). *Invocações: Dionísio, Moisés, São Paulo e Freud*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Dionísio, G. H. (2012). *Pede-se abrir os olhos: psicanálise reflexão estética hoje*. Tese de doutorado. Instituto de Psicologia, São Paulo.
- Fédida, P. (org.). (1989). *Comunicação e representação: novas semiologias em psicopatologia*. São Paulo: Escuta.
- Fédida, P. (1991). *Nome, figura e memória*. São Paulo: Escuta.
- Freud, S. (1996). La interpretación de los sueños (1900). In *Obras completas, vol. IV*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lacan, J. (1997). *O seminário, livro 7: a ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.

Leite, E. B. P. (2003-2004). O guardião. *Percurso*, 31-2. Recuperado em 16 dez 2018, de <http://www1.uol.com.br/percurso/main/pes3132/3132Pereira%20Leite.htm>.

Pareyson, L. (1997). *Os problemas da estética*. São Paulo: Martins Fontes.

Zygouris, R. (2011). *Psicanálise e psicoterapia*. São Paulo: ViaLettera.

Minha casa, Minha vida: refletindo sobre o brincar na clínica infantil

Hellen Dagmar Bomba Leme⁴⁷

Maria Elizabeth Barreto Tavares dos Reis⁴⁸

RESUMO:

Segundo o psicanalista Donald Winnicott, o desenvolvimento emocional infantil ocorre a partir da tendência inata ao amadurecimento propiciada por um ambiente facilitador e a mãe suficientemente boa. Quando ocorre um fracasso ou insuficiência destes fatores, pode emergir uma organização defensiva para proteger o verdadeiro eu da criança: o falso *self*. O presente trabalho versa sobre alguns fatos clínicos presenciados no setting terapêutico durante o atendimento a uma criança em psicoterapia psicanalítica realizado em uma clínica escola com o objetivo de refletir sobre. Objetiva-se apresentar a importância do espaço potencial, proporcionada pela relação transferencial, para favorecer o autoconhecimento e a possibilidade de manifestação do verdadeiro *self*. Para tanto foram analisadas algumas vinhetas do caso clínico de uma criança, com idade correspondente ao período de latência, relacionadas à construção de uma casinha de madeira. A atividade foi realizada em diversas sessões terapêuticas, onde foi possível a emergência e interpretação de vivências e emoções do paciente, as quais possibilitaram a manifestação de uma nova possibilidade de ser. No decorrer dos atendimentos, constatou-se a diferença na forma como apresentava suas emoções e comportamentos antes e depois da construção da casa. Após sua finalização, o comportamento calmo, silencioso e passivo mudou para uma expressiva conduta mais agitada, falante e desafiadora que se tornou evidente por meio da relação paciente-terapeuta. Baseado nos resultados observados, verificou-se que, aparentemente, o ambiente promovido pela relação paciente-terapeuta caracterizou-se como suficientemente bom, pois acolheu as necessidades apresentadas pela criança e contribuiu de forma significativa para aprimorar seu desenvolvimento emocional. A realização deste trabalho

⁴⁷ Discente de Psicologia pela Universidade Estadual de Londrina. Contato: hellenleme@hotmail.com.

⁴⁸ Docente do Departamento de Psicologia e Psicanálise/CCB/UEL. Contato: bethtavaresreis@gmail.com.

oportunizou à psicoterapeuta melhor compreensão acerca dos conceitos psicanalíticos winnicottianos aplicados no atendimento psicoterápico com crianças.

Palavras-chave: Psicoterapia infantil; Falso *self*; Winnicott.

INTRODUÇÃO

Segundo o psicanalista e pediatra inglês Donald Winnicott (1993) o desenvolvimento emocional do bebê ocorre a partir da tendência inata ao amadurecimento propiciada por um ambiente facilitador. O ambiente facilitador é aquele que permite e favorece a integração do bebê e seu processo de amadurecimento emocional. Este é caracterizado pela mãe suficientemente boa que, a partir da sua preocupação materna primária, *holding* e *handling*, fornece os cuidados indispensáveis e satisfaz as necessidades da criança. Ambos devem sustentar o processo de desenvolvimento emocional infantil, não de maneira completa, mas suficientemente boa, para que permitam algumas falhas, não além da habilidade da criança em suportá-las, uma vez que é a partir da adaptação e da tolerância dessas falhas e frustrações que o indivíduo consegue desenvolver-se e integrar-se (Winnicott, 1975).

Quando ocorre o fracasso ou insuficiência destes fatores pode emergir, então, uma organização defensiva a fim de proteger o verdadeiro eu da criança: o falso *self* (Winnicott, 1979). A finalidade desta estratégia de defesa seria a de defender o verdadeiro *self* das intrusões interpretadas como perigosas e exterminadoras, obrigando o indivíduo a adaptar-se às exigências do mundo externo. O falso *self* pode revelar-se em diferentes intensidades, desde o mais extremo - quando se estabelece como real - até o estado mais ameno, definido pelos comportamentos sociais educados de acordo com o que se espera naquele contexto. Por diversas vezes, o falso *self* pode ser evidenciado por dissociações, resultantes de uma integração incompleta ou parcial do eu, que a criança apresenta no cotidiano.

Segundo Franco (2003), pouco vale o indivíduo adaptar-se de modo submisso ao mundo socialmente edificado e não ter a possibilidade de apreciar o viver. O brincar na experiência da criança é essencial, uma vez que é através dele que se manifesta a criatividade e o espaço criativo. O brincar criativo é uma forma de confrontar-se com a realidade externa e possibilitar a oportunidade de criar-se, de acrescentar um sentido próprio na experiência e de reorganizar espaços.

É neste espaço potencial, no ambiente criativo e com a vivência do brincar, que é possível mobilizar recursos disponíveis da personalidade, não apenas do paciente, mas do

analista também, e é a partir daí que a relação transferencial se consolida. Por meio dessa experiência lúdica da confiança, a criança permite-se manifestar e, mediante esse ambiente suficientemente bom, no qual não são necessárias tantas defesas e resistências, ela pode manifestar o verdadeiro *self* (Winnicott, 1975).

OBJETIVOS

O presente trabalho busca apresentar, através de uma vinheta clínica, a importância do espaço potencial, proporcionado pela relação transferencial, para favorecer o autoconhecimento e a possibilidade de manifestação do verdadeiro *self*.

MÉTODO

Foram analisadas as sessões individuais de atendimento clínico realizadas com um menino, no período de latência, à luz da teoria psicanalítica winnicottiana acerca do desenvolvimento emocional. Os atendimentos foram conduzidos na Clínica Psicológica da Universidade Estadual de Londrina.

RESULTADO

A mãe do paciente procurou psicoterapia queixando-se dos esquecimentos frequentes do filho e dos episódios de desatenção, ao realizar tarefas domésticas. O paciente mora com a mãe e seu irmão mais novo, mas passa boa parte do tempo com seus avós, uma vez que sua mãe trabalha o dia todo e, assim, não consegue ficar muito tempo com o filho mais velho. O pai mora em uma cidade distante e é divorciado da mãe, tendo, deste modo, contato apenas através do Whatsapp.

Durante as primeiras sessões de atendimento, o paciente usou quase todo o tempo para a construção de uma casinha de madeira com palitos de sorvete. No começo da construção, ressaltava-se o modo como quebrava os palitos e os deixava irregulares, uns maiores e outros menores, pegava palitos diferentes (redondos e quadrados) para construir a mesma parede e colocava pouca cola entre eles, o que deixava a parede frouxa. Não construía a parede contínua como um todo, deixava um vão entre duas colunas de palitos, o que, segundo ele, seriam as janelas. No decorrer do atendimento, o paciente passou a colocar mais cola entre os palitos e o modo de construir as paredes se tornou mais organizado e planejado:

ao cortar os palitos, para continuar erguendo a casa, ele media, riscava com a caneta e cortava com a tesoura. Esse modo de organização perdurou até a finalização da construção.

Através das intervenções clínicas e da dinâmica imaginativa no *setting*, foi possível perceber a diferença gritante do comportamento e verbalizações do paciente antes e depois do término da construção da casinha de madeira. No início do tratamento, se comportava de modo calmo, silencioso e passivo, não sustentava um diálogo, apenas respondia o que lhe era perguntado e passava todo o tempo da sessão construindo a sua casinha. Quando finalizou a construção da casa, seu comportamento transformou-se durante as sessões. Ele se tornou muito falante, agitado e desafiador: conversava durante todas as sessões e o silêncio não perdurava mais; enquanto permanecia sentado durante a realização de atividades, a psicoterapeuta tinha a impressão de que ele preenchia todo o espaço esticando as pernas, os braços e inclinando-se para trás; além disso, tornou-se evidente, através dos jogos estruturados, as tentativas do garoto em ludibriar a psicoterapeuta.

Além disso, após a conclusão da casa, o paciente se demonstrou mais ativo, não se esquecia mais de detalhes e das pequenas coisas, não precisava mais refletir e esforçar-se para lembrar-se dos mesmos. Não havia mais necessidade de a psicoterapeuta chamar sua atenção para as atividades que realizava e, deste modo, também abriu espaço para que o paciente falasse de suas próprias questões, conteúdos além das queixas que sua mãe trazia. Ademais, em uma sessão realizada apenas com a responsável pela criança, ela relatou que o garoto passou a realizar as atividades domésticas e chamá-la para mostrar que havia se lembrado de fazê-las, contou que seu filho estava se tornando mais atento e estava se expondo mais, como, por exemplo, o dia em que ele se dispôs a ler a Bíblia frente a toda a igreja.

Vale-se ressaltar que o caso ainda se encontra em andamento e, em uma das últimas sessões, ocorreu algo, em suma, inesperado: o paciente foi capaz de permanecer fazendo associações livres, através de diálogo por 50 minutos, frente a frente com a psicoterapeuta.

DISCUSSÃO

O espaço potencial proporcionado pela psicoterapia favorece condições nas quais o paciente pode se perceber, diferenciar-se e comunicar suas reais necessidades e desejos ao Outro. Muitas vezes, também, a psicoterapia é um ambiente onde podem ser identificados os cuidados anteriormente não fornecidos pela mãe, e com isso, pode-se disponibilizar, pela

primeira vez, a vivência de um ambiente suficientemente bom, um suporte para esse amadurecimento emocional (Sei, 2008).

Pode-se constatar que o ambiente promovido pela relação paciente-psicoterapeuta se caracterizou como suficientemente bom, uma vez que amparou e acolheu as necessidades apresentadas pelo paciente, as quais eram mais abrangentes do que as queixas relatadas pela mãe (esquecimentos, desatenção). Verificou-se também que o processo terapêutico contribuiu para aprimorar o desenvolvimento emocional da criança.

Considerações finais

A realização deste trabalho oportunizou à psicoterapeuta melhor compreensão acerca dos conceitos psicanalíticos winnicottianos aplicados no atendimento psicoterápico com crianças. Além disso, vale-se ressaltar que o caso ainda se encontra em atendimento e observa-se mudanças significativas no comportamento do paciente.

REFERÊNCIAS

- Franco, S. G. (2003). O brincar e a experiência analítica. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 6(1), 45-59. <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982003000100003>.
- Sei, M. B. (2008). Abrindo espaço para o ser: Winnicott e a ludoterapia no contexto da violência familiar. *Psychê*, XII (Janeiro-Julho). Recuperado em 4 de novembro de 2018, de <http://2fwww.redalyc.org/articulo.oa?id=30711292015>.
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro, Brasil: Imago.
- Winnicott, D. W. (1979). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do setting psicanalítico. In _____. *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (pp. 459-482). Rio de Janeiro, Brasil: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1954.)
- Winnicott, D. W. (1993). Desenvolvimento emocional primitivo. In: _____. *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (pp. 269-288). Rio de Janeiro, Brasil: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1945.)

O diagnóstico em psicanálise: observações a partir de uma triagem em clínica-escola

Cecília Valéria Feliciano⁴⁹

Selmara Merlo Londero⁵⁰

RESUMO:

O diagnóstico em psicanálise é um passo fundamental do tratamento psicanalítico, tendo Freud destacado sua importância em seus célebres artigos sobre a técnica, entre 1911 e 1915, com prosseguimento no ensino de psicanalistas pós-freudianos, como Jacques Lacan. Este trabalho tem como objetivo ilustrar a questão diagnóstica em psicanálise a partir de uma triagem realizada na clínica-escola da Universidade Estadual de Londrina, em 2017, no estágio supervisionado. Para tanto, foi feita uma pesquisa na literatura psicanalítica de Freud a Lacan em textos relacionados ao início do tratamento, o diagnóstico em psicanálise, constituição da neurose e psicose e fundamentos da clínica psicanalítica. Tal interesse com relação ao diagnóstico psicanalítico está na identificação da estrutura clínica do paciente, servindo para que o analista se oriente quanto à condução do tratamento. A partir do contato com o paciente em associação livre, nas entrevistas preliminares – ou tratamento de ensaio – tem-se a condição de elaborar uma hipótese de diagnóstico diferencial entre as estruturas clínicas descritas pela psicanálise: neurose, psicose e perversão. A triagem nesta instituição de ensino tem a função de panorama geral dos casos, a fim de estabelecer noções diagnósticas para elaboração de encaminhamentos e/ou organização da fila de espera da clínica-escola de psicologia. No caso abordado, após a escuta do paciente, permanece a dúvida quanto à alocação na neurose – obsessiva – ou na psicose. Entende-se que para melhor compreensão do quadro clínico do paciente é necessário que se realize maior número de sessões, todavia tal recorte é suficiente para que se estabeleçam reflexões sobre o diagnóstico diferencial em psicanálise e retomar a sua importância, pois é fundamental que isso se observe, por parte do profissional que pretende trabalhar orientado sob a ética, teoria e metodologia da psicanálise.

⁴⁹ Discente de Psicologia na Universidade Estadual de Londrina. Contato: ceciliavf10@gmail.com.

⁵⁰ Docente na Universidade Estadual de Londrina. Contato: selmara_9@hotmail.com.

Palavras-chave: clínica-escola; diagnóstico em psicanálise; entrevistas preliminares; tratamento de ensaio; triagem.

INTRODUÇÃO

A experiência clínica em psicanálise trabalha com a subjetividade, desenrolando-se de sujeito a sujeito, preservando o que há de irredutível diante da tentativa de objetivação da pessoa (Lacan, 1951/1998). A questão do diagnóstico em psicanálise é bastante discutida por Freud ao longo de seus escritos; destacam-se, aqui, seus célebres *Artigos sobre a técnica*, publicados entre 1911 e 1915. Quinet (1991), a partir de Lacan, escreverá *As 4+1 condições da análise*, no qual também fará considerações sobre o início do tratamento (no capítulo um, *As funções das entrevistas preliminares*), trazendo a questão da demanda, dos tipos de negação nas diferentes estruturas clínicas (recalque, forclusão e desmentido) e a transferência, com destaque à ligação do sujeito ao tratamento.

Retomar-se-ão as considerações teórico-práticas acerca do início do tratamento e do diagnóstico em psicanálise juntamente com a apresentação de um breve relato de triagem realizada na clínica-escola de Psicologia da Universidade Estadual de Londrina, em que gerou a dúvida entre o diagnóstico diferencial de neurose – obsessiva – ou de psicose, o que é fundamental para nortear a prática clínica.

OBJETIVOS E JUSTIFICATIVA

Objetiva-se retomar a importância do diagnóstico em psicanálise, questão fundamental para a execução da prática clínica, em razão da direção de tratamento. Justifica-se em razão da pesquisa em psicologia e psicanálise, retomando alguns dos preceitos básicos da psicanálise de Freud a Lacan, contribuindo para a reflexão sobre a prática clínica e suas nuances.

METODOLOGIA

Realizou-se pesquisa bibliográfica na literatura psicanalítica de Freud a Lacan sobre o início do tratamento, o diagnóstico em psicanálise, constituição da neurose e psicose e fundamentos da clínica psicanalítica, articulando-os com um caso atendido em triagem na clínica-escola da Universidade Estadual de Londrina.

O INÍCIO DO TRATAMENTO E O DIAGNÓSTICO EM PSICANÁLISE

Sigmund Freud, no texto *O início do tratamento*, de 1913, recomenda que se realize, a princípio, uma espécie de tratamento de ensaio, a fim de conhecer o caso e perceber se este é adequado ao tratamento analítico. Aqui, faz-se o diagnóstico diferencial entre as estruturas clínicas na psicanálise: neurose, psicose e perversão. Durante este tratamento, age-se conforme a técnica psicanalítica, estando o paciente em livre associação, partindo de uma demanda deste pelo tratamento. O analista deve falar somente o necessário para que o paciente continue falando. Desaconselha que analista e analisante tenham relações prévias à análise e destaca a resistência como principal âncora da neurose. (Freud, 1913/2010). Quanto ao diagnóstico, indica que o analista deve certificar-se de que se trata de um caso de neurose, atentando-se às psicoses. O erro no diagnóstico para o psicanalista é, pois, funesto, porque, cometendo “[...] um desacerto prático, torna-se culpado de um gasto inútil e desacredita seu procedimento terapêutico. Ele não pode manter sua promessa de cura caso o paciente sofra, não de histeria ou de neurose obsessiva, mas de parafrenia” (Freud, 1913/2010, p. 166), sendo motivação suficiente para que se atente a esse aspecto.

