Psicologia clínica 2
e cultura contemporânea

Organizadoras

Maria Inês Gandolfo Conceição
Maria Izabel Tafuri
Daniela Scheinkman Chatelard

TECHNOPOLITIK

Psicologia Clínica e Cultura Contemporânea 2

Maria Inês Gandolfo Conceição

Maria Izabel Tafuri

Daniela Scheinkman Chatelard

(Organizadoras)

Brasília

2015

PDF

TECHNOPOLITIK

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

REITOR
Ivan Marques de Toledo Camargo

DECANO DE PÓS-GRADUAÇÃO
Jaime Martins de Santana

DIRETOR DO INSTITUTO DE PSICOLOGIA
Hartmut Gunther

CHEFE DO DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA
Balsem Pinelli Junior

COORDENADOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA
Mauricio da Silva Neubern

Technopolitik Editora - Conselho Editorial
Ana Lúcia Galinkin - Universidade de Brasília
Ana Raquel Rosa Torres - Universidade Federal da Paraíba
Claudiene Santos - Universidade Federal de Sergipe
Marco Antônio Sperb Leite - Universidade Federal de Goiás
Maria Alves Toledo Burns - Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto
Maria Lúcia Montes - Universidade de São Paulo - Capital
Maria das Graças Torres da Paz - Universidade de Brasília

Revisão: Maurício Galinkin/Technopolitik
Capa: Paulo Roberto Pereira Pinto/Ars Ventura Imagem & Comunicação
Projeto gráfico e diagramação: Maurício Galinkin/Technopolitik
Capa: Fauno tirando sapato da Ninfa, por Petr Stavasser, Museu Russo, São Petersburgo.

Ficha catalográfica (catalogação-na-publicação) Iza Antunes Araújo – CRB1/079

P974 Psicologia clínica e cultura contemporânea, v.2 / organizadoras Maria Inês Gandolfo Conceição, Maria Izabel Tafuri, Daniela Scheinkman Chatelard, – Brasília, DF : Technopolitik, 2015.
649p. : il.
Títulos, autores e textos sucessivos em português, inglês e francês.
ISBN: 978-85-62313-11-0 PDF

1. Psicologia clínica - Coletânea. 2. Psicoterapia de grupo. 2. Família - Violência. 4. Mortalidade infantil. 5. Mortalidade materna. 6. Violência contra menor. 7. Tatuagem, contemporalidade. 8. Conselheiro tutelar. 9. Psicanálise. 10. Sexo (Psicologia). 11. Gênero (Psicologia). 12. Educação em saúde. 13. Psychopathy Checklist, aplicação. 14. Adolescente, em risco. I. Conceição, Maria Inês Gandolfo (Org.). II. Tafuri, Maria Izabel (Org.). III. Chatelard, Daniela Scheinkman (Org.)

CDU: 159.9
615.851

Technopolitik Editora
SRTVS Quadra 701, Cj. L, Lote 38, Bl. 01, sala 709, parte 181-A
CEP 70340-906. Brasília. D.F.
Tel: (61) 8407-8262. Correio eletrônico: editor@technopolitik.com
Sítio eletrônico na internet: http://www.technopolitik.com.br e http://www.technopolitik.com

Prefácio e Sumário

Prof. Dr. José Francisco Miguel Henriques Bairrão

Docente do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo (USP), de Ribeirão Preto.

O leitor tem em mãos um livro com uma primorosa seleção da produção de pesquisa de estudantes, docentes e colaboradores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da UnB. O volume apresenta uma grande diversidade temática, sensível à complexidade e extensão dos desafios propostos pela sociedade e subjetividades contemporâneas.

Contemporâneas, sem dúvida, mas apenas na medida em que no agora convivem, concomitantemente, diversos tempos em cada pessoa e outras existências em cada uma.

Quando se está sozinho? Ao adentrar o recinto de uma escola cada criança carrega inconscientemente, em gestos, traquejos e inflexões linguísticas, a memória dos seus ancestrais, suas narrativas e cultura. Também ao adentrar num serviço de saúde, cada paciente comporta em si as expectativas, frustrações e esperanças dos que contribuíram para produzir e subsidiar a sua biografia. Não por outra razão, mesmo numa época enfaticamente individualizante e que propicia um certo enclausuramento solipsista favorável à rarefação de vínculos interpessoais e

à sua subsunção a relações entre pessoas e coisas subordinadas a padrões de consumo, e à deserotização da atividade humana na forma de alienação no trabalho, torna-se imprescindível não divorciar a clínica psicológica da realidade e meio social em que ela se exerce. Um efetivo alcance da sutileza de cada singularidade pessoal não pode prescindir da análise dessa trama, o que por si só seria o suficiente para justificar a existência deste Programa de Pós-Graduação e a relevância da produção científica por ele promovida e bem representada nesta publicação.

A mesma complexidade e diversidade que se encontram nas existências contemporâneas, a mesma convivência com distintos tempos e o desafio das suas interconexões, de certa forma, reproduzem-se na pluralidade das abordagens psicológicas que concorrem para compor o mosaico da psicologia contemporânea. Este volume, na contramão de intentos de impor uma uniformização com base em ações institucionais, apresenta com maestria essa polifonia, deixando patente a liberdade de criação científica e a pluralidade teórico-metodológica de que se goza e que se pode (e deve) usufruir numa instituição de pesquisa psicológica de ponta como a UnB e, em particular, nesse Programa de Pós-Graduação.

É escusado sublinhar que a psicologia brasileira mais atenta à complexidade do seu campo e da realidade circundante não pode se aquietar com o manejo convencional de técnicas prontas, requerendo um desafio constante de reflexão e desenvolvimento. A unidade da ciência psicológica (e deste livro), não se deve buscar numa homogeneidade de métodos e procedimentos, mas em razões além das diversas circunscrições teóricas e requer a sabedoria e humildade de, relativamente a cada desafio empírico, admitir a pluralidade de perspectivas e a interveniência de pontos de vista distintos.

A diversidade teórico-metodológica que aqui se encontra combina-se a uma solidariedade temática cujo eixo nem é propriamente o objeto destes estudos, mas um acordo de fundo quanto à não redução da clínica a um enclausuramento em problemas da ordem do individual e uma fina atenção a pungentes questões sociais, articuladas a uma afiada busca de instrumentos conceituais ou sua depuração. Além das fronteiras da rotina e do convencional, este livro proporciona um

Prof. Dr. José Francisco Miguel Henriques Bairrão

fascinante exercício de fina atenção não apenas a desafios científicos e metodológicos, mas também a uma aguda percepção dos componentes ético-políticos envolvidos, ratificando a cultura do nome do Programa.

O livro inteiro e cada capítulo podem ser lidos por essa chave. Há um consenso que unifica o volume e apenas se diferencia em ênfases, entre um cunho mais epistemológico de preparo para o enfrentamento de uma questão empírica sempre complexa e pesquisas de fato sobre aspectos desses desafios empíricos, mas também conduzidas mediante refinados ajustes epistemológico-metodológicos, com o fito de enfrentamento de fímbrias de realidades fenomenais complexas. Sobre isto paira, sempre, de forma mais visível ou implícita, a nuclearidade de critérios ético-políticos como nucleares à produção científica em psicologia e inseparáveis do rigor teórico-metodológico.

É provável que a sensibilidade para este ponto tenha motivado um certo número de contribuições centradas no estudo das relações interpessoais mais originais e fundantes, em momentos delicados do ciclo de vida humano, como a infância, a juventude e a velhice. É o caso de Alguns aspectos da organização e funcionamento da família brasiliense, de autoria de Costa, Penso, Conceição, Fukuda e Guerreiro de Moura, parte de uma pesquisa nacional sobre o ciclo vital de famílias de extratos médios.

Aliás, este livro mostra que a família, como um todo ou segmentadamente as crianças, os jovens, as mulheres, os pais, são objeto de preocupação e vêm sendo cuidados por este Programa de Pós-Graduação. Por vezes, o objeto de estudo superficialmente parece ser outro, mas o pano de fundo é a atenção a direitos das mulheres e seus filhos, como é o caso do capítulo de Barbosa, Araujo e Escalda, Tecnologias Sociais em saúde: contribuições para redução da mortalidade materna e infantil em Ceilândia, DF, que competentemente se dedica ao que o título indica, mas se motiva da atenção ao frequentemente negligenciado direito reprodutivo.

Tafuri, Zavaroni, Varella, Ribas, Schauder, França, Kollar, Pereira de Souza, numa espécie de diálogo silencioso com a temática do direito reprodutivo que mais propriamente se insinua ao raciocínio do leitor do que se explicita no texto, abordam as dificuldades de Tornar-se pai: uma inquietante estranheza familiar. Pela omissão ou ausência do pai não seria justo culpabilizar somente indivíduos empíricos, sabendo-se o quanto culturalmente o conjunto de relações de nominação que tradicionalmente se suportam na referência paterna e as suas decorrências no plano do estatuto de si e da definição de quem somos e ao que viemos têm sido sistematicamente minadas e desconstruídas em décadas recentes; o que na nossa sociedade uma condição social de imigração intensa e recente, a expropriação territorial de populações nativas que com as suas terras perdem parcela substantiva das suas referências identitárias e o deslocamento interatlântico de populações escravizadas, só podem agravar. O abandono dos pais empíricos a si mesmos parece se reproduzir no aparente descaso ou omissão relativamente à sua prole e parceiras, no atinente ao legado e cuidado que expectativas tradicionais de família na nossa cultura neles depositaria.

Ainda sobre a fragilização das relações familiares e pessoais no contexto da sociedade atual, mas numa perspectiva que privilegia a análise da esfera pública do trabalho, encontra-se o capítulo Ócio, tempo livre e trabalho: a fragilização do indivíduo e das relações na sociedade pós-moderna, de autoria de Preuss, Martins e Maluschke. Já em Formação em saúde, perspectivas históricas e desafios atuais, Silca, Pedrosa e Polejack procedem a uma revisão sistemática da formação em saúde no contexto brasileiro, abordada numa perspectiva histórica.

A atenção ao mundo da criança, na sua interdependência com a psicologia dos seus cuidadores, encontra-se neste volume bem representada pela sua transversalidade com o universo da saúde. É o caso de três capítulos, o primeiro, um estudo empirico sobre a importância do brincar em situações de hospitalização infantil, O brincar e narrar na hospitalização da criança: um modelo de intervenção clínica, de autoria de Oliveira e Safra; e o segundo de autoria de Kholsdorf e Costa Junior, *Effects of pre-consultation lists on information provided by pediatricians*,

que analisam e ressaltam a relevância da comunicação transmitida aos pacientes pediátricos e a seus cuidadores no processo de tratamento e da sua qualidade. O terceiro, As queixas alimentares na clínica psicanalítica com crianças, de Zavaroni, Rodrigues e Samarcos, discute a "queixa alimentar", formulada pelos pais.

No caso dos jovens, adultos e adolescentes, o fio condutor do volume agrega à saúde o interesse pelo universo escolar, em capítulos muito diversos e representativos da pluralidade de recortes possíveis sobre o assunto. É o caso de A prevenção do uso de drogas na escola, de Povoa, Sudbrack e Conceição, uma útil revisão a respeito da prevenção do uso e abuso de álcool e outras drogas no contexto escolar. Outro estudo com foco na interface entre juventude e escola é Grupo como modalidade de atendimento psicoterápico na clínica-escola: formação do aluno, efetividade do atendimento, de Lazzarini e Costa, que também se faz acompanhar de uma proveitosa revisão de conceitos relativos ao dispositivo grupal em psicoterapia.

A atenção à saúde de adolescentes prossegue noutra colaboração, Usando o computador como estratégia para educação em saúde na adolescência: das intervenções via internet às intervenções personalizadas via internet, de autoria de Murta, Leissa e Leandro-França, que exploram o uso do computador como ferramenta para educação em saúde, levando em conta o conhecido apreço de larga parcela dos jovens por esse equipamento. Argumenta-se convincentemente que esse recurso facultaria uma melhor educação em saúde e atingiria, de maneira mais efetiva e atrativa, até lúdica, a vasta população adolescente do país.

A abordagem da problemática juvenil neste volume, porém, não se restringe ao contexto educacional ou mais especificamente escolar, como é o caso de *Clinique des 'situations extrêmes' à l'adolescence et partenariat entre les institutions du sanitaire et du socia*l, de Drieu, uma das colaborações internacionais do volume, que discute o tema da adolescência em "situações extremas" com o cuidado de evitar a persistência de rótulos estigmatizantes (como comportamento antissocial) e de analisar essa condição no quadro de uma problemática familiar e certamente também sociopolítica e cultural. Há ainda um interessante capítulo de auto-

ria de Massa e Carreteiro, Pertencimento territorial e expressão do *Rap*: questões existenciais de jovens habitantes na periferia francesa, que aborda a problemática grupal juvenil, nem pelo ângulo da escola nem pelo da saúde, mas pelo de grupos "naturais" constituídos pelos *rappers* de uma periferia francesa. Este recorte e o seu modelo analítico certamente são inspiradores e poderiam ser aplicados ao estudo de outras culturas juvenis e em outros lugares.

Não raramente, em situações de intimidade e vínculos estreitos, desencadeiam-se, para grande sofrimento de todos os intervenientes, situações de extrema violência. Este é um tópico que não passou despercebido aos pesquisadores do Programa e que encontra um certo destaque neste livro, como se pode acompanhar na contribuição de Lopes e Williams intitulada Atuação de Conselheiros Tutelares em casos de violência psicológica, que por meio da investigação de como conselheiros tutelares identificam e intervêm em casos de violência psicológica, sublinha o comum descaso ou falta de preparo para lidar com este tipo de ofensa, frequentemente entendida como menos grave ou relevante do que a agressão física e sexual. O eventual descaso do Estado e, particularmente, das instituições públicas vocacionadas para essa missão, como os Conselhos Tutelares, em si mesmo pode ser caracterizado como uma forma de desamparo, se não mesmo de violência psicológica, uma vez que esta pode caracterizar-se pelo abuso (emocional), mas também pela negligência (omissão).

Relativamente a esse tópico é relevante reconhecer que cada pessoa e cada família faz o melhor que pode, evitando inúteis e injustas culpabilizações. Este ponto é abordado numa das pesquisas-ações presentes neste volume, em capitulo intitulado Vítima? Algoz? Violências na vida familiar do adolescente que cometeu ofensa sexual, de autoria de Costa, Junqueira, Meneses e Strober. Evita-se, assim, uma das cobardias mais comuns no nosso meio social e inclusive profissional, a acusação ao agente, confundido com o sujeito da violência; manobra destinada ao fracasso se meramente se traduzir numa inversão em que sobre o agente da agressão recaia o estigma da vitimização, posto que esse manejo, ainda que aparentemente benigno, silencia o sujeito subjacente ao ato infrator, inviabilizando

uma oportunidade do seu reconhecimento num ato (ainda que infrator) que é uma tentativa desesperada de obter do outro um reconhecimento e de tomar as rédeas do próprio destino.

O encerramento de uma pesquisa-ação sobre a prevenção de violência física intrafamiliar em contexto comunitário é o tema do estudo de Pereira e Conceição intitulada Acabou e agora? Encerramento de uma pesquisa-ação sobre violência, trabalho no qual se faz patente com maior peso o componente de investigação metodológica que em maior ou menor grau, ou melhor dizendo, de forma mais ou menos implícita, se faz presente na generalidade dos capítulos.

É o caso, por exemplo, do capítulo de Medeiros, Tavares e Diniz, Avaliação de risco nas relações de intimidade, que se debruça sobre a chaga social da violência contra a mulher e examina a possível contribuição da psicologia para a prevenir. Trata-se de um relevante estudo sobre o feminicídio, que visa avaliar riscos de violência cometida pelo parceiro contra a mulher, mas também, do ponto de vista de uma contribuição metodológica, discute a importância da avaliação de risco em psicologia e possíveis parâmetros para o seu desenvolvimento.

Outra tônica da coletânea, apenas indiretamente relacionada ao universo empírico, são estudos teóricos que subsidiam e discutem diversos aspectos e necessidades da discussão epistemológica e da prática científica em psicologia. Entre estes, encontra-se A pesquisa clínica como alternativa para o estudo das experiências espirituais, de Neubern, que amplia e refina esses debates para além do contexto estrito senso de uma epistemologia da psicologia, discutindo implicações metodológicas da consideração de ontologias diversas das comumente associadas aos pressupostos metafísicos que fundamentam a generalidade das psicologias acadêmicas. Uma tarefa necessária, sob pena de fenômenos intersubjetiva e socialmente reais, como experiências espirituais, tão comuns na nossa realidade cultural e entre outros povos, ao se submeterem ao constrangimento de se subordinarem a critérios de objetividade e replicabilidade alheios à sua natureza, se dissolverem em nada e se tornarem inacessíveis à investigação psicológica.

Esta crítica de cariz epistemológico obviamente pode se prolongar numa reflexão de cunho ético-político sobre o que se ganha, ou melhor, se perde com isso. Acento que se explicita e percebe com nitidez numa segunda contribuição deste tipo, Gênero, feminismos e sua inserção na psicologia clínica, de autoria de Alves e Diniz, que sumariza de maneira didática e com clareza como questões de gênero e as problematizações feministas podem e precisam se articular com a psicologia clínica, a par de advogar a inserção de uma perspectiva feminista e de gênero na psicologia clínica brasileira.

Também na mesma linha de estudos epistemológicos que implicam um enfoque crítico a respeito de métodos e clínica psicológica mais tradicionais, pode se arrolar o capítulo *Raconter sa vie: avec quels savoirs et pour quoi faire*?, de Rhéaume, que resgata o protagonismo da narrativa em primeira pessoa, autobiográfica, para o contexto de uma abordagem clínica, mediante revisão didática e exaustiva por especialista de grande experiência nesse campo.

Outra contribuição teórica que se propõe a apresentar um modelo capaz de incluir o paciente como sujeito do seu processo de tratamento e dá destaque ao sentir e à agência é o capítulo O Pentagrama pathico de Weizsäcker, de autoria de Martins e Neto, que visa introduzir o pensamento de um autor mal conhecido entre nós.

A diversidade de propostas teóricas, embora dentro de um mesmo espírito de respeito e valorização dos protagonismos das pessoas e das suas culturas em dispositivos clínicos, faz-se ainda representar pelo capítulo de Zanello, Hosel, Soares, Afonso e Soares dos Santos, Grupos anônimos de apoio: uma leitura dos fatores terapêuticos a partir da análise dos atos de fala, desta feita mediante a utilização da teoria dos atos de fala, proposta por Austin e desenvolvida por Searle, num trabalho de pesquisa empírica.

Também com base numa interlocução com a filosofia, mas de inspiração radicalmente diversa, interessada em auscultar o sentido para além da linguagem verbal e decorrentemente para além da esfera linguística e comunicacional, embo-

ra igualmente empenhada em ampliar o arsenal metodológico e os recursos teóricos postos à disposição da clínica psicológica, encontra-se ainda o capítulo de Amparo, simbolização e estese, uma reflexão sobre o simbólico entendido como irredutível à linguagem verbal e coextensivo a tudo o que tem sentido, que em larga medida se apoia na Filosofia das formas simbólicas, de Cassirer.

Esse e os capítulos anteriores visam a refinar e ampliar os instrumentos teóricos postos à disposição da clínica psicológica, mas há outro que com a mesma finalidade mas por uma estratégia inversa se propõe a desconstruir, ou pelo menos problematizar, procedimentos já estabelecidos. Problemas conceituais e de aplicabilidade da *Psychopathy Checklist – Revised* (PCL-R), de Alves da Costa e da Costa, amplia a discussão de uma escala de psicopatia a uma discussão mais geral sobre escalas e sua problematicidade e procede a uma crítica, de base wittgensteiniana, ao enfeitiçamento pelas palavras, que em psicologia pode produzir muitos mal-entendidos e traduzir-se numa confusão entre conceitos mal definidos e "coisas" supostamente mensuráveis.

Encontram-se ainda uma série de capítulos teóricos que têm em comum a sua filiação a uma matriz psicanalítica, mas que divergem no atinente aos temas discutidos e pela pluralidade das ramificações da psicanálise em que se apoiam para construir os seus argumentos. Carvalho e Viana, em Retomando a ideia de arcaico em psicanálise: uma exigência dos casos limites, discutem com admirável clareza a contribuição de André Green a respeito dessa noção. Já Lima e Viana, com base na literatura e na teoria psicanalítica, em O velho e seu corpo: um estudo da velhice à luz da literatura e da psicanálise, sistematizam reflexões sobre o corpo e a velhice.

Dois outros capítulos se debruçam sobre o corpo em psicanálise. Rodriguez e Carreteiro, em O corpo que fala: a tatuagem na contemporaneidade, debruçam-se sobre consequências significativas da tatuagem na constituição do sujeito e Maesso, Schneider e Chatelard, em Escuta psicanalítica do corpo na contemporaneidade, ressaltam a importância de escutar a dor como significante.

Finalmente, em o Uso diagnóstico do tempo em psicanálise, Dunker, Chatelard e Maesso, sugerem convincentemente que seria possível refinar o diagnóstico psicanalítico lacaniano para além da discriminação entre estruturas, mediante a consideração do tempo.

Espero ter deixado claro que encontramos neste livro um rico painel de trabalhos notáveis pela aguda perspicácia político-epistemológica e cuja primeira vocação é subsidiar pesquisas de ponta e se tornarem bibliografia imprescindível nas suas áreas de pesquisa. Mas também oportunidades de leitura no campo da psicologia que, pela qualidade e clareza de redação, podem constituir-se em excelentes e bem fundamentadas introduções a vertentes multifacetadas da clínica psicológica contemporânea e seus potenciais desenvolvimentos. Textos resultantes de estudos conduzidos em sintonia com uma apreensão sensível e inteligente de desafios ocasionados pelo sofrimento humano e determinadas em enfrentá-los com compromisso ético e rigor científico.

Faço votos de que os leitores, a quem me coube a honrosa missão de apresentar o volume, possam usufruir do proveito e prazer com a sua leitura que experimentei ao preparar estas linhas.

Prof. Dr. José Francisco Miguel Henriques Bairrão

Sumário

Capítulo	Nome	Autoras/es	Pág.
	Prefácio	Prof. Dr. José Francisco Miguel Henriques Bairrão	iv
	Sobre Autoras e Autores		xviii
1	O brincar e narrar na hospitalização da criança: um modelo de intervenção clínica	Richard de Oliveira e Gilberto Safra	35
2	As queixas alimentares na clínica psicanalítica com crianças	Dione de Medeiros Lula Zavaroni, Renata de Leles Rodrigues, Ana Luiza Henriques Samarcos	51
3	Tornar-se pai: uma inquietante estranheza familiar	Maria Izabel Tafuri, Dione Lula Zavaroni, Maria do Rosário Dias Varella, Maria Cicilia de Carvalho Ribas, Claude Schauder, Janaína França, Rosária de Fátima Kollar, Laura Pereira de Souza	62
4	*Effects of pre-consultation lists on information provided by pediatricians*	Marina Kohlsdorf e Áderson Luiz Costa Junior	73
5	Alguns aspectos da organização e funcionamento da família brasiliense	Maria Inês Gandolfo Conceição, Liana Fortunato Costa, Maria Aparecida Penso, Claudia Fukuda e Monique Guerreiro de Moura	100
6	*Raconter sa vie: avec quels savoirs et pour quoi faire?*	Jacques Rhéaume	121
7	Atuação de Conselheiros Tutelares em casos de violência psicológica	Nahara Rodrigues Laterza Lopes e Lúcia Cavalcanti de Albuquerque Williams	146
8	Vítima? Algoz? Violências na vida familiar do adolescente que cometeu ofensa sexual	Liana Fortunato Costa, Eika Lôbo Junqueira, Fernanda Figueiredo Falcomer Meneses e Lucy Mary Cavalcanti Stroher	166
9	Acabou e agora? Encerramento de uma pesquisa-ação sobre violência	Alciane Barbosa Macedo Pereira e Maria Inês Gandolfo Conceição	190
10	Avaliação de risco nas relações de intimidade	Marcela Novais Medeiros, Marcelo Tavares e Gláucia Diniz	214

Sumário (continuação)

Capítulo	*Nome*	*Autoras/es*	*Pág.*
11	A prevenção do uso de drogas na escola	Maria Lizabete Povoa, Maria Fátima Sudbrack e Maria Inês Gandolfo Conceição	*237*
12	*Clinique des "Situations Extremes" à l'Adolescence et Partenariat entre les Institutions du Sanitaire et du Social*	Didier Drieu	*257*
13	*L'Appartenance Territoriale et l'Expression par le Rap: Des Enjeux Existentiels chez les Jeunes Habitants d'une Banlieue Française*	Ana Massa e Teresa Cristina O. C. Carreteiro	*281*
14	Usando o computador como estratégia para educação em saúde na adolescência: das intervenções via internet às intervenções personalizadas via internet.	Sheila Giardini Murta, Karinne Leissa Torres Bezerra e Cristineide Leandro - França	*319*
15	Educação em Saúde, perspectivas históricas e desafios atuais	Maria Delzuita De Sá Leitão, Fontoura Silva, Regina Lucia Sucupira Pedroza e Larissa Polejack	*340*
16	Tecnologias Sociais em Saúde: Contribuições para Redução da Mortalidade Materna e Infantil em Ceilândia, DF	Luiza de Marilac Meireles Barbosa, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo e Patrícia Maria Fonseca Escalda	*360*
17	Problemas Conceituais e de Aplicabilidade da Psychopathy Checklist – Revised (PCL-R)	Elisa Walleska Krüger Alves da Costa e Ileno Izídio da Costa	*377*
18	Grupos anônimos de apoio: uma leitura dos fatores terapêuticos a partir da análise dos atos de fala	Valeska Zanello, Graciela Hosel, Larissa Sorayane Bezerra Soares, Luana Aline Afonso e Mayara Soares dos Santos	*404*
19	O corpo que fala: a tatuagem na contemporaneidade	Luciana da Silva Rodriguez e Teresa Cristina O. C. Carreteiro	*419*
20	Escuta psicanalítica do corpo na contemporaneidade	Márcia Cristina Maesso, Ciomara Schneider e Daniela Scheinkman Chatelard	*436*

Sumário (final)

Capítulo	Nome	Autoras/es	Pág.
21	O velho e seu corpo: um estudo da velhice à luz da literatura e da psicanálise	Priscilla Melo Ribeiro de Lima e Terezinha de Camargo Viana	458
22	Ócio, tempo livre e trabalho: a fragilização do indivíduo e das relações na sociedade pós-moderna	Edna Gloria Nogrueira Preuss, José Clerton de Oliveira Martins e Júlia Sursis Nobre Ferro Bucher-Maluschke	490
23	Retomando a ideia de arcaico em psicanálise: uma exigência dos casos limites	Márcia Cristina Maesso e Terezinha de Camargo Viana	507
24	Uso Diagnóstico do Tempo em Psicanálise	Christian Ingo Lenz Dunker, Daniela Scheinkman Chatelard e Márcia Cristina Maesso	523
25	Grupo como modalidade de atendimento psicoterápico na clínica-escola: formação do aluno, efetividade no atendimento	Eliana Rigotto Lazzarini, Bruno Nogueira da Silva Costa e Sheila Giardini Murta	543
26	A pesquisa clínica como alternativa para o estudo das experiências espirituais	Maurício Neubern	570
27	Gêneros, feminismos e sua inserção na psicologia clínica	Cláudia de Oliveira Alves e Gláucia Ribeiro Starling Diniz	596
28	O Pentagrama Pathico de Weizsäcker	Francisco Martins e Alexandre Costa Neto	617
29	Simbolização e Estesia: Anotações para a Compreensão do Processo de Simbolização	Deise Matos do Amparo e Norberto Abreu e Silva Neto	628

Sobre Autoras e Autores

Áderson Luiz Costa Junior

Psicólogo, Doutor em Psicologia, Professor Associado do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília, DF. Pesquisador nas áreas de Psicologia da Saúde, Psicologia Pediátrica e Psicologia Aplicada à Odontologia. E-mail: aderson@unb.br

Alciane Barbosa Macedo Pereira

Psicóloga, Especialista em Psicologia Escolar/Educacional, Especialista em Educação para a Diversidade e Cidadania, Mestre em Psicologia Clínica, aluna de doutorado em Psicologia Clínica. Docente do Instituto Federal Goiano. E-mail: alcianebarbosa@gmail.com

Alexandre Costa Neto

Psicólogo Clínico. Mestre em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília - UnB. E-mail: alexandre_aacn@yahoo.com.br

Ana Luiza Henriques Samarcos

Psicóloga Clínica. Psicóloga voluntária no Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos (CAEP/UnB) atendendo no “Grupo de Atendimento a Crianças com Trans-

tornos e Dificuldades da Alimentação" (2011-2012) e no grupo "Psicodrama e Psicanálise". Bolsista de Extensão-UnB (2012). E-mail: anasamarcos@gmail.com

Ana Massa

Doutora em sociologia pela Universidade Paris Diderot-Paris 7, doutora em psicologia pela Universidade Federal Fluminense, membro associado do Laboratoire de Changement Social et Politique da Universidade Paris Diderot- Paris 7, membro do CIRFIP (Centre International de Recherche, Formation et Intervention en Psychosociologie), Paris. E-mail: anamassa@hotmail.com

Bruno Nogueira da Silva Costa

Mestre em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília, Vice-Coordenador do Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos do Instituto de Psicologia da UnB, professor de Psicologia do IESGO, em Formosa Goiás. E-mail: psico_brunocosta@yahoo.com.br

Ciomara Schneider

Psicóloga com formação em Psicanálise. Especialista em Educação Especial, mestre em Antropologia Social e doutoranda em Psicologia Clínica pela UnB. Professora do curso de Psicologia, na graduação e pós-graduação no Centro Universitário de Brasília (UniCEUB). Área de atuação: clinica. E-mail: ciomarasch@gmail.com

Christian Ingo Lenz Dunker

Analista Membro de Escola (A.M.E.) do Fórum do Campo Lacaniano, Professor Titular do Instituto Psicologia da USP, autor de "Mal-Estar, Sofrimento e Sintoma (Boitempo, 2015) e "Estrutura e Constituição da Clínica Psicanalítica" (Anablume, 2012). E-mail: chrisdunker@uol.com.br

Claude Schauder

Psicólogo, Psicanalista, Professor da Faculdade de Psicologia da Universidade de Strasbourg-França, Presidente da Associação “Lire Dolto aujourd’hui”, Coordenador da Pesquisa Internacional “Prevenção em Parentalidade”. E-mail: cschauder@hotmail.com

Claudia Cristina Fukuda

Psicóloga, Doutora em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Católica de Brasília (UCB). E-mail: claudiafukuda@hotmail.com

Cláudia de Oliveira Alves

Psicóloga. Especialista em Docência Universitária. Mestre Psicologia Clínica e Cultura pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília. Professora Titular do Curso de Psicologia e Supervisora do Centro de Psicologia Aplicada (CPA) da Universidade Paulista – UNIP/ Campus Goiânia. E-mail: claoalves@hotmail.com

Cristineide Leandro-França

Mestre em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília – UnB, Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da UnB. Psicóloga da Universidade de Brasília - Coordenação de Atenção à Saúde e Qualidade de Vida (CASQV), e integrante do Grupo de Estudos em Prevenção e Promoção da Saúde no Ciclo da Vida - GEPPSVida do Instituto de Psicologia da UnB. Email: cristineide@unb.br

Daniela Scheinkman Chatelard

Psicóloga, Psicanalista. Docente do Programa de Psicologia Clínica e Cultura da UnB. Membro da Escola do Fórum do Campo Lacaniano e membro fundadora da Associação Brasileira de Estudos sobre o Bebê. E-mail: dchatelard@gmail.com

Deise Matos do Amparo

Psicóloga, Professora do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília com Doutorado Sanduiche pela Universidade Jules Verne – França, Pós-Doutorado pela Universidade Paris V - França, Bolsista Produtividade 2 do CNPq. E-mail: deise.amparo.matos@gmail.com

Didier Drieu

Professor Assistente, habilitado a dirigir pesquisas em Psicologia Clínica e Psicopatologia pelo CERReV, Université de Caen- Basse Normandie. Psicólogo, Psicanalista de família grupo e instituições. Pesquisa sobre adolescência e vulnerabilidade, nas problemáticas de transmissão nas famílias, nos grupos e nas instituições. e-mail: didier.drieu@unicaen.fr

Dione de Medeiros Lula Zavaroni

Doutora em Psicologia, Psicóloga da Universidade de Brasília, Pesquisadora-colaboradora do PPG-PsiCC (UnB). Desenvolve atividades clínicas, de pesquisa, ensino e extensão no campo da psicanálise com crianças e da interação mãe-bebê com enfoque na área dos transtornos alimentares. E-mail: dionezavaroni@gmail.com

Edna Gloria Nogueira Preuss

Especialização em Psicopedagogia pela Universidade Federal do Ceará e Mestra em Psicologia pela Universidade de Fortaleza. Integrante do Laboratório de Estudos dos Sistemas Complexos - LESPLEXOS-UNIFOR. Atendimento e desenvolve pesquisas na Court Appointed Special Advocate, USA. E-mail: epreuss07@gmail.com

Eika Lôbo Junqueira

Psicóloga, Psicopedagoga, Terapeuta Conjugal e Familiar, Centro de Orientação Médico Psico-pedagógico – COMPP – Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. E-mail: eikalj@ig.com.br

Eliana Rigotto Lazzarini

Professora Adjunto do Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia/Universidade de Brasilia, Doutora em Psicologia, Mestre em Psicologia Clinica, Psicóloga, Especialista em Teoria Psicanalítica, Especialista em Psicodrama. E-mail: elianarl@terra.com.br

Elisa Walleska Krüger Costa

Mestre e Doutoranda em Psicologia Clínica e Cultura pela UnB. Especialista em Psicologia Jurídica, professora de psicopatologia e psicodiagnóstico. Coordenadora do Grupo Personna de Estudos, Pesquisas e Intervenções em Criminalidade, Violência, Perversões e “Psicopatia”. E-mail: elisa.walleska@gmail.com

Fernanda Figueiredo Falcomer Meneses

Psicóloga, Centro de Orientação Médico Psico-pedagógico – COMPP – Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. E-mail: fernanda.falcomer@gmail.com

Francisco Martin

Professor Titular na Universidade de Brasília, Psiquiatra, Psicólogo, Psicanalista. E-mail: fmartins@unb.br

Gilberto Safra

Professor Titular da Universidade de São Paulo, IPUSP, Psicanalista. Autor dos livros: A face estética do *self*: teoria e clínica. São Paulo: Unimarco, 2000; A Pro-ética na clínica contemporânea. São Paulo: Ideias e Letras, 2004, entre outros. E-mail: iamsafra@yahoo.com

Gláucia Diniz

Mestre em Psicologia e Doutora em Terapia Conjugal e Familiar pela Alliant International University (antiga United States International University), Professora do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília; pesquisadora sobre temas relacionados a gênero, violência e saúde mental de mulheres em uma perspectiva sistêmica feminista. E-mail: glauciadiniz13@gmail.com

Graciela Hosel

Psicóloga pela UnB, cursando especialização em Análise Comportamental. Trabalha na Clínica. E-mail: gracielahosel@gmail.com

Ileno Izídio da Costa

Professor Adjunto de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia/UnB, Coordenador dos Grupos Personna (violência, criminalidade, perversão e "psicopatia") e Intervenção Precoce nas Psicoses (GIPSI). Membro do Comitê Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (CNPCT/SDH). Orientador do PPG-PsiCC e Coordenador do Curso de Especialização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (UnB/MS). E-mail: ilenoc@gmail.com

Jacques Rhéaume

Doutor em Sociologia pela Universidade de Montreal, Professor Emérito do Departamento de Comunicação Pública e Social, da Université du Québec à Montréal. Ele também é membro do Centro de Treinamento e Pesquisa, localizado no Centro de Saúde e Serviço Social (CSSS) de Montagne, em Montreal, e membro fundador da Rede Internacional de Sociologia Clínica (Réseau International de Sociologie Clinique - RISC). E-mail: rheaume.jacques@uqam.ca

Janaína França

Psicóloga, Doutora em Psicologia Clínica (UnB), pesquisadora do Laboratório de Psicopatologia e Psicanálise do IP/UnB. E-mail: janainaffc@yahoo.com.br

José Clerton Martins

Investigador/Docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade de Fortaleza/UNIFOR. Doutor em Psicologia (Universitat de Barcelona). Pós-doutorado em Estudos do Ócio e Desenvolvimento Humano (Universidad de Deusto/Páis Basco). Membro da Associação Iberoamericana de Estudos do Ócio. E-mail: clerton@unifor.br

Júlia S. N. F. Bucher-Maluschke

Psicóloga, Sexóloga. Doutora pela Universidade Católica de Louvain-Bélgica; Professora Emérita da Universidade de Brasília-UnB; Professora da Pós-graduação em Psicologia da Universidade Católica de Brasília- UCB e Pesquisadora Colaborador Sênior da Universidade de Brasília. E-mail: psibucher@gmail.com

Karinne Leissa Torres Bezerra

Graduada em Psicologia pela Universidade de Brasília. Atuação profissional na área de Gestão de Pessoas em organizações do setor de Tecnologia da Informação. Atuação em projetos de pesquisa e intervenção nas temáticas de aprendizagem no trabalho, prevenção e promoção de saúde. E-mail: karinne.leissa@gmail.com

Larissa Polejack

Psicóloga, Doutora em Processo de Desenvolvimento Humano e Saúde (UnB/2007), Professora Adjunta do Departamento de Psicologia Clínica-PCL/IP, membro do NDAE da Residência Multiprofissional do HUB. E-mail: larissapolejack@unb.br

Larissa Sorayane Bezerra Soares

Psicóloga pelo Instituto Superior de Brasília (IESB). Especialista em Psico-Oncologia pelo Hospital Universitário de Brasília/Universidade de Brasília. Psicóloga Hospitalar na Rede D'OR – Hospital Santa Luzia. E-mail: larissasorayane@gmail.com

Laura A. M. Pereira de Souza

Psicóloga, pesquisadora do Laboratório de Psicopatologia e Psicanálise do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. E-mail:

laura.pereiradesousa@gmail.com

Liana Fortunato Costa

Psicóloga, Terapeuta Conjugal e Familiar, Psicodramatista, Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo, Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura – PSICC/PCL/IP/UnB. E-mail: lianaf@terra.com.br

Luana Aline Afonso

Psicóloga pelo Instituto de Educação Superior de Brasília. Atualmente é Especialista em Assistência Social /Psicóloga do Governo do Distrito Federal e Chefe do Núcleo de Concessões e Readaptação do Governo do Distrito Federal. E-mail: luana-afonso@hotmail.com

Lúcia C. de Albuquerque Williams

Professora Titular do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São Carlos, Coordenadora do Laboratório de Análise e Prevenção da Violência, bolsista pesquisadora do CNPq, Coordenadora do GT ANPEPP Tecnologia social e inovação: intervenções psicológicas e práticas forenses contra violência. E-mail: williams@ufscar.br

Luciana da Silva Rodriguez

Psicóloga graduada pela UFF, com pós graduação em Clínica Psicanalítica pelo IPUB/UFRJ e mestrado na linha de pesquisa "Clínica e Subjetividade pelo PPG Psicologia/UFF. Atualmente cursa doutorado na linha de pesquisa Clínica e Sub-

jetividade pelo PPG Psicologia/ UFF e trabalha como psicóloga no Centro de Referência em Obesidade da Prefeitura do município do Rio de Janeiro. E-mail: lulu_psico@hotmail.com

Lucy Mary Cavalcanti Stroher

Assistente Social, Terapeuta Familiar, Centro de Orientação Médico Psico-pedagógico – COMPP – Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. E-mail: lustroher@ibest.com.br

Luiza de Marilac Meireles Barbosa

Professora da Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília (UnB), Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura - Edital Pró-Ensino na Saúde, Mestre em Saúde Pública e Epidemiologia pela Universidade Federal do Ceará. E-mail: marilac.meireles@gmail.com

Marcela Novais Medeiros

Psicóloga da Secretaria de Saúde do GDF, mestre e doutora em Psicologia Clínica e Cultura pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia, UnB. E-mail: marcelanovaismedeiros@yahoo.com.br

Marcelo Tavares

Mestre em Psicologia e Doutor em Psicologia Clínica pela Alliant International University (antiga United States International University), Professor do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Uni-

versidade de Brasília, especialista em Avaliação Psicológica, Intervenção em Crise e Prevenção do Suicídio. E-mail: marsatavares@gmail.com

Márcia Cristina Maesso

Psicóloga, psicanalista, pós-doutora e pesquisadora colaboradora plena no Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da UnB; doutora e mestre em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da USP. E-mail: maessomc@gmail.com

Márcia Teresa Portela de Carvalho

Doutora em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura (UnB). Pós-doutorado concluído no Programa de Pós Graduação em Teoria Psicanalítica da UFRJ. Pesquisador Colaborador Pleno da UnB no Laboratório de Psicanálise e Subjetivação. Temas de pesquisa: adiccção, casos-limite e trabalho do negativo. E-mail: cptmarcia@brturbo.com.br

Maria Aparecida Penso

Psicóloga, Doutora em Psicologia Clínica, Programa de Pós- Graduação em Psicologia da Universidade Católica de Brasília (UCB). E-mail:

mariaaparecidapenso@gmail.com

Maria Cicilia de Carvalho Ribas

Psicóloga, sócia fundadora do CPPL, doutora em Psicologia Clinica/"Université Paris 5", Professora adjunta do CAV-UFPE. E-mail: cicicarv2014@gmail.com

Maria Delzuita de Sá Leitão Fontoura Silva

Fisioterapeuta (UFPE- 1982); Especialista em Bioética (UNB- 2005) e em Processos Educacionais na Saúde (IEP-HSL- 2010); Mestre em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde (UnB- 2013). Atualmente é docente do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês (IEP-HSL). E-mail: diitadi@gmail.com

Maria Fátima Olivier Sudbrack

Psicóloga, Doutora em Psicologia pela Université Paris XIII, Pós-doutora em Psicossociologia pela Université Paris VII, Terapeuta de família, Professora Titular (aposentada) do PCL/IP/UnB, Coordenadora do Programa de Estudos e Atenção às Dependências Químicas – PRODEQUI, Pesquisadora e docente do PPG PsiC-C/UnB, Presidente da Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre Drogas – ABRAMD. E-mail: mfosudbrack@gmail.com

Maria Inês Gandolfo Conceição

Psicóloga, Psicodramatista, Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília, Professora Associada do PCL/IP/UnB, professora do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura – PSICC/UnB, Coordenadora do Laboratório de família, grupos e comunidades, Editora-chefe da revista Psicologia: Teoria e Pesquisa, Pós-Doutorados pela Universidade Federal Fluminense e pela University of Toronto. E-mail: inesgandolfo@gmail.com

Maria Izabel Tafuri

Psicóloga e Psicanalista, Doutora em Psicologia Clínica/USP, Prof. Adjunta do Departamento de Psicologia Clínica da UnB. Orientadora de Mestrado e Doutorado

do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, IP/UnB. E-mail: izabeltafuri@gmail.com

Maria Lizabete Pinheiro de Souza

Psicóloga, psicodramatista, terapeuta familiar e consultora na área de prevenção de drogas em escolas, pesquisadora do Prodequi/UnB. Professora, mestre em Educação pela UCB e em Psicologia pela UnB, doutoranda em Psicologia pela UnB. E-mail: lizaprodequi@gmail.com

Maria do Rosário Dias Varella

Psicóloga, psicanalista, doutora em Psicologia Clínica e Cultura, professora titular da Universidade Paulista – Campus Brasília, coordenadora do Curso de Psicologia/Unip/Brasília. E-mail: mrvarella@hotmail.com

Marina Kohlsdorf

Psicóloga, Doutora em Psicologia, Professora do Centro Universitário de Brasília - UniCEUB, Brasília, DF. Psicóloga da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. E-mail: marinak@unb.br

Maurício S. Neubern

Doutor em Psicologia (UnB/2003) e Professor Adjunto do Depto. de Psicologia Clínica da UnB. Seu principal projeto de pesquisa é "Complexidade, Hipnose e Subjetividade nas Relações Terapêuticas", discutindo o tema da Hipnose em termos de história e epistemologia da Psicologia, relação entre clínica, transe e cultura, espiritualidade e processos terapêuticos, hipnose e dores crônicas. E-mail: mauricio.neubern@gmail.com

Mayara Soares dos Santos

Psicóloga pelo Instituto de Educação Superior de Brasília. E-mail: mayaraxv@hotmail.com

Monique Guerreiro de Moura

Psicóloga da Secretaria de Saúde GDF, Mestranda em Desenvolvimento e Políticas Públicas pela Fundação Oswaldo Cruz – (FIOCRUZ/ENSP/IPEA). E-mail: moniquegdm@yahoo.com.br

Nahara Rodrigues Laterza Lopes

Psicóloga, Mestre e Doutoranda em Psicologia pela UFSCar, membro da equipe de pesquisadores do Laboratório de Análise e Prevenção da Violência (Laprev/UFSCar), membro honorário da ISPCAN - International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect, atua nos seguintes temas: prevenção de maus-tratos infantis, violência psicológica e trauma craniano violento pediátrico (Síndrome do Bebê Sacudido). E-mail: nahara.laterza@gmail.com

Norberto Abreu e Silva Neto

Psicólogo, Doutor em Psicologia pelo Instituto de Psicologia da USP. Professor Associado aposentado do IP-USP e Professor Titular em Psicologia Clínica da Universidade de Brasília, aposentado. Membro da Academia Paulista de Psicologia - Cadeira n. 06. Desenvolve atividades de pesquisa em História e Filosofia da Psicologia de acordo com a metodologia de “análise conetiva da linguagem”. E-mail: norberto.abreu@uol.com.br

Patrícia Maria Fonseca Escalda

Professora de Saúde Coletiva da Faculdade de Ceilândia da UnB. Orientadora de Mestrado e Doutorado no Programa de Pós-Graduação de Ciências e Tecnológicas em Saúde da FCE/UnB. Atua em epidemiologia, serviços e políticas de saúde. E-mail: patescalda@yahoo.com.br

Priscilla Melo Ribeiro de Lima – Doutora em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília (UnB). Professora adjunta do curso de Psicologia da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Goiás (UFG). Coordena o Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Velhice (GEPEV) na Universidade Federal de Goiás. E-mail: primlima@gmail.com

Regina Lucia Sucupira Pedroza – Psicóloga, Professora Adjunta da Universidade de Brasília-UnB, Instituto de Psicologia. Professora nas Pós-Graduações de Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde e Direitos Humanos e Cidadania da UnB. E-mail: rpedroza@unb.com

Renata de Leles Rodrigues – Psicóloga Clínica, Mestranda do PPG-PsiCC (UnB), Psicóloga voluntária no Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos (CAEP/UnB) atendendo no "Grupo de Atendimento a Crianças com Transtornos e Dificuldades da Alimentação" (2011-2012) e no Projeto "Psicopatologia e Obesidade". Bolsista de Extensão-UnB (2012). E-mail: renatadeleles@gmail.com

Richard de Oliveira – Bacharel em Psicologia e Psicólogo pelo IPUSP, mestrando no Programa de Pós Graduação em Psicologia Social e do Trabalho (IPUSP) e pesquisador do Laboratório de Estudos em Psicologia da Arte do IP-USP. E-mail: richard.oliveira@usp.br

Rosária de Fátima Kollar – Psicóloga, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, IP/UnB, pesquisadora do Laboratório de Psicopatologia e Psicanálise do IP/UnB. E-mail: rosariafpk@yahoo.com.br

Sheila Giardini Murta – Docente no Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de Brasília (UnB). Investiga o desenvolvimento, a avaliação, a difusão e a adaptação cultural de programas de promoção de saúde mental e prevenção a riscos e transtornos mentais no ciclo de vida. Email: giardini@unb.br

Valeska Zanello – Professora adjunta do Departamento de Psicologia Clínica (PCL) do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Orientadora do programa de pós-graduação stricto-sensu em Psicologia Clínica e Cultura (PCL/IP/UNB). Email: valeskazanello@uol.com.br

Teresa Cristina Carreteiro – Professora do Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Pesquisadora do CNPq, Psicossocióloga, Psicanalista, membro fundadora do CIRFIP (Centre International de Psychosociologie), Paris, e do IISC (Institut International de Sociologie Clinique). E-mail: tecar2@uol.com.br

Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo – Professora do Instituto de Psicologia (UnB), Pós-Doutora pela Unesco (França), Doutora pela Université de Paris X-Nanterre e Pesquisadora do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). E-mail: araujotc@unb.br

Terezinha de Camargo Viana

Professora Associada do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq. Doutorado em Sociologia pela Universidade de São Paulo (USP). Pós-doutorados em Antropologia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e em Psicologia Clínica pelo Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA – Lisboa, Portugal). E-mail: tcviana@unb.br

1 O brincar e narrar na hospitalização da criança: um modelo de intervenção clínica

Richard de Oliveira
Gilberto Safra

Introdução

A hospitalização é uma ocasião potencialmente traumática do ponto vista psicológico para as crianças (Motta & Enumo 2004; Ribeiro & Pinto Junior, 2009). Afasta a criança de sua vida cotidiana, do ambiente familiar e promove uma experiência dolorosa para a criança e seus familiares. Diversos sentimentos emergem dessa situação, provocando dúvidas, angústias, sofrimento e dor. A hospitalização da criança costuma ser vivenciada por ela com grande sofrimento psíquico potencializado pelo distanciamento do ambiente familiar, e por submetê-la a procedimentos e rotinas hospitalares. Durante a internação, a criança tem o seu corpo disponível para tratamento e para investigação, a sua privacidade fica subordinada à dinâmica hospitalar; tornando-se uma experiência demasiadamente intrusiva e vivenciada como uma dolorosa situação de passividade (Oliveira, 2005).

Tendo em vista essas questões, realizamos uma pesquisa na qual, por meio de intervenções em ambiente hospitalar, investigamos como o brincar poderia vir

a contribuir para auxiliar a criança a lidar com as decorrências psicológicas de sua hospitalização. Para realizar esse trabalho usamos como arcabouço teórico a contribuição de Winnicott.

Segundo Ribeiro e Pinto Junior (2009), receber um diagnóstico de adoecimento, enfrentar a situação de hospitalização e se ver diante de procedimentos invasivos, sejam eles para fins de diagnósticos, terapêuticos ou cirúrgicos, não é algo simples e exige uma reestruturação psíquica da criança, bem como dos familiares.

Nessa perspectiva, a promoção do brincar na ocasião da hospitalização infantil pode mostrar-se uma potente estratégia preventiva e terapêutica, promovendo melhoras significativas do bem estar físico e psicológico da criança. Torna-se importante propiciar atividades lúdicas à criança hospitalizada, especialmente porque ao brincar ela altera o ambiente em que se encontra e aproxima-se da sua realidade cotidiana. A atividade recreativa, livre e desinteressada, tem um efeito terapêutico, uma vez que auxilia na elaboração de emoções e sentimentos e na promoção do bem-estar dos pacientes (Favero, Dyniewicz, Spiller & Fernandes, 2007; Motta & Enumo, 2004; Mussa, 2008; Oliveira, 2005).

Entre outras coisas, o brincar possibilita que a criança coloque em jogo a sua condição e saia do estado psicológico de passividade. Nesse sentido, o brincar pode ser visto como uma experiência capaz de promover a continuidade do desenvolvimento infantil e também possibilitar à criança hospitalizada a elaboração desse momento especial em sua vida.

Essa reconhecida importância do brincar tem gerado pesquisas, baseadas em diferentes referenciais teóricos, e o consequente desenvolvimento de técnicas de intervenção, que foram adaptadas às várias variáveis que compõem um contexto hospitalar (Mitre & Gomes, 2004).

Winnicott (1971/1975) apresenta a noção de brincar como um fenômeno da expressão humana que acontece em uma zona intermediária da experiência, entre

a experiência totalmente subjetiva e a experiência compartilhada. O brincar aconteceria na área denominada, por ele, de espaço potencial.

Diferente de outras teorias psicológicas e psicanalíticas, que veem o brincar apenas como etapa que serve de preparação para a vida adulta ou como uma situação na qual são projetados conteúdos mentais conflitivos, Winnicott, sem rejeitar essas facetas do brincar, aponta o brincar como algo com sentido em si, enfatizando que o mais importante que os conteúdos da brincadeira é poder brincar com eles. (Safra, 2005a; Winnicott, 1971/1975)

Segundo Winnicott (1975/1971, p. 63):

> Desejo afastar a atenção da sequência psicanálise, psicoterapia, material da brincadeira, brincar, e propor tudo isso ao inverso. Em outros termos, é o brincar que é universal e que é a própria saúde: o brincar facilita o crescimento e, portanto, a saúde; o brincar conduz aos relacionamentos grupais. O brincar pode ser uma forma de comunicação na psicoterapia; finalmente, a psicanálise foi desenvolvida como uma forma altamente especializada do brincar, a serviço da comunicação consigo mesmo e com outros. O natural é o brincar, e o fenômeno altamente aperfeiçoado do século XX é a psicanálise. Para o analista, não deixa de ser valioso que se lhe recorde constantemente não apenas aquilo que é devido a Freud, mas também o que devemos a coisa natural e universal que se chama brincar.

Sob esse prisma, que identifica o brincar com saúde psíquica, como algo universal e natural do ser humano, a hospitalização apresenta duas facetas que imediatamente podemos identificar como potencialmente inibidoras do brincar: o distanciamento do familiar e a situação de passividade diante dos procedimentos da rotina hospitalar. Ambas contribuem para que o brincar da criança seja inibido, pois interferem de modo significativo no cotidiano da criança, impedindo, na

maior parte das vezes, que o brincar se estabeleça. Safra (2005b), sem pretensão de esgotar o tema, expõe as principais características do brincar da criança,

> Ao brincar a criança institui situações organizadas em termos de espaço e tempo. Brincando ela funda mundos. Ao brincar ela não está simplesmente projetando conteúdos psíquicos no jogo, mas está constituindo mundos e estabelecendo a possibilidade de transformar a realidade através de seu gesto... a criança, ao longo de seu desenvolvimento, coloca no jogo as diversas facetas de seu ser: a questão do seu corpo, a questão de seu psiquismo, com todas as angustias que a visitam e a necessidade de projetar um destino. Esse ponto é importantíssimo, mas muito pouco discutido. O ser humano tem necessidade de criar sentidos, pois é parte da estrutura da pessoa humana a capacidade de projetar horizontes futuros. (p. 13).

Assim pode-se ter uma noção da extraordinária importância do brincar na vida da criança, pois ela contempla as diferentes facetas da vida e a interrupção do brincar pode vir a facilitar o adoecimento psíquico da criança. Daí a importância de se intervir buscando facilitar o brincar da criança em ambiente hospitalar.

Brincar, contar histórias, narrar situações vividas, pode ser um modo bastante significativo de auxiliar as crianças a colocar sob o domínio do eu a situação que estão vivendo quando internadas. Narrar como que permite a criança integrar as experiências vividas antes, durante e depois da internação. Segundo Safra (2005a), as histórias são uma forma privilegiada de a criança colocar os conflitos subordinados à sua criatividade. Brincar, contar histórias pode facilitar o estabelecimento do espaço potencial, podendo auxiliar a criança a lidar com a situação de hospitalização.

Winnicott nos ensina que “onde o brincar não é possível, o trabalho efetuado pelo terapeuta é dirigido então no sentido de trazer o paciente de um estado em

que não é capaz de brincar para um estado em que é" (Winnicott, 1971/1975, p. 59). Nossa hipótese foi a de que o auxílio à criança para brincar ou narrar a sua experiência na situação hospitalar pode vir a ajudá-la a colocar sob o domínio do eu as vicissitudes e a angústia decorrente da internação hospitalar.

Pensando em uma intervenção aplicada no contexto da hospitalização infantil que tente lidar pontualmente com a situação da hospitalização, buscamos um procedimento de intervenção que não usasse uma narrativa pré-estabelecida, mas sim que auxiliasse a criança a alcançar uma narrativa, por meio do brincar, com o uso de um personagem, um boneco, desenho etc. A hipótese era de que ao convidar a criança a tecer sua própria narrativa ela poria em questão sua situação de hospitalização, podendo, então, colocar sob o domínio do eu a situação, potencialmente traumática, da internação.

Perspectivas metodológicas utilizadas na investigação

Essa investigação ocorreu por meio da observação dos efeitos do brincar, no ambiente hospitalar, entre criança e pesquisador. Realizamos, portanto uma modalidade de investigação que pode ser classificada como uma pesquisa interventiva ou como pesquisa-ação.

Rejeitando os operativos clássicos das ciências naturais "sujeito-objeto" a neutralidade do pesquisador, a pesquisa-ação procura unir a pesquisa à ação ou prática, isto é, desenvolver o conhecimento e a compreensão como parte da prática. É, portanto, uma maneira de se fazer pesquisa em situações em que o pesquisador é também uma pessoa envolvida com o fenômeno (Engel, 2000).

É importante que se reconheça a pesquisa-ação como um dos inúmeros tipos de investigação-ação, que é um termo genérico para qualquer processo que siga um ciclo no qual se aprimora a prática e a reflexão sobre ela, pela oscilação sistemática entre agir no campo da prática e investigar a respeito dela, aprendendo mais, no correr do processo, tanto a respeito da prática quanto da própria investigação (Tripp, 2005).

Esse modelo se ajusta de forma privilegiada às pesquisas realizadas nas áreas da Psicologia Clínica e da Psicanálise. Grande parte das pesquisas em Psicologia Clínica supõe uma relação dinâmica entre teoria e prática, assentando-se em um vértice epistemológico sujeito-sujeito. Avellar (2009) defende que a própria imersão no campo de pesquisa em Psicologia Clínica exige inflexão metodológica que quebre as dicotomias teoria e pratica, sujeito e objeto, e que não postule neutralidade do observador, mas sim a coloque como dado e como chave de produção de sentido.

As entrevistas ocorreram nas instalações de um hospital universitário, no qual se promoveu contato dos profissionais de saúde responsáveis pela ala de Pediatria com o projeto, de modo a combinar de maneira mais integrada possível a aplicação da pesquisa na instituição. O projeto foi apresentado às instâncias administrativas, de pesquisa e de ética do hospital, e foi aprovado em todas elas.

O contato com os pais foi extremamente importante, tanto para obter informações sobre como a criança estava vivendo a situação de hospitalização, quanto poder, dentro do possível, integrar a família ao processo de consulta. O projeto foi apresentado aos pais das crianças hospitalizadas, quando então se perguntava se eles autorizavam a intervenção, sugerindo que primeiro indagassem às crianças. Pretendíamos, em um primeiro contato com os pais, colher o máximo possível de informações sobre a biografia da criança, por meio de entrevista semiaberta, buscando cobrir os seguintes assuntos: motivo da hospitalização da criança, possíveis problemas ligados ao desenvolvimento da mesma, gostos pessoais e informações em geral da personalidade da criança que pudessem ajudar no estabelecimento de contato com a criança.

Modelo de intervenção clínica

Seria impossível apresentar um quadro geral do funcionamento das intervenções. O que faremos é apontar certos princípios a serem observados

durante o processo de intervenção e apresentar um quadro geral do manejo terapêutico.

O quadro geral foi inspirado no artigo *Observação de bebês em uma situação padronizada* (Winnicott, 1941/2000), no qual, segundo Safra (2005a), encontra-se a matriz para o pensamento clínico de Winnicott.

Segundo Safra (2005a), toda sessão lúdica tem três momentos.

O primeiro momento é o de hesitação, onde, após a criança ser esclarecida sobre a proposta de brincar junto com o clínico, a criança age estruturando o campo de comunicação. Ela explora as possibilidades de comunicação e ensaia jogos. É importante salientar que nesse momento manifesta-se ansiedade decorrente de sua situação atual e de sua história.

O segundo momento acontece em decorrência do estabelecimento de uma relação de confiança com o pesquisador. Aqui acontece o aparecimento do espaço potencial. Se isso ocorrer, a criança poderá viver uma experiência de apropriação da situação estabelecida por meio do jogo ou da narrativa que se organiza como meio de comunicação.

O terceiro momento é o de desinvestimento da brincadeira, que assinala o final da intervenção. Muitas vezes, pode acontecer do jogo não entrar nesse terceiro momento. Nessas situações foi necessário auxiliar os pais a entrarem na brincadeira para que pudessem dar continuidade ao jogo proposto pela criança. É muito importante o bom manejo dessa despedida, principalmente caso não tenha havido o desinvestimento total da criança, para que a criança possa finalizar a atividade sem estar excessivamente ansiosa e sem grandes resquícios deixados pela relação transferencial ocorrida na sessão.

Para favorecer o estabelecimento do jogo com a criança, o pesquisador levava consigo bonecos, lápis de cor, giz de cera, e outros materiais que se consideraram como pertinentes ao caso. Não se descartava a possibilidade de que, para elaborar a narrativa lúdica, fosse necessário usar brinquedos da própria criança ou brinquedos disponíveis na instituição.

As crianças se beneficiaram bastante pela possibilidade de brincar com o pesquisador. Durante o jogo, o foco do trabalho foi a situação de adoecimento e de hospitalização da criança. Observou-se que por meio da atividade lúdica, a criança colocava sob o domínio do eu a situação na qual se encontrava. Havia, em decorrência desse evento, mudança significativa no estado psíquico da criança, após a consulta. Para tornar mais claras essas questões, descrevemos a seguir uma das consultas realizadas. A razão de escolher o caso abaixo para ser narrado se deve ao fato de que ele é paradigmático das situações clínicas que encontramos em diferentes situações, ao longo da pesquisa.

Caso clínico

O pesquisador acabava de sair de um atendimento, quando passou em frente ao quarto no qual se encontrava a menina. Ela estava bastante pálida, com suor no rosto, e olhava para o clínico com curiosidade. Encontrava-se deitada em um leito com a agulha do soro introduzida no braço. O pesquisador entrou no quarto sorrindo, e ela retribuiu o sorriso.

Ela o olhou com curiosidade, mas seu semblante era abatido. Observou que a menina tinha, a seu lado, um sapinho de pano bem roto.

Como ela parecia triste, o pesquisador perguntou a ela *Qual seu nome?* Ela virou para o outro lado, envergonhada. A mãe, que estava a seu lado, disse que o nome dela era Fernanda[1]. Perguntou-se o que a criança tinha. A mãe respondeu que a menina havia tido febre alta durante toda noite, teve diarreia e vômitos. Por essa razão, havia trazido a menina para o Hospital. Indagada sobre a idade de sua filha, respondeu que ela tinha três anos. Fernanda tinha, por ocasião da consulta, três anos e sete meses de idade.

O pesquisador perguntou para Fernanda se o sapinho era dela. Ela o olhou timidamente, e rapidamente virou o olhar para o sapinho e o pegou, escondendo

(1) Trata-se de nome fictício, para manter o anonimato da paciente.

o rosto. A mãe disse *Que menina manhosa...da oi para o moço.* Fernanda continuou com o rosto escondido no sapo.

> O pesquisador se inclinou no leito, e disse *Fernanda, qual é o nome do sapinho?*
>
> Ela disse bem baixinho, *É Caco....*Ela olhou o psicólogo com interesse, por isso ele se sentiu à vontade para prosseguir.
>
> Perguntou para ela se o Caco falava, e ela respondeu que não, balançando parte do corpo, no movimento de negação.
>
> Perguntou, em seguida, se ele podia ver o Caco, ela o olhou, e em seguida olhou para a mãe. A mãe conversava com a enfermeira, ficando nitidamente apreensiva.

O pesquisador disse *se ela pode me mostrar o seu sapinho*, e algo imediatamente mudou, ela o olhou e lhe ofereceu o sapinho. Sua face parecia menos abatida. O psicólogo aproximou as mãos do boneco, passou a mão na cabecinha dele, dizendo que ele era bonitinho. Ela retruca dizendo que não, que era feio. O clínico afirmou que não o achava feio, que ele era bonito. Ela olhou para o sapinho por um instante. Depois disse *Ele era bonito, mas agora tá muito velho, olha o furo!* Ela mostrou com as mãos o furo na barriga do Caco. O buraco era grande, e parecia que iria abrir mais e mais. O pesquisador pensou dizer que daria para ser consertado, mas preferia calar-se. Preferiu dizer que o achava bonito mesmo com furo. Fernanda sorriu.

O psicólogo disse, em seguida, que o Caco estava um pouquinho quente, e pede para segurá-lo.

A menina lhe dá o boneco. O clínico, segurando o sapinho, passou mão na cabeça dele e disse que ele estava quente, que parecia ter um pouquinho de febre. Ele devolveu o boneco para Fernanda. Ela colocou a mão no boneco como o profissional havia feito e olhando para o boneco, e para o psicólogo, perguntou

o que ele tinha. O pesquisador, respondeu que estava brincando que o Caco estava dodói e que ele estava com febre.

Ele perguntou se ela não gostaria de brincar de cuidar do Caco e, brincar que ele “tá dodói”. Ela confirmou com um aceno de cabeça entusiasmado, e sentou-se na cama. Parecia menos abatida.

O psicólogo deitou o Caco na caminha da paciente, no lugar em que ela havia deitado anteriormente. O clínico o cobriu com um lençol, dizendo que ele estava quentinho. Sugeriu à menina que ela também sentisse a temperatura do boneco. Ela passou a mão no brinquedo e disse que estava mesmo quente e que ele estava pegando fogo. O profissional perguntou a ela o que iria ser feito. Ela respondeu que poderíamos dar água para ele. O clínico pegou um copo que havia ao lado cama e o deu à menina, que brincou de dar de beber ao boneco, enquanto dizia que a água iria apagar o fogo.

O psicólogo riu enquanto ela dava a água para o boneco, e ela olhou para o clínico, sorrindo também. Iniciou uma conversa dizendo que o brinquedo estava “dodói” e que iria cuidar dele.

Ela mexia as mãos de um modo que parecia que tinha esquecido do soro que estava inserido em seu braço. O psicólogo a alertou para que tomasse cuidado com seu braço, pois poderia vir a se machucar. Ela olhou para o soro, e em seguida para o clínico. Ficou parada, como que indecisa sobre o que fazer.

O profissional diz que “podemos brincar a vontade, mas tem que tomar cuidado”. Ela diz que “tá bom”, e começa “arrumar” o Caco na caminha. De repente ela vira para ele e diz que tem que dar remédio para ele. Ele pergunta qual remédio, qual que tem que dar. Ela pega água, finge que coloca algo na água. O psicólogo pergunta se aquilo vai fazer passar a febre e ela sorri afirmativamente.

O clínico finge que dá a água para ele, e faz barulho de beber. E usando sua voz, faz Caco dizer para ela “Fernanda, tá meio ruim esse remédio!” Ela da uma risada, aquelas de criança, tipo gargalhada. E responde: “caquinho, caquinho, tem

que tomar, é para sarar.” Aí o Caco diz “Mas tá muito ruim!”. Ela fica muito animada, o boneco a abraça, diz que ela tá quentinha também.

Ela vira e fala “Ó, tô com injeção aqui... se você não tomar direitinho”. Ela usa seu dedo como se fosse um injeção, o psicólogo pega uma caneta no seu bolso, e diz que a injeção está com ele. Ela pega a “injeção”, e aplica no Caco, o clínico faz uma voz de “ai, dói, dói!!!”. Ela ri muito, nina ele depois, dizendo que passou, aninha ele no colo e faz carinho.

O psicólogo pergunta se melhorou a febre dele, e ela pergunta o que é isso, “febre”?

O clínico se aproxima dela e diz que febre é quando “a gente está quentinho”, que a gente está dodói, e que aquele soro que ela tem no braço é parte do cuidado especial que ela tem que ter. Ela pergunta se tem remédio na injeção. O psicólogo responde que tem remédio que fica entrando no corpo dela, para ela ficar melhor rápido (fica surpreso de ela estar febril e não terem lhe dito o que era febre, mas mais para frente percebe que a mãe e a criança elaboravam toda a doença sob o nome de “dodói” e de ‘estar quente”, não de “febre”).

Ela diz ao psicólogo que “Já não tô mais dodói, quando você chegou eu tava, agora não tô mais!”.

Pergunta se é mesmo, se ela não esta com febre. Ela põe a mão no rosto, diz que está um pouco sim, e pede para o clínico colocar a mão para ver. Ele coloca a mão no rosto dela, ela está bem quente, e diz que ela está quente, mas vai ficar melhor logo.

De repente ela pega o Caco e diz que ele tá mais quente, mais quente que ela. O psicólogo pergunta se ele ainda está dodói, ela diz que sim, que tem que dar remédio. Pega a água e dá para ele, derruba um pouco na cama, se afasta, dizendo “ihh, caiu...”. O psicólogo diz que não tem problema, para ela tomar cuidado para não se molhar só, e pede para ela cuidar do Caco, enquanto pega uma toalha. Pede à enfermeira uma toalha, ela indica uma que esta do lado de Fernanda, que pode usar. O clínico percebe que Fernanda está um pouco

“encanada”, então oferece a tolha para ela, se ela quiser limpar. Ela aceita (seu rosto sugere um dissipação de preocupação). Ela pede para que ele segure o Caco enquanto ela limpa.

O psicólogo brinca, como sendo o Caco, diz que “É só limpar, ta tudo novo!” e o Caco pede para ela o pano que ele quer limpar também, ela ri bastante, mas diz que ele tá doente, que não pode mexer com água (aí o psicólogo pensa que talvez ela o esteja recriminando por tê-la deixado mexer na água de alguma forma, mas era pouca água, praticamente simbólica, talvez esteja “viajando”, conclui).

Então o Caco diz que ela também esta doente, que não pode mexer na água, e pede o pano, ela dá risada e não dá o pano, e o Caco tenta pegar, e vira uma brincadeira (e impressionante como havíamos esquecido o soro nela, no entanto, o psicólogo lembra que prestava a atenção de alguma forma caso ela se mexesse demais, havia cuidado, mas um cuidado esquecido, pensei nas mães que carregam os bebês com tanto cuidado). Existe muita risada e muita excitação na brincadeira.

Depois de brincarem mais um pouco, sua mãe se aproximou com uma boneca, e Fernanda pegou o Caco dizendo para o clínico pegar um boneco grande que estava na sala. Ele lembrou Fernanda que precisava ir embora, mas ela ficaria com o Caco, com a Sara (boneca) e com a mamãe. Ela ficou perplexa, o psicólogo se abaixou e conversou com ela, explicando que tinha que ir porque tinha muita coisa para fazer. A mãe sugeriu que ela me desse um beijo de despedida e ela inclinou-se em minha direção e o deu.

Comentário

É notável a mudança do estado de ânimo de Fernanda, considerando antes e depois do atendimento. Isso se deve à transformação proporcionada pela brincadeira, podemos dizer que o brincar foi terapêutico. Vencida a ansiedade inicial, Fernanda estava predisposta a uma brincadeira divertida e tranquila, um autêntico "brincar" na concepção winnicottiana. Vemos que o brincar se desenrola com naturalidade. Aqui, o terapeuta se disponibilizou para que o brincar acontecesse, não foi necessário*... trazer o paciente de um estado em que não é capaz de brincar para um estado em que o é"* (Winnicott, 1975/1971, p. 59).

No entanto, o tema da brincadeira foi sugerido pelo terapeuta, e referia-se à situação de hospitalização. O objetivo foi focar aquele tema que parecia urgente naquela condição. O tema foi recebido com tranquilidade por Fernanda, e durante o brincar foram levantadas questões sobre a situação da hospitalização e sobre cuidado. No entanto, apesar da pesquisa ter como foco o brincar na situação de hospitalização, nunca se perdeu de vista a potencialidade terapêutica do brincar.

Ao se observar o cuidado que a paciente demonstrava para com o sapinho, arrisca-se em dizer que por meio dos cuidados que Fernanda dispensou a Caco revelava-se que ela parecia haver introjetado os cuidados maternos. No momento da brincadeira, quando o jogo era afirmar que Caco sentia dor quando lhe foi aplicada a injeção, Fernanda demonstrou um cuidado sensível por meio da tonalidade de sua voz, pelo modo como segurava o brinquedo. Ela o olhava como se fosse um bebê real.

Nesse jogo, a paciente por meio de identificações significativas adquiridas ao longo de sua história, conseguia por meio do seu brincar colocar sob o domínio do eu a situação disruptiva da hospitalização.

A consulta desenvolveu-se de modo satisfatório. Podemos reconhecer ao longo da situação clínica os três tempos fundamentais descritos por Winnicott no jogo de consulta com a espátula: a hesitação, o brincar, e a finalização do jogo. Algo que merece atenção é o fato do clínico ter tentado estabelecer contato com

a menina por meio de um objeto intermediário. Com esse tipo de procedimento foi estabelecido o espaço potencial entre a paciente e o psicólogo, no qual pode emergir o brincar. Durante o jogo há dois momentos que merecem ser considerados: 1) O uso que a menina faz do boneco para apresentar seu sentimento de estar doente (ele é feio, tem um furo). Há aqui uma indagação sobre o adoecimento. Será que estar doente é estar estragado? Ao se estar doente se perde a possibilidade de se ser amado? 2) Por meio do uso do boneco foi possível possibilitar que o sofrimento da menina fosse colocado em devir e sob o domínio da criatividade de Fernanda. Ao superar-se a paralisia decorrente do sofrimento da paciente, foi possível auxiliá-la a não só a tornar a situação de hospitalização passível de ser suportada com melhores condições psíquicas mas também facilitar o processo de recuperação.

O uso do procedimento clínico de consultas vem demonstrando a sua potencialidade terapêutica em situações de hospitalização.

Referências

Avellar, L. Z. A. (2009). A pesquisa em psicologia clínica: reflexões a partir da leitura da obra de Winnicott. *Contextos Clínicos*, *2*(1), 11-17.

Engel, G. (2000). Pesquisa-ação*. Educar*, *16*, 181-191.

Favero, L., Dyniewicz, A. M, Spiller, A. P. M. & Fernandes, L. A. (2007). A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de enfermagem: relato de experiência*. Cogitare Enfermagem, 12*(4), 519-524.

Mitre, R. M. A. & Gomes, R. (2004). A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, *9*(1), 147-154.

Motta, A. B. & Enumo, S. R. F. (2004). Brincar no Hospital: Estratégia de Enfretamento da Hospitalização Infantil. *Psicologia em Estudo, 9*(1), 19-28.

Oliveira, M. C. (2005). *Brincar no hospital: um encontro possível*. (Dissertação de mestrado, não publicada). Universidade Estadual Paulista, Assis.

Mussa, C. (2008). O impacto da atividade lúdica sobre o bem-estar de crianças hospitalizadas. *Psicologia: Teoria e Prática*, *10*(2), 83-93.

Oliveira, M. C. (2005). *Brincar no hospital: um encontro possível*. (Dissertação de mestrado, não publicada). Universidade Estadual Paulista, Assis.

Ribeiro, C. R. & Pinto Junior, A. A. (2009). A representação social da criança hospitalizada: um estudo por meio do procedimento de desenho-estória com tema. *Revista SBPH*, *12*, 31-56.

Safra, G. (2002). Memória e subjetivação*. Memorandum*, *2*, 21-30. Acessado em http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/artigos02/safra02.htm.

Safra, G. (2005a). *Curando com histórias*. São Paulo: Sobornost.

Safra (2005b). *Desvelando a memória do humano: o brincar, o narrar, o corpo e o silêncio*. São Paulo: Sobornost.

Tripp, D. (2005). Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. *Educação e Pesquisa*, *31*(3), 443-66.

Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade.* Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971)

Winnicott, D. W. (2000). Observação de bebês em uma situação padronizada. In *Da pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1941)

2 As queixas alimentares na clínica psicanalítica com crianças[1]

Dione de Medeiros Lula Zavaroni
Renata de Leles Rodrigues
Ana Luiza Henriques Samarcos

O texto propõe uma discussão da "queixa alimentar" trazida pelos pais na clínica psicanalítica com crianças. Segundo Freud, o psiquismo subverte a função da alimentação e transforma-a no campo por excelência onde o bebê encontrará os elementos essenciais da sua constituição psíquica e, de modo mais radical, de sua humanização. As queixas em torno da alimentação vêm compor uma dinâmica onde o alimento entra como elemento essencial da economia psíquica da criança, de seus cuidadores e da relação entre os sujeitos da díade ou mesmo da tríade.

A queixa alimentar tem sido frequentemente problematizada no contexto da clínica psicanalítica com adolescentes e adultos. No entanto, ela também tem sustentado inúmeros pedidos de análise na clínica com crianças. Seja como recusa

---

(1) Este artigo é uma versão modificada de trabalho apresentado no V Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e XI Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental realizado em Fortaleza, Ceará, Brasil, de 6 a 9 de setembro de 2012.

ou como excesso, esta queixa aparece associada a questões que na sociedade moderna ganharam posição de destaque, como a saúde e o desenvolvimento adequado da criança e a competência de seus cuidadores em possibilitarem que os alcance. Além disso, com as implicações diretas que a alimentação traz à saúde da criança, é frequente nos depararmos na clínica com pedidos de atendimento que conduzam rapidamente a criança a uma mudança frente à alimentação. A urgência da demanda é sustentada por recomendações médicas e nutricionais.

Este é um aspecto importante na clínica psicanalítica onde as queixas alimentares amparam o pedido de atendimento, pois a angústia e a urgência que permeiam a solicitação dos pais precisam ser escutadas em um *setting* onde a relação transferencial possa sustentar o tempo de acontecimento da análise da criança.

A recusa alimentar parece ser particularmente perturbadora para os pais. De algum modo, a criança que se recusa a comer coloca em xeque o lugar parental daqueles que se ocupam em oferecer-lhe a alimentação. Nos casos em que existe uma forte recusa alimentar, ao invés de satisfação e prazer, encontramos crianças vivenciando o momento da alimentação com sofrimento e angústia. Nestes casos, se de um lado temos um adulto que oferta, do outro, temos uma criança que recusa. A questão que se coloca de início é *o que* está sendo ofertado e *o que* está sendo negado no "jogo alimentar" que se desenrola entre a criança e seu cuidador?

Em relação à anorexia, alguns autores (Fuks & Campos, 2010; Lacan, 1958/1998) propõem que o sujeito que se nega a comer lida com sua recusa como um desejo, como uma tentativa desesperada de se sustentar diante de um outro que lhe invade e, em última instância, o inviabiliza. Negar aquilo que a mãe lhe demanda através da oferta do alimento pode ser um modo de existir, de não desaparecer nas demandas imperiosas do outro. Do lado da mãe, na impossibilidade de confrontar-se com um bebê real que não reafirma o bebê imaginário reparador de suas próprias vivências traumáticas inconscientes, parece impor-se a demanda de que esse bebê lhe garanta a posição materna através do acolhimento incondicional daquilo que ela lhe propõe. Assim, a mãe não consegue, muitas vezes, acolher

as diversas demandas postas pelo bebê no contexto alimentar, pois se encontra às voltas com suas próprias demandas.

Em muitos casos, as experiências em torno da alimentação tomam lugar de destaque na organização psíquica da criança e nas relações entre ela e seus cuidadores, fazendo com que o alimento passe a ser o elemento organizador por excelência, em torno do qual a criança e seus cuidadores se enlaçam, constituindo uma complexa trama psíquica e relacional. Será nessa teia que as queixas e os sintomas relacionados à alimentação estarão engajados.

Na clínica, aparece com frequência a associação entre a imagem da boa mãe e o êxito na alimentação do bebê, e a possibilidade de amamentar ou alimentar adequadamente o filho pode ocupar na mãe a referência materna por excelência. Por estar estreitamente relacionada à sobrevivência física da criança, a impossibilidade de alimentá-la bem mobiliza fantasias inconscientes de destruição e aniquilamento da criança, gerando na mãe angústias impensáveis que a impedem de perceber e de interpretar as demandas de amor do bebê para além dos seus ciclos de fome e saciedade. Assim, o bebê que não come adequadamente coloca em cena elementos do narcisismo materno, fazendo a mãe questionar-se sobre sua capacidade de cuidar de seu filho e de fazê-lo saudável.

Rabelo e Zavaroni (2010) relatam o caso de Raquel[2], uma menina de 8 anos encaminhada para psicoterapia por recusar vários tipos de alimentos. Em sessão, a mãe lembrava, com muito sofrimento e tristeza, que não conseguiu amamentar a filha durante o primeiro mês de vida. Com uma fala permeada de culpa, a mãe conta dos diversos fatores que a impossibilitaram de amamentá-la. Nas sessões com a mãe, começaram a surgir associações entre a sua dificuldade em amamentar e a recusa alimentar da filha. De algum modo, a mãe relacionava a recusa atual de Raquel à sua impossibilidade, vivida como “recusa”, em amamentá-la no passado. Este breve recorte é trazido no sentido de sinalizar a complexidade

(2) Trata-se de nome fictício, visando preservar o anonimato da paciente. O mesmo critério aplica-se aos outros nomes que aparecem a seguir.

simbólica que atravessa – tanto na criança como em seus pais – suas queixas em torno da recusa alimentar.

Se Raquel trazia uma recusa, no caso descrito por Neves e Zavaroni (2010), Aline trazia uma demanda contínua de comida. Neste caso, o excesso da ingestão alimentar e a dificuldade de seu controle ocupam o discurso materno. Aline era uma menina de oito anos com um quadro de obesidade que havia gerado vários problemas de saúde. Diversas dietas foram prescritas sem sucesso. Outras queixas foram mencionadas, como os ciúmes exagerados de Aline em relação à mãe e os incessantes pedidos da presença materna feitos pela criança. Nas sessões de escuta da mãe, apareceram dificuldades maternas em impor restrições à criança e a presença de atitudes superprotetoras à filha, sobretudo em decorrência da fantasia materna de que Aline já havia sido privada de muitas coisas no momento da separação dos pais. No atendimento da criança e nas sessões de escuta da mãe nos deparamos com uma mãe que se sentia em dívida com sua filha, e com uma criança que colocava sua mãe constantemente nesta posição. Posta neste lugar, a mãe não conseguia suportar a privação do prazer que a filha buscava no alimento, nem recusar suas incessantes demandas de atenção. Neste caso, mãe e filha aparecem presas em uma teia de carências e demandas que as impossibilita de viverem a privação e impõe o acolhimento incondicional dos desejos orais de Aline.

Nos dois recortes de casos trazidos[3], as mães aparecem presas a fantasias pregressas que as invadem quando suas filhas, através da recusa alimentar (no Caso Raquel) e da recusa em deparar-se com a privação (no Caso Aline), as confrontam com seus próprios fantasmas. Será que nas fantasias inconscientes que circulavam entre Raquel e sua mãe, aceitar agora o alimento oferecido por esta de algum modo seria perdoá-la por não amamentá-la? O que poderia significar perdoá-la desta dívida de leite/amor? Aline, por sua vez, parece ter sido enlaçada nas

---

(3) As autoras agradecem aos colegas Gabriella Nunes Neves e Antônio Pereira Rabelo terapeutas do Grupo de Atendimento a Crianças com Dificuldades e Transtornos da Alimentação na Infância, do Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos da Universidade de Brasília, que compartilharam conosco os casos clínicos citados neste artigo.

fantasias maternas cujo amor parecia ser oferecido através do alimento que não poderia faltar nunca. Ser amada, parece ter se tornado sinônimo de ser alimentada, de nada faltar. As demandas incessantes de Aline confrontam o amor materno, que sua mãe, imaginariamente, havia colocado em xeque no momento da separação conjugal.

Recalcati (2010) chama atenção para pensarmos as manifestações dos transtornos alimentares de forma não generalizadora. A crítica que este autor nos traz sobre as classificações psiquiátricas destes transtornos nos alerta para o encobrimento do sujeito e nos convoca a pensá-los a partir da singularidade do sujeito que sofre. Posição semelhante é defendida por Debray (1988), que afirma

> existem tantas formas de anorexia, quer seja primária ou secundária, quantos bebês por ela atingidos, e o distúrbio em si mesmo não é senão um aspecto de um quadro muito mais geral que só se esclarecerá se considerarmos os dados essenciais que contribuem para regular a economia psicossomática do bebê, de sua mãe, e até, segundo o caso, de seu pai (p. 78).

Neste sentido, podemos afirmar que, a partir da psicanálise, os transtornos da alimentação não se apresentam como uma estrutura psíquica específica, mas como manifestações sintomáticas particulares (Nunes, Appolinario, Galvão & Coutinho, 2006). Mas é importante pontuarmos que a alimentação e todo o contexto das primeiras experiências de prazer e desprazer vivenciadas pelo bebê ocupam lugar fundamental na constituição psíquica. Os sintomas que ocorrem em torno da alimentação requerem que possamos anteriormente compreender o lugar que, para além da sobrevivência, o alimentar-se, e antes mesmo, o ser alimentado (condição por excelência do bebê) desempenha na constituição psíquica.

Os momentos dedicados à alimentação do bebê ocupam um lugar privilegiado no contexto relacional da criança com seu cuidador. A alimentação é um dos primeiros contextos através do qual mãe e bebê se põem em relação. Além disso,

considerando que um recém-nascido faz cerca de oito sessões diárias de amamentação, o tempo dedicado ao envolvimento com esta função convocará maciçamente a ambos. Dentro desta compreensão relacional, no contexto da alimentação de bebês e crianças pequenas soma-se um elemento diferenciador fundamental. Durante seus primeiros anos de vida, a ação específica de alimentar a criança não pode ser realizada por ela própria. O desconforto gerado pela fome só poderá ser aplacado a partir da ação do adulto que interpreta seu pedido e a ela dirige a ação de alimentá-la. O modo como o adulto interpreta as demandas alimentares e, em consequência, como ele alimenta o bebê será fundamental no estabelecimento do modo como este ato será incorporado ao repertório psíquico deste bebê. Por outro lado, estudos revelam que desde a amamentação a criança tem um papel ativo controlando quando, como e quanto ingerir do leite materno (Drewtt, 2010).

Além disso, a ação do adulto é mobilizada a partir de um chamado do bebê que, através do seu choro, o convoca. Ou de seu silêncio, que nada demanda. Estes são aspectos importantes na compreensão do lugar que o alimento ocupa na constituição psíquica, uma vez que a criança muito precocemente poderá manifestar desejos, demandas e angústias através da recusa ou da aceitação em excesso do alimento que lhe é oferecido. Nos meandros da possibilidade de demandar, recusar, sentir prazer ou desprazer durante ou após uma sessão alimentar, encontram-se vias importantes de sentir a si e ao outro que lhe escuta, interpreta, demanda, espera ou impõe. Será na cena alimentar que o bebê vivenciará relevantes experiências iniciais de prazer e desprazer. A alimentação, desde os momentos iniciais da constituição psíquica, perde seu estatuto puramente orgânico e ascende à condição de importante via da constituição psíquica.

Freud (1950/1974c, 1926/1974a) nos ensina que, desde o princípio, o psiquismo subverte a função da alimentação e a transforma no campo por excelência onde o bebê encontrará os elementos essenciais da sua constituição psíquica e, de modo mais radical, de sua humanização. Essa mesma compreensão aparecerá, de certo modo em Klein (1952/1982), quando ela afirma que a relação de pra-

zer do bebê será muito mais significativa com quem oferece a comida do que com a comida em si. Segundo a autora, o mamar é a primeira experiência de satisfação do bebê depois que ocorre o trauma do nascimento, ajudando a superá-lo e gerando confiança e segurança. De acordo com Klein (1952/1982), a base de patologias como a obesidade e a anorexia, encontra-se neste estágio de vida. Se o seio bom demora muito a aparecer e o bebê se relaciona intensamente com o seio mau, duas coisas podem acontecer: ou ocorre o aumento da voracidade e dos impulsos destrutivos, de forma que quando o seio bom aparece o bebê mama mais do que precisa, pois não sente segurança de que este seio voltará. Ou ocorre a desistência e com isso a inibição da voracidade, de forma que quando o seio bom aparece o bebê não está mais ávido por mamar.

A partir de Freud, podemos compreender que a queixa alimentar sustenta uma demanda que se instala para além da sobrevivência e dos ditos de uma dieta e de um corpo saudável, apontando para uma ética do desejo e do prazer, que se sustenta nos meandros do percurso pulsional da vida psíquica da criança e de seus pais. Em seu trabalho "Três ensaios sobre a teoria da sexualidade", Freud (1905/1974d) afirma que ao longo de nossa existência permaneceremos na busca da revivência da experiência primeira de satisfação e afirma:

> a primeira e mais vital das atividades da criança - mamar no seio materno (ou em seus substitutos) - há de tê-la familiarizado com esse prazer. (...) A princípio, a satisfação da zona erógena deve ter-se associado com a necessidade de alimento. A atividade sexual apoia-se primeiramente numa das funções que servem à preservação da vida, e só depois torna-se independente delas. (...) A necessidade de repetir a satisfação sexual dissocia-se então da necessidade de absorção de alimento (p. 186).

Neste mesmo trabalho, Freud (1905/1974d) aponta que o semblante de saciação do bebê após a amamentação "persiste como protótipo da expressão da satisfação sexual na vida ulterior" (p. 186). Mas o êxtase pela saciedade não se dá

apenas do lado do bebê, ele também ocorre do lado materno, que reatualiza na amamentação do seu bebê suas experiências inconscientes de prazer e desprazer vividas em sua própria relação com o seio materno, colocando em cena elementos de sua própria sexualidade.

Assim, será no emaranhado de um corpo pulsional que a função alimentar irá se constituir. Lá, onde Freud (1915/1974b) introduziu a noção de um processo limítrofe que se situa entre o físico e o psíquico. É exatamente nesta condição limítrofe que situamos a alimentação do bebê. Conforme afirma Zavaroni, Viana e Ammaniti (2011):

> a partir do conceito de pulsão em Freud, situamos a compreensão das questões que envolvem a alimentação na infância como um processo e como uma função limite. Limite entre a mãe e o seu bebê real e o imaginário, entre a mãe e o bebê que ela foi, entre o bebê e o alimento. Limite entre o corpo materno e o corpo do bebê, entre a fome e o desejo de ambos. Limite ainda entre o dentro e o fora que o bebê constitui a partir da incorporação do leite e do amor em forma de leite (p. 148).

Assim, a incorporação do alimento sustenta gradativamente o processo de diferenciação do bebê de sua mãe. Possibilitar que este processo aconteça passa, também, pela disponibilidade da mãe de vivenciar esse processo de diferenciação entre ela e seu bebê. Diferenciação que será mediada por um corpo que será gradativamente afastado de si no percurso que a criança fará da amamentação à alimentação autônoma.

Winnicott (1958/1988) irá falar da importância do lugar materno na sustentação do desenvolvimento emocional da criança, sobretudo através dos conceitos da “mãe suficientemente boa” e da “preocupação materna primária”. Este autor sublinha que, desde a gravidez, a mulher desenvolve um estado identificatório com seu bebê que a permitirá construir saberes de proteção a ele. Segundo o autor, quando a mãe não é suficientemente boa, o bebê é forçado a uma falsa exis-

tência e podem ocorrer sintomas de irritabilidade generalizada e distúrbios de alimentação. A relação funciona como um espelho, o bebê se vê naquilo que a mãe vê. Com isso, eles (mãe e bebê) nascem juntos. Para este autor, o início da relação objetal revela-se no início da alimentação, ou seja, a maneira como o bebê relaciona-se com o mundo real baseia-se na maneira como as coisas iniciam-se e no padrão que se instaura gradualmente ao decorrer da alimentação (Winnicott, 1987/2006).

Na clínica, o resgate desta história inicial do bebê e dele com seus adultos cuidadores é fundamental para a compreensão dos sintomas que se enlaçaram ao redor da alimentação. Neste contexto, a escuta da criança e de seus cuidadores é essencial na construção que viabilizará o desvendamento dos sintomas da alimentação, que só poderão ser compreendidos a partir de sua inserção nos tempos de origem do sujeito, quando sua fome se associou ao prazer e ao desejo que a subverteu e tornou possível seu processo de humanização.

Referências

Debray, R. (1988). *Bebês/Mães em revolta*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Drewtt, R. (2010). *Psicologia nutricional da infância*. Curitiba: Ippex.

Freud, S. (1974). Inibições, sintomas e ansiedade. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud* (Vol. 20) **(**J. Salomão, Trans.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1926).

Freud, S. (1974). Os instintos e suas vicissitudes. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud***.** (J. Salomão, Trans.) (Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915)

Freud, S. (1974*).* Projeto para uma psicologia científica. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud* **(**J. Salomão, Trad.) (Vol. 1). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1950)

Freud, S. (1974). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud* (J. Salomão, Trad.) (Vol. 7). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905)

Fuks, B. B. & Campos, T.S.P. (2010) Anorexia: da urgência de uma nova prática clínica. *Tempo psicanalítico, XLII*(1), 39-59.

Klein, M. (1982). Algumas conclusões teóricas sobre a vida emocional do bebê. In M. Klein, P. Heiman, S. Isaacs & J. Rivieri (Eds.), *Os Progressos da Psicanálise* (pp. 216-255). Rio de Janeiro: Zahar Editores. (Trabalho original publicado em 1952)

Lacan, J. (1998). A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: Lacan, J. *Escritos.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1958)

Neves, G. N. & Zavaroni, D. M. L. (2010, novembro). Atendimento de orientação psicanalítica em um caso de obesidade infantil. Congresso *Rio International Eating Disorders and Obesity Conference*, Rio de Janeiro, RJ.

Nunes, M. A, Appolinario, J. C., Galvão, A. L. & Coutinho, W. (Eds.), (2006). *Transtornos alimentares e obesidade.* Porto Alegre: Artmed.

Rabelo, A. P. & Zavaroni, D. M. L. (2010, julho). Caso Raquel: recusa alimentar em uma menina de 8 anos. Congresso *I Congresso Internacional sobre a criança e o adolescente: clínica, pesquisa e cultura*, Santa Cruz de Cabrália, BA.

Recalcati, M. (2010). *L'ultima cena: anoressia e bulimia.* Milano-Torino: Pearson Italia.

Winnicott, D. W. (1988). *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise.* (4ª. Ed.) (J. Russo, Trans.). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1958)

Winnicott, D. W. (2006). *Os bebês e suas mães.* (3ª ed.). (J. L. Camargo, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1987)

Zavaroni, D. M. L., Viana, T. C. & Ammaniti, M. (2011). A alimentação e seus transtornos na infância. In T. C. Viana (Ed.), *Sobre psicanálise, subjetivação, arte e cultura* (pp. 127-147). Acessado em http://www.placebo.pt/abrir/loja_online/livros_digitais/psicanalise.html

3 Tornar-se Pai: uma inquietante estranheza familiar

Maria Izabel Tafuri
Dione Lula Zavaroni
Maria do Rosário Dias Varella
Maria Cicilia de Carvalho Ribas
Claude Schauder
Janaína França
Rosária de Fátima Kollar
Laura A.M. Pereira de Souza

> Só raramente um psicanalista se sente impelido a pesquisar o tema da estética, mesmo quando por estética se entende não simplesmente a teoria da beleza, mas a teoria das qualidades do sentir (Freud, 1919).

Introdução

O presente trabalho é parte integrante dos estudos desenvolvidos no âmbito da pesquisa internacional “Prevenção em Perinatalidade”, coordenada por Claude Schauder, da Universidade de Strasbourg, França, em cooperação com a Universidade de Brasília, a Universidade Paulista do DF e a Universidade Federal de Pernambuco -CAV. A equipe de Brasília é coordenada pelas Professoras Dras. Maria Izabel Tafuri, Dione Lula Zavaroni, do Departamento de Psicologia Clínica da

Universidade de Brasília, e pela Prof. Dra. Maria do Rosário Dias Varella, da Universidade Paulista (UNIP). Em Recife, a equipe está sendo dirigida pela Professora Dra. Maria Cicilia de Carvalho Ribas, da Universidade Federal de Pernambuco -CAV e sócia fundadora do CPPL (Centro de Pesquisa em Psicanálise e Linguagem). Participam também da pesquisa mestrandos e doutorandos do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.

O objetivo aqui é o de discutir sob o âmbito da prevenção os dados parciais obtidos da análise de entrevistas dos homens, no primeiro trimestre de gestação do futuro filho, apresentados em um recente trabalho publicado por Tafuri *et al.* (2012). Nesse trabalho iremos nos reportar apenas às questões teóricas e clínicas oriundas dos dados coletados sobre as expectativas dos homens em relação ao processo do *tornar-se pai.* O ponto de partida é o de conhecer as expectativas e as demandas dos homens, por meio da escuta atenta dessa população, durante o período perinatal, para elaborar programas de prevenção.

Questões terminológicas

O termo *parentalidade* foi criado no Brasil, assim como na França (*parentalité)* e nos Estados Unidos (*parenthood*), a partir dos estudos sobre o complexo processo do *tornar-se pai* e *tornar-se mãe* (Solis-Poton, 2004). O neologismo foi descrito pela primeira vez em 1956, por Therese Benedek, nos Estados Unidos e, posteriormente, por Paul-Claude Racamier (1961), na França. Paralelamente à criação desse neologismo surgiu também o de *paternalidade* para evocar, especificamente, o aspecto dinâmico e processual da vivência do homem em *tornar-se pai*. O processo da *paternalidade* caracteriza-se pelo confronto vivenciado diante das transformações profundas de identidade e da revivência de conflitos arcaicos, caracterizando-se como uma nova fase evolutiva da personalidade (Benedek, 1959).

Vale considerar que a criação de novos termos em uma dada cultura, como no presente caso, o neologismo *parentalidade,* pode trazer consequências das mais diversas. Nos Brasil, por exemplo, o termo *paternidade,* oriundo do latim *paternitate,* tem a seguinte definição: ***1.*** *Qualidade do que é pai.* ***2.*** *Título que muitas vezes se dá aos religiosos.* ***3.*** *Qualidade de autor de uma obra. Utiliza-se pai adotivo* o *que resulta de adoção. Pai ilegítimo ou natural, o que provém de união ilícita. Pai legítimo, o que decorre de casamento legal ou putativo* (Weiszflog, 1998). O termo *paternalidade refere-se à* qualidade de paternal. Como se pode ver, as definições presentes na cultura brasileira não enfatizam o "processo psíquico do *tornar-se pai".* Portanto, para o contexto dos estudos psicanalíticos e psicológicos acerca do tema, o termo *paternalidade* não contempla a especificidade desejada.

Face às considerações apresentadas, passamos a utilizar a expressão *tornar-se pai*, em detrimento dos termos de *parentalidade e paternalidade*, por espelhar, de forma mais sensível, o "processo psicológico do vir a ser pai". A ênfase aqui é o de refletir o processo psíquico do *tornar-se pai.*

Tornar-se pai: um processo psíquico singular

O *tornar-se pai* é um acontecimento psíquico a ser colocado em marcha a partir da revivência, consciente e inconsciente, de experiências infantis, antes e durante o período da perinatalidade O futuro pai passa por um processo de atualização de experiências inconscientes por vivenciar a espera de um filho. Os estudos voltados ao tema ainda são escassos, entretanto observa-se uma crescente publicação nos últimos cinco anos. A grande maioria da bibliografia existente procura compreender o *tornar-se pai* a partir dos conhecimentos já adquiridos do *tornar-se mãe,* o que denota uma tendência cultural de se pensar a mulher a partir de um lugar privilegiado pela natureza, a gestação de uma criança. As características humanas relacionadas à capacidade de ser pai a partir da gestação do futuro filho que ocorre no corpo de outro, no caso a mulher, já nos

coloca a princípio face a uma especificidade: a capacidade psíquica de esperar pela gestação de um filho no corpo do outro. O que os homens falam sobre essa espera? Como eles se sentem durante o período perinatal antes de terem nos braços o filho recém-nascido?

No papel de *coadjuvante,* o homem se vê como aquele que necessita acompanhar, compreender e satisfazer as necessidades e desejos da mulher grávida. Surgiram sentimentos tanto positivos quanto negativos em relação à função de coadjuvante desempenhada pelo homem. Ele se mostra contente e feliz por estar acompanhando a mulher nas consultas médicas, contudo demonstra, de forma pouco evidente, um *mal estar* por causa das exigências impostas a ele, tais como paciência, compreensão, satisfação dos desejos da grávida etc. Mostra-se também confuso em discernir quais são as verdadeiras necessidades de uma mulher grávida pois, muitas vezes, considera as queixas de dores, os incômodos, os enjôos, como excessivas. Alguns homens sugeriram orientação para a gestante por parte dos profissionais de saúde no sentido de informar que “gravidez não é doença”, como se pode ver pelos depoimentos a seguir:

> tá muito difícil, não sei se foi por causa da gravidez, começou ficar mais chata a coisa, tem que saber entender o lado dela. Eu nunca tive filho, mas me falaram que mulher quando tá nessa fase realmente. Aí tem que saber entender. Eu to entendendo ela devagar (P6)
>
> o pai eu acho que no começo fica meio... porque não é..., o enjôo ta dentro dela, e pai assim não vê nada acontecer, não vê barriga... no começo eu estou fazendo tudo mais pra ela, tranquilizar um pouco ela, não é muito fácil falar como eu estou me sentindo (P7)
>
> não é todo dia que a gente tem a mesma paciência, a gente também fica estressado, sai cedo de casa, passa duas horas dentro do ônibus, com monte de gente, barulhos, essas coisas toda, chega em casa, às vezes ela quer conversar e sempre o estresse da gente não tem coragem

de chegar para conversar. Pô, o fulano tá cansado, aí do mesmo jeito eu me sinto (...) Depois dessa gravidez parece que a gente tá se afastando (P17)

o comportamento dela assim, todo mundo sabe que a mulher quando engravida, muda o comportamento, né! (...) o que me incomoda é a falta de paciência dela, em não aceitar os enjôos, gravidez não é doença (...) os profissionais tinham que aconselhar mais nisso. (P17)

nosso hábito não mudou muito. Eu principalmente, né? Nessa parte eu estou mais de coadjuvante... eu tento ajudar, mas não tem um reflexo direto na minha vida ainda, no meu corpo, no meu organismo, mas tem esse reflexo indireto de ter que ajudar ela um pouco mais em casa, pra não sobrecarregar... eu não consigo entrar no universo dela, porque eu não sinto todas as reações que ela sente (P8).

Podemos perceber por meio da análise de todas as entrevistas, como nos exemplos apresentados, um homem ansioso e estressado, sem vontade de conversar, irritado, cansado e incompreendido, durante o período gestacional. Ele reclama da pressão social imposta a ele como, por exemplo, ser mais compreensivo, calmo, flexível e companheiro. O homem se sente na obrigação de adquirir ou desenvolver capacidades psíquicas específicas, aquelas referentes à repressão de suas próprias necessidades e desejos, em função do bem estar do outro, no caso, a grávida e o bebê. Ao refletirmos sobre o lugar que o homem ocupa junto à grávida, associamos com o da criança que recebe um irmãozinho recém-nascido. É cobrado do irmão mais velho carinho, compreensão, amor, dedicação e o, mais sensível, aceitação da perda da mamãe que não mais só dele. É o bebê que ocupa o seio, o colo e as atenções da mãe. A expressão dos sentimentos hostis em relação ao bebê e em relação à mãe são, por parte do irmão mais velho, reprimidas e colocadas em cena por meio das vivências dos conteúdos inconscientes. No caso do homem, ele demonstra certo *mal estar* ao

ser colocado em segundo plano pelos profissionais da saúde, como também, pela família. A mulher fica na berlinda, passada ser tratada com mimo, presteza, atenção, cuidados etc. O homem observa a cena apenas como coadjuvante.

Os dados da presente pesquisa apontam para o contentamento e satisfação de alguns homens em desempenhar as funções de companheiros e provedores. Parece ser uma forma de se sentirem mais participativos e mais próximos de suas companheiras. Dados esses também relatados por outros autores brasileiros, como se pode ver a seguir.

Segundo Vasconcellos (2003), face às importantes transformações contemporâneas dos papéis de gênero, observa-se ainda uma demanda cultural de maior implicação do pai no cenário puerperal. A submissão dos homens a esta nova ordem cultural suscita angústias especificas ligadas à identidade de gênero masculino. Um paradoxo se instalaria: ao se adequar à demanda de ser sensível à experiência da mulher, o homem deve recalcar seu próprio conflito, a perda de autonomia e a imersão numa identidade feminina primária (Budur, Mathews & Mathews, 2005; Ferreira, Leal & Maroco, 2010; Gomes, Leal & Figueiredo, 2002; Piccinini *et al*., 2004). E, mais recentemente, Martini, Piccinini e Gonçalves (2010) descrevem a inveja inconsciente dos homens, em relação ao poder de procriação das mulheres, como uma forma de identificação com a gravidez e/ou com o papel materno.

Ao receberem a notícia da gravidez, a grande maioria dos homens demonstrou sentimento de medo, susto e ansiedade. Muitos deles se queixaram da surpresa da notícia, uma novidade transformadora. Para metade dos homens, os familiares e amigos exercem uma pressão psicológica muito intensa como, por exemplo, perguntas sobre a escolha do nome, a forma como a família irá se organizar, sobre o sexo do bebê, quando o bebê irá nascer etc. As queixas mais frequentes em torno desse tema “foi tudo muito rápido”, “a ficha ainda não caiu que eu vou ter um filho”, “eu tenho medo de contar pras pessoas da gravidez, ainda tá tudo muito recente”, “eu tou assustado, fica todo mundo perguntando: e aí... já escolheu o nome, como é que vai ser?”

Um dos dados mais significativos da pesquisa realizada com os homens, no período dos três primeiros meses da gestação, foi a revelação de um sentimento de *mal-estar* quando se sentem apenas no lugar de “pai coadjuvante” e “provedor” (Tafuri *et al.*, 2012). A experiência revelada pela grande maioria dos homens entrevistados é a de acompanhar a gestante nos serviços de perinatalidade, consultas médicas e exames de ecografias. E o mais significativo, a grande maioria dos homens parece resignada à própria sorte, cumprir um papel social já determinado pela cultura a que estão submetidos. A vivência de *pai provedor,* preocupar-se unicamente com as questões práticas, materiais e financeiras da chegada do filho, é a mais falada pelos homens. Uma pequena parcela da amostra apresentou o ressentimento de não ser, nem ao menos, visto como uma pessoa, pelas equipes de saúde, que também passa por ansiedades, medos e sintomas orgânicos, durante o período da perinatalidade.

Chegamos à conclusão que a grande maioria dos homens entrevistados não apresenta expectativas em relação ao “si mesmo” diante dos profissionais da saúde. Ou seja, ser visto, escutado, acolhido e cuidado como futuro pai não parece ser, nem ao menos, uma expectativa da grande maioria dos homens entrevistados. O que nos causou uma *inquietante estranheza,* pois até então os pesquisadores se queixavam da ausência dos homens para fazerem as entrevistas. Tanto os pesquisadores brasileiros quanto os dos outros países (também participam da mesma pesquisa Canadá, Rússia e China) manifestaram a mesma situação, a pouca participação dos homens como sujeitos da pesquisa. Começamos então a refletir as queixas das equipes sobre o 'pai ausente' a partir da demanda reprimida do homem, a de não ser escutado como sujeito protagonista da gestação. Ao que parece, mais uma vez, o futuro pai se viu apenas como coadjuvante da cena ao ser convidado para participar da pesquisa. Desse lugar de coadjuvante, ele tende a responder pela não participação, ele se exclui. E as equipes tendem a repetir um jargão, socialmente veiculado a longas décadas, a ideia do “pai ausente”.

A presença de uma demanda reprimida do homem parece revelar o desejo de também ser protagonista da gravidez do futuro filho, lugar este que parece *estranho* e ameaçador. O que nos leva a refletir sobre o *estranho familiar* (Freud, 1919/1986). O *estranho* (*unheimlich*) em Freud diz respeito à estranheza causada pela eclosão, no caso a gravidez, no seio mesmo do familiar e de uma não-familiaridade, conhecida e antiga. Enquanto pesquisadores, fomos tomados por um sentimento de *estranheza* face ao reconhecimento da demanda reprimida do homem de ser apenas um coadjuvante da grávida e, ao mesmo tempo, sentimos o *mal estar* desse sujeito que não é escutado no processo do *tornar-se pai* e, por isso mesmo, se mostra como *pai ausente.* Recorremos a Freud para refletirmos sobre a noção do *estranho familiar.*

O estranho familiar

Propomos a partir da noção freudiana do *estranho familiar,* percorrer as diferentes passagens que, na obra do autor, tratam do romance familiar. Mais propriamente, trataremos de verificar em que medida a noção do *estranho* permite refletir o *mal estar* dos homens no período perinatal face aos profissionais da saúde. Ou seja, lançaremos mão desta categoria freudiana como um operador na análise da demanda reprimida dos homens da nossa amostra.

Segundo Freud (1919/1986), a palavra alemã "*unheimlich*" é obviamente o oposto de "*heimlich*" ['doméstica'], "*heimisch*" ['nativo'] - o oposto do que é familiar. Por ser o oposto, somos tentados a concluir que aquilo que é 'estranho' é assustador porque *não* é conhecido e, nem tão pouco, familiar. Entretanto, a partir da leitura das leis do inconsciente, nem tudo o que é novo e não familiar é assustador; a relação não pode ser, simplesmente, invertida. Freud nos traz uma novidade fundamental para compreendermos o sentimento de *estranhamento*, "algo tem de ser acrescentado ao que é novo e não familiar, para torná-lo estranho".

A categoria de estranho oriunda de complexos reprimidos é muito resistente, pois é oriunda da angústia da castração. Freud nos mostra a ligação da angústia ao retorno do recalcado. O recalque transforma aquilo que é mais íntimo ao sujeito naquilo que lhe parece mais estranho. O estranho provém de complexos infantis reprimidos, do complexo de castração, das fantasias de estar no útero etc. Como se pode ver, as experiências que podem provocar o sentimento de estranheza se originam a partir dos complexos infantis. A preocupação com as questões materiais, as de *pai provedor*, parecem surgir no lugar de uma realidade psíquica reprimida. Poderíamos dizer que, o que fora reprimido é a demanda do pai de ser escutado como uma pessoa também em estado de gravidez, um determinado conteúdo ideativo e, o retorno do recalcado, estaria relacionado à realidade material, a do *pai provedor*. Há de se levar em conta, também, as crenças animistas das pessoas civilizadas, os papéis sociais a que estão submetidas, em maior ou menor medida, e que podem ou não ser superados.

Só podemos dizer que aquilo que é novo pode tornar-se, repentinamente, assustador e estranho, como visto pelo relato dos homens entrevistados sobre o sentimento deles face à notícia da gravidez. O processo do *tornar-se pai* passa inicialmente, para a grande maioria dos pais, por uma situação de espanto, susto, surpresa e estranhamento. De modo algum os mesmos sentimentos para todos os homens. Para alguns, o estranhamento pode ser mais impactante que para outros, dependendo dos conteúdos inconscientes de cada sujeito. Por meio da análise das entrevistas foi possível observar que o sentimento inicial de estranhamento começa a se tornar menos ameaçador depois do terceiro mês de gravidez, para a grande maioria dos pais, pela consideração de ter ultrapassado o período mais crítico de risco de interrupção da gravidez. O que nos leva a pensar na proposta de Freud sobre o algo a ser acrescentado ao novo para se tornar estranho, a angústia de perda. Ao se ter a notícia da gravidez, a grande maioria dos homens apresenta a reação de susto e o sentimento de estranhamento proveniente de conteúdos inconscientes referentes à angustia de perda e de castração. O que se percebe no decorrer dos três primeiros meses é a tendência

à familiarização do *tornar-se pai* a partir da diminuição do risco da perda do futuro bebê que está sendo gerado no corpo da mulher.

Aprendemos com Freud (1919/1986) que a inquietante estranheza (*Das UnheimLich*) é um fenômeno que está presente na vida cotidiana de todos nós. Está potencializada no terreno psicanalítico, pois estamos sempre em terreno estranho, esquisito, desconhecido daquilo que nos é familiar. Algo que é exterioridade e estrangeiro da experiência consciente. Freud mostrou que a inquietante estranheza é fruto de conteúdos inconscientes de ordem do familiar. Nessa perspectiva daquilo que é estrangeiro podemos compreender melhor o processo psicológico do *tornar-se pai*. A estranha vivência de ser apenas aquele que acompanha a mulher grávida protagonista da cena. Para Freud, o e estranhamento é um afeto, a angústia articulada com o recalcado. A estranheza é solidária da angústia ligada ao complexo de castração.

Considerações finais

O homem, no período perinatal, por não encontrar escuta às suas inquietações pessoais pelos profissionais de saúde, se encontra hoje em situação de risco psicossocial. Por outro lado, pesquisadores e profissionais de saúde precisam criar uma sensibilidade maior para formar redes de escuta e atenção para o homem no período perinatal. E o mais importante, um programa que leve em conta não apenas a oferta de atenção, mas uma mudança de paradigma em relação à perinatalidade, qual seja, ofertar um espaço de escuta no qual o homem possa ser acolhido como protagonista da cena, da mesma forma que a mulher. Uma mudança não apenas profissional, mas também, cultural, social e política.

Referências

Benedk, T. (1959). Parenthood as a developmental phase. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *7*, 389-417.

Budur, K., Mathews, M. & Mathews, M. (2005). Couvade Syndrome Equivalent? Psychosomatics. *Journal as Consultation Liaison Psychiatry, 46*, 71-72.

Ferreira, L. S., Leal, I. & Maroco, J. (2010). *Sintomatologia de Couvade e o envolvimento paterno vivenciado durante a gravidez. Revista Psicologia, Saúde & Doenças, 11*(2), *251-269.*

Freud, S. (1986). O estranho. Freud. Obras completas. In Freud, *Edição Standard Brasileira. V. XVII* (pp. 237-269). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1919)

Gomes, R. M., Leal, I. & Figueiredo, E. (2002). Síndrome de Couvade: um estudo exploratório dos sintomas em pais expectantes. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, *4*9(2), 95-120.

Martini, T. A. D., Piccinini, C. A. & Gonçalves, T. R. (2010). Indicadores de síndrome de couvade em pais primíparos durante a gestação. *Aletheia, 31*(1), 121-136.

Piccinni, C. A., Silva, M., Gonçalves, T. & Lopes, R. (2004). O Envolvimento Paterno durante a Gestação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *17*(3), 303-314.

Racamier, P. C. (1961). La mère et l'enfantdans les psychoses du post-partum. *Evolution Psychiatrique*, *4*, 525-570.

Solis-Poton, L. (2004). A construção da parentalidade. In M. C. P. Silva & Solis-Ponton, L. (Eds.), *Ser pai, ser mãe. Parentalidade*: *um desafio para o terceiro milênio* (pp. 29-40). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Tafuri, M. I., Zavaroni, D. L., Varella, M. R. D., Ribas, M.C., Schauder C. & França, J. (2012). Prevenção em perinatalidade: uma pesquisa internacional. In T. de C. Viana, G. R. S. Diniz, L. F. Costa & V. Zanello (Eds.), *Psicologia clínica e cultura contemporânea*. *Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura* (pp. 379-392). Brasília: Liber Livro Editora Ltda.

Vasconcellos, D. (2003). Devenir Père: crise identitaire, recherche-pilote. *Devenir*, *2*(15), 191-209.

Weiszflog, W. (1998). *Michaelis: Moderno Dicionário da Língua Portuguesa.* São Paulo: Companhia Melhoramentos.

4 *Effects of pre-consultation lists on information provided by pediatricians*

Marina Kohlsdorf

Áderson Luiz Costa Junior

Apresentação

O tratamento de neoplasias na infância implica na necessidade de que crianças e seus cuidadores sejam expostos a protocolos de tratamento prolongados, com sessões de quimioterapia e a outros procedimentos médicos invasivos. As queixas relacionadas ao intenso sofrimento físico e psicológico, decorrentes de eventos de internação hospitalar, bem como às dificuldades de comunicação com médicos e equipes de saúde, são frequentes. Este capítulo descreve um estudo que analisou os efeitos de uma intervenção psicológica, breve, sobre a qualidade da informação fornecida por pediatras a cuidadores e crianças. Dois médicos e 32 díades criança-cuidador participaram da pesquisa, e um total de 103 consultas médicas de rotina, em onco-hematologia pediátrica, foram gravadas em áudio, ao longo de duas fases, linha de base e intervenção. Durante a intervenção, crianças e cuidadores foram entrevistados antes das consultas médicas, sendo solicitado que referissem dúvidas e questões que gostariam que fossem respondidas pelos médicos. Todos os temas foram registrados em um protocolo, que era anexado à capa do prontuário da criança, esperando-se que servissem de guia, ao médico para conduzir a consulta. O uso do protocolo aumentou significativamente a quan-

tidade de informações fornecidas pelo médico aos cuidadores e crianças, com inclusão de temáticas relacionadas a atividades escolares, sequelas do tratamento, risco de recidivas, autocuidado, necessidades de higiene, lazer e alimentação, práticas educativas parentais e estratégias de enfrentamento. O capítulo ainda destaca as vantagens deste procedimento como facilitador e promotor da relação entre médicos e usuários do sistema de saúde.

Introduction: health communication

Health communication may be defined as a relational process based on cultural and sociohistorical aspects, in which information and it comprehension are exchanged between people (Araújo & Cardoso, 2007). The interaction between physicians and patients is crucial since it provides health related behaviors, psychological adaptation to diseases, better physiological responses, adherence to regimen and treatment coping (Conboy *et al*., 2010; Zolnierek & DiMatteo; 2009).

The study of communication process in pediatric settings has been researched in the last two decades, since health assistance to children and adolescents has been greatly improved (Darby, 2002; Tates & Meeuwesen, 2001). Studies show that an efficient interaction during pediatric consultations promote satisfaction from caregivers and children, good quality of life, better health care and success in treatment, adherence to therapeutic regimen, clinical responses, better knowledge related to disease, coping with treatment difficulties and fewer ambulatory returns (Ammentorp, Kofoed & Laulund, 2011; Coyne & Gallagher, 2011; Croom *et al*., 2011; Darby, 2002; Drotar, 2009; Fiks, Localio, Alessandrini, Asch & Guevara, 2010; Fisher & Broome, 2011; Nobile & Drotar, 2003; Sharma, Prematta & Fausnight, 2012; Sleath *et al*., 2011; 2012; Swedlund, Schumacher, Young & Cox, 2012; Wissow et al., 2012).

Children and caregivers have emphasized tailored communication as a relevant aspect in pediatric settings (Darby, 2002; Howells & Lopez, 2008). Within this concern, it is important that information given by pediatricians may correspond to

what caregivers and children expect, their specific doubts, socioeconomic background, individual demands about orientations and health related issues that they wish to discuss in consultations, since this tailored communication, focused on caregiver and child individual demands, predicts adaptation to treatment, adherence to self care and satisfaction with health services (Aburn & Gott, 2011; Coyne & Gallagher, 2011; Coyne & Harder, 2011; Lambert, Glacken & McCarron, 2011; Nestel, Taylor & Spender, 2004; Ringnér, Jansson & Graneheim, 2010; Zwaanswijk et al., 2011).

Literature highlights that pediatric patients are not included in communication with physicians. Usually, children participate in a small amount of interaction, providing information or during small talk, and health related information or questions are directed by the physician mainly to the caregiver (Nobile & Drotar, 2003; Rotenberg *et al*., 2008; Tates & Meeuwesen, 2000; 2001; Tates, Elbers, Meeuwesen, & Bensing, 2002; Tates, Meeuwesen, Elbers & Bensing, 2002; Vaknin & Zisk-Rony, 2010). Children´s participation in communicative process is estimated between 2% and 14% of interaction only, since physicians and caregivers generally do not include the patient (Nova, Vegni & Moja, 2005; Tates & Meeuwesen, 2000; 2001; Tates, Meeuwesen, Bensing & Elbers, 2002; Wassmer *et al*., 2004).

It is important to endorse that four-year-old children may already understand health related processes (such as information about self care and health related behaviors), identify symptoms and organs, have doubts and concerns about diseases and treatments, and feel emotional implications concerning treatment, aspects related to children´s age, schooling, prognosis, history of hospitalization and also socioeconomic context (Gordon *et al*., 2010; Knighting, Rowa-Dewar, Malcolm, Kearney & Gibson, 2010; Märtenson & Fägerskiöld, 2007; Märtenson, Fägerskiöld & Berteró, 2007; Nova *et al*., 2005; Vatne, Slaughter & Ruland, 2010). It is relevant to promote training programs that may enhance the efficient communication with caregivers and specifically with children, considering kids as active beings in their own developmental process and actors in their own treatment process.

Health communication is established between three people when considering pediatric settings, as a triadic dynamic that requires specific skills from the physician (Howells, Davies & Silverman, 2006; Howells & Lopez, 2008; McGraw *et al*., 2012; Nobile & Drotar, 2003; Tates & Meeuwesen, 2001). Studies highlight that the training received during graduation is not sufficient to develop abilities related to communication with caregivers and the child, underlining the need of research and training programs that may contribute to more efficient interaction in pediatric settings (Dubé, LaMonica, Boyle, Fuller & Burkholder, 2003; Nestel *et al*., 2004).

Some published studies show that training programs can be effective to increase the information exchange during consultations, as well as other communicative behaviors that are crucial during any pediatric treatment (Ammentorp *et al*., 2011; Felt & O'Connor, 2003; Gough, Frydenberg, Donath & Marks, 2009; Hart, Drotar, Gori & Lewin, 2006; Kemper, Foy, Wissow & Shore, 2008; Nikendei *et al*., 2011). The procedures listed by literature include short workshops, discussion of video recorded consultations, role play, lectures and multidisciplinary focal groups.

The studies of Felt e O'Connor (2003), and Hayutin, Reed-Knight, Blount, Lewis, and McCormick (2009) investigated the effects of questionnaires and lists, fulfilled by caregivers and/or physicians before pediatric consultations, on triadic communication. In those studies, questionnaires or/and lists were fulfilled by parents while waiting for the appointment with the physician, prior to the consultation, and were left available during consultation, so pediatricians and caregivers could refer to the issues previously listed. The items written by caregivers referred to behavioral issues, doubts about treatment and/or child development, medication use and other themes that parents wish to discuss with physicians subsequently. Results showed that the use of questionnaires and lists promoted more caregiver´s satisfaction with communication, focus on specific doubts related by caregivers and inclusion of psychosocial issues in communication (Felt & O'Connor, 2003; Hayutin *et al*., 2009). It seems that pre-consultation lists can improve communication in pediatric settings, contributing to focus on caregivers´ demands and to increase the amount of information provided by physicians, within a tailored perspective

concerning communication. However, those studies did not include children as participants, which could also improve interaction towards patients. Another limitation from those works concerns the lack of information about how communication changes during consultation, regarding the amount and content of information provided by physicians.

Therefore, the main objective of this paper was to analyze the effects of pre-consultation lists, fulfilled by caregivers and children, on information provided by pediatricians during consultations. This research is part of a larger study, which investigated the effects of pre-consultation lists on many behavioral classes in communication. In the present paper, specifically information provided by pediatricians to caregivers and children is analyzed, by means of amount of orientations and also its content. Other results from the larger study may be found elsewhere.

Method

Participants

Two pediatricians (Physician A and Physician B) in a pediatric cancer hospital participated, respectively with ages 49 and 32 years old and 26 and seven years of medical practice. Besides those two physicians, 32 dyads caregiver-child participated, with 29 mothers, two grandmothers and one father. Table 1 shows characteristics from parents and children.

Table 1

Characteristics from parents and children

Characteristics from parents and children **Children´s age**	**Frequency**
4 to 6 years old	15
7 to 10 years old	11
11 to 12 years old	6
MEAN (SD)	*7,5 years old (2,7)*

Children´s schooling	*number*
Primary or none	12
First year to 4rd year	20

Diagnosis	*number*
Leukemia or lymphoma	22
Solid tumors	10

Time since diagnosis	
1st month	10
2 to 4 months	20
4 to 6 months	2
MEAN (SD)	*2,03 months (1,35)*

Caregivers ages	
22 to 35 years old	18
36 to 56 years old	14
MEAN (SD)	*35 years old (7,42)*

Caregivers´ schooling	
Junior high school	15
High school or college degree	17

Caregivers marital status	
Married/living together	17
Single/divorced/widowed	*15*

Patients´ siblings	
Zero	*5*
1 to 2 siblings	*21*
More than 2 siblings	*6*

Family income	
Low income	*18*
Medium income	*14*

Instruments and measures

A pre-consultation list was developed for this research based on studies from Zannon, Pereira, Arruda, Kohlsdorf and Rocha (2002). This sheet of paper had specific places for writing down: (a) definition of diagnosis and expectancies related to treatment; (b) adherence to medication, self care and recommendations; (c) doubts and difficulties related to treatment; (d) estimated issues that caregiver and/or child would like to discuss with the physician.

In the present study, consultations were audio recorded for posterior analysis, and also observed directly by a researcher. During those consultations, the researcher used a observational protocol, also developed for this study, in which relevant aspects of communication would be written down: (a) place of caregiver, child and physician in the room; (b) non verbal clues to communication, such as crying or facial expressions of worrying and tension; (c) any other behavior that may be relevant in data analysis, such as when a participant left the room for a moment or answered the cell phone.