Far-se-á uma breve apresentação acerca da neurose e da psicose, além de considerações sobre a neurose obsessiva. Freud, em seu texto *Neurose e Psicose* (Freud, 1924/2011), reflete sobre como essas estruturas clínicas se relacionam com a teoria do aparelho psíquico – em especial a segunda tópica (Id, Eu e Super-eu). Logo no início, ele diz “*a neurose seria o resultado de um conflito entre o Eu e seu Id, enquanto a psicose seria o análogo desfecho de uma tal perturbação nos laços entre o Eu e o mundo exterior*” (Freud, 1924/2011, p. 177, grifos originais). As neuroses de transferência seriam resultado de o fato do Eu não aceitar e promover a descarga motora de um impulso pulsional no Id ou contestar o objeto visado por ele. Esse, então, defende-se do Id por meio da repressão. O conteúdo reprimido busca uma nova forma de satisfação, numa via pela qual o Eu não domina; essa forma de satisfação parcial que se impõe ao Eu é conhecida como *sintoma*. O Eu, então, entra em conflito com o sintoma, resultando no quadro da neurose. O Eu efetua a repressão de acordo com as ordens do Super-eu, que é constituído das influências do mundo externo que nele encontraram representações. No que concerne à relação do Eu com o mundo exterior, Freud dá exemplo de um quadro psicótico chamado *amênia*, no qual o “mundo exterior não é percebido de modo algum ou sua percepção não tem nenhum efeito (Freud, 1924/2011, p. 179). Neste quadro, é excluído o acolhimento de novas percepções do mundo exterior e

também é retirado o investimento do mundo interior, que representava o primeiro. Então, o Eu cria um mundo exterior e interior *novos*, edificado conforme os impulsos de desejo do Id. O motivo dessa ruptura com o mundo exterior é uma intolerável frustração do desejo por parte da realidade.

Sobre as neuroses obsessivas, Freud, em *A predisposição à neurose obsessiva* (Freud, 1913/2010), coloca-nos o problema da *escolha da neurose*. Ele perfaz os meandros do desenvolvimento sexual, apontando como uma pessoa predisposta à neurose obsessiva tem um ponto de fixação/regressão à determinada fase do desenvolvimento psicosexual, sendo, neste caso, a fase sádico-anal. Ele completa dizendo que os impulsos de ódio e erotismo anal (instinto de apoderamento) estão bastante presentes nesta neurose, além do conflito e esforço em não admitir a regressão. Também se vê a presença do impulso de saber [*Wisstrieb*], que, segundo Freud, é “um rebento sublimado, elevado ao plano intelectual, do instinto de apoderamento; sua rejeição na forma da dúvida tem grande papel no quadro da neurose obsessiva” (Freud, 1913/2010, p. 335). Posteriormente, ele nos coloca que participa da predisposição à neurose obsessiva uma “aceleração temporal do desenvolvimento do Eu ante o desenvolvimento libidinal” (com o qual se pode pensar um conflito das pulsões de autoconservação com as pulsões sexuais, em razão da aceleração do desenvolvimento deste em relação àquele [FREUD, 1911/2010]), aceleração tal que resultaria na escolha objetual por influência dos impulsos do Eu, enquanto a função sexual ainda não é genital, culminando, por fim, numa fixação pré-genital. O neurótico obsessivo, por último, desenvolveria uma supermoral para defender o seu amor objetual da hostilidade, típica da sua fixação na fase sádico-anal.

Sob a perspectiva psicanalítica de Jacques Lacan, Antonio Quinet, em seu livro *As 4+1 condições da análise* (1991), ressalta que, é na primeira parte do tratamento que o analista aceita o candidato à análise, sendo neste período que se formula a demanda e produz o sintoma analítico. Divide as funções das entrevistas preliminares em três partes lógicas (funções *sintomal* [sinto-mal], *diagnóstica* e *transferencial*), das quais destacar-se-á a função diagnóstica. O autor a coloca como relacionada à direção da análise, dizendo que “o diagnóstico só tem sentido se servir de orientação para a condução da análise” (QUINET, 1991, p.18). Adverte que a investigação clínica é a partir do simbólico, relacionado à inscrição do Nome-do-Pai (S1), e que se pode fazer a diferenciação estrutural por meio dos três modos de negação do Édipo: o recalque na neurose, o desmentido na perversão e a forclusão, da

psicose, em que S1 não se inscreve no simbólico; o que é negado, portanto, retorna no real, sob frequente expressão de alucinação. Na prática clínica, Quinet destaca que a importância de Freud dada para a questão diagnóstica está diretamente relacionada à aceitação de casos de psicose ou não, lembrando, a partir de Freud e Lacan, que a análise não pode tornar um psicótico num neurótico (não se inscreverá o Nome-do-Pai no simbólico) e a análise pode desencadear uma psicose até então não desencadeada. Para além da estrutura clínica, prestar-se-ia atenção aos *tipos clínicos* para traçar estratégias da direção da análise, levando em conta as “modalidades da relação do sujeito com o Outro” (p. 23), repetidas na transferência (Quinet, 1991).

APRESENTAÇÃO DO CASO ATENDIDO EM TRIAGEM E CONSIDERAÇÕES

Trata-se de uma sessão com duração de cinquenta minutos de atendimento a um homem adulto, que relata diagnóstico médico de esquizofrenia, medicado com antidepressivo e antipsicótico. Sente-se inseguro e com baixa autoestima. Relata conflitos constantes com sua esposa, principalmente em razão de ciúme por parte dele, tendo aumentado depois que ela começou a sair com os amigos; olhou o celular dela para conferir as mensagens, mas, tempos depois, sentiu culpa e se desculpou. Relacionou o ciúme com um acontecimento prévio à oficialização do namoro com a atual esposa, na qual ela se relacionou com outra pessoa num período em que ele já considerava que estavam juntos. Disse que imagina ter um rastreador em seu celular e sente-se, com frequência, perseguido no seu trabalho. Faz psicoterapia particular; notou que, algum tempo depois do início do tratamento, passou a ouvir as pessoas falando de maneira confusa, dizendo uma coisa querendo dizer outra. Sobre o ciúme, explica que já fora ciumento em relações anteriores e que talvez o problema esteja nele.

A partir das considerações feitas no decorrer do trabalho, percebe-se que, em psicanálise, o diagnóstico é feito a partir da escuta do que o paciente traz em sessão, sob as indicações do dispositivo psicanalítico. O diagnóstico é feito a partir do simbólico, portanto, na investigação do inconsciente, da forma como o sujeito se posiciona frente à castração – inscrição do Nome-do-Pai no simbólico e as formas de negação. Com isso, é necessário, para estabelecer o diagnóstico diferencial e a direção de cura, que haja mais sessões e a continuidade, de fato, do tratamento psicanalítico. As considerações acerca do caso atendido em triagem servirão para retomadas de conceitos fundamentais da psicanálise. Como

descrito, o paciente traz um diagnóstico médico de esquizofrenia, indicando um possível quadro de psicose. Pela escuta, contrapõe-se, entretanto, com a hipótese de neurose obsessiva, pois se escuta elementos que posicionam o paciente em estrutura neurótica, como a dúvida e culpa, o que pode indicar a divisão do sujeito – a castração. Entretanto, para que se estabeleça o diagnóstico em psicanálise, ressalta-se que são necessários um analista e um candidato à análise, com a palavra em transferência e livre associação, com maior número de sessões, para que, a partir do simbólico, percebam-se as posições subjetivas do sujeito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se fundamental para a prática clínica em psicologia e psicanálise que se atenda os pacientes de acordo com sua subjetividade e demanda. Para isso, necessita-se de entendimento das nuances que permeiam a clínica, tendo destaque, na psicanálise, as estruturas e tipos clínicos – nos termos de Lacan. A psicanálise de Freud a Lacan trabalha com a pesquisa sobre o sujeito, com a palavra em transferência e livre associação, sob a formalização do inconsciente. O caso aqui apresentado teve a função de ilustrar a experiência clínica em psicanálise, para que se discuta e retome essas questões cruciais à prática clínica, contribuindo para a disseminação da psicanálise dentro de seu rigor ético, teórico e metodológico. Lembra-se que, em psicanálise, é necessário maior número de sessões para se estabelecer o diagnóstico diferencial do paciente a partir de sua posição frente à castração. Ressalta-se também que, a rigor, o atendimento não foi feito por uma psicanalista, mas sim por uma estudante de psicologia, respeitando as recomendações psicanalíticas da linha freud-lacanianiana. Todavia, o trabalho pode contribuir para a discussão e retomada dos aspectos bases da clínica psicanalítica e, com isso, justifica-se sua importância.

REFERÊNCIAS

- Freud, S. (2010) Formulações sobre os dois princípios do funcionamento psíquico. In *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia: ("O caso Schreber")*: artigos sobre a técnica e outros textos (1911-1913). (P. C. Souza, Trad.). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1911).
- Freud, S. (2010) A predisposição à neurose obsessiva. In *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia: ("O caso Schreber")*: artigos sobre a técnica e outros textos (1911-1913). (P. C. Souza, Trad.). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1913).
- Freud, S. (2010) O início do tratamento. In *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia: ("O caso Schreber")*: artigos sobre a técnica e outros textos (1911-

- 1913). (P. C. Souza, Trad.). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1913).
- Freud, S. (2011) Neurose e psicose. In *Obras completas, volume 16: O eu e o id, "auto biografia" e outros textos (1923-1925)*. (P. C. Souza, Trad.). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1924).
- Lacan, J. (1998) Intervenção sobre a transferência. In *Escritos* (V. Ribeiro, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar. (Obra original publicada em 1951).
- Quinet, A. (1991) As funções das entrevistas preliminares. In *As 4+1 condições da análise*. (13-35) Rio de Janeiro: Zahar.

O estranhamento do banal: poética visual, psicanálise e subjetividade⁵¹

Alan Ricardo Floriano Bigeli⁵²

RESUMO

Propomos aqui diálogos entre Psicanálise e Arte, abordando algumas das obras mais inquietantes do pintor René Magritte, na intenção de contribuir para a fortuna crítica dessas grandes áreas, evidenciando as relações entre clínica e reflexões estéticas. Nesse sentido, trabalhamos segundo a perspectiva inaugurada por Sigmund Freud em seu texto sobre *O Moisés de Michelangelo*, de 1914, no qual se dedica a explorar detalhes imanentes não somente à construção da obra de arte, mas aos efeitos que esta pode causar, sobretudo na subjetividade daquele que com ela se relaciona. Tivemos, aos moldes dessa ótica, o cuidado de evitar a simples aplicação de conceitos psicanalíticos sobre a arte. Buscamos, portanto, aqueles detalhes que estão nos pormenores da construção das pinturas criadas por Magritte, no sentido de deixar mais aberta possível a percepção garantindo que as reflexões não sejam reducionistas. Mantendo o ponto inicial de suas provocações na realidade banal, a qual Magritte tratava como problemática, esse artista trabalhava através da convergência dos sentidos para novas formas do pensamento, desse modo, suas obras desvelam uma poética singular presente no cotidiano, que passaria despercebida a um olhar desatento. Magritte preocupava-se em traduzir seus pensamentos em algo visível, isso se dava por meio daquilo que tocava sua sensibilidade, assim ele produzia suas obras orientado por um sentimento que denominava *emoção estética*. Diante dessas ligações entre sujeito e obra de arte, nos posicionamos com um olhar/escuta equi-flutuante; uma atitude psicanalítica ao pensar a produção dessas relações, as quais se configuram, em boa medida, como transferenciais. Assim, destacamos aproximações entre o modelo sensível da escuta clínica e as reflexões estéticas, no caminho de pensar os processos artísticos criativos, tais como a poética magritteana, em consonância aos processos de subjetivação.

⁵¹ Trabalho realizado com financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).

⁵² Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Sociedade – UNESP – FCL/Assis. Contato: alan.rfb@gmail.com.

Palavras-chave: Psicanálise; Arte; Processos de Subjetivação; Reflexões Estéticas.

INTRODUÇÃO

Conforme Suzi Gablik (1985) descreve, muito antes de flertar com a vanguarda surrealista e de permitir que suas obras fossem relacionadas à esta vanguarda, o pintor belga René Magritte (1898 – 1967), fora fortemente influenciado pelo Abstracionismo, o Futurismo, Cubismo e o Dadaísmo, sendo este último o movimento que mais deixou marcas significativas em seu modo de pensar, marcas estas vistas por meio de muitas ironias que podem ser encontradas ao longo de inúmeros trabalhos. Contudo, foi dentro do Surrealismo, de fato, que Magritte se consagraria, deixando em suas telas e em seus escritos indícios de sua própria realidade sensível e poética, descrita puramente através de seus olhos (Magritte, 2009).

Em suma, os surrealistas buscavam modos de ruptura com as práticas artísticas da época, as quais eram muito bem determinadas pelo formalismo. Caracterizavam assim um rompimento “de dentro para fora” no âmbito estético, produziam uma incansável busca de uma prática poética de vida, que seria levada até “os limites extremos do que era possível fazer-se.” (Benjamin, 1975, p. 83). Com isto posto, e através de inquietações que mantêm seu ponto inicial na realidade banal, Magritte possibilita o deslocamento de um certo tipo de olhar que esteja acostumado a enxergar a natureza basicamente como ela se apresenta evocando assim algo de misterioso que seja intrínseco aos objetos, mas também escondido por eles próprios (Gablik, 1985; Magritte, 2009).

Também fazendo o uso de escritos, Magritte “escrevia/pintava” palavras e frases em seus quadros, que, para ele, se colocavam lado a lado com suas figuras, sobretudo em questão de potências e aberturas de sentido (Panek, 2006). Nessa esteira, surgem os títulos de seus quadros; aqui imagem e palavra não se contrapõem, mas atuam no caminho de produzir concomitantemente um sentimento singular e variável, estando à mercê da subjetividade de quem se relacione com seus trabalhos, de modo a lançar um olhar mais sensível à obra de arte. Magritte denomina esta sensação de *emoção estética* (Magritte, 2009).

Notamos ressonâncias dessa condição poética, de uma emoção estética, a qual Magritte (2009) propõe, quando vemos obras como *L’Empire des lumières* (1954), por exemplo. Na produção deste quadro, o próprio pintor nos revela que pretendia trazer ao campo visual suas ideias mais estimulantes, colocando-as em tela para que, assim, outros indivíduos também tivessem a chance de olhá-las. Esta obra condiz com sua vontade de

retratar um singular gosto que se iguala e se dirige tanto para a beleza do dia como pela da noite, sem escolher por nenhum deles especificamente - eis aí, então, uma clara manifestação de suas próprias emoções estéticas traduzidas em imagem, as quais receberam um título que carrega uma potencialidade poética ímpar.

A arte de pintar, para Magritte (2009) caracteriza-se, essencialmente, por ser um ato inquietante. Essa intrínseca característica permite registrar imagens em seus quadros através de um sentimento único, ou seja, através da inspiração. Essas imagens se tornam claras à consciência de quem esteja apto a reconhecê-las logo que se apresentam, bastando, segundo o pintor, desvencilhar-se da vontade de controle, imanente à humanidade, de atribuir sentido a todas as coisas. Desse modo, o próprio Magritte defende que “a aparição imprevisível de uma imagem poética é celebrada pela inteligência amiga da luz enigmática e maravilhosa que vem do mundo” (Magritte, 2010, p. 298).

PROCEDIMENTOS DE TRABALHO

O ponto de partida de nossas análises se encontra exatamente nas particularidades encontradas na obra de arte, assim sendo, a chave que abre nossas possibilidades criativas de leitura reside, invariavelmente, nos *detalhes*. Através do que o historiador Carlo Ginzburg (1989) chama de paradigma indiciário temos um caminho – ao modo de uma caça aos indícios e aos restos - para o entendimento de um modo detetivesco de pesquisar, ao qual Freud (2013 [1924]), por sua vez, emprega de maneira brilhante em seus escritos sobre a escultura de Moisés, realizada pelo renascentista Michelangelo (Dionisio, 2017).

Tal como em *O Moisés de Michelangelo*, onde a atenção de Freud (2013 [1914]) se detém em certas minúcias da escultura, a saber: a posição das mãos em relação a sua barba e o modo como segura tábuas da lei, esta perspectiva de trabalho consiste em direcionar a atenção aos detalhes da obra de arte. Ocorre, assim, a construção de uma leitura aos moldes de um detetive, podemos ver o pai da psicanálise apresentando o chamado “particípio passado da cena”, partindo puramente dos indícios que retira do histórico da escultura e deduzindo o que teria acontecido até o instante então representado evidenciando características de um Moisés humano; uma interpretação que corre na contramão da que se havia dito sobre aquela obra até o momento em questão (Dionisio, 2017).

Alguns desdobramentos se fazem interessantes: em certa medida, olhar para o detalhe é produzir um recorte, estabelecer uma relação parte pelo todo e, assim, possibilitar uma

aproximação, como define o filósofo Georges Didi-Huberman (citado por Dionisio, 2017). Nesse sentido, para estreitar as relações entre a psicanálise e reflexão estética, tendo o paradigma indiciário como pano de fundo, é necessário assumir a proposta de um *Inconsciente Estético* de Jacques Rancière (2009). Aqui há uma ruptura com o regime representativo da obra de arte e, desse modo, a experiência estética se encontra em vias de uma horizontalidade. Essas colocações permitem que haja a simultaneidade das realidades, a concomitância do sentido e do não-sentido, do pensamento e do não-pensamento, enfim, a ambiguidade é instaurada. Assim sendo, os âmbitos do emocional e do racional não mais se opõem, mas coexistem em uma identidade de contrários; o “*pathos* convive com o *logos* e não se opõe a ele” (Dionisio, 2016, p. 90).

Tendo estas proposições como base, buscamos, tal como opera a escuta clínica psicanalítica, lançar um olhar que seja igualmente equi-flutuante pelas obras de Magritte, atentando-nos aos detalhes onde possam emergir indícios da emoção estética do pintor, destacando sua poética singular. Assim, se torna real a possibilidade de adentrarmos os meandros da arte magritteana que destaca uma dimensão misteriosa daquilo que é tido como banal, diríamos então, causando um certo sentido de estranhamento do habitual, um sentimento *Unheimliche* que condiz com a definição proposta por Freud desta palavra, encontrada em seu texto homônimo, publicado em 1919 (1996). Procurando ainda estabelecer uma análise crítico-clínica do trabalho de Magritte, nossa atenção se volta ao entrecruzamento dos temas que se repetem nas obras, assim como os detalhes que variam, investigando deste modo o caráter sintomático (Dionisio, 2017, s./p.), ou seja, inconsciente desses pormenores. Tais fatores permitem pensar os efeitos e o valor de uso que essas obras possuem, além de quais relações podem provocar e produzir na constituição subjetiva de quem se relaciona, de forma transferencial, com elas.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nossa busca, então, com esse trabalho reside naquilo que estaria "na filigrana" das construções das pinturas de Magritte, além do que pode se revelar quando lançamos um olhar mais detalhado para essas criativas composições. Observamos a singularidade poética inerente à produção de cada obra; variantes das perspectivas contextuais da vida do pintor; o processo de criação de quadros e títulos de igual potência; atravessamentos que as pinturas possuem, as influências que marcaram Magritte e que podem transparecer em suas

produções, sem nunca fechá-las ao sensível; os questionamentos que tanto motivaram o pintor a produzir outras realidades através de seu trabalho; e suas concepções poéticas da realidade traduzidas por meio de tintas em suas telas. Encontramos muitas aproximações temáticas recorrentes ao trabalho de Magritte com certas concepções da teoria psicanalítica, às quais dizem respeito aos modos de subjetivação implicados tanto na relação entre o artista e a obra, como entre a obra e o espectador, sendo estas, por exemplo, a representação, a duplicidade, mundo onírico, o estranhamento.

São exemplos de tais aproximações trabalhos como *Le Double secret* (1927) e *La Fin des contemplations* (1927b), que revelaram correspondências muito possíveis com a teoria freudiana sobre o Duplo, especificamente, em momentos nos quais o criador da psicanálise discorre sobre as configurações de identificação nos âmbitos internos e externos do Eu, ou então quando o indivíduo se depara com algo Estranho, *Umheimlich*, em seu ambiente banal; o encontro com a duplicação da própria imagem de sujeito, fazendo balizar elementos inconscientes, trazendo à tona aquilo que deveria ter permanecido escondido, algo que de tão familiar, se tornou estranho (Bigeli & Dionisio, 2018).

Foi possível também constatar que, por meio da construção dos quadros, Magritte empenhava-se em trazer seus pensamentos para o âmbito visual através daquilo que o tocava de maneira sensível, assim, ele produzia suas telas na tentativa de encontrar algum sentido poético presente na realidade que se mostrava diante dos seus olhos. Em telas onde o pintor emprega, figurativamente, justamente os órgãos responsáveis pela visão, podemos destacar a clara desestabilização que Magritte provoca aos olhares que se lançam sobre suas obras. Nesta série de obras que recortamos para produzir nossas análises referentes precisamente à temática do olhar, constituídas pelos quadros *Le Faux miroir* (1929) e *Le Portrait* (1935), foi possível construir uma leitura que se debruça pelo o fator fundamental que estabelece a relação entre espectador e obra de arte, ou seja, através do *olhar*. Dessa maneira, elencam-se indagações sobre as relações estabelecidas entre o agente espectador e a obra de arte (Bigeli & Dionisio, 2018). Nessa perspectiva, por meio da metaforização visual dos objetos, as poéticas magritteanas, segundo Draguet & Goormans (2013), convergem para o descobrimento de sentidos novos que estejam imanentes ao cotidiano, despertando o olhar para relações outras de afinidades eletivas entre tais objetos e suas inúmeras possibilidades de representação. Ora, é o observador que olha para a obra, ou este é olhado por ela e, a partir daí, pode produzir suas associações?

Procuramos pensar mais a dinâmica dessas relações estabelecidas ao invés de produzir uma investida objetiva em apresentar respostas para tais indagações. Além disso, buscamos diálogos entre as reflexões estéticas e o pensamento psicanalítico clínico através da relação dos sujeitos e obras de arte, mantendo sempre o cuidado e a atenção para as provocações que se inscrevem na produção de tal relação, que se dá, notoriamente, como transferencial. Portanto, buscamos manter uma postura - que se traduz muito mais em um procedimento a ser seguido do que em um método estritamente rígido – amparada pelo pensamento estético e pela psicanálise, garantindo um olhar sustentado por uma “atitude psicanalítica” sempre *implicada* (Frayze-Pereira, 2005) com os objetos e temas a serem analisados.

REFERÊNCIAS

- Bigeli, A.; Dionisio, G. (2018) O estranhamento do banal: a poética magritteana sob um olhar psicanalítico. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 9(1), 26-44. Recuperado em 16 dez 2018, de <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/eip/article/view/26810>
- Breton, A. (1985). *Manifestos do Surrealismo*. São Paulo, SP: Editora Brasiliense.
- Benjamin, W. (1975) O Surrealismo. In: *Os Pensadores XLVIII*. São Paulo: Abril Cultural.
- Dionisio, G. H. (2012). *Pede-se abrir os olhos: Psicanálise e reflexão estética hoje*. São Paulo: Annablume.
- Dionisio, G. (2017) Da pesquisa psicanalítica entre metapsicologia e reflexão estética: apontamentos iniciais. In: *Aspectos epistemológicos dos modelos e de métodos de pesquisa em psicanálise I (Notas de conferência) – II Encontro Internacional do GT (ANPEPP) Psicanálise, Subjetividade e Cultura Contemporânea - Modalidades de pesquisa em psicanálise: métodos e objetivos*. São Paulo: Universidade de São Paulo. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=hZr4jmAHDr0>
- Draguet, M., & Goormans, C. (2013) Once the image is isolated. What happens to the mind? In: Umland, A. (orgs.). *Magritte: The Mystery of the Ordinary, 1926 – 1938* (pp. 26-42). New York: The Museum of Modern Art.
- Frayze-Pereira, J. (2005) *Arte, dor: Inquietudes entre estética e psicanálise*. Cotia, SP: Ateliê Editorial.
- Freud, S. (1914/2013). Moisés de Michelangelo. In: *Totem e tabu, contribuição à história do movimento psicanalítico e outros textos*. V. XI São Paulo: Companhia das Letras.
- Freud, S. (1919/1996). O “Estranho”. In: *História de uma neurose infantil e outros trabalhos*. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. V. XVII). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1930/2014). O mal-estar na civilização. In: *O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos*. V. XVIII. São Paulo: Companhia das Letras.
- Gablik, S. (1985). *Magritte*. London: Thames and Hudson.
- Ginzburg, C. (1989) *Mitos, emblemas, sinais: morfologia e história*. São Paulo: Companhia das Letras.

- Magritte, R. (1927a). *La Fin des contemplations*. Private collection. Recuperado de:
<https://www.menil.org/collection/objects/2329-an-end-tocontemplation-la-fin-des-contemplations>
- Magritte, R. (1927b). *Le Double secret*. Chicago, Art Institute of Chicago. Recuperado de:
<https://www.artsy.net/artwork/rene-magritte-thesecond-double-le-double-secret>
- Magritte, R. (1929b). *Le Faux miroir*. New York, Museum of Modern Art. Recuperado de:
<https://www.moma.org/explore/multimedia/audios/378/6536>
- Magritte, R. (1935). *Le Portrait*. New York, Museum of Modern Art. Recuperado de:
<https://www.moma.org/collection/works/79990?locale=en>
- Magritte R. (1954). *L'Empire des lumières*. Brussels, Musées Royaux des BeauxArts de Belgique
Recuperado de: <https://www.fine-arts-museum.be/fr/lacollection/rene-magritte-lempire-des-lumieres>
- Magritte, R. (2009). *Écrits completes*. Paris: Flammarion.
- Panek, B. (2006) Mallarmé, Magritte, Broodthaers: jogos entre palavra, imagem e objeto. *ARS (São Paulo)*, São Paulo, 4(8), 104-113
- Rancière, J. (2012) *O inconsciente estético*. São Paulo: Editora 34.

Título O trabalho clínico com idosos: desafios e potências

Isabela Bendine Gastaldi

Daniel Polimeni Maireno

RESUMO:

Sobre o tratamento psicanalítico de pessoas idosas, Freud (1904; 1905) apresenta algumas objeções, com a justificativa de que falta aos idosos a plasticidade dos processos psíquicos necessária para a terapia, bem como a questão da quantidade de material a ser trabalhado, o que prolongaria de forma indefinida o tratamento. Em contrapartida, levando em conta o aumento da perspectiva de vida na atualidade bem como o desamparo da terceira idade frente a questões como abandono familiar, improdutividade, ócio, entre outras, leva cada vez mais essa faixa etária de pacientes à clínica. Diante disso, e tendo como horizonte o trabalho psicanalítico de escuta de conteúdos inconscientes, faz-se uma aposta em não recuar diante do idoso que procura tratamento. Na Clínica Psicológica da UEL, a paciente M., de 63 anos, iniciou o seu processo terapêutico com queixas de dores somáticas, tristeza demasiada e “vontade de fazer nada”. Ao longo de sua terapia, que durou 7 sessões, a paciente revelou, por meio de atos falhos, conteúdos inconscientes importantes relacionados às suas dores físicas e o gozo da posição em que se encontrava. Outros conteúdos importantes eram as fantasias acerca da morte da mãe, que se encontrava sob os seus cuidados, e os cuidados com o outro de forma geral em detrimento do autocuidado. Sobre isso, o exemplo da paciente sobre “dar sua cama para a visita” foi utilizado como metáfora potente durante a terapia para tratar dessa relação. Dessa forma, percebe-se que o trabalho analítico com o paciente idoso é possível na medida em que se combinam oferta de escuta e demanda de análise, como foi o caso da paciente M.

Palavras-chave: idosos; clínica; psicanálise.

INTRODUÇÃO

Freud, em seu texto *Psicoterapia* (1905), coloca a questão da idade dos pacientes, mais especificamente, “próximo ou depois dos cinquenta anos” (p. 342), como um fator

desfavorável a ser levado em conta na seleção para o tratamento. Segundo o psicanalista, a esses pacientes “costuma faltar a plasticidade dos processos psíquicos de que depende a terapia” e ainda acrescenta que “o material a ser trabalhado prolongaria indefinidamente o tratamento” (p. 342). Anos depois, porém, em *Caminhos da terapia psicanalítica* (1919), pode-se encontrar que, nas palavras do autor,

(...) nunca nos gabamos da completude e inteireza de nosso saber e de nossa capacidade; estamos prontos, agora não menos que antes, a admitir as imperfeições de nosso conhecimento, aprender novas coisas e mudar em nossos procedimentos o que puder ser melhorado. (p. 280).

Atualmente, levando em conta o aumento da expectativa de vida da população, somado a uma série de questões que envolvem o envelhecer nos tempos atuais, como o abandono por parte da família, a insatisfação gerada pela improdutividade em meio a uma sociedade que se volta à produção, a solidão que se revela em meio a perda de entes queridos, entre outras, percebe-se um significativo aumento da procura por tratamento psicoterapêutico na terceira idade. O presente estudo – que de certa forma contraria o Freud de 1905, mas se afina com o Freud de 1919 – retrata uma aposta em um tratamento psicanalítico de uma paciente de 63 anos que chegou à Clínica Psicológica da Universidade Estadual de Londrina, no qual o uso da técnica da associação livre permitiu que conteúdos inconscientes importantes fossem revelados e colocados à escuta: escuta flutuante da terapeuta e escuta-de-si, da paciente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As queixas iniciais que trouxeram a paciente M. à clínica envolviam um cansaço e tristeza excessivos, de acordo com ela. O significante “cansada” aparecia no início de cada sessão, assim que a paciente se sentava em sua cadeira e se colocava a falar. Além disso, M. falava de uma “vontade de fazer nada, só dormir”, ainda que tenha revelado um problema de insônia que tivera anteriormente, mas que, segundo ela, já não ocorria mais. Outro elemento importante desse caso é que a paciente encontrou no processo terapêutico um espaço no qual ela podia dizer livremente – sem julgamentos – sobre algo que fazia questão para ela: os cuidados com a mãe que lhe foram delegados. Em alguns momentos, fantasias de morte da mãe apareceram na fala de M. e, com elas, apareceram também resistências. Os cuidados para com a mãe, os filhos – já adultos – e sua casa eram os responsáveis, segundo M., por

deixá-la exausta, porém em sua fala, a paciente começa a se dar conta de como, ao longo de sua vida, ocupou esse lugar, ainda que esse não lhe houvesse sido imposto.

Em uma das sessões, M. disse que já havia chegado a dormir no chão para que pudesse ceder a cama para as visitas, em sua casa. Relatou que sempre cedia a sua cama e que não gostava de fazer isso. Ao ser interrogada pela terapeuta do porquê, então, fazia, M. fez um semblante de espanto, como se tivesse se ouvido, e se interrogou: “Por que eu faço isso?”. Interrogação importante no caminho de uma elaboração de demanda de análise, na qual o sujeito agora é instigado por um querer saber de si e do si que há naquilo de que se queixa. Outras interrogações importantes que surgiram estavam ligadas às suas queixas orgânicas. M. relatava sofrer de muitas dores e recebeu de um médico o diagnóstico de fibromialgia. Em seu relato, disse que após fazer repetidamente uma série de exames que não apontavam para nenhuma etiologia orgânica da dor, o médico havia lhe dito que suas dores poderiam estar relacionadas com stress. A paciente contou em tom de pergunta, como quem pedia a confirmação da hipótese do médico. Depois, acrescentou: “será que isso e esse cansaço todo têm a ver com essa minha melancolia?”. Em momentos diversos ao longo do tratamento, alguns atos falhos como “fiz isso pra dor doer” e “não quero sarar” apontavam para essas questões das quais a própria paciente passou a se interrogar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento de M. durou 7 sessões e foi interrompido por decisão da paciente, pois essa relatou dificuldades para locomoção até o local da clínica – devido as suas dores o trajeto de ônibus somado à caminhada lhe era penoso – e em relação a falta de tempo, que se agravou quando a sua mãe se acidentou e ela precisou intensificar os cuidados com ela. Ao justificar sua saída, acabou por relatar todos os motivos pelos quais seria melhor que ela continuasse o tratamento, pois, mais uma vez, o cuidado de si era colocado em segundo plano para que ela pudesse se dedicar exclusivamente ao cuidado do outro, questão da qual se queixou durante o seu processo de psicoterapia. A respeito disso, pode-se compreender algumas das dificuldades enfrentadas pelo idoso em seu tratamento, muitas das quais diferem daquilo que Freud (1905) colocou como fator de dificuldade. Por outro lado, porém, o curto período de tratamento pôde demonstrar as potências de um tratamento quando se leva em conta que há no paciente da terceira idade um sujeito do inconsciente atemporal, que demanda ser ouvido. Segundo Reis-Filho e Santos (p. 46, 2007), “a partir do objeto de estudo

da Psicanálise, é possível presumir que o sujeito da prática analítica é o sujeito do inconsciente, e este não envelhece”. A aposta nesse tratamento com idosos também se faz na medida em que, de acordo com Maia e Pinheiro (p. 663, 2011) “não há subjetividade sem divisão, não há sujeito sem conflito, não há sofrimento humano que se organize a partir de uma lógica simplista e direta que não leve em conta a existência do Inconsciente”. É na aposta desse inconsciente que quer ser ouvido e que falou por meio dos atos falhos e do sintoma de M. que se pauta o trabalho clínico com idosos.

REFERÊNCIAS

- Reis-Filho, J. T., & Santos, G. C. (2007). O desafio da clínica psicanalítica com idosos. *Psicologia Clínica*, 19(2), 45-55. Recuperado em 16 dez 2018, de <http://www.scielo.br/pdf/pc/v19n2/a04v19n2.pdf>.
- Freud, S. (1904/2016) O método psicanalítico de Freud. In S. Freud, *Obras Completas, volume 6: três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria (“o caso Dora”) e outros textos (1901-1905)*. São Paulo, Companhia das Letras.
- Freud, S. (1905/2016) Psicoterapia. In S. Freud, *Obras Completas, volume 6: três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria (“o caso Dora”) e outros textos (1901-1905)*. São Paulo, Companhia das Letras.
- Freud, S. (1919/2010) Caminhos da terapia psicanalítica. In S. Freud, *Obras Completas, v. 14 - história de uma neurose infantil (o homem dos lobos); além do princípio do prazer e outros textos (1917-1920)*. São Paulo, Companhia das Letras.
- Maia, M. V. C. M., & Pinheiro, N. N. B. (2011). Um psicanalista fazendo outra coisa: reflexões sobre setting na psicanálise extramuros. *Psicologia: ciência e profissão*, 31(3), 656-667. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932011000300016>.