Procedure

This study was first approved by Ethics Committee in Health and Science Foundation in Federal District (FEPECS), under register 301/09, number 289/2009. All audio recordings or written information are sealed in a confidential archive, password protected. The research took place in a hospital that receives children and adolescent for cancer treatment. All participants - physicians, caregivers and children, on behalf of their parents - were first approached and asked to participate in this study, by signing an Informed Consent Form, and only three dyads caregiver-child refused participation. This study is characterized as a single-subject design concerning the two physicians that took part, and it was divided in three phases: (1) Baseline 1; (2) Intervention Phase; and (3) Baseline 2, however Physician B could not be included in the second Baseline. In both Baselines, consultations were audio recorded and directly observed by a researcher, without any

intervention, in order to evaluate physicians´ behaviors related to verbal communication with parents and children, especially concerning the amount and type of information provided.

In Intervention Phase, caregivers and children were individually interviewed by a researcher, while waiting for ambulatory consultations in the waiting room. In this interview, the researcher would ask caregiver and children about diagnosis, expectancies and treatment planning, adherence to medication and self care, doubts and difficulties related to treatment, and other themes that they would like to discuss with the physician in the following consultation. Those issues were written down by the researcher in the pre-consultation list, a sheet of paper that would be immediately attached to child´s medical record. This list would then be available in the immediate consultation, so physicians could use it as a memo during the consultation, and provide information to caregiver and child based on tailored demands. Different parent/child dyads took part in each study stage, but there were no significant differences concerning characteristics of caregivers or child between the three phases.

Data analysis

In this study, data analysis was organized in three topics: (1) quantitative amount of information provided, comparing the three different stages of the study; (2) content included in information, according to categories in Appendix; and (3) effects of the pre-consultation list on information provision, based on functional analysis of behavior - the antecedent event that promoted behavior related to information provision by physician was analyzed according to three main events: (a) direct verbal solicitation from caregiver or child; (b) use of pre-consultation list; or (c) other events.

Direct verbal solicitation from caregiver or child corresponded to questions, comments or direct demands for information, for example when the caregiver asked "*doctor, when will the treatment end?*" or when the child cried and pro-

tested "*I don´t want to stay in the hospital today!*", and then the physician would provide explanations to caregiver and/or child, respectively such as "*the treatment may last for two years*" or "*but you will stay at the hospital for only two days*". The use of pre-consultation list corresponded to the moment when the physician would look and read the sheet of paper with demands and doubts written down, and therefore would provide information, as in the example "[physician reads pre-consultation list] *so you would like to know if you may go to the swimming pool... No, you can´t go, because it may cause infections*".

Other events could be related to verbal behaviors from physicians that provided information, and these other events could not be directly observed in audio recordings and written complement from the researcher. They would include information provision related to service routine (for example, tell caregiver and child how the admission would be and how many days they would stay at the hospital, as a regular issue presented in consultations), or private behaviors from the physicians (for example, inform caregiver or child that the medication would change in the next week). Due to the amount of consultations recorded, non-parametric tests (Kruskal-Wallis and Mann-Whitney´s U test) were used in statistical analysis (*p* values in Shapiro-Wilk´s normality test lower than 0.05).

Results

In the first Baseline, 31 consultations were recorded (15 with Physician A and 16 with Physician B) and in Intervention Phase, 56 consultations were recorded (23 with Physician A and 33 with Physician B). Physician B could not take part in the second Baseline, therefore there were 16 consultations recorder only with Physician A. Figure 1 shows the information in average provided by each physician, in each phase of the study.

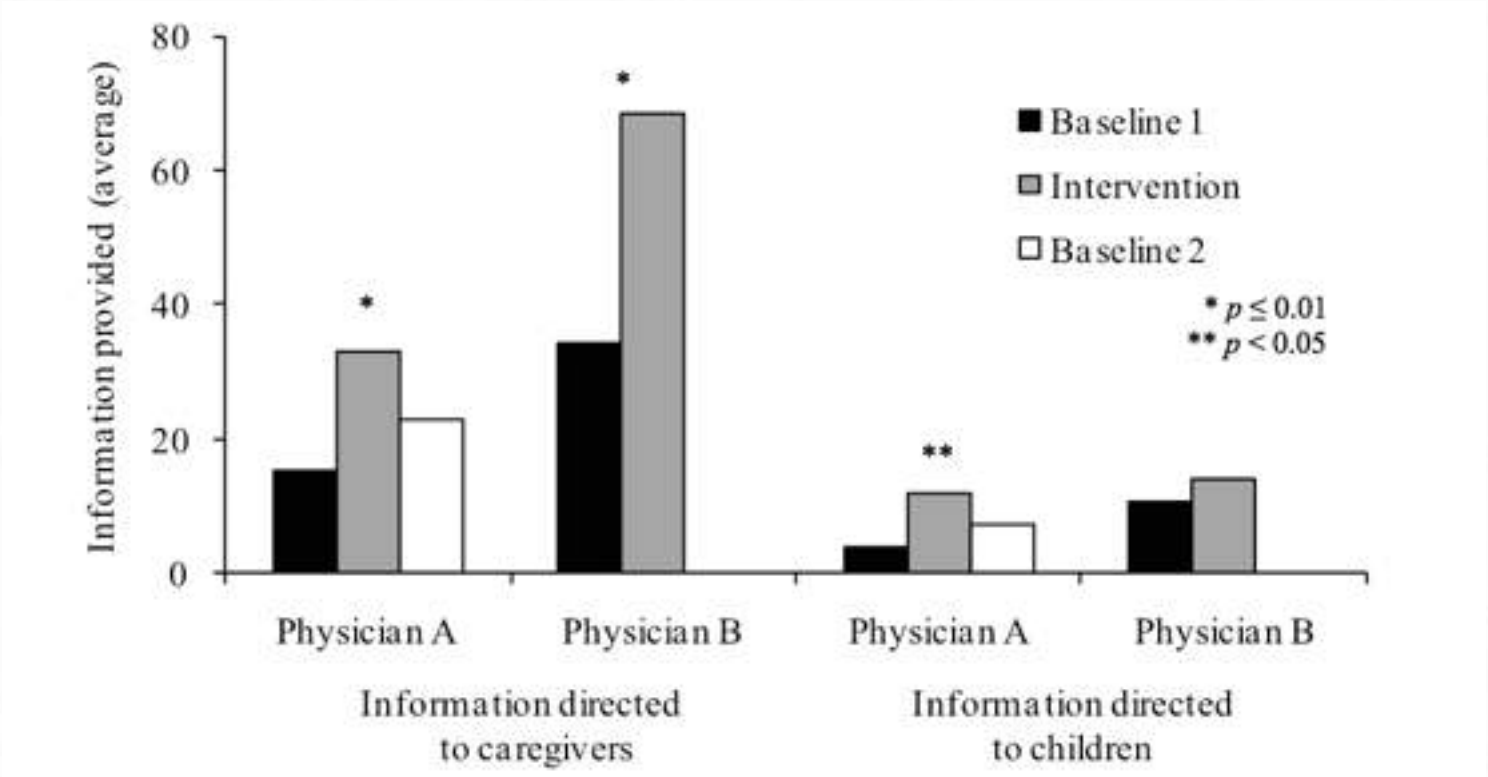

Figure 1. Amount of information provided by physicians in each phase.

Figure 1 highlights the exclusion of children in communication during consultations, since they received less amount of information from physicians when compared to caregivers. There were relevant differences in each phase of the study. Information provided by Physician A specifically to caregivers increased 120% between Baseline 1 and Intervention, and decreased 31% between Intervention and Baseline 2. Comparing both Baselines, information provided by Physician A to caregivers increased 51% between these two phases. The average amount of information provided to caregivers by Physician B also showed relevant results, since it increased 99% between Baseline 1 and Intervention.

In fewer amounts, information provision directed to children also showed remarkable differences between study phases. Comparing Baseline 1 and Intervention, this behavior increased 199% in Physician A consultations and 35% for Physician B consultations. However, this change in communication pattern was not maintained by Physician A, since it decreased 39% between Intervention and

Baseline 2; considering both Baselines, there was an increase from 83% in information directed by Physician A to children.

Emphasizing the effects of pre-consultation lists on information provided by physicians, functional analysis was performed, as explained in Method section. In consultations recorded with Physician A, an average of 36% of total information was provided to caregivers as a consequence of using pre-consultation list by the physician; 30% of information were demanded by caregiver´s verbal solicitation and 34% by other events that could not be directly observed (X^2[2]=5.33; p=0.069). In nine specific consultations, the role of pre-consultation lists was noteworthy, since it was related to 40% until 70% of total information provided. These data emphasizes that, depending on specific demands or doubts, the pre-consultation list may be more or less used by the physician, contributing to focus communication on specific caregiver demands that may promote tailored interactions.

Consultations recorded with Physician B during Intervention were also influenced by the use of pre-consultation lists. An average of 30% of information were directed to caregivers as a direct consequence of pre-consultation lists, 28% were provided after verbal solicitation from caregiver and 42% were related to other events (X^2[2]=7.92; p=0.019). In 12 consultations, pre-consultation lists seemed to focus the information provision on caregivers´ specific demands, since it promoted from 41% until 60% of information directed to parents.

Physicians´ communication with the children was also influenced by the use of pre-consultation lists. During Intervention, an average of 20% of the information provided by Physician A to children were promoted by the use of lists, 48% were related to other events and 32% were communicated after verbal solicitation from patient, such as questions, crying, verbal protest, doubts (X^2[2]=11,70; p=0.003). However, only two children accompanied by Physician A participated actively in pre-consultation interviews, indicating doubts, difficulties, demands and/or issues that they wanted to discuss. Data analysis for these two patients only, along eight consultations in total, showed that pre-consultation lists promoted respectively

83%, 54%, 50% and 27% of information for one child and 37%, 80%, 24% and 61% of communication for the other child, emphasizing the procedure as a way to increase information provision from physician to patients and focus on specific child´s demands.

Consultations recorded with Physician B during Intervention Phase were also influenced by the use of pre-consultation lists: in average, 33% of information to children were provided by the lists, 18% were related to direct solicitations and 49% were originated by other events (X^2=[2]=12,39; p=0.002). In seven specific consultations, the pre-consultation list was related to 37% until 85% of information provided by Physician B and directed to children, emphasizing specific demands that could be included in communicative process. Figure 2 shows the process of change in physicians' behavior related to providing information to caregivers.

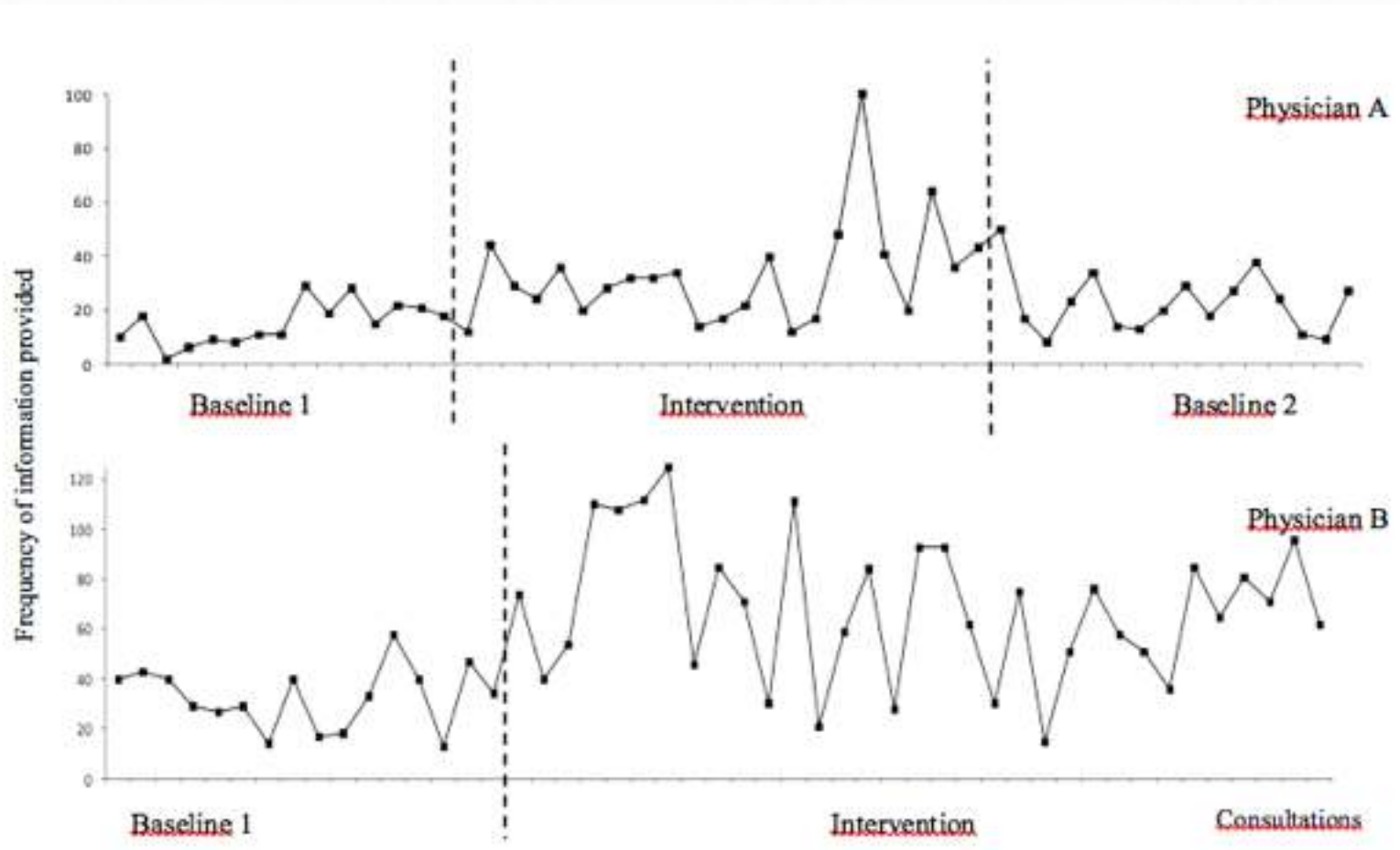

Figure 2. Physicians behavior related to information provision to caregivers.

There was an increase in information provided to caregivers during Intervention for both physicians, even with non regular amounts throughout the consultations. It is noteworthy that Physician A did not maintain this behavioral pattern during Baseline 2. Figure 3 shows the process of change in physicians behavior related to providing information to children.

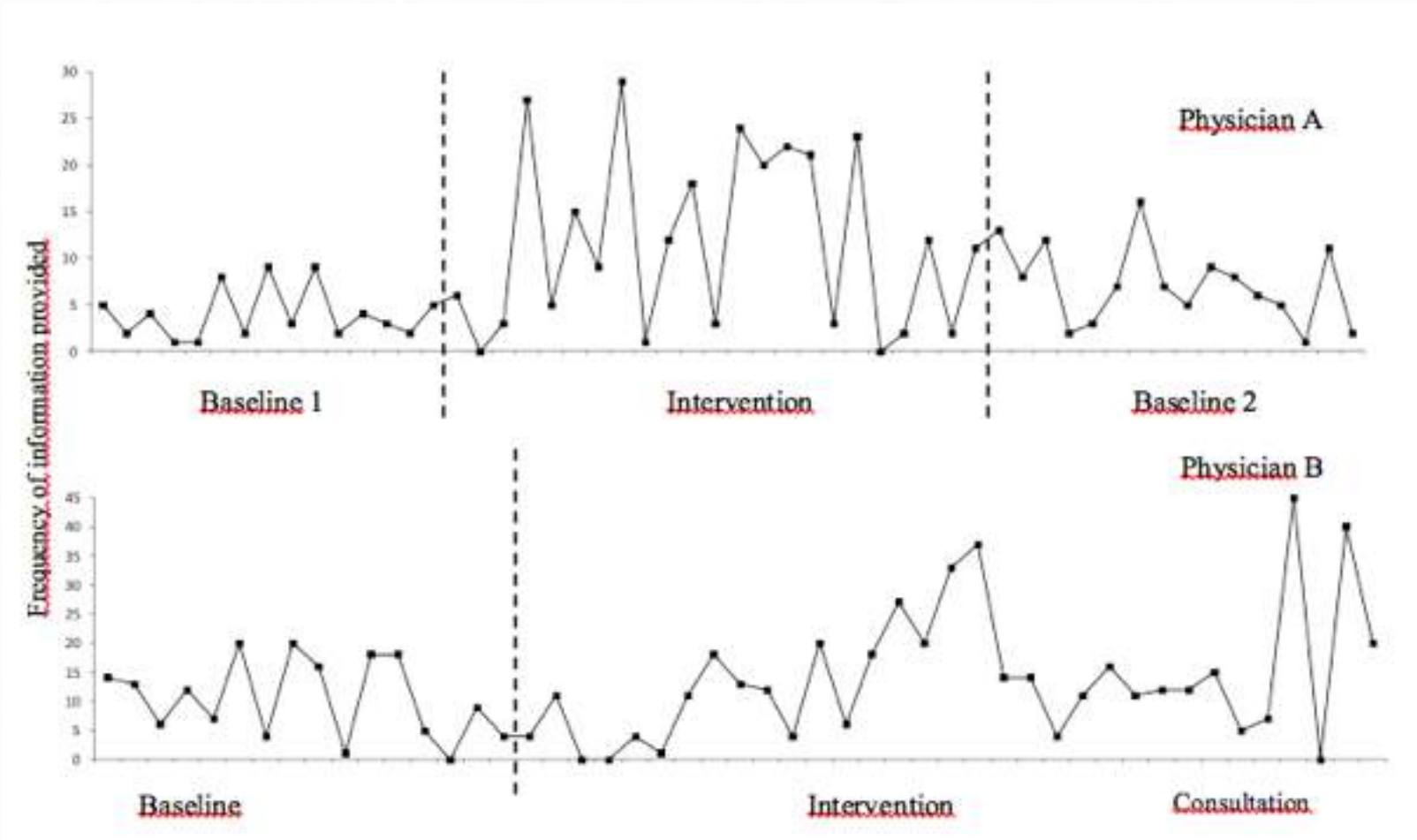

Figure 3. Physicians behavior related to information provision to children.

Figure 3 endorses the higher amount of information directed to children during Intervention for both pediatricians, but specially for Physician A, and its decrease in Baseline 2, even with non regular occurrences throughout the consultations for both physicians.

Content analysis from information provided to caregivers and children

This section presents the content of information provided by both physicians to caregivers and children, and the analysis of the effects of pre-consultation lists on the kind of information provided, according to categories presented in the Appendix. Table 2 shows the average of information provided to caregivers in each study phase.

Table 2

Content of information provided to caregivers in consultations (in average).

Information provided	Physician A				Physician B		
	Baseline 1	Intervention	Baseline 2	Total	Baseline 1	Intervention	Total
Exams, evaluations, medical procedures	3.2	6.7	7.56	272*	5.56	11.15	457*
Self care, hygiene, leisure activities	0.2	1.74	0.63	29	1.56	4.51	174*
School activities	-	1.3	-	21**	-	2.03	67**
Diet and feeding	0.33	2.96	0.44	53**	1.69	4.20	165*
Hospital admission or treatment plan	5.87	6.35	6.81	301	11.25	15.36	687*
Medication	2.47	3.91	1.81	147*	3.19	6.36	261*
Coping with side effects, fever, infections	0.47	2.43	1.00	54*	1.37	7.54	271**
Biological aspects of cancer and treatment	1.13	1.65	0.69	42	3.44	5.88	249*
Health service information	1.33	2.65	3.06	108	3.25	4.24	198*
How to cope with difficulties in treatment	0.07	1.65	0.19	31*	2.06	2.85	127
Educative parental practices	0.07	1.39	0.56	27	0.75	2.88	107*
Sequelas or relapses	-	0.48	0.06	12	0.12	1.25	43

*$p < 0.05$; **$p \leq 0.01$

Table 2 shows that information provided to caregivers was mainly focused on hospital admission and treatment plan, followed by exams, evaluations and medical procedures. There was also much information about medication and biological aspects of cancer and treatment, as well as coping with side effects, fever and infections.

All contents of information provided to caregivers increased in average between study phases in consultations recorded with Physician B. Regarding consultations recorded with Physician A, there was a concentration of specific issues during Intervention Phase: diet and feeding, how to cope with difficulties in treatment, educative parental practices, self care, hygiene and leisure activities, as well as sequelas or relapses. School activities were only mentioned in Intervention Phase, and information about educational practices increased during Intervention Phase and maintained a higher average during Baseline 2.

The effects of pre-consultation lists on the kind of information provided to caregivers are shown in Table 3, highlighting which functional events promoted the communication during Intervention Phase.

Table 3

Content of all information provided to caregivers by antecedent events (in percentages).

Information provided	Physician A			Physician B		
	Other events	Pre-consultation list	Caregiver solicitation	Other events	Pre-consultation list	Caregiver solicitation
Exams, evaluations, medical procedures	50*	16*	34*	49**	19**	32**
Self care, hygiene, leisure activities	2*	91*	7*	22	46	32
School activities	13	67	20	6**	64**	30**
Diet and feeding	3*	81*	16*	13**	80**	7**
Hospital admission or treatment plan	42*	35*	23*	47**	22**	31**
Medication	63*	13*	24*	63**	5**	32**
Coping with side effects, fever, infections	23	43	34	33	37	30
Biological aspects of cancer and treatment	2*	77*	21*	28	29	43
Health service information	34	28	38	62**	12**	26**
How to cope with difficulties in treatment	3	76	21	53**	37**	10**
Educative parental practices	20	74	6	36	43	21
Sequelas or relapses	-	100*	-	10	41	49

*$p < 0.05$; **$p \leq 0.01$

A combined analysis of Tables 2 and 3 emphasizes that, for both physicians, pre-consultation lists may have promoted communication about some issues that seems to be rarely included in usual consultations, such as school activities, self care, hygiene and leisure activities, diet and feeding, as well as educative parental practices. Considering information provided by Physician A to caregivers, the procedure was also related to remarkable amounts of information regarding biological aspects of cancer and treatment, how to cope with difficulties in treatment and all information about sequelas or relapses.

In next section, the communication between physicians and children is detailed. Table 4 shows the average of information provided to children in each study phase.

Table 4

Content of information provided to children in each study phase (in average).

Information provided	**Physician A**				**Physician B**		
	Baseline 1	Intervention	Baseline 2	Total	Baseline 1	Intervention	Total
Exams, evaluations, medical procedures	2.27	2.13	3.06	118	3.00	9.70	152
Self care, hygiene, leisure activities	0.07	1.3	0.31	28	1.00	2.06	84
School activities	-	0.7	-	11*	0.06	1.09	37*
Diet and feeding	-	0.61	0.38	18	0.94	1.07	48
Hospital admission or treatment plan	1.4	3.26	2	104	3.31	2.24	127
Medication	0.13	0.17	0.19	9	0.06	0.07	3
Coping with side effects, fever, infections	-	0.78	0.31	20*	0.19	1.21	43
Biological aspects of cancer and treatment	0.07	0.7	0.25	17	0.19	0.85	31
How to cope with difficulties in treatment	0.07	1.78	0.69	45*	1.75	2.15	99
Sequelas or relapses	-	0.35	-	8*	-	0.33	11

*$p < 0.05$

Table 4 shows a majority of information provided to children related to exams, evaluations and medical procedures, as well as hospital admission or treatment plan. Some contents were provided only during Intervention phase: school activities, in consultations with Physician A, and sequels or relapses for communication with both physicians. For Physician A, some contents showed increase during Intervention and were relatively higher when comparing both Baselines: self care, hygiene and leisure activities, diet and feeding, coping with side effects, fever and infections, biological aspects of cancer and treatment and also how to cope with difficulties in treatment.

The effects of pre-consultation lists on the kind of information provided to children are shown in Table 5, highlighting which functional events promoted the communication during Intervention Phase.

Table 5

Content of information provided to children by antecedent events (in percentages).

Information provided	Physician A			Physician B		
	Other events	Pre-consultation list	Child solicitation	Other events	Pre-consultation list	Child solicitation
Exams, evaluations, medical procedures	67*	13*	20*	68**	5*	27**
Self care, hygiene, leisure activities	7	80	13	34	54	12
School activities	53	47	-	17	61	22
Diet and feeding	-	100*	-	13*	78*	9*
Hospital admission or treatment plan	66*	26*	8*	56**	14**	30**
Medication	-	50	50	-	-	100
Coping with side effects, fever, infections	44	50	6	50*	38*	12*
Biological aspects of cancer and treatment	6	41	53	60	27	13
How to cope with difficulties in treatment	34	52	14	56**	41**	3**
Sequelas or relapses	12	75	13	36	28	36

*$p < 0.05$; **$p \leq 0.01$

Tables 4 and 5 together show that pre-consultation lists may have promoted information provision to children in contents that are not usually included in communication, especially self-care, hygiene and leisure activities, besides diet and feeding. In visits with Physician A, pre-consultations lists were related to information about coping with side effects, fever or infections, school activities, how to cope with difficulties in treatment and also sequelas or relapses. It is also noteworthy that Physician B included information about school activities and how to cope with difficulties in treatment, both related to using pre-consultation lists. Therefore, is seems that pre-consultation lists may promote more information directed by physicians to children, contributing to patients´ inclusion in pediatric communication settings and supporting tailored interaction focused on individual demands and needs.

Discussion

This paper presents an analysis regarding the effects of pre-consultation lists on information provided by pediatricians. Results show that this procedure influenced the communication with caregivers and children, contributing to decrease the lack of graduation training in triadic communication that is referred by literature (Dubé *et al*., 2003; Howells *et al*., 2006; Howells & Lopez, 2008; McGraw *et al*., 2012; Nestel *et al*., 2004; Nobile & Drotar, 2003; Tates & Meeuwesen, 2001).

Specifically, there was a relevant increase in the amount of information provided by physicians to caregivers during Intervention, and the pre-consultation lists promoted orientations about some specific issues: school activities, sequelas or relapses, self care, hygiene and leisure activities, diet and feeding, biological aspects of cancer and treatment, educative parental practices and coping with difficulties in treatment. It seems that this intervention may be related to tailored communication that focus on individual demands from caregivers, as desirable according to studies in literature (Aburn & Gott, 2011; Coyne & Gallagher, 2011; Coyne & Harder, 2011; Darby, 2002; Howells & Lopez, 2008; Lambert, Glacken, & McCar-

ron, 2011; Nestel, Taylor & Spender, 2004; Ringnér, Jansson & Graneheim, 2010; Zwaanswijk *et al*., 2011).

An especially relevant contribution regarding pre-consultation lists refers to the inclusion of children in triadic communication, pointed out as imperative by many authors (Nobile & Drotar, 2003; Nova *et al*., 2005; Rotenberg *et al*., 2008; Tates & Meeuwesen, 2000; 2001; Tates, Elbers, Meeuwesen & Bensing, 2002; Tates, Meeuwesen, Bensing & Elbers, 2002; Tates, Meeuwesen, Elbers & Bensing, 2002; Vaknin & Zisk-Rony, 2010; Wassmer *et al*., 2004). In the present study, there was a notable increase in information provided by physicians and directed to children during Intervention, and the use of pre-consultation lists made it possible to include information, rarely communicated to patients, related to school activities, sequels or relapses, self care, hygiene and leisure activities, diet and feeding, coping with side effects, fever and infections, biological aspects of cancer or treatment and also how to cope with difficulties in treatment.

As already endorsed by literature, psychosocial interventions using pre-consultation lists or questionnaires are a low cost procedure that may contribute to a better communication in pediatric settings, as highlighted by the present research and the former studies of Felt and O´Connor (2003), and Hayutin *et al*. (2009). The present work adds some new information related to these interventions, as it included children as participants and detailed the kind of orientations provided by physicians that suffered direct effects from the use of pre-consultation lists. Future researches could investigate the effects of these pre-consultation lists on triadic communication and also the late effects of this change in interactions on self care, adherence to therapeutic regimen, subsequent ambulatory returns, fever episodes and symptom management, satisfaction with health care, coping and quality of life, as endorsed by literature as aspects influenced by efficient communication (Ammentorp *et al*., 2011; Coyne & Gallagher, 2011; Croom *et al*., 2011; Darby, 2002; Drotar, 2009; Fiks *et al*., 2010; Fisher & Broome, 2011; Nobile & Drotar, 2003; Sharma *et al*., 2012; Sleath *et al*., 2011; 2012; Swedlund *et al*., 2012; Wissow *et al*., 2012).

Limitations of this study

This research had limitations that should be addressed in order to contribute to future studies. First, the small number of participants should be discussed, since only two physicians participated in a single-subject design and a larger number of pediatricians could provide more relevant information related to communication in pediatric settings. However, there were only three eligible physicians for this research at the hospital in which the study took place, endorsing a health service limitation. Second, it would be relevant that the same caregivers and children were included in three study phases, since triadic communication is a systemic context in which one´s behavior has direct influence on other´s communicative interaction. Nevertheless, cancer treatment planning itself and hospital agenda obstructed same dyads from being followed during three different phases.

A third main limitation relates to the lack of Baseline 2 in Physician B process, since this pediatrician could not be followed in the last phase planned for this study due to physicians´ health issues that demanded license from work. The presence of an observer during consultations was necessary to operate audio recording and to write relevant aspects of interaction. However, this researcher´s presence may have influenced physicians behavior and biased some results, although it is relevant to hold forth that the pediatricians that participated in this study were already got used to students, other physicians and researchers present during consultations, as a hospital routine. Considering communication as a complex process, results should be analyzed carefully, since there are many variables that influence this interaction and that could not be controlled in this research, such as individual communicative patterns, life events concerning treatment and hospitalization history, specific preferences concerning pediatric triadic interaction, and so forth.

Even considering such limitations, this study presents relevant contributions to the comprehension of communicative triadic processes in pediatric settings, by showing a low cost procedure, which helps to improve communication by physicians and analyzing in details the content of information provided. These pre-consultation lists promoted tailored information provision to caregivers and children, contributing to include pediatric patients in communication.

References

Aburn, G. & Gott, M. (2011). Education given to parents of children newly diagnosed with acute lymphoblastic leukemia: A narrative review. *Journal of Pediatric Oncology Nursing, 28*(5), 300-305.

Araújo, I. S. & Cardoso, J. M. (2007). *Comunicação e Saúde.* Rio de Janeiro: Editora FioCruz.

Ammentorp, J., Kofoed, P. E. & Laulund, L.W. (2011). Impact of communication skills training on parents' perceptions of care: Intervention study. *Journal of Advanced Nursing 67*(2), 394-400.

Conboy, L.A., Macklin, E., Kelley, J., Kokkotou, E., Lembo, A. & Kaptchuk, T. (2010). Which patients improve: Characteristics increasing sensitivity to a supportive patient-practitioner relationship. *Social Science and Medicine, 70*(3), 479-484.

Coyne, I. & Gallagher, P. (2011). Participation in communication and decision-making: Children and young people´s experiences in a hospital setting. *Journal of Clinical Nursing, 20*, 2334-2343.

Coyne, I. & Harder, M. (2011). Children´s participation in decision-making: Balancing protection with shared decision-making using a situational perspective. *Journal of Child Health Care, 15*(4), 312-319.

Croom, A., Wiebe, D. J., Berg, C. A., Lindsay, R., Donaldson, D., Foster, C., Murray, M. & Swinyard, M. T. (2011). Adolescent and parent perceptions of patient-centered communication while managing type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Psychology, 36*(2), 206-215.

Darby, C. (2002). Patient/Parent assessment of the quality of care. *Ambulatory Pediatrics, 2*(4), 345-348.

Drotar, D. (2009). Physician behavior in the care of pediatric chronic illness: Association with health outcomes and treatment adherence. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 30*(3), 246-254.

Dubé, C. E., LaMonica, A., Boyle, W., Fuller, B. & Burkholder, G. J. (2003). Self-assessment of communication skills preparedness: Adult versus pediatric skills. *Ambulatory Pediatrics, 3*(3), 137-141.

Felt, B. T. & O'Connor, M. E. (2003). Use of the child development review increases residents' discussion of behavioral problems. *Ambulatory Pediatrics, 3*(1), 2-8.

Fiks, A. G., Localio, A. R., Alessandrini, E. A., Asch, D. A. & Guevara, J. P. (2010). Shared decision-making in pediatrics: A national perspective. *Pediatrics, 126*(2), 306-314.

Fisher, M. J. & Broome, M. E. (2011). Parent-provider communication during hospitalization. *Journal of Pediatric Nursing, 26*, 58-69.

Gordon, B. K., Jaaniste, T., Bartlett, K., Perrin, M., Jackson, A., Sandstrom, A.… … Seehan, S. (2010). Child and parental surveys about pre-hospitalization information provision. *Child: Care, health and development, 37*(5), 727-733.

Gough, J. K., Frydenberg, A. R., Donath, S. K. & Marks, M. M. (2009). Simulated parents: Developing paediatric trainees' skills in giving bad news. *Journal of Paediatrics and Child Health, 45*(3), 133-138.

Hart, C. N., Drotar, D., Gori, A. & Lewin, L. (2006). Enhancing parent-provider communication in ambulatory pediatric practice. *Patient Education and Counseling, 63*(1-2), 38-46.

Hayutin, L. G., Reed-Knight, B., Blount, R. L., Lewis, J. & McCormick, M.L. (2009). Increasing parent-pediatrician communication about children's psychosocial problems. *Journal of Pediatric Psychology, 34*(10), 1155-1164.

Howells, R. J., Davies, H. A. & Silverman, J.D. (2006). Teaching and learning consultation skills for paediatric practice. *Archives of Disease in Childhood, 91*, 367-370.

Howells, R. & Lopez, T. (2008). Better communication with children and parents. *Paediatrics and Child Health, 18*(8), 381-385.

Kemper, K. J., Foy, J. M., Wissow, L. & Shore, S. (2008). Enhancing communication skills for pediatric visits through on-line training using video demonstrations. *BMC Medical Education, 8*(8), 1-9.

Knighting, K., Rowa-Dewar, N., Malcolm, C., Kearney, N. & Gibson, F. (2010). Children´s understanding of cancer and health behaviors. *Child: Care, health and development,* 289-299.

Lambert, V., Glacken, M. & McCarron, M. (2011). Communication between children and health professionals in a child hospital setting: A Child Transitional Communication Model. *Journal of Advanced Nursing, 67*(3), 569-582.

Märtenson, E. K. & Fägerskiöld, A.M. (2007). A review of children's decision-making competence in health care. *Journal of Clinical Nursing, 17*(23), 3131-3141.

Märtenson, E. K., Fägerskiöld, A. M. & Berteró, C. M. (2007). Information exchange in paediatric settings: An observational study. *Paediatric Nursing, 19*(7), 40-43.

McGraw, M., Fellows, S., Long, A., Millar, H., Muir, G., Thomson, A.... ...Williams, S. (2012). Feedback on doctors´ performance from parents and carers of children: A national pilot study. *Archives of Disease in Childhood, 97*, 206-210.

Nestel, D., Taylor, S. & Spender, Q. (2004). Evaluation of an inter-professional workshop to develop a psychosocial assessment and child-centred communication training programme for paediatricians in training. *BMC Medical Education, 4*(25), 1-10.

Nikendei, C., Bosse, H. M., Hoffmann, K., Möltner, K., Hancke, R., Conrad, C.... ... Schultz, J. H. (2011) Outcome of parent-physician communication skills training for pediatric residents. *Patient Education and Counseling, 82*, 94-99.

Nobile, C. & Drotar, D. (2003). Research on the quality of parent-provider communication in pediatric care: Implications and recommendations. *Developmental and Behavioral Pediatrics, 24*(4), 279-290.

Nova, C., Vegni, E. & Moja, E. A. (2005). The physician-patient-parent communication: A qualitative perspective on the child's contribution. *Patient Education and Counseling, 58*(3), 327-333.

Ringnér, A., Jansson, L. & Graneheim, U. H. (2010). Professional caregivers´ perceptions of providing information to parents of children with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing, 20*(10), 1-9.

Rotenberg, K. J., Cunningham, J., Hayton, N., Hutson, L., Jones, L., Marks, C. … … Betts, L. R. (2008). Development of a children´s trust in general physicians scale. *Child: Care, health and development, 34*(6), 748-756.

Sharma, A., Prematta, T. & Fausnight, T. (2012). A pediatric food allergy support group can improve parent and physician communication: Results of a parent survey. *Journal of Allergy, 2012*, 1-3.

Sleath, B., Ayala, G. X., Washington, D., Davis, S., Williams, D., Tudor, G... ...Gillette, C. (2011). Caregiver rating of provider participatory decision-making style and caregiver and child satisfaction with pediatric asthma visits. *Patient Education and Counseling, 85*, 286-289.

Sleath, B., Carpenter, D. M., Slota, C., Williams, D., Tudor, G., Yeatts, K.… … Ayala, G.X. (2012). Communication during pediatric asthma visits and self-reported asthma medication adherence. *Pediatrics, 130*(4), 1-7.

Swedlund, M. P., Schumacher, J. B., Young, H. N. & Cox, E.D. (2012). Effect of communication style and physician-family relationships on satisfaction with pediatric chronic disease care. *Health Communication, 27*(5), 498-505.

Tates, K. & Meeuwesen, L. (2000). “Let mum have her say”: turntaking in doctor-parent-child communication. *Patient Education and Counseling, 40*(2), 151-162.

Tates, K. & Meeuwesen, L. (2001). Doctor-parent-child communication: A (re)view of the literature. *Social Science and Medicine, 52*(6), 839-851.

Tates, K., Elbers, E., Meeuwesen, L. & Bensing, J. (2002). Doctor-parent-child relationships: a ‘*pas de trois*’. *Patient Education and Counseling, 48*(1), 5-14.

Tates, K., Meeuwesen, L., Bensing, J. & Elbers, E. (2002). Joking or decision-making? Affective and instrumental behaviour in doctor-parent-child communication. *Psychology and Health, 17*(3), 281-295.

Tates, K., Meeuwesen, L., Elbers, E. & Bensing, J. (2002). “I’ve come for his throat”: roles and identities in doctor-parent-child communication. *Child: Care, Health & Development, 28*(1), 109-116.

Vaknin, O. & Zisk-Rony, R.Y. (2010). Including children in medical decisions and treatments: Perceptions and practices of healthcare providers. *Child: Care, Health and Development, 37*(4), 533-539.

Vatne, T. M., Slaughter, L. & Ruland, C.M. (2010). How children with cancer communicate and think about symptoms. *Journal of Pediatric Oncology Nursing, 27*(1), 24-32.

Wassmer, E., Minnaar, G., Aal, N. A., Atkinson, M., Gupta, E., Yuen, S. & Rylance, G. (2004). How do paediatricians communicate with children and parents? *Acta Paediatrica, 93*(11), 1501-1506.

Wissow, L., Gadomski, A., Roter, D., Larson, S., Lewis, B. & Brown, J. (2012). Aspects of mental health communication skills training that predict parent and child outcomes in pediatric primary care. *Patient Education and Counseling, 82*(2), 226-232.

Zannon, C. M. L. C., Pereira, R. M. G., Arruda, P. M., Kohlsdorf, M. & Rocha L. E. P. (2002). Pré-consulta comportamental em reumatologia pediátrica: identificando problemas e promovendo aliança para o tratamento *Revista Brasileira de Reumatologia, 14-19*, S79-S 79.

Zolnierek, K. B. H. & DiMatteo, M. R. (2009). Physician communication and patient adherence and treatment: A meta-analysis. *Medical Care, 47*(8), 826-834.

Zwaanswijk, M., Tates, K., van Dulmen, S., Hoogerbrugge, P. M., Kamps, W. A. & Bensing, J. M. (2007). Young patients', parents', and survivors' communication preferences in paediatric oncology: Results of online focus groups. *BMC Pediatrics, 7*(35), 1-10.

Zwaanswijk, M., Tates, K., van Dulmen, S., Hoogerbrugge, P. M., Kamps, W. A., Beishuizen, A. & Bensing, J. M. (2011). Communicating with child patients in pediatric oncology consultations: A vignette study on child patients´, parents´, and survivors´ communication preferences. *Psycho-Oncology, 20*, 269-277.

APPENDIX

Categories and examples of information provided

Information provided	**Example**
Exams, evaluations, medical procedures	"Today the blood test results are great"
Self care, hygiene, leisure activities	"Avoid sun exposure, but if must to, then wear sunblock"
School activities	"It would be possible to go back to school in July"
Diet and feeding	"No salt during this phase, ok?"
Hospital admission or treatment plan	"This week you´ll stay at the hospital for 5 days"
Medication	"*Bactrim* every Monday, Tuesday, and Wednesday, ok?"
Coping with side effects, fever, infections	"Any fever, infections, you must go to the hospital, don´t wait "
Biological aspects of cancer and treatment	"This tumor grows slowly, sometimes it won´t even grow."
Health service information	"You must deliver these paper in hospital register"
How to cope with difficulties in treatment	"Don´t worry, if you get too stressed out, it´ll be harder"
Educative parental practices	"He wants only junk food, then you need to insist on quality food"
Sequelas or relapses	"There´s a chance of permanent vision loss, even with treatment"

5 Alguns aspectos da organização e funcionamento da família brasiliense

Maria Inês Gandolfo Conceição
Liana Fortunato Costa
Maria Aparecida Penso
Claudia Fukuda
Monique Guerreiro de Moura

O texto trata de um recorte em uma pesquisa de âmbito nacional coordenada pelo Núcleo de Família e Comunidade, Laboratório de Estudos da Família, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo com a colaboração de pesquisadores da Universidade de Brasília e da Universidade Católica de Brasília, dentre outras. O objetivo geral da pesquisa foi: caracterizar o Ciclo Vital de famílias dos extratos sociais médios da população (definidos com mais detalhes na seção Método), no Brasil, comparando resultados obtidos em capitais das diferentes regiões do país de norte a sul, leste a oeste. O recorte acima apontado diz respeito a um objetivo específico que é descrever as características de famílias da região Centro-Oeste com relação à estrutura e organização. Portanto, serão apresentadas informações

referentes aos dados obtidos nos questionários aplicados à amostra de famílias do Distrito Federal.

Entendemos a família como parte de uma comunidade, indissociável do contexto ao qual pertence, recebendo influências e influenciando, o que não permite uma visão isolada do seu entorno. Daí a importância do trabalho com família em seus diferentes ambientes: social, econômico e cultural. Assim, é fundamental considerar as peculiaridades da organização e estrutura familiar em um país tão diverso quanto o nosso.

Compreensão sistêmica da família

A família é considerada o primeiro grupo social dos homens, é ela que deve promover o cuidado e a proteção de seus membros, principalmente quando se trata de crianças e adolescentes, além de transmitir as regras, valores sociais, crenças, mitos e legados familiares (Minuchin, 1982; Minuchin, Lee & Simon, 2008). A família possui uma estrutura composta por padrões de interação que refletem, basicamente, as filiações, as tensões, a hierarquia do poder e os padrões de autoridade. Para um desenvolvimento saudável, o sistema familiar precisa se diferenciar e estabelecer as funções de cada membro da família.

Minuchin (1982) também sinaliza que, para o funcionamento saudável, a família deve estabelecer fronteiras nítidas entre os subsistemas e definir claramente os papéis de cada membro, levando em consideração a flexibilidade. Além disso, compete à família a transmissão de valores éticos, religiosos e culturais, além de ser o subsistema responsável em garantir a proteção e a segurança da criança e do adolescente. A família, como um sistema e fonte relacional, necessita desenvolver uma organização funcional que favoreça as relações e interações. Para este autor, o que determina cada subsistema são as regras e papéis estabelecidos (fronteiras), sendo que a função principal destas fronteiras “é de proteger e diferenciar os subsistemas” (Minuchin, 1982, p. 59). Para Minuchin (1982) e Minuchin *et al*. (2008), a família possui uma estrutura composta por padrões de interação que

refletem, basicamente, as filiações, as tensões, a hierarquia do poder e os padrões de autoridade.

Conceito de ciclo de vida familiar

O conceito de Ciclo de Vida Familiar foi introduzido pela primeira vez na terapia familiar nos anos 1970 por Jay Haley, que trabalhou com a hipótese de que os sintomas são o resultado de uma paralisia ou fixação da família na transição entre os estágios do Ciclo de Vida Familiar, sendo que tal paralisa ocorreu porque a família foi incapaz ou teve medo da mudança ao longo do tempo (Nichols & Schwartz, 1998).

Minuchin e Fishman (1990) discutem o conceito de Ciclo de Vida Familiar a partir do estudo de famílias ditas “normais”, abordando os aspectos da organização da família, dentro da perspectiva de compreensão do processo de acomodação mútua que exige o desenvolvimento de um conjunto de transações padronizadas e de tarefas presentes em cada uma das fases propostas: formação do casal, nascimento dos filhos, crianças pequenas, entrada na escola ou adolescência e filhos adultos. Essas fases transcorrem com graus de complexidade crescentes, pressupondo períodos de desequilíbrio a cada passagem para uma nova fase. Tal desequilíbrio advém da necessidade do desenvolvimento de novas tarefas e habilidades adequadas à fase do Ciclo de Vida que se inicia.

A partir dessa época, vários terapeutas de família adotam, como parte de sua prática, a descrição do Ciclo de Vida da família, entre eles, podemos citar: Bowen (1976), Carter e McGoldrick (1995), Cerveny e Berthoud (1997), Minuchin (1982), Minuchin e Fishman (1990). O grande interesse dos terapeutas de família pelo conceito de Ciclo de Vida Familiar deve-se ao fato de que ele introduz, simultaneamente, as noções de retorno e perenidade; além de permitir a descrição da família no decorrer do tempo, possibilitando a compreensão do retorno de fases periódicas durante várias gerações (Miermont, 1994).

Partindo desses estudos sobre Ciclo Vital da Família, pesquisadores brasileiros do Núcleo de Família e Comunidade da PUC-SP (NUFAC), propuseram o estudo sobre Ciclo Vital como um de seus projetos de pesquisa centrais. Desde então, com a visão do Ciclo Vital Familiar houve duas publicações: Ciclo Vital Familiar – Nossa Realidade em Pesquisa, organizado por Cerveny e Berthoud (1997), Visitando a Família ao Longo do Ciclo Vital (Cerveny & Berthoud, 2001). O presente texto enfoca uma continuidade desse projeto que se estendeu do estudo da família paulistana para a família brasileira.

Com a pesquisa "Ciclo Vital da Família Paulista", realizada com 1.105 famílias do Estado de São Paulo, foi possível propor uma caracterização do Ciclo Vital da Família em quatro etapas, a saber: Fase de Aquisição; Fase Adolescente; Fase Madura; Fase Última. Esse trabalho constituiu-se na primeira produção nacional sobre o Ciclo Vital da Família numa região do Brasil.

A pesquisa, mencionada acima, permitiu conhecer as crenças, costumes, mitos que norteiam a vida cotidiana das famílias, além de sua organização, suas regras de funcionamento, expressão de comunicação, sociabilidade, cooperação/competição entre seus membros, dando oportunidade, assim, de compreender os padrões relacionais, os conflitos, que orientam os estudiosos tanto em pesquisa como em terapia, além de fornecer subsídios para intervenções de políticas públicas interessadas na melhoria de sua qualidade de vida. Consideramos oportuno ampliar nosso estudo com as famílias de outros estados brasileiros, na expectativa de conseguirmos uma caracterização da família no Brasil que dê conta da diversidade de modelos possíveis, dada a vastidão territorial, as diversas ondas colonizadoras, a miscigenação, as imigrações, as abissais diferenças socioeconômicas, que certamente criaram muitas culturas regionais, as quais, por sua vez, produzem suas famílias, constroem seus valores e tradições de forma própria, resultando em um mosaico de variadas cores.

Conceitos de papéis familiares

O conceito de papéis familiares constitui-se como um dos aspectos principais, embora não seja o único, da Teoria Sistêmica, em razão da sua importância para o desenvolvimento dos processos de individuação e pertencimento grupal, e para a saúde emocional do sistema familiar (Féres-Carneiro, 1998). Um papel só pode ser definido em um sistema de oposição e complementariedade em relação com outros papéis; e todos os papéis familiares são interdependentes (Miermont, 1994; Minuchin & Fishman 1990; Simon, Stierlin & Wynne, 1988).

Papéis de pai e mãe - A parentalidade se reveste de características diferentes para o homem e para a mulher (Bradt, 1995). Se o compromisso da mulher começa com a gravidez, por razões biológicas óbvias, o pai, por sua vez, só começa a se sentir como um pai após o nascimento ou mais tarde (Minuchin, 1982). Muitos pais não aceitam o papel de pais até que os bebês crescem o suficiente para começar a corresponder a eles (Nichols & Schwartz, 1998). Entram aqui também fatores ligados à representação social dos papéis de pai e mãe. Estudos mostram que ainda predomina o modelo tradicional do pai enquanto provedor e da mãe como cuidadora dos filhos e da casa (Marques, 2001; Trindade, Andrade & Souza, 1997; Trindade, 1993). Mas alguns estudos já apontam para a atribuição de outras funções ao pai, como: acompanhar, educar e preparar para a vida e para o futuro, além de dar carinho, amor e atenção (Trindade & Menadro, 2002).

A possibilidade de assumir papéis de pai e mãe está relacionada também ao grau de satisfação das suas necessidades nos papéis de filhos vividos nas suas famílias de origem, no âmbito da diferenciação do eu de cada um (Bowen, 1976, 1991; Castilho, 1994; Jones & Wells, 1996; Simon *et al*., 1988).

Relações entre parentalidade e conjugalidade - Quando nascem os filhos, os pais precisam assumir a responsabilidade de criação, ao mesmo tempo em que tentam manter o seu próprio relacionamento, sendo que uma relação de qualidade entre o casal pode ajudar na consolidação da função parental (Bigras & Paquette, 2000; McGoldrick & Gerson, 1995).

A capacidade dos pais em manter seu relacionamento enquanto casal, mesmo após a chegada dos filhos, está ligada a fatores como o nível de intimidade conjugal e a capacidade de vivência da conjugalidade, a despeito do ideal individualista preconizado pelo social (Féres-Carneiro, 1998). Torna-se muito importante esta afirmação para que não prevaleça a ideia de que o nascimento do filho transforma o sistema familiar em um sistema problemático. Na verdade, a chegada da criança evidencia as dificuldades já vividas pelo casal.

Um casal íntimo está mais capacitado para responder ao desafio da parentalidade, integrando a mudança permanente de vida que esse processo traz, não apenas para os pais, mas para toda a família (Bradt, 1995). Por outro lado, a vivência de um relacionamento afetivo entre o casal influencia o desenvolvimento dos filhos, especialmente na adolescência, apontando para a existência de uma relação estreita entre os subsistemas conjugal e parental (Bigras & Paquette, 2000). No entanto, a capacidade de viver uma relação íntima pressupõe a consciência de eus, com suas diferenças e semelhanças. Se a relação entre o casal é mais de fusão do que de intimidade, a chegada dos filhos põe em risco a estabilidade do relacionamento dos pais, pois aciona o triângulo da família nuclear (Bowen, 1991).

Conceito de regras familiares

Autores como Andolfi (1981), Minuchin (1982), Minuchin e Fishman (1990), Minuchin *et al*. (2008) ressaltam que são as regras familiares que definem os papéis, a hierarquia e as funções de cada membro no sistema familiar. Complementando, Andolfi (1982), Minuchin (1982) e Miermont (1994) defendem que as relações familiares são estabelecidas por intermédio das regras, comumente transmitidas inconscientemente, que determinam o que é permitido e o que não é permitido. São as regras que determinam as fronteiras familiares, que podem oscilar entre dois extremos: da rigidez e da difusão; ou serem permeáveis o suficiente para permitir a preservação dos limites familiares e da autonomia de cada um, ao mesmo tempo em

que possibilitam relações de intimidade e dependência entre os membros da família.

Conceitos de mito familiar, rituais e memória - A noção de que, do mesmo modo que a sociedade cria mitos que justificam sua existência, a família também possui um modelo mítico que garante a sua coesão interna e proteção externa, foi introduzida na Terapia Familiar há quatro décadas por Ferreira (1963):

> O mito, como qualquer mecanismo de defesa, protege o sistema contra a ameaça de destruição e caos. Ele tende a manter, e algumas vezes, até aumentar, o nível de organização da família pelo estabelecimento de padrões que se auto perpetuam, com a circularidade e auto-correção característica de qualquer mecanismo homeostático (Ferreira, 1963, p. 462).

Entre esses autores, Bucher (1985), estudando os trabalhos de Ferreira, afirma que o mito familiar é um sistema de crenças que diz respeito aos membros de uma família, seus papéis e suas atribuições em suas transações recíprocas; é constituído de convicções compartilhadas pelo conjunto de pessoas que integram esse sistema e são aceitas a priori, mesmo quando irreais, como uma coisa sagrada e tabu; serve como mecanismo homeostático, tendo por função manter a coesão grupal e fortalecer a manutenção dos papéis sociais de cada um. Por esta razão, dificulta e até impede o sistema familiar de se deteriorar ou até de se destruir.

Essa definição é bastante abrangente e mostra que o mito familiar está presente em todas as famílias, constituindo-se no cimento que proporciona ao grupo familiar um sentido de identidade (Neuburger, 1999). Portanto, o mito define as regras, as crenças e os papéis dentro da família, ditando a sua forma de funcionamento e mantendo a sua coesão (Rosa, 1997). Sendo assim, cada família construirá sua mitologia baseada nas singularidades genéticas, culturais e históricas de cada um de seus membros (Miermont, 1994).

Em resumo, o mito é uma criação coletiva que diz respeito a todos os membros da família e que é em parte "herdado" da família de origem (Andolfi & Angelo, 1988; Bucher, 1985), então, ele precisa ser compreendido também na sua dimensão transgeracional. Os mitos e ritos familiares são fundamentais no desenvolvimento da família, pois fornecem um sentido de pertencimento, mas necessitam serem flexíveis o suficiente para se transformarem, ao longo do tempo.

Memória familiar - O que permite a transmissão do mito é a memória familiar e os rituais, dois movimentos familiares interconectados e interdependentes. É a memória familiar que garante a reprodução simbólica da família ao longo das gerações, lembrando o mito fundador da célula familiar (Bucher, 1985, 1986). Isto significa que as famílias selecionam aquilo que consideram importante de ser compartilhado por todos os seus membros e essas informações são transmitidas ao longo do Ciclo de Vida Familiar e também ao longo das gerações. Na sua dimensão paradoxal, a memória transmite um conteúdo de informações, mas também administra aquilo que convém esquecer para assegurar a continuidade familiar (Neuburger, 1999).

Assim, os rituais regulam a complexidade em grupos onde as mesmas pessoas desempenham, ao mesmo tempo, diversos papéis, permitindo uma definição clara da natureza das relações que se estabelecem entre elas, sendo os transmissores das regras, crenças e mitos familiares (Boscolo & Bertrando, 1996; Bucher, 1986; Martins & Cerveny, 1997; Miermont, 1994). Os rituais têm a função de consolidar a coesão e a continuidade da família e perpetuar o seu paradigma familiar, sendo moldados pelas regras estabelecidas pela família (Bucher, 1985).

A memória familiar permite a definição, pela família, de rituais que organizam as relações interpessoais de seus membros. Esses rituais são produtos da tradição, sendo transmitidos e sancionados pelo grupo, exteriorizando os hábitos que são ancorados nas regras familiares e têm como função principal transmitir e perpetuar o mito familiar (Andolfi & Angelo, 1988; Bucher, 1985).

Perpetuando o mito familiar, os rituais contribuem para manter a identidade familiar, sinalizando as transições normativas do Ciclo de Vida Familiar e ajudando os membros da família no manejo e resolução dos conflitos, pela possibilidade de expressão das emoções (Imber-Black, 1994). No entanto, do mesmo modo que os ritos são importantes e úteis para a sobrevivência do sistema familiar, eles também podem ser altamente destruidores, caso se tornem muito rígidos e não passíveis de mudanças.

Conceito de lealdades familiares – A lealdade familiar é definida por Boszormenyi-Nagy e Spark (2001) como uma trama motivacional, tipicamente dialética, de raízes multipessoais, que implica na existência de expectativas estruturadas de grupo, onde todos os membros adquirem um compromisso; possuindo assim um forte componente de obrigação ética. Portanto, é um conceito fundamental para compreendermos a estruturação mais profunda das famílias.

Método

Os participantes foram famílias consideradas de classe média por indicadores como renda familiar, escolaridade, bens e serviços dos quais dispõem, em todas as fases do Ciclo Vital, no território brasileiro. A classificação foi baseada nas pesquisas das condições de vida (PCV) da Fundação SEADE. A escolha deste grupo se justifica por ser considerado socialmente como aquele que mais contribui para a manutenção dos valores veiculados pelos meios de comunicação de massa, como os elementos responsáveis pela ascensão social e pertinência ao grupo dos que “venceram na vida”.

Tomou-se o cuidado, ainda, de entrevistar cerca de 50 famílias pertencentes a cada uma das quatro etapas do ciclo de vida. Utilizou-se a amostragem de conveniência; as famílias pesquisadas pertenciam ao círculo de conhecimento dos alunos do curso de Psicologia de ambas as universidades. O critério de inclusão na amostra era de pertencer a uma família que se enquadrasse em uma das quatro etapas do ciclo de vida.

O instrumento da pesquisa consistiu em um questionário composto por questões estruturadas nas quais foram exploradas as seguintes variáveis: Estrutura familiar; Dinâmica Familiar; Valores familiares, na perspectiva da conjugalidade, da família com filhos pequenos, com filhos adolescentes e com filhos adultos. Trata-se de um formulário baseado na pesquisa Ciclo Vital da Família Paulista, revisto e ampliado.

Os questionários foram aplicados por alunos do curso de graduação de ambas as universidades do Distrito Federal, sob a supervisão das professoras Liana Fortunato Costa (UnB), Maria Aparecida Penso (UCB) e Maria Inês Gandolfo Conceição (UnB), e eram respondidos individualmente por um dos membros da família, que recorria ao aplicador em caso de dúvida. Os dados dos questionários foram tabulados e tratados por meio do SPSS, embora aqui sejam tratados apenas os dados de frequência estatística.

Resultados e discussão

Iniciaremos nossa discussão apresentando as informações que compõem um **perfil socioeconômico** das famílias participantes. O questionário sobre o ciclo vital da família foi respondido no Distrito Federal (DF) por 200 participantes, sendo 74,5% mulheres e 25,5% homens. Mais da metade dos participantes (54%) residiam em Brasília (composta pelo Plano Piloto e suas imediações) e os demais participantes residiam em outras Regiões Administrativas ou Entorno do DF (43,5%) ou não informaram o local de residência (2,5%); em residência própria (74%), alugada (16%), cedida (4,5%), com parentes (4%) e 1,5% não informaram o tipo de residência. Trata-se, portanto, de uma amostra de classe média, que reside em áreas nobres do Distrito Federal e em residência própria.

Sendo o DF um estado novo (pouco mais de 50 anos de criação), identificou-se que 72,5% das famílias foram formadas em outras localidades, porém essas famílias já residiam no DF há mais de 20 anos (58,3%) e apenas 5% vieram para Capital do país há menos de 5 anos. O Sudeste é a principal região de origem da

maioria dos homens não nascidos no DF, com 37%, seguido por Nordeste (24%), Centro-Oeste (22%) e Sul (17%). Quanto às mulheres não nascidas no DF, 47% vieram do Sudeste, 18,8% do Centro-Oeste, 15,4% do Nordeste, 10,3% do Sul e 8,5% do Norte.

A maioria dos homens tinha idade entre 26 e 45 anos (56,5%) e 28,5% com idade acima dessa faixa. Quanto à escolaridade, (58,5%) tinham Ensino Superior completo ou Pós-graduação e eram assalariados (60,5%) ou autônomos (21,5%). Verificou-se que as mulheres não diferiram muito dos homens nestas características: 59% estavam na faixa etária entre 26 e 45 anos e 28% acima dessa faixa; a maioria possuía Ensino Superior completo ou Pós-graduação (57,5%) e era assalariada (54,4%) ou autônoma (20,5%).

A renda familiar de 75% das famílias era igual ou superior a 10 salários mínimos, desses 15% tinham renda superior a 30 salários mínimos. O principal responsável pela renda familiar foi o homem ou ele com complemento da mulher (56%), seguido por ambos igualmente (26%) e a mulher ou ela com complemento dele (15%). A renda familiar estava comprometida por desemprego em 15 famílias (7,5%), sendo que em sete famílias o homem estava desempregado, cinco a mulher e três o filho. Porém, para 57% das famílias a renda era suficiente para viver ou manter o estilo de vida desejado, já para 33%, apesar de suficiente, a renda era abaixo das expectativas.

Em relação às mulheres que exerciam profissão remunerada, 57% o faziam a mais de 10 anos em jornada diária de 5 a 8 horas e o motivo de trabalharem era a necessidade de terem dinheiro (35%) e/ou realização profissional (34%). Já em relação às mulheres que não trabalhavam o principal motivo para não trabalharem foi dar prioridade ao cuidado da casa e dos filhos (45,5%), e em seguida apareceram os seguintes motivos: atrapalha os estudos (27,3%), dificuldade de encontrar um emprego (9,1%) e não se sente habilitada (9,1%).

Mais da metade dos participantes informaram que a religião da família era a Católica (53%). A religião Evangélica foi indicada por 20% das famílias e a Espírita

Kardecista por 16,5%. Cinco por cento das famílias informaram não ter religião e as demais famílias (5,5%) informaram outras religiões.

O arranjo familiar mais tradicional caracterizou as famílias pesquisadas, visto que 79,5% das famílias informaram estar vivendo a primeira união. O tempo médio desse arranjo foi de 15 anos, sendo que em 50% das famílias esse arranjo tinha mais de 16 anos e 25% menos de cinco anos. Aproximadamente 69% das famílias possuíam filhos dessa união. Portanto, nesta classe social, prevalece o modelo tradicional de família.

Outros arranjos familiares foram identificados, tais como casais que estavam vivendo a segunda (7%); a terceira e quarta união (2,5%), solteiro com filhos (6%) e viúvo (2,5%). O tempo médio desses arranjos foi significativamente menor, que aquele das famílias de primeiro casamento. Porém, da mesma forma que no arranjo tradicional, a maioria dos participantes que respondeu à questão informou possuir filhos da união atual (63,3%), mas com filhos também de outro relacionamento (62,5%). Aproximadamente 27% e 22%, respectivamente, dessas famílias não respondeu às questões (O elevado percentual de não resposta às questões pode ser devido ao fato de 17 (47,2%) participantes não estarem vivendo uma união no momento da coleta - solteiro com filhos e viúvos).