O vazio e a lâmina: reflexões acerca da autolesão na adolescência

Nathan Henrique de Oliveira Marcideli ⁵³

Maria Elizabeth Barreto Tavares dos Reis ⁵⁴

RESUMO:

A ação de ferir o próprio corpo surge como operação para lidar com a angústia, produzindo marcações. O assunto tem por característica uma especial susceptibilidade ao recalque, evidenciando a importância da enunciação como forma de produção de um saber singular acerca da angústia que demanda simbolização. O discurso como produtor de sentido na linguagem e na relação com o outro encontra importante local de expressão no dispositivo clínico de escuta, que pode servir como meio de elaboração simbólica do sofrimento por outra via que não a da autolesão. Para isso, é necessário, em conjunto com a psicoterapia, o engajamento da família no tratamento, uma vez que esta ocupa lugar especial no desenvolvimento da criança e do adolescente. Neste âmbito, mostra-se presente o possível afastamento familiar por conta das drásticas mudanças que ocorrem nesse período, fator que dificulta a intervenção. O presente trabalho busca refletir sobre a autolesão como sintoma, na clínica psicanalítica com adolescentes. Foram analisadas algumas vinhetas do caso clínico de um adolescente, realizado na Clínica Escola de uma universidade pública, através de psicoterapia psicanalítica. A partir disso, foi selecionado o tema “autolesão”, que surgiu durante o atendimento. Com base na escuta dos elementos verbais e também não-verbais ficou evidente o intenso sofrimento vivido pelo paciente. A seguir, realizou-se a análise dos fatos clínicos relativos aos episódios de autolesão a partir do referencial teórico encontrado sobre o tema. O estudo realizado evidenciou a importância e a potencialidade do trabalho psicoterapêutico psicanalítico na clínica diante desse tipo de demanda, assim como a responsabilidade ética do profissional de Psicologia diante do atendimento ao adolescente.

Palavras-chave: adolescência; autolesão; psicoterapia psicanalítica.

⁵³ Discente do 4º ano de Psicologia da Universidade Estadual de Londrina – Contato: n_marcideli@hotmail.com.

⁵⁴ Docente do Departamento de Psicologia e Psicanálise da Universidade Estadual de Londrina. Contato: bethtavaresreis@gmail.com.

INTRODUÇÃO

De acordo com Cunha (2018) “na adolescência com a transição da fase infantil para adulta acaba também por vir a incompreensão de novos sentimentos” (p. 5). Mais adiante, o autor também diz que “a adolescência é uma fase que necessita que o indivíduo tenha relacionamentos seguros, principalmente no âmbito familiar, pois reflete positivamente na sua construção de identidade, estabilidade emocional diminuindo a probabilidade de desencadear patologias” (p. 5).

Os adolescentes vivem transformações que não se processam de maneira isolada, ocorrendo em conjunto num contexto social que envolve a família, a escola e os pares, sendo que a primeira ocupa papel de destaque em seu desenvolvimento e formação. É possível notar um afastamento entre os pais e filhos adolescentes por conta das transformações drásticas dessa fase (Knobel, 1981), entretanto, o afastamento demasiado pode produzir situações de abandono e vulnerabilidade (Malagón-Oviedo & Czeresnia, 2015). Tratar a situação meramente como fato casual pode ser danoso à vida da cliente em questão e implica em negligência profissional.

Episódios depressivos são recorrentes na adolescência (Knobel, 1981), mas requerem constante elaboração. Diversos estudos apontam a relação de dificuldades no contexto familiar com o envolvimento do adolescente em comportamentos de risco à saúde, como a autolesão. A autolesão como saída para o sofrimento é alarmante e requer intervenção tanto no atendimento ao cliente como a sua família.

A autolesão é definida como todo e qualquer comportamento consciente de agressão contra o próprio corpo sem intenção suicida (Giusti, 2013). A forma mais comum em que se expressa implica em cortar ou rasgar a pele em áreas que podem ser facilmente ocultas, como braços, coxas e zona abdominal (Mesquita, Ribeiro, Mendonça, & Maia, 2011).

OBJETIVO

Refletir sobre o comportamento de autolesão como expressão de sofrimento, vivenciado por uma adolescente.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A partir dos relatórios de atendimentos em psicoterapia psicanalítica a uma adolescente, realizada como atividade de estágio na Clínica Psicológica da UEL, foram analisados os fatos clínicos relativos ao comportamento de autolesão mencionados pela paciente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A adolescente vivenciava problemas afetivo-emocionais e de relacionamentos, assim como baixo rendimento escolar. Dentre as demandas, foi relatada a vivência de comportamento autolesivo um ano antes do início do atendimento, o qual havia cessado: “Antes eu me cortava, mas depois parei [...] não sentia que precisava mais disso [...] agora eu escuto música, me tranco no quarto...”.

Com base na escuta dos elementos verbais e também não-verbais (Santos, Santos e Oliveira, 2008) ficou evidente o intenso sofrimento da adolescente, que relatou diversos problemas de relacionamentos: “Eu sinto um nada muito grande. Quando ele vem, eu não tenho vontade de nada, só quero ficar sozinha.”. Também relata sentimentos negativos, os quais podem ser difícil lidar, assim acabava optando por práticas de autolesão como forma de escapar dessas dores: “Sinto um vazio muito grande, não tenho forças pra continuar”; “Meu pai nunca ligou muito pra mim, ele tem outra família [...] minha mãe trabalha muito, ela sempre viaja e quando tá em casa só fica brigando comigo”; “Meu padrasto é usuário de drogas, eu não gosto que ele fuma.”. Na última sessão em que esteve presente, relatou episódio recente de autolesão: “Aí eu sentei na minha cama, com a porta aberta mesmo, e fui cortando a perna com força, na coxa, aí quando vi já tinha machucado muito [...] me cortei muito fundo e ainda passei as unhas por cima depois”. Posteriormente mencionou: “Depois eu fui lavar o sangue, sujou até meu pijama, mas fiz isso pra não fazer algo pior [...] pra não passar a lâmina no pescoço.”.

Tais fatos clínicos convocam a reflexão acerca de algumas normativas, tais como: o Art. 10 do Código de Ética (Resolução CFP Nº 010/2005), o qual autoriza quebra de sigilo em casos de ameaça à integridade do ser humano; as políticas públicas que orientam a atenção e os serviços prestados aos adolescentes, dentre as quais se faz presente o ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente), que em seu artigo 4º deixa expresso a prioridade de efetivação dos

direitos fundamentais inerentes à pessoa humana no que se trata de crianças e adolescentes; o fato de ser um menor de idade, submetido à responsabilidade e supervisão de um adulto.

A partir da análise desses elementos, fica evidente a urgência de convocação da família para que se realize alguma intervenção sobre o assunto, embora nem sempre os responsáveis pelo adolescente atendam às solicitações do psicoterapeuta, deixando evidente a dificuldade de intervenção com a família. A prática de ferir o próprio corpo surge como um apelo frente a algo que falha no processo de simbolização, atuando como uma operação diante da angústia que resulta em marcações no corpo. Este tema, tem sido considerado como especialmente suscetível ao recalque, portanto deve-se buscar a posição de enunciação que venha a produzir um saber singular acerca do que vem acontecendo com o adolescente em questão, visto que o discurso é dotado de movimento e a partir dele, na linguagem, é possível entender sua relação com a ideologia e como esta produz sentido para si e para os outros sujeitos (Lopes et al., 2017).

A partir dos dados selecionados, levantados e confrontados, pode-se concluir que é de suma importância a presença do dispositivo clínico na escuta de adolescentes que passam por sofrimento intenso a ponto de ferir o próprio corpo, dando a eles espaço de fala e elaboração dessas vivências que não encontram solução simbólica suficiente para dar conta do sofrimento. Ao mesmo tempo, como psicólogos, devemos fazer o que estiver ao nosso alcance para convocar as instituições responsáveis pelo cuidado a esses pacientes, em especial a família, visando reduzir os danos e buscar de forma conjunta soluções para essas demandas, assim como contribuindo na efetivação de políticas de proteção ao adolescente a partir de uma prática profissional pautada na ética e no compromisso com o usuário do serviço.

REFERÊNCIAS

- Conselho Federal de Psicologia (2005). Resolução CFP nº 10/2005 – Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo. Acesso em: < <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-cfp-n-10-2005-aprova-o-codigo-de-etica-profissional-do-psicologo?q=10/2005>>.
- Cunha, J. R. F., & Lima, R. C. A. (2018). Adolescência e Automutilação. *Folha Acadêmica do CESG*, (17), 05-08. Recuperado em 16 dez 2018, de <http://periodicos.cesg.edu.br/index.php/folhaacademica/article/view/394/538>.
- Giusti, J. S. (2013). *Automutilação: características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo*. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Knobel, M. (1981). A síndrome da adolescência normal. In A. Aberastury, & M. Knobel, *Adolescência normal: Um enfoque psicanalítico* (pp. 24-62). Porto Alegre: Artes Médicas.

- Lopes, L. S., Teixeira, L. C., Gomes, A. C. C., Rodrigues, S. W. D. M., & Sena, R. V. (2017, março). Escuta clínica de adolescentes que praticam a automutilação: da recusa da palavra à falência do simbólico. *II Congresso Ibérico de Psicologia Clínica e da Saúde*, Lisboa, Portugal, 62-70.
- Malagón-Oviedo, R. A. M., & Czeresnia, D. (2015). O conceito de vulnerabilidade e seu caráter bio-social. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19(53), 237-249. doi: 10.1590/1807-57622014.0436
- Mesquita, C., Ribeiro, F., Mendonça, L., Maia, A. (2011, janeiro). Relações familiares, humor deprimido e comportamentos autodestrutivos em adolescentes. *Revista de psicologia da criança e do adolescente, Portugal*, (3), 97-109. Recuperado em 03 nov 2018, de <http://hdl.handle.net/11067/115>.
- Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos (1990). *Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências*. Brasília.
- Santos, L. F., Santos, M. A., Oliveira, É. A. (2008, agosto). A escuta na psicoterapia de adolescentes: as diferentes vozes do silêncio. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 4(2), 1-15. Recuperado em 16 dez 2018, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v4n2/v4n2a08.pdf>.

Psicanálise e transexualidade: reflexões sobre a postura do analista

Stefani Invernizzi de Mesquita ⁵⁵

Cecília Valéria Feliciano ⁵⁶

Selmara Merlo Londero ⁵⁷

Maíra Bonafé Sei ⁵⁸

RESUMO:

Trata-se, neste trabalho, de uma breve pesquisa, relacionando a transexualidade à prática psicanalítica, na linha de Freud a Lacan, refletindo acerca da posição clínica do analista frente a um paciente transexual. Ainda pouco se fala sobre transexualidade, seja nas diferentes abordagens da psicologia, seja na psicanálise, contribuindo para a permanência desta população dentre os socialmente marginalizados, visto que o Brasil, hoje, é o país que mais mata transexuais no mundo. Em 2017, registrou-se uma morte de travestis e transexuais a cada 48 horas – totalizando 179 mortes durante o ano, tendo as vítimas uma idade média de 27,7 anos. Em 2018, os dados registrados até novembro revelam mais de 140 mortes dessa população. Objetiva-se, com este estudo, pensar acerca das seguintes questões: qual posição deve tomar o psicanalista diante da transexualidade? Como se dá a prática clínica nestes casos? Para tanto, foi feita uma pesquisa na literatura psicanalítica e em dados relacionados à comunidade transexual no Brasil. De acordo com a psicanálise, em sua construção ética, teórica e metodológica assentada na experiência clínica, a questão da cura analítica passa pela elaboração das questões trazidas pelo sujeito, possibilitando-lhe fruição: capacidade de amar e trabalhar. Isto se dá, a saber, com a passagem pelo dispositivo psicanalítico, sob a transferência, a palavra em livre associação e por meio da superação das resistências. A psicanálise atua enquanto pesquisa sobre algo muito específico, o sintoma, quais são as ideias

⁵⁵ Discente de Psicologia Universidade Estadual de Londrina. Contato: stefaniinvernizzi@gmail.com.

⁵⁶ Discente de Psicologia Universidade Estadual de Londrina. Contato: ceciliavf10@gmail.com.

⁵⁷ Professora Colaboradora do Departamento de Psicologia e Psicanálise da Universidade Estadual de Londrina. Contato: selmara_9@hotmail.com.

⁵⁸ Docente do Departamento de Psicologia e Psicanálise da Universidade Estadual de Londrina. Contato: mairabonafe@gmail.com.

a ele ligadas e qual satisfação ele enlaça; o trabalho é subjetivo, pois cada sujeito tem sua trama própria de significantes, o inconsciente. Assim, cada caso é particular: cada sujeito vive suas questões de forma diferente. Da mesma forma, a transexualidade é vivida por todo sujeito de forma ímpar. Não se trata, pois, de fórmulas pré-concebidas de ação clínica diante da transexualidade, mas da escuta do sujeito desejante.

Palavras-chaves: transexualidade; psicanálise; clínica.

INTRODUÇÃO

Ainda pouco se sabe, de maneira geral, sobre a diferença entre orientação sexual e identidade de gênero. Orientação sexual, segundo a cartilha “Ministério Público e a Igualdade de Direitos para LGBTI” (p. 9), é a atração afetiva, emocional ou sexual que cada pessoa tem por outro indivíduo, seja do mesmo sexo (e/ou gênero) ou de sexo (e/ou gênero) diferente, sendo as orientações sexuais mais conhecidas a homossexualidade, heterossexualidade, bissexualidade e assexualidade. Por outro lado, identidade de gênero, segundo o site Orientando, refere-se à experiência subjetiva, independente de sexo biológico, que cada pessoa tem com relação à construção de gênero de uma sociedade. Dessa forma, de maneira geral, as principais identidades de gênero são: cisgeneridade (relacionada a pessoas que se identificam com o gênero ao qual lhes foi designado de acordo com o sexo biológico) e transgeneridade (relacionada a pessoas que não se identificam com o gênero que lhes foi imposto ao nascimento).

Transgeneridade é um termo guarda-chuva, segundo a cartilha do Ministério Público, que abriga termos como *transexuais*, *não-binários*, entre outros. No que se refere à transexualidade, esta é uma inconformidade binária com o gênero atribuído de acordo com o sexo biológico. Isto é, uma pessoa que nasceu com sexo biológico masculino pode se identificar como mulher, ou vice-versa. Entretanto, não se faz como regra que se tenha realizado, tampouco que tenha desejo de realizar, cirurgia de redesignação sexual. Para fins de recorte, contudo, será tratado, neste trabalho, sobre transexuais que tenham feito ou desejam fazer a cirurgia redesignadora.

Com relação à violência contra transexuais, segundo o site da ANTRA - Associação Nacional de Travestis e Transexuais - em 2017 foi registrada uma morte a cada 48 horas, totalizando 179 assassinatos de transexuais por motivações transfóbicas no Brasil. Isto é, excluiu-se pessoas transexuais mortas de causas naturais, doenças, acidentes ou em que não

se confirme motivos de transfobia. Já em 2018, até o dia 30 de novembro, foram registrados no Brasil 149 assassinatos por transfobia, sendo as vítimas com idade média de 27,7 anos. Portanto, justifica-se, assim, a importância do tema abordado para a produção acadêmica, bem como para pensar em formas de reduzir as taxas de violência contra esta população.

Neste trabalho serão abordadas as questões referentes à intersecção entre transexualidade e psicanálise, a qual foi fundada em 1900, por Sigmund Freud, com a publicação da obra *Interpretação dos Sonhos*. A revolução freudiana foi considerar a existência do inconsciente, fundando-o como ferramenta para leitura do que aparecia na experiência clínica, do que era indizível até então (Cabas, 2009).

O dispositivo psicanalítico é um tratamento que tem como premissa um contexto montado, enquadrado, na qual o clínico se confronta com um sofrimento e um sujeito com a força de seus sintomas (Cabas, 2009). Há de se ter, primeiramente, uma demanda pela análise. O analista admoesta o paciente para que fale livremente o que lhe vier à cabeça sem impedimentos, tais como críticas e julgamentos, em conformidade com a regra fundamental da psicanálise: a *associação livre*. Com a fala livre, em condição de transferência, aparecerão as resistências; cabe ao trabalho de análise a superação das resistências e, ao analista, o manejo da transferência - sendo esta, o motor da análise (Freud, 1914/2010), tendo o final de análise - que compõe a noção de cura - o saber-analisante como realização (saber inconsciente) (Cabas, 2009) e “recuperar [...] algo da capacidade de realização e de fruição” (Freud, 1912/2010, p.160).

Tendo em vista tais aspectos, este trabalho destina-se a pensar a relação da transexualidade na clínica psicanalítica. A saber, discorrer brevemente sobre como a psicanálise entende a transexualidade e como seria a postura do analista diante de um caso que tem a presença da transexualidade.

JUSTIFICATIVA

O trabalho faz-se importante por ser um tema emergente, em razão da alarmante violência contra os transexuais e travestis, principalmente no Brasil, além da baixa quantidade de estudos científicos que trabalham com a psicanálise e o tema da transexualidade. Acredita-se que falar sobre o tema e contribuir para o crescimento científico da área é importante para a diminuição do preconceito, conscientização e quebra de tabus sociais. Além disso, a formalização de estudos contribui para o fortalecimento e direção da prática clínica,

colaborando para o crescimento da psicanálise e refletindo acerca de sua prática diante de temas atuais.

OBJETIVOS

Tem-se como objetivos tecer considerações acerca da prática clínica em psicanálise diante de questões concernentes à transexualidade, a fim de contribuir para produção científica sobre este tema, pensando sobre a posição do psicanalista nestes casos.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica em psicanálise freudiana e lacaniana. Foram utilizados textos de Freud e de comentadores da clínica psicanalítica como embasamento teórico sobre a prática clínica em psicanálise. Também se realizou pesquisa de dados em sites relacionados à transexualidade, que contabiliza e teoriza acerca do tema.

PSICANÁLISE E TRANSEXUALIDADE

Nesta seção, far-se-á considerações acerca do dispositivo clínico e do corpo em psicanálise, relacionando a prática clínica com a questão da transexualidade. Segundo Dal-Cól (2016), sob a perspectiva de Jacques Lacan, o corpo em psicanálise não corresponde ao corpo biológico, mas sim à organização pulsional, que ultrapassa os limites do orgânico, sendo atravessado pela linguagem e, por conseguinte, toda relação com o corpo é imperfeita nos seres humanos, sendo possível saber do corpo somente pelo significante, pelo inconsciente. O sexo pressupõe um corte, um corte real, não simbolizável, que só pode ser percebido pelos seus efeitos (Jorge & Travassos, 2018). Tende-se a buscar apoio imaginário, isto é, por imagens, a fim de sustentar a ausência de significante que engloba a diferença sexual, a qual, apesar de percebida nos corpos, não tem registro psíquico.

Indicam Jorge e Travassos (2018, p. 35) que “para tratar dos dois sexos (homem e mulher), tendemos a polarizar categorias por oposição. Somos facilmente capturados pelo imaginário, que amortece o efeito do corte (as duas partes) fixando-se na consistência das imagens”. Com isso, pode-se considerar o sexo da ordem do real e o gênero, a partir de construções sociais, da ordem do simbólico e do imaginário (Jorge & Travassos, 2018), servindo como sustentação àquilo que é indizível e que produz angústia.

Com relação à transexualidade propriamente dita, Henry Frignet (cit. por Jorge & Travassos, 2018), psicanalista francês, refere-se à transexualidade como resultado de um processo de sobreposição do gênero sobre o sexo, o que causa um grande sofrimento, que leva a/o transexual a buscar auxílio médico e hormonal para uma intervenção no corpo, de modo a aliviar a angústia. A questão transexual é, então, inserida no âmbito mercadológico, na corrida por lucro na qual considerável parte do campo médico e farmacêutico está operando. Tem-se ainda mais um agravante: na transexualidade, a busca, diagnóstico e tratamento é pleiteado e decidido pelo próprio paciente, facilitando a corrida capitalista que se esquia de perguntas em detrimento da lógica do lucro (Jorge & Travassos, 2018).

Nesse sentido, a psicanálise, que trabalha com o sujeito em questão, pode atuar como dispositivo no qual o sujeito em sofrimento pode se questionar sobre esta angústia com relação ao próprio corpo, partindo de uma demanda, em transferência e com a palavra em livre associação, devendo falar, questionar-se e podendo agir sobre o corpo (Dal-Cól, 2016). Torna-se capaz, após a análise, decidir de forma mais autônoma o que realmente fazer com esta questão, renunciando às soluções imediatistas, como propõe a medicina, apoiada na corrida capitalista, evitando arrependimentos resultantes de transformações irreversíveis no corpo.

A transexualidade, sob o ponto de vista da psicanálise, não está, entretanto, no rol de novos sintomas, como o empuxo à ciência positivista na contemporaneidade impele a colocar (Cabas, 2010). O sintoma em psicanálise é um só: trata-se de formação de compromisso a fim de satisfação, partindo da premissa de que a pulsão se desligou de sua representação original e se ligou a uma outra, mais suportável à consciência, por meio do mecanismo de deslocamento. Por meio da psicanálise, com sua ética, teoria e metodologia, o sujeito pode falar sobre si, livremente, deixar falar o inconsciente e, ao final, produzir um saber, o saber-analisante (Cabas, 2009). Pode, assim, “assumir e responder por isso que pressiona, no mais íntimo do ser [...], como *res-ponsabilidade* sobre a qual se funda a posição de sujeito” (Cabas, 2010, p.227), a saber, responsabilidade sobre a coisa que o agita, sobre o real, o que insiste em não se inscrever, o que é indizível.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste trabalho, pode-se perceber que a transexualidade é uma questão que engloba o campo médico, farmacêutico, social e psicanalítico. Para a psicanálise,

diferentemente da medicina e da farmácia, a pessoa transexual, como qualquer analisante, deve se colocar a falar livremente sobre si, de modo que consiga, pela associação livre apoiada na transferência, em análise, elaborar um desfecho para aquilo que lhe causa angústia. Com essa elaboração, evitar-se-ia mais pessoas arrependidas, no caso de opção pela cirurgia de redesignação sexual, por possibilitar a renúncia a resoluções imediatistas, que abrem espaço para arrependimentos.

Além disso, foi visto que o corpo em psicanálise vai além do orgânico, sendo causado pela organização pulsional e o atravessamento da linguagem, a qual impossibilita uma relação perfeita de qualquer sujeito com o próprio corpo, devido a não simbolização da diferença sexual. Em alguns sujeitos, contudo, esta relação imperfeita pode causar ainda mais angústia, sendo-lhes necessária uma intervenção da medicina em seu corpo. Nestes casos, cabe à psicanálise oferecer um espaço de escuta que vá de encontro com o imediatismo pautado na corrida capitalista, mas que possibilite ao sujeito a capacidade de fruição, bem como a capacidade de fazer uma escolha mais livre sobre o que fazer com o próprio corpo. Por fim, faz-se necessária uma maior pesquisa da relação entre psicanálise e transexualidade, de modo a contribuir para o avanço da atividade acadêmica sobre este tema. Além disso, colocamo-nos contra qualquer tipo de discriminação contra transexuais e transgêneros.

REFERÊNCIAS

- Cabas, A. G. (2009). Sobre o conceito de experiência e o estatuto do saber do discurso analítico. In: D. O. Perez (Org), *A eficácia de cura em psicanálise* (pp. 61-70). Curitiba: CVR.
- Cabas, A. G. (2010). *O sujeito na psicanálise de Freud a Lacan: da questão do sujeito ao sujeito em questão*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Dal-Cól, D. M. L. (2016). *A escrita e o corpo em psicanálise e sua implicação nos fenômenos psicossomáticos*. Tese de doutorado. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Freud, S. (2010). Recomendações ao médico que pratica a psicanálise. In: S. Freud (traduzido por P. C. Souza), *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia ("o caso Schreber")*, artigos sobre técnica e outros textos (pp. 147-162). São Paulo: Companhia das Letras. (Original publicado em 1912).
- Freud, S. (2010). Recordar, repetir e elaborar. In: S. Freud (traduzido por P. C. Souza), *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia ("o caso Schreber")*, artigos sobre técnica e outros textos (pp. 193-209). São Paulo: Companhia das Letras. (Original publicado em 1914)
- Jorge, M. A. C. & Travassos, N. P. (2018). *Transexualidade: o corpo entre o sujeito e a ciência*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Antra: Associação Nacional de Travestis e Transexuais. (s/d). *Mapa dos assassinatos*. Recuperado em 3 de dezembro de 2018, de <https://antrabrasil.org/mapadosassassinatos/>

Ministério Público Federal (2017). Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. *O Ministério Público e a Igualdade de Direitos para LGBTI*, 2 ed. Recuperado em 3 de dezembro de 2018, de <http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/pfdc/midiateca/nossas-publicacoes/o-ministerio-publico-e-a-igualdade-de-direitos-para-lgbti-2017>

Orientando: um espaço de aprendizagem. (s/d). *O que é gênero*. Recuperado em 3 de dezembro de 2018, em <https://orientando.org/o-que-e-genero/>

Psicologia e Política Nacional de Assistência Social: a clínica social como um modo de intervenção

Rafael Bianchi Silva ⁵⁹

Anyelle Karine de Andrade ⁶⁰

A inserção da Psicologia na Política Nacional de Assistência Social (PNAS) sinaliza a urgente tarefa de realizar uma reflexão sobre a atuação dos psicólogos nesse contexto, visto que em todos os níveis de proteção social previstos pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS), nos diferentes serviços e programas, as equipes contam com psicólogos em seus quadros de referência (conforme previsão e proposição da NOB-RH/SUAS).

Ainda que a abertura do campo de trabalho nas políticas públicas de Assistência Social tenha apresentado um novo público e novos espaços para as intervenções da Psicologia, observa-se o predomínio do modelo clínico tradicional que não se encontra alinhado aos fundamentos destacados pelo SUAS. Ressalta-se que diversos documentos⁶¹ que versam sobre o trabalho social a ser realizado nessa política descrevem que os profissionais técnicos de nível superior não devem realizar ações psicoterápicas, entendidas como psicodiagnósticas ou psicopedagógicas visto que tais práticas não atendem aos objetivos do SUAS.

A partir disso, torna-se importante vislumbrar quais alternativas existiriam como modo de sustentar epistemológica, ética, política e esteticamente, as ações do psicólogo em tal contexto. Tal como sinalizam Yamamoto e Oliveira (2010) o grande desafio para a profissão, no campo das políticas públicas está em “pensar numa atuação que conjugue um posicionamento político mais crítico por parte dos psicólogos, com novos referenciais teóricos e técnicos que podem ou não partir dos já consolidados, mas que necessariamente, precisariam ultrapassá-los” (p. 21).

⁵⁹ Departamento de Psicologia Social e Institucional e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UEL-PR. Contato: tibx211@yahoo.com.br

⁶⁰ Psicóloga no Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS – Londrina-PR. Contato: anyelleandrade@hotmail.com

⁶¹ Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (2009); Orientações Técnicas Centro de Referência de Assistência Social – CRAS (2009); Orientações Técnicas sobre o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF: Trabalho Social com Famílias (2012); Referências Técnicas para a Prática de Psicólogas (os) no Centro de Referência Especializado da Assistência Social – CREAS (2013).

Não se pretende aqui apontar uma única técnica, teoria ou a melhor estratégia para a atuação no campo da Assistência Social, mas sim discutir um modo de intervenção possível alinhado a proposta da política. Nesse sentido, nos debruçamos sobre clínica social, enquanto concepção que toma a clínica para além da prática tradicional, que se apresenta como uma das possibilidades metodológicas de organizar intervenções alinhadas com os princípios do SUAS.

No Brasil, na década de 1980, tem início a divulgação de práticas relacionadas a clínica social, em meio as questões da abertura democrática política do país, ampliação dos movimentos sociais e da crítica a clínica tradicional (hegemonicamente centrada no indivíduo e voltada para intervenções junto as classes médias e altas, com objetivos analíticos, psicoterapêuticos/psicodiagnósticos). A clínica social despontou como uma nova forma de se fazer clínica, olhando também para uma parcela da população que se encontrava à margem do público atendido até então pela Psicologia, o que fez uma aproximação com as classes mais empobrecidas. Dessa forma, tornou-se necessário reconstruir respostas teórico-metodológicas que estivessem mais contextualizadas aos novos espaços e novos públicos de atuação.

No entanto, a clínica social não se refere a intervenção psicológica voltada unicamente aos pobres ou oprimidos, nem tampouco como uma prática pensada para atender aos objetivos dos novos campos de atuação. Trata-se de uma clínica que ampliando suas possibilidades, pode acontecer em qualquer lugar e com todos os tipos de população (Romagnoli, 2006). Acrescenta-se, portanto, que a clínica social não visa apenas a ampliação do atendimento para um universo que permanecia fora da clínica privada, mas mostra-se como uma ação crítica sobre a própria clínica tradicional, a partir da ruptura com a ideia de setting e o abandono de normas e verdades que enquadrariam os sujeitos a um modelo preestabelecido.

Nessa proposta de intervenção, o psicólogo, segundo Romagnoli (2012, p. 124), adota uma postura transdisciplinar, admitindo um diálogo necessário com outras disciplinas e práticas, questionando as relações de poder entre os saberes e buscando por soluções coletivas e inventivas à medida que desestabiliza as certezas. Nesse processo, cria zonas de indagações e problematização de questões para além da dimensão intrasubjetiva, potencializando novas formas de pensar e atuar nos diferentes contextos sociais.

A clínica social ao suspender categorizações prévias ao atendimento, propõe uma abertura para o que acontece e se materializa no espaço relacional do encontro com o outro em suas diversas possibilidades de ser e estar. Viabiliza novas formas de expressão não apenas de si, como também, de modo mais amplo, do território em atendimento, permitindo a experimentação de possibilidades, de novas formas de existência aos participantes desse encontro terapêutico. Tal como esclarece Mansano (2011, p. 70), o encontro clínico permite a experimentação de novos modos de viver, diversos dos que se estava habituado. A clínica seria, assim, um apoio para a problematização de situações e auxílio para o processo de mudança.

Romagnoli (2007, p. 101) descreve que na intervenção clínica ocorrem desestabilizações do está estabelecido, permitindo o novo, o movimento para a criação e não apenas para a reprodução do já existente. E nesse sentido, a clínica assume o lugar de resistência aos processos contemporâneos de homogeneização, que tende a reproduzir modos de existência padronizados. Ela, portanto, configura-se, nos encontros com as pessoas, como um projeto transformador, utilizando-se da sensibilidade do terapeuta para desenvolver novas possibilidades de expressão, criando novos territórios de existência.

Essa desterritorialização possibilita a subjetividade livrar-se da repetição, que caracteriza, na verdade, a negação da heterogeneidade desse território, a limitação das suas dimensões crescentes a um número reduzido e conhecido de conexões, que, embora cambiantes, são monitoradas pela sociedade mundial de controle. Com esse desvencilhamento, precursor do novo, a subjetividade liberta-se de agenciamentos redundantes e arraigados, que passaram a atuar para a cristalização do ser (Romagnoli, 2007, p. 104).

A proposta da clínica social pressupõe o abandono dos papéis sociais fixos, dos protocolos que condicionam a execução de funções preestabelecidas, entre aquele que tudo sabe e aquele que será alvo das intervenções do especialista. Nessa clínica, a relação não é dada a priori, mas se faz, segundo Fraga (2016, p.77), “na medida em que os sujeitos fixos vão dando lugar a novas maneiras de estar sendo, de estarem se descobrindo e se desnudando para o novo. Este espaço proposto pela clínica não requer refinamento ou requintes no pensamento, mas sim uma entrega mútua a cada encontro”.

Sobre a participação do terapeuta nesse encontro, Mansano (2016, p.69) esclarece que “implica uma série de vulnerabilidade afetiva indispensável ao encontro clínico, permitindo a

experimentação, em si e no outro, de sensações, associações, dúvidas e incômodos os mais diversos”. Ainda sobre essa questão, Romagnoli (2007) pontua que o terapeuta precisa estar disponível para essa abertura ao outro, promovendo caminhos que levem a encontros potencializadores, não se ocupando por intervenções opressoras ou preconceituosas sobre o outro, mas sim de intervenções ativas, singulares e inventivas que permite fazer do espaço clínico um “laboratório de experimentação” para que a subjetividade, em um processo de produção, possa vivenciar novas formas de viver e pensar.

Enquanto proposição política, a partir do social é estabelecida uma dimensão de intervenção, não apenas individualmente, mas principalmente no entendimento da importância da participação e da ação coletiva na produção de subjetividade. A proposta é então uma clínica, tal como ressalta Mansano (2016, p. 65), que permite experimentar e inventar modos de viver, a partir do encontro terapêutico, que aumentem a potência, não só dos membros da relação terapêutica, mas conseqüentemente das outras pessoas com as quais esses se relacionam. O trabalho do terapeuta é gerar tensionamentos, e ao gerar tensionamentos em uma pessoa, produz-se também interferências em outros espaços, em outras pessoas, ou seja, efeitos no próprio campo social.

Para além dos apontamentos aqui realizado, a proposta clínica apresentada possui também uma dimensão institucional, o que abre a possibilidade de pensar a atuação psi não apenas no trabalho com o usuário da Assistência Social, como também, construir uma clínica da própria política pública em operação crítica das formas institucionais que são materializadas nos modos de inserção e operação dos técnicos sobre o campo social. Nesse sentido, a clínica social não acontece apenas em relação aos sujeitos, mas também se configura como uma clínica das instituições.

Dessa forma, destacamos um evidente tensionamento no que tange a questão das práticas previstas para o psicólogo na Política de Assistência Social. Se em diversos documentos é vedada a execução de práticas consideradas psicoterapêuticas nos equipamentos e serviços da política, como seria possível conceber a possibilidade de reconhecimento de uma clínica social operando em tal contexto? Se partimos de um referencial diverso da perspectiva hegemônica e tradicional, torna-se necessário problematizar outras clínicas possíveis, que se organizem de modo diferentes de tais abordagens tradicionais, patologizantes, protocolares, que tratam de verdades irrevogáveis.