A idade do primeiro filho foi informada por 145 respondentes. Em 37,9% das famílias esse filho tinha até 15 anos (sendo que 12,4% tinha menos de 5 anos) e 44,8% tinha entre 16 e 25 anos. Já com relação à idade do último filho, foram obtidas 124 respostas válidas, desses, 60,5% tinham menos de 15 anos (sendo que 23,4% tinha menos de 5 anos) e 22,8% entre 16 e 25 anos.

Somente na residência de 30 (15%) das famílias pesquisadas moravam pessoas que não eram da família nuclear. Isto mostra que, nesta classe social, prevalece ainda o modelo de família nuclear, diferentemente do que ocorre nas famílias de baixa renda, que pelas suas precárias condições socioeconômicas, convivem várias gerações numa mesma casa, dividindo seus parcos recursos.

Brasília é uma cidade essencialmente formada por processos de migração, pois foi planejada como polo de atração de pessoas para o trabalho. Os dados obtidos apontam na direção de uma diminuição do fluxo migratório, e mostram que, nessa faixa socioeconômica a migração é mais proveniente do Sudeste. O que podemos comentar é que a configuração da organização familiar parece se moldar pela sobrevivência e manutenção da satisfação das necessidades de continuidade da família. Chama a atenção dois aspectos: maior número de casamentos formais e de primeira união, e a ausência de outros membros da família morando sob o mesmo teto. Compreendemos esses aspectos como vinculados a essa constatação de que uma cidade construída pela migração ainda se centra nessa configuração.

Sobre o relacionamento do casal

Em 183 famílias pesquisadas, o arranjo familiar incluía o casal (o homem e a mulher), e essa seção irá tratar dessas famílias exclusivamente. Os participantes tenderam a avaliar sua relação conjugal de forma positiva: 72,1% disseram que ela é amorosa e 21,3% que é amigável, apenas 6,5% disseram que é acomodada ou fria e distante; para 84,5% dos respondentes há diálogo constante contra 15,4% que disseram que o diálogo é difícil ou não ocorre; e 54,7% informaram que a vida sexual do casal é muito boa e 34,8% que é razoável, apenas 4,1 avaliaram a vida sexual como abaixo das expectativas ou não havendo; e 5,5% preferiram não responder.

O objetivo principal do casamento atual, segundo os participantes, era a união do casal e formação da família (47,5%) e companheirismo e cuidado mútuo (40,3%). Eles consideraram que o companheirismo (35%) e o amor (32,2%) é o que há de melhor na relação do casal; o objetivo de vida comum (19,7%), o respeito à individualidade do outro (8,2%) e o sexo (4,9%) foram os aspectos menos indicados.

Mais de 40% informaram que o casal não possuía dificuldades. Dentre aqueles que informaram haver dificuldades, disseram que o casal enfrenta dificuldades devido à dinheiro (29,5%), aos filhos (16,9%), à vida profissional (13%), à saúde (9%), ao relacionamento conjugal (9%) e aos pais (6%).

Causa bastante surpresa as porcentagens maiores beneficiando uma visão muito positiva sobre as relações conjugais. Estatísticas oficiais demonstram aumento de processos de divórcio. Parece-nos que essas indicações muito positivas indicam uma apreciação fantasiosa da relação. Precisamos questionar qual o motivo disso. São casais que vivem realmente uma relação harmoniosa? Ou preferem não entrar em contato com suas frustrações?

Araújo (2005) afirma que cada pessoa projeta suas demandas e espera que o outro as acolha, a fim de preencher suas carências. A qualidade e o desenvolvimento de uma relação amorosa depende da natureza da combinação que se estabelece entre o par, em função do que cada um busca no outro, e da capacidade e disposição que ambos têm de corresponder, ou não, a estas mútuas demandas. Cabe questionar se estes casais conseguiram relacionamentos onde suas expectativas são satisfeitas, ou preferem não entrar em contato com as frustrações presentes na relação conjugal.

Sobre a vida em família

Do total de participantes, 29,5% não possuíam filhos nem da união atual nem de outra relação. Assim, quanto às regras adotadas pelo casal em relação à educação dos filhos foram consideradas apenas as famílias com filhos incluindo aquelas famílias que não eram constituídas por um casal (solteiros/as com filhos e viúvos/as). Identificou-se que a maioria dos participantes acreditava que as regras de educação dos filhos eram discutidas e construídas pelo casal (65,8%) e para a minoria eram baseadas nas regras de educação familiar da mulher (14,8%), nas regras de educação familiar do homem (4,7%), contrárias a como o casal foi educado (6%), e em leituras e informações profissionais (8,7%). Prevaleceram, então, as

regras construídas pelo casal, o que pode ser explicado pelo fato de que a maioria das famílias no Distrito Federal está longe das suas famílias de origem, o que pode minimizar a sua influência direta nas regras definidas pelas famílias pesquisadas.

Quanto às metas da família, foram listadas oito, sendo que cada participante poderia indicar até duas metas como sendo de sua família na fase de vida em que estavam. Para esta questão foram consideradas todas as metas indicadas por todos os participantes. Observou-se que promover o estudo e a formação dos filhos foi a meta mais indicada, seguida por construir um patrimônio familiar e construir a família. Isto pode ser compreendido, uma vez que a maioria das famílias tinha filhos adolescentes ou em idade escolar. Além disso, na classe média, educação e patrimônio são considerados valores primordiais.

Em relação ao que é de melhor em sua família, de forma coerente com o que há de melhor no casal, 63,5% dos participantes consideraram ser o diálogo, porém foi o respeito (67%) a característica mais indicada pelos participantes. Outra característica de destaque foi o carinho (60%). Os aspectos menos indicados foram democracia (4%), sociabilidade (10%), estabilidade financeira (13%), cooperação (16,5%) e flexibilidade (27%).

Quanto às funções exercidas pelos membros da família, identificou-se que a maioria das tarefas, tais como: dirigir a família (48%), protegê-la (45,5%), educar os filhos (45%), sustento econômico (42,5%), ser conselheiro (42%) e dar apoio (41,5%), são compartilhadas pelo casal. Porém, a tarefa de cuidar da organização da casa ainda foi considerada uma função da mãe pela maioria dos participantes (54%), por outro lado o sustento econômico, que em épocas anteriores era função primordial do pai, foi atribuído somente a ele por apenas 36% dos participantes. À família foi delegada principalmente as funções de alegrá-la (35,5%), de ser companheiro (33,5%), obedecer as regras (32%) e dar carinho (28,5%). Já aos filhos cabe somente obedecer às regras (25,5%), cuidar dos pais (22,5%) e alegrar a família (13%).

Quanto ao total de funções atribuídas para cada membro da família, observa-se uma sobrecarga de funções da mãe considerando aquelas que ela exerce sozinha e aquelas em que ela compartilha com o pai e com a família. Por outro lado, ao pai e principalmente aos filhos delega-se um número menor de funções.

Também no momento das decisões importantes o casal decide em conjunto (57%), porém neste caso há uma maior participação dos filhos, visto que para 29% das famílias o casal e os filhos decidem em conjunto.

Considerando as relações familiares verifica-se que, para a maioria dos participantes, há diálogo frequente entre todos os membros da família, mas principalmente entre pais e filhos (25%), mãe e filhos (17,5%) e a família toda (14%). O afeto também é muito presente nas famílias, ocorrendo entre pais/mães e filhos (36%) e na família como um todo (19,5%). Da mesma forma que a liberdade, característica das relações entre pais/mães e filhos (36%) e da família toda (20,5%). O respeito parece permear os relacionamentos da família da maioria dos participantes, ocorrendo entre pais/mães e filhos (44,5%) e entre todos os membros da família (27%). Inversamente o desrespeito foi identificado por apenas 11,5% dos participantes, ocorrendo na relação entre pais/mães e filhos (6%) e entre irmãos (4%). A amizade, cooperação e lealdade foram outras formas de relacionamento entre os membros das famílias, elas ocorrem entre pais/mães e filhos (42,5%; 40,5%; e 40%, respectivamente) e entre todos os membros da família (27%; 25%; e 24%, respectivamente).

Apenas 9,5% dos participantes informaram haver um relacionamento frio e distante entre os membros da família, ocorrendo principalmente entre pais e filhos e entre irmãos. A submissão está presente em 14% das famílias, sendo 7% na relação entre pais e filhos. A agressividade, também, ocorre apenas em 16% das famílias e principalmente entre irmãos (8%).

Os principais valores da família, para os participantes, foram amor entre o casal (63,3%), o diálogo entre os membros (57%), valorização do estudo (43,5%) e preservação dos valores religiosos (39%). Dentre os menos citados como impor-

tantes foram manutenção do patrimônio (5,5%), preparação para a velhice (9%), comemoração de datas significativas (10%) e preservação da privacidade do casal (12,1%). Quando perguntados sobre os valores que os participantes consideravam que eram passados de uma geração para outra em sua família destacaram-se a honestidade (75,5%) e a importância dos estudos (70,5%), seguidos por cuidado com os mais velhos (36,5%), a família em primeiro lugar (26%) e a tradição do casamento (25%).

As principais coisas que poderiam gerar reclamações na família foram: falta de tempo (35,5%) e dinheiro (21%), sendo que 36% disseram que não tinham nada para reclamar. E os assuntos mais evitados eram separação (27,5%), morte (21%), violência (15%) e sexo (14%). A mãe foi considerada a pessoa mais trabalhadora da família (33,5%), a mais birrenta (20,5%) e a mais chata (19%) pela maioria dos participantes. Já o pai foi considerado presente (43%), conselheiro (38%), amigo (32%) e amoroso (31%). A mãe e o pai foram considerados da mesma forma bonzinhos (22,5% cada) e o casal em conjunto foi considerado o que mais manda (22,5%). Em relação às dificuldades vivenciadas pela família destaca-se a falta de tempo para o lazer (37,5%), preocupação com o futuro dos filhos (34,5%), incerteza quanto a estabilidade familiar (21%) e familiares requerendo cuidados (19,5%).

Para finalizar...

É preciso atentar para a seguinte observação: a maioria dos respondentes era mulher e os resultados podem refletir mais a percepção delas que dos homens. Dito isso, observamos, a partir destas análises preliminares, um retrato da família brasiliense de classe média: é uma família conservadora, com uma boa condição socioeconômica, possui casa própria e investe grande parte dos seus recursos e tempo nos filhos e nas relações familiares. Consideram a honestidade e a formação profissional como os principais valores a serem transmitidos aos filhos e o amor entre o casal, o diálogo entre os membros, a valorização do estudo

e preservação dos valores religiosos como o mais importante na família. Portanto, mesmo sendo famílias que vieram para Brasília, oriundas de outras regiões do país, mantém valores tradicionais, talvez de suas famílias de origem. Também são famílias que construíram para si um modelo idealizado de relações conjugais e familiares. No entanto, apresentam como principais dificuldades a falta de tempo para o lazer, seguida da preocupação com o futuro dos filhos e incerteza quanto à estabilidade familiar.

Em resumo, apesar de Brasília ser uma cidade nova, com famílias compostas por membros de outras regiões do país, que vieram para cá em busca de melhores condições de trabalho, sua população de classe média segue mantendo os valores de família como em qualquer outro Estado brasileiro.

Referências

Araújo, M. de F. (2005). A difícil arte da convivência conjugal: a dialética do amor e da violência. In T. Féres-Carneiro (Ed.), *Família e casal: efeitos da contemporaneidade* (pp. 278-293). Rio de Janeiro/São Paulo: Editora PUC-Rio/Ed. Loyola.

Andolfi, M. (1981). *Terapia familiar*. Lisboa: Vega.

Andolfi, M. & Angelo, C. (1988). *Tempo e mito em psicoterapia família.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Boscolo, L. & Bertrando, P. (1996). *Los Tiempos del Tiempo – Una nueva perspectiva para la consulta y la terapia sistémicas*. Barcelona: Paidós.

Boszormenyi-Nagy, I. & Spark, G. (2001). *Lealtades Invisibles*. Buenos Aires: Amorrortu.

Bowen, E. (1976). Principles and Techniques of Multiple Family Therapy. In P. Guerin Jr. (Ed.), *Family Therapy. Theory and Practice* (pp. 388-404). New York: Gardner Press.

Bowen, E. (1991). *De la família al individuo.* Buenos Aires: Paidós.

Bradt, J. O. (1995). Tornando-se pais: famílias com filhos pequenos. In B. Carter & M. McGoldrick (Eds.), *As mudanças no Ciclo de Vida Familiar* (2ª ed.) (pp. 206-222). Porto alegre: Artes Médicas.

Bigras, M. & Paquette, D. (2000). L'interdependance entre les sous-systèmes conjugal et parental: une analyse personne-processus-context. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 16*(2), 91-102.

Bucher, J. N. F**.** (1985). Mitos, segredos e ritos na família I. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 1*(2), 110-117.

Bucher, J. N. F. (1986). Mitos, segredos e ritos na família II. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 2*(1), 14-22.

Carter, B. & McGoldrick, M. (1995). As mudanças no Ciclo de Vida Familiar: uma estrutura para a Terapia Familiar. In B. Carter & M. McGoldrick (Eds.), *As mudanças no Ciclo de Vida Familiar* (2ª ed.) (pp. 07-29). Porto alegre: Artes Médicas.

Castilho, T. (1994). A droga. In T. Castilho (Ed.), *Temas em Terapia Familiar* (pp. 116-143). São Paulo: Plexus.

Cerveny, C. M. O. & Berthoud, C. M. E. (Eds.) (1997). *O ciclo vital da família – nossa realidade em pesquisa*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Cerveny, C. M. O. & Berthoud, C. M. E. (Eds.) (2001). *Visitando a família ao longo do ciclo vital*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Féres-Carneiro, T. (1998). Casamento contemporâneo: o difícil convívio da individualidade com a conjugalidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *11*(2), 379-394.

Ferreira, A. J. (1963). Family myth and homeostasis**.** *Archives of General Psychiatry, 9*, 457-463.

Imber-Black, E. (1994). Segredos na família e na terapia de família: uma visão geral. In E. Imber-Black (Eds.), *Os segredos na família e na terapia familiar* (pp. 15-39). Porto Alegre: Artes Médicas.

Jones, R. A. & Wells, M. (1996). An empirical study of parentification and personality. *The American Journal of Family Therapy, 24*(2), 145-152.

Marques, V. U. (2001). *Infâncias (pre)ocupadas: trabalho infantil, família e identidade*. Brasília: Plano.

Martins, S. R. C. & Cerveny, C. M. de O. (1997). Mitos familiares. *Perfil, 10*(Supl.), 69-78.

McGoldrick, M. & Gerson, R. (1995). Genetogramas e o Ciclo de Vida Familiar. In B. Carter & M. McGoldrick (Eds.), *As mudanças no Ciclo de Vida Familiar* (2ª ed.) (pp. 144-166). Porto Alegre: Artes Médicas.

Miermont, J. (1994). *Dicionário de Terapias Familiares: teoria e prática.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Minuchin, S. (1982). *Famílias: funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Minuchin, S. & Fishman, H. (1990). *Técnicas de Terapia Familiar.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Minuchin, S., Lee, W. & Simon, G. M. (2008). *Dominando a terapia familiar*. Porto Alegre: Artmed.

Neuburger, R. (1999). *O mito familiar*. São Paulo: Summus.

Nichols, M. P. & Schwartz R.C. (1998). *Técnicas de Terapia Familiar: métodos e técnicas.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Rosa, A. J. (1997). Mitos familiares e saúde mental pública: estudo de caso de uma paciente psicótica e da relação de sua família com a instituição de assistência*. Perfil, 10*(Supl.), 79-90.

Simon, F. B., Stierlin, H. & Wynne, L. C. (1988). *Vocabulário de Terapia Familiar.* Buenos Aires: Gedisa.

Trindade, Z. A. (1993). As representações sociais e o cotidiano: a questão da maternidade e da paternidade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *9*(3), 451-461.

Trindade, Z. A., Andrade, C. A. & Souza, J. Q. (1997). Papéis parentais e representações de pai. *Psico*, *28*(1), 207-222.

Trindade, Z. A. & Menadro, M. C. S. (2002) Pais adolescentes: vivência e significação. *Estudos de Psicologia, 7*(1), 15-23.

6 *Raconter sa vie: avec quels savoirs et pour quoi faire?*

Jacques Rhéaume

Nous présentons quelques réflexions touchant les enjeux de connaissance sous-tendant la pratique des récits de vie. En effet, plusieurs types de connaissance, scientifique, expérientiel, professionnel voire esthétique ou spirituel sont mis en cause dans le récit de vie de formation, d'intervention ou de recherche. Ces modes de connaissance font appel à des contextes institutionnels spécifiques et des rapports d'influence et de pouvoir des uns sur les autres. Nous proposons comme voie alternative à une épistémologie fondée sur la hiérarchie institutionnelle des savoirs, une hiérarchie pluraliste mettant de l'avant une expérience d'échange de savoirs et de dialogue. Encore faut-il voir, dans la pratique des récits de vie, les effets sur l'une et l'autre de ces différentes façons de pratiquer les récits.

Introduction: des mots pour le dire

Faut-il parler de récits de vie ou des histoires de vie? Histoire de vie, récit de vie. L'apparente similarité des termes évoque pourtant des modes de connaissance devenus fort différents, malgré le sens étymologique commun: histoire, récit des faits[1]. L'usage des mots: **récit** (de réciter: lire à haute voix) désigne simplement un processus, une activité expressive, et l'**histoire** est un récit d'événements ou de faits, du grec 'histaur', désignant le récitant, celui qui sait (le savoir référant soit à 'l'eidonai' (d'où vient la notion d'idée ou de forme) ou'gnomai', origine du célèbre 'gnoti seauton', connais-toi toi-même, impliquant une notion de devenir, d'expérience). L'historien dans ce sens primitif, c'est le témoin privilégié ayant une expérience directe des grands événements, de guerres en particulier, dignes d'être racontés. Il y a depuis tout un développement moderne du champ disciplinaire de l'histoire comme science rationnelle empirique (empirique quand même!), rigoureusement axée sur l'analyse des faits qui va progressivement quitter cette origine narrative d'un sujet et acteur social, témoin direct d'expériences, vers un acteur porteur d'une science dite objective. Distance est prise du récit de l'autre, qui au mieux peut servir de document pour l'historien, devenu l'observateur externe et lointain de ce matériau.

Le récit de vie, comme narration subjective à d'autres personnes de sa propre vie, ou de fragments de sa vie, tel qu'il a pu être développé dans diverses pratiques récentes, sera teinté davantage par l'aventure intersubjective de l'accès vécu au réel. L'histoire de vie, quand elle est autobiographique, est cette posture particulière, sans doute plus proche du sens grec ancien de l'histoire, celle d'être le témoin d'événements 'dignes' d'être racontés. Il y a référence à des faits, mais vécus et présents dans la mémoire vive. Dans la posture de sociologie ou de psychosociologie clinique que nous adoptons dans ce texte, nous référons à la fois à la qualité subjective et intersubjective première du récit de vie et à la qualité de 'témoin' de réalités et d'événements objectivés par les auteurs du récit. Quant à 'raconter sa vie', ce terme introduit d'autres nuances. **Raconter** (de 'compte' et du latin, *computare*) signifie exposer des faits, mais il y a cette connotation de rendre

---

(1) Le nouveau Petit Robert (2002). Rubrique: 'histoire'.

des comptes. Dans un autre sens, dérivé, on peut aussi raconter des situations imaginées, voir 'conter' des histoires et faire du 'conte'. Le rapport entre le 'réel factuel' et l'imaginaire est ici posé dans le récit de vie.

La notion de pratique autobiographique précise autrement ce dont il s'agit dans ces récits ou histoires de vie. Avec la notion de 'graphie' (écrire, du grec' graphein'), est introduite la pratique d'écriture; le terme auto (du grec, soi-même) et bio, (du grec, *Bios*, vie humaine, qu'il faut distinguer de *Zoè*, la vie animale, naturelle) (Agamben, 1997), la pratique autobiographique est d'écrire sa propre vie humaine.

De ces quelques notions, nous pouvons retenir la définition simple du récit de vie : *Dire, écrire, exprimer soi-même les événements de sa vie, avec une prétention d'être vrai, autant que peut l'être un témoin privilégié, avec une dimension incontournable de la temporalité de ce qui a été vécu, dont on rend compte aujourd'hui.*

Les types de récits de vie

Le récit de vie fait partie de la vie quotidienne de tous et chacun. En effet, nous ne cessons de nous raconter à l'autre, soit à l'adresse des proches, amis, amoureux, conjoints, parents, soit dans divers cadres institutionnels, à des acteurs sociaux plus lointains : à l'école, au travail, à l'hôpital, en voyage. Qui êtes-vous? D'où venez-vous? Qu'avez-vous fait ou réalisé? Fiche, CV, confidence, aveu : autant de récits de soi.

Mais le récit de vie s'inscrit depuis longtemps dans des pratiques plus instituées et formalisées. Sans entrer dans le détail historique (au sens externe et objectivé du terme ici), il convient d'en repérer certaines figures et de donner quelques exemples rapides.

Il y a, et c'est peut-être la forme la plus ancienne, le récit de Confession et de Modèle, tel que peut le montrer un des grands textes littéraire et religieux que sont les *Confessions* (1964/399) de saint Augustin, Évêque d'Hippone. Les *Confessions* sont un récit de conversion, c'est le petit récit de l'homme à l'image du Grand Ré-

cit de la rédemption de l'humanité, expression du passage qui transforme en lien avec un Dieu, puissance absolue. Les grands livres religieux, Bible, Coran ou Upanishad, comme Paroles révélées et transcrites, sont eux-mêmes les bases narratives de ce Grand Récit de Vie, qui sert de référent premier aux récits de saints, de témoins, dont le récit sert toujours plus ou moins d'exemplarité.

Plus tard, en philosophie, les écrits moraux du style des *Essais* (Montaige, 1588/1965) de Montaigne, des *Pensées* (Pascal, 1670/1972) de Pascal ou des *Confessions* ([1782]1789/1973) de Jean-Jacques Rousseau poursuivent, sur une base plus 'laïque' (le cas de Pascal est à la limite du religieux), l'idée de modèle de la destinée humaine. Chez Rousseau ou Montaigne, le récit représente l'évolution de l'homme en contact avec la Nature et les forces essentielles de 'l'essence' humaine, montrant le développement optimal de l'homme, l'acquisition de la sagesse dans l'aventure humaine. Ces travaux et d'autres mettent en évidence le 'grand récit' de l'homme comme être tragique ou romantique.

Le Roman d'apprentissage (la 'Bildung' allemande) est une autre figure du récit de vie. Il peut être autobiographique, ou prendre la forme morale d'un récit de fiction autobiographique. Des modèles célèbres du genre sont *l'Émile* (Rousseau, 1762/1966) de Jean-Jacques Rousseau, *L'apprentissage de Wilhem Meister* (Goethe, 1795/1999) de Goethe. Récits de transformation par des épreuves de vie, ces récits visent à modéliser la transformation de l'humain fondée sur l'apprentissage existentiel.

Plus littéraire encore, et moins peut-être avec le souci de servir de modèle ou de moraliser mais plutôt de répondre à une exigence d'expression libératrice d'une expérience de vie douloureuse, nous retrouvons tout un registre de récits littéraire, du *Journal* (Frank, 1950) d'Anne Frank aux récits autobiographique de Jorge Semprun. *L'écriture ou la vie* (Semprun, 1994) ou de Primo Levi, *Si c'est un homme* (Levi, 1947/2005) jusqu'aux récits de fiction autobiographique de Nancy Huston (1996), ou de Nelly Arcand (2007). C'est plus largement aussi tout le monde littéraire, moins tragiques sans doute, des Mémoires personnels, de journaux intimes, de la correspondance privée. Dans ces cas de figure aussi se profile

l'idée d'un récit, petit ou grand, héroïque, tragique ou dramatique[2] de la condition humaine.

Il y a d'autres formes d'expression des récits empruntant davantage au monde artistique: par la peinture (l'œuvre de Niki Saint-Phalle est exemplaire à cet égard comme récit autobiographique par ses œuvres de peinture); par la musique (les œuvres dédiées à des personnes ou représentatives d'une période de vie); par le théâtre ou le film d'auteur, où prime la mise en scène d'expériences autobiographiques. Il faut toutefois distinguer des œuvres qui ont nettement ce caractère autobiographique défini comme tel, d'œuvres interprétées par des critiques d'art, comme l'expression indirecte, dans leurs œuvres d'un parcours autobiographique. Des critiques philosophiques comme celle de Lucien Goldman, *Le Dieu caché* (Goldman, 1959) analysant les œuvres de Pascal et de Flaubert ou celle de Jean-Paul Sartre, *L'Idiot de la famille* (Sartre, 1988) sur Flaubert vont dans ce sens. La production intellectuelle ou artistique peut sans doute difficilement se détacher complètement d'un humus autobiographique, au moins partiellement, ne serait-ce que dans les choix théoriques et professionnels qui sont faits, voire de l'adoption des styles et du choix des thèmes.

Cette histoire longue et diversifiée des récits de vie montre que le récit de vie, suivant les contextes, répondent à des fonctions *d'exemplarité* (modèle d'apologie, de témoin, d'héroïsme) ou de *justification* (recherche des origines, volonté d'explication du sens de la vie) pour reprendre les distinctions faites par Philippe Lejeune dans *Le pacte autobiographique* (Lejeune, 1975/1996)

Recherche, formation et intervention

Le récit de vie fera finalement son entrée plus tardivement dans les sciences

---

(2) Ces expressions désignent autant des styles différents que des postures éthiques radicales : romantique, qui met en évidence le moi héroïque ou grandiose; dramatique, qui met le récit sous le sceau de l'action et de l'intrigue, proche aussi d'un moi au centre du récit; tragique qui pose la tension radicale entre le sujet libre et la finitude de la vie et ses contraintes.

humaines et sociales. Il sert d'abord de document ou de matériau de recherche en anthropologie, discipline qui très tôt a su utiliser le récit des 'informateurs clés' pour comprendre la vie locale de telle ou telle tribu ou groupe ethnique. Plus près de nous, les travaux d'Oscar Lewis sur des familles mexicaines, et en particulier, *les Enfants de Sanchez* (Lewis, 1961/1963) servent de référence exemplaire comme méthode de recherche nouvelle en sciences sociales. En sociologie, les travaux fondateurs de W. Thomas et F. Znaniecki sur l'histoire très élaborée (5 volumes) du parcours de vie d'un immigrant polonais, sous le titre *Le paysan polonais* (Thomas & Znaniecki, [1918]1920/1998) fait aussi figure de référence pour comprendre, à partir de l'étude d'un cas singulier[3] et d'un récit autobiographique la réalité sociale de l'immigration aux États-Unis au début du siècle. Il faudra plus de temps pour que cette méthode d'enquête reçoive toute sa crédibilité. En France, les travaux de Daniel Bertaux (1976) vont donner plus de crédibilité scientifique à cette méthode en sociologie, dominée alors par des méthodes structuralistes ou quantitatives. Au Québec, l'ouvrage collectif produit par Danielle Desmarais et Paul Grell, *les Récits de vie* (Desmarais & Grell, 1986) va contribuer à faire connaître la méthode des récits de vie, développée déjà par quelques sociologues comme Gilles Houle (1979), Université de Montréal ou Nicole Gagnon et Bruno Jean (1975) (Université Laval). Nous pouvons citer aussi, dans la même perspective des travaux fondateurs comme ceux de Franco Ferraroti (1983), en Italie, dans l'étude des milieux ouvriers, de Claude Dubar (2000, sur les professions), de Pierre Bourdieu (1993), sur la marginalité sociale. Et la liste est longue, depuis les années 1980.

La recherche est doublée d'une volonté de formation dans un autre courant de pratiques des histoires de vie, en sciences de l'éducation et en éducation populaire. L'histoire de vie de formation est le créneau particulier développé par Gaston Pineau (Pineau & Marie-Michèle, 1983), Gaston Pineau et Jean-Louis Le Grand (1993) en France, Christine Josso (1991) ou Pierre Dominicé (2002) en Suisse, référant à des pratiques qui vont donner lieu à la fondation de l'Association

(3) Étude comprenant l'analyse de documents: correspondance, documents officiels, contexte d'immigration et récit autobiographique.

internationale des Histoires de vie en formation (ASIHVIF), et au Québec, sous l'impulsion de Danielle Desmarais et Jean-Marc Pilon, le mise sur pied du Réseau québécois pour les histoires de vie, le RQPHV, incluant la triple perspective de la recherche, la formation et l'intervention.

L'articulation entre la recherche et la formation s'exprime autrement dans un autre courant de pratique initié en France par Vincent de Gaulejac (1987), sur le thème 'Roman familial et trajectoires sociales', pratiques de récits de vie en groupe restreint. Il s'agit dans cette approche qui se situe plutôt dans le cadre des sciences humaines ou sociales, de combiner une lecture psychosociologique des récits de vie et une intention d'autoformation. Cette pratique s'est aussi développée au Québec, dont témoigne le livre publié récemment sous la direction de Lucie Mercier et Jacques Rhéaume (2007), *Récits de vie et sociologie clinique.*

Il convient de noter également la présence d'un autre courant de pratiques que sont les récits de vie 'collectifs' ou plus justement, de collectifs ou de collectivités. Ce sont des récits de vie d'associations, pour en reconstituer collectivement l'histoire vécue (travaux d'André Vidricaire (Collectif des D-Trois-Pierres, 2005) de Jacques Rhéaume (2008) au Québec, de Patrick Brun (2001) ou Marie-Jo Coulon (2000). Ce peuvent être aussi des récits de vie d'une unité organisationnelle (Christophe Niewiadomsky & Bagros, p., 2003), ou de la vie d'un village (Beaudry & Dionne, 1998). Ce sont quelques exemples de récits portant sur différents types de collectifs. Dans tous ces cas, le récit de vie est davantage orienté vers l'intervention, tout en comportant selon les cas une dimension formative ou de recherche.

Concluons cette section par une présentation condensée du champ possible des pratiques des récits de vie.

> Les récits de vie ou histoires de vie prennent plusieurs formes *expressives*: écrites, verbales, artistiques, gestuelles. Ils sont produits dans plusieurs *contextes relationnels*. Oui, les récits autobiographiques impliquent toujours, par définition, une narration individuelle. Mais ce récit s'adresse le plus souvent à l'autre, au cœur d'un processus interactif. Il

peut alors s'agir d'une relation duelle, en groupe restreint ou dans un collectif organisé[4] ou ouvert. Selon le cadre établi du contexte relationnel, *les fins ou les buts poursuivis* peuvent être de recherche, de formation, d'intervention, sans toujours que ces objectifs soient clairement distincts. Les 'autres' visés dans le récits, les récepteurs ou narrataires sont des pairs (d'autres 'récitants'), des accompagnateurs, des formateurs, des chercheurs, des enquêteurs, des thérapeutes, ou des amis. Et parfois, un mélange de ces rôles!

Nos pratiques de référence

Nous abordons principalement dans toutes ces variantes de pratiques des récits de vie un aspect particulier, soit les formes de savoirs ou de connaissances mises en cause. Pour ce faire, nous référons spécifiquement à diverses expériences de pratiques des histoires de vie que nous avons menées et qui se distribuent sur une vingtaine d'années.

Ce sont principalement des pratiques de rechercher-formation suivant l'approche du Roman familial et trajectoires sociales. Environ une quarantaine d'expérience de ces récits de vie en groupe restreint, des 'séminaires d'implication et de recherche', ont été menées. Le cadre de l'intervention est de produire une analyse de type psychosociologique des récits produits par des participants dans des rencontres de groupes intensives, habituellement distribuées sur trois jours. Ces séminaires sont le plus souvent réalisés dans un contexte de pratique privée[5]. Nous avons aussi réalisé de tels groupes à l'étranger, en Uruguay, au Mexique, en Roumanie, en France et au Japon.

---

(4) Étude comprenant l'analyse de documents: correspondance, documents officiels, contexte d'immigration et récit autobiographique.

(5) Sauf à quatre reprises en milieu universitaire où de tels séminaires s'inscrivaient dans des programmes formels de formation.

Nos pratiques de récits de vie comprennent aussi des recherches avec des collectivités, des associations ou groupes communautaires (trois recherches). Ces recherches étaient subventionnées suite à une évaluation par des pairs. Enfin, nous avons aussi expérimenté une expérience de groupe volontaire informel d'écriture de récits de vie sur une période de deux ans.

Les trois pôles que nous relevions plus haut, recherche, formation, intervention, sont présents dans toutes ces approches avec des accents particuliers: autodéveloppement (groupe d'écriture); formation et développement 'professionnel' et personnel dans les séminaires Roman familial et trajectoires sociales, recherche et développement dans les recherches participatives.

Alors, quels sont les types de savoirs mis en cause dans ces pratiques? En quoi la pratique des histoires vie les mettent- ils en rapport? Et quels effets sont-ils alors produits?

Les types de savoirs et les acteurs sociaux impliques

Nous abordons d'abord la question de la nature et des formes de savoirs[6]. Nous référant à l'histoire des idées et de des réalisations culturelles sur une longue période, au moins depuis la pensée grecque classique, et nous fondant sur une perspective épistémologique d'étude de la connaissance, il convient de distinguer cinq formes ou types de savoirs ou de connaissances: *scientifique, pratique, expérientielle, esthétique, spirituelle* savoirs qui se traduisent et évoluent historiquement dans des domaines fortement instituées.

Le savoir *expérientiel ou d'expérience*[7] sous-tend le sens commun qui est un savoir évolutif, produit par les individus dans leurs groupes sociaux d'appartenance et de référence: c'est le savoir du monde ordinaire, en réalité très différencié et qui voisine avec la notion de culture générale ou 'populaire'… C'est le savoir de

---

(6) Nous utilisons le substantif 'savoir' souvent dans le texte, qui a un peu l'allure d'un produit de connaissance, terme qui lui évoque, comme substantif aussi bien le résultat que le processus de connaître ou de savoir. Entre je connais et je sais, la nuance peut être mince. Le savoir a un petit côté philosophique proche de la sagesse (sapientia, sapere qui veut dire goûter). Nous assumons ce côté un peu gourmet dans le texte.

(7) Nous relions volontairement ces deux termes: 'expérientiel', qui évoque l'expérience vécue spontanée et le savoir d'expérience, qui évoque davantage des connaissances acquises concrètement, pour bien montre que le savoir d'expérience est produit comme connaissance expérientielle d'abord.

la vie et de l'action quotidienne. Il est évolutif, fruit d'un apprentissage constant et polyvalent: éducation familiale, scolaire, informelle, médiatique, pratique… On peut imaginer qu'il est le plus ancien et le plus fondamental des savoirs, nécessaire pour vivre, pour réaliser les intérêts, besoins, désirs de chacun et de tous, les réaliser dans le champ de possibilités et de contraintes du monde vécu. *L'art de vivre* repose sur ce savoir d'expérience et de sens commun. C'est aussi la base de connaissance du 'non-expert' citoyen, l'être politique de nos sociétés dites démocratiques.

Le *savoir-faire appliqué* est celui qui, historiquement résulte de l'activité humaine de plus en spécialisée. C'est le savoir faire du cueilleur et du chasseur et aussi de la sage-femme; c'est le savoir produit par le travail, par les connaissances des métiers, puis des métiers et professions de plus en plus élaborés, comme celui de l'ingénieur, du médecin… y compris celui des praticiens des histoires de vie… C'est une combinaison d'expériences concrètes, pratiques, de savoirs scientifiques transmis par l'école, de règles de métiers, de normes associatives, de statuts légaux, et aussi de savoirs innovateurs, 'ingénieux' et créatifs dans le champ spécifique des activités de travail

Le savoir *esthétique* est proche du savoir d'expérience, de la découverte sensible du beau et de la manipulation créative des objets et du langage. Les formes langagières, les gestes, les expressions plastiques, détachées progressivement de leur première utilité fonctionnelle dans le savoir d'expérience et portées par la force symbolique de l'imaginaire et du langage parlé, écrit, visuel, gestuel donnent le poète, le musicien, le sculpteur, le peintre, l'acteur, le dramaturge, le danseur, le cinéaste, mais aussi l'architecte, le rhétoricien… Bref, Le monde artistique dans toute sa variété.

Le *savoir spirituel* est des plus ancien, entremêlé avec le savoir d'expérience, à l'origine des questionnement philosophiques et religieux sur les fondements de l'existence et du monde: d'où venons-nous? Pourquoi vivre et mourir? Et après la mort? Pourquoi ces malheurs qui arrivent? Les réponses sont variées. Ce sont les Mythes d'abord, puis les représentations du divin, de l'Un, des diverses figures du

Dieu, puis les récits des grands Prophètes… Des événements fondateurs, des Écrits, des héros, puis des associations et finalement des religions ou des sectes se développent, où tout un savoir est codifié pour répondre à un grand nombre de questions existentielles et de conduites humaines.

Le savoir *scientifique* est comme tel, dans sa forme moderne, détaché de la philosophie et de la théologie, et représente la plus récente, historiquement, des formes de savoirs. Il s'est bien repris et s'est développé, à partir en particulier des 17ème et 18ième siècle (Voir le texte fondateur de Claude Bernard, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale,* 1966/1865), dans une galaxie complexe de disciplines, de la logique aux mathématiques, en passant par les sciences dures (physique, chimie, biologie) et leurs hybrides jusqu'aux sciences 'molles' (psychologie, sociologie, anthropologie) et divers champs spécialisés d'application.

L'institutionnalisation

Le savoir scientifique s'inscrit dans des formes de *savoirs académiques*, à l'université ou dans des centres de recherche équivalents; le savoir faire spécialisé se traduit en *savoir professionnel*, reconnu dans des associations, des ordres de métier; le *savoir d'expérience* de tous et chacun dans un groupe social donné, prend figure de sens commun ou 'ordinaire'; le savoir esthétique prend forme dans autant de *savoirs artistiques* reconnus; enfin, le savoir spirituel, comme quête de sens ultime trouve son expression dans autant de religions différentes. Ces domaines se déclinent suivant des divisions importantes, multiples. L'univers scientifique-académique est le vaste domaine des disciplines, des plus nobles, logique, mathématique, philosophique, physiques, aux plus modestes, sciences humaines et littéraires jusqu'aux hybrides formés des sciences et professions: sciences de l'éducation, sciences de la gestion, sciences de la médecine. Cette hiérarchisation se retrouve aussi dans l'ordonnancement des savoirs pratiques, professions et métiers, de la médecine au droit, du génie jusqu'au mécanicien, du plombier à l'éboueur. Quand au savoir d'expérience qui s'inscrit dans le sens commun, il

n'est pas tant que cela le savoir le mieux partagé, dans la diversité des habitus et cultures qui le caractérisent. En effet, l'accumulation des connaissances de diverses sources (famille, région, pays, média, internet, scolarisation, expériences de vie) varient beaucoup d'un individu à l'autre, selon entre autres le groupe socioéconomique et culturel, le milieu de vie quotidienne où il évolue. Il y a inégalité du sens commun, habitus culturels différenciés, pour reprendre une notion inspirée de Bourdieu (1979).

Des distinctions et hiérarchisations se retrouvent également à l'intérieur et entre les domaines des savoirs esthétiques-artistiques ou spirituels-religieux, suivant les productions reconnues dans le cas des savoirs artistiques, ou les statuts acquis dans le monde religieux. Mais cette hiérarchisation ne se fait pas que dans chacun des domaines institués : elle se fait aussi entre les formes de savoirs. L'institution scientifique, dans des sociétés caractérisées par la modernité avancée occupe le haut de la hiérarchie des savoirs, remplaçant, pour reprendre la vision d'Auguste Compte, la prédominance de la Religion et de la théologie et celle de la Philosophie. Cela n'empêche pas que le statut du professionnel ou de l'expert soit fort important, proche souvent du pouvoir quand il est question de résolution de problèmes et de gestion, et que les arts soient aussi facteurs majeurs de 'distinction' pour reprendre l'idée de Bourdieu. Mais cette hiérarchisation est complexe, mouvante, variable d'un groupe social à l'autre et variable historiquement. Dans tous les cas, c'est sans doute le savoir d'expérience 'sans qualité', de sens commun qui demeure en bas de liste, le plus souvent critiqué pour ses limites et biais (le monde de l'opinion et des croyances).

Sans trop insister ici, nous voulons souligner la complexité mouvante de ce savoir d'expérience et de sens commun, principalement mis en cause dans la production des récits de vie. Savoir d'expérience et de vécu, il est cumulatif et flexible, en apprentissage constant: le sens commun d'hier, pour les groupes sociaux comme pour les individus n'est pas le même. Un sociologue québécois, Fernand Dumont (1981), remarquait que bien des éléments du sens commun aujourd'hui sont en fait le résultat d'un apprentissage vulgarisé de bien des connaissances

scientifiques d'hier, à travers l'école, les média, les conversations… Éclectique sans doute, ancré sur des préoccupations de décision et d'action dans la vie quotidienne, le sens commun évolue sans cesse et puise à toutes les sources. 'Commun', il est celui qui permet l'échange et les traductions entre les savoirs plus spécialisés. Pratique, il opère un usage souvent imprévu des notions élaborées dans d'autres contextes.

Le processus fondamental de la connaissance

Cette division de savoirs institués est le fruit d'une longue évolution historique et sociohistorique, mais ne représente que la partie la plus visible de l'iceberg de la connaissance. Il faut revenir à une vision radicale de la production des savoirs, montrer le caractère instituant de toute connaissance, le côté créateur de sens au niveau des individus et des collectivités. Il y a ainsi une analyse épistémologique transversale qui traverse toutes les formes de savoir et repose, en son centre, sur le savoir d'expérience, le savoir expérientiel du rapport intersubjectif des sujets avec leur monde qui par la suite prend des formes langagières et conceptuelles plus abstraites et formelles.

Sans entre dans le détail, il convient de rappeler que la connaissance est foncièrement interaction entre le sujet vivant et son monde. Elle est expérience première de sensations et de perceptions, de réaction aux stimulations du milieu physique et humain. Elle expérience constante d'affectivité et d'émotions en regard des objets éprouvés par le sujet humain, les phénomènes perçus représentant des sources d'attrait ou de répulsion, de menace ou de plaisir. Et ces expériences s'expriment dans le langage, langage non verbal des gestes et mouvements corporels, puis langage parlé et écrit, langage déjà là, objet de transmission familiale et sociale. Les premières sources d'expression des expériences vécues empruntent aussi à l'imaginaire et à la mémoire, avant de se développer dans l'analyse rationnelle et la théorisation. Or ces processus d'élaboration, progressifs, récurrents, circulaires vont se traduire, au terme d'expériences de formation et d'apprentissage,

dans l'action et la pratique par une mise en forme de plus en plus élaborée, telle que décrite plus haut. Le savoir d'expérience éprouvé se traduit dans le langage plus abstrait et conceptuel, partagé et entendu, il devient sens commun d'un groupe et d'une époque donnée; le savoir pratiqué de l'artisan, développé par spécialisation d'un travail et de la production d'une œuvre, devient un savoir faire de métier et un savoirs professionnel; le savoir spirituel de recherche des fondements et du sens, se ritualise, se dit et s'écrit, s'élabore en autant de religions, d'affirmations élaborées du 'lien' entre l'homme et des Forces supérieures et transcendantes; le savoir esthétique, expérience de sentir, de ressentir, de la saisie du beau, devient source d'autant des savoirs artistiques, celui du peintre, du sculpteur, du musicien, du cinéaste…; enfin, et c'est effectivement le dernier né, le savoir rationnel trouve sa forme moderne, celui du savoir scientifique donnant au lieu aux formations académiques. Chacun dans sa sphère propre suit un cheminement similaire, dans des formes irréductibles au final, allant du sensible, à l'imaginaire, au symbolique, à la forme abstraite. Plus globalement, au risque de nous répéter, le processus 'transversal' de la connaissance peut être ainsi schématisé:

Le savoir d'expérience ou expérientiel est premier. En fait, en tant que processus fondateur de connaissance et repris dans toutes les formes de savoirs, il suit une séquence progressive, mais pas nécessairement linéaire, plutôt récursive, comprenant les dimensions suivantes:[8]

- ✴ Les expériences sensorielle, perceptive, émotionnelle et affective, qui sont au fondement des premières formes de langage, gestuel, sonore ou parlée, socialisées dans une langue.
- ✴ L'expérience concrète, qui s'inscrit dans la mémoire et prend image, permettant les processus de mémorisation et d'imagination, ce qui permet au langage de devenir création.

---

(8) La récursivité désigne ce mouvement de retour sur des phases précédente, qui n'est pas simple circularité de répétition, mais nouveauté, nouvelle séquence, succession temporelle.

- ✳ Le passage du concret à l'abstrait, quand intervient le raisonnement, l'analyse, l'interprétation et la théorie, l'usage de langues et de langages sophistiqués, des lettres et des chiffres, des symboles et des formes.
- ✳ Le passage de l'abstrait au concret, quand la théorie ou l'imaginaire reprennent de l'expérience.
- ✳ L' alliance du concret *et* de l'abstrait, quand les exigences de l'action, de l'activité humaine sont au rendez-vous.

Notons que ce processus global de connaissance peut se différencier et privilégier, dans l'élaboration des diverses formes de savoir, l'un ou l'autre des modèles opératoires suivants qui ne sont pas pour autant exclusifs:

1) le *processus pragmatique de résolution de problème*, à la base surtout du sens commun, de la démarche scientifique, des savoir faire professionnels) (voir les thèses de John Dewey, 1960/1920, à ce propos).
2) le *processus de symbolisation*, pour comprendre et interpréter (voir à cet effet les travaux d'Ernst Cassirer (1972/1953-57) ou de Paul Ricoeur (1990), à la base en particulier des savoirs religieux et artistiques.

Le processus de connaissance, dans une épistémologique, transversale, génétique, présente de profondes similarités, au-delà des formes spécifiques de savoirs et de leur institution. C'est ainsi par exemple, qu'une recherche scientifique suppose une phase d'observation et de perception 'empirique', implique des réactions subjectives du chercheur et l'intersubjectivité avec des sujets et acteurs sociaux, surtout dans le cas des sciences humaines et sociales, une mise en forme 'expérimentale', un travail de conceptualisation et de théorisation, y compris un savoir faire 'professionnel, pour gérer et conduire la recherche. L'imagination créatrice, la réflexion critique sur les fondements, l'appui sur le sens commun comme

sa critique font partie ce travail. Cela se passe aussi pour les autres formes de savoir. Le sens commun lui-même, comme les autres formes de savoirs spécialisés, vise, dans sa sphère propre, à développer un savoir totalisant, complet, à devenir un art de vivre inclusif.

Les frontières établies dans une épistémologie hiérarchisée peuvent être assouplie et se rapprocher d'une épistémologie pluraliste, dans la mesure où le processus de connaissance plus transversal est reconnu dans les diverses formes de savoir, avec ses manifestations plurielles. Dans l'univers de l'action sociale, toutes les formes de savoirs sont nécessaires et interdépendantes. L'effet néfaste de la hiérarchisation instituée est alors de réduire l'interdépendance, de rigidifier et d'appauvrir radicalement les formes de savoirs, ou parfois de conduire à des surdéveloppements constatés dans l'une ou l'autre sphère. Une science trop loin de l'expérience des gens perd son efficace propre; l'expérience quotidienne peu valorisée et questionnée perpétue des a priori et des préjugés; un savoir spirituel nié se radicalise à outrance; le savoir esthétique trop spécialisé appauvrit les possibilités de création chez tous…

Et dans la pratique des histoires de vie

Nous prendrons l'exemple de la pratique que nous développons dans les séminaires du type roman familial et trajectoires sociales. Posons au départ que dans tout séminaire sont convoqués différentes formes ou types de savoir, par la nature même du dispositif et des acteurs impliqués. Les participants, dans un séminaire d'implication et de recherche sont ceux qui sont appelés à faire 'leur récit de vie', à parler ou à exprimer, à l'aide de supports visuels ou interactifs, des événements fondés sur leur expérience de vie. C'est fondamentalement l'appel à l'expression *d'une connaissance ou d'un savoir expérientiel*, vécu. Les animateurs sont des *professionnels* dont le rôle, dans le cadre de ces séminaires est d'animer ou co-animer le groupe, à faire un travail clinique, ce qui suppose un savoir faire, une certaine expertise touchant la conduite du groupe, la facilitation et l'accompa-

gnement des récitants. Mais, et c'est là une des particularités de l'approche Roman familial et trajectoires sociales, les récits de vie produits et exprimés dans le groupe sont aussi objet d'analyse, d'abord d'auto-analyse par le récitant, puis de co-analyse s'appuyant sur l'animateur, dans sa posture de 'chercheur clinicien' et des autres participants.

La dimension de la recherche, de la référence à des *savoirs codifiés, scientifiques*, au sens large du terme est en effet attendue plus particulièrement de 'l'animateur chercheur-clinicien'. Elle l'est moins comme exigence spécifique chez les participants en tant qu'auteurs et producteurs des récits. L'analyse des 'récits' produits va s'appuyer sur un cadre de référence fondé par exemples, de diverses notions et théories psychologiques et sociologiques. Mais, les participants, dans la mise en forme même de leur récit, et dans l'analyse qu'ils en font, dans un deuxième temps, référent eux aussi, comme les animateurs, à un 'stock de connaissances' (expression emprunté à Alfred Schütz, 2007) ou une 'encyclopédie de référence', terme inspiré de la notion de 'tiers' dans la théorie de la signification chez Charles Sanders Pierce (1978).

Ce qui différencie les rôles est lié au dispositif de départ. Par hypothèse, il peut arriver que les savoirs dits de référence scientifique soient aussi fort présents chez de nombreux participants, qui peuvent être aussi, en dehors de la situation spécifique du séminaires, des psychologue, anthropologues, philosophes… De même, il arrive souvent que plusieurs participants aient une pratique professionnelle 'clinique', psychologique voire sociale, experts par exemple dans l'animation de groupe. Les attributions de rôles sont établies dans le cadre présenté et entendu d'un séminaire. Mais dans la vie du groupe, les participants sont amenés à référer autant que possible à ces autres formes de savoirs, scientifiques et professionnels.

Le savoir scientifique invoqué, dans une perspective clinique, est au service de la mise en forme, de la configuration des récits de vie. Cela n'empêche pas que des moments de confrontation se produisent entre l'analyse proposée par les 'animateurs chercheurs' et celle des es participants. Au contraire, dirions nous,

dans la mesure où précisément les participants veulent apprendre davantage à partir de l'expression de leur récits et ont des attentes par rapports aux 'animateurs chercheurs'.

D'autres types de savoir sont aussi impliqués, autant dans la mise en forme du récit que dans l'analyse. Ce sont les savoirs *esthétiques et spirituels*. Il est fait appel souvent, dans les séminaires, à l'expression d'un récit ou partie de récit par l'image, par un dessin, par l'écriture, par une mise en scène théâtrale ce qui met en œuvre d'autres modes d'expression que le langage parlé habituel. Mais c'est aussi la référence fréquente, dans l'analyse, aux savoirs artistiques et littéraires: tel film, tel peintre, tel opéra… Il arrive d'ailleurs que plusieurs participants soient eux-mêmes artistes, comme travail principal ou secondaire. Le savoir spirituel est aussi présent dans de nombreux récits, en particulier dans sa dimension instituée que sont les religions. Là aussi, les participants peuvent être plus ou moins porteurs de croyances, de préoccupations spirituelles voire d'adhésion à des religions, ce qui intervient dans la compréhension des récits de vie comme une autre source de savoir, bien distinct de la science, du métier, des arts. Et les animateurs participent également des ces formes de savoirs.

Il reste à préciser l'approche de la pratique des récits de vie que nous privilégions, pour favoriser l'échange de savoirs qui, pour nous, est au cœur du travail de compréhension et d'analyse de son histoire de vie et des récits de vie. La façon même de favoriser cette mise en forme et l'échange de savoirs se fait dans le cadre d'un travail clinique, d'un dispositif et d'une forme de conduite des séminaires qui se veulent cliniques, voire plus spécifiquement de psychosociologie ou de sociologie clinique[9].

---

(9) La psychosociologie met nommément en cause les apports croisés d'une lecture psychologique et sociologique, le poids étant mis toutefois sur la sociologie, comme substantif (distincte en cela de la psychologie sociale, où c'est la psychologie qui domine). Le terme sociologie clinique évoque aussi, par l'aspect, ce regard particulier des liens entre l'individu et la société, l'accent étant plus nettement encore mis sur la sociologie.

Une approche clinique des pratiques de récits de vie

Le terme «approche clinique» doit être compris ici dans un sens métaphorique, empruntant à la notion de clinique cette idée de la proximité et de l'implication auprès des personnes ('klinè', c'est être auprès du lit, pour aider une personne souffrante). Par analogie, une clinique du social, c'est intervenir avec les gens, les groupes sociaux dans le souci d'être utile, tout en utilisant des savoirs éprouvés (Enriquez, Houle, Rhéaume & Sévigny, 1993).

Une intervention de recherche intervention clinique découle d'une *demande* faite auprès d'un intervenant, formateur ou chercheur, demande qui peut souvent en fait prendre la forme d'une 'réponse' à une offre d'intervention, de recherche ou de formation![10] Cette demande s'inscrit habituellement dans un schéma d'action, qui pour le demandeur se manifeste par des attentes d'apprentissage, de changement, d'effets que l'on peut constater.

Le projet prend forme autour d'un *contrat*, d'une entente traduisant les engagements et les intérêts entre deux ou trois types d'acteurs, selon les situations: les chercheurs, les intervenants et la population participante dans le cas de récit de vie de collectivité; des chercheurs-formateurs et des participants dans le cas de récits de vie en groupe du type roman familial. Ce contrat précise les conditions et le cadre de l'intervention: les temps de rencontre, duelles ou groupales; une durée de la démarche; des techniques d'intervention; une évaluation, des effets prévisibles. Les interactions concrètes se fondent sur une relation intersubjective d'implication entre "sujets-acteurs"[11] sociaux. Mais le contrat peut aller aussi jusqu'à la forme instituée d'un partenariat formel entre une équipe de recherche universitaire, des milieux d'intervention et des groupes sociaux participants. Un tel cadre institutionnel permet des rapports plus

---

(10) En effet, la pratique des récits de vie prend le plus souvent la forme d'une offre de services, explicites (publicité, programme diffusé) ou implicite, quand on s'adresse à des intervenants qui sont porteurs d'une approche du récit de vie. L'appropriation de l'offre et la formulation d'une demande spécifique se fait alors au début de l'engagement dans la pratique du récit de vie.

(11) L'acteur est un terme fort utilisé en sociologie, comme celui d'agent. L'accent est alors mis sur l'agir objectivé, sur l'acteur défini comme une composante d'une scène sociale à plusieurs, en relation avec les autres dans des «rôles» et des fonctions plus ou moins pré-définis. L'acteur s'appuie, dans sa créativité même sur la subjectivité qui le traverse. Dans la perspective développée ici, l'acteur social est inséparable de son enracinement subjectif. Individuel ou collectif, il est sujet-acteur social.

collectifs entre les partenaires. C'est le cas de nos recherches sur des associations de quartier.

Par ailleurs, et comme élément contractuel plus ou moins formalisé, il y a discussion et négociation entre les intérêts différents des acteurs. Il y a certes un intérêt fondamental de *développement personnel (ou collectif)* des demandeurs, fondé sur le savoir d'expérience, savoir renouvelé et dépassant les acquis du sens commun: on est là pour apprendre quelque chose qui servira dans les choix de vie, d'action. Il y a aussi l'intérêt de production de *connaissances scientifique et académique* à terme, par exemple, pouvant faire l'objet d'une publication, de conférences, d'enseignement reconnu pour les 'animateurs' en tant que chercheurs, voire certains participants. Il y enfin l'intérêt professionnels des animateurs, en tant que tels, apprenant à aider, faire des analyses pertinentes, à mieux accompagner les récitants. Ainsi, le rapport entre la théorie et la pratique, au cœur de l'approche clinique, repose, nous l'avons développé plus haut, sur un échange de savoirs spécifiques et différenciés ce qui présuppose une épistémologie pluraliste. Trois types de savoirs, au moins, trois types de discours qui s'entremêlent et se confrontent dans les moments de rencontres en groupe. Trois types de savoirs dont les frontières sont fluides et qui s'interpénètrent.

L'approche clinique en recherche et en intervention implique par ailleurs un cadre *éthique et déontologique* où sont définies les limites et les règles de la participation des différents acteurs: le volontariat, la liberté d'expression, la confidentialité des propos échangés entre les individus ou dans les groupes de rencontre. Au delà de ces règles déontologiques classiques, une approche clinique introduit deux autres règles, en continuité avec la posture éthique fondamentale d'un échange de savoirs et d'une préoccupation clinique de bien répondre à une demande, soit l'ouverture démocratique des échanges (tous peuvent s'exprimer et participer aux diverses phases de la recherche) et une visée "émancipatoire" (la recherche favorise l'expression d'une parole qui se traduit

en action susceptible de réduire les inégalités sociales). Sollicitude et souci d'égalité sont aux cœur des rapports entre sujets et acteurs sociaux.

Ces quelques principes entraînent une exigence de co-responsabilité entre les acteurs impliqués dans la *diffusion des résultats* de recherche. Suivant les cas, et dans la mesure où s'affirme la coproduction des savoirs, il est à prévoir des formes partagées de diffusion et de publication, suivant des modalités variables. Par exemple, le chercheur peut produire des textes dans des ouvrages scientifiques, avec l'accord voir la participation active des participants. Des participants peuvent être amenés publier à leur tour dans une revue professionnelle ou améliorer leur pratique. Mais l'important est ici concrètement de reconnaître jusqu'au bout la contribution des sujets-acteurs sociaux et leurs savoirs respectifs.

Conclusion: des effets de la pratique clinique des récits de vie

C'est le recours au savoir d'expérience partagée qui demeure la source principale d'un véritable mouvement instituant qui nous semple être au cœur de l'approche clinique, celle que nous retrouvons entre autres, dans la pratiques des histoires de vie en groupe, du type Roman familial et trajectoires sociales comme dans d'autres formes d'expérience partagé de récits de vie: récits de vie de collectivité, récits de vie de formation.

Il importe en effet de souligner qu'une approche de sociologie clinique favorise une telle épistémologie pluraliste, par la confrontation et l'échange des savoirs que ce dispositif permet, mais surtout par une 'pédagogie' clinique qui favorise l'expression élaborée d'un processus 'transversal', instituant de connaissance et de savoir. L'impact idéal de ce genre d'expérience serait que les participants puissent à titre personnel, mieux comprendre et agir sur leur vie; qu'ils puissent, à titre professionnel améliorer leur savoir pratiqué; qu'à l'occasion, le recours à des formes plus esthétiques d'expression, dans la mise en forme des récits comme dans l'analyse, renforcent cette référence au monde artistique; que les enjeux existen-

tiels en profondeur que soulèvent les récits de vie favorise une quête de sens qui, sans nécessaire référence religieuse, donne une portée philosophique et éthique à la réflexion. Qu'enfin, que des savoirs scientifiques mis en cause puissent être questionnés et partagés. Ces séminaires constituent ainsi une sorte de laboratoire 'd'expérimentation symbolique' de développement des connaissances sur les histoires de vie replacées dans leur contexte social et historique. Ce qui favorise le caractère vivant et instituant de tels séminaires est en partie lié à la force du dispositif pédagogique, qui favorise d'abord l'expression du récit vécu, imaginatif, mémoriel, qui mise sur l'accueil intersubjectif respectueux de ces récits entre participants et animateurs et sur des analyses et interprétations qui soient sources de compréhension nouvelle.

Comment, en résumé, identifier les effets du récit de vie sur les récitants eux-mêmes? Le récit autobiographique dans le contexte d'une approche clinique:

- Produit un premier effet d'auto-organisation, de mise en forme, dans le chaos, la dispersion, l'hétéronomie d'une vie; (effet de configuration et reconfiguration pour reprendre les termes de Paul Ricoeur);
- entraîne un effet de réflexivité et d'appropriation (et aussi de dégagement) de 'mon' histoire, suite à la réaction des interlocuteurs et l'analyse partagée du récit;
- contribue à développer davantage d'estime de soi, construit et reconstruit sur la base de devenir de plus en plus 'soi-même comme un autre', par la reconnaissance d'autrui entre en particulier;
- permet, sur des dimensions éthiques et morales, de retrouver quelque sens à son histoire de vie, histoire des déterminations sociales, mais aussi histoire de liberté;
- favorise une plus grande disposition à l'action, d'orientations structurantes dans ses choix de vie.

Références

Agamben, G. (1997). *Homo sacer. Le pouvoir souverain et la vie nue*. Paris: Éditions du Seuil.

Arcand, N. (2007). *À ciel ouvert*. Paris: Éditions du Seuil.

Saint Augustin (1964). *Les Confessions*. Paris: Garnier-Flammarion, no 21. (Trabalho original publicado em 399)

Beaudry, R. & Dionne, H. (1998). *En quête d'une communauté locale. Une mobilisation territoriale villageoise. Le conflit postal de Saint-Clément.* Trois-Pistoles: Les Éditions Trois-Pistoles.

Bergeron, R. (1982). *Le cortège des fous de Dieu. Un chrétien scrute les nouvelles religions*. Montréal: Les Éditions Paulines.

Bernard, C. (1966). *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, Paris, Garnier-Flammarion, no 85. (Trabalho original publicado em 1865)

Bertaux, D. (1976). *Histoire de vie-ou récits de pratique? Méthodologie de l'approche biographique en sociologie*. Paris: Rapport au CORDÈS.

Bourdieu, P. (1979). *La distinction. Critique sociale du jugement*. Paris: Les éditions de minuit.

Bourdieu, P. (1993). *La misère du monde*. Paris: Éditions du Seuil.

Brun, P. (2001). *Émancipation et connaissance. Les histoires de vie en collectivité*. In Coll. Histoire de vie et Formation. Paris: L'Harmattan.

Cassirer, E. (1972). *La philosophie des formes symboliques, 3 tomes.* Paris: Les Éditions de Minuit. (Trabalho original publicado em 1953-57)

Collectif D-Trois-Pierres (2005) *Quand les agirs parlent plus fort que les dires.* Montréal: Fides (Contribution d'André Vidricaire).

Coulon, M. J. (2000). Démarches d'éducation populaire en histoire de vie collective. In M. J. Coulon & J.-L (Eds.), *Le Grand, Histoires de vie collective et éducation populaire* (pp. 161-184). Paris: l'Harmattan.

Desmarais, D. & Grell, P. (Eds.). (1986). *Les récits de vie. Théorie, méthode et trajectoires types.* Montréal: Les Éditions Saint-Martin.