Observamos que uma vez que se caracteriza por ser uma clínica eminentemente tensional e crítica, a clínica social desponta como uma possibilidade de intervenção no SUAS, visto que suas premissas, ao incluir a análise de diferentes atravessamentos sociais, o que implica na realização de análise que incluem necessariamente um universo para além do individual, busca abrir caminhos para outras formas de compreensão dos sujeitos usuários da política para além da dimensão da pobreza. Desse modo, ao invés de servir como compreensão dos fenômenos de modo a naturalizá-los, a clínica aqui descrita, ao ser levada ao âmbito do SUAS, ofereceria novos campos de análise e possibilidades de intervenção de forma a potencializar os sujeitos e coletivos ao enfrentamento de condições sociais vulneráveis às quais se encontram imersos.

Considerando que as demandas dos usuários do SUAS são dinâmicas e complexas, torna-se necessária a adoção por parte dos psicólogos de posições inventivas e transdisciplinares, que favoreçam encontros entre os profissionais e os usuários, liberando a vida do que está posto e cristalizado, potencializando e permitindo aos diferentes atores da política de Assistência Social, novas formas de expressar, pensar e se relacionar.

REFERÊNCIAS

- Fraga, F. C. (2016). Desvios, devires e cartografias da clínica "psi" na atualidade. *Saúde em Redes*, 2(1), 73-80.
- Mansano, S. R. V. (2011). Clínica e potência: algumas considerações sobre a experiência dos encontros em Gilles Deleuze. *Mnemosine*, 7(2), 64-74. Recuperado em 16 dez 2018, de <http://www.mnemosine.com.br/ojs/index.php/mnemosine/article/view/228>.
- Romagnoli, R. C. (2006). Algumas reflexões acerca da clínica social. *Revista do Departamento de Psicologia - UFF*, 18(2), 47-56. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-80232006000200004>.
- Romagnoli, R. C. (2007). A invenção como resistência: por uma clínica menor. *Vivência*, 97-108.
- Romagnoli, R. C. (2012). O SUAS e a formação em psicologia: territórios em análise. *ECOS*, 2(1), 120-132. Recuperado em 16 dez 2018, de <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/viewFile/683/662>.
- Yamamoto, O. H, & Oliveira, I. F. (2010). Política Social e psicologia: Uma Trajetória de 25 Anos. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 2(número especial), 9-24. Recuperado em 16 dez 2018, de <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26nspe/a02v26ns.pdf>.

Resumos

A escuta de um sujeito: a possibilidade de simbolização do ser após internação hospitalar

Carolline de Castro Lima⁶²

Claudia Maria de Sousa Palma⁶³

RESUMO:

Explana-se no presente trabalho acerca de uma experiência de atendimento clínico fundamentado na clínica psicanalítica, no ambulatório do Hospital das Clínicas, vinculado à Universidade Estadual de Londrina. Frente à necessidade de formalização da referida clínica no âmbito hospitalar, a psicoterapia psicanalítica configura-se, segundo conceituações freudianas, como um tratamento do “psíquico pelo psíquico”, isto é, através da palavra. Desta forma, considerando as demandas da rede pública, buscou-se oferecer um espaço de escuta ao psíquico diluído na política medicalizante dos corpos. Ana é uma mulher de 30 anos, encaminhada pelo setor dermatológico após um período de internação em unidade de tratamento intensivo (UTI) no Hospital Universitário, chegou ao setor de Psicologia reproduzindo em seu desorganizado discurso um saber provindo de médicos e familiares e ausente de qualquer implicação com o seu viver. Conforme aponta Lacan, o inconsciente é estruturado como uma linguagem e apresenta-se na própria fala do sujeito, quando a este é ofertado um lugar de dizer sobre si. Nesse sentido, o processo de simbolização é fundamental para a subjetivação das vivências. A experiência da internação mostrou-se traumática para Ana, assim, ofertou-se um espaço de escuta e validação da verdade do sujeito, trazendo à paciente a possibilidade de construção de seus sentidos e responsabilidades com suas condições de relação no mundo. O caso relatado se encontra em andamento, assim, partiu-se das doze sessões realizadas até então para questionar uma possível evolução no que concerne ao enfrentamento de marcos acometidos no período da hospitalização, sustentando-se no validar da palavra como um fator deformador, reformador e transformador para o sujeito na experiência analítica com o viver. Para além da demanda de contribuição à terapêutica da paciente, acredita-se que a experiência clínica relatada denota uma relevância

⁶² Discente do quarto ano de Psicologia pela Universidade Estadual de Londrina.

⁶³ Docente adjunta ao departamento de Psicanálise da Universidade Estadual de Londrina.

acadêmica para discentes em formação, através da prática psicanalítica estendida à campos de saber externos ao consultório convencional.

Palavras-chave: Psicologia hospitalar; Simbolização; Escuta; Psicoterapia psicanalítica.

A Psicologia no entre: Ciranda da Paz

Jamille Julia Lucri ⁶⁴

Dandara Peraro de Sousa ⁶⁵

Graziela Lastória Bonatti ⁶⁶

Alejandra Astrid Leon-Cedeño ⁶⁷

RESUMO:

INTRODUÇÃO: A clínica social se constrói em um território abarcando o cotidiano de quem dele faz parte. Ao reconhecer em um bairro a possibilidade do alcance da Psicologia, a partir de atividades que possibilitaram um espaço para serem trabalhadas questões com as crianças da região, fomenta-se também as práticas indicadas pelas Políticas Públicas. Com ações que não se restringem à clínica tradicional, a proposta de promover atividades criativas e recreativas pode seguir o intuito das Políticas Públicas de que os usuários da rede saiam da condição de dependência ou tutela do Estado, a fim de que possam, por meio de experiências potencializadoras de participação cidadã, adquirir autonomia e emancipação individual, bem como uma consciência coletiva da dependência social. **OBJETIVO:** Apresentar experiências de alunos de psicologia a partir de atividades culturais, recreativas e expressivas com crianças em projeto na cidade de Londrina. **MÉTODO:** Foram realizados 4 encontros mensais de 2 horas de duração em um centro comunitário de um bairro na periferia de Londrina, o qual passou 4 anos sendo praticamente inutilizado. Participaram aproximadamente 30 crianças residentes do bairro, e colaboradores do projeto Cirandando Londrina. Os temas escolhidos para serem trabalhados eram concernentes a questões levantadas no território. **RESULTADOS e DISCUSSÃO:** As atividades realizadas demonstraram que o contato entre as crianças e membros do Ciranda da Paz proporciona encaminhamentos qualificados, uma rede geradora de possibilidades de ocupação de espaços da própria comunidade, e integração que diminui fronteiras entre o teórico, o prático e a vivência real. Faz-se assim uma psicologia no “entre”: em todos os territórios, possibilitando um olhar para o humano de atenção do singular em um

⁶⁴ Contato: jamille.lucri@gmail.com.

⁶⁵ Contato: dandaraps@gmail.com.

⁶⁶ Contato: grabonatti1580@gmail.com.

⁶⁷ Contato: alejandra@uel.br. Universidade Estadual de Londrina.

espaço comum e uma escuta cuidadosa e valorativa em atividades cotidianas como o brincar. Também, essa psicologia se dá entre a clínica e o social, entre saúde e cultura, desenvolvendo-se, portanto, uma prática intersetorial.

Palavras-chave: Psicologia Social; Atividades Comunitárias; Cirandando Londrina.

A teoria psicanalítica como instrumento de escuta na clínica da urgência

Larissa Ferreira de Abreu Pereira ⁶⁸

Abílio da Costa-Rosa

Maico Fernando Costa

RESUMO:

Este trabalho orienta-se em apresentar a prática de estágio em andamento na Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Esse estabelecimento de saúde é caracterizado por oferecer serviço no setor da Urgência, (Brasil, 2003), sendo assim, é esperado que as pessoas ao adentrarem nesse serviço estejam, em sua maioria, com a sua saúde física comprometida. Contudo, da literatura pesquisada e com a prática de estágio, notamos que os sujeitos ao serem interpelados por algo que coloca a sua saúde física em risco, frequentemente, também vivenciam um abalo na sua realidade psíquica. Nessa direção, Barreto (2004) aponta que existem dois tipos de Urgência: a “Urgência Física” e a “Urgência Subjetiva”. Sendo assim, nos valem da psicanálise no campo de Freud e Lacan para fazer a escuta junto a esses sujeitos em sofrimento, pois nas palavras de Costa (2016), Moretto (2001), Simões (2011), essas pessoas ao se verem em uma condição adversa põem-se a questionar sobre a sua vida, e nesse instante, a psicanálise Lacaniana, pode ser de grande valia, pois ela aposta no desejo do sujeito de se questionar e trabalhar sobre os seus impasses subjetivos. Para exercer a práxis desse trabalho, utilizamos como referencial técnico-teórico o Dispositivo Intercessor (DI) que, segundo Costa-Rosa (2008), é uma via para romper com a forma segmentada que o conhecimento é construído e praticado na Universidade. Quando se opera a partir do DI é exigida uma postura onde os conhecimentos teóricos, práticos e institucionais se articulam e refletem na prática do trabalhador/estagiário.

Palavra-Chave: Clínica da Urgência. Psicanálise de Freud-Lacan. Saúde Coletiva.

⁶⁸ Contato: larissafapereira@gmail.com. Departamento de Psicologia Clínica; Unesp; Assis-SP; BR.

REFERÊNCIAS

- Barreto, F. P. A. (2004). *Urgência Subjetiva na Saúde Mental*. 2004. Recuperado em 16 dez 2018, de <http://docplayer.com.br/13298803-A-urgencia-subjetiva-na-saude-mental-1-uma-introducao.html>.
- Brasil. Ministério do Planejamento. (2016). *UPA-Unidade de Pronto Atendimento-São Paulo*. Brasília, DF, 2003. Recuperado em 16 dez 2018, de <http://www.pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/upa-unidade-de-pronto-atendimento/sp>.
- Costa, M. F. (2016). *A clínica da urgência na unidade de pronto atendimento: da privatização da saúde a uma aposta no sujeito do inconsciente*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Assis. Recuperado em 05 abr 2018, de http://www.biblioteca.pucminas.br/teses/Psicologia_SimoesCL_1.pdf.
- Moretto, M. L. (2001). *O que pode um psicanalista no hospital?* São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Simões, C. L. F. (2011). *A clínica da urgência subjetiva: efeitos da psicanálise em um pronto-atendimento*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

Atendimento Ambulatorial em Unidade Básica de Saúde: Relato de Experiência

Amanda de Medeiros Silva

Maíra Bonafé Sei

RESUMO:

Atualmente, a Psicologia se insere cada vez mais na área da saúde, entretanto, muitas vezes os profissionais possuem apenas a prática clínica, não conhecendo as especificidades do trabalho na atenção básica. Com o intuito de preparar os futuros profissionais para as novas realidades de atuação, alguns alunos de Psicologia da Universidade Estadual de Londrina realizaram seus estágios obrigatórios em Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade de Cambé, atuando na modalidade ambulatorial, através de atendimentos individuais. Este trabalho tem como objetivo analisar a experiência de uma estagiária em uma UBS da cidade de Cambé. Em um primeiro momento, foi pedido para que as estagiárias do último ano da graduação realizassem um trabalho ambulatorial, através de atendimentos individuais, devido à extensa lista de espera de cada unidade. Embora a UBS em questão se enquadrasse nesse perfil, constatou-se ao longo do estágio que, em sua maioria, as pessoas buscavam por um atendimento pontual, muitas vezes, nem retornando para uma segunda consulta. Assim, a lista que era extensa, rapidamente diminuiu, onde poucas pessoas de fato realizaram um tratamento psicológico. Com isso, percebe-se que, a população da região da UBS em questão não entende a especificidade da Psicologia enquanto um tratamento a longo prazo, mas puderam se beneficiar do atendimento pontual. Diante desse fato, percebe-se que muitos dos encaminhamentos para a Psicologia são realizados devido a que os pacientes se queixaram de algum aspecto pessoal durante uma consulta médica, sem, contudo, formularem demanda para atendimento psicológico. Concluímos então que muitos desses pacientes poderiam resolver suas questões através de uma escuta por parte de algum profissional, ou trabalhados em modalidade grupal, ficando a cargo do atendimento individual somente aqueles pacientes que de fato necessitassem de uma continuidade.

Palavras-chave: Estágio; Encaminhamento; Evasão.

Bastidores de uma pesquisa em Psicanálise: refletindo sobre os sentimentos das pesquisadoras

Renata Fernanda Bacaro

Amanda Vieira Teodoro

Renata Vieira Rolin

Maria Elizabeth Barreto Tavares dos Reis

RESUMO:

A seguinte pesquisa tem como enfoque a importância dos fenômenos transferenciais e contratransferenciais na clínica psicanalítica. Trata-se de um estudo realizado com acadêmicas de Iniciação Científica que estão atuando em um projeto de pesquisa maior, que está sendo realizado na UEL, a respeito das emoções vivenciadas por psicoterapeutas aprendizes. O objetivo consiste em refletir sobre as emoções vivenciadas pelo pesquisador na clínica psicanalítica. O trabalho das alunas-pesquisadoras implica em realizar a leitura com atenção flutuante, de relatos de casos atendidos em psicoterapia psicanalítica e assim analisar as emoções percebidas em si mesmos e relatadas pelos respectivos psicoterapeutas. A leitura dos casos relatados desencadeou emoções e sentimentos nas pesquisadoras tais como alívio, raiva; preocupação, insegurança, entre outras, as quais foram mobilizadas por fatos clínicos ou pela performance do psicoterapeuta aprendiz. Para que houvesse um consenso entre os entendimentos de cada pesquisadora acerca da definição de cada emoção sentida, foi produzido um glossário com definições pautadas em dicionários de psicanálise e dicionários de língua portuguesa, a fim de padronizar as definições utilizadas ao longo da pesquisa. Desta forma buscou-se garantir a cientificidade no modo de análise e de classificação das emoções identificadas nos relatos pelas pesquisadoras. Muito se diz acerca da neutralidade que é necessária para o atendimento psicoterapêutico, como uma forma de distanciamento das emoções do psicoterapeuta em relação ao paciente atendido, porém nesta pesquisa pode-se notar a importância de entender as emoções mobilizadas nos psicoterapeutas e como elas transpassaram o relato do caso e atingiram as pesquisadoras em sua análise.

Palavras-chave: Contratransferência; emoções; psicoterapia psicanalítica; transferência.

Escuta clínica psicanalítica de adolescentes em sofrimento psíquico na instituição: limites e possibilidades

João Eduardo Cordeiro Pereira
Selmara Merlo Londero

RESUMO:

Pretende-se discutir no âmbito teórico-prático as possibilidades e os limites da escuta clínica psicanalítica, de jovens em sofrimento psíquico. A partir da experiência de estágio em um Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) da região norte do Paraná. Considerando-se que este tipo de instituição acolhe demandas de sofrimento grave da população infanto-juvenil, onde encontram-se pacientes em sofrimento grave que seu sintoma o acomete, além da desassistência social e rompimentos de vínculos, por exemplo. Nesse sentido, dentro da política proposta pelo Ministério da Saúde (2014, p. 23), prevê-se que crianças e adolescentes são sujeitos de direito, assim como adultos, e por isso devem ter direito ao acesso à saúde e à saúde mental. Assim, cabe a aposta psicanalítica de que, a partir de sua ética – a ética do desejo -, e da transferência estabelecida com os técnicos, possam emergir também os determinantes inconscientes do psiquismo de cada sujeito singular, tornando possível elucidar alguns aspectos do seu sofrimento, junto à proposta de tratamento em saúde mental. Busca-se identificar e discutir os elementos recolhidos a partir da prática em um CAPSi, em grupos terapêuticos compostos por adolescentes de 12 a 16 anos, e sua relação com a possibilidade e o limite da prática da escuta psicanalítica, na modalidade grupal. Supondo-se que os pacientes podem vir a se responsabilizar pela sua história, modo de operar e, então, ter maior autonomia sobre seus sintomas. Assente do espaço de fala proporcionada pela proposta da instituição, busca-se indicar qualitativamente, qual o potencial desta prática. Afinal, através do discurso singular e do fazer questão da psicanálise, pôde-se identificar a elevação do discurso conformado ou sequer questionado, para um indicativo de movimento de apropriação do grupo enquanto lugar de fala e elaboração de questões, visando também, atender aos objetivos institucionais e conseqüentemente a alta dos pacientes.

Palavras-chave: saúde mental; escuta clínica; psicanálise; Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi).

Jogos virtuais e vivências emocionais na clínica com adolescentes

André Jorge de Jesus

Maria Elizabeth Barreto Tavares dos Reis

RESUMO:

O atendimento em psicoterapia psicanalítica com crianças e início da adolescência muitas vezes ocorre por meio de atividades lúdicas. Conforme sugerido por autores tais como Melanie Klein, a brincadeira é uma maneira da criança expressar o seu mundo interno, bem como as fantasias inconscientes. O presente trabalho tem como objetivo apresentar e discutir aspectos de um caso atendido em estágio curricular em psicoterapia psicanalítica na Clínica Psicológica da UEL. O atendimento buscou oferecer um espaço de escuta psicológica para um adolescente que apresentava imaturidade emocional. Por meio de atividades lúdicas, como desenhos e modelagem, foi possível perceber que o paciente utilizava do relato e de desenhos a partir de jogos virtuais, que costumava utilizar no seu dia a dia em situações extra clínica, para expressar suas vivências emocionais. Para tanto, foi necessário buscar compreender a linguagem dos jogos trazidos para o setting e a partir disso analisar como os jogos virtuais e suas implicações poderiam contribuir para a compreensão do estado emocional do adolescente. Os motivos que o trouxeram até a clínica foram relatados pela mãe, que alegava que o principal deles era a falta de atenção na escola. Desde a primeira sessão clínica o paciente mostrou interesse por desenhar e modelar figuras específicas de um jogo virtual chamado: *"five nights at freddy's"*. Proporcionando um espaço lúdico, foi possível perceber que o adolescente utilizava de suas produções para sinalizar como seu mundo interno estava desorganizado, o sofrimento que estava vivenciando e sua necessidade de acolhimento e compreensão. Apesar do envolvimento com jogos virtuais ser muito frequente pelos adolescentes na atualidade, há poucos trabalhos sobre o tema na clínica psicanalítica, assim espera-se que o presente relato de experiência possa fomentar novos estudos a respeito da compreensão do uso de jogos virtuais pelos adolescentes, como forma de expressar e analisar as emoções vividas.

Palavras-chave: jogos virtuais; imaturidade emocional; mundo interno.

Luto e melancolia: uma associação entre a depressão e o suicídio

Amanda Lays Monteiro Inácio ⁶⁹

Maria Elizabeth Barreto Tavares dos Reis ⁷⁰

RESUMO:

A associação entre o quadro clínico de depressão maior e comportamento suicida tem sido largamente descrita, com achados que parecem se confirmar em diferentes desenhos metodológicos e em distintas populações. Com base nisso, a detecção e o tratamento adequado de pessoas acometidas pela depressão, a partir do processo de psicoterapia aliado ao acompanhamento psiquiátrico pode ser considerada como a forma mais efetiva de prevenção ao suicídio. O presente estudo objetiva conjecturar associações entre o quadro clínico da depressão e do suicídio à luz da psicanálise por meio de fragmentos de um caso clínico. Para tanto, recorre-se aos conceitos de luto e melancolia propostos pela teoria freudiana, em que o luto é concebido como uma reação à perda de um ente querido, enquanto que a melancolia possui especificidades distintas, dentre as quais destaca-se a perda de interesse no mundo externo, a inibição das atividades corriqueiras e uma diminuição da autoestima. Para tratar do assunto, o estudo em questão é embasado em fragmentos de um caso de psicoterapia atendido em uma clínica-escola do curso de Psicologia. No material clínico advindo do caso nota-se um empobrecimento do ego, onde o paciente (homem de meia idade) se apresenta como desprovido de valor, incapaz de qualquer realização e moralmente desprezível, o que remete ao conceito de melancolia expresso na teoria psicanalítica. Além disso, fragmentos expressos em relação a uma tendência suicida também se mostram presentes, com o objetivo de remediar a dor e acabar com a sensação de “exclusão frente à sociedade” conforme o próprio paciente descreve. Em face disso, o processo psicoterápico aliado à medicalização tem sua contribuição enquanto espaço de escuta clínica especializada frente à promoção de uma gradual renúncia às vivências

⁶⁹ Departamento de Psicologia e Psicanálise, Universidade Estadual de Londrina, Londrina-PR, Brasil. Contato: amandalmonteiro@gmail.com

⁷⁰ Departamento de Psicologia e Psicanálise, Universidade Estadual de Londrina, Londrina-PR, Brasil.

cotidianas de um passado permeado por dor e sofrimento e a possibilidade de enfrentamento das emoções no momento presente.

Palavras-chave: Depressão, Psicanálise, Suicídio.

“Não é bem assim”: vivências emocionais da psicoterapeuta com paciente de difícil acesso

Gabriela De Campos Aguiar

RESUMO:

A psicoterapia breve de orientação psicanalítica tem como objetivo propiciar um espaço em que o sujeito possa trabalhar questões que lhe causam angústia. Entretanto, diferente de um trabalho de análise, com um foco e período estabelecidos, conforme a demanda apresentada pelo paciente. Por vezes, pode ser necessária a presença mais ativa do psicoterapeuta, para que o paciente consiga refletir sobre sua demanda. Desta forma, a transferência por parte do paciente é imprescindível, pois é condição fundamental para que ocorra este trabalho de reflexão por parte do paciente sobre sua queixa, a fim de pensar sobre sua real demanda. Em decorrência disso, a contratransferência também se apresenta neste contexto, sendo necessária a interpretação tanto do lugar em que o paciente coloca o terapeuta, quanto dos sentimentos causados no terapeuta por conta de conteúdos inconscientes captados do paciente. Assim, é importante discutir as vivências emocionais do psicoterapeuta que se apresentam no setting terapêutico, considerando se são dele os efeitos da contratransferência. Este trabalho tem por objetivo refletir sobre as vivências de uma psicoterapeuta com uma paciente adulta de difícil acesso. Como metodologia utiliza-se análise das emoções vivenciadas pelo psicoterapeuta em decorrência do atendimento de um paciente de difícil acesso. Sobre os resultados, serão apresentadas vinhetas que exemplificam os sentimentos da terapeuta durante o atendimento da paciente em questão, tais como: inquietação, frustração, sensação de ser incapaz, entre outros. Como discussão considera-se necessário discutir sobre os sentimentos do terapeuta com relação a um caso de difícil acesso para pensar em formas alternativas de manejo para que o paciente possa conseguir refletir sobre suas questões.

Palavras-chave: vivências emocionais; contratransferência; psicoterapia breve.

O bom menino ou falso-self? Relato de experiência em psicoterapia infantil

Maria Paula da Silva

Maria Elizabeth Barreto Tavares dos Reis

RESUMO:

Dificuldades em se apresentar de forma autêntica podem estar relacionadas às manifestações defensivas e, inclusive, levar à impressão de uma personalidade empobrecida ou mesmo paralisada, caracterizando o falso-*self*. Ele pode se estabelecer como uma tentativa de substituição da função materna que falhou, como possibilidade de proteger o verdadeiro *self* e também como um modo primitivo de autocuidado. O objetivo do presente trabalho é refletir sobre a possibilidade de manifestação do falso *self* no durante o atendimento psicoterápico a uma criança. Foram analisados alguns fatos clínicos vivenciados nas primeiras entrevistas com a responsável pela criança e nas sessões lúdicas iniciais. Verificou-se uma grande diferença entre a forma como a criança era percebida no seu ambiente familiar e a maneira como se apresentava no *setting* terapêutico. O paciente demonstrava organização e contenção de forma excessiva, enquanto na família era considerado desorganizado e agressivo. Ao longo das sessões, a terapeuta apontou que ali não precisava temer ser repreendido e que naquele lugar poderia agir de acordo com os seus desejos. Posteriormente, o paciente passou a se manifestar de forma diferente inclusive em seus desenhos, contendo imagens de um ser vivo que não estava parado, que estava indo em alguma direção. A análise dos fatos clínicos, considerou a possibilidade de manifestação de um falso *self*, por temor de não ser aceito pela terapeuta, tendo em vista seu histórico de abandono tanto no início da vida, pela mãe biológica, quanto na atualidade por meio da constante ameaça de ser devolvido aos cuidados dela, algo que não é de sua vontade. Aparentemente, a presença sensível da psicoterapeuta, através da relação transferencial estabelecida, possibilitou ao analisando a oportunidade de entrar em contato com nuances do seu verdadeiro *self*.

Palavras chave: agressividade; falso-*self*; relação transferencial.

O ensino de avaliação psicológica no contexto da extensão universitária: análises e perspectivas

Amanda Lays Monteiro Inácio ⁷¹

Katya Luciane de Oliveira

RESUMO:

Durante a graduação o estudante deve ser instrumentalizado ao fazer psicológico, participando de todas as etapas inerentes ao processo de aprendizado de sua futura profissão. Em face a este contexto, a extensão universitária, que compõe um dos pilares da universidade brasileira, tem por objetivo possibilitar a aproximação do estudante com a prática profissional e contribuir socialmente enquanto um espaço privilegiado de trocas e produção do conhecimento, fornecendo importantes competências para o desenvolvimento do profissional de Psicologia. Objetivou-se neste estudo analisar o funcionamento do projeto de extensão denominado “Avaliação psicodiagnóstica em diferentes contextos e acolhimento na clínica escola do curso de psicologia da Universidade Estadual de Londrina” que visa a atuação prática em Avaliação Psicológica de estudantes a partir do terceiro ano da graduação. O presente estudo analisou as avaliações realizadas nos anos de 2015 e 2016 a fim de levantar as características desses atendimentos. Os resultados indicaram um total de 71 avaliações efetivadas em diferentes modalidades, a saber, orientação vocacional/profissional, avaliações de saúde mental, encaminhamentos do Poder Judiciário e de outras entidades públicas, tais como escolas do município de Londrina e região. Os atendimentos foram realizados no Laboratório de Avaliação Psicológica/PPSIC da UEL e na Clínica Psicológica da mesma instituição, buscando favorecer a aproximação da prática profissional com os conhecimentos teóricos advindos do curso de Psicologia.

Palavras-chave: Avaliação psicológica; Extensão; Formação do psicólogo.

⁷¹ Departamento de Psicologia e Psicanálise, Universidade Estadual de Londrina, Londrina-PR, Brasil. Contato: amandalmonteiro@gmail.com.

O papel do plantão psicológico diante do sofrimento psíquico de adolescentes

André Jorge de Jesus

Maíra Bonafé Sei

RESUMO:

O plantão psicológico tem o intuito de oferecer um espaço de acolhimento psicológico por meio de um atendimento emergencial e pontual. Além disso, realiza encaminhamentos para outros serviços da rede, para que o indivíduo em questão tenha assistência especializada quanto ao que foi abordado no atendimento. O presente trabalho tem como objetivo apresentar e discutir questões de um caso atendido no projeto de extensão intitulado “Plantão Psicológico na Clínica Psicológica da UEL e demais contextos”. Trata-se de um atendimento realizado com uma adolescente que se encontrava em situação de violência familiar. Por meio de uma escuta breve foi possível perceber que a jovem se apresentava em um estado de vulnerabilidade emocional e com dificuldade de direcionar suas angústias, chegando a se mutilar como uma tentativa de aliviar seu sofrimento. Os motivos que a levaram até o plantão psicológico foram relatados pela mãe, que alegou estar preocupada, após encontrar cartas “suicidas” escritas pela filha. Por meio deste caso, pode-se refletir acerca de quais são os limites impostos pelo atendimento emergencial e o que enquanto instituição que busca promover saúde seria possível oferecer e contribuir para o caso. Entende-se, a partir da psicanálise, que o adolescente está em constante elaboração psíquica de perdas e construção de uma nova identidade. Com isso, o trabalho psicoterapêutico pode contribuir para o direcionamento desses diversos conflitos e promover auxílio na maturação emocional. Entretanto, questiona-se se em um atendimento único seria possível suscitar essas questões e instrumentalizar o adolescente a buscar ajuda psicológica ou jurídica, frente aos enfrentamentos que vem passando dentro de sua casa.

Palavras chave: Plantão psicológico; Violência familiar; vulnerabilidade emocional.

O sentido da agressividade em Winnicott: a clínica psicanalítica com criança auto agressiva

Júlia de Haro Pelizzer ⁷²

Diana Pancini de Sá Antunes Ribeiro ⁷³

RESUMO:

Introdução: Na teoria psicanalítica winnicottiana, a agressividade tem dois significados: constitui direta ou indiretamente uma reação à frustração e, por outro lado, é uma das muitas fontes de energia de um indivíduo (Winnicott, 1957/2008). A teoria do amadurecimento de Winnicott enfoca a tendência inata do indivíduo ao amadurecimento, mas enfatiza a importância do ambiente neste amadurecimento (Dias, 2003). Objetivo/Método: Este trabalho pretende refletir sobre os atendimentos psicanalíticos na abordagem winnicottiana realizados com uma criança de 12 anos, do sexo feminino, destacando o papel do ambiente em suas manifestações de agressividade. Discussão/Resultados: Inicialmente a queixa foi de agressividade manifesta, na escola e em sua casa, com posterior automutilação (*cutting*). Ao manifestar sua agressividade, notadamente em sua casa, a criança é retaliada por meio de castigos físicos, psicológicos e morais. A retaliação escolar é realizada por professores e diretor, sendo mais de ordem psicológica e moral, e na sua casa por sua mãe e seu pai. Observou-se que no setting a criança consegue comunicação significativa e gradualmente, passa a confiar na terapeuta. Este é organizado em termos de manejo terapêutico (Avellar, 2004), com a agressividade da criança sendo recebida por meio de comunicação e oposição, mas nunca por retaliação. Com o surgimento da confiabilidade o ambiente familiar passa a ser trabalhado em entrevistas, solicitadas por eles, até que a mãe é encaminhada para psicoterapia, sendo que o pai não se disponibiliza a tanto. A escola também solicita entrevista com a terapeuta, o que ocorreu, embora não se tenha observado mudanças neste ambiente. O foco atual é de continuidade do manejo de setting e de, por meio de entrevistas episódicas com os pais, favorecer a mudança ambiental que a paciente necessita para seguir rumo ao seu amadurecimento pessoal sem que o uso de sua agressividade a prejudique.

⁷² Contato: juliahpelizzer@live.com.

⁷³ Contato: diana@assis.unesp.br - Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP.

Palavras-chave: Psicanálise; Winnicott; Ambiente; Manejo de setting; Agressividade.

REFERÊNCIAS

- Avellar, L. Z. (2004). *Jogando na análise e crianças: intervir-interpretar na abordagem winnicottiana*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dias, E. O. (2003). *A teoria do amadurecimento de D W Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Winnicott, D.W. (2008). As raízes da agressividade. In D. W. Winnicott. In *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: LTC. (Original publicado em 1957)

O uso de contação de histórias e atividades expressivas em oficina terapêutica com crianças

Jamille Julia Lucri⁷⁴

Maíra Bonafé Sei⁷⁵

RESUMO:

INTRODUÇÃO: O uso de recursos expressivos se configura como uma via de intervenção psicológica que pode facilitar a emergência de conteúdos inconscientes, especialmente para crianças, ainda desenvolvendo a fluência verbal. Assim também se apresenta a contação de histórias, atividade que possibilita a transferência dos aspectos do real ao simbólico. Considerando tais potencialidades, bem como a insuficiência da oferta de atendimento individual em serviço-escola de Psicologia frente à alta demanda, a proposta de uma oficina terapêutica baseada em contação de histórias e atividades de expressão apresenta-se como meio de elaborar e ressignificar fantasias e conteúdos inconscientes, buscando favorecer o desenvolvimento emocional e relacionamento interpessoal. **OBJETIVOS:** Descrever os efeitos de uma oficina terapêutica grupal com uso de histórias para trabalhar temas vinculados à questão de autoconhecimento e relacionamento interpessoal com crianças. **MÉTODO:** Foram realizados oito encontros semanais de uma hora de duração com crianças entre cinco e seis anos cujos responsáveis haviam realizado a entrevista de triagem na Clínica Psicológica da UEL, sendo inicialmente convidados oito participantes. Os temas escolhidos consideravam questões pertinentes ao que foi relatado nas entrevistas com os pais, tais como diversidade e família, além de se direcionarem ao favorecimento de interação. **RESULTADOS:** Participaram em média três crianças por encontro. A utilização de histórias e recursos expressivos possibilitou um espaço que fomentou o desenvolvimento da relação grupal, bem como expressão de sentimentos e pensamentos, além da elaboração e ressignificação de fantasias. **DISCUSSÃO:** Apesar de ter participado um número de integrantes menor do que o inicialmente esperado, observou-se que a oficina se configurou como uma alternativa de

⁷⁴ Discente de Psicologia junto à Universidade Estadual de Londrina. Bolsista de Iniciação Científica da Fundação Araucária.

⁷⁵ Psicóloga, Mestrado, Doutorado e Pós-Doutorado em Psicologia Clínica pelo IP-USP. Docente do Departamento de Psicologia e Psicanálise da Universidade Estadual de Londrina. Contato: mairabonafe@gmail.com

atendimento e espaço de acolhimento e escuta para crianças frente aos longos períodos de espera pela psicoterapia individual. Ainda, a utilização de histórias e dos recursos expressivos mostrou-se como uma estratégia relevante para acesso a conteúdos internos e desenvolvimento de relação interpessoal.

Palavras-chave: oficina, contação de histórias, atividades expressivas, psicanálise.