Dewey, J. (1960). *The Quest for Certainty. A Study of the Relation of Knowledge and Action*, New-York, Capricorn Books. (Trabalho original publicado em 1929)

Dominicé, P. (2002). *L'histoire de vie comme processus de formation*. Paris: L'Harmattan.

Dubar, C. (2000). *La socialisation: construction des identités sociales et professionnelles*. Paris: Armand Colin.

Dumont, F. (1981). La culture savante: reconnaissance du terrain. In IQRC (Ed.), *Questions de culture 1, Cette culture que l'on appelle savante*. Ottawa: IQRC/LEMEAC.

Enriquez, E., Houle, G., Rhéaume, J. & Sévigny, R. (Eds.). (1993). *L'analyse clinique dans les sciences humaines*. Montréal: Editions Saint-Martin.

Gagnon, N. & Jean, B. (1975). Les histoires de vie et les transformations du Québec Contemporain. *Sound Heritage, IV*(1), 57-58.

Houle, G. (1979). Note de recherche. L'idéologie: un mode de connaissance. *Sociologie et Sociétés*, *XI*(1), 123-145.

Ferraroti, F. (1983). *Histoire et histoires de vie. La méthode biographique dans les sciences sociales*. Paris: Librairi des Méridiens.

Frank, A. (1950). *Le journal d'Anne Frank* (T. Caren & S. Lombard, Trans.). Paris: Calmann-Levy uction du neerlandais.

Gaulejac, V. de. (1987). *La Névrose de Classe*. Paris: Hommes et Groupes.

Goethe, J. W. (1999). *Les années d'apprentissage de Wilhem Meister*, Paris, Gallimard, Folio classique 3077. (Trabalho original publicado em 1795)

Goldman, L. (1959). *Le Dieu caché. Études sur la vision tragique, dans les Pensées de Pascal et le théâtre de Racine.* Paris: Gallimard.

Houston, N. (1996). *Instrument des ténèbres*. Paris: Actes Sud/Lémeac.

Josso, C. (1991). *Cheminer vers soi*. Lausanne. Suisse: L'Âge d'homme.

Lejeune, P. (1996). *Le pacte autobiographique*. Paris: Éditions du Seuil, Points 326. (Trabalho original publicado em 1975)

Levi, P. (2005). Si c'est un homme*.* In P. Levi (Ed.)*, Œuvres* (pp. 2-157). Paris: Robert Laffont. (Trabalho original publicado em 1947)

Lewis, O. (1963). *Les enfants de Sanchez. Autobiographie d'une famille mexicaine*, Paris: Gallimard. (Trabalho original publicado em 1961)

Montaigne (1965). *Essais*, 3 tomes, Paris, Gallimard, collection Folio classique, 289-290. (Trabalho original publicado em 1588)

Mercier, L. & Rhéaume, J. (Eds.). (2007). *Récits de vie et sociologie clinique*, Québec, les Presses de l'Université Laval.

Niewiadomski, C. & Bagros, P. (2003). *Penser la dimension humaine de l'hôpital. Une démarche d'histoire de vie de collectivité dans un service hospitalier*. Paris: Seli Arslan.

Pascal (1972). *Pensées*, Paris: Le livre de poche. (Trabalho original publicado em 1670)

Pineau, G. & Marie-Michèle, M. (1983). *Produire sa vie, autoformation et autobiographie*. Montréal: Les éditions Saint-Martin.

Pineau, G. & Le Grand, J. L. (1993). *Les histoires de vie*. Paris: PUF.

Pierce, C. S. (1978). *Écrits sur le signe*. Paris: Éditons du Seuil.

Rhéaume, J. (2008). Quand l'histoire devient agissante. In V. de Gaulejac et M. Legrand (Eds.), *Intervenir par le récit de vie. Entre histoire collective et histoire individuelle* (pp. 63-89). Ramonville Saint-Agne: Éditions Érès.

Ricoeur, P. (1990*). Soi-même comme un autre*. Paris: Éditions du Seuil.

Rousseau, J. J. (1973). *Les Confessions*. Paris: Gallimard. (Trabalho original publicado em [1782]1789)

Rousseau, J. J. (1966). *Émile ou de l'éducation*. Paris: Garnier-Flammarion. (Trabalho original publicado em 1762)

Sartre, J. P. (1988). *L'Idiot de la famille, Gustave Flaubert, de 1821 à 1857*. Paris: Éditions Gallimard NRF.

Schütz, A. (2007). *Essais sur le monde ordinaire*. Paris: Le Félin.

Semprun, J. (1994). *L'écriture ou la vie, souvenirs*. Paris: Gallimard.

Thomas, W. I. & Znaniecki, F. (1998) Le paysan polonais en Europe et en Amérique (Y. Gaudillat, Trans.). Paris: Nathan.

7 Atuação de Conselheiros Tutelares em casos de violência psicológica[1]

Nahara Rodrigues Laterza Lopes
Lúcia Cavalcanti de Albuquerque Williams

A violência contra crianças e adolescentes, ou maus-tratos infantis, é um problema frequente e grave em nossa sociedade. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Sociedade Internacional para a Prevenção do Abuso e da Negligência de Crianças (ISPCAN – *International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect*) mostram que, no ano de 2002, mais de 53.000 crianças menores de 15 anos de idade morreram no mundo em decorrência de situações de maus-tratos (Organização Mundial de Saúde, 2006). Apesar dessa informação ser alarmante, sabe-se que esse é um valor subestimado, visto que a prevalência dos maus-tratos é superior aos índices oficiais, principalmente devido a pouca notificação desses casos (Organização Mundial de Saúde, 2006).

Dentre as formas de violência contra a criança, a violência psicológica tem recebido pouca atenção pela literatura científica, que tem focado, principalmente, na violência física e sexual e na exposição da criança ou adolescente à violência

(1) Este trabalho é resultado do trabalho de Monografia de conclusão de curso de graduação em Psicologia (UFSCar) da primeira autora sob supervisão da segunda, intitulado “Identificação e intervenção de Conselheiros Tutelares em casos de Abuso Psicológico”.

conjugal (Teicher, Samson, Polcari & McGreenery, 2006). Entretanto, a violência psicológica é bastante prevalente em todo o mundo. Em estudo realizado na Arábia Saudita, de 14,6 a 17,6% dos 4.467 jovens participantes afirmaram ter vivenciado violência psicológica ao longo da vida ou nos últimos 12 meses de vida (Al-Fayez, Ohaeri & Gado, 2012). Outro estudo realizado com famílias de militares norte-americanos (Slep, Heyman e Snarr, 2011) encontrou que 19% das mães e 23% dos pais afirmaram ter cometido agressão verbal contra seus filhos no último ano. No Brasil, os estudos sobre violência psicológica, ainda que escassos, apontam para uma prevalência de 3,2% a 23% (Bazon, 2008; Costa, 2007). No estudo de Pinheiro e Williams (2009), 56,6% dos meninos e 54,5% das meninas participantes relataram sofrer violência psicológica por parte do pai, sendo este número muito maior quando o agressor é a mãe da criança: 83,1% dos meninos e 75% das meninas relataram sofrer violência psicológica por parte da mãe. O estudo de Abranches, Assis e Pires (2013), aponta que esta forma de maus-tratos não atingem apenas crianças. Dos 229 adolescentes entrevistados pelos pesquisadores, 26,4% sofriam de violência psicológica severa no contexto familiar e apenas cinco relataram não sofrer qualquer tipo de violência psicológica familiar (Abranches *et al*., 2013). Estes dados ressaltam o fato de que, muitas vezes, os dados de prevalência de violência estão subestimados, dado as dificuldades metodológicas para sua mensuração.

A violência psicológica pode ser definida tanto pela omissão (negligência emocional), como pela ação (abuso emocional) (Tonmyr, Draca, Crain & McMillan, 2011; Williams, 2013). De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2002), a violência psicológica se constitui por toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobranças exageradas, punições humilhantes e utilização da criança ou do adolescente para atender às necessidades psíquicas dos adultos. Todas essas formas de violência psicológica causam danos ao desenvolvimento e ao crescimento biopsicossocial da criança e do adolescente, podendo provocar efeitos deletérios na formação de sua personalidade e na sua forma de encarar a vida (Brasil, 2002; Williams, 2013).

Como apontado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2002), a violência psicológica traz diversas consequências negativas para vítima, criança ou adolescente. Dentre elas, a Associação Americana de Pediatria (American Academy of Pediatrics, 2002) destaca: 1) sentimentos e comportamentos associados de menos valia, visão emocional ou de vida negativa, sintomas de ansiedade, depressão, ideação suicida e suicídio; 2) problemas de saúde emocional, como instabilidade emocional, personalidade *borderline*, falta de responsividade emocional, problemas com controle de impulso, raiva, autoagressões físicas, transtornos alimentares e abuso de substâncias; 3) déficit em habilidades sociais, o que inclui comportamentos antissociais, competência social baixa, empatia reduzida, autoisolamento, baixa adesão a normas, desajustes sexuais, dependência, agressão ou violência, delinquência e criminalidade; 4) problemas de aprendizagem, incluindo baixo desempenho acadêmico e falhas no raciocínio moral; e 5) problemas na saúde física, tais como baixo peso quando criança, queixas somáticas, saúde pobre na fase adulta e alta mortalidade.

A gravidade das consequências da violência psicológica pode ser observada no estudo de Teicher *et al*. (2006). Nesta pesquisa, a agressão verbal foi associada a efeitos moderados e graves, comparáveis àqueles associados à exposição da criança à violência conjugal e à violência sexual extrafamiliar e maiores do que os associados à violência física intrafamiliar (Teicher *et al*., 2006). Além da gravidade, é importante ressaltar que o violência psicológica geralmente precede o abuso físico (O'Leary, 2001; Silva, Coelho & Caponi, 2007), tornando sua identificação um mecanismo de prevenção ao abuso físico.

A falta de materialidade do ato que atinge, sobretudo, o campo emocional e espiritual da vítima, e a falta de evidências imediatas de abuso, faz com que a violência psicológica seja difícil de ser identificada (Brasil, 2002). Desta forma, considerando os prejuízos associados à violência psicológica e a dificuldade de sua identificação, é de extrema importância que os órgãos governamentais de proteção à criança e ao adolescente estejam preparados para identificar os sinais e sin-

tomas desta forma de violência, de forma a realizar intervenções adequadas, visando à proteção de crianças e adolescentes.

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (Brasil, 1990) determina que o Conselho Tutelar é o principal órgão governamental responsável por garantir o cumprimento dos Direitos da criança e do adolescente, estabelecidos por essa lei (Sêda, 1998). Este órgão é formado por cinco munícipes eleitos pela comunidade, que devem responder aos critérios de reconhecida idoneidade moral, idade superior a 21 anos, residir no município do Conselho Tutelar, além de requisitos municipais, específicos de cada localidade (Brasil, 1990; Peres, 2001; Sêda, 1998). Dentre os critérios exigidos, não se encontra nível de escolaridade ou formação específica na área, o que pode ocasionar problemas na execução das atribuições estabelecidas pelo ECA (Brasil, 1990) aos Conselheiros Tutelares (Sêda, 1998).

De acordo com o Artigo 136 do Estatuto da Criança e do Adolescente, as principais atribuições do Conselho Tutelar são: a) aplicar medidas de proteção em relação à família, à saúde e à educação; b) incluir crianças e adolescentes em programas de apoio social, educativo e financeiros; c) requisitar os serviços públicos necessários; d) acionar o Ministério Público e Autoridade Judiciária para garantir os direitos da criança e do adolescente; e) assessorar o poder público no orçamento para programas de atendimento e f) fiscalizar entidades e programas de atendimento a crianças e adolescentes (Brasil, 1990). Desta forma, o Conselho Tutelar é um mecanismo importante para a interrupção do ciclo de violência contra crianças e adolescentes, especialmente da violência psicológica (Maia & Williams, 2005, 2010).

Tendo em vista os prejuízos associados à violência psicológica para o desenvolvimento infantil, o fato de a violência psicológica, geralmente, preceder o abuso físico, a possível falta de identificação desse tipo de abuso por Conselheiros Tutelares e a ausência de estudos publicados em relação ao tema, o presente estudo teve como objetivo investigar como os Conselheiros Tutelares, de dois munici-

pios do interior do Estado de São Paulo, identificam e intervém em casos de violência psicológica.

Método

Participantes – Participaram do estudo dez Conselheiros Tutelares, sendo quatro Conselheiros de um município de pequeno porte (106.793 mil habitantes)[2] do interior do Estado de São Paulo (cidade A) e cinco de um município de médio porte (221.950 mil habitantes)[3] do interior do Estado de São Paulo (cidade B).

Local – O estudo foi realizado nas dependências dos Conselhos Tutelares de cada município.

Instrumento – Foi desenvolvido, pela primeira autora, um Roteiro de Entrevista Semiestruturado para Aplicação com Conselheiros Tutelares, com o intuito de investigar o conhecimento dos mesmos a respeito das características da violência psicológica, as consequências para a criança e o adolescente e as formas de intervenção quando esses casos são notificados. O Roteiro de Entrevista era composto por 38 questões abertas e fechadas. Como exemplo de perguntas abertas podemos citar a pergunta "Na sua opinião, quais são os sinais que indicam que uma criança ou adolescente está sendo vítima da violência psicológica?" e como exemplo de perguntas fechadas podemos citar "Você teve alguma experiência profissional com violência contra a criança e o adolescente antes de trabalhar no Conselho Tutelar?", sendo as respostas possíveis para as perguntas fechadas “sim” ou “não”.

Procedimento – Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (Processo número 4013.0.000.135-08) e a elaboração do *Roteiro de Entrevista*, os Conselheiros Tutelares foram contatados para a solicitação de sua participação na pesquisa. Diante do consentimento dos Conselheiros Tutelares, realizado por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), as entrevistas foram realizadas, individualmente, nas dependências dos Conselhos Tutelares em cada município, de acordo com a disponibilidade de cada participante. Cada entrevista durou cerca de uma hora, sendo gravada e transcrita. Os dados obtidos foram submetidos à análise de conteúdo (Bardin, 1979; Manzini, 1991).

(2) Fonte de Dados: Contagem da População de 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).
(3) Fonte de Dados: Contagem da População de 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Resultados

As informações obtidas por meio das entrevistas com os Conselheiros Tutelares foram agrupadas em quatros categorias para análise, a saber: “Caracterização dos participantes”; “Capacitação sobre violência contra a criança ou o adolescente”; “Identificação de violência psicológica” e “Atuação do Conselheiro Tutelar em casos de violência psicológica.”.

Caracterização dos Participantes – A idade dos participantes variou entre 27 e 68 anos. Um participante era do sexo masculino e nove do sexo feminino. A escolaridade variou de Curso Superior Incompleto (PF e PJ) a Curso Superior Completo (PA, PB, PC, PD, PE, PG, PH, PI e PJ).

Seis participantes (PB, PE, PF, PH, PI e PJ) apresentaram experiência profissional prévia com crianças ou adolescentes em situação de risco, sendo que apenas uma (PF) relatou ter trabalhado especificamente com crianças ou adolescentes vítimas de violência. Os participantes PA, PC e PG possuíam experiência profissional prévia com crianças, embora tais crianças não estivessem em situação de risco. A participante PD foi a única participante que não relatou qualquer experiência profissional prévia com crianças ou adolescentes.

PG e PJ atuavam como Conselheiras Tutelares há mais tempo, com 12 e 9 anos de experiência, respectivamente. As participantes que trabalhavam há menos tempo (PF – 15 dias e PE – 4 meses) eram suplentes e estavam, na época do estudo, substituindo dois Conselheiros Tutelares, que estavam em férias e que havia pedido exoneração do cargo, respectivamente. O tempo médio de atuação no Conselho Tutelar foi de três anos.

Apenas três Conselheiros Tutelares (PB, PE e PF) participaram de cursos sobre violência contra a criança e o adolescente *antes* de iniciar suas atividades no Conselho Tutelar. Dentre os pontos fortes apontados sobre tais cursos, destacam-se: a possibilidade de troca de experiência com outros profissionais, a possibilidade de crescimento pessoal ao conhecer realidades diferentes, a possibilidade de

aquisição de conhecimento sobre temas relacionados à sua área de atuação, ou seja, a proteção da criança e do adolescente.

Em relação à participação dos Conselheiros Tutelares em cursos de capacitação após ingressar no Conselho Tutelar, sete participantes relataram que realizaram algum curso, sendo quatro da cidade A (PA, PB, PC e PD) e dois da cidade B (PG e PJ). Dentre os aspectos positivos dos cursos, destacam-se: abordagem de temas sobre como atuar em situações de violência contra a criança e o adolescente, oportunidade de troca de experiência com outros profissionais, de se estabelecer parcerias com outros órgãos, de aprender mais sobre violência contra crianças e adolescentes e de conhecer a Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente do município. Em relação aos pontos fracos dos mesmos, pode-se destacar: necessidade de aprender maneiras mais eficazes para lidar com a criança e o adolescente vítimas de violência, necessidade de maior número de capacitações, necessidade de capacitações mais longas, em que os conteúdos pudessem ser melhor explorados, o fato de as capacitações ocorrerem durante a semana e de não abordarem as atribuições dos Conselheiros Tutelares.

Em relação à abordagem do tema “violência psicológica” nas capacitações que ocorreram antes e após o ingresso dos participantes do Conselho Tutelar, dos nove Conselheiros que afirmaram ter participado de alguma capacitação, quatro relataram que o tema não foi abordado explicitamente durante as capacitações, quatro disseram que o assunto foi abordado de forma superficial e apenas um relatou que o curso abordou de forma extensa este tema.

Identificação de violência psicológica

Todos os participantes relataram ter identificado pelo menos um caso de violência psicológica durante sua atuação como Conselheiro Tutelar.

Definição de Violência Psicológica - As informações fornecidas pela entrevista foram, primeiramente, agrupadas em categorias amplas, para então, serem ana-

lisadas quanto a sua adequação. Para a análise de adequação foi utilizada a definição fornecida pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2002), que considera violência psicológica "toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobranças exageradas, punições humilhantes e utilização da criança ou do adolescente para atender às necessidades psíquicas do adulto" (Brasil, 2002, p. 13).

A partir desta definição as categorias "Utilização da criança para atender às necessidades psíquicas dos adultos", "Danos ao desenvolvimento biopsicossocial", "Falta de materialidade", "Associação a outras formas de violência", "Ameaça", "Presenciar violência conjugal", "Rejeição", "Punições humilhantes", "Depreciação" foram consideradas adequadas, e as categorias "Negligência", "*Bullying*" e "Presenciar relação sexual dos pais" foram consideradas inadequadas. As categorias "Ameaça" e "Presenciar violência conjugal" não estão presentes na definição do Ministério da Saúde (Brasil, 2002), porém foram consideradas adequadas a partir de outras definições e da literatura da área (Brancalhone, Fogo & Williams, 2004; Organização Mundial de Saúde, 2006).

Oito participantes (PA, PB, PC, PE, PF, PG, PH e PI) apresentaram definições adequadas e suficientes, sendo que três deles (PB, PC e PE) utilizaram algumas categorias inadequadas. As participantes PD e PJ forneceram definições insuficientes, porém adequadas à proposta pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2002).

A Figura 1 ilustra a porcentagem de utilização de cada categoria adequada segundo a definição do Ministério da Saúde (Brasil, 2002). Pode-se perceber que, ao definir violência psicológica, os participantes a descreveram mais em função de suas consequências, tais como ocasionar danos ao desenvolvimento biopsicossocial, do que a identificação de modalidades da violência psicológica, como a ameaça.

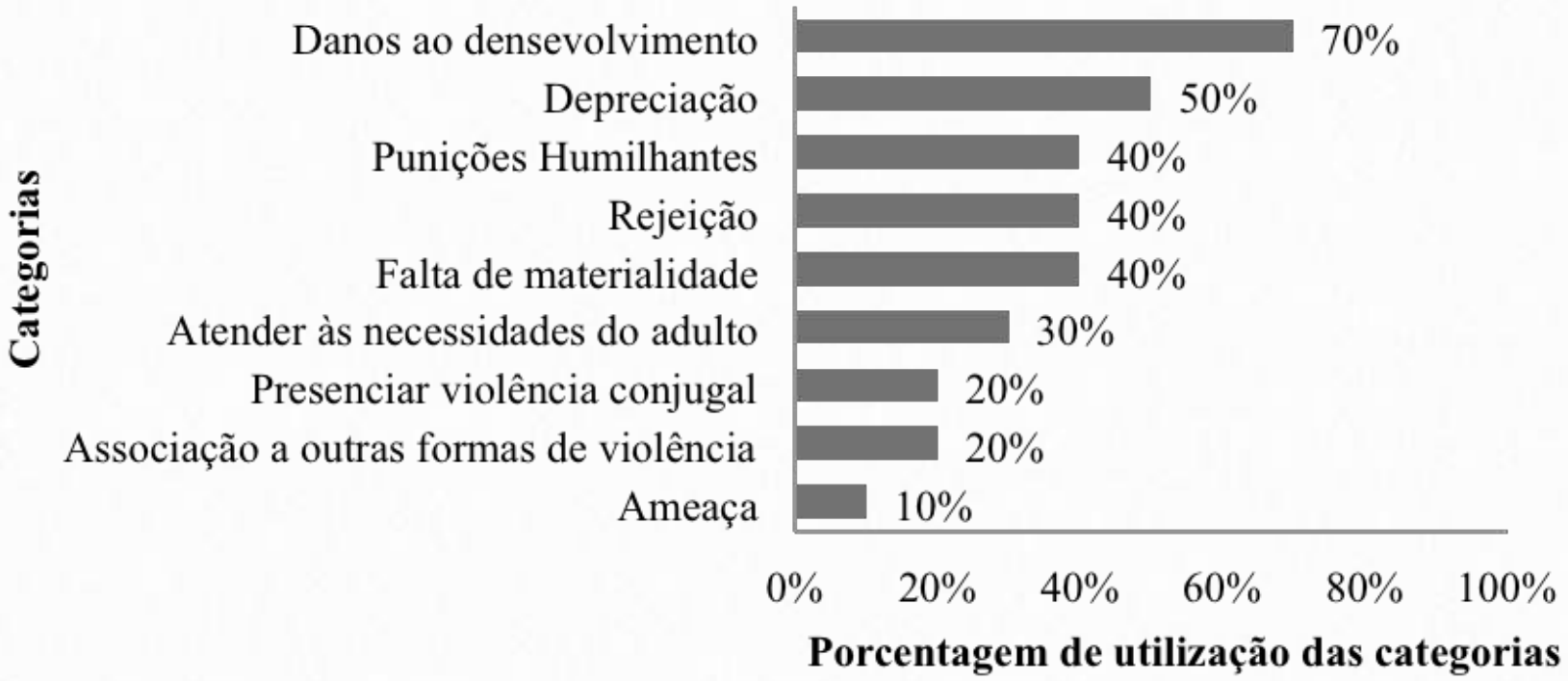

Figura 1. Porcentagem de utilização de cada categoria adequada para definição de violência psicológica, de acordo com a definição proposta pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2002)

Sinais e sintomas relacionados à violência psicológica – A partir da análise das entrevistas foram encontradas 13 categorias que descrevem os principais sinais e sintomas de que uma criança ou um adolescente está sendo vítima de violência psicológica. Para análise das categorias foi utilizado o critério adequação em relação à descrição de sinais e sintomas fornecida pelo Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente de São Paulo (CONDECA-SP), no II Fórum Paulista de Prevenção de Acidentes e Combate à Violência Contra Crianças e Adolescentes (Mello, 2007).

As categorias consideradas adequadas foram: “Insegurança/Medo”, “Desconfiança”, “Transtornos alimentares”, “Absenteísmo escolar”, “Alteração de comportamento”, “Baixo rendimento escolar”, “Agressividade”, “Retraimento” e “Problemas de comportamento na escola”. Foram consideradas inadequadas as categorias “Desvio no olhar ao conversar”, “Conversar com professores ou familiares”, “Observar relação familiar” e “Relato da criança”.

A Figura 2 ilustra a porcentagem de utilização de cada categoria adequada. Todos os participantes utilizaram pelo menos uma categoria adequada ao descreverem os principais sinais e sintomas da violência psicológica, sendo que cinco participantes (PA, PB, PC, PH e PI) utilizaram/incluíram também alguma categoria inadequada. Destaca-se, aqui, que as categorias inadequadas utilizadas referem-se a intervenções que o próprio Conselheiro Tutelar realiza mediante uma suspeita de violência psicológica contra crianças ou adolescentes, ou seja, ações do próprio Conselheiro Tutelar, e não a sinais e sintomas presentes na criança ou no adolescente que indiquem que está sendo vítima de violência psicológica.

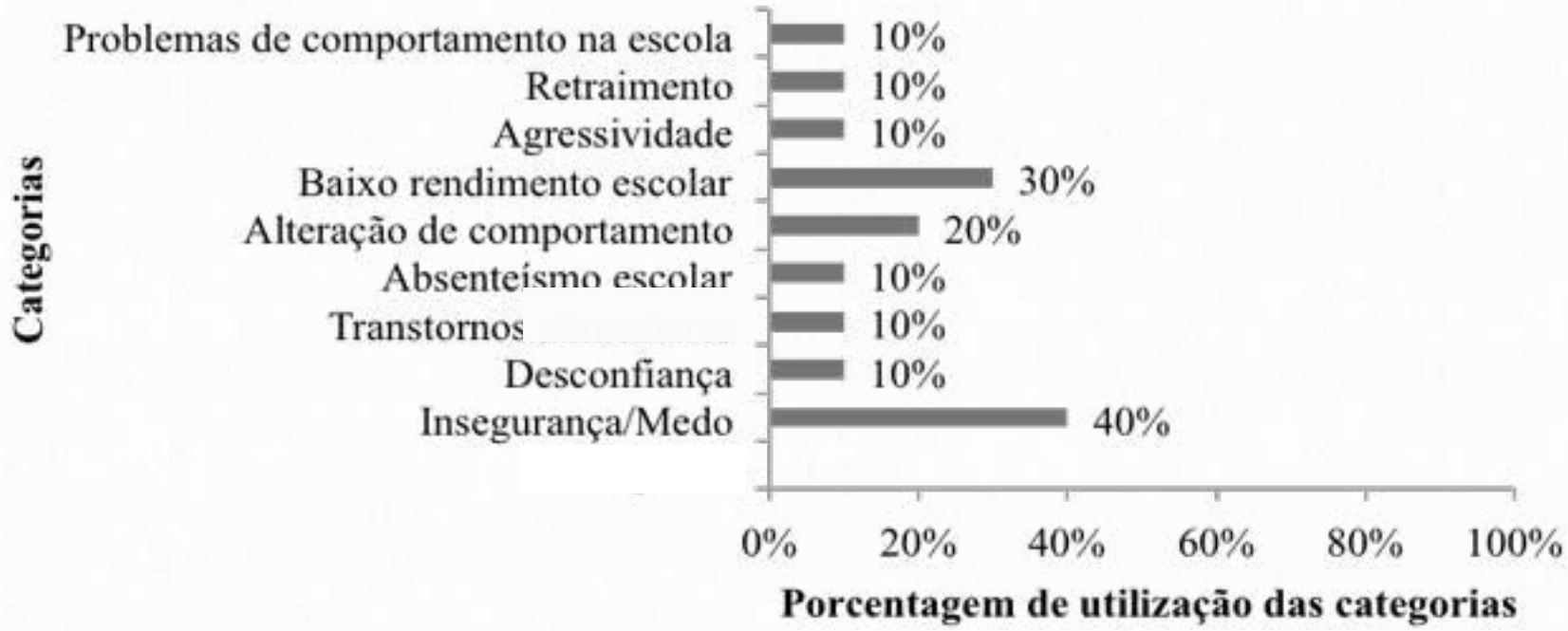

Figura 2. Porcentagem de utilização de cada categoria adequada para descrição dos principais sinais e sintomas de violência psicológica, de acordo com o Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente de São Paulo (Mello, 2007)

Consequências da violência psicológica para a criança ou o adolescente – Foram encontradas as seguintes categorias que descrevem as principais consequências da violência psicológica: “Abuso de substâncias”, “Problemas na escola”, “Agressividade”, “Delinquência”, “Comportamentos antissociais”, “Intergeracionalidade”, “Problemas emocionais na vida adulta”, “Sentimentos de baixa autoesti-

ma", "Baixo rendimento escolar", "Competência social baixa", "Isolamento social", "Raiva", "Instabilidade emocional", "Absenteísmo escolar" e "Problemas de aprendizagem".

Para análise das categorias foi utilizado o critério de adequação ao fornecido pela Associação Americana de Pediatria (American Academy of Pediatrics, 2002). Todas as categorias foram consideradas adequadas e todos os participantes utilizaram pelo menos uma categoria adequada ao se referir às consequências da violência psicológica para crianças e adolescentes. Vale ressaltar que, das 15 categorias adequadas, quatro apresentam relação com o comportamento da criança na escola.

Atuação do conselheiro tutelar em casos de violência psicológica

Intervenção em casos de violência psicológica – Todos os participantes relataram realizar algum tipo de intervenção em casos suspeitos ou confirmados de violência psicológica contra crianças e adolescentes, variando apenas as formas em que tal intervenção ocorria. A partir da análise dos dados obtidos pela entrevista, foram encontradas cinco categorias que descrevem a intervenção dos participantes em casos suspeitos ou confirmados de violência psicológica.

Para análise das categorias foi utilizado o critério adequação em relação ao "Fluxo operacional de criança e adolescente em situação de violência psicológica", elaborado pela Associação Brasileira de Magistrados, Promotores de Justiça e Defensores Públicos da Infância e da Juventude - ABMP (2010). As categorias "Encaminhamento da criança para o SUS ou para o SUAS", "Encaminhamento dos pais ou responsáveis para o SUS ou para o SUAS", "Em casos mais graves, encaminhamento ao Ministério Público, Defensoria Pública ou Vara da Infância e do Adolescente" e "Conversa com família para confirmar a suspeita de violência psicológica" foram consideradas adequadas, por estarem de acordo com o fluxo operacional organizado pela ABMP (2010). A categoria "Conversa com família para tentar resolver o conflito" foi considerada inadequada, pois, de acordo com o

"Fluxo operacional de criança e adolescente em situação de violência psicológica" (ABMP, 2010) e o Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990), esta não é considerada função do Conselheiro Tutelar. De acordo com estes órgãos, esta prática é função dos profissionais do SUS ou do SUAS. A Figura 3 ilustra a porcentagem de utilização de cada categoria.

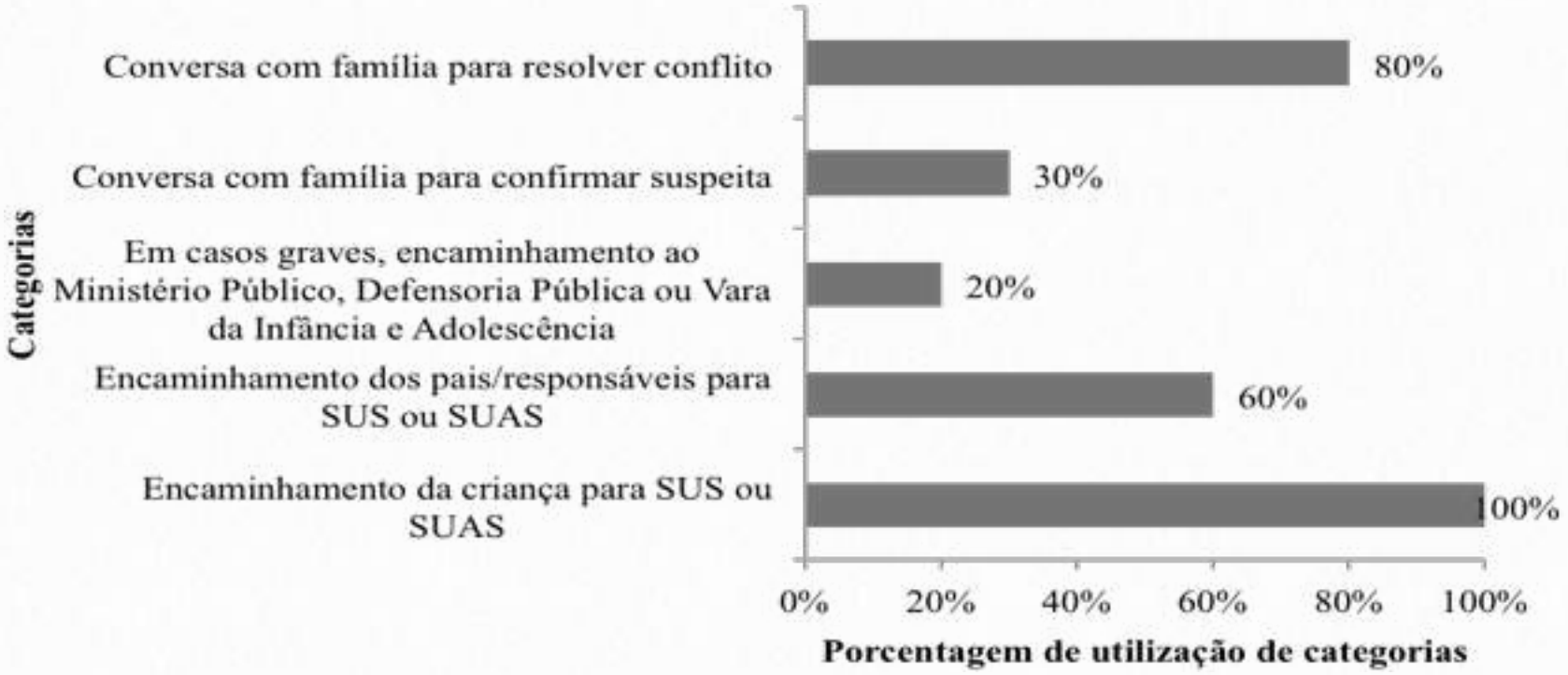

Figura 3. Porcentagem de utilização de categorias das principais intervenções realizadas em casos de violência psicológica

Acompanhamento dos casos de violência psicológica – Todos os participantes relataram realizar algum tipo de acompanhamento dos casos de violência psicológica contra crianças e adolescentes, variando apenas as formas pelas quais este acompanhamento ocorre.

Para análise das categorias foi utilizado o critério adequação em relação ao "Fluxo operacional de crianças e adolescentes em casos de violência psicológica", organizado pela ABMP (2010). As categorias "Acompanhamento do atendimento de todos os casos por meio de convocação da família", "Acompanhamento do atendimento de todos os casos por meio de relatório dos profissionais" e

“Acompanhamento do atendimento de todos os casos por meio de visita familiar” foram consideradas adequadas, enquanto as categorias “Acompanhamento do atendimento dos casos mais graves por meio de convocação da família”, “Acompanhamento do atendimento dos casos mais graves por meio de relatório dos profissionais” e “Acompanhamento do atendimento dos casos mais graves por meio de ligações aos profissionais” foram consideras inadequadas, visto que o acompanhamento ocorre apenas em casos considerados mais graves.

Apenas três participantes (PB, PC e PI) utilizaram categorias inadequadas para descrever a forma de acompanhamento realizada em casos de violência psicológica.

Avaliação das intervenções em casos de violência psicológica – Somente cinco participantes (PC, PD, PE, PH e PI) relataram realizar alguma forma de avaliação das intervenções em casos de violência psicológica contra crianças e adolescentes, sendo que apenas um participante afirmou realizar a avaliação em todos os casos (PI), não apenas nos mais graves.

Discussão

Por meio da análise das categorias, podem ser destacados diversos aspectos referentes ao repertório de informações apresentado pelos Conselheiros Tutelares em relação à violência psicológica. Em relação à formação dos Conselheiros Tutelares, percebe-se, no geral, capacitações insuficientes a respeito da violência contra crianças e adolescentes, especialmente sobre a violência psicológica. Apesar de a maioria dos participantes relatar ter tido experiência profissional prévia com crianças ou adolescentes em situação de risco, nenhum relatou ter participado de cursos de capacitação sobre a temática da violência contra a criança ou o adolescente antes de ingressar no Conselho Tutelar, corroborando a posição de Caminha (1999) sobre a falta de capacitação dos Conselheiros Tutelares para lidar com o fenômeno dos maus-tratos infantis. Além disso, apenas dois Conselheiros Tutelares participaram de cursos sobre este tema após seu ingresso no Conselho

Tutelar, tendo a maioria participado de capacitações a respeito das atribuições do Conselheiro Tutelar.

Maia e Williams (2010) apontam que, no geral, os programas de capacitação de Conselheiros Tutelares existentes são direcionados à compreensão do seu papel, ao invés de ser, também, uma fonte de aprimoramento sobre desenvolvimento infanto-juvenil e fatores que colocam em risco ou protegem tal desenvolvimento. Como a violência psicológica contra crianças e adolescentes é um fator de risco ao desenvolvimento infanto-juvenil, os dados do presente estudo corroboram com tais apontamentos. O mesmo estudo ressalta que, na maioria das vezes, o Conselheiro Tutelar inicia o exercício de suas funções sem o conhecimento necessário sobre os temas primordiais, tampouco sem experiência prévia necessária (Maia & Williams, 2010). Tal fato também confirma os resultados do presente estudo.

É importante ressaltar que as capacitações sobre as atribuições dos Conselheiros Tutelares são essenciais para o trabalho eficaz destes profissionais, entretanto, os resultados do presente estudo indicam que não são suficientes.

Em relação aos aspectos positivos dos cursos de capacitação que os Conselheiros Tutelares participaram, a maioria dos Conselheiros se referia à possibilidade de formação adequada para seu exercício profissional, já que os participantes se sentiam despreparados para tal. Ademais, a maioria das restrições quanto aos cursos estava relacionada à ausência de oportunidade frequente de capacitação sobre os fatores de risco à proteção da criança e do adolescente, o que inclui a violência contra eles. Desta forma, percebe-se que os próprios Conselheiros Tutelares reconhecem a necessidade de uma capacitação sistemática e permanente, que não abranja apenas as atribuições dos Conselheiros Tutelares, mas também os diversos fatores de risco ao desenvolvimento infanto-juvenil, como a violência contra crianças e adolescentes (Maia & Williams, 2005).

A formação dos Conselheiros Tutelares é superficial no que diz respeito à violência contra crianças e adolescentes, especialmente em relação à violência psico-

lógica. Isto pode ser evidenciado, no presente estudo, dado que apenas um Conselheiro Tutelar relatou ter participado de um curso de capacitação cujo tema violência psicológica havia sido abordado extensamente.

Apesar da ausência de formação, os participantes demonstraram, no geral, ter conhecimento adequado sobre a definição de violência psicológica contra crianças e adolescentes. Isto pode ser confirmado pelo fato de todos os participantes terem utilizado pelo menos um conceito adequado ao definir violência psicológica, estando os conceitos inadequados associados a confusões com outras modalidades de violência contra crianças e adolescentes, como a violência na escola, a negligência e a violência sexual.

Além disso, os participantes utilizaram poucas categorias inadequadas para descrever os principais sinais e sintomas da violência psicológica contra crianças e adolescentes, sendo que a maioria destas referia-se a forma de atuação para investigar a ocorrência de violência psicológica. Tal fato sugere que, apesar dos Conselheiros Tutelares não reconhecerem todos os sinais da violência psicológica, quando suspeitam que esta forma de violência esteja ocorrendo, buscam identificá-la para poder intervir na situação.

Em relação às consequências da violência psicológica para crianças e adolescentes, as categorias mais utilizadas pelos Conselheiros Tutelares referem-se a questões que levam a criança ou o adolescente a retornar ao Conselho Tutelar, não como vítima, mas como infrator. Ao descrevem as consequências, os participantes utilizavam frequentemente exemplos de crianças ou adolescentes que estavam sendo atendidos no Conselho Tutelar por terem problemas relacionados à infração, como comportamentos antissociais ou abuso de substâncias. Este dado indica que tanto as intervenções do Conselho Tutelar, como dos outros órgãos da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente não tem sido eficazes para interromper o ciclo de violência na família e diminuir o impacto das consequências negativas da violência psicológica como, por exemplo, a ocorrência de comportamentos antissociais. No caso das intervenções serem eficazes, seria esperado que essas

crianças e adolescentes vítimas de violência psicológica não retornassem a estes órgãos como infratores.

A ineficácia destes órgãos também foi apontada por Rosa e Lira (2012), que investigaram quatro casos de famílias atendidas pelo Conselho Tutelar em decorrência de violência contra criança. Para estas autoras, uma das possíveis razões para esta situação é a falta de articulação entre os diversos serviços da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente.

As informações obtidas a respeito da atuação dos Conselheiros Tutelares em casos de violência psicológica demonstram que o encaminhamento da criança ou do adolescente para o SUS ou para o SUAS é realizado, e o encaminhamento dos pais ou responsáveis para estes sistemas é frequente. Além disso, também é frequente o acompanhamento dos casos de violência psicológica, principalmente por meio de convocação da família. Entretanto, apenas dois participantes recorreram a profissionais técnicos para acompanharem os casos. De acordo com o "fluxo operacional de criança ou adolescente em situação de violência psicológica" (ABMP, 2010), é dever dos Conselheiros Tutelares acompanhar o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência psicológica, de seus pais ou responsáveis e do agressor. Além disso, o Conselho Tutelar deve auxiliar na implementação do plano de atendimento, bem como monitorá-lo e avaliá-lo.

No presente estudo, nenhum participante afirmou realizar acompanhamento dos pais ou responsáveis pela criança ou pelo adolescente e do agressor. Ademais, nenhum Conselheiro Tutelar mencionou auxiliar na implementação do plano de atendimento à criança ou ao adolescente, e apenas um participante relatou avaliar a efetividade dos encaminhamentos em todos os casos. Estes resultados mostram que, apesar de adequada, a atuação dos Conselheiros Tutelares é insuficiente.

Conclusão

Pode-se concluir que, apesar de os Conselheiros Tutelares terem conhecimento adequado a respeito da violência psicológica contra crianças e adolescentes, sua atuação nestes casos ainda é limitada e o sentimento de despreparo entre eles é grande. Neste sentido, ressalta-se a importância de realização de capacitações permanentes e sistemáticas antes do ingresso dos profissionais ao Conselho Tutelar. Tais capacitações deveriam ser contínuas durante o desempenho de suas funções, tal como sugerido por Maia e Williams (2010). Tal fato também é ressaltado pelo Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente - CONANDA (Brasil, 2001), que afirma, ainda, que é de responsabilidade municipal estabelecer compromissos e condições para a efetivação da atuação qualificada do Conselho Tutelar, bem como do Conselheiro, devendo inclusive identificar os recursos necessários para o custeio de atividades de qualificação e capacitação dos Conselheiros Tutelares por meio da Lei Orçamentária Municipal – Artigo 134 do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Em relação à atuação do Conselheiro Tutelar, vale ressaltar que sua efetividade não se restringe apenas ao aprimoramento técnico, visto que tal profissional trabalha em condições adversas, como a falta de materiais, recursos humanos e serviços especializados de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência, a seus pais e responsáveis e, principalmente, aos agressores. De acordo com o CONANDA (Brasil, 2001), o Conselho Tutelar deve identificar demandas e fazer gestões junto ao Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente e à Prefeitura Municipal para criação e/ou ampliação de programas específicos, que darão ao órgão condições para um efetivo funcionamento. Neste sentido, a atuação do Conselho Tutelar também parece limitada, já que a demanda é grande para o pouco número de profissionais atuantes.

Diante disso, ressalta-se a importância da realização de estudos que investiguem mais detalhadamente as dificuldades enfrentadas pelos Conselheiros Tutelares no exercício integral de sua função, bem como as dificuldades enfrentadas pela Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente no sentido de realizar um atendimento eficaz às crianças e adolescentes vítimas de violência psicológica, para que propostas concretas sejam feitas de forma a sanar tais problemas.

Referências

Abranches, C. D., Assis, S. G. & Pires, T. O. (2013). Violência psicológica e contexto familiar de adolescentes usuários de serviços ambulatoriais em um hospital pediátrico público terciário. *Ciência e Saúde Coletiva*, *18*(10), 2995-3006.

Associação Brasileira de Magistrados, Promotores de Justiça e Defensores Públicos da Infância e da Juventude. (2010). Negligência, abandono e maus tratos: violência psicológica. In *Caderno de Fluxos Operacionais Sistêmicos – Proteção integral e atuação em rede na garantia*. (pp. 92-94). São Paulo, SP: ABPM.

Al-Fayez, G. A., Ohaeri, J. U. & Gado, O. G. (2012). Prevalence of physical, psychological, and sexual abuse among a nationwide sample of Arab High School students: Association with family characteristics, anxiety, depression, self-esteem, and quality of life. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *47*(1), 53-66.

American Academy of Pediatrics (2002). The psychological maltreatment of children -Technical report. *Pediatrics*, *109*(4), 1-3.

Bardin, L. (1979). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Bazon, M. (2008). Violências contra crianças e adolescentes: Análise de quatro anos de notificações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(2), 323-332.

Brancalhone, P., Fogo, J. C. & Williams, L. C. A. (2004). Crianças expostas à violência conjugal: avaliação do desempenho acadêmico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *20*(2), 113-117.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. (2002). *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde.* Brasília, DF.

Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente. (1990). *Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990.* Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF.

Brasil. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (2001). *Resolução nº 75 de 22 de outubro de 2001.* Dispõe sobre os parâmetros para a criação e funcionamento dos Conselhos Tutelares e dá outras providências. Brasília, DF.

Caminha, R. M. (1999). A violência e seus danos a crianças e ao adolescente. In AMENCAR (Ed.), *Violência doméstica* (pp. 43-60). Brasília: UNICEF.

Costa, M. C. (2007). O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, *12*(5), 1129-1141.

Maia, J. M. D. & Williams, L. C. A. (2005). Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. *Temas em Psicologia*, *13*(2), 91-103.

Maia, J. M. D. & Williams, L. C. A. (2010). Análise de uma proposta de capacitação de Conselheiros Tutelares. In L. C. A. Williams, J. M. D. Maia & K. S. A. Rios (Eds.), *Aspectos Psicológicos da Violência: Pesquisa e Intervenção Cognitivo-comportamental* (pp. 501-525). Santo André, SP: ESETec Editores Associados

Manzini, E. (1991). A entrevista na pesquisa social. *Didática*, *26*(27), 149-158.

Mello, A. (2007, Agosto). *Combate à Violência contra Crianças e Adolescentes: Violência Psicológica*. Trabalho apresentado no II Fórum Paulista de Prevenção de Acidentes e Combate a Violência contra Crianças e Adolescentes, São Paulo, SP.

O'Leary, D. (2001). Psychological abuse: a variable deserving critical attention in domestic violence. In D. O'Leary & R. Maiuro (Eds.), *Psychological abuse in violent domestic relations* (pp. 3-28). New York, NY: Springer Publishing Company.

Organização Mundial da Saúde (2006). *Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence.* Genebra: WHO Press.

Peres, E. (2001). Concepções e práticas dos Conselheiros Tutelares acerca da violência doméstica contra crianças e adolescentes: um estudo sobre o caso de Curitiba. *Revista Eletrônica Teses e Dissertações Unibrasil***,** 1(1).

Pinheiro, F. M. F. & Williams, L. C. A. (2009). Violência intrafamiliar e intimidação entre colegas no ensino fundamental. *Cadernos de Pesquisa*, *39*(138), 995-1018.

Rosa, E. M. & Lira, M. O. S. C. (2012). Intrafamiliar violence against children and adolescents: support and overcoming network. *Journal of Human Growth and Development*, *22*(2), 246-252.

Sêda, E**.** (1998). *XYZ do Conselho Tutelar*. São Paulo: IMESP.

Silva, L., Coelho, E. & Caponi, S. (2007) Violência silenciosa: Violência psicológica como condição da violência física doméstica. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação, 11*(21), 93-103.

Slep, A. M., Heyman, R. E. & Snarr, J. D. (2011). Child emotional aggression and abuse: Definitions and prevalence. *Child Abuse & Neglect*, *35*(10), 783-796.

Teicher, M. H. T., Samson, J. A., Polcari, A., & McGreenery, C. E. (2006). Sticks, stones and hurtful words: Relative effects of various forms of childhood maltreatment. *American Journal of Psychiatry*, *163*(6), 993-1000.

Tonmyr, L., Draca, J., Crain, J. & McMillan, H. L. (2011). Measurement of emotional/psychological child maltreatment: A review. *Child Abuse and Neglect*, *35*(10), 767-782.

Williams, L. C. A. (2013). Violência psicológica praticada contra a criança e o adolescente: Definições e contextualização. In Childhood Brasil & Associação Brasileira de Magistrados, Promotores de Justiça e Defensores Públicos da Infância e da Juventude (ABMP). (Eds.), *Violência sexual contra a criança e adolescente: Novos olhares sobre diferentes formas de violações* (pp. 125-133). São Paulo: Childhood Brasil.

8 Vítima? Algoz? Violências na vida familiar do adolescente que cometeu ofensa sexual

Liana Fortunato Costa
Eika Lôbo Junqueira
Fernanda Figueiredo Falcomer Meneses
Lucy Mary Cavalcanti Stroher

Esse texto tem como objetivo apresentar uma parte dos resultados de uma pesquisa qualitativa sobre o adolescente que cometeu ofensa sexual. Essa pesquisa qualitativa trata da sistematização do método do Grupo Multifamiliar (GM) voltado para essa população. O oferecimento do GM reúne uma instituição acadêmica e uma instituição pública de atendimento psicológico a adolescentes encaminhados pela Rede de Proteção a Criança e ao Adolescente no Distrito Federal ou pela Vara da Infância e Juventude (VIJ), para cumprimento de Medida Protetiva (Art. 101 – Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, Brasil, 1990). A parceria entre esse ambulatório e a universidade visou desenvolver metodologia de atendimento a vítimas de violência sexual e a adolescentes agressores sexuais. O GM organiza um contexto de atendimento psicossocial no qual o adolescente é, preferencialmente, atendido em família (Fishman, 1989). O texto enfoca as relações familiares desse adolescente, com ênfase na presença da violência como característica pri-

mordial da interação familiar. Busca-se conectar essa violência nas relações familiares desse adolescente ao ato violento contra crianças com as quais esses adolescentes mantinham contato e cuidado intrafamiliar.

O adolescente que cometeu ofensa sexual e a família

Considera-se o adolescente que cometeu ofensa sexual, na perspectiva de grande influência das características ambientais e/ou familiares, como aqueles que incorreram em comportamentos que são violentos, contra crianças que ficam sob sua guarda. Reconhece-se que esses adolescentes não podem ser classificados como portadores de patologia, apesar de terem sido violentos, e enfatiza-se o papel da família e das circunstâncias sociais na configuração dessas violências (Chagnon, 2008; Forensic Psychology Practice, 2006; Marshall, 2001; Oliver, 2007).

Ward, Gannon e Birgden (2007) são entusiastas de uma abordagem terapêutica a agressores sexuais por encontrarem indícios de respostas muito positivas, principalmente quando se considera a abordagem a adolescentes. Trabalhar com adolescentes nesse tema é tratar e prevenir. A abordagem terapêutica depende de muitos fatores que centram nas habilidades pessoais e técnicas do terapeuta (Craig, 2005); na abordagem grupal ao adolescente (Marshall *et al*., 2005); na consideração da família como parte ativa do processo de ressocialização do jovem (Hengeller, Chapman, Borduin, Schewe & McCart, 2009); e na participação de recursos da comunidade (Forensic Psychology Practice, 2006; Hengeller *et al*., 2009; Marshall *et al*., 2005; Ward *et al*., 2007).

A compreensão e a intervenção com o adolescente que comete ofensa sexual não pode excluir a presença e as ações interventivas com a família (Forensic Psychology Practice, 2006; Hengeller *et al*., 2009; Marshall, 2001; Oliver, 2007; Zankman & Bonomo, 2004). Esses autores concordam que a presença da família é imprescindível em todo planejamento terapêutico para esses sujeitos. Também se sabe que a intervenção com a família tem papel importante na recidiva dos atos

violentos. Por isso é fundamental que se investigue a violência intrafamiliar e, em especial a violência cometida contra esse adolescente, porque essa circunstância está diretamente ligada ao ato infrator, causando ansiedade e depressão nos adolescentes (Hollist, Hughes & Schaible, 2009). Costa (2011) mostra como após a denúncia do ato violento, e o consequente processo de responsabilização do adolescente, a família reage aumentando a violência contra esse adolescente, o que pode desencadear comportamentos mais agressivos. Esse dado é relevante, pois nem sempre esses adolescentes que cometem ofensa sexual praticaram também outros atos infratores.

Em termos de nossa realidade de atuação, é necessário um avanço no melhor conhecimento sobre o adolescente que cometeu ofensa sexual, mas também não se pode negligenciar o entendimento mais profundo da violência que também é cometida contra ele. Costa, Ribeiro e Moura (2012) identificam que a violência intrafamiliar contra esse adolescente aumenta com a denúncia da família sobre o abuso sexual que foi cometido por esse adolescente contra uma criança da própria família. Paradoxalmente, o adolescente é violentador e violentado. Esse aspecto é importante a ser atentado porque os atos infratores têm relação direta com experiências e relacionamentos adversos. Se a preocupação com a recidiva é um fator fundamental (Borduin, Schaeffer & Heiblum, 2009; Marshall *et al*., 2005), a preocupação com a violência contra esse adolescente merece destaque porque as emoções negativas, que estão presentes nos atos violentos, advêm de fatores presentes não só no desenvolvimento, mas também nas experiências atuais da vida do adolescente (Hollist *et al*., 2009). O maltrato deteriora o vínculo do adolescente com seus familiares. O adolescente espera receber afeto e apoio e a violência recebida provoca raiva, frustração e aumenta a possibilidade de comportamentos violentos. A participação da família e a interrupção da violência intrafamiliar são aspectos prioritários, pois os adolescentes dependem dos pais e a emergência de emoções violentas entre pais e filhos dificulta a interrupção da violência como um todo na família (Hollist *et al*., 2009).

É importante indicar que se adota, nesse texto, a especificidade do conceito de ato infrator baseado no que trata o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Brasil, 1990). Os dados (tanto em estatísticas oficiais como na literatura) (Bianchini & De Antoni, 2012; VIJ, 2012) são coincidentes: a maioria dos adolescentes que cometem ofensa sexual são do sexo masculino; grande parte comete a ofensa na perspectiva intrafamiliar ou com crianças muito próximas; a maior parte das vítimas são crianças do sexo feminino. Com relação a esse aspecto, a consulta ao sítio da Vara da Infância e da Juventude do Distrito Federal apresenta uma mudança na tendência. No ano de 2010, a relação entre vítima do sexo masculino e do sexo feminino era: 13% para o primeiro e 15 % para o segundo. No ano de 2012, essa proporção já apresenta um quantitativo bem diferente: 41% para o primeiro e 58% para o segundo. Foram encontradas outras surpresas: no ano de 2011, o maior número de agressores se encontra na faixa dos 12 aos 17 anos, com 20% de incidência. Da faixa etária de 25 a 29 anos a incidência é de 16%, e dos 30 anos aos 34 anos é de 14%. Essa informação assume um caráter de alerta e indica uma urgência para que as instituições criem programas de atendimento a esses jovens.

Portanto, esse texto pretende contribuir na ampliação do conhecimento sobre o tema da violência sexual contra crianças, abordando as relações familiares violentas do adolescente que cometeu ofensa sexual, que estão diretamente ligadas à possibilidade desse adolescente voltar a cometer violência sexual na medida em que ele próprio, além de perpetrador, pode permanecer no papel de vítima.

Método

Trata-se de pesquisa-ação (Barbier, 2002) que associa o oferecimento de proposta de intervenção psicossocial a uma pesquisa que preserva a atenção e os rigores aos procedimentos. A pesquisa foi realizada em um ambulatório público de saúde mental, Centro de Orientação Médico Psico-Pedagógico – COMPP, unidade de Saúde Mental Infanto-juvenil que compõe a Rede de Proteção a Crianças e

Adolescentes no que diz respeito ao atendimento às vítimas e vitimizadores sexuais. A intervenção teve a duração de agosto a dezembro de 2009, e iniciou com uma entrevista semiestruturada.

Participantes – Compareceram às entrevistas sete adolescentes, que participaram do Grupo Multifamiliar, e suas mães. Todos os nomes referidos no texto são fictícios. Segue abaixo um quadro que explicita informações mais detalhadas. As informações contidas nesse quadro foram selecionadas no sentido de contextualizar esse adolescente, situando-o e à sua família numa perspectiva socioeconômica.

Tabela 1. Informações sobre os adolescentes

Nome fictício	Escolaridade e inserção sistema justiça	Família – moradores na residência	Idade Adolescente	Renda mensal familiar	A vítima
Alex	5° série - sem notificação	mãe 43a, padrasto 34a, filha 16a, adolescente 15a, filha 10a	15a	830,00	irmã 10a
Dudu	2° ano do 2° Grau - processo na VIJ	pai 58a**,** mãe 44**a,** irmã 29a, irmão 28a, irmão 27a, irmã 8a, adolescente 17a	17a	1.615,00	sobrinha 12a
Alberto	8° série - denúncia feita pelos pais	pai 48a, mãe 48a**,** irmã 4a, adolescente 15a	15a	920,00	irmã 4a
Walmir	6° série - denúncia feita pela tia	mãe 51a, irmão 27a, adolescente 17a (avó 81a, avô 77a, tia 43a, tia 51a, primo 5a - moram no mesmo terreno)	17a	1.000,00	primo 5a
João	3° ano do 2° Grau - caso com notificação	mãe 35a, padrasto 42a, adolescente 17a, irmã 13a, prima 7a	17a	500,00 (mãe)	irmã 7a

Instrumento e Procedimento – Antes do início propriamente da intervenção, todos os adolescentes foram entrevistados para avaliação do comprometimento com a ação praticada e os riscos de reincidência. Essa entrevista coletou as seguintes informações: dados pessoais do adolescente e informações gerais sobre a família; descrição do caso; organização familiar e genograma; ecomapa; recursos financeiros e sociais da família; situação jurídica do adolescente (denúncia); informações sobre a vítima. Toda a família foi convocada para estar presente à entrevista, mas somente a mãe e o adolescente compareceram a essas entrevistas.

Cuidados éticos – A pesquisa foi inscrita no Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) da Secretaria de Estado de Saúde do Governo do Distrito Federal (GDF) e aprovada com o parecer nº 331/2009.

Análise das informações – Foi utilizada a análise de conteúdo temática proposta por Deslandes, Gomes e Minayo (2007). A análise é realizada adotando os seguintes passos: decomposição do material a ser analisado em partes; distribuição das partes em categorias; descrição do resultado da categorização; realização de inferências dos resultados; e interpretação dos resultados obtidos a partir da fundamentação teórica adotada.

Discussão dos resultados

Todas as informações analisadas foram retiradas da primeira entrevista já citada. Organizou-se a discussão em dois núcleos. No primeiro comenta-se sobre as relações violentas que envolvem todos os membros da família e também a presença de circunstâncias associadas à violência, que caracterizam a vida desse adolescente. No segundo núcleo, centra-se na relação do adolescente que cometeu ofensa sexual com a vítima e nas circunstâncias do abuso sexual.

1º Núcleo: Violências e rupturas: “*Pergunta por que que eu bati nele? Eu não sei o que é que ele fica fazendo na aula de Inglês!”.*

Essa fala da mãe mostra que a violência física está presente na vida desse adolescente como castigo, correção e educação. A mãe parece querer provar que ela tem autoridade sobre o adolescente ou que está atenta ao que ele faz ou deixa de fazer. “*Antes eu dava uns tapa nela, minha mãe falou que era pra eu fazer isso, aí ela (a irmã) dizia que ia contar pra ela* (a mãe)”. Essa fala é do adolescente que justifica porque bate na irmã, autorizado pela mãe. E quando a entrevistadora pergunta em que ocasiões ele batia, ele responde: “*Quando ela não fazia nada*”. Agora temos a violência do adolescente com a irmã menor (criança abusada por ele). Ele conta que quando ela não fazia nada, ou seja, não o ajudava nas tarefas domésticas, ele batia nela.

Tem-se vários aspectos a comentar. Parece que a família se organiza com um padrão de comunicação que é violento, substituindo a conversação. Nesse sentido, o adolescente aponta:

> “Isso num é coisa que pai se faz não, ameaçar o filho de bater com as coisas não... (chorando muito) sai batendo assim...”
>
> Mãe: “Tem que bater mesmo!”
>
> Adolescente: “Oxi! A senhora tem que conversar primeiro!”.
>
> Mãe: “Quantas conversas mais?”
>
> Adolescente: “Quantas ameaças a mais, também?”.
>
> Mãe: “Quantas puder!”.

A autoridade é exercida pela violência, não pela argumentação. Vários autores (Forensic Psychology Practice, 2006; Marshall, 2001; Oliver, 2007; Seto, 2008; Zankman & Bonomo, 2004) concordam sobre a presença desse conteúdo violento nas relações familiares desses adolescentes. Essa violência distancia pais e filhos e, assim, aumenta a vulnerabilidade para os comportamentos infratores dos ado-

lescentes e para a situação de desproteção da criança no lar. As considerações sobre as intervenções com esse adolescente sempre levam em conta uma avaliação objetiva, quantificando fatores de risco e fatores de proteção, mas se coloca em relevo uma avaliação dinâmica desses fatores, incluindo uma perspectiva dinâmica e contextual do ambiente do adolescente. E a família passa ter lugar privilegiado (Mandeville-Norden & Beech, 2006).

Outro aspecto a comentar é a configuração de uma sequência violenta quando a mãe bate no filho, o filho bate na irmã, lembrando um jogo de dominó, no qual se derruba a primeira peça e as demais vão caindo em seguida. Ramos, Santos e Dourado (2009) e Ramos (2010) ao analisarem a violência conjugal em um projeto de intervenção sob obrigação em um tribunal de justiça, encontraram a mesma configuração de uma violência conjugal que, aos poucos, vai se estendendo para os filhos. Essa configuração inicia na violência entre o casal e atinge os filhos, na medida em que os pais vão incluindo-os nas interações violentas. E há ainda a raiva que o adolescente tem da irmã porque ela nada faz. Fazer nada aqui significa não ajudá-lo nas tarefas domésticas e, assim, poder brincar se quiser, ou fazer nada. Essa condição de responsável pelo serviço doméstico faz com que ele se veja em um papel de autoridade sobre a irmã e reproduza a comunicação violenta que a mãe tem sobre ele. Essas autoras analisam a expressão da violência em duas situações familiares, na conjugalidade e na parentalidade, indicando que a violência se instala como fracasso da interação. Considera-se que essa violência é sempre muito paradoxal, pois tem uma conotação de correção e de prevenção, é uma forma de comunicação afetiva e um fracasso da comunicação oral, como ilustra o diálogo a seguir.

As expressões de violência são múltiplas.

> Adolescente: “Doeu. De cinto! Um cinto preto que tem lá em casa!”. Mãe: “Mas ele apanhou e sabe porque?”.
>
> Adolescente: “Mas ela fica me ameaçando bater com galho de goiaba ai! (chorando)”.

Mãe: “Mas foi só uma vez”.

Adolescente: “Mas a senhora me batia com mangueira! Admite aí! Uma vez não, a senhora sempre me ameaçava! Para de mentira!”.

Mãe: “Mas é melhor ameaçar de bater do que bater num é?!”.

Adolescente: “Num só ameaçava não, a senhora me batia mesmo! Num lembra não?”.

Mãe: “Lembro**.** Quando merecia apanhar, apanhava! Porque é melhor eu te bater hoje do que você apanhar dos bandidos na rua ou da polícia de cassetete! Porque o cassetete dói, meu filho!”

Essa sequência de comunicações mostra uma mãe justificando sua violência e um filho reclamando e denunciando como ele vê e recebe a violência. Ele se sente encorajado a nos oferecer um retrato da realidade da escalada de violências que aumentam e se sofisticam. Por outro lado, há uma crença da mãe de que ela bate para a polícia não bater, porque se ela não bater agora, ele será um bandido e fatalmente irá cair nas mãos da polícia mais tarde. Muitos autores concordam (Forensic Psychology Practice, 2006; Marshall, 2001; Seto, 2008, 2009; Zankman & Bonomo, 2004) que o adolescente ofensor sexual pode não ter sido abusado de forma sexual anteriormente, mas ele teve experiências de relações violentas, ou de maltrato, e o abuso em si é considerado uma repetição dessa experiência.

Instabilidade emocional, organização caótica e presença de violência são fatores que as pesquisas identificaram nesses adolescentes. Os achados deste texto vêm corroborar essas pesquisas. Um dado interessante é que o diálogo desse adolescente com sua mãe ilustra a falta de uma empatia entre eles. A presença de empatia, para esses adolescentes ofensores sexuais, é um marco na possibilidade deles superarem suas ações violentas e integrarem-se socialmente (Forensic Psychology Practice, 2006; Marshall, 2001; Seto, 2008, 2009; Zankman & Bonomo, 2004). As intervenções visando ressocialização de adolescentes e adultos ofensores sexuais enfatizam o valor das experiências pregressas de vitimização

em relação à violência. Essa associação se dá entre ter sofrido violência, especialmente por parte das figuras parentais, e a expressão de violência nas relações na vida adulta (Hollist *et al*., 2009; Lansford *et al*., 2007).

A mãe mostra-se zangada, sem paciência, irritada com as reações e respostas do filho durante todo o tempo da entrevista: "*Eu brigo mesmo! Brigo mesmo! Eu num tenho medo não...*". Zankman e Bonomo (2004) apontam o ambiente familiar desse adolescente como caótico e com a presença de drogas, alcoolismo e outras violências, como veremos a seguir.

> Mãe: "Mais tarde eu descobri que ele mexia com droga, mas assim, a gente nunca via, porque ele tava sempre lúcido! No tempo que ele ficou lá, assim, a gente num viu ele mexendo, mas em São Paulo ele deu trabalho pra mãe dele".
>
> Adolescente: "Meu pai foi preso [seis anos]".
>
> Mãe: "Até onde eu sei, parece que foi roubo de carro, mas até onde eu sei, porque eles me contam as coisas pela metade, e eu também num me interessava em saber né!".
>
> Mãe: "Até onde eu sei, disse que ele pulou de um prédio e saltou".
>
> Mãe: "Aí, essa avó aí, queria que eu mentisse, dizendo pro Tom que 'ah diz que ele ficou doente e morreu' eu falei 'que? Ele já é um adolescente e sabe muito bem quem é ele!' " [o pai morreu há 3 anos].
>
> Mãe: "Pra mim era dívida, porque no tempo que ele ficou preso, ele quase morreu dentro da cadeia, porque ele usava droga e chegava no dia pra pagar os caras ele num tinha, então, a mulher dele, a viúva lá, tinha que se virar pra arruma dinheiro pra pagar! E eu acho que quando ele saiu da cadeia, ele continuou mexendo, ou seja, ele tava devendo dinheiro e num quis falar com ninguém! E o quê que ele fez? Se matou".

Zankman e Bonomo (2004) enfatizam a necessidade de se colocar pais e filhos para conversarem em sessões terapêuticas, para que possamos conhecer o grau de congruência e/ou incongruência presente nas relações. Afinal o adolescente passa o maior tempo de sua vida em família, e esta precisa de orientação sobre como lidar com essa violência presente na casa. Esses dois autores observam violência conjugal, baixa coesão entre os membros da família e uma relação afetiva pouco calorosa. Os diálogos até agora mostrados confirmam essas indicações. A situação do pai do adolescente ter sido "*envolvido com drogas*" (traficante?), preso, e posteriormente se suicidado quando era perseguido pela polícia, constitui-se numa história de origem problemática e significativa para o adolescente.

2º Núcleo: A circunstância do abuso sexual e a relação com a vítima

Esse núcleo apresenta uma peculiaridade que é o relato extremamente minucioso oferecido pelos membros da família acerca da ocorrência do abuso sexual e das reações das pessoas envolvidas. Apesar de as famílias constantemente indicarem não quererem voltar a falar sobre o fato em si, esses sujeitos nos revelaram detalhes da dinâmica familiar que se estabelece após a revelação.

Um aspecto ressalta desde o início do relato: a reação da vítima é imediata, ou seja, a vítima passa a comunicar, mesmo que de maneira confusa, o ocorrido. A irmã do adolescente apresentou logo sintomas como choro constante, pedidos para a mãe não sair de casa, que se caracterizaram por mudanças de comportamento (Sanderson, 2005) que a própria mãe estranhou, mas não imaginou se tratar de uma violência contra a menina.

> Mãe: ... ela gostava de ficar com ele. Mas de repente ela ficava chorando, ela grudava em mim. Chorava, chorava, eu falava: coloca ela no braço, leva ela lá para dentro, vai, dá comida para ela, vai assistir televisão com ela, para eu poder sair. Mas ela não queria ficar com ele.

As mudanças de conduta são reconhecidas por muitos autores como sinais inequívocos de que algo está perturbando a criança. É preciso que esses sinais sejam valorizados e que sirvam de motivação para que a família possa começar a indagar sobre o que se passa (Habigzang & Koller, 2011).

Após a denúncia, a família apresenta um movimento no sentido de restabelecer um apoio e proteção tanto à criança vitimizada como ao adolescente agressor.

> Mãe: Aí eu fiquei sem saber o quê fazer. Procurei, cheguei e falei com meu esposo ... queria ir na delegacia, mas não fui na delegacia ... porque é dentro da família. Quando é outra pessoa de fora ... você tem outros pensamentos, você vai procurar a delegacia, você vai se fazer ouvir, você quer justiça.

Essa fala demonstra uma intenção de interromper a situação de violência e restabelecer proteção, no entanto indica que as ações legais a serem tomadas não são alternativas viáveis para ela. A mãe toma inciativas que ficam restritas ao âmbito da casa, a partir de suas próprias conclusões. No entanto, essa atitude tem seu valor esperado. Autores como Marshall (2001), Oliver (2007), Zankman e Bonomo (2004) e Hollist *et al*. (2009) entendem que o tratamento do adolescente que cometeu ofensa sexual não pode ser realizado sem a participação da família, e que a possibilidade de recidiva está diretamente ligada à atenção e acolhimento que a família dispensa a esse adolescente, diminuindo o nível de tensão a ansiedade, e não por meio de agressividade contra ele.

Em comunicação pessoal, Viviane Amaral dos Santos, psicóloga coordenadora do CEREVS da VIJ/DF (Centro de Referência para Proteção Integral da Criança e do Adolescente em Situação de Violência Sexual da Vara da Infância e Juventude do Distrito Federal, em 13/08/2012), diz que atualmente os juízes da infância encontram-se em uma posição bastante delicada frente à aplicação de medida de afastamento do agressor do lar (prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente) (Brasil, 1990) com relação ao adolescente que cometeu ofensa sexual intrafamiliar-

mente. Isso ocorre em função de reconhecerem uma realidade de instituições de acolhimento inadequadas que possam receber esse adolescente, além de tentarem preservar seus direitos à convivência familiar, preconizado pelo ECA (Brasil, 1990). Ao ser afastado do lar, esse adolescente corre o risco de perder seus vínculos afetivos, o que pode determinar um agravamento das condições de agressividade e recidiva do ato violento. De certa forma essa profissional corrobora a ideia de que a família, por si mesma, toma providências conforme suas competências. Sem dúvida, essa situação ilustra dúvidas e acende um debate que é bem característico de nossa realidade socioeconômica. O que está em jogo aqui é a responsabilização ou não do adolescente, a despeito das péssimas condições que o Estado oferece para a ressocialização daqueles que cometem um ato infracional.

Essa discussão é enriquecida pela posição de Butler e Seto (2002), que distinguem dois tipos de adolescentes que cometeram ofensa sexual: os que cometeram unicamente ofensa sexual e os que, além dessa ofensa, cometeram atos infracionais causando dano social e não só familiar. Esse segundo tipo tem um comprometimento comportamental maior e sua possibilidade de recidiva de conduta é mais grave, o quer não é o caso desses adolescentes que estamos discutindo, pois nenhum deles tem histórico de ato infracional. O trabalho com esses adolescentes deve levar em consideração essa diferenciação (Penso, Conceição, Costa & Carreteiro, 2012).

O relato das entrevistas aponta que a violência cometida contra a criança já existia anteriormente ao abuso sexual, porém era uma violência sancionada pela família: Adolescente - *Antes eu dava uns tapa nela, aí minha mãe falou que era pra eu fazer isso, aí ela dizia que ia contar pra ela.* Havia um sentido para o irmão bater na irmã. Ele estava, no lugar da mãe, educando-a. Essa constatação traz à discussão a posição de Chagnon (2008), quando diz que esses adolescentes cometem ofensas sexuais em decorrência de práticas educativas erradas, ou seja, o correto é ensinado por meio da violência, que se perpetua quando o adolescente é instado a educar, também por meio da violência. Dois adolescentes quando perguntados em que momentos ficavam com grande proximidade com a irmã, responde-

ram: *A gente dormia no mesmo quarto.* Faleiros (2008) insiste que a organização da casa pode ser facilitadora da intimidade entre seus membros e, acrescentamos, em circunstâncias nas quais se agrega violência e inversão de hierarquia, como podemos nos dar conta nas falas desse item. A partir da revelação do abuso sexual a família tem de realizar várias transformações, não só subjetivas, mas concretas e físicas também. Adolescente: *Eu tô dormindo no meu quarto ... a sala lá de casa é grandona* (referindo-se à mudança que foi possível pelo tamanho da sala, que permitiu erguer parede divisória). *Minha mãe dividiu um pedaço* (local onde a irmã dorme).

A família ainda adota como estratégia de seguir adiante e não se falar mais no assunto.

> Mãe: Entender eu entendo, mas nem gosto de lembrar. O que passou, passou, o que passou é passado. Eu não gosto nem de tocar no assunto.
>
> Entrevistadora: A família fala nesse assunto? Não? Ninguém toca no assunto, nem a criança, nem a mãe da criança? Mãe: A mãe da criança disse que perdoou ele.

Como foi colocado acima, esse é o modo de conviver com a vítima e o vitimizador sem que seja necessário promover grandes rupturas. Em termos de organização familiar é o que Minuchin (1982) chama de processo de acomodação que se instala sempre que uma família vive um momento de mudança muito intenso e utiliza um tempo para fazer as adaptações necessárias ao novo momento de convivência.

Com relação à mãe, seu sentimento é: *Eu fiquei assim: desorientada. Não sabia o que fazer, quem procurar. Aí eu falei assim, né? Se eu ficar com isso, assim, nós, dentro de casa, não ia ser uma solução para conseguir resolver o problema, né?* É interessante, pois, mesmo com a desorientação, segue-se uma reflexão de que a manutenção de um segredo, resguardando o fato de outras pessoas, não

seria uma decisão positiva. Lima e Alberto (2010) também encontraram relatos semelhantes nos quais as famílias, em especial as mães, imediatamente se preocupam em iniciar um processo de resolução ou pelo menos de encaminhamento, visando a proteção dos filhos. Mãe: *E aí, eu conversei com meu esposo, que eu acho que foi uma coisa muito séria e pode se repetida se a gente não tomar uma atitude*. Faleiros (2008) aponta a necessidade de que a violência seja interrompida a todo custo. A seu modo essa família caminha nessa direção. E mais, a posição adotada por esses pais indica uma avaliação contrária a uma postura de negligência ou de dificuldade de encararem a circunstância.

Pode-se compreender que a violência ocorreu também em função da organização familiar privilegiar a sobrevivência e a provisão das necessidades materiais. A mãe foi trabalhar e delegou ao adolescente suas tarefas.

> Mãe: Eu trabalhava numa colônia de férias ... em julho. Sempre eu trabalhava nessa colônia de férias, eu pensava que ele já tava numa idade que ele é responsável, já deixava a comida pronta, então eu deixava a minha filha lá. Ela tem quatro anos. Então eu deixava com ele, porque a colônia de férias era à tarde. Aí eu saia onze e meia, já dava banho nela, deixava tudo prontinho.

Marshall (2001) e Oliver (2007) consideram que esse adolescente que comete ofensa sexual não pode ser rotulado como um agressor contumaz, pois sua ofensa tem que ser vista em um contexto no qual fazem parte outras violências com justificativa de educação sobre ele, além de se reconhecer que esse adolescente não possui um ambiente favorável a que seja escutado ou acolhido em suas ansiedades. Costa (2012) ainda acrescenta que esse adolescente não recebe orientação sexual dentro de casa e nem compartilha com os pais suas ansiedades e fantasias sexuais. Em termos de nossa cultura, com relação à faixa socioeconômica de pertencimento desses adolescentes, é preciso acrescentar que eles assumem

tarefas domésticas que os aproximam mais intimamente de suas vítimas (Costa, Junqueira, Ribeiro & Meneses, 2011).

Em seguida temos acesso a um relato que é muito detalhado do que se passou com a mãe, qual seu percurso para confirmação da violência sofrida por sua filha.

> Mãe: a calcinha dela tava saindo uma mancha amarela ... Mas como? As calcinhas são novas, as calcinhas dela é bem lavada, aí eu falei: gente era para mim ter levado ao médico faz muito tempo. Aí eu levei na pediatria ... aí encaminhou para a ginecologista ... quando eu chego lá na ginecologia, aí foi que ela perguntou quem cuidava. Ela falou que tomasse mais atenção, ser mais esperta, que pode ser que tivesse acontecendo alguma coisa. A única pessoa que tem de homem que tem na minha casa é ele e o pai. Aí você fica numa situação assim, né? A ginecologista conversou com ela .... que ninguém podia mexer naquele local, só a mamãe, para lavar e tal. Eu saí de lá ... fiquei lá na pracinha com ela. Comprei sorvete para ela aí fiquei lá conversando. Eu perguntei: alguém mexeu? (...) ela ficou assim: parada. Falou: já. Você tem que confiar na mamãe, ela é a sua melhor amiga. Aí ela pegou e falou assim: Não, mamãe. Eu não posso falar. Aí eu falei assim: eu tô aqui para ajudar ela, que não vai acontecer nada com você, você pode falar. Ela: aconteceu alguma coisa. Eu: o que quê aconteceu? Aí ela: se eu falar, o Go vai brigar comigo. Vai bater em mim. Eu falei: não, você fala que a mamãe não vai deixar o Go bater em você. Você é pequena, ele não pode bater em você.

A criança passa, então, a contar como se deu o abuso sexual, e a mãe, com detalhes, reproduziu para o entrevistador toda a narrativa da criança. Pode-se imaginar o conflito dessa mãe ao acreditar no que a filha estava contando (Lima & Alberto, 2012, encontraram mães com essa mesma coragem de buscar e confiar no relato das filhas). Essa mãe, em particular, não se furtou a voltar atrás e enfrentar

sua vergonha sobre o fato que envolve membros da família, inclusive ela primeiro suspeitou do marido. Tomou providência assertivas e necessárias como levar a um pediatra e escutou e reproduziu as orientações da ginecologista. Principalmente garantiu à filha que a protegeria. O que chama muito atenção nessa fala da mãe é a competência em tomar iniciativa e dar seguimento às providências práticas para que a violência fosse interrompida e houvesse o restabelecimento da proteção à criança. Essa situação não corresponde àquela descrita por autores que encontraram mães vacilantes e temerosas de desencadear ações de revelação da situação de violência (Almeida Prado & Pereira, 2008), porém se alinha com outros autores que percebem as reações das mães de vítimas de abuso sexual como sendo de sofrimento e competência frente a situações críticas (Santos & Dell'Aglio, 2008).

É verdade que a família reorganiza o sistema de acordo com suas possibilidades mais ampliadas ou mais limitadas. Houve registro? Pergunta a entrevistadora. *Não*, responde a mãe (esse caso chegou à instituição via Conselho Tutelar). Porém, acrescenta: *Eu nem fui mais trabalhar. Porque quando eu saia ela grudava em mim, chorava, gritava .... e ela gostava de ficar com ele*. Em princípio, mesmo com a denúncia feita e providências tomadas, a circunstância da violência fica restrita aos membros da família nuclear. No entanto, logo em seguida, visando ajuda para a resolução de ordem prática das mudanças necessárias, a família vai gradativamente pedindo ajuda ao seu núcleo extenso. A vítima contou para a tia materna que contou para avó materna: adolescente falando sobre essa avó: *Ela brigou comigo .... só brigou.* Todos os autores trazidos à discussão nesse texto concordam em um ponto crucial que é a presença da violência constante em relação a esse adolescente, seja por método educativo, seja por explosão de raiva dos pais sobre ele. Essa violência já existia antes do abuso sexual intrafamiliar e permanece após.

> Mãe: E depois? Na outra semana? Levou uma surra! .(...) porque ele disse que era uma coisa e era outra! Mentiu!
>
> Adolescente: Eu falei que foi só uma vez.
>
> Mãe: Você disse que só tinha passado a mão nela e é mentira! .... você tinha tentado colocar a mão na bunda dela! .... depois que ela contou a verdade, porque ela não ia contar. Você tava ameaçando ela!
>
> Adolescente: Não foi! Não foi! Não foi! Não foi! Não foi assim!

O adolescente foi perguntado se ele percebeu que machucou a irmã. Ele responde que não. Mãe: ... *ela falou que ele ficava ameaçando ela se ela contasse, que ele ia bater nela!*

Esse diálogo entre mãe e filho revela que ameaças e violência física permeiam a vida de todos. Também indica uma concordância entre autores (Chagnon, 2008; Costa, 2012; Costa *et al*., 2011; Hollist *et al*., 2009; Marshall, 2001; Zankman & Bonomo, 2004) sobre a incidência de violência com relação a esse adolescente. Essa violência aparece antes da violência sexual intrafamiliar e, permanece, às vezes, aumentada após a revelação. Essa constatação é fundamental para que os programas de atendimento a esse adolescente considerem esse fator e incluam as famílias como ponto imprescindível nos atendimentos.

> Mãe: ... não, nem todo mundo sabe .... minha mãe, a tia dela e o pai dela .... tem o outro tio também, são dois tios que sabem. Aí ela ficou um tempo na casa da minha mãe, ela ficou na minha mãe até eu conseguir uma casa pra nós morar.

Essa fala trata das soluções imediatas que a família providencia para enfrentar a descoberta da violência. A revelação envolve membros da família extensa como avós, tios e tias e mobiliza-os para acolher ou a criança ou o adolescente, até que a família se restabeleça um pouco e consiga tomar alguma decisão de

maior peso. Para o atendimento a situações de violência sabe-se que as intervenções em rede (Dabas, 2006) se constituem em uma excelente opção porque reúne recursos familiares, comunitários e sociais, ampliando o escopo das possibilidades. Percebe-se que a própria família inicia esse movimento com a construção de uma rede de familiares mais próximos um pouco além da família nuclear. Essa rede familiar visa a proteção e diminuição do estresse familiar frente às decisões que a revelação de abuso sexual traz, antes que instâncias sociocomunitarias levem a denúncia para o âmbito jurídico. É claro que essa configuração tem um aspecto positivo – a solidariedade com o sofrimento da família, porém também possui uma dimensão negativa que é adiar, ou mesmo impedir, a responsabilização do autor do ato violento. Nesse acaso, a justiça familiar se faz (com mais violência) e, depois, a determinação é esquecer.

> Mãe: tenho o maior medo de ver a minha filha traumatizada né... ele nem tanto, porque ele tem mais consciência porque é maior agora. Ela hoje em dia num quer nem tocar no assunto “Meu irmão num mexe mais comigo, e eu sei que ele num vai mais mexer comigo, eu tenho minha avó e ela num vai deixar ninguém mexer comigo...” Ela tem muita confiança na avó dela, que o elo dela agora é a avó dela, porque ela sabe que a avó dela num vai deixar ninguém fazer nada com ela!

Considerações finais

A finalização caminha no sentido de constatar que a violência permeia a vida do adolescente, seja pela adoção de práticas educativas erradas por parte dos adultos que o educam, assim como Chagnon (2008) salienta, seja por meio de correções que visam o castigo físico (Marshall, 2001). A autoridade é exercida por violência física sobre o adolescente, caracterizando-se mais por um autoritarismo do que por ascendência hierárquica sobre ele (Marshall, 2001; Oliver, 2007). A violência com a vítima tem início antes do abuso sexual, esses adolescentes tomam con-

ta dessas crianças, responsabilizando-se pelos seus cuidados físicos, e a violência acontece com o aval da família (Costa *et al*., 2011). Não se pode deixar de responsabilizar o adolescente pela violência cometida, mas há que se reconhecer sua condição simultânea de vitimização tanto quanto de violentador.

Há necessidade de que se volte para a escuta da narrativa das situações de abuso sexual que identificam os paradoxos como o apontado acima, quando a mãe autoriza o adolescente a bater na irmã, mas o agride quando ele abusa sexualmente da mesma. É preciso tempo para se oferecer um contexto mais amplo de compreensão e aceitação da circunstância que cerca o abuso sexual. O abuso em si é uma dominação e o adolescente pretende minimizar o fato com suas negativas. A escuta à vítima é primordial.

E, finalmente, é fundamental reconhecer-se a importância da notificação, pois a família toma iniciativas de proteção, é verdade, mas também de violência. A presença da Justiça deve restabelecer os direitos inerentes a cada um dos sujeitos (Costa *et al*., 2011; Marshall, 2001). O tema dos direitos humanos não pode estar ausente desse momento de decisões jurídicas e terapêuticas, pois é necessário o restabelecimento da cidadania do adolescente e demais membros da família (Howells & Day, 1999; Ward *et al*., 2007).

Referências

Almeida Prado, M. C. C. & Pereira, A. C. C. (2008). Violências sexuais: incesto, estupro e negligência familiar. *Estudos de Psicologia, 25*(2), 277-291.

Barbier, R. (2002). *A pesquisa-ação*. Brasília: Plano.

Bianchini, F. & De Antoni, C. (2012). Adolescentes que abusam sexualmente de crianças e de outros adolescentes. In L. F. Habigzang & Koller, S. H. (Eds.), *Violência contra crianças e adolescentes* (pp. 123-133). Porto Alegre: Artmed.

Borduin, C. M., Schaeffer, C. M. & Heiblum, N. (2009). A Randomized Clinical Trial of Multisystemic Therapy with Juvenile Sexual Offenders: Effects on Youth Social Ecology and Criminal Activity. *Journal of Counseling and Clinical Psychology, 77*(1), 26-37.

Brasil (1990). Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Lei n° 8.069/90.

Butler, S. M. & Seto, M. (2002). Distinguishing Two Types of Adolescent Sex Offenders. *American Academy of Child Psychiatry, 41*(1), 83-90.

Chagnon, J-Y. (2008). As agressões sexuais: uma organização de transtornos narcísico-identitários. *Paidéia, 18*(41), 495-515.

Costa, B. N. S. (2012). O filho de ninguém. Estudo de caso de adolescente que cometeu ofensa sexual. In M. A. Penso, M. I. G. Conceição, L. F. Costa & T. C. O. Carreteiro (Eds.), *Jovens pedem socorro. O adolescente que praticou ato infracional e o adolescente que cometeu ofensa sexual* (pp. 139-152). Brasília: Liber Livro / Universa.

Costa, L. F. (2011). Participação de Famílias no Grupo Multifamiliar de Adolescentes Ofensores Sexuais: vergonha e confiança. *Psicologia Clínica, 23*(1), 185-201.

Costa, L. F., Junqueira, E. L., Ribeiro, A. & Meneses, F. F. F. (2011). “Ministério da Obrigação adverte”: é preciso proteger os adolescentes ofensores sexuais. *Avances en Psicología Latinoamericana*, *29*(1), 33-46.

Costa, L. F., Ribeiro, A. & Moura, M. G. (2012). Profissionais atendem ofensores sexuais: da repulsa à esperança. *Diaphora, 12*(1), 58-69.

Craig, L. A. (2005). The impact of training on atitudes towards sex offenders. *Journal of Sexual Aggression, 11*(2), 197-207.

Dabas, E. (Ed.) (2006). *Viviendo Redes. Experiencias y estrategias para fortalecer la trama social.* Buenos Aires: CICCUS.

Deslandes, S. F., Gomes, R. & Minayo, M. C. S. (Eds.) (2007). *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade* (25ª ed.). Petrópolis: Vozes.

Faleiros, V. de P. (2008). Parar o abuso e desenvolver a proteção. In L. F. Costa & H. G. D. de Lima (Eds.), *Abuso sexual. A justiça interrompe a violência* (pp. 159-170). Brasília: Liber Livro.

Fishman, H. C. (1989). *Tratamiento de adolescentes con problemas*. Buenos Aires: Paidós.

Forensic Psychology Practice (2006). *Adolescent Sex offenders. A Practitioner's Portfolio*. Boldmere: The Willow Clinic.

Habigzang, L. F. & Koller, S. H. (2011). *Intervenção psicológica para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. Manual de Capacitação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Hengeller, S. W., Chapman, J. E., Borduin, C. M., Schewe, P. A. & McCart, M. R. (2009). Mediators of Change for Multisystemic Therapy with Juvenile Sexual Offenders. *Journal of Counseling and Clinical Psychology, 77*(3), 451-462.

Hollist, D. R., Hughes, L. A. & Schaible, L. M. (2009). Adolescent maltreatment, negative emotion, and delinquency: An assessment of general strain theory and family-based strain. *Journal of Criminal Justice, 37*, 379-387.

Howells, K. & Day, A. (1999). The Rehabilitation of Offenders: International Perspectives Applied to Australian Correctional Systems. *Australian Institute of Criminology, 112*, 1-6.

Lansford, J. E., Miller-Johnson, S., Berlin, L. J., Dodge, K. A., Bates, J. E. & Pettit, G. S. (2007). Early Physical Abuse and Later Violent Delinquency: A Prospective Longitudinal Study. *Child Maltreatment, 12*, 233-245.

Lima, J. A. & Alberto, M. F. P. (2010). As vivências maternas diante do abuso sexual intrafamiliar. *Estudos de Psicologia, 15*(2), 129-136.

Lima, J. A. & Alberto, M. F. P. (2012). Abuso sexual intrafamiliar; as mães diante da vitimação das filhas. *Psicologia & Sociedade, 24*(2), 412-420.

Marshall, W. L. (2001). *Agresores sexuales.* Barcelona: Ariel.

Marshall, W. L., Ward, T., Mann, R. E., Moulden, H., Fernandéz, Y. M., Serran, G. & Marshall, L. E. (2005). Working Positively with Sexual Offenders: Maximizing the Effectiveness of Treatment. *Journal of Interpersonal Violence, 20,* 1096-1114.

Mandeville-Norden, R. & Beech, A. R. (2006). Risk Assessment of Sex Offenders: The Current Position in the UK. *Child Abuse Review, 15*, 257-272.

Minuchin, S. (1982). *Famílias. Funcionamento & Tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Oliver, B. E. (2007). Three steps to reducing child molestation by adolescents. *Child Abuse & Neglect, 31*, 683-689.

Penso, M. A., Conceição, M. I. G., Costa, L. F. & Carreteiro, T. C. O. (2012). *Jovens pedem socorro. O adolescente que praticou ato infracional e o adolescente que cometeu ofensa sexual.* Brasília: Liber Livros.

Ramos, M. E. C. (2010). A violência como padrão de comunicação familiar. In M. M. Marra & L. F. Costa (Eds.), *Temas da clínica do adolescente e da família* (pp. 149-163). São Paulo: Ágora.

Ramos, M. E., Santos, C. & Dourado, T. (2009). Violência intrafamiliar: Desvelando a face (oculta) das vítimas. In F. R. de Lima & C. Santos (Eds.), *Violência Doméstica. Vulnerabilidades e Desafios na Intervenção Criminal e Multidisciplinar* (pp. 147-156). Rio de Janeiro: Lumens Juris.

Sanderson, C. (2005). *Abuso sexual em crianças.* São Paulo: M. Books do Brasil.

Santos , S. S. & Dell'Aglio, D. D. (2008). Compreendendo as mães de crianças vítimas de abuso sexual: ciclos de violência. *Estudos de Psicologia, 25*(4), 595-606.

Seto, M. (2008). *Pedophilia and sexual offending children. Theory, assessment and intervention.* Washington: American Psychology Association.

Seto, M. (2009). Pedophilia. *Annual Review of Clinical Psychology, 5*, 391-407.

VIJ (Vara da Infância e da Juventude) (2012). *Dados consolidados 2011.* Acessado em http://www.tjdft.jus.br/trib/vij/docVij/estatis/2010/vij_estatisticaViolSex.pdf.

Ward, T.; Gannon, T. A. & Birgden, A. (2007). Human Rights and the Treatment of Sex Offenders. *Sex Abuse, 19*, 195-216.

Zankman, S. & Bonomo, J. (2004). Working with Parents to Reduce Juvenile Sex Offender Recidivism. *Journal of Child Sexual Abuse, 13*(3/4), 139-156.

9 Acabou, e agora? Encerramento de uma pesquisa-ação sobre violência[1]

Alciane Barbosa Macedo Pereira
Maria Inês Gandolfo Conceição

A pesquisa-ação surgiu há mais de 50 anos, como uma abordagem em Ciências Sociais que está presente na atualidade em trabalhos de várias áreas do conhecimento. Thiollent (1996) define esse método como uma forma de se fazer pesquisa social qualitativa com base empírica, que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo. Para o autor, em todo o processo, os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo. Nesse sentido, o planejamento de uma pesquisa-ação, como afirma Thiollent (1996) é muito flexível, pois não segue uma série de fases rigidamente ordenadas. Assim, a apresentação de temas para o desenvolvimento da pesquisa-ação só é possível se há a consideração de que existe durante a pesquisa a possibilidade de ir e vir e entrelaçar as diferentes temáticas.

No que diz respeito ao uso de temas na realização da pesquisa-ação, Barbier (2007) discute sobre quatro temáticas centrais no seu método:

1) A identificação do problema e a contratualização;

(1) Fonte de financiamento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

2) O planejamento e a realização em espiral, ou seja, de maneira não linear;

3) As técnicas da pesquisa-ação (particularmente a denominada observação participante predominantemente existencial e o diário de itinerância); e

4) A teorização, a avaliação e a publicação dos resultados.

A partir do reconhecimento do entrelaçamento das temáticas este trabalho tem por questão central o processo final da pesquisa-ação, que, segundo Barbier (2007), acontece quando o problema inicial é resolvido. Por isso, somente os participantes ligados ao problema podem, de acordo com o autor, por fim, refletir e discutir sobre a resolução, por mais que hajam argumentos por parte dos pesquisadores profissionais sobre questões relacionadas a tempo, dinheiro, disponibilidade etc.

Dessa maneira, este artigo tem por objetivo apresentar uma pesquisa de análise documental sobre a temática do processo de encerramento de uma pesquisa-ação sobre a prevenção da violência física intrafamiliar em contexto comunitário. É importante ressaltar que a relação pesquisadores-participantes nesse tipo de metodologia se diferencia das demais principalmente pela proximidade e envolvimento que se estabelecem entre eles. Um estudo desse tipo se justifica devido ao crescimento da utilização do método da pesquisa-ação nos diferentes contextos e a ética necessária em todos os momentos da pesquisa, particularmente na fase final que deve promover autonomia entre os participantes e não fomentar a dependência emocional entre os envolvidos.

É relevante conceituar o que aqui se define como violência física intrafamiliar. A violência é relacional e expressa nos diferentes contextos sociais. Paradoxalmente, o contexto de maior ocorrência da violência contra a criança é o familiar, onde elas deveriam ser protegidas. Sudbrack e Conceição (2005) discutem que a violência utiliza como o instrumento o poder sobre o outro, e no caso da violência praticada contra crianças e adolescentes a dimensão relacional está também implicada no abuso de poder. Segundo Minayo (2002), na violência contra crianças e

adolescentes está implicada uma transgressão no poder/dever de proteção do adulto, e da sociedade em geral, e a coisificação da infância, ou seja, a negação do direito que crianças e adolescentes têm de serem considerados sujeitos e pessoas em condições especiais de crescimento e desenvolvimento.

A violência contra crianças e adolescentes praticada no contexto familiar se manifesta de diferentes maneiras. As diversas formas são discutidas por Azevedo e Guerra (2007), Minayo (2002), Faleiros e Faleiros (2007) que, ressalvando as diferenças entre eles, definem basicamente seis tipos: violência estrutural; violência física; violência psicológica; negligência e abandono; violência sexual; e trabalho infantil. Maldonado e Williams (2005), acrescentam, por sua vez, como um dos tipos de violência contra criança a exposição à violência no âmbito doméstico, praticada contra outras pessoas.

Particularmente sobre a violência física, Faleiros e Faleiros (2007) apresentam que ela corresponde a uma relação social de poder manifestada nas marcas que ficam principalmente no corpo, machucando, causando lesões, ferimentos, fraturas, queimaduras, traumatismos, hemorragias, escoriações, lacerações, arranhões, mordidas, equimoses, convulsões, inchaços, hematomas, mutilações, desnutrição e até morte. Os autores alertam, ainda, para a ocorrência frequente da escalada da violência, que corresponde ao agravamento gradual das agressões.

No que diz respeito à prática da violência contra crianças e adolescentes por quem lhe são familiares, Ribeiro, Borges, Galvão, Santana e Ramos (2001), em pesquisa realizada em Brasília/DF junto a famílias com histórico de violência física, psicológica e sexual, avaliaram que há um ciclo ou padrão de comportamento dos membros da família que retroalimentam os atos violentos. Além disso, de acordo com o estudo, todos os envolvidos sofrem as consequências diretas ou indiretas da convivência em um contexto onde as relações são permeadas pela violência. É necessário considerar que violência é uma problemática da dinâmica familiar e que a família deve ser vista como possuidora dos seus próprios instrumentos de mudança (Ribeiro *et al*., 2001).

As alternativas encontradas para tal fenômeno estão relacionadas à adequação do poder sobre a criança e o adolescente para sua proteção, e não para a reprodução da coisificação da infância a partir de um olhar adultocêntrico. Outro ponto importante é diferenciar autoridade de violência, sem perder de vista o foco sobre o princípio de que crianças e adolescentes são sujeitos de direito e, portanto, portadores de cidadania.

O processo de encerramento entre pesquisadores e participantes da pesquisa-ação

A pesquisa-ação é realizada a partir da relação pesquisadores-participantes, uma vez que eles estão implicados no processo de construção do conhecimento nesse método. Essa implicação, por sua vez, se dá do início ao fim do processo investigativo. Nesse sentido, a maneira como se encerra uma pesquisa-ação está relacionada ao processo de construção da própria pesquisa.

O encerramento aqui estudado tem uma conotação particular. Refere-se ao processo de separação entre pesquisadores e atores que leva à finalização da pesquisa. Em contextos terapêuticos, essa separação é/pode ser chamada de “processo de alta” ou “suspensão de serviço”. Devido a essa presença constante do ator e do pesquisador, Franco (2005) descreve que a pesquisa-ação bem realizada só é possível quanto se conta com um longo tempo para sua realização plena. Assim, um processo aligeirado, superficial, com tempo marcado não corresponde às características da pesquisa-ação, pois a imprevisibilidade é um componente fundamental à prática desse tipo de pesquisa.

Outro componente importante para a pesquisa-ação, conforme aponta Morin (2004), é a negociação entre pesquisadores e participantes, que deve estar presente do início ao final da pesquisa. Para Morin (2004), no plano da cogestão espera-se que todas as decisões, para as diferentes tarefas de pesquisa e de ação, inclusive a respeito do encerramento das atividades, sejam tomadas por todos os atores envolvidos. Esse é o nível mais difícil de ser alcançado porque é considerado como obrigação de decisão coletiva, às vezes, mesmo nos menores detalhes.

Sobre o final da pesquisa-ação, Barbier (2007) afirma que na pesquisa-ação a interpretação e a análise, presentes nas últimas fases da investigação, são produto de discussões de grupo. Para o autor, no fim da pesquisa pode ou não haver a redação de um relatório final mas, de qualquer modo, há sempre discussão sobre os resultados e uma proposta de novas estratégias de ação. Assim, segundo o autor, havendo a necessidade, há ação.

Ao discutir sobre o final da pesquisa-ação como a quinta etapa, a fase de análise e avaliação dos resultados, Dionne (2007) também ressalta que há neste momento a análise e redação do relatório de pesquisa, que em pesquisa-ação também é realizada com os atores da ação. Para o autor, as divergências de interpretação podem também alimentar a discussão e favorecer uma compreensão mais fidedigna da situação. Especificamente sobre a finalização e reativação da ação, Dionne (2007) afirma que a última fase se distingue da precedente na medida em que permite a possível "saída" dos pesquisadores e atores do processo de pesquisa-ação realizada. Como se trata de um processo de intervenção, é evidente que a questão da continuidade da ação sempre deve estar colocada como possível, tal como proposto por Barbier (2007).

Já segundo Thiollent (1996), a finalização da pesquisa-ação está relacionada à devolutiva. E ao buscar uma conclusão sobre esse processo em pesquisa-ação o autor afirma que é desejável haver um retorno da informação entre os participantes que conversaram, participaram, investigaram, agiram etc. Esse retorno tem por objetivo a promoção de uma visão de conjunto. Os canais de divulgação, sobretudo os informais, são aproveitados para fortalecer a tomada de consciência do conjunto da população interessada (não limitada aos participantes efetivos). A tomada de consciência se desenvolve quando as pessoas descobrem que outras pessoas ou outros grupos vivem mais ou menos a mesma situação (Thiollent, 1996).

É importante ressaltar que uma pesquisa-ação chega ao fim quando o problema inicial é resolvido, ou ao menos esclarecido, desenvolvido, desvelado (Barbier, 2007). Por isso, somente os participantes ligados ao problema podem por fim re-

fletir e discutir sobre a resolução. Os pesquisadores profissionais podem decidir que o encerramento se aproxima por razões de tempo, de dinheiro ou outra implicação, mas somente os participantes devem ter a última palavra.

Conforme apresentado, o processo de encerramento no contexto da pesquisa-ação é marcado pela presença atuante dos pesquisadores e dos participantes. Tal atuação comparece ora na análise da mudança, da resolução dos problemas levantados, das informações construídas, como no momento da escrita do relatório final. É importante ressaltar, no entanto, o fato de que, para os autores estudados, o encerramento da pesquisa é também uma decisão a ser tomada coletivamente. Retomando a gênese e o desenvolvimento da pesquisa-ação, essa ideia é esclarecida, pois seria incoerente, nesse momento importante, desconsiderar a atuação dos participantes.

Como não fomentar a dependência em trabalhos de cunho comunitário

De acordo com Bock (2009), historicamente a Psicologia esteve comprometida com os interesses das elites brasileiras, para controlar, higienizar, diferenciar e/ou categorizar. Além disso, o serviço da psicologia, segundo a autora, foi durante muito tempo de difícil acesso para aquelas pessoas que possuíam baixo poder aquisitivo. Hoje nota-se, no entanto, a expansão crescente de trabalhos de psicólogos inseridos em instituições e localidades na busca por colocar a Psicologia a serviço de quem dela precisa, como é o caso da Psicologia Social Comunitária.

A pesquisa-ação analisada neste estudo insere-se na perspectiva da Psicologia Social Comunitária, perspectiva que, como afirma Góis (2005), teve sua origem nos movimentos sociais comunitários em diferentes países da Europa e da América do Norte, em especial naqueles que envolviam acentuadamente a saúde mental. Na América Latina, a Psicologia Social Comunitária nasceu sob influência da Psicologia Social Crítica, da Teologia da Libertação e da Educação Popular.

Bock (2009) discute que o interesse da Psicologia pelo âmbito da comunidade significou um avanço porque exigia que a Psicologia se voltasse para a realidade social como um princípio da construção da ciência e da profissão, sem a dicotomizar.

Campos (2005) conceitua a Psicologia Social Comunitária como uma das áreas da Psicologia Social que estuda a atividade do psiquismo resultante do modo de vida do lugar/comunidade. A Psicologia Social Comunitária tem por objetivo, segundo o autor, o desenvolvimento da consciência dos indivíduos como sujeitos históricos e comunitários, mediante um trabalho interdisciplinar que atua de maneira transversal ao desenvolvimento dos grupos e da comunidade.

Uma comunidade pode ser uma família junto a qual é possível desenvolver um trabalho a partir da perspectiva da Psicologia Social Comunitária. Particularmente no trabalho junto a famílias, como é o caso da pesquisa analisada neste estudo, Brandão e Costa (2004) afirmam ser fundamental valorizar as competências e os recursos que a família possui, mas que muitas vezes são desconhecidos. Além disso, é importante incentivar o diálogo entre os membros da família para assim acontecerem as mudanças necessárias naquele contexto.

Para Bock (2009), no entanto, a Psicologia se constituiu e ainda se institui na sociedade como uma profissão corretiva, utilizada somente quando patologias, desequilíbrios, conflitos, desajustes e desvios se instalam. No entanto, é imprescindível desenvolver uma profissão que contribua também para a qualidade de vida e a promoção de saúde das pessoas atendidas, levando-as a ações pautadas não na dependência, e sim na reflexão, na autonomia e na tomada de decisão que beneficie o sujeito e o seu contexto, visando a transformação da realidade social. Dessa maneira, a pesquisa-ação em contexto comunitário deve, particularmente, ter como princípio a participação ativa dos sujeitos envolvidos, durante todas as suas etapas, em busca dessa transformação da realidade social.

Considerações sobre os pressupostos metodológicos

Este estudo qualitativo foi realizado a partir do método da Pesquisa Documental, que de acordo com Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009) se diferencia da pesquisa bibliográfica por trabalhar com diferentes tipos de documentos. Assim, a Pesquisa Documental recorre a materiais que ainda não receberam tratamento analítico, sendo por tal motivo chamados de fontes primárias. Para a realização da análise dos documentos, buscou-se no presente trabalho o referencial da Epistemologia Qualitativa proposta por Fernando L. González Rey, mesmo sabendo da dificuldade desse intento.

Na obra de González Rey (2005a) encontram-se apontamentos sobre os princípios gerais da produção do conhecimento que sustentam a proposta da Epistemologia Qualitativa, conforme constituído pelo autor nas obras de 1997, 1999, 2000, 2001 e 2002: o *caráter construtivo-interpretativo do conhecimento*, o que implica a compreensão do conhecimento como produção e não como apropriação linear de uma realidade que se nos apresenta; a *legitimação do singular como instância de produção do conhecimento científico* e, assim, a pesquisa como produção teórica e estudo da subjetividade; e o ato de *compreender a pesquisa*, nas ciências antropossociais, *como um processo de comunicação direta ou indireta*, um processo dialógico, para assim conhecer as configurações e os processos de sentido subjetivo que, por sua vez, caracterizam os sujeitos individuais e viabilizam o conhecimento de como as diferentes condições objetivas da vida em sociedade afetam o homem.

No que diz respeito ao processo de análise de informações a partir da Epistemologia Qualitativa, González Rey (2005b) descreve que o indicador, mesmo sendo hipotético, tem explícito elementos presentes na informação estudada que justificam a hipótese elaborada. No entanto, segundo González Rey (2005b), o indicador não caracteriza uma entidade que se descreve. Os indicadores formam verdadeiras “cadeias de significação”. Assim, os indicadores são categorias produzidas

no processo de construção do conhecimento que se constituem em instrumentos para a definição de zonas de sentidos sobre o problema estudado.

Um ponto importante a se ressaltar sobre a análise das informações a partir da Epistemologia Qualitativa, é que a proposta de González Rey (2002) exige a produção de sistemas abertos de indicadores que informem ao mesmo tempo os dois níveis de constituição subjetiva (individual e social). Outro aspecto relevante é que há a necessidade, nessa perspectiva, de implicar ao mesmo tempo reflexão teórica, epistemológica e metodológica (González Rey 2005b). Portanto, a partir dessa perspectiva, o processo de construção das informações não se separa do processo de análise.

O trabalho realizado deu-se com base na análise das informações construídas, gravadas e transcritas obtidas no contexto de visitas domiciliares em uma pesquisa-ação sobre prevenção da violência física intrafamiliar, desenvolvida junto a famílias de crianças de um bairro de camada popular de Goiânia, Goiás. As estratégias utilizadas na pesquisa em questão, junto às famílias, envolveu aplicação de questionários, as visitas domiciliares e dois grupos multifamiliares. Neste estudo, a análise se restringiu ao material disponível relacionado às visitas domiciliares.

A partir da perspectiva da pesquisa-ação é possível utilizar diferentes estratégias de pesquisa. Uma delas é a visita domiciliar. A visita domiciliar não é uma estratégia restrita à área da Psicologia, pelo contrário, ela está presente na prática de diversos profissionais, visando os mais diferentes fins. Um exemplo é a prática dos agentes de saúde do Programa Saúde da Família, dos Conselheiros Tutelares, no contexto judiciário, no contexto educacional, entre outros. Segundo Brandão (2001), o aumento do interesse pelo atendimento domiciliar é consequência das limitações do atendimento institucional e da atuação individual do profissional.

A visita domiciliar tem por objetivo capacitar as famílias para que elas construam e usem seus próprios recursos e contextos para resolver suas problemáticas (Brandão, 2001). Em concordância com essa ideia, Brandão e Costa (2004) afir-

mam que a visita domiciliar, principalmente a partir do método da pesquisa-ação, é uma forma de intervenção que possibilita à família construir novas compreensões sobre si e sobre o contexto onde ela se insere. Dessa maneira, a visita domiciliar deve ser realizada junto àquelas famílias que requerem uma atenção particular (Brandão, 2001). Como descrito por Thiollent (1996), o método da pesquisa-ação corresponde à existência de uma ampla e explícita interação entre pesquisadores e as pessoas implicadas na situação investigada. É a partir dessa interação que surgem os problemas a serem investigados.

Foram analisadas oito visitas domiciliares realizadas em cada uma das cinco famílias de uma das duplas de pesquisadores, devido a possibilidade de acesso a todo o material construído por elas. As famílias pesquisadas têm filhos(as) com idades de 9 e 10 anos, que são atendidos por um dos programas de extensão de uma universidade particular de Goiânia. A pesquisa analisada e o presente estudo foram submetidos e aprovados em Comitê de Ética em Pesquisa. Todas as famílias que aceitaram participar da pesquisa passaram pela primeira fase da pesquisa definida de “Diagnóstico inicial sócio-familiar”, onde foram aplicados uma escala para identificar a existência ou não da violência física contra crianças, e um instrumento de complementação de frases com o mesmo fim. Depois disso, as famílias foram divididas em dois grupos: A e B. O Grupo A, recebeu oito visitas domiciliares no segundo semestre de 2008 e no primeiro semestre de 2009 e participou da reunião com todas as famílias do grupo. Entre os pesquisadores haviam quatro duplas responsáveis por três ou quatro famílias. Ao longo das visitas domiciliares algumas famílias desistiram da participação na pesquisa. Semanalmente aconteciam reuniões de supervisão com as coordenadoras da pesquisa e visitadores. A partir do segundo semestre de 2009, as famílias do Grupo B passaram a ser visitadas e a participar da reunião em grupo. As visitas domiciliares das famílias selecionadas para este estudo fazem parte do Grupo B. A apresentação de cada família e da dupla de pesquisadores será realizada antes da apresentação das categorias construídas.

A dupla de entrevistadoras realizou oito visitas domiciliares às cinco famílias, com um intervalo de mais ou menos um mês entre as visitas. A seguir será apresentada a caracterização das famílias, para facilitar a compreensão das análises realizadas.

Da Família 1, cuja criança foco tem 10 anos e é do sexo masculino, participaram das visitas domiciliares além da criança, o pai, a mãe e os dois irmãos. A particularidade dessa família é o fato de ter uma mãe alcoolista e esta problemática ter permeado todas as visitas. Além disso, os pais se separaram durante a realização do trabalho.

A Família 2 tem criança foco do sexo masculino, com a idade de 10 anos. Participaram das visitas domiciliares: a criança, a avó materna, a mãe da criança e o irmão mais velho. O pai parecia ausente e morava em outro município. O irmão tinha mais contato com o pai e com a família dele do que a criança. A mãe trabalhava muito, porém é a pessoa mais responsável pela educação dos filhos, às vezes com auxílio da avó.

Já na Família 3, a criança foco é do sexo masculino e tem 9 anos de idade. Os pais, a irmã da criança e a própria criança participaram das visitas domiciliares. As questões dessa família estão voltadas aos problemas de relacionamento presentes e expressos frequentemente entre os irmãos.

A Família 4 tem como criança foco um menino de 10 anos. Participaram das visitas domiciliares a mãe, a criança e seu irmão mais novo. O pai participou de maneira esporádica. Nessa família, o pai deixa a educação dos filhos por conta da mãe. O pai desautoriza a mãe, deixando, por exemplo, o filho ficar até mais tarde na rua. Mãe e pai dizem não conversar entre si. Há aparente falta de limites em relação ao filho menor. O filho mais velho é responsável por parte dos cuidados diários do irmão, o que segundo ele, o prejudica no que diz respeito à realização das suas atividades escolares. A mãe está tentando colocá-lo em uma creche. Houve muita dificuldade de envolvimento do pai nas visitas.

Por fim, na Família 5, a criança foco tem 10 anos de idade, é também do sexo masculino. Nesse caso, participaram das visitas domiciliares a mãe e o filho. Mesmo morando com os avós maternos e tios (até a sétima visita do estudo), a mãe e o filho restringiram a família a eles dois. O filho é consequência de um abuso sexual cometido pelo esposo da avó materna. Há uma relação de muita proximidade entre mãe e filho e uma pequena diferença de idade. Eles às vezes se consideram e se comportam como irmãos.

Pensando a visita domiciliar na perspectiva da pesquisa-ação como relacional, é necessário também apresentar brevemente a dupla de pesquisadoras. A Entrevistadora 1 é a pessoa que mais conduz as visitas, é psicóloga e especialista em Terapia Familiar, além disso, é recém-casada e não possui filhos. Já a Entrevistadora 2 mais observa do que interfere diretamente no decorrer das visitas, ela faz as anotações durante o trabalho e discute com a Pesquisadora 1 suas observações, sempre ao final das visitas. Ela é pedagoga e estudante do curso de Psicologia, casada e mãe de três filhos, ainda crianças. Segundo Brandão e Costa (2004), a visita domiciliar deve ser realizada por mais de uma pessoa, ou pelo menos em dupla para, dessa maneira, ter-se diferentes olhares sobre a família. De acordo com as autoras, é interessante que o visitador tenha uma formação específica, mas se não o tiver o trabalho não é impedido por isso. Além disso, segundo Brandão e Costa (2004), o visitador deve acreditar na possibilidade de mudança das famílias. Pode-se afirmar que a crença na possibilidade de mudança das famílias visitadas esteve presente durante as visitas domiciliares analisadas.

Resultados e discussão

A temática do final das visitas domiciliares esteve presente em diferentes momentos das visitas nas diversas famílias. Ora anunciada pelos pesquisadores, ora pelos participantes. Na primeira visita domiciliar, as famílias foram informadas que o final dos trabalhos ocorreria na oitava visita. Em algumas visitas, o final foi relem-

brado. No entanto, não houve um trabalho voltado diretamente para esse momento.

Na Família 1, na sétima visita, por exemplo, o final da pesquisa é descrito como “notícia”. A pesquisadora diz: “A gente tem uma notícia pra dar pra vocês.... hoje é a penúltima visita, vai ser só mais uma vez que a gente vai voltar porque hoje é a 7ª... aí a 8ª visita a gente vai voltar aqui”. Já na Família 2, na sexta visita, o final é relembrado pela pesquisadora, com suas palavras:

> Então deixa eu lembrar vocês que a gente vem aqui e esta é a antepenúltima vez que a gente vai vim, é... pra conversar sobre educação de filhos, e a gente quer saber como que é isso pra vocês, as dificuldades, os desafios, como vocês têm conseguido lidar com isso (...)

Algo interessante aconteceu na quarta visita na Família 5. Nesse momento, eles refletem sobre a possibilidade de parar para pensar um pouco mais e a mãe, sabendo que há um número limitado estabelecido previamente em relação às visitas, sugere no meio do trabalho que a família mantenha um horário para “refletir e conversar” e assim, “continuar fazendo isso, mesmo quando elas não estiverem aqui, não é?”. É importante ressaltar que mãe e filho criaram o “Dia da Família”, no qual se reúnem com sua família estendida uma vez ao mês para conversar, jogar, brincar e fazerem as refeições juntos. A Pesquisadora 1 reafirma a situação de saúde da família, quando diz: “Mas eu acho que vocês já estão à frente porque vocês já têm o encontro da família. Já é um tempo que vocês separam pra família, não é?”.

A referida família relatou na sexta visita que as visitas domiciliares eram como um “balanço do mês” onde conversam, reavaliam os “combinados” e fazem novos acordos. Ao final dessa visita, as pesquisadoras relatam que a mãe já pontua que sentirá falta das visitas, e a criança também relata que no início pensou “ai que coisa chata”, porém posteriormente percebeu como algo bom e que também sentirá falta. Além disso, nessa visita, a mãe diz que o trabalho realizado é como

uma terapia, mesmo sem sê-lo, por ter um caráter terapêutico, o que é reafirmado pelas visitadoras. De acordo do Contini (2009), as práticas psicológicas na direção da promoção de saúde devem entender e trabalhar o sujeito a partir das suas relações sociais, trabalhando essas relações por meio da compreensão e da transformação por parte do sujeito. Nesse sentido, o caráter terapêutico das visitas se mostra nas possibilidades de constituir novas relações entre mãe e filho e as transformações necessárias para que tenham mais saúde e mais qualidade de vida.

A proximidade presente entre os envolvidos na pesquisa a partir da perspectiva da pesquisa–ação, de acordo com Barbier (2007), Thiollent (1996), Tripp (2005) e outros, pode se intensificar quando a estratégia utilizada é a visita domiciliar. A mãe da Família 5, na sétima visita ressalta que a família e as visitadoras se tornaram tão próximas que foi até um pouco difícil de se distanciar com o final da pesquisa. Dessa maneira, é possível pensar a visita domiciliar e a pesquisa-ação como espaço para a construção de relações. Assim, como a pesquisa-ação estudada é acadêmica, um maior cuidado deve ser tomado, uma vez que há um tempo pré-estabelecido para começar e para terminar as visitas domiciliares.

Na última visita domiciliar foi entregue o “Livro das Famílias”, material originado do concurso “Não bata, eduque”, realizado na cidade do Rio de Janeiro e com a proposta de incentivar a criação de propostas alternativas ao uso da violência física como prática educativa. O material entregue às famílias tem linguagem acessível e trata de depoimentos de pessoas que passaram pela situação do uso da violência física e que conseguiram construir novas práticas na educação dos filhos, além de viabilizar o trabalho junto à rede social disponível. Ao entregar o livro, as pesquisadoras falaram sobre a importância de o mesmo fosse lido e discutido juntos, em família.

Além da entrega do livro, na última visita reaplicou-se junto a todas as famílias o instrumento de complementação de frases, mas com indutores diferentes, a respeito da mudança na educação, criação de filhos, para prevenir a violência física contra crianças, e se perguntou como tinham sido as visitas para cada membro da família. Parte dessa tentativa de verificação, com a reaplicação do instrumento

e padronização com todas as famílias visitadas, parece remeter ao princípio de verificação e padronização contestados nas pesquisas de cunho qualitativo.

Outro ponto a considerar é que a tentativa de padronização presente no início e no final da pesquisa estudada pode não ter coerência com os princípios da pesquisa-ação, conforme apontado por Barbier (2007). Por outro lado, as pesquisas de cunho acadêmico, que ousam utilizar o método da pesquisa-ação, têm por desafio constituir uma forma de estudo que tenha como foco a ação e a mudança, mas que não se desprenda das características de um trabalho acadêmico, onde, por exemplo, parte do planejamento deve ser estabelecido a priori, antes do contato com os participantes. No caso da pesquisa em questão, os membros das famílias participaram ativamente do desenrolar das visitas, principalmente entre a primeira e a sétima visita. No entanto, não participaram da elaboração da proposta de pesquisa e intervenção, muito menos da sistematização e análise das informações construídas e na elaboração do relatório final da pesquisa.

No que se refere especificamente ao último encontro com as famílias, alguns aspectos podem ser percebidos e que estão relacionados ao processo de desligamento entre os participantes e os pesquisadores. O final da pesquisa-ação deve ser marcado pela mudança construída a partir de algum aspecto identificado junto às famílias, conforme recomenda Barbier (2007). Na Família 2, por exemplo, essa mudança é vista pelos participantes e pelas pesquisadoras como não relacionada a receitas e, sim, como uma construção de novas formas de se relacionarem e de se educar os filhos. Ao final, no relatório, as pesquisadoras descrevem: “O final foi muito simbólico, no último momento os três permaneceram juntos. A mãe sentada ao lado do irmão no sofá e a criança por trás abraçando os dois. Sentimos uma grande emoção ao presenciar tal cena”.

Na Família 3, os participantes descrevem da seguinte forma, na última visita, as mudanças que aconteceram em decorrência das visitas domiciliares:

> Criança: Antes eles batiam, agora eles conversam mais... eu e a J1 brigava mais, agora nós briga menos, briga, mas é mais pouco.

Pesquisadora 1: Agora é uma pergunta mais pessoal, pra cada um mesmo. Como foram as visitas pra você?

Mãe: Pra mim foi ótimo, eu aprendi muito.

Pai: Pra mim também foi bom.

Mãe: Crescimento.

Pai: O que a gente aprende o que é de bom, pode ser o mínimo que seja, tem valor pra gente. Eu costumo dizer que uma coisa mínima que a gente aprende, ela tem mais valor do que uma grande que não traz benefício nenhum.

Pesquisadora 2: E você S., pode dar um exemplo do que você aprendeu muito?

Mãe: Controlar mais, conversar mais, entender eles mais... tudo isso.

Pai: Ouvir não é, não é só a gente falar. Porque às vezes a gente tem na mente aquela coisa de superioridade e a gente não quer ouvir o filho e só quer que ele ouve. Isso foi uma das coisas que nós aprendemos com vocês. (...)

A Família 4, por sua vez, ressaltou ao final da pesquisa a importância do estabelecimento dos “combinados” que facilitaram o diálogo e a possibilidade de fazerem acordos para a educação dos filhos sem o uso da violência física, constituindo, dessa maneira, novos sentidos atribuídos à criação/educação de filhos. De acordo com Mitjáns Martínez (2009), há ações educativas intencionais possíveis que contribuem para desenvolver nos sujeitos configurações de recursos subjetivos que facilitam ações sociais na direção desejada e que promovem mudanças significativas nos espaços sociais. Nesse sentido, as ações das visitadoras contribuíram com as mudanças nas famílias e possivelmente em outros espaços sociais onde os participantes atuam.

Outro aspecto interessante é a contrapartida referenciada pelas pesquisadoras no trabalho com as visitas domiciliares, que proporcionaram a elas a construção de novos conhecimentos, como podemos observar na Família 3:

> Pesquisadora 1: É, nós também ganhamos muito S. e O. A gente aprende muito com vocês, não é porque a gente chega aqui com o rótulo de psicólogo, de estagiária ou de pesquisadora que a gente sabe mais que vocês, a gente sabe coisas diferentes, mas a gente aprende muito com vocês. A coragem, a esperança, a disposição de querer mudar, de querer o melhor pra família de vocês. De vocês acreditarem, tudo isso tem um valor muito grande pra gente. Pra mim particularmente é muito importante, ser recebida assim de uma forma tão carinhosa, tão amigável não é? Vocês chegam cansados do trabalho e ainda sentam e ficam mais de uma hora aqui.

É relevante considerar que a possibilidade de mudança durante as visitas não se dá somente em relação aos participantes, mas também em relação às pesquisadoras, conforme relatado pela Pesquisadora 1 na reflexão junto à Pesquisadora 2, depois da oitava visita à Família 1: “Enfim, ‘ninguém sai como entrou’, tanto pesquisadoras quanto a família. Muito interessante pensar em todo o processo, lembrar das duas primeiras visitas, tão tensas e difíceis e ao final, muito se caminhou em direção à saúde”.

De acordo com Barbier (1985), a implicação do pesquisador no contexto da pesquisa-ação pode ser definida como o engajamento pessoal e coletivo, sua práxis científica e projeto sociopolítico. Isso acontece uma vez que o impacto psicoafetivo e o impacto estrutural-profissional estão presentes na pesquisa-ação. E por esse motivo, é impossível “sair como entrou” das visitas domiciliares realizadas.

O processo de desligamento entre as pesquisadoras e as famílias visitadas aparece como momento sentido pelos que se envolveram no trabalho, mas pré-programado e com data marcada. Ao contrário do que acontece durante as visitas

– a construção conjunta –, a última visita é padronizada e não parece levar em conta as necessidades das famílias, mas sim o objetivo da pesquisa que, resumidamente, é a prevenção da violência física intrafamiliar contra crianças. Dessa forma, as famílias, no último momento, passam a ser vistas como informantes e não como participantes, da forma como o método da pesquisa-ação requer, visando o compromisso ético e político de mudança.

Uma alternativa a ser utilizada diante dos limites da pesquisa é a busca por ações articuladas e em rede que, particularmente em trabalhos de cunho comunitário, tornam-se necessárias. A rede social é descrita por Ude (2002) como campos relacionais importantes para que o sujeito tenha saúde e qualidade de vida. Dessa forma, é possível pensar nas redes sociais das famílias visitadas como alternativa para atender as demandas apresentadas durante a realização do trabalho e que não puderam ser atendidas pela dupla de entrevistadoras. Além disso, segundo Faleiros (2008), a proteção integral, prevista no ECA, só pode ser constituída no relacionamento, por isso ela se enraíza nas relações cotidianas, diante do dever dos adultos e dos direitos das crianças. Assim, de acordo com o autor, a relação de proteção é processual, uma vez que acontece de acordo com as necessidades concretas do sujeito a ser protegido. Torna-se relevante, de acordo com Faleiros (2008), o *empowerment*, ou seja, o empoderamento da rede social de proteção de crianças e adolescentes, bem como de suas famílias, que está relacionado à possibilidade de participação social e política dos indivíduos, e a partir da consciência de grupo.

Na Família 1, por exemplo, diante da presença do alcoolismo na família, das tentativas de suicídio da mãe, da separação dos pais, as pesquisadoras, mesmo reconhecendo a problemática e tentando fortalecer a família, parecem não conseguir visualizar práticas articuladas às outras instituições para atender a demanda da família, o que interfere diretamente no trabalho acerca da prevenção da violência física contra crianças. A família, conforme relatado pelas pesquisadoras, põe suas esperanças nas visitas e tem como resposta as tentativas de fortalecimento familiar, mas não os encaminhamentos e o trabalho em rede necessário para o

caso específico no decorrer das visitas e, particularmente, ao final dos trabalhos. Na sétima visita, as pesquisadoras relatam: “Muitas questões aparecem na visita, porém não é possível seguir muito além, pois os limites da pesquisa anunciam que está próximo do fim. Sendo assim, o possível dentro destes limites foi conversado e pensado com a família”. A preocupação com o “foco” da pesquisa talvez impediu a criação de ações articuladas para atender as necessidades consideradas como marginais e, assim, não relacionadas diretamente à questão da prevenção da violência física intrafamiliar contra crianças. Ao contrário disso, há uma tentativa de localizar nos participantes a responsabilidade pelas mudanças necessárias, um pouco expandida com a possibilidade de buscar os atendimentos na instituição à qual a pesquisa está vinculada:

> Pesquisadora 1: Só depende de você, depende dos meninos, da sua vontade, do seu esforço... você gostaria de falar mais alguma coisa pra gente, sobre as visitas?
>
> S.: Não, eu só gostaria de falar assim, eu queria continuar, mas como vocês não tem como.
>
> Pesquisadora 1: Você gostaria que continuasse?
>
> S.: É, é bom demais, ajuda demais, não sei se onde vocês vai tem caso igual o meu, mas eu acho que devia continuar, porque tem umas pessoa que ajuda.
>
> Pesquisadora 1: Tem, na área de psicologia, você pode procurar elas.
>
> S.: Eu preciso de pessoa desse jeito, pra conversar.
>
> Pesquisadora 1: Porque como essas visitas são da pesquisa, a pesquisa tem o início, meio e fim, não tem como a gente alongar ela, porque ela tem um prazo, é da universidade (...).

De acordo com Barbier (2007), as decisões na pesquisa-ação devem ser tomadas em conjunto, entre participantes e pesquisadores. Em relação aos possí-

veis encaminhamentos, essa decisão também poderia ser discutida junto aos participantes, promovendo assim a participação e a autonomia das famílias na tomada de decisão que pudesse beneficiá-las.

Considerações finais

É possível afirmar que a visita domiciliar, na perspectiva da pesquisa-ação, é um espaço privilegiado para a construção de novas relações, bem como para a prevenção da violência e a melhoria da qualidade de vida das famílias. Em relação ao final da pesquisa-ação, esse é um momento importante e está relacionado ao processo de mudança e às demandas apresentadas e trabalhadas durante todo o processo de pesquisa.

Na pesquisa-ação estudada, que é um trabalho de cunho acadêmico, coloca-se como um desafio constituir uma forma de estudo que tenha como foco central a ação e a mudança, mas que não se desprenda das características de um trabalho tido como acadêmico, mesmo com a garantia da participação dos atores. As famílias participaram ativamente do desenrolar das visitas, principalmente entre a primeira e a sétima visita. No entanto, não participaram da elaboração da proposta de pesquisa e intervenção, muito menos da sistematização e análise das informações construídas. Na elaboração do relatório final da pesquisa, os participantes também não estiveram presentes, contrariando o que é previsto no método da pesquisa-ação.

O processo de desligamento entre as pesquisadoras e as famílias visitadas aparece como momento sentido pelos que se envolveram no trabalho e pré-programado com “data marcada” para terminar. Ao contrário do que acontece durante as visitas – a construção conjunta–, a última visita é padronizada e não parece levar em conta as necessidades das famílias, mas sim “avaliar” se os objetivos da pesquisa foram alcançados.

Dessa forma, é necessário construir novas alternativas que considerem as demandas das famílias para assim efetivar o trabalho em rede e a decisão conjunta

para a realização de encaminhamentos, até mesmo, na medida do possível, o momento mais adequado para participantes e pesquisadores para a finalização das atividades e das visitas domiciliares. Para, desta forma, efetivar o compromisso ético-político de transformação dos grupos menos favorecidos.

Referências

Azevedo, M. A. & Guerra, V. N. de A. (2007). Vitimação e Vitimização: questões conceituais. In M. A. Azevedo & V. N. de A. Guerra (Eds.), *Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder* (pp. 25-47). São Paulo: Iglu.

Barbier, R. (1985). *A Pesquisa-ação na instituição educativa*. (E. S. Abreu, Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

Barbier, R. (2007). *A pesquisa-ação*. (L. Bibio, Trad.). Brasília: Liber Libro.

Bock, A. M. B. (2009). Psicologia e sua ideologia: 40 anos de compromisso com as elites. In A. M. B. Bock (Ed.), *Psicologia e o compromisso social* (pp. 15- 28). São Paulo: Cortez.

Brandão, S. N. (2001). *Visita Domiciliar: ampliando intervenções clínicas em comunidades de baixa renda*. (dissertação de mestrado, não publicada). Universidade de Brasília: Brasília.

Brandão, S, N. & Costa, L. F. (2004). Visita Domiciliar como proposta de Intervenção Comunitária. In M. A. Ribeiro e L. F. Costa (Eds), *Família e problemas na contemporaneidade: reflexões e intervenções do Grupo Socius.* Brasília: Universa.

Campos, R. H. F. (Ed.). (2005). *Psicologia Social Comunitária: da solidariedade à autonomia.* Petrópolis: Vozes.

Contini, M. L. J. (2009). Psicologia e a construção de políticas públicas voltadas à infância e à adolescência: contribuições possíveis. In A. M. B. Bock (Ed.), *Psicologia e o compromisso social* (pp. 295-312). São Paulo: Cortez.

Dionne, H. (2007). *A Pesquisa-ação para o Desenvolvimento Local*. (M. Thiollent, Trad.) Brasília: Liber Livro.

Franco, M. A. S. (2005). Pedagogia da Pesquisa-ação*. Educação e Pesquisa, 31*(3), 483-502.

Faleiros, V. de P. & Faleiros, E. S. (2007). A *Escola que protege: enfrentando a violência contra crianças e adolescentes*. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade.

Faleiros, V. P. (2008). Parar o Abuso e Desenvolver a Proteção. In L. F. Costa e H. G. D. Lima (Eds.), *Abuso Sexual: A justiça interrompe a violência* (pp. 159-170). Brasília: Liber Livro.

Góis, C. W. L. (2005). *Psicologia Comunitária: atividade e consciência.* Fortaleza: Publicações Instituto Paulo Freire de Estudos Psicossociais.

González Rey, F. L. (2002). *Pesquisa Qualitativa em Psicologia: caminhos em Psicologia* (M. A. F. Silva, Trad.). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

González Rey, F. L. (2005a). *Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação.* (Marcel A. F. Silva, Trad.). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

González Rey, F. L. (2005b). *Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação.* (M. A. F. Silva, Trad.). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

Maldonado, D. P. A. & Williams, L. C. de A. (2005). O comportamento agressivo de crianças do sexo masculino na escola e sua relação com a violência doméstica. *Psicologia em Estudo*, *10*(3), 353-362.

Minayo, M. C. de S. (2002). O Significado Social e para a Saúde da Violência contra Crianças e Adolescentes. In M. F. Westphal (Ed.), *Violência e Criança* (pp. 95-114). São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.

Mitjáns Martinez, A. (2009). Psicologia e compromisso social: desafios para a formação do psicólogo. In A. M. Bock (Ed.), *Psicologia e o compromisso social* (pp. 143- 162). São Paulo: Cortez.

Morin, A. (2004). *Pesquisa-ação integral e sistêmica: uma antropedagogia renovada.* (M. Thiollent, Trad.). Rio de Janeiro: DP&A.

Ribeiro, M. A., Borges, L. M., Galvão, E. A. S., Santana, M. C. P. & Ramos, S. H. C. (2001). *A violência intrafamiliar e suas consequências para o desenvolvimento de crianças e adolescentes*. Relatório de pesquisa apresentado à Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Católica de Brasília, UCB.

Sá-Silva, J. R., Almeida, C. D. de & Guindani, J. F. (2009). Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, I(1). Acessado em http://rbhcs.com/index_arquivos/Artigo.Pesquisa%20documental.pdf

Sudbrack, M. F. O. & Conceição, M. I. G. (2005). Jovens e violência: vítimas e/ou algozes. In L. F. Costa & T. M. C. de Almeida (Eds.), *Violência no cotidiano: do risco à proteção* (pp. 185-198). Brasília: Universa: Liber Livro.

Thiollent, M. (1996). *Metodologia da Pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez.

Tripp, D. (2005). Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. *Educação e Pesquisa, 31*(3), 443-466.

Ude, W. (2002). Redes Sociais: possibilidade metodológica para uma prática inclusiva. In A. Carvalho, F. Salles, M. Guimarães & W. Ude (Eds.), *Políticas Públicas* (pp. 127-139). Belo Horizonte: Editora UFMG.

10 Avaliação de risco nas relações de intimidade

Marcela Novais Medeiros
Marcelo Tavares
Gláucia Diniz

A segurança é um tema central no oferecimento de ajuda especializada para mulheres em situação de violência perpetrada por parceiro íntimo. A garantia dessa segurança exige uma árdua atuação dos profissionais da rede de atendimento a pessoas em situação de violência. Os desafios encontrados no atendimento a mulheres em situação de violência destacam a necessidade de aprimorar o processo de identificação dos riscos na experiência dessas mulheres, de comunicar a elas a situação de perigo percebida e de acionar mecanismos de proteção para evitar a recorrência de violência após a sua inserção na rede de atendimento a vítimas.

Movimentos feministas e de mulheres no Brasil lutaram ao longo das décadas de 1970 e 1980 para dar visibilidade à vulnerabilidade feminina a violências e para construir políticas públicas em favor da defesa dos direitos fundamentais das mulheres. Essa luta foi basilar para que o Estado brasileiro assumisse o compromisso de enfrentar essa violência por meio da adoção de um conjunto de estraté-

gias para prevenir esse fenômeno, punir autores desse tipo de violência e oferecer assistência às vítimas e aos familiares (Bandeira & Thurler, 2009; Brasil, 2007; Carneiro, 2003; Griebler & Borges, 2013; Medeiros & Puga, 2007; Melo & Teles, 2003).

A manipulação afetiva, a ameaça de dilapidação do patrimônio, as privações arbitrárias da liberdade, o espancamento e a tentativa de homicídios conjugais são atos que podem ser vistos como um *continuum* de violência que pode variar em grau de severidade e letalidade. Tais ações pertencem a uma mesma linha de atos violentos que podem resultar no óbito. O homicídio pode ser o pior dos resultados em situações de violência nas relações íntimas (Garcia, Freitas, Silva & Höfelmann, 2013; Grams & Magalhães, 2011). Em alguns casos, a escalada de violência pode resultar na morte de ambos os parceiros, sob a forma de homicídios seguidos de suicídios (Grams & Magalhães, 2011; Teixeira, 2009).

O homicídio de mulheres é denominado, nos estudos de gênero, como feminicídio. Esse termo foi cunhado para diferenciar os assassinatos femininos dos masculinos e destacar que a maioria das mortes de mulheres tem íntima relação com a lógica sexista marcada pela apropriação dos corpos das mulheres e pelo exercício da dominação masculina. Analba Teixeira (2009) alerta que os homens que cometem feminicídio contra suas companheiras não são considerados perigosos para a sociedade. Esse tipo de crime, compreendido nas década de 1970 e 1980 como crimes motivados pela defesa da honra, são, frequentemente, entendidos pelos juristas e pela sociedade civil na atualidade como ação motivada por emoção violenta. Este processo decorre da ideia de posse, poder e controle sobre a mulher.

Pesquisas revelam a alta ocorrência de feminicídio no Brasil. A pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) mostra que, entre os anos de 2009 a 2011 foram registrados 13.071 feminicídios no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (Garcia *et al*., 2013). O relatório "Mapa da violência 2012 – Atualização: homicídio de mulheres no Brasil" (Waiselfisz, 2012a) revela que entre os anos de 1980 e 2010 ocorreram 91 mil homicídios de mulheres. No ano de 1980, a taxa de homicídio foi de 2,3 para cada 100 mil mu-

lheres, enquanto que em 2010 esse número aumentou para 4,6 óbitos por 100 mil mulheres. Esse estudo demonstrou, ainda, que no ano de 2011 o lar foi o ambiente de maior risco de violência física para mulheres e que o principal agressor era parceiro íntimo, atual ou passado. Estes dados alertam para os riscos vivenciados por mulheres em suas relações afetivas. O escalonamento da violência é fato conhecido no sistema de proteção e carrega o potencial de um desfecho letal. Jacquelyn Campbell e colaboradores (2003) apontam que grande parte dos feminicídios por parte de seus parceiros íntimos ocorreu em um relacionamento marcado por reiteradas violências físicas.

A relevância de se estudar modelos de avaliação e identificação do risco pode ser constatada a partir do fato de que a maior parte das mulheres indicadas para o sistema de proteção já passou ou ainda está em situação de violência conjugal, e frequentemente sofre com a reincidência de atos de violência nas relações íntimas. Um estudo de fatores preditivos da reincidência de violência contra a mulher nas relações íntimas pode contribuir para a avaliação realizada por profissionais da assistência no trabalho de proteção a essas mulheres. Pode, também, favorecer o desenvolvimento de políticas públicas para proteção das vítimas. Do ponto de vista institucional, pode favorecer a escolha do modelo de avaliação mais adequado para as necessidades de cada serviço. Do ponto de vista pessoal das mulheres, o processo de elaboração durante a avaliação do risco pode favorecer o reconhecimento dos fatores preditivos da reincidência da violência e a tomada de consciência das vítimas, diminuindo assim o impacto da tendência a subestimar ou minimizar o risco e facilitando a mobilização de recursos protetivos pessoais, interpessoais, institucionais e sociais.

Meios válidos de estimar o risco de reincidência de violência são necessários para aumentar a probabilidade de sucesso de estratégias de proteção dessas mulheres. Frente à complexidade do tema, o presente texto apresentará alguns fundamentos das estratégias estruturadas e não estruturadas de avaliação de risco. Três instrumentos, entre os mais importantes da abordagem estruturada, serão detalhados para exemplificar. Também teceremos considerações sobre a capa-

citação profissional requerida para uso desses instrumentos. Neste texto não serão abordados os instrumentos que objetivam avaliar o risco de sofrer outras formas de violência, tais como: violência coletiva ou extrafamiliar ou violência doméstica diversa da violência entre parceiros íntimos.

A avaliação de risco é um "(...) processo de recolha de informação, acerca das pessoas envolvidas, para tomar decisões de acordo com o risco de reincidência da violência" (Almeida & Soeiro, 2010, p. 180). Em outras palavras, faz referência ao "registro detalhado de informações para fazer essas valorações de risco" (Acosta, 2013, p. 17, tradução livre). Envolve técnicas de predição de violência para estimar a possibilidade de comportamentos violentos (Andrés-Pueyo & Echeburúa, 2010). A avaliação de risco é uma atividade que permite o reconhecimento do perigo existente, a promoção da conscientização de pessoas envolvidas (Santos, 2010) e a intervenção adequada para evitar ou extinguir o risco (Andrés-Pueyo & Echeburúa, 2010; Santos, 2010). Pode ser utilizada como técnica complementar aos tratamentos já dispensados a vítimas e autores de violência em ambientes assistenciais e jurídico-criminais (Andrés-Pueyo & Echeburúa, 2010).

Desenvolvimento do campo

As avaliações de risco de violência tiveram suas origens no âmbito da Psiquiatria (Campbell, 2005). A Psiquiatria Forense, desde os seus primórdios, interessou-se pelo estudo da personalidade dos criminosos e pelo comportamento violento apresentado por pessoas com transtorno mental. No antigo regime francês, a Medicina aproximou-se da Justiça no intuito de legitimar práticas, sancionadas pelo Judiciário, de internação de indivíduos considerados loucos (Arantes, 2004). A partir do século XX, a associação entre transtorno mental e crime passou a ser investigada de forma cada vez mais minuciosa e ponderada. Foi nesse contexto que foram desenvolvidos instrumentos de investigação de periculosidade, que era

entendida como a inclinação de uma pessoa para emitir atos violentos (Abdalla-Filho, 2012).

Estudos subsequentes da Psiquiatria e da Psicologia Criminológica demonstraram que o conceito de periculosidade pouco contribuía para o entendimento da reincidência criminal, por partir do pressuposto de que características fixas e permanentes de um indivíduo, somadas a seus antecedentes, causavam o comportamento violento (Andrés-Pueyo & Echeburúa, 2010). A classificação em níveis de risco, a partir da investigação de fatores de risco biopsicológicos e contextuais, bem como o uso do conceito de perigo como um risco iminente, veio a substituir a concepção binária que classificava a pessoa, e não a situação, em periculosa *ou* não periculosa. A diferença proposta é que a classificação de risco considera uma grande complexidade de fatores, individuais e sociais de homens e de mulheres e pode admitir variações em um contínuo. Fatores de risco neste contexto são elementos individuais, sociais e contextuais que aumentam a probabilidade de ocorrer um ato violento (Hermoso, Vicente, Mezquita, Martins & De la Calle, 2012). O conceito de risco é mais abrangente e demonstra preocupação tanto com a investigação de elementos relacionados à violência, quanto com a gestão do risco em níveis ambientais e individuais, a curto, médio e longo prazo (Acosta, 2013).

Na atualidade, as avaliações de risco em casos de violência contra a mulher, junto com as avaliações de supostos psicopatas e pedófilos, destacam-se no campo de avaliação de risco à violência (Abdala-Filho, 2012). Diferentemente dos demais tipos de avaliação, a avaliação de risco de violência sofrida por mulheres nas relações de intimidade confere menor ênfase à questão da doença mental como fator de risco (Campbell, 2005). Contrário ao senso comum na cultura, ter uma doença mental não é um elemento central para cometer violência contra a parceira íntima (Abdala-Filho, 2012). Nossa sociedade ainda é francamente marcada por relações hierárquicas entre homens e mulheres, pela defesa da honra masculina em função do comportamento feminino e pela banalização da violência. Os processos de socialização nessa cultura patriarcal, com seus elementos relaciona-

dos à desigualdade de gênero, são mais relevantes para o entendimento dos riscos. Tais fatores sociais e culturais favorecem a ocorrência da violência contra as mulheres nas relações afetivas (Bandeira, 2009). Existem, portanto, diferenças entre as violências sofridas por mulheres e aquelas vivenciadas por homens. As mulheres são mais vulneráveis a violências ocorridas em ambientes domésticos e cometidas por pessoas conhecidas, enquanto os homens são mais vulneráveis nos espaços públicos e vítimas da violência cometida por desconhecidos (Schraiber, D'Oliveira, Falcão & Figueiredo, 2005; Waiselfisz, 2012b).

A vulnerabilidade feminina à violência perpetrada pelo parceiro íntimo reforça a importância da ampliação do conhecimento sobre as experiências de vida de mulheres vítimas, que buscam ajuda na rede de proteção às mulheres em situação de violência conjugal. Maria José Santos (2010, p. 49), pesquisadora de avaliação de risco em psicologia jurídica, defende que é

> [...] necessário que após o reconhecimento da situação de violência, do perigo que comporta para os intervenientes e da existência de risco de agravamento, [que] se procurem fatores que possam ajudar a determinar o grau de gravidade dessa violência, bem como da probabilidade de que se mantenha ou se agrave.

É fundamental desenvolver estudos que indiquem os fatores efetivos na identificação do risco de reincidência de violências. Tais estudos serviriam de base para a construção de instrumentos e procedimentos que possam contribuir para a promoção da segurança de mulheres atendidas em instituições de Segurança Pública, de Saúde, de Justiça, de Assistência Social e da Educação.

Estratégias de avaliação de risco

O campo de avaliação de risco nas relações de intimidade favorece a avaliação estruturada, em contraste com a avaliação não estruturada (Acosta, 2013; An-

drés-Pueyo & Echeburúa, 2010; Grams & Magalhães, 2011; Nicolls, Pritchard, Reeves & Hilterman, 2013). Essa classificação segue a nomenclatura utilizada no campo da avaliação da violência potencial de homens e de mulheres que cometeram diversos crimes relacionados à violência doméstica e familiar.

A avaliação clínica de caráter não estruturado é aquela que se baseia na adoção de procedimentos informais para a classificação de risco. O profissional utiliza sua intuição, seu julgamento, sua experiência profissional, sua observação e coleta de dados para a estimar a probabilidade de ocorrência da violência em cada caso individual (Acosta, 2013; Grams & Magalhães, 2011; Litwack, 2001; Nicolls *et al*., 2013, Tavares, 2000a). Não há diretrizes nem protocolos, nem formalização de processos ou de fatores de risco específicos para basear a avaliação (Acosta, 2013; Grams & Magalhães, 2011; Nicolls *et al*., 2013; Singh, Grann & Fazel, 2011). Não existem instrumentos padronizados associados a esta forma de avaliação. Esse método é de pouca confiabilidade por ser facilmente enviesado pelas características do entrevistador relacionadas a sua subjetividade, como variáveis associadas a gênero e sua experiência na área (Grams & Magalhães, 2011; Singh *et al*., 2011). A baixa confiabilidade desse tipo de entrevista a torna insuficiente para modelos de pesquisa e oferece pouco suporte para o desenvolvimento de modelos de prevenção da violência (Nicolls *et al*., 2013).

As abordagens de avaliação estruturada visam a aumentar a precisão da estimativa da possibilidade de reincidência de violência, por meio do aprimoramento de regras explícitas na articulação de fatores de risco (Nicolls *et al*., 2013). As estratégias estruturadas utilizam protocolos ou recursos padronizados que favorecem a cobertura ampla e completa dos quesitos relevantes na avaliação de risco. Entre seus procedimentos, pode-se realizar a consulta aos registros criminais, médicos ou judiciários e requerer informações diretamente das vítimas e outros informantes, por meio de questionários, escalas, inventários ou entrevistas. Quando associada à entrevista, visa a oferecer uma descrição da história dos envolvidos e de seus comportamentos que têm relação com o que se pretende prever (Tavares, 2000b).

Existem vantagens importantes do uso de instrumentos e procedimentos de avaliação de risco pelas abordagens estruturadas, apesar de algumas críticas que lhes são atribuídas (Haggard-Grann, 2007; Singh *et al*., 2011; Williams & Houghton, 2004). Estes instrumentos envolvem algum tipo de padronização, seja na forma de escalas, questionários, inventários ou modelos de entrevistas. Seus resultados apresentam mais consistência e fidedignidade do que as abordagens não estruturadas. Consequentemente, esta abordagem tende a produzir mais impacto e resolutividade dos atendimentos de casos nos serviços de proteção à mulher.

Esse tipo de avaliação pode utilizar um modelo estatístico para prever a probabilidade de reincidência de violência. Quando modelos estatísticos são utilizados, a previsão é feita a partir de itens preditores, pela quantidade de fatores de risco identificados e de pesos atribuídos a eles. Dados de pesquisas sobre fatores de riscos de reincidência são utilizados para a construção de fórmulas que oferecem a probabilidade de ocorrência de violências (Grams & Magalhães, 2011; Nicolls *et al*., 2013). Dessa maneira, as avaliações são feitas com base em relação explicitada entre preditores mensuráveis e variáveis dependentes, oferecendo peso para escores (Campbell, 2005; Litwack, 2001). Este modelo requer o teste empírico da capacidade preditiva dos itens em situações reais, num processo de validação dos mesmos para a predição do comportamento violento em uma determinada cultura. O avaliador, ao usar instrumento padronizado, do tipo escala, questionário ou inventário deve, conforme apontam Nicolls *et al*. (2013), indicar quais fatores de riscos estão presentes, ausentes ou são irrelevantes. Ao final dessa ação, aplicam-se regras para a obtenção de um escore que deve levar a uma estimativa do risco envolvido.

A abordagem clínica estruturada é um tipo de avaliação desenhada em resposta às limitações da avaliação baseada exclusivamente em resultados obtidos a partir de estatísticas normativas (Nicolls *et al*., 2013). Idealmente, ela deve ser um guia ou protocolo que oferece orientações gerais sobre como conduzir a avaliação de risco, como comunicar os resultados e como gerenciar os riscos (Andrés-

Pueyo & Echeburúa, 2010; Campbell, 2005). A classificação de risco nesse tipo de avaliação é “uma decisão tomada sem regras fixas e explícitas, mas com base, pelo menos em parte, na consideração de informações padronizadas” (Kropp & Hart, 2000, p. 102). É uma forma de avaliação que requer tanto a apreciação clínica do avaliador, quanto a análise de fatores de risco específicos descritos na literatura e que foram testados empiricamente (Grams & Magalhães, 2011; Singh *et al*., 2011; Webster, Haque & Hucker, 2013). Estes fatores devem ser avaliados quanto à sua presença ou ausência, para que os riscos possam ser mais bem compreendidos (Acosta, 2013), mas a classificação em níveis de risco, como por exemplo, risco moderado, grave e extremo, não é baseada em um escore final. Ou seja, pode utilizar, mas não se limita, a informações ou instrumentos padronizados. Cabe ao avaliador fazer essa classificação final considerando a totalidade das informações investigadas pelos instrumentos bem como informações adicionais consideradas relevantes em cada caso específico (Nicolls *et al*., 2013).

Diferentes instituições e serviços vinculados ao sistema de proteção têm características e necessidades específicas. Cada modelo de avaliação pode ser mais útil a depender da necessidade dos serviços, das características dos profissionais e do tipo de treinamento que eles possuem. A abordagem baseada exclusivamente em procedimentos estatísticos, por ser uma avaliação estruturada com base em procedimentos padronizados e operações fixas, pode ser mais facilmente utilizada por profissionais com pouco treinamento em técnicas de entrevista clínica. Alguns instrumentos podem ser preenchidos e contabilizados pela própria vítima. Por outro lado, a abordagem clínica estruturada, com o uso da entrevista, é um tipo de avaliação que investiga, além de aspectos objetivos e observáveis, aspectos pessoais e subjetivos, e requer que uma apreciação clínica da situação seja realizada por um profissional suficientemente treinado. Estratégias intermediárias entre estes dois extremos podem ser desenvolvidas, pela associação de escalas padronizadas a diferentes tipos de entrevistas, realizadas por profissionais sem treinamento clínico – por exemplo, por um policial. Estas estratégias interme-

diárias podem atender necessidades específicas de diferentes instituições ou serviços no sistema de proteção.

Principais instrumentos de avaliação de risco

Os instrumentos estruturados mais frequentemente citados na literatura são: a *Danger Assessment* (DA), o *Revised Domestic Violence Screening Instrument* (DVSIR), a *Spousal Assault Risk Assessment* (SARA), a *Ontario Domestic Assault Risk Assessment* (ODARA), o *Brief Spousal Assault Form for the Evaluation of Risk* (BSAFER), e a *Escala de Predicción del Riesgo de Violência Grave Contra la Pareja, Revisada* (EPVR). Apresentaremos os três primeiros entre estes instrumentos de avaliação de risco – a DA, o DVSI-R e a SARA. Eles foram selecionados por terem sido alvo de discussão de diversos estudos (Acosta, 2013; Almeida & Soeiro, 2010; Andrés-Pueyo & Echeburúa, 2010; Code & La, 2009; Echeburúa, Amor, Loinaz & Coral, 2010; Grams & Magalhães, 2011; Haggard-Grann, 2007; Nicolls *et al*., 2013). Estes três instrumentos têm sido utilizados por profissionais da rede de atendimento a pessoas em situação de violência nos Estados Unidos e no Canadá, e também passaram pelos devidos processos de tradução, adaptação cultural e padronização em países como Espanha e Portugal. Segue a descrição e discussão sobre cada instrumento.

Danger Assessment (DA)

Jaqueline Campbell publicou, em 1986, nos Estados Unidos, a primeira versão da escala *Danger Assessment* (DA), um instrumento padronizado para uso clínico e de pesquisa. A DA tem o objetivo de identificar o risco de homens e de mulheres sofrerem homicídio em relações íntimas heterossexuais (Campbell, 2005; Campbell, Webster & Glass, 2009). Os itens foram construídos a partir da experiência da autora, da revisão da literatura sobre fatores de risco de violência grave e de homicídio nas relações de intimidade, bem como a partir da consulta a mulheres abrigadas e profissionais que trabalham em abrigos (Campbell, 2005;

Campbell *et al*., 2009). Em 2003, a DA foi revisada em pesquisa realizada em 11 cidades dos EUA, com uso da estratégia de caso controle (Campbell *et al*., 2003).

Na primeira versão da DA, o escore era obtido por meio da soma do número de respostas do tipo "sim" e não havia nota de corte. Quanto maior o número de "sins", maior a presença de fatores de risco de homicídio ou de a mulher ser gravemente ferida. Na versão revisada, algoritmos[1] com escores ponderados foram associados a quatro níveis de risco: perigo variável, com escore entre 0 a 7; perigo aumentado, com escore entre 9 a 13; perigo grave, com escore entre 14 a 17; e perigo extremo, com escore igual ou maior que 18 (Campbell *et al*., 2009).

A primeira parte da DA possibilita o acesso à frequência e à severidade da violência sofrida. Consiste em um calendário, no qual a vítima deve marcar em datas referentes aos últimos 12 meses, a gravidade do incidente de violência física sofrida, conforme a seguinte escala: 1. Tapas, empurrões, sem ferimento e/ou dor presente; 2. Perfurações, chutes, socos, cortes, e/ou dor presente; 3. “Surra”, contusões graves, queimaduras, ossos quebrados; 4. Ameaça de uso de armas, ferimentos na cabeça, ferimentos internos, ferimentos permanentes; 5. Uso de armas, ferimento decorrente do uso de armas (Campbell, 2004; Campbell *et al*., 2009).

A segunda parte da DA é composta por itens que devem ser respondidos com “sim” ou “não”. Neles, são descritos fatores de risco relacionados à vítima, ao agressor e à dinâmica da relação. Só depois de preencher o calendário é que a mulher responde a esses itens. Essa estratégia facilita a diminuição da minimização e da negação e favorece a reelaboração da mulher sobre o nível de risco (Campbell, 2001; Campbell *et al*., 2009; Webster *et al*., 2013). Após o preenchimento pela mulher, com ou sem a ajuda de um profissional, ela deve conversar sobre os resultados com um profissional capacitado (Webster *et al*., 2013).

Domestic Violence Screening Instrument (DVSI– R)

O *Domestic Violence Screening Instrument* (DVSI) é uma forma padronizada que avalia o risco de reincidência e de agravamento de qualquer tipo de violência doméstica e não somente violência perpetrada por parceiro íntimo. Ele foi projetado para ser uma breve avaliação preenchida por profissionais da justiça, a partir das informações contidas na ficha criminal de autores de violência contra a parceira íntima (Webster *et al*., 2013). A versão original do DVSI-R foi desenvolvida no Colorado, Estados Unidos, pelo *Colorado Departament of Probation Services,* com a participação de profissionais e de pesquisadores da área da violência doméstica (Campbell, 2005; Williams & Houghton, 2004). Sua revisão ocorreu em 2000, resultando em um instrumento com onze itens que abordam a história de violência passada e atual contra a parceira, e outros comportamentos do autor da violência (Williams & Houghton, 2004).

Cada item deve ser classificado em uma escala com variações distintas, dependendo do tipo do item. Alguns têm por critério a frequência de ocorrência de eventos, outros a temporalidade do evento (atual ou passado) ou a variação em alguma qualidade (por exemplo, *status* laboral ou severidade do abuso). Dos pesos e critérios aplicados aos onze itens resulta um escore final de risco pontuado entre 0 a 28 (Williams & Grant, 2006). Quanto maior a pontuação, estima-se que é maior o risco de reincidência. Este escore fundamenta uma decisão final do profissional em dois quesitos, pontuados como risco “baixo”, “moderado” ou “alto”. Estes quesitos são: “iminente perigo de violência contra a vítima” e “iminente perigo de violência contra outros”. Casos com descumprimento de ordem judicial ou outro tipo de supervisão durante o incidente da violência, presença de armas, crianças presentes durante a violência recebem maior categorização.

Spousal Assault Risk Assessment (SARA)

A *Spousal Assault Risk Assessment* (SARA) é uma forma de avaliação profissional estruturada desenvolvida na década de 1990 por Kropp, Hart, Webster e

Eves no Canadá (citado por Kropp & Gibas, 2010). Seu objetivo é avaliar o risco de reincidência e agravamento de violências perpetradas pelo parceiro íntimo, considerando qualquer relação afetiva sexual, mesmo aquelas nas quais os parceiros não têm vínculo formal. Pode ser aplicado tanto para relações heteroafetivas quanto para homoafetivas, independente do sexo da pessoa agressora. A SARA contém um protocolo ou guia com orientações sobre como proceder à avaliação do risco. Este guia é composto por: sugestões de treinamento para os avaliadores; informações que subsidiam a avaliação de risco; lista com vinte fatores de risco que devem ser considerados durante a avaliação; e orientações sobre como registrar e informar os resultados (Kropp & Hart, 2000).

Três critérios foram utilizados para incluir um fator de risco na lista da SARA, Estes fatores devem: (1) ser capazes de discriminar casos nos quais houve intensa violência entre os parceiros íntimos; (2) estar relacionado à reincidência de violência entre parceiros íntimos; (3) ser um fator de risco recomendado em manuais de avaliação de risco de violência perpetrada pelo parceiro íntimo (Kropp & Gibas, 2010). Os fatores presentes nesta lista da SARA podem ser divididos em dois grandes eixos. No primeiro, são abordados fatores de risco geral nas sessões sobre história criminal e ajustamento psicossocial. No segundo, estão os fatores de risco relacionados à violência perpetrada por parceiro íntimo, à história de violência contra a pessoa parceira e à ofensa mais recente. Há também uma seção para o avaliador colocar fatores de risco presentes no caso particular, e que não são contemplados pela lista de fatores de risco da SARA.

A SARA foi pensada para ser usada no contexto da justiça, e pode ser aplicada por qualquer profissional com treinamento adequado. Os autores sugerem, todavia, que a avaliação deve englobar a participação de um profissional da saúde mental, por conter itens que requerem a identificação de transtorno mental. A avaliação é conduzida com informações obtidas em registros e por meio de entrevistas. As informações obtidas de registro incluem arquivos com os relatos das vítimas ou testemunhas, história de violência e antecedentes criminais. As entrevistas com a vítima, com o autor, com crianças ou com outras pessoas próximas de-

vem ser conduzidas como forma de complementar as informações disponíveis nos registros (Kropp & Hart, 2000; Nicolls *et al*., 2013; Santos, 2010).

A SARA não tem o seu resultado final baseado em um escore (Kropp & Hart, 2000), embora a presença dos fatores de risco gere um escore. É a partir do julgamento do avaliador que o caso será classificado em risco baixo, moderado ou alto. Ou seja, o escore deverá ser considerado junto com outros elementos identificados pelo avaliador a partir de seu julgamento clínico. Aspectos relevantes da situação que não constam na lista de fatores de risco podem ser registrados e codificados em uma categoria chamada de itens críticos. Alguns exemplos desses itens sugeridos no manual da SARA são: crises emocionais sem sintomas psicóticos ou maníacos mas que necessitaram de intervenção psiquiátrica, comportamento sádico, perseguição (*stalking*), perda de suporte de rede social (Kropp, Hart, Webster & Eaves, 1999). Há recomendação, feita pelos autores, de que alguns aspectos da situação devem ser classificados especificamente como alto risco, mesmo se o escore for baixo. Esses itens são: uso de facas e ciúme patológico (Nicolls *et al*., 2013). Esta observação é coerente com o conceito de validade clínica ao aplicar o julgamento profissional na avaliação visando a melhor contextualização e validade da decisão final (Tavares, 2004).

Similaridades e diferenças entre os instrumentos DA, DVSI-R e SARA

O DVSI-R e a SARA são ferramentas elaboradas para serem preenchidas pelo profissional no contexto da justiça e abordam a possibilidade de reincidência com enfoque no agravamento da violência em seus diversos níveis. A DA foi construída para ser usada em qualquer atendimento da mulher em situação de violência, e pode ser preenchida pela vítima ou pelo profissional. Ela é o único entre estes instrumentos que pretende prever a possibilidade de homicídio. Nenhum desses instrumentos envolve, necessariamente, o contato entre profissional e vítima. No entanto, a DA deve ser preferencialmente preenchida pela vítima com assistência de um profissional, que tem a oportunidade de favorecer a conscientização do

risco. A SARA pode ser preenchida somente a partir dos registros, embora a entrevista seja fortemente indicada para avaliar fatores clínicos e subjetivos. O DVSI-R não faz referências a entrevistas ou contato com a vítima e é, geralmente, preenchido diretamente a partir de registros. Apesar das diferenças entre estes instrumentos, eles são considerados de extrema utilidade para orientar decisões judiciais e policiais.

O DVSI-R e a DA são instrumentos cujos resultados da avaliação estão embasados prioritariamente em modelos estatísticos. Não há consenso na literatura sobre se esse método oferece resultados mais precisos e adequados do que as demais abordagens. Aqueles que criticam esse modelo destacam que, embora esse tipo de avaliação ofereça uma probabilidade estatística de recidiva, está centrada em fatores estáticos que dificilmente podem ser alterados (Grams & Magalhães, 2011) e por isso não contribui para a elaboração de intervenções (Haggard-Grann, 2007). Outra limitação destacada por críticos é que as normas usadas nos cálculos estatísticos são para a população na qual os estudos foram realizados. Para sujeitos que não pertençam a tal grupo, os dados não devem ser usados sem avaliar a possibilidade de exagerar ou subestimar o risco (Grams & Magalhães, 2011).

A SARA é o único entre estes instrumentos que incluiu o julgamento clínico como elemento central. Esse tipo de avaliação, segundo Grams e Magalhães (2011), também recebeu críticas e apontamentos, por ter resultados piores quando comparados às avaliações centradas em cálculos estatísticos. Além disso, quando avaliadores diferentes repetem a avaliação de um mesmo caso, há maiores divergências nos resultados. Em parte, isso pode ser corrigido pelo treinamento, mas o resultado final ainda irá depender, em certa medida, das habilidades e da experiência do profissional que avalia.

É consenso na literatura, e nosso entendimento, que tanto o uso de instrumentos como DVSI-R e DA quanto o da SARA requerem algum nível de julgamento clínico. O DVSI-R, que é preenchido com base na ficha criminal, requer o julgamento durante a leitura dos registros. A DA, que pode ser preenchida pela mulher sozinha, requer que ela converse com o profissional que utiliza o julgamento clíni-

co para ajudá-la a interpretar os resultados. A SARA requer o julgamento clínico na interpretação de registros e na realização de entrevistas.

A avaliação de risco feita por meio de instrumentos leva em conta tanto dados objetivos (estatísticos) quanto subjetivos (avaliação clínica feita por profissional treinado) (Williams & Houghton, 2004). Algoritmos oferecem procedimentos e regras lógicas para avaliação e tomada de decisão relacionadas às situações de alto e de baixo risco que devem ser investigadas pelo clínico (Haggard-Grann, 2007), o que exige do profissional uma boa prática clínica (Litwack, 2001).

Qual a melhor forma de avaliar riscos?

Os instrumentos de avaliação de riscos DA, DVSI-R e SARA são referências importantes na avaliação de risco de reincidência de violência em relações íntimas. Não passaram, no entanto, por processo de adaptação e de validação para a cultura brasileira. Tais instrumentos tiveram seus itens formulados com base na identificação de fatores de risco presentes nas sociedades americana e canadense. Suas propriedades psicométricas foram investigadas em amostras da população dos seus países de origem. O uso desses instrumentos no Brasil requer que eles passem por procedimentos de tradução, adaptação cultural e validação.

No Brasil, a avaliação de risco ainda é predominantemente não estruturada. Os profissionais geralmente se orientam pela experiência com casos específicos e, com base nela, fazem predições em novos casos. Há, em nosso meio, uma ausência de estudos sobre avaliação de risco, o que resulta na escassez de estratégias e de orientações na forma de protocolos ou procedimentos padronizados, estabelecidos com base em pesquisa empíricas, a partir dos quais seja possível tomar decisões de modo adequado à população brasileira.

Tonia Nicolls e colaboradores (2013) destacam que a escolha do tipo de avaliação deve levar em conta o contexto, os recursos disponíveis e o treinamento do profissional. Cada avaliador deve escolher aquele método mais adequado ao contexto de trabalho e aos dados disponíveis (Grams & Magalhães, 2011). Jay Singh

e colaboradores (2011) também enfatizam que os avaliadores devem concentrar seus esforços em identificar medidas que possam predizer a violência em populações específicas. Quanto mais características demográficas a pessoa avaliada tiver em comum com a população testada, maior a contextualização sociocultural, e maior a probabilidade de acerto.

A escolha do método de avaliação de risco deve levar em conta que esta é uma tarefa que pode ser realizada por todos os profissionais que atendem mulheres em situação de violência perpetrada por parceiro íntimo (Campbell, 2001). Entretanto, cada um deve escolher uma estratégia adequada à sua formação e a sua área de atuação, ou buscar treinamento para o uso dos instrumentos necessários ao exercício de sua atividade. Instrumentos, como a DA ou o DVSI-R, podem ser utilizados por profissionais da rede especializada no atendimento a pessoas em situação de violência, entre os quais advogados, médicos, enfermeiros e psicólogos. Algumas avaliações, contudo, exigem conhecimento específico da área da saúde mental como, por exemplo, a SARA. Psicólogos e psiquiatras, com experiência na área de avaliação, são os mais aptos para usarem estratégias complementares, como entrevista clínica, exame do estado mental e testes psicológicos, para favorecer o entendimento desses aspectos.

Por outro lado, nem todos os psicólogos e psiquiatras estão habilitados para realizarem avaliações de risco de violência. É preciso oferecer treinamento e refinamento das estratégias utilizadas por estes profissionais, levando em consideração o conhecimento da legislação criminal e civil, de pesquisas baseadas em evidências e das teorias psicológicas relacionadas. Ao longo da prática profissional, devem também: buscar atualização constante; ressaltar as forças e as capacidades das vítimas; trabalhar em equipe; elaborar plano para situações de crise; buscar atuação organizacional para subsidiar ações individuais; estabelecer protocolos para troca de informações entre instituições sobre a vítima; detalhar e informar possíveis desfechos esperados (Webster, Haque & Hucke, 2013).

Avaliações realizadas por diversos profissionais podem ter estrutura, complexidade e funções distintas. Um mesmo profissional pode se deparar com a tarefa

de realizar avaliações diferentes dependendo das demandas que geraram a avaliação. Maria Hermoso e colaboradores (2012) ressaltam que um psicólogo forense, ao ser chamado para fazer uma avaliação emergencial, dada a limitação de tempo, não terá condições de fazer uma análise exaustiva do caso por meio de investigação de registro policiais, entrevistas com informantes significativos, aplicação de testes e outras técnicas clínicas que favoreçam a compreensão da dinâmica interacional. Neste contexto, muitas vezes torna-se necessário focalizar fatores de risco relacionados à violência física iminente. Posteriormente, uma análise exaustiva do caso deve ser realizada.

Considerações finais

Discutimos brevemente a importância e os tipos de avaliação para, em seguida, apresentar a necessidade e relevância da inclusão de modelos de avaliação de risco no contexto do atendimento a mulheres em situação de violência em relações íntimas. As estatísticas apontam a gravidade da situação, o aumento desse tipo de violência e o desfecho trágico que põe fim à vida de muitas mulheres. Apresentamos, também, alguns dos instrumentos que têm sido usados em contextos de violência em vários países do mundo. A intenção foi identificar e discutir estratégias de avaliação de risco de violência contra a mulher nas relações de intimidade.

Este levantamento deixa claro uma mudança de paradigma no processo de avaliação de risco, com a crescente valorização de abordagens estruturadas que se baseiam na investigação de fatores de risco identificados por meio de pesquisas científicas. A avaliação de risco é indicada como uma tarefa necessária, que deve ser realizada nos serviços que compõem a rede especializada no atendimento a pessoas em situação de violência, com objetivo de identificar os riscos e fazer o seu manejo.

O emprego de abordagens estruturadas, que podem ter os resultados da avaliação baseados em procedimentos estatísticos ou na combinação destes com o

julgamento clínico de quem avalia, exige, além da capacitação profissional para a condução de avaliação de risco, o investimento em pesquisas empíricas sobre os fatores de risco e sua relação com a reincidência da violência. Somente assim será possível o desenvolvimento de instrumentos de avaliação de risco adequados à cultura brasileira e o incremento dessa abordagem na prática de profissionais nos serviços de proteção em nosso meio. Estamos empenhados em desenvolver uma estratégia de avaliação de risco empiricamente construída para uso no Brasil a partir da análise desses instrumentos (DA, DVSI-R e SARA), e de uma avaliação contextualizada de fatores culturais e institucionais, por meio da coleta de opinião junto a profissionais da rede de atendimento a pessoas em situação de violência no Distrito Federal.

No Brasil, é evidente a carência de pesquisa com o objetivo de desenvolver a área de avaliação de risco de violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo. Este objetivo deve ser orientado para a identificação e manejo do risco de reincidência e agravamento de violências, com vistas a impedir que essa violência resulte em ferimentos graves ou letais. O reconhecimento das dificuldades cotidianas de profissionais que atuam nos serviços de assistência e proteção a pessoas em situação de violência deveria ser suficiente para mobilizar profissionais e acadêmicos para investir esforços nesta direção. O estudo das estratégias e instrumentos de avaliação de risco de reincidência de violência, a construção de uma *checklist* de avaliação de risco de violência contra mulher perpetrada pelo parceiro íntimo, e a verificação da validade de seu conteúdo são primeiros passos nesta direção. A construção de um instrumento para este fim deverá ter em mente as particularidades do contexto brasileiro, sua cultura e as características de suas instituições e serviços. Nossa intenção, ao problematizarmos a importância da avaliação de risco e ao oferecermos parâmetros para seu desenvolvimento, é caminhar nessa direção.

Referências

Abdala-Filho, E. (2012). Avaliação de Risco. In J. G. V. Taborda, E. Abdala-Filho & M. Chalub (Eds.), *Psiquiatria Forense* (pp. 183-204). Porto Alegre: Artmed.

Acosta, M. L. (2013). La valoración médico-forense del Riego en la violencia de género. Predicción y prevención. Acessado em http://www.poderjudicial.es/stfls/CGPJ/OBSERVATORIO%20DE%20VIOLENCIA%20DOM%C3%89STICA/OTRAS%20ACTIVIDADES%20FORMATIVAS/FICHEROS/20130502%20Listado%20de%20Ponencias.pdf

Almeida, I. & Soeiro, C. (2010). Avaliação de risco de violência conjugal: versão para polícias (SARA: PV). *Análise Psicológica*, *1*(28), 179-192.

Andrés-Pueyo, A. & Echeburúa, E. (2010). Valoración del riesgo de violencia: instrumentos disponibles e indicaciones de aplicación. *Psicothema*, *22*(3), 403-409.

Arantes, E. M. de M. (2004). Pensando a Psicologia aplicada à Justiça. In H. S Gonçalves & E. P. Brandão (Eds.), *Psicologia Jurídica no Brasil* (pp.15-50). Rio de Janeiro: Nau Ed.

Bandeira, L. (2009). Três décadas de resistência feminista contra o sexismo e a violência feminina no Brasil: de 1976 a 2006. *Sociedade e Estado*, *24*(2), 401-438.

Bandeira, L. & Thurler, A. L. (2009). A vulnerabilidade da mulher à violência doméstica: aspectos históricos e sociológicos. In F. R. de Lima & C. Santos (Eds.), *Violência doméstica: vulnerabilidades e desafios na intervenção criminal e multidisciplinar* (pp. 159-167). Rio de Janeiro: Lumen Juris.

Brasil (2007). Presidência da República. *Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres*. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres.

Campbell, J. (2001). Safety Planning Based on Lethality Assessment for Partners of Batterers in Intervention Programs. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, *5*(2), 129-143.

Campbell, J. (2004). *Danger Assessment*. Acessado em http://www.dangerassessment.org/

Campbell, J. (2005). Assessing dangerousness in domestic violence cases: history, challenges, and opportunities. *Criminology & Public Policy, 4*(4), 653-672.

Campbell, J., Webster, D. W. & Glass, N. (2009). The Danger Assessment: validations of a lethality risk assessment instrument for intimate partner femicide. *Journal of Interpersonal Violence*, *24*(4), 653-674.

Campbell, J., Webster, D., Koziol-McLain, J., Block, C., Campbell, D., Curry, M. A. … Laughon, K. (2003). Risk factors for femicide in abuse relationships: results of a multisite case control study. *American Journal of Public Health*, *93*(7), 1089-1097.

Carneiro, S. (2003). Mulheres em movimento. *Revista Estudos Avançados*, *17*(49), 117-132.

Code, R. & La, L. (2009). *Inventory of Spousal Violence risk Assessment tools used in Canada*. Canada: Department of Justice Canada.

Echeburúa, E., Amor, P. J., Loinaz, I. & Coral, P. (2010). Escala de Predicción del Riesgo de Violencia Grave Contra la Pareja – Revisada (EPV-R). *Psicothema*, *22*(4), 1054-1060.

Garcia, L. P., Freitas, R. S., Silva, G. D. M. & Höfelmann, D. A. (2013). *Violência contra a mulher: feminicídios no Brasil*. Acessado em http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/130925_sum_estudo_feminicidio_leilagarcia.pdf

Grams, A. C. & Magalhães, T. (2011). Violência nas relações de intimidade. Avaliação de Risco. *Revista Portuguesa do Dano Corporal*, *22*, 75-98.

Griebler, C. N. & Borges, J. L. (2013). Violência contra mulher: perfil dos envolvidos em boletins de ocorrência da Lei Maria da Penha. *Psico*, PUCRS, *44*(2), 215-225.

Haggard-Grann, U. (2007). Assessing violence risk: a review and clinical recommendations. *Journal of Counseling and Development*, *85*(3), 294-302.

Hermoso, M. R. G., Vicente, J. M. M., Mezquita, B. G., Martins, R. G. & De la Calle, N. M. (2012). *Guía de buenas prácticas para la evaluación psicológica forense del riesgo de violencia contra la mujer en las relaciones de pareja* (VCMP). Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

Kropp, P. R., Hart, S. D., Webster, C. D. & Eaves, D. (1999). *Spousal Assault Risk Assessment Guide – user's manual*. Toronto: Multi-Health Systems Inc. & B. C. Institute Against Family Violence.

Kropp, P. R. & Hart, S. D. (2000). The spousal assault risk assessment (SARA) guide: reliability and validity in adult male offenders. *Law and Human Behavior*, *24*(1), 101-118.

Kropp, P. R. & Gibas, A. (2010). The Spousal Assault Risk Assessment Guide (SARA). In R. K. Otto & K. Douglas (Eds.), *Handbook of violence risk assessment* (pp. 147-186). New York: Taylor & Francis e-Library.

Litwack, T. R. (2001). Actuarial versus clinical assessments of dangerousness. *Psychology Public Policy and Law*, *7*(2), 409-443.

Medeiros, M. N. & Puga, V. L. S. de (2007). Os Movimentos Feministas e de Mulheres no Entrelaçamento dos Fios da Rede de Apoio às Mulheres Vítimas de Violência Conjugal. [Dissertação de mestrado, não publicada] UFU, IUSM, UNIMOL, UCAM, PARIS V, Uberlândia.

Melo, M. De & Teles, M. A. de Azevedo (2003). *O que é violência contra a mulher*. São Paulo: Brasiliense.

Nicolls, T. L., Pritchard, M. M., Reeves, K. A. & Hilterman, E. (2013). Risk assessment in intimate partner violence: a systematic review of contemporary approaches. *Partner Abuse*, *4*(1), 76-168.

Tavares, M. (2000a). A entrevista clínica. In J. A. Cunha (Ed.), *Psicodiagnóstico V* (5ed., pp. 45-56). Porto Alegre: Artes Médicas.

Tavares, M. (2000b). A entrevista estruturada para o DSM-IV. In J. A. Cunha (Ed.), *Psicodiagnóstico V* (5ed., pp. 75-86). Porto Alegre: Artes Médicas.

Tavares, M. (2004). Validade Clínica. *Psico-USF*, *8*(2), 125-136.

Santos, M. J. M. L. dos (2010). *A perícia médico-legal nos casos de violência nas relações de intimidade – contributo para a qualidade*. (Dissertação de mestrado, não publicada). Universidade do Porto, Portugal.

Singh, J. P., Grann, M. & Fazel, S. (2011). A comparative study of violence risk assessment tolls: a systematic review and metaregression analysis of 68 studies involving 25, 986 participants. *Clínical Psychology Review*, *31*, 499-513.

Schraiber, L. B., D'Oliveira, A. F. P. L., Falcão, M. T. C. & Figueiredo, W. S. (2005). *Violência dói e não é direito. A violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos*. São Paulo: Editora Unesp.

Teixeira, A. B. (2009). *Nunca você sem mim: homicidas-suicidas nas relações afetivo-conjugais*. São Paulo: Annablume.

Waiselfisz, J. J. (2012a). *Mapa da violência 2012 – Atualização: homicídio de mulheres no Brasil.* Brasil: Centro Brasileiro de Estudos Latino Americano e Flacso Brasil.

Waiselfisz, J. J. (2012b). *Mapa da violência 2012 – Caderno complementar 1: homicídio de mulheres no Brasil*. São Paulo, Instituto Sangri.

Webster, C. D., Haque, Q. & Hucker, S. J. (2013). *Violence Risk-Assessment and Management: advances though structured professional judgment and sequential redirections* (2 ed). UK: Wiley-Blackwel.

Williams, K. R. & Grant, S. R. (2006). Empirically Examining the Risk of Intimate Partner Violence: The Revised Domestic Screening Instrument. *Public Health Reports*, *121*, 400-408.

Williams, K. R. & Houghton, A. B. (2004). Assessing the risk of domestic reoffending: a validation study. *Law and Human Behavior*, *28*(4), 437-455.

11 A prevenção do uso de drogas na escola

Maria Lizabete Pinheiro de Souza,
Maria Fátima Olivier Sudbrack e
Maria Inês Gandolfo Conceição

O estudo em tela tem como objetivo revisar conceitos relativos à promoção da saúde dando ênfase à prevenção do abuso de álcool e outras drogas, e apresentar propostas e estratégias realizadas no âmbito da educação para a saúde e prevenção ao uso de drogas. Estudos realizados nessa área, como o de Abreu (2012), incluem a necessidade de aprofundar a compreensão sobre promoção de saúde e revelam inconsistências no uso de terminologias e também na incompreensão da prática preventiva.

O conceito de saúde

O conceito de saúde oferecido pela Organização Mundial de Saúde – OMS –, em 1946, como "um estado de completo bem-estar, físico, mental e social" e não, somente, ausência de enfermidades ou doenças, tem, segundo Abreu (2012), suscitado críticas por meio da comunidade científica, sobretudo no que tange ao estado de completo bem-estar" (p.21).

Para muitos estudiosos, como Sclair (2007), a saúde é um conceito por refletir questões de natureza social, econômica, cultural e política, e assim sendo não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Depende da época, do lugar, de valores individuais, sociais e de concepções científicas, filosóficas e religiosas.

A despeito das questões conceituais, o modelo contemporâneo de saúde avançou na medida em que abandonou a concepção biomédica e mecanicista, e adotou a promoção da saúde e o fortalecimento das redes sociais. O novo paradigma assume a saúde como uma produção social, valoriza os determinantes socioeconômicos e instiga o compromisso político e o fomento de transformações sociais a partir de ações direcionadas ao coletivo (Bambati, Gussi & Seidl, 2014, p. 157).

Nessa abordagem, o indivíduo é compreendido como um sujeito ativo em relação com o outro e com as instituições e a saúde como um processo contínuo e multideterminado. As ações de saúde, dentro dessa perspectiva, deixaram de ser vistas dentro do parâmetro biomédico com ações individuais e específicas para serem realizadas a partir de uma perspectiva contextual, histórica, coletiva e ampla (Bambati *et al*., 2014, p. 157).

Para a OMS, "A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover condições indispensáveis ao seu pleno exercício*"* (SUS citado por Bambati *et al*., 2014, p. 159) e promover a saúde é a premissa básica da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde de Ottawa, Canadá (1986), que introduziu a ideia de que o contexto social determina a saúde.

A partir dessa "Carta de Ottawa", a Política Nacional de Saúde Mental reorienta o modelo de assistência, concebendo a saúde como um processo de produção de qualidade de vida, e não como doença. Esse modelo enfatiza ações integrais e promocionais de saúde.

Para romper a fragmentação na abordagem saúde/adoecimento e vulnerabilidade/riscos, a promoção de saúde propõe a articulação entre o sujeito e o coleti-

vo, o Estado e a sociedade, o público e o privado, a clínica e a política, o setor sanitário e os outros setores. Desse modo, consiste em um

> [...] conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar o melhoramento de condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde e o desenvolvimento de estratégias que permitam à população um maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida, em nível individual e coletivo (Gutierrez citado por Bambati *et al*., 2014, p. 158).

A promoção da saúde, segundo o Ministério da Saúde (2009), pode ser entendida como um processo que visa capacitar pessoas para que possam exercer controle de risco e proteção, reduzindo o que compromete sua saúde e estimulando os saudáveis. A saúde resulta dos cuidados assumidos pelo indivíduo para consigo, o que envolve a capacidade de decidir e controlar sua vida no sentido de gozar de boa saúde.

Requer, também, o fortalecimento e a implantação de uma política de caráter transversal, integrada e intersetorial, estabelecendo redes de compromisso e corresponsabilidade entre os diferentes órgãos e setores da sociedade responsáveis pela proteção e cuidado com a vida (Marcolino & Choen, 2008).

Princípios da promoção da saúde

Os sete princípios básicos da promoção de saúde, segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), apresentados por Sicole e Nascimento (2003) são:

I. Concepção holística, que pressupõe uma compreensão ampliada de saúde como um fenômeno que, quando produzido socialmente, extrapola o campo da assistência médico-curativa. Deve, portanto, en-

volver cotidianamente a população como um todo, desfocando grupos em risco de adoecer. Esse princípio determina as iniciativas fomentadoras da saúde física, mental, social e espiritual;

II. Intersetorialidade para superar a fragmentação da gestão pública e a desarticulação do modelo administrativo tradicional em diferentes estágios e setores da política local e central que tendem a centralizar as decisões, impedindo a participação da população em projetos sociais;

III. Empoderamento e a participação social como princípios chaves da política de promoção da saúde. Princípio que visa não apenas educar e informar os cidadãos, mas também propiciar espaços democráticos, a nível local. Desse modo, tanto os indivíduos quanto a comunidade podem assumir controle sobre os fatores pessoais, sociais, econômicos e ambientais que afetam saúde;

IV. Participação social como objetivo da promoção da saúde, propondo o envolvimento dos atores diretamente interessados (membros da comunidade e organizações afins, gestores da política, profissionais da saúde e de outros setores, agências nacionais e internacionais) na eleição de prioridades, tomadas de decisões, implementação e avaliação de ações e iniciativas;

V. Equidade, um princípio que comporta uma questão moral e ética de realizar os direitos sociais. E, afirma, como na Carta de Ottawa (1986), o acesso universal à saúde como princípio de justiça social, o qual deve eliminar diferenças injustas e evitáveis que restringem as oportunidades de alcançar o bem-estar social;

VI. Ações multiestratégicas, que pressupõem o envolvimento de diferentes disciplinas e a combinação de métodos e abordagens variadas que incluem o desenvolvimento comunitário, educacional, legislativo e o âmbito da comunicação; e

VII. Sustentabilidade, que possui um duplo significado quando se propõe a criar iniciativas consonantes com o princípio do desenvolvimento sustentável e a garantir simultaneamente um processo duradouro e forte de sustentabilidade.

No que tange à promoção da saúde, a Carta de Ottawa (1986) propõe que os serviços de saúde não se limitem aos serviços clínicos e de urgência. Para isso, é necessária a adoção de uma postura abrangente que perceba e respeite as peculiaridades culturais, apoiando as necessidades individuais e comunitárias para uma vida saudável, buscando parcerias com outros setores além dos da saúde (sociais, políticos, econômicos e ambientais).

A promoção da saúde, conceito filosófico e amplo, deve se dirigir para: a elaboração de uma política sã; a criação de ambientes saudáveis que gerem condições de trabalho e de vida segura, agradável e estimulante; reforço de ações comunitárias; desenvolvimento de aptidões pessoais que favoreçam o desenvolvimento pessoal e social por meio de informações, educação sanitária e atitudes que valorizam a vida e, reorientação dos serviços de saúde para que transcendam a mera responsabilidade de proporcionar serviços clínicos médicos.

Há uma correspondência entre os objetivos propostos pelas diversas agências da ONU (Organização das Nações Unidas) e pelo SUS (Sistema Único de Saúde), que têm uma agenda comum no que se refere à atenção básica em saúde, educação para a saúde, promoção da saúde, elencados por Fleury-Teixeira *et al*. (2008). São eles: compromisso com o bem-estar e qualidade de vida da população presente e gerações futuras; equidade como meio e meta para a qualificação da vida; ampliação da capacidade, possibilidades e escolhas coletivas e individuais; inclusão social das minorias; afirmação da diversidade e do multiculturalismo e ação comunitária, e desenvolvimento de instrumentos de participação popular deliberativa.

A autonomia é pressuposto norteador da política de promoção da saúde proposta na Carta de Ottawa (1986). Portanto, para Fleury-Teixeira *et al*. (2008), a promoção da saúde busca a ampliação da autonomia de indivíduos e da sociedade, que é a base do empoderamento individual e coletivo.

A atenção básica para a saúde

A atenção básica para a saúde pode, entre outros fatores, favorecer o acesso popular ao conhecimento sobre determinantes da saúde, desenvolver o autocuidado e os cuidados para com a comunidade local, um dos eixos da promoção da saúde além da proteção e prevenção de doenças.

Com o propósito de controlar os fatores determinantes da saúde, foram escolhidos três eixos interdependentes: a educação para a saúde, a prevenção e a proteção de doenças. A educação para a saúde, segundo o Ministério da Saúde (2009), consiste num "processo educativo de construção do conhecimento em saúde que visa à apropriação temática pela população e não à profissionalização ou carreira na saúde" (p. 22). Essa proposta educacional, como ferramenta para mudança social e política, ainda não foi usada em todo o seu potencial.

A prevenção se constitui "num esforço de se antecipar à doença", refere-se ao "ato ou efeito de prevenir, de precaver, de chegar antes, de evitar algum dano" (Büchele, Coelho & Lindner, 2009, p. 2). É uma "ação antecipada e intervenções orientadas a fim de evitar o surgimento ou progresso de doenças específicas" (Bambati *et al*., 2014, p. 158). A prevenção, segundo Áderson Costa Júnior (comunicação pessoal, setembro, 2013), pode ser realizada em quatro níveis. No primário, as estratégias são voltadas para a previsão de condições que levam ao aparecimento de doenças e, no secundário, para a detecção precoce de certo tipo de doenças. No nível terciário, são propostos programas de reabilitação e, no quaternário, voltados para pessoas e grupos com danos permanentes. A prevenção pode ser entendida também como universal, quando proposta para o público em geral; seletiva, no caso de se dirigir a grupos específicos; e indicada, quando pla-

nejada para pessoas que apresentam os primeiros sinais de alguma doença. A proteção de doenças consiste em vigilância epidemiológica e sanitária, vacinação e saneamento (identificar problemas de ordem pessoal e familiar).

No Brasil, o SUS, instituído pela Constituição de 1988 e promulgado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/1990), propõe um sistema integrado de atenção à saúde baseado nos princípios de universalidade (propõe que todos tenham direito à saúde), equidade (garante o acesso de qualquer pessoa, em igualdade de condição, aos diferentes níveis do sistema de saúde), integralidade (propõe a integração de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde).

A cartilha Estratégia Saúde da Família constitui uma parte do Programa Atenção Básica da Saúde, instituído pela Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. As estratégias contidas nessa cartilha definem áreas de abrangência/territórios onde serão implantadas as atividades conjuntas relacionadas à educação e à saúde do Programa Saúde nas Escolas, as quais constituirão núcleos em equipamentos públicos da saúde e da educação (escolas, centros de saúde, áreas para lazer e esporte etc.).

> O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído por Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, resulta do trabalho integrado entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, na perspectiva de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino: Ensino Fundamental, Ensino Médio, Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica, Educação de Jovens e Adultos (Ministério da Saúde, 2009, p. 10).

A escola e a prevenção da saúde

As escolas são organizações destinadas a influenciar a prevenção da saúde nas situações de risco. Os ensinamentos fornecidos pelos professores podem ter um efeito positivo e promover o desenvolvimento cognitivo e comportamental. Estudos apontam que a educação para a saúde tem um efeito mediato sobre alu-

nos, influindo na aquisição de comportamentos saudáveis até a idade adulta (Adamson, Mcaleavy, Donegan & Shevlin, 2006).

Moreira, Dartiu e Andreoli (2006) fizeram uma revisão dos modelos de prevenção ao uso indevido de drogas nas escolas e apresentaram modelos que vão além dos modelos tradicionais adotados, tais como: educação para a saúde, modificação das condições de ensino e das práticas escolares, incentivo ao desenvolvimento social, oferecimento de serviços de saúde e envolvimento dos pais em atividades curriculares.

Na concepção desses autores, o modelo de educação para a saúde tem a educação para a vida como proposta central do currículo escolar, fornecendo "orientações para uma alimentação adequada, atividades não estressantes e uma vida sexual segura", e os riscos do uso de álcool e outras drogas. Nessa proposta, a questão da droga é introduzida de forma ampla "visando à responsabilização pela vida e pela saúde", abordando temas "como poluição, isolamento urbano, modelo de vida competitiva e imediatista". Esse modelo, pouco avaliado, oferece promissoras e correntes propostas sobre o papel da escola como "um lugar de formação e inclusão e não apenas como um espaço de transmissão de informação" (Moreira *et al*., 2006, p. 810).

Os desafios da educação para saúde na escola, apresentados no Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde (2009), são: (1) Integração de competências para a vida nos diferentes níveis de ensino; (2) Instrumentalização técnica dos atores escolares (professores, funcionários e profissionais de saúde para fortalecer e apoiar a Estratégia de Saúde na Família); (3) Identificação e vigilância das práticas de risco; (4) Monitoramento da avaliação e efetividade das iniciativas para melhorar o compromisso com a promoção da saúde dos diferentes atores escolares.

Dentro do enfoque da saúde pública, Benevides, Chiattone e Sebastiani (2002) propõem que a questão de saúde é manter a dignidade, a ética e o respeito no ambiente de trabalho, no caso, o ambiente escolar.

A prevenção visa formação, capacitação e consciência. Estudos mostram que os programas preventivos tornam-se mais efetivos quando integram abordagens, setores e instituições (Buchele, Coelho & Lindner, 2009; Moreira *et al*., 2006; Sudbrack, 2014b). As intervenções devem ser feitas com planejamento, avaliação e transparência em comunidades pequenas e específicas. A informação deve ser considerada como um dos componentes da educação sobre o uso de drogas, nos moldes da educação afetiva que se dirige à formação da personalidade.

A crise da saúde se reflete nos contextos, epistemológicos, metodológicos, teóricos (e políticos). O cuidado com a vida deve ser partilhado entre os setores público, privado e comunitário.

A prevenção atenta para os fatores de risco e proteção existentes nos indivíduos, na família, no contexto social e comunitário, dentre eles:

I. Individuais – incluem questões de gênero, idade, escolaridade (como a defasagem idade/série), abuso de álcool e outras drogas, condições de saúde, habilidades sociais pobres, estilo de enfrentamento negativo, baixa autoestima e autoeficácia. Incluem também a satisfação na vida, expectativas sobre o futuro, injustiça, impulsividade, hiperatividade, questões neurológicas, estresse constante, situações de negligência e maus-tratos, exposição à miséria e violência na comunidade, baixo desempenho escolar, tendência a se expor a risco (gravidez, delinquência, práticas sexuais inseguras etc.).

II. Familiares – referem-se à supervisão parental deficiente, baixa coesão familiar, ausência de vínculos fortes, falta de intimidade nas relações familiares, conflito entre os pais, doenças mentais, problemas disciplinares – disciplina rígida ou permissiva –, negligências, maus-tratos, agressões, condições socioeconômicas precárias; famílias aditivas (consumidoras de drogas, álcool ou outras adições: trabalho, televisão, jogo, internet e outras).

III. Escolares – desajuste e fracasso escolar, tensões e conflitos escolares, condições físicas inadequadas, deficiências acadêmicas e sociais, figuras de identificação frágil, políticas confusas, suporte escolar frágil e inconsistente, pouca atenção às diferenças individuais, práticas disciplinares inconsistentes e inadequadas – dificuldades de elaboração e comunicação das normas, limites e regras escolares por vezes incoerentes e incongruentes –, distância entre família, escola e comunidade, falta de estímulo ao desenvolvimento de práticas escolares diferenciadas, criativas e inovadoras, carência de vínculos afetivos entre os diferentes agentes e atores escolares, sobrecarga de atividades, excesso de burocracia, desrespeito e o descompromisso para com o outro – falta de altruísmo, cooperação e solidariedade –, presença de violência e de drogas no ambiente escolar etc.;

IV. Grupo de pares – número de amigos, suporte dos amigos quando está fora da escola, rejeição, atitudes dos amigos frente à violência; vínculos delinquentes entre pares etc.;

V. Comunitários – valores culturais, crenças, religiosos contraditórios e inconsistentes, dificuldade de acesso aos ambientes de lazer, cultura e esporte, alto índice de criminalidade;

VI. Políticos e sociais – região do país, fatores socioeconômicos, modelo socioeconômico, história e acontecimentos sociais; e

VII. Socioambientais – preconceito e intolerância sociais, impacto da publicidade, permissividade social para o uso de álcool e drogas, comercialização do ócio e do tempo livre, aumento da pobreza e das desigualdades sociais, mercado das drogas, mudanças na vida familiar, famílias multiproblemáticas.

Os fatores destacados atuam de forma isolada ou em conjunto, podendo contribuir para a manifestação ou permanência de algum comportamento de risco. Fa-

tores específicos são preditivos de um determinado tipo de violência (sexual, por exemplo).

A questão do envolvimento dos jovens com as drogas pode ser desencadeada por "fatores estressantes como morte, doenças ou acidentes entre membros da família e amigos; mudanças de escola ou residência; separação, divórcio ou novos casamentos dos pais; problemas financeiros da família" (Schenker & Minayo, 2005, p. 714). O uso ocasional da droga pelos jovens "pode ser entendido como uma manifestação apropriada para a sua etapa de desenvolvimento e busca de direção para a vida" (Schenker & Minayo, 2005, p. 715).

A escola constitui-se num espaço de proteção e de subjetivação. Muito embora a relação entre os jovens e a escola esteja permeada por ambiguidades e tensões, os alunos confiam na escola e no professor, e valorizam os estudos como uma promessa futura. Para muitos estudantes, o espaço escolar é considerado como importante para a inserção no mercado de trabalho e para fazer amigos (sobretudo para aqueles que não encontram fora do ambiente escolar possibilidades de lazer, interação entre pares, consumo e produção cultural) (Abramovay, Cunha & Calaf, 2009; Spósito, 2005a, 2005b).

Pesquisas indicam alguns fatores que garantem a proteção na escola e promovem a resiliência: (1) clima escolar positivo e afetivo; (2) Prática disciplinar efetiva; (3) educadores respeitosos, cuidadosos, atenciosos, consistentes, capazes de atuar como modelo, de motivar os alunos e de supervisionar suas ações; (4) relações positivas com os colegas (Solberg, Carlstrom, Kimberly & Jones, 2007).

As ações promocionais podem e devem ser desenvolvidas no contexto escolar, que é prioritário de ações preventivas (uma vez que a escola está frequentemente sob a influência de fatores de risco). As chamadas "escolas promotoras de saúde", conforme a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2005, p. 6), empenham-se na educação integral para a saúde, na criação de um entorno saudável, na provisão de serviços de saúde, no desenvolvimento de relações humanas harmônicas, saudáveis e construtivas, na construção de aptidões e atitudes voltadas

para a saúde e o desenvolvimento da autonomia, da criatividade e da participação de todos os atores escolares.

Essas escolas se propõem a construir espaço físico seguro e confortável, com água potável e instalações sanitárias adequadas, e uma atmosfera psicológica positiva para a aprendizagem. Propõem, ainda, o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades de autocuidado e a prevenção de condutas de risco em todos os momentos educativos, fomentando uma análise critico/reflexiva de todos os atores que compõem a comunidade escolar.

A saúde do escolar brasileiro

A pesquisa sobre a saúde do escolar brasileiro realizada pelo IBGE, em 2012, apresenta dados relativos aos fatores de risco e proteção ao abuso de álcool e outras drogas, que merecem ser destacados: (1) No âmbito da família, 10,6% dos escolares declararam ter sofrido agressão física efetuada por um adulto; (2) Na esfera comunitária, 17,9% dos estudantes estudavam em escolas consideradas em áreas de risco (violentas); (3) Na escola, 8,0% deixaram de frequentá-la por não se sentirem seguros e 10,3% afirmaram ter sido seriamente feridos, uma ou mais vezes nas dependências da escola. Entre os escolares de escolas públicas e privadas, o estudo revelou que o consumo atual de bebida alcoólica foi de 26,1% no Brasil, sendo 25,2% de alunos do sexo masculino e 26,9% do sexo feminino. O percentual de alunos que ingeriram medicamentos, fórmulas ou outro produto com a intenção de ganhar peso ou massa muscular sem acompanhamento médico é de 6,2% dos estudantes, 6,4% nas escolas públicas e 5,1% nas particulares. 48,2% dos escolares procuraram algum serviço ou profissional para atendimento relacionado à própria saúde; (4) Ao nível das relações interpessoais, “a maioria (91,2%) afirmou ter, no mínimo, três amigos próximos, e somente 3,5% deles declararam não ter amigos próximos, sendo 4,6%, meninos, e 2,5%, meninas” (p. 78). Um número significativo de estudantes, 16,5% dos estudantes, declarou ter sentimento de solidão, 9,7% ter perdido sono devido a preocupações e 7,2% sofri-

do *bullying* pelos colegas, sendo 7,9% do sexo masculino e 6,5% do sexo feminino (IBGE/PenSE, 2012).

Tendo em vista esse cenário, importa considerar como estão as ações preventivas nas escolas brasileiras e questionar até que ponto as ações propostas estão sendo efetivadas? Como desenvolver nos agentes educacionais um compromisso com a promoção da saúde e a prevenção do uso de drogas na comunidade escolar?

A mudança no cenário educacional nacional e mundial implica a necessidade de o professor estar sintonizado com sua prática, contribuindo para a formação da cidadania. Isso requer uma nova proposta pedagógica, que permita a construção de um espaço de civilidade escolar no qual os problemas, como o abuso de uso de álcool e outras drogas, os preconceitos e as discriminações, a violência e outras condutas desadaptadas sejam abordados em termos de direitos e deveres. Exige, portanto, um investimento na garantia da saúde na escola.

Buchele *et al*. (2009) assinalam que a promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção do uso de drogas na escola revela uma nova forma de pensar e operar, política e técnica, ações promocionais, combinando estratégias: “do Estado buscando políticas públicas saudáveis, da comunidade nas ações comunitárias; dos indivíduos na busca de suas habilidades; do sistema de saúde reorientando-o, bem como de parcerias intersetoriais, com responsabilidade múltipla”. Assim compreendida, a promoção da saúde é um “processo, no qual indivíduos, comunidades e redes sociais compartilham seus conhecimentos com objetivos de juntos encontrarem melhores condições de saúde numa contínua procura de direitos e de cidadania” (p. 267).

Os projetos de prevenção e de educação em saúde, portanto, “devem ser estruturados com vistas à divulgação de informação científica e recomendações normativas para mudanças de hábitos” (Bambati *et al*., 2014, p. 158).

Sudbrack (2014a) assinala que as questões relativas ao uso de drogas devem ser vistas dentro de uma perspectiva sistêmica, que focalize o indivíduo e as instituições nas suas redes sociais. Portanto, a realização de ações preventivas ao uso de drogas no âmbito escolar representa uma mudança paradigmática, que propõe a saída do modelo do amedrontamento para o modelo de sistêmico de educação para a saúde. Nesse modelo, o estudante é percebido como um agente de mudança capaz de tomar e empreender mudanças.

A ação educacional para Buchele *et al*. (2009) deve evitar ações episódicas, pontuais e amedrontadoras, realizadas por pessoas que não fazem parte da comunidade escola. Ela deve partir de dados reais, permear todo o currículo escolar de forma contínua e integrada, e envolver todo o sistema escolar. O professor deve ser valorizado como promotor da saúde e mediador do processo construtivista de saúde coletiva no âmbito escolar.

Moreira *et al*. (2006), com base na aplicação dos preceitos estabelecidos na carta de Ottawa e na Convenção de Jacarta, apresentam uma proposta de redução de danos a todos os alunos que já experimentaram, “fizeram ou fazem algum uso de substâncias psicoativas” (p. 813). Nas ações de promoção da saúde em escolas – direta ou indiretamente relacionadas ao uso indevido de drogas–, o tema deve estar no centro das discussões, rompendo com o maniqueísmo. A temática, trabalhada de forma integral, a partir de objetivos amplos, claros e escalonados, aborda o indivíduo em sua complexidade, com ações inclusivas e intersetoriais, incentivando o protagonismo e a autonomia dos estudantes e demais atores da comunidade escolar.

Tendo em vista os fatores de risco e de proteção do abuso de drogas por escolares, vê-se a urgência em propor, mediante instituições de ensino superior, responsáveis pela formação de profissionais que atuam na área da saúde, a formação continuada de professores e gestores responsáveis pela condução pedagógica e política da promoção da saúde e da prevenção do uso de drogas. Essa formação tem sido propiciada pela Universidade de Brasília desde 2004, no Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas, realizado pelo Programa de Atenção e Estudos de Dependências Químicas – PRODEQUI -, que já formou mais de setenta mil pessoas, em todo o país.

O curso de 180 horas/aula, realizado a distância, propõe uma formação ampla sobre o tema e o acompanhamento de projetos realizados ao longo desse processo formativo.

Os projetos giram em torno de cinco eixos de ação: (1) Participação juvenil e formação de multiplicadores; (2) Integração da prevenção ao currículo escolar; (3) O resgate da autoridade na família e na escola; (4) O fortalecimento da escola na comunidade e como comunidade; e (5) O acolhimento de educandos em situação de risco.

O retorno dos cursistas sobre os projetos desenvolvidos mostra um crescimento significativo nos projetos implementados, revelando uma adequada compreensão dos parâmetros de prevenção ao abuso de álcool e outras drogas e uma gama de ações preventivas em todos os níveis.

No Distrito Federal, por exemplo, a construção Política sobre Drogas da Secretaria de Estado e Educação do Distrito Federal, alinhada com os pressupostos do curso acima referido, instituída por meio da Portaria nº 97, de 13 de junho de 2012, “é uma iniciativa pioneira do Governo do Distrito Federal, que visa orientar os profissionais da educação no desenvolvimento de ações de enfrentamento às drogas, de modo que toda a Rede Pública de Ensino tenha clareza de seus papel/papéis no enfrentamento ao uso de drogas”.

Considerações finais

As “abordagens preventivas mais promissoras ampliam o campo de intervenções para o ambiente físico e social, enfocando a saúde como um todo, aproximando-se do conceito de promoção da saúde” (Moreira *et al*., 2006, p.1). Com base nessa premissa, apresentamos, nesse trabalho, ações como a do PRODEQUI/UnB que caminham nessa direção.

A promoção da saúde na escola e a prevenção do uso de álcool e outras drogas envolvem a participação de toda a comunidade escolar: estudantes, professores e funcionários que desenvolvam a capacidade de incorporar atitudes e comportamento de melhoria da qualidade de vida. Nesse processo de empoderamento, são reunidas as forças e competências de cada um para o desenvolvimento da autonomia e o exercício de sua participação como cidadão, a partir de intervenções estruturais, contínuas e integradas, realizadas pela própria comunidade escolar.

A existência de uma política clara de saúde na educação e nas escolas influencia as percepções dos professores na prática de educação para a saúde. Uma política escolar bem formulada e explicitada é o ponto central de apoio para professores na gestão eficaz da aprendizagem que possibilita a educação para saúde e prevenção do abuso de álcool e outras drogas pela comunidade escolar.

Portanto, desenvolver ações que promovem a saúde e prevenção, na escola, implica saber acolher, possibilitar a construção identitária de educadores, alunos e pais, e possibilitar o desenvolvimento das potencialidades humanas e inserção na cultura. Consiste em permitir subjetivar-se, pertencer e construir um espaço próprio e um projeto de vida.

Referências

Abramovay, M., Cunha A. L. & Calaf, P. P. (2009). *Revelando tramas, descobrindo segredos: violência e convivência nas escolas.* Brasília: RITLA.

Abreu, S. O. (2012). *Prevenção em saúde mental no Brasil na perspectiva da literatura e de especialista da área* (Dissertação de mestrado, não publicada). Universidade de Brasília, Brasília.

Adamson, G., Mcaleavy, G., Donegan, T. & Shevlin, M. (2006). Teacher's perceptions of health education practice in Northern Irland: reported differences between policy and non-policy holding schools. *Health Promotion International*, *21*(2), 113-120.

Bambati, P. L., Gussi, M. A. & Seidl, E. M. F. (2014). Saúde e escola na prevenção do uso de drogas: Identificando interfaces e fortalecendo redes. In M. F. O. Sudbrack, M. I. G. Conceição & L. F. Costa (Eds.), *Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas* (5ª Ed., pp. 157-161). Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

Benevides, H., Chiattone, C. & Sebastiani, R. V. (2002). Ética e Bioética em Psicologia da Saúde. *Universitas Psychologica, 1*(2), 11-19.

Buchele, F., Coelho, E. B. S. & Lindner, S. R. (2009). A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas. *Ciências e Saúde Coletiva*, *14*(1), 267-273.

Carta de Ottawa. (1986, novembro). *Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde*. Ottawa: Canadá. Acessado em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf

Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. (2007). *Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências.* Brasília, DF. Acessado em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm

Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. (2010). *Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao crack e outras drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras pro-*

vidências. Brasília, DF. Acessado em http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/DEC%207.179-2010?OpenDocument.

Fleury-Teixeira, P., Vaz, F. A. C., Cardoso de Campos, F. C., Alves, J., Aguiar, R. A. T. & Oliveira, de A. (2008). A autonomia como categoria central no conceito e promoção da saúde. *Ciências e Saúde Coletiva, 13,* 2115-2122.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. (2012). *Pesquisa Nacional Sobre a Saúde do Escolar - PenSE*. Acessado em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/2012/pense_2012.pdf.

Marcolino, J. A. M. & Choen, C. (2008). Sobre a correlação entre bioética e psicologia médica. *Revista da Associação Médica Brasileira*, *54*(4), 363-368.

Ministério da Saúde. (2007). *Sistema Único de Saúde.* Coleção Progestores / Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS. Acessado em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro1.pdf

Ministério da Saúde. (2009). *Cadernos de Atenção Básica*: *Saúde na escola, n. 24*. Brasília, DF. Acessado em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_24.pdf

Ministério da Saúde. (2010). *Política Nacional de Promoção da Saúde. Textos Básicos de Saúde. Série pactos pela Saúde 2006*, (3ª Ed., Vol. 7). Brasília, DF. Acessado em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf

Moreira, F. G., Dartiu, X. S. & Andreoli, S. B. (2006). Redução de danos do uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, *11*(3), 807-816.

Organização Mundial de Saúde (1946). Constituition of the Word Health Organization. Basic Documents.Genebra.

Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. (2006). *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).* Brasília, DF. Acessado em http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm

Portaria nº 97, de 13 de junho de 2012. (2012). *Institui a Política sobre Drogas da Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal - SEDF que orienta, coordena e articula a Rede Pública de Ensino no enfrentamento às drogas.* Brasília, DF. Acessado em file:///D:/USERS/postigli/Downloads/LD_Por_97_plano_educacao_combate_droga.pdf

Schenker, M. & Minayo, M. C. S. (2005). Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência e Saúde Coletiva, 10*(3), 707-717.

Sclair, M. (2007) Histórico do Conceito de Saúde. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 17(1):29-41.

Sicoli, J. L. & Nascimento, P. R. (2003). Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface- Comunicação, Saúde, Educação, 7*(12), 101-122.

Sociedade Brasileira de Pediatria. (2005). *Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde I*. Rio de Janeiro: SBP.

Solberg, S. V., Carlstrom, A. H., Kimberly, A. S. & Jones, E. J. (2007). Classify in gat-risk high school youth: the influence of exposure to community violence and protective factors on academic and health outcomes. *Career Development Quarterly*, *55*(4), 313-327.

Spósito, M. P. (2005a). Indagações sobre as relações entre juventude e escola no Brasil: Instituição tradicional e novos significados: *Jóvenes: Revista de Estudios sobre la Juventud, 9*(22)*,* 201-227.

Spósito, M. P. (2005b). Algumas reflexões e muitas indagações sobre a relação entre juventude e escola no Brasil. In H. W. Abramo (Ed.), *Retratos da Juventude Brasileira: Análises de uma pesquisa nacional* (pp. 129-148). São Paulo: Fundação Perseu Abramo.Sudbrack, M. F. O. (2014a). Drogas e complexidade: do caos à transformação. In M. F. O. Sudbrack, M. I. G. Conceição & L. F. Costa (Eds.), *Curso de prevenção ao uso de drogas para educadores de escolas públicas* (pp. 162-166). Brasília: Editora da Universidade de Brasília.

Sudbrack, M. F. O. (2014b). O trabalho comunitário e a construção de redes sociais e adolescentes. In M. F. O. Sudbrack, M. I. G. Conceição & L. F. Costa (Eds.), *Curso de prevenção ao uso de drogas para educadores de escolas públicas* (pp. 171-174). Brasília: Editora da Universidade de Brasília.

12

Clinique des “Situations Extremes” à l'adolescence et partenariat entre les institutions du sanitaire et du social[1]

Didier Drieu

Plutôt que de parler d’adolescents incasables, de même que de la notion de psychopathie trop descriptive et stigmatisante, nous préférons évoquer ici la notion de situations extrêmes qui nous parait davantage en lien avec les problématiques dans lesquelles se débattent ces jeunes (traumatismes, vulnérabilités). Nous pensons avec l’approche de la psychanalyse groupale que ces jeunes vivent des conditions de subjectivation extraordinaires. Toutefois, nous dirons qu’ils ont aussi affaire à des conditions de parcours extraordinaires qui les conduisent à l’adolescence (ce moment où le jeune doit s’approprier sa vie) à nous prendre à témoin quant à leurs situations d’extrême vulnérabilité et de contraintes qu’ils affrontent.

Nous proposons dans un premier temps de revenir sur ce que nous convenons d’appeler la clinique des situations extrêmes. Nous nous arrêterons ensuite sur les caractéristiques de ces situations du côté des jeunes, de leur environnement pour tenter de mieux appréhender ce qu’il en est des vulnérabilités traumatiques, problématiques mieux comprises aujourd’hui avec les recherches sur les familles, les groupes. Nous analyserons aussi comment ces situations extrêmes viennent nous travailler au cœur de nos pratiques éducatives ou de soins dans les insti-

(1) Texte présenté lors d’une conférence dans un réseau Ado 66, Perpignan et ayant fait l’objet de séminaires de travail à Brasilia (Brésil)

tutions, ce qui nous obligent à la créativité pour entreprendre une réflexion sur nos échecs nombreux avec ces adolescents et leur environnement. Nous terminerons par cette question du partenariat dans les prises en charge et donc également sur quelques pistes de travail face à la souffrance de ces adolescents, leurs proches mais aussi des intervenants.

Les éléments caractéristiques des situations extrêmes du côté des adolescents

Nous pensons que les évènements traumatiques mais aussi la précarité des liens avec l'environnement majorent la vulnérabilité narcissique de ces sujets, pouvant provoquer leur encapsulement dans des logiques de "survie psychique" en fin d'adolescence, voire des "fonctionnements d'auto-exclusion", symptomatiques ailleurs de la grande précarité (Furtos, 2008; Roussillon, 2005). Cependant, en dehors de ces cas extrêmes, il semble que ces problématiques narcissiques identitaires sont très variables. Elles dépendent des parcours de ces jeunes mais aussi des souffrances traumatiques initiales, des liens familiaux et des rencontres possibles, tant du côté de protagonistes qui vont majorer l'enkystement des violences que du côté de possibles "tuteurs de résilience" (Cyrulnik, 1999).

Pendant longtemps, la pulsion agressive orale, les clivages, l'origine constitutionnelle du déséquilibre pulsion/défenses (la triade psychopathique) ont servi de références pour discuter des troubles des conduites de ces adolescents en écartant bien souvent une approche plus large, des problèmes d'attachement, de liens de filiation et d'affiliation qui provoquent pour eux beaucoup de vulnérabilité. Or, si l'inaffectivité, l'impulsivité, la mythomanie, une certaine perversité participent dans l'enfance de ces adolescents à l'installation de troubles des conduites, paradoxalement, ils ne cessent que de nous rappeler l'importance pour eux des liens avec leur environnement en nous confrontant sans arrêt dans leurs actes à des logiques paradoxales, bien souvent en écho à ce qu'ils ont pu subir. Confrontés très tôt à des contraintes de dépendance / face à leur milieu, ils ne peuvent à la fois qu'at-

tendre beaucoup de leur entourage actuel et se méfier énormément de leur investissements (logiques d'auto-sabotages). Ces problèmes de comportement s'installent davantage donc sur des histoires de dépendance plutôt que d'opposition ou de transgression, mettant souvent l'accent sur des troubles de filiation et la prégnance d'empreintes traumatiques en creux dans les parcours de ces jeunes. Le recours à l'acte, les parcours chaotiques de ces jeunes sont en résonance avec des tensions dans les premiers liens (tantôt carence, tantôt excitation et le plus souvent alternance des deux), avec une précarité des attachements et au final, des identifications. Ainsi, la motricité, l'auto-sensorialité dans l'enfance, puis les troubles des conduites, le recours à l'acte sont utilisés dans la tentation de maîtriser cette vulnérabilité avec le risque que ces comportements se chronicisent dans une forme de quête addictive.

Ces adolescents comme d'autres vont rencontrer la violence de l'effraction à la puberté provoquée par la perte des repères avec les changements corporels, l'excès des pulsions, la réactivation des conflits antérieurs. Toutefois, plus ces jeunes se sentent vulnérables de par leur fonctionnement de dépendance, de par les liens qu'ils entretiennent avec les objets de l'enfance, plus ils auront à se protéger du besoin de l'autre et tendance à majorer les auto-sabotages sous toutes les formes (menaces suicidaires, prises de risque, conduites antisociales). En effet, l'écart est grand entre leurs besoins de reconnaissance et leur potentialité à établir des liens, de construire des investissements. Ils risquent de craindre sans arrêt la déception, l'échec et le meilleur moyen pour s'en protéger est de le provoquer par soi même. Ces adolescents face à leur vulnérabilité traumatique et les échecs de toute sorte (échecs des investissements scolaires, mais surtout des liens) n'ont de cesse que de tenter de se protéger des dépendances en pratiquant une sorte de "politique de terre brûlée". Aussi, s'agit-il de pratiquer la destruction plutôt que de se résoudre à de nouvelles dépendances qui ne peuvent que décevoir vu leurs parcours passés (nombreux évènements traumatiques), les liens d'emprise qu'ils ont connu avec les proches souvent eux-mêmes pris dans leur propre nécessité de sauvegarde narcissique (Roussillon, 1997).

Si les blessures narcissiques sont au premier plan chez ces jeunes, celles-ci sont en rapport avec des troubles précoces dans les liens à l'environnement. L'alternance de l'excès et du vide dans les liens à l'objet maternel provoque des attachements très incohérents (insécures). S'ajoute une défaillance et une faiblesse de l'imago paternelle, des pactes narcissiques (liens pervertis, parfois mafieux) qui les piégent souvent dans des relations familiales indifférenciées, incestuelles (Racamier, 1995). Ainsi, ce qui dans l'enfance fonde déjà une vulnérabilité narcissique avec le déséquilibre entre la violence des pulsions et la fragilité des défenses, l'antagonisme entre les attentes narcissiques et la réalité des liens va se creuser aux temps de la puberté en accentuant la précarité des investissements. Bien sûr, ces jeunes présentent des défenses primitives qui contribuent à une sorte de dépendance aux agirs aux dépens de la pensée, d'un fonctionnement plus fantasmatique, faisant appel à des processus psychiques permettant l'autocritique, l'ambivalence des sentiments. Nous contredisons ici au passage ce terme d'ambivalence qui revient souvent dans tous les discours car nous sommes plutôt dans des logiques paradoxales (le tout et son contraire; la haine et la dépendance avec une impossibilité de vivre la séparation). Cependant, nous sommes face à des adolescents qui doivent composer très tôt dans leur existence avec des tensions traumatiques, surtout des liens instables dans la constitution de leur vie psychique. Même s'ils sont marqués dans l'enfance par des évènements traumatiques (violence, abus sexuels), ils ont aussi à faire face à une alternance de trop grande proximité, de confusion et d'abandon avec leur entourage premier. Ainsi, leurs actes apparaissent en résonance mais aussi en opposition, en défense face à l'échec des premières différenciations comme le "non symbolique et joueur" de l'enfant, des premiers modèles d'attachement, de l'expérience d'un lien à des objets qui tiennent dans l'épreuve de la destructivité de l'enfant (Jeammet, 1990; Roussillon, 1991). Nous verrons que c'est sur ce terrain là qu'ils viennent souvent nous provoquer même plus tard, d'où notre réflexion par rapport à leurs "tendances traumatophiliques" qui reprend celle de Winnicott face à l'espoir dans les conduites antisociales (Drieu, 2004). En effet, ces expériences de souffrance primitive

installent de véritables enclaves traumatiques, des violences traumatiques non historisées car non advenus dans la représentation. Ces agonies psychiques précoces, ces “craintes d’effondrement”, ces véritables “trous noirs” de la psyché les menacent en permanence d’où la nécessité qu’ils ont de se défendre face à la peur sournoise de la soumission mais aussi l’urgence qu’ils ont d’interpeller leur environnement (Winnicott, 1963/2000).

Telle est la situation de Dylan, (15 ans lors de notre première consultation en Maison des Adolescents). Il est par ailleurs suivi par la Protection Judiciaire de la Jeunesse. Il se distingue par de nombreux troubles du comportement dans l’enfance: fugues, jeux à risque, bagarres, désinvestissement scolaire. Ainsi, très tôt, sans qu’il soit véritablement suivi en pédopsychiatrie, Dylan se fait remarquer par sa grande turbulence, son comportement hyperkinétique, escaladant les toits etc…

Ces troubles du comportement, son insécurité de l’enfance vont se transformer considérablement à l’adolescence. On relève ainsi:

- de nombreuses infractions: destruction de matériels dans le collège où il était scolarisé et en dehors, nombreux vols et bagarres diverses
- des conduites à risque: vols et conduites risquées (scooters, véhicules), défis/dans les bandes, face aux policiers, prise de toxicomanie

Ces problèmes vont aller en se majorant à la mort de sa mère qui décède après une longue maladie invalidante. Rentrant dans une violence exacerbée contre son père lui-même très violent le jour de l’enterrement, il fugue pour voler une voiture de police devant le commissariat. Ce jour là, l’excitation qu’il éprouve alors qu’il est poursuivi par les policiers, nous dira-t-il bien plus tard, lui permet alors de ne pas aller trop loin contre son père.

Eléments caractéristiques de ces situations extrêmes du côté des univers familiaux

S'il y a l'existence d'une telle vulnérabilité chez le jeune, c'est aussi parce que nous sommes en présence d'un environnement très précaire (la famille) qui n'a jamais pu établir des liens d'attachement sécure, une protection face aux angoisses. Cependant, contrairement à ce qui a été longtemps affirmé en protection de l'enfance, on ne peut pas parler d'absence de liens mais plutôt d'une approche de ces liens dans une logique très incohérente, paradoxale qui provoque très tôt des craintes de dépendance contre lequel le jeune doit se protéger. Il y a donc souvent échec dans la constitution des premiers liens avec les parents, ceux-ci étant trop préoccupés par leur propre sauvegarde narcissique. Toutefois, ces jeunes n'ont de cesse que de les provoquer directement ou indirectement comme on l'a vu avec Dylan.

Chez Dylan, par exemple, on retrouve de nombreux antécédents traumatiques. Sa mère est lourdement handicapée et très tôt, Dylan va devoir la soutenir, la suppléant dans toutes ses démarches et ce, dès qu'il vient au monde. Il a dû aussi se confronter à ses sautes d'humeur, un attachement incohérent (carence et excitation). Ne pouvant médiatiser le lien entre sa femme et son fils, le père fera surtout signe d'autoritarisme, de violence, n'intervenant que sur un mode initiatique très binaire. Il est pris lui-même dans un rapport identificatoire à un père violent.

Dans les deux familles, on retrouve une transmission de violences, la maltraitance du côté paternel, l'inceste du côté de la famille maternelle. Ces éprouvés ont conduit les frères aînés de Dylan, moins marqués par la maladie de leur mère, a partir très tôt, d'abord en fugue pour deux des frères, en errance pour l'un d'entre eux (SDF au moment de la consultation)

On retrouve l'idée d'une filiation traumatique dominée par une économie narcissique. Elle s'est installée aux dépens de liens de transmission plus ouverts au monde symbolique (l'institution de la filiation). Dans une approche parallèle, J.

Guyotat (1980) a pu repérer la violence d'évènements symbolicides dans les trajectoires des sujets vulnérables, telles que l'existence d'enfants morts, de coïncidences mort/naissance, d'inceste, d'antécédents de troubles mentaux. Ces douleurs dans l'héritage, ce qu'elles mobilisent, en viennent à détruire le réseau symbolique de la transmission et donc l'institution de la filiation. Ces **"incorporats traumatiques"** traversent différentes générations sans pouvoir être contenus, assimilés et ils vont donc s'exporter dans la descendance en gangrenant le psychisme des enfants, en formant de véritables complexes prenant l'allure du "cheval de Troie", ces pièges à négatif, trous noirs de la psyché (Rouchy, 2001).

On comprend mieux dès lors l'aspiration de ces jeunes a, à la fois, fuir le lien et paradoxalement, à le rechercher. Ceci est d'autant plus fort qu'ils font souvent face également à d'autres violences, des violences transubjectives, tant du côté de ce qui les relient à leur communauté (le quartier, les origines) qu'à ce qui les lient aux institutions (l'école, la justice, les services de la protection de l'enfance, ...). En effet, ces empreintes traumatiques se trouvent activées par d'autres tensions mobilisées à l'échelle du groupe, de la communauté. La notion de ***ni*** **"violences trans-subjectives"** renvoie à des « situations sociales traumatisantes », souvent des traumas multiples (guerre, viols, …) qui provoquent chez les sujets une forme de régression dans l'ambigüité, souvent activement recherchée d'ailleurs par l'agresseur (Amati Sas, 2004; Bleger, 1981). Ces violences sociales continuent à faire son œuvre de mort longtemps après pour les sujets victimes mais aussi pour leurs descendants en empêchant le travail d'historicisation nécessaire aux jeux de transmission. Nous retrouvons ces fonctionnements pour les enfants des rescapés ou victimes des guerres, holocaustes, génocides mais ceci peut être présent à bas bruit là où des communautés ont souffert de relégation identitaire comme par exemple dans les familles harkis en France. A des héritages traumatiques, se rajoutent donc de multiples sources de relégation identitaire: exclusion communautaire, sociale, non reconnaissance de leur histoire spécifique etc.

Nous pouvons repenser ici même au parcours de Dylan, de ses parents mobilisés aussi par des violences sociales. On retrouve ces violences majorées dans

les situations des fils de Harkis comme Ahmed. Enfant de parents d'origine algérienne, Ahmed est le fils de parents qui ont connu deux vies de couple, une première en Algérie, puis une autre en France mais surtout la confrontation à la guerre d'Algérie pour le père très âgé à sa naissance, des trahisons et l'horreur du viol de sa première épouse. Tous les liens familiaux sont soumis à l'épreuve du déracinement mais aussi de la violence culturelle comme chez sa mère qui a dû se soumettre à deux mariages arrangés avec sa famille et à des liens à des maris beaucoup plus âgés. Confrontée à une sorte d'arrachement de son village natal, à devoir laisser ses deux premiers enfants en Algérie, à la violence de ses deux conjoints, elle sera souvent hospitalisée en psychiatrie, surtout au moment de la naissance d'Ahmed. Très tôt, le couple s'est installé dans la mésentente conjugale.

Ahmed est absorbé dans la problématique de ses parents, devenant une sorte de monnaie d'échange, ces derniers l'utilisant pour se protéger des violences toujours actuelles du passé: les meurtres de la guerre chez le père, l'exil, la relégation identitaire. Il a été souvent témoin dans sa petite enfance de violences multiples entre ses parents, de scènes à haut potentiel traumatique comme par exemple, l'avortement de sa mère sous ses yeux dans la voiture, des violences conjugales répétitives dans son enfance. Il assiste alors à des scènes d'agression de la part de son père à l'encontre de sa mère, faisant le lien aujourd'hui avec sa propre violence, les propos suicidaires de sa mère. Il est placé à 7 ans dans une famille d'accueil avec son petit frère âgé de 3 ans alors que sa mère est hospitalisée en psychiatrie pour des épisodes confusionnels qualifiés de psychotiques. Dans l'enfance, de nombreuses aides spécifiques lui sont proposées, tout d'abord au sein de l'école, puis dans des structures spécialisées. Nous pouvons relever plus d'une dizaine de propositions restées souvent sans lendemain: hospitalisation de jour en pédopsychiatrie, consultations auprès de collègues libéraux, d'endocrinologie dans un hôpital parisien, CLIS, deux IME à temps partiel,… Il semble d'ailleurs que ces aides ponctuelles contribuent à rendre de plus en plus difficile le placement en famille d'accueil[2] , ces échecs non discutés donnant une représenta-

tion du jeune progressivement phénoménale, monstrueuse. Bien que très mobilisée, l'assistante familiale et son conjoint se sentent alors isolés.

A l'hôpital au moment où nous le rencontrons vers 17 ans, Ahmed est perçu comme un adolescent aux multiples visages. Très dépendant du regard de l'autre, il cherche à gagner l'estime des plus marginaux en se livrant à des petits larcins, des vols, parfois à l'intérieur de l'hôpital pour plaire à un réseau de petits délinquants extérieurs. Il peut ainsi donner l'impression de s'ancrer dans un fonctionnement psychopathique allant jusqu'à s'attaquer à d'autres patients, souvent les plus fragiles.

Les jeunes qu'il retrouve à l'hôpital ou à l'extérieur sont souvent tous marqués par les mêmes malaises identitaires causés tout autant par les échecs des investissements que des problématiques de séparation/individuation de l'enfance, d'attachement traumatique. Leurs rites de ralliement, leurs jeux ordaliques témoignent également de l'importance d'une communauté d'existence autour d'un passé de situations sociales traumatisantes. Face à des situations de cumul traumatique, ils peuvent s'enfermer dans des groupes se marginalisant, utilisant l'ambigüité, la provocation à la manière d'un bouclier pour se défendre des irradiations de ces héritages de violence traumatique. Individuellement, ce mécanisme d'adaptation peut provoquer une sorte d'indifférence, une forme de "banalisation du mal"qui amène le jeune à protéger et à enfermer sa partie vivante (Arendt, 1966/1991). Collectivement, ces jeux de clivage vont faire l'objet de "pactes narcissique dénégatifs", voire parfois donner lieu à des alliances perverses déclenchant des violences fratricides (Kaës, 1993). En lien avec leurs parcours souvent semé d'échecs, les plus fragiles risquent alors de s'enfermer dans des formes d'auto-exclusion, des logiques identitaires négatives, leurs expériences masochistes provoquant alors une

---

(2) Les familles d'accueil (ou assistantes familiales) ont avec certaines institutions (Maisons d'enfants à Caractère Sociale) mission de suppléer dans les placements d'enfants aux carences ou dysfonctionnements des familles. Les enfants sont alors placés sous mandat d'un juge pour enfant.

forme d'économie psychique addictive, de dépendance à la voie comportementale. J. Bordet (1998) qui travaille sur les logiques de bandes en banlieue a bien noté les transformations qui amènent ces jeunes à se retrouver piégés dans des logiques englobandes, stigmatisantes là où autrefois, il y avait, malgré la violence, des possibilités de transformation.

Les éléments caractéristiques de ces situations extrêmes du côté des services accueillant ces jeunes

Qu'est ce qui se joue pour ces jeunes du côté des services accueillant, des équipes?

Ahmed, par exemple s'est retrouvé hospitalisé dans l'urgence dans un service de psychiatrie à l'âge de 14 ans. La veille d'un retour à l'IME où il était alors, il est devenu subitement plus menaçant avec le compagnon de l'assistante maternelle. Refusant de repartir le lendemain, il s'est saisi d'une hache, faisant alors peur à tout le monde. S'il l'a vite jetée, il est parti complètement hagard, en fugue dans la campagne, acceptant néanmoins de suivre l'assistante maternelle à son retour jusqu'aux portes de l'hôpital. Cet épisode relève bien d'un moment psychotique mais sa famille d'accueil continue à penser que cette scène était aussi en résonance très forte avec ce qu'il vivait alors. Il ne tolérait plus le rapport aux autres jeunes de l'Institut Médico Educatif (IME) et se retrouvait confronté à la mise en place d'un statut de handicapé. Il ressentait son cadre de vie (la famille d'accueil) comme devenant de plus en plus fragile en résonance avec la position de l'équipe de l'Aide Sociale à l'Enfance mettant la famille d'accueil dans des problématiques de légitimité face aux liens que ces derniers entretenaient avec les parents des enfants. Cette équipe, très démunie pour travailler avec les parents d'Ahmed, avait d'abord laisser la famille d'accueil se débrouiller, puis était intervenue brutalement pour d'abord interdire les visites aux parents, le milieu étant vécu comme toxique. En face, son père refusait de le voir alors, sa mère lui glissait des cadeaux subrepticement en lui criant qu'il n'était qu'un mauvais fils de harkis. Les appels à l'aide suc-

cessifs de la famille d'accueil ne seront d'abord pas entendus, puis après l'hospitalisation en urgence, contre toute attente de la famille d'accueil, du jeune, ils vont être perçus dans la nécessité de mettre fin au mandat. Profitant de cette hospitalisation, l'équipe de l'Aide Sociale à l'Enfance va recommander instamment à la famille d'accueil de couper tout liens avec Ahmed, laissant entendre que celle-ci est trop dans la confusion avec le jeune et qu'ils peuvent aussi se prononcer pour un retrait de placement à l'encontre du petit frère d'Ahmed. Ces injonctions vont devenir de plus en plus problématiques au fil du temps, Ahmed s'installant à la fois dans le service psychiatrique dans un statut de "fou", alternant avec des fugues répétées vers sa famille d'accueil qui sera invitée pourtant par l'équipe psychiatrique à participer paradoxalement à des entretiens familiaux.

Même si ces situations heureusement trouvent parfois d'autres voies moins extrêmes, l'installation de ces jeunes comme Ahmed dans un statut d'incasable posent de multiples questions.

Pourquoi par exemple leur vulnérabilité semble toujours évaluée dans l'urgence, sans que nous puissions retrouver dans les dossiers des bilans plus approfondis par exemple sur la problématique d'attachement, ou sur les traumatismes précoces, ou sur les liens familiaux? Ainsi, les bilans dans les dossiers apparaissent toujours très parcellaires, jamais terminés, dévoilant peu les aspects plus interactifs des tensions traumatiques, des attachements négatifs et des violences dans la transmission. Derrière les questions d'évaluation des situations de ces jeunes, il se joue des problèmes d'accueil dans les services, des équipes découvrant souvent dans l'urgence, des échecs, des impensés qui vont les aspirer à leur tour dans la réaction, voire des formes de "communautés de déni" les installant dans des projets en impasse (Fain, 1982).

Pourquoi avons-nous affaire à une sorte d'impensé collectif fonctionnant comme en résonance avec les violences traumatiques en instance dans les liens de transmission? Pourtant, ces professionnels rencontrés dans le cadre de nos recherches de monographies d'adolescents vulnérables sont par ailleurs bien expéri-

mentés, connaissant ces situations de maltraitance et les travaux sur les théories du transgénérationnel et de l'attachement.

Pour des jeunes comme Ahmed, les hospitalisations arrivent en urgence avec souvent la volonté cachée de l'équipe précédente de faire table rase de leur expérience ressentie comme un échec. Dans un même mouvement paradoxal, l'équipe de l'ASE présente le jeune Ahmed comme un "possible pervers" et la famille d'accueil comme potentiellement séduite par son comportement déviant, susceptible donc d'être pathogène. Elle maintient pourtant le placement de son petit frère dans cette famille fonctionnant du coup dans des sortes d'injonction paradoxale face aux enfants et la famille d'accueil. Elle fait alors le choix par défaut de confier Ahmed à une autre famille d'accueil à sa sortie de l'hôpital, ce qui ne se fera jamais, vu l'attachement de ce jeune à son milieu de substitution et ses problèmes de comportement. Pourtant énormément mobilisée dans les projets de placement, l'équipe apparaît tendue sur un principe de précaution, s'arc-boutant alors sur des procédures qui vont enfermer la famille d'accueil, voire les parents d'Ahmed, le jeune lui-même dans des fonctionnements de lutte face à la culpabilité, voire la honte.

Nous pouvons penser que la situation d'Ahmed, de sa famille et de l'environnement d'accueil réactivent certains traumas du passé dans le secteur de ce département. Sur ce territoire rural, on a en effet pendant longtemps exploité le filon économique des accueils extérieurs au département jusqu'au jour où des situations scandaleuses se sont trouvée révélées, mettant à jour des scènes de perversion, plus relationnelles, interactives que véritablement structurelles. Au-delà d'histoires conjoncturelles, ces modes de placements d'autrefois fonctionnaient dans une sorte d'idéologie d'hygiénisme social avec l'idée qu'il faille écarter ces enfants des sources du mal, celui-ci étant lié dans un curieux mélange aux conditions de vie, à l'hygiène, voire même à un déterminisme héréditaire. Progressivement, un mouvement inverse s'est opéré pour penser les interventions des familles d'accueil vers une forme de suppléance familiale. Cette nouvelle orientation va dans le sens d'un soutien à la parentalité. Il s'agit de les aider à retrouver leurs actes édu-

catifs usuels sans les remplacer, ce qui doit contribuer à soutenir les familles si la violence n'est pas trop excessive (Fablet, 2010). Toutefois, dans la réalité, il existe bien peu d'interventions concertées vers ce travail de "l'échec du relationnel" entre l'éducatif et le soin, surtout lorsque nous touchons à ces problématiques d'attachement négatif, de filiation traumatique. Face à Ahmed, l'équipe de l'Aide Sociale à l'Enfance paraît s'être mobilisée dans des accompagnements de substitution à la famille. Elle cherchait probablement à suppléer des carences avec l'idée d'un "vide à combler" comme en témoignent les nombreuses prises en charge éducatives et psychiatriques initiées souvent sans lendemain (Fustier, 1993).

D'un autre côté, le service psychiatrique qui accueille Ahmed en urgence vit aussi dans la hantise de ses origines. D'abord lieu de dépôt des enfants abandonnés, hôpital général, puis asile départemental, les services psychiatriques ont fait leur révolution dans les années 1970. Les psychiatres ont fermé l'internat réservé alors aux enfants autistes, déployant des structures en ambulatoire qui amèneront progressivement la fermeture de nombreux lits en psychiatrie adulte. Traversée actuellement par une fragilisation de ses frontières, de son projet, de la professionnalisation de ses acteurs, les équipes ont eu tendance à l'encontre d'Ahmed à réagir d'abord par des projections à l'encontre du médecin, puis dans un mouvement de clivage en interne face à leurs collègues de pédopsychiatrie, accusés de ne rien faire. L'équipe a d'abord reproché au médecin psychiatre d'avoir accepté une hospitalisation d'un jeune adolescent dans un service consacré à des soins de longue durée prévus pour des sujets psychotiques chroniques. Le médecin regrette de ne pas avoir plus fait face à ces reproches, de s'être précipité sur un projet extérieur sans suite et sans avoir pu préserver une fonction de référent médical dans cette prise en charge. Eprouvée dans sa capacité à tenir dans la différenciation face à la transfusion du chaos interne du jeune, l'équipe de psychiatrie adulte va ensuite réagir sur le mode de la *dévotion* à la cause d'Ahmed, puis de la *retaliation* en demandant son isolement et enfin de *l'abandon*. Elle semble se protéger d'un mouvement dépressif en reprochant aux services de pédopsychiatrie (leurs collègues) leur impuissance pour changer la situation d'Ahmed et ce malgré son détour plu-

tôt réussi vers des soins de jours en pédopsychiatrie. Constatant l'enfermement d'Ahmed dans une forme de psychiatrisation et dans une psychopathologie, les deux équipes par la voie du directeur vont alors revendiquer que les travailleurs sociaux de l'Aide Sociale à l'Enfance prennent position, la direction de l'hôpital allant jusqu'à réclamer un remboursement des prix de journée.

Les éléments de changement vont arriver avec la nomination d'une nouvelle éducatrice dans l'équipe ASE, puis la demande du côté de la psychiatrie faite à notre groupe de recherche de nous saisir de cette situation dans une forme d'analyse interinstitutionnelle. Progressivement, en résonance avec la capacité de la famille d'accueil, de l'éducatrice de s'extraire des processus de collusion institutionnelle, va s'opérer une transformation des éprouvés traumatiques à l'encontre d'Ahmed, de sa famille, aidant à réattribuer la part prise par chacun dans ces fonctionnements en escalade. D'autres projets vont alors pouvoir se réamorcer. Pédopsychiatre, éducatrice de l'Aide Sociale à l'Enfance et famille d'accueil vont ainsi accompagner Ahmed et son frère quand le père décède, les aidant à penser à la fois les liens et une distanciation (projet de réinsertion interculturel pour Ahmed, entretiens familiaux avec la famille d'accueil, visites médiatisées chez la maman,…)

+ Sources d'échec des prises en charge en institution?

Nous pouvons repérer plusieurs raisons de l'échec, telles que les difficultés à repérer les fonctionnements de ces jeunes derrière leurs conduites, celles de l'environnement, l'importance de pouvoir travailler le relationnel et ses paradoxes à partir des faits institutionnels. Toutefois, nous voudrions avant de conclure sur des pistes de travail revenir sur les raisons des fonctionnements négatifs des équipes dans une sorte d'impensé des scènes institutionnelles.

Ces situations de violence paradoxale liées à des problématiques de dépendance génèrent des situations traumatiques également dans le champ institutionnel qui seront souvent portées par les professionnels les plus impliqués dans ces prises en charge (ex la famille d'accueil avec la prise en charge d'Ahmed). Ces pro-

fessionnels vont être confrontés à du réel traumatique, comme la scène violente d'Ahmed avec sa famille d'accueil, non seulement inassimilable mais aussi insituable, c'est-à-dire avec des capacités de jugement et d'attribution du professionnel mises en péril. Ils ne peuvent alors faire la distinction entre perception ou fantasme, cauchemar ou réalité et il y a la nécessité d'évacuer et de partager la charge émotionnelle avec l'équipe ou d'autres professionnels. Ainsi, il y a attente d'une requalification des éprouvés et la nécessité de trouver dans l'équipe un « conteneur » de l'attaque subjective, permettant de redifférencier les rapports entre réalité externe et interne (Anzieu, 1996). Or, c'est le contraire qui se produit régulièrement avec une équipe qui peut récuser ou se soustraire à cette fonction d'accueil. Cette absence de réponse groupale peut constituer un après-coup traumatique en faisant du partenaire ou du jeune un bouc émissaire.

Longtemps, ce fonctionnement presque naturel de l'équipe, d'un groupe (la projection pour préserver une bonne illusion) a été compensé par l'institution de mouvements de régulations: les synthèses, le travail dans les interstices, des référents différents du cadre ou du projet, la différenciation des espaces de soin, éducatifs, les séjours de rupture,…. Or, aujourd'hui, si la clinique institutionnelle perdure, elle est mise à mal, en péril dans plusieurs registres du champ institutionnel.

Il se pose d'abord un problème de fondation du soin, de l'éducatif face à ces adolescents. Ainsi, auparavant, la fonction de direction était portée par des directeurs incarnant la posture d'autorité, une fonction qui même si elle était remise en question, était reconnue comme légitime à tous les niveaux de l'institution. Aujourd'hui, la fonction de direction est plus portée par des managers techniciens, beaucoup moins assurés quant à leur autorité légitime et davantage enclins à être de bons gestionnaires qui sont tentés d'appliquer des procédures de gestion des risques. Aussi, ils ne peuvent plus se mettre en avant dans les conflits, ce d'autant plus que les frontières entre les institutions (la famille, le soin, l'éducatif, le judiciaire) sont de moins en moins claires. Ainsi, à la place des longs débats sur la scène institutionnelle, on voit arriver un ensemble de procédures dont l'objet est de maîtriser les risques. Certes, dans ces discussions conflictuelles, on parvenait

rarement à dégager des solutions mais il n'était pas rare de voir des évolutions arriver après-coup comme ce que nous avons tenté avec Dylan, un peu aussi avec Ahmed. Partageant le non sens, nous arrivions dans nos différences à entendre de la vie, du relationnel dans les rencontres avec ces jeunes, moments refondateurs d'un travail d'équipe, redonnant du sens à notre cadre de travail.

Ceci pose une deuxième question particulièrement importante pour ces jeunes. Dans de telles configurations traumatiques, les évènements ne font pas traces pour les sujets, sinon sous le mode de l'effacement ou celui d'une surprésence. ***Ni L'histoire*** est précisément ce qui se trouve en ***ni défaut d'inscription***; les identifications se trouvent ainsi en position de déséquilibre, voire en faillite (Gaillard, 2001). Rendus incasables, on ne peut pas dire qu'ils participent à leur accueil dans les services où ils se trouvent. La fonction d'accueil qui est déjà parfois mise à mal ailleurs est peu travaillée. Ainsi, est-il rare qu'ils soient accueillis avec l'intention de travailler à ce qu'ils puissent investir les différents espaces d'un établissement, plusieurs référents (éducateur, psychologue, médecin,…), qu'ils puissent se mobiliser dans le « don/contre don », dans l'échange sur un projet, ce sans parler de leur entourage (Niang, 2013). La tendance est grande d'effacer l'histoire, soit en la figeant dans le passé ou en la banalisant au point de l'ignorer

Dans le même esprit, se pose le problème de la professionnalité pour les différents acteurs de ces établissements. Au niveau des identifications professionnelles des professions du soin et du travail social, la ***ni transgression*** est constitutive de l'ancrage identitaire. Ces différentes professions donnent en effet accès à la fréquentation de situations et à des actes qui, en d'autres contextes, relèvent du tabou et/ou de l'intime. Les professions du soin et du travail social, par exemple, se configuraient jusqu'alors pour une large part dans un rapport de fascination de ***ni l'archaïque avec une possible reprise historisante*** requise dans les régulations institutionnelles. En outre via leurs identifications professionnelles, ces soignants ou éducateurs tentent de réparer et conjointement de masquer leurs propres ***ni failles identitaires***. La souffrance des adolescents, plus souvent leurs actes, ren-

voient aux défauts d'inscription, à une "mésinscription du lien", ce qui n'est pas sans provoquer la force, la passion au détriment du sens (Gaillard, 2001). Ces différentes sources de violence suscitent des menaces de turbulences traumatiques et une escalade de revendications et projections. Cette situation alimente un fonctionnement en identification projective par rapport aux professionnels qui subissent continuellement des attaques dans leur professionnalité, leur cadre d'intervention. Toutefois, le travail d'élaboration peut être maintenu là où s'exerce une fonction de régulation des prises en charge dans le champ institutionnel.

Or, le travail de figuration / symbolisation dysfonctionne lorsque nous nous trouvons sidérés par les vécus traumatiques des sujets accueillis (violences familiales, inceste, situations extrêmes, …) et surtout lorsque nous ne pouvons plus questionner les dynamiques de ***ni réparation/méconnaissance*** suscitées par l'idéal de leur tâche primaire: ***ni éduquer, soigner***. Via leurs identifications professionnelles, éducateurs et soignants tentent ainsi de réparer et conjointement de masquer leurs propres failles identitaires. Ils demandent ainsi aux "usagers" de leur permettre de reconfigurer leurs propres modalités relationnelles souffrantes – l'identité des sujets s'étayant largement sur l'identité professionnelle, les dimensions souvent masquées du don/contre don dans les échanges signifiants (Niang, 2013). C'est pourquoi au niveau des équipes, la construction de liens professionnels suppose la mise en place de défenses groupales, de clivages, pactes et fonctionnements dans des formes d'illusion groupale qui restreignent la possibilité d'une reprise des histoires, des suivis en l'absence de pratiques de régulation sur la scène de l'institution. Si ces processus et le risque d'une désinstitutionnalisation ont toujours existé dans ces établissements, ceux-ci nous paraissent se potentialiser davantage négativement aujourd'hui, risquant d'installer le jeune dans une position de bouc émissaire. Deux facteurs concourent à la déliaison à l'œuvre dans le champ organisationnel: des changements profonds dans les fondements des pratiques d'accompagnement conduisant à la crise de la fondation que nous avons déjà indiqué, une inflation des procédures qui pousse à délégitimer encore davantage le travail du collectif institutionnel. L'historicisation des conflits risque d'être

plus difficile, exacerbant ces dynamiques de ***ni réparation/méconnaissance*** des professionnels au travers des "soins" aux différents “usagers”. En effet, face à des professions devenant davantage techniques (techniciens du social ou du soin), les différents intervenants aujourd’hui peuvent être tentés au-delà du refoulement groupal, de se mettre en retrait du travail institutionnel et ce au nom des injonctions qu’ils reçoivent de maîtriser les risques, de prévoir, d’anticiper les fonctionnements. C’est tout le débat qui nous préoccupe actuellement autour de la prédiction et la prévention comme par exemple les consignes en France de la Haute autorité de santé de repérer les enfants vulnérables dès l’entrée à l’école maternelle.

Les établissements de soins ou éducatifs, les équipes ont à composer sans arrêt avec la déliaison affectant le travail d’historicisation nécessaire à la prise en charge de ces jeunes. Alors dans quels nouveaux partenariats pouvons-nous mettre au travail l’échec vécu par les professionnels face à ces jeunes pris dans leur vulnérabilité.

La complexité des problématiques individuelles et familiales de ces adolescents vulnérables exige pour une meilleure compréhension, d’être discutée, réfléchie dans les équipes, en pluridisciplinarité selon un modèle travaillé ailleurs, la plurifocalité de la clinique. Cependant, cette démarche doit pouvoir aller au-delà du soin esquissé par P. Jeammet à l’Institut Médical Montsouris (Paris), un référent médical, un référent pour la psychothérapie, parfois d’autres soins en direction de la famille. Comme pour les prises en charge des conduites de dépendances, il est ainsi tentant de reprendre le modèle psychiatrique ou psychothérapeutique instauré surtout en milieu hospitalier: ***ni les dispositifs bi-focaux ou tri-focaux*** (Jeammet, 1992; Slama & Gutton, 1992). L'idée est de pouvoir mieux gérer les excitations, les répliques sismiques qui ne manquent pas de survenir et ainsi de chercher à protéger le travail thérapeutique tout en proposant ***ni un thérapeute qui puisse être référent des liens dans la réalité.*** Toutefois, ces approches focalisées sur certaines dimensions thérapeutiques ne tiennent pas compte ***ni des dimensions éducatives et sociales en jeu et surtout de l'importance