Problematizando a Saúde Mental: Intervenção com Agentes Comunitários de Saúde

Ingrid Cavanha Gabriel ⁷⁶

Yan Kawauchi

Aline Cândida da Silva ⁷⁷

Meyre Eiras de Barros Pinto ⁷⁸

RESUMO:

Introdução: O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um trabalhador que atua em programas do Ministério da Saúde, como Programa Saúde da Família (PSF) e faz parte da equipe de saúde na atenção básica. Tem como função orientar famílias sobre cuidados com sua própria saúde e com a saúde da comunidade. Em sua práxis, os ACS se deparam com dificuldades e limites suscitados pela multiplicidade de demandas da comunidade, em especial as relacionadas à Saúde Mental. Nesse contexto, é importante a prática interventiva do psicólogo para respaldar esses profissionais a desenvolverem suas atividades de maneira mais otimizada na área da Saúde Mental. Objetivo: Relatar uma intervenção em Psicologia realizada com os ACSs de uma UBS do município de Londrina-PR. O intuito era identificar questões relacionadas a diferença entre saúde mental/transtorno mental, bem como, de esclarecer o papel do psicólogo na atenção básica. Metodologia: Foram realizadas duas oficinas com média de nove participantes, coordenadas pela Psicóloga-Residente da respectiva UBS e por quatro estagiários do curso de Psicologia da UEL. As atividades foram realizadas com técnicas de dinâmicas de grupo e discussões pautadas nos temas acima mencionados como disparadores, visando propiciar o conhecimento, a interação e esclarecimentos sobre encaminhamentos necessários. Resultados e Discussão: Os ACS tiveram uma participação bastante efetiva, onde conseguiram tirar dúvidas sobre a diferença entre saúde mental e transtornos mentais. Os mesmos não conheciam muitas redes de apoio que foram apresentadas, mostrando a importância de saber fazer encaminhamentos qualificados pensando na saúde e na qualidade

⁷⁶ Discente de Psicologia da Universidade Estadual de Londrina.

⁷⁷ Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Roraima (UFRR). Atualmente cursa o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual de Londrina (UEL).

⁷⁸ Docente do Departamento de Psicologia e Psicanálise da Universidade Estadual de Londrina.

de vida dos pacientes do respectivo território. Por fim, cabe também à Psicologia criar espaços que permitam novos encontros para a construção de saberes, a elaboração de angústias e conflitos e outros aspectos importantes para a construção de uma qualidade de vida no trabalho e de um trabalho saudável a quem nele trabalha.

Palavras-chave: ACSs; Educação; Saúde Mental.

Projeto Brisa: potencialidades da arte na rua

Isabela Caroline Machado ⁷⁹

Alejandra Astrid León-Cedeño ⁸⁰

Clarice Junges ⁸¹

RESUMO:

A Política Nacional para a População em Situação de Rua garante os direitos dessa população, enfatizando a necessidade de uma interlocução entre as diversas políticas públicas, proporcionando um atendimento de qualidade. Indo ao encontro dessa determinação, foi elaborado o Projeto BRISA: Saraus Artísticos, proveniente da parceria entre Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua (Centro POP) e Fundação Cultura Artística de Londrina (FUNCART). Os recursos para sua execução são provenientes do Programa Municipal de Incentivo à Cultura (PROMIC). Objetiva-se, aqui, relatar a experiência das atividades desenvolvidas pelo Projeto Brisa e as repercussões no público-alvo do projeto, a população em situação de rua ou acolhimento institucional. O Brisa é um projeto de inclusão sociocultural, que busca proporcionar acesso à arte e cultura. Para tanto, foram planejados 9 encontros denominados “Saraus”, que promovem apresentações artísticas nos espaços públicos de Londrina, como praças e locais de atendimento e/ou acolhimento. Essa experiência com os Saraus proporciona que usuários do Centro POP estejam engajados na organização e desempenho de atividades artísticas, como apresentações de teatro, música, dança e poesia. A partir dessas vivências, evidenciou-se um movimento em prol da arte cidadã, direito de todas as pessoas, em que a população de rua se torna artista e espectadora de apresentações de qualidade. Entende-se que por meio da arte torna-se possível representar o que se sente ou o que é vivenciado. O projeto dá voz a essas manifestações, ampliando as possibilidades de disseminação artística, ao mesmo tempo em que proporciona a canalização do que é vivenciado através da arte. A possibilidade de autogestão de algumas

⁷⁹ Graduanda do 3º ano de psicologia da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Contato: isabela.machado@hotmail.com.

⁸⁰ Mestre e Doutora em Psicologia Social, Professora adjunta do Departamento de Psicologia Social e Institucional, Universidade Estadual de Londrina (UEL) – alejandra@uel.br.

⁸¹ Cientista Social, Servidora Pública na Secretaria de Assistência Social, atuando no Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua - Centro POP.

atividades viabiliza o engajamento dos participantes, fazendo com que se sintam pertencentes ao que é elaborado. Esses espaços de convivência podem ser entendidos como potenciais promotores de saúde, utilizando-se da arte como recurso, e apostando na potência dos sujeitos envolvidos.

Palavras-chave: Cultura, População em Situação de Rua, Arte, Saúde, Cidadania.

REFERÊNCIAS:

- Brasil. (2009). *Decreto nº 7053, de 23 de dez. de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências*. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF.
- León-Cedeño, A. A., Ortolan, M. L. M., & Sei, M. B. (2017). A convivência como promotora de saúde mental: aproximações entre a Associação Ciranda da Cultura e os serviços de Centros de Convivência. *Saúde e Transformação Social*, 8(1), 129-137. Recuperado em 13 nov 2018, de <http://www.redalyc.org/html/2653/265351592014/>.

Promoção da Saúde: conversando sobre suicídio com adolescentes no contexto escolar

Ingrid Cavanha Gabriel

Mariana Fonseca

Stefani Invernizzi de Mesquita

Meyre Eiras de Barros Pinto

RESUMO:

Introdução: O suicídio é a 2º maior causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos no mundo, e a 4º no Brasil. Esse ato intencional é resultado da soma de vários fatores etiológicos: psíquico, social e cultural. Diversas situações podem levar ao suicídio como: problemas familiares e/ou financeiros, depressão, transtornos mentais, entre outros. **Objetivo:** conscientizar adolescentes de 13 a 19 anos sobre a prevenção do suicídio durante a campanha “Setembro Amarelo” realizada num Colégio Estadual do município de Londrina. **Método:** Pautou-se numa prática interventiva, com duração média de 2 horas, de caráter preventivo e de promoção de saúde realizada por uma psicóloga-residente da UBS do território e por 6 acadêmicos do curso de Psicologia, na qual realizaram-se oficinas com modelos de intervenção participativa nas turmas do 8º ao 3º ano do Ensino Médio, totalizando 8 turmas de aproximadamente 28 alunos. Os temas abordados foram: como prevenir o suicídio; como identificar e o que fazer quando isso acontece; quais lugares oferecem atendimento psicológico e psiquiátrico; mitos e verdades sobre o tema, além de outros temas solicitados pelos adolescentes como: sexualidade; conflitos familiares; perspectivas de futuro; mudanças corporais, entre outros. **Resultados e Discussões:** Constatou-se um grande interesse e participação dos adolescentes nas discussões temáticas. Alguns alunos, posteriormente, procuraram o atendimento psicológico na UBS do território, um outro aluno, necessitou de atendimento individual na própria escola. **Conclusão:** As ações interventivas realizadas, mesmo que pontuais, apresentaram resultados positivos quanto ao aumento do conhecimento dos adolescentes, além de, caracterizar o espaço escolar como um importante locus de cenário de práticas educativas em saúde.

Palavras-chave: Suicídio; Adolescência; Educação.

Plantão psicológico: A potência na formação do Psicólogo

Ingryd Wiegmann Pinheiro

Antonio Augusto Baldi Martins

RESUMO:

O plantão é uma modalidade clínica implementada no Brasil em meados de 1960 e que, pode ser aplicada em diferentes contextos, como exemplo: Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), Delegacias da mulher, UBS, dentre outros espaços. O plantão é disponibilizado na Clínica Psicológica da UEL desde o ano de 2015 por meio de um projeto de extensão. Objetiva-se, com esta prática, contribuir para a elaboração das demandas trazidas por aqueles que procuram por uma escuta qualificada para o seu sofrimento, tendo em perspectiva sua urgência. Sendo assim abre-se a possibilidade do acolhimento deste sofrimento na medida em que ele surge, visando o enfrentamento de questões que anteriormente pareciam intransponíveis. A partir do trabalho realizado, nota-se, frequentemente, a necessidade de tecer redes com outros serviços da rede socioassistencial de Londrina a fim de abarcar de maneira adequada o caso em questão. Em algumas instituições onde ocorre o plantão, pode existir a possibilidade de o usuário retornar, porém, independentemente desta, o plantonista deverá buscar elaborar em conjunto com o usuário as demandas trazidas, neste único encontro, pois, nem todos aqueles que procuram o serviço querem ou necessitam de um atendimento a longo prazo. Para que essa prática dos discentes se mantenha e, dentro dos padrões éticos, são feitas supervisões semanais para os casos atendidos, que são orientadas por docentes da UEL. Considera-se que o projeto se mostra como uma oportunidade para se entrar em contato com uma prática clínica, além da tradicional, possibilitando ao estudante, um aprimoramento clínico e de raciocínio, devido à busca por respostas rápidas a situações trazidas pelos usuários. Compreende-se que o desenvolvimento das habilidades e a identidade do psicoterapeuta, para a condução de uma psicoterapia, dependem muito de atividades como esta, desenvolvida no plantão, assim, espera-se que o estudante no decorrer do projeto consiga desenvolver suas potencialidades clínicas.

Palavras-Chave: Pronto Atendimento, Supervisão Clínica, Clínica Escola.

Psicanálise para Adolescentes: o Lugar dos Pais

Amanda de Medeiros Silva

Rosemarie Elizabeth Schmidt Almeida

RESUMO:

O atendimento psicológico para adolescentes é permeado por desafios, dentre eles a resistência que surge na análise do adolescente e a resistência de seus pais. Por um lado, temos um adolescente que pode vir à clínica por vontade própria ou a mando dos pais, por outro, temos os pais que muitas vezes não estão dispostos a assumirem sua parte naquilo que acreditam ser “problema” do adolescente. Diante disso, esse trabalho objetiva analisar a interrupção do atendimento de uma adolescente, devido à resistência dos pais. O atendimento acontecia em uma clínica-escola, uma vez por semana, com supervisão semanal do caso, no qual optou-se fazer sessões com os pais, uma vez por mês, devido ao fato de que a adolescente buscou atendimento por iniciativa própria, tendo como queixa principal dificuldades de comunicação com os pais. Frente à importância do manejo no setting para incluir esses pais, de modo a buscar um entendimento nas relações, pode ser observado que eles consideravam que a adolescente era a única responsável pelos conflitos, que ficou em atendimento por breve tempo, pois os pais se recusaram a voltar, ora desmarcando, ora faltando, até a adolescente não vir mais. No caso, devido à falta de adesão à psicoterapia, por influência dos pais, foi dito que um deles pediu à adolescente que ela não voltasse para psicoterapia, pois segundo esse cônjuge, com medo de que “a terapeuta descobrisse que o problema não estava na adolescente”. Com isso, entende-se a importância da implicação dos pais no processo terapêutico, visto que eles podem ser aqueles que apoiam ou boicotam o atendimento.

Palavras-chave: Psicanálise; Adolescente; Pais.

Psicologia hospitalar e a atuação do psicólogo: conhecemos a nossa verdadeira função?

Lara Balera Ferreira Pinto⁸²

Roseli Yung Pisicchio

RESUMO:

INTRODUÇÃO: A psicologia clínica vem se expandindo para outros meios nos dias atuais, sendo a atuação na área hospitalar um deles. No entanto, ainda surgem dúvidas a respeito da atuação do psicólogo entre os profissionais da área. Dessa forma, o presente trabalho visa explicitar um pouco da prática do psicólogo nesse contexto, a partir do relato de um atendimento realizado no estágio curricular obrigatório supervisionado em saúde. O atendimento iniciou-se no leito da paciente, que trazia somente queixas acerca de sua doença/internação. Após alguns minutos de conversa, a paciente refere ter fobia e sentir-se angustiada com muita gente. Depois dessa fala, a estagiária teve a percepção de que retirar a paciente do leito seria um dispositivo que lhe permitiria um lugar de fala. Situada fora do leito, a paciente começou a falar sobre aspectos de sua vida, compartilhou histórias muito difíceis e dolorosas pelas quais tinha passado. Naquele momento, deixou de ser apenas doença e tornou-se sujeito, o que constitui o verdadeiro sentido do trabalho do psicólogo no hospital.

OBJETIVO: O objetivo deste trabalho é demonstrar que a função do psicólogo no hospital é devolver a característica de sujeito ao paciente, desvinculando-o da doença, já que ali o paciente tende a tornar-se seu sintoma.

MÉTODOS: Os métodos utilizados foram entrevistas com pacientes do HU da UEL, encaminhamentos para a equipe da Residência da Saúde da Mulher, supervisão e discussão dos casos.

RESULTADOS: Fornecimento de um espaço de acolhimento e escuta às mulheres atendidas, podendo refletir a respeito de suas vidas para além de sua doença. Também foi possível realizar acompanhamento multiprofissional dos casos mais graves a partir do encaminhamento para a equipe da Residência.

CONCLUSÃO: Conclui-se que o tema sobre a atuação do psicólogo hospitalar ainda deve ser discutido, pois a lógica médica ainda é prevalente neste local.

⁸² Universidade Estadual de Londrina, Londrina/PR, Brasil. Contato: larabalera18@gmail.com.

Palavras-Chave: psicologia hospitalar, residência hospitalar, saúde.

Rodas de conversa sobre saúde mental: um dispositivo de recepção e escuta na saúde coletiva

Tamiris Silva Bento⁸³

Bárbara Milhomem Crivelini

Giovanna Segia Ferreira Santos

RESUMO:

O processo de regionalização da política de saúde brasileira ocasionou a integração da atenção psicossocial ao nível da atenção básica. Transportou-se a responsabilidade do cuidado dos usuários para além do nível especializado, e apesar de ser uma estratégia a fim de facilitar o acesso aos serviços e dispositivos da rede, trouxe desafios as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a necessidade de criar novos instrumentos para lidar com essa demanda. Com isso, os alunos do 5º ano em psicologia da Unesp Assis, do núcleo de estágio de ênfase em clínica crítica “A clínica crítica na saúde coletiva: impasses e outras demandas da subjetividade”, juntamente com mestrandos pesquisadores da temática de grupos, e demais psicólogos colaboradores, implementaram grupos de recepção e escuta e grupos terapêuticos. Tais grupos, pautados pelo paradigma da saúde coletiva e orientados pela psicanálise do campo Freud e Lacan, são realizados com o intuito de atender as demandas de saúde mental do território de três UBSs de um município no interior de São Paulo. Essa tentativa visa inaugurar um espaço que funcione como porta de entrada na atenção básica para uma escuta sensível e acolhimento às emergências psíquicas. Desse modo, as rodas de conversa, funcionando nos moldes de um grupo de recepção, possibilitaram aos participantes um espaço de escuta frente às suas demandas psíquicas e de reflexão quanto a modos de cuidados de si, como alternativa à lógica medicamentosa, que coloca o médico na posição de saber/poder, enquanto o sujeito é destituído de qualquer participação em seu tratamento. Ao propiciar ao sujeito ocupar a posição daquele que detém o saber sobre seu sofrimento, temos por objetivo sua emancipação frente a seu desejo. Assim, compreendemos a potencialidade dos grupos de

⁸³ Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” UNESP FCL Assis. Contato: tamiris.s.bento@gmail.com.

recepção e escuta enquanto dispositivo capaz de compor o cuidado integral, conforme as diretrizes do SUS.

Palavras chave: Atenção psicossocial. Unidade básica de saúde. Roda de conversa. Psicanálise do campo Freud e Lacan.

Sentir e aprender: vivências emocionais de uma psicoterapeuta-aprendiz

Carmen Luiza Piedade

Maria Elizabeth Barreto Tavares dos Reis

RESUMO:

Em psicanálise se trabalha, antes de tudo, com o inconsciente. A imagem do psicanalista eternamente silencioso, consiste em uma caricatura errônea e nociva do trabalho psicanalítico. O ponto central desse trabalho implica em refletir, através da análise de um fato clínico que, em psicanálise, se trabalha ativamente. Freud nos lembra que a mola mestra da análise é a transferência que se estabelece entre paciente e psicoterapeuta. Além disso, deve-se considerar o fenômeno da contratransferência, cujos efeitos podem desencadear vivências emocionais e sentimentos no psicoterapeuta. Para o manejo da contratransferência, compete o psicoterapeuta ser capaz de identificar, reconhecer e trabalhar sentimentos e pensamentos que surjam, nele própria, no encontro analítico. O presente trabalho tem como objetivo descrever um fato clínico ocorrido em uma sessão de psicoterapia psicanalítica, em que se pode perceber indícios de uma reação contratransferencial vivenciada por uma psicoterapeuta aprendiz. O método utilizado nesse trabalho foi a análise qualitativa, fundamentada no escopo teórico da psicanálise, através de vinhetas descritivas de falas realizadas entre a psicoterapeuta e uma paciente adulta, em uma sessão específica. A partir dos assuntos abordados pela paciente, a psicoterapeuta detectou em si mesma uma gama de emoções e sentimentos relacionados à sua própria história de vida, os quais, de certa forma, levaram a repercussões dentro da própria sessão, interferindo e balizando o manejo e interpretações elaboradas pela psicoterapeuta. A psicanálise, como postulou Freud, tem em seu campo um caráter incessante e vivo, assim o estudo dos fenômenos contratransferenciais se faz crucial para o desenvolvimento de uma práxis que, dentro de um processo de aprendizagem se constrói, ao passo que se desenvolve.

Palavras-chave: Clínica-escola; contratransferência; psicoterapia psicanalítica; vivências emocionais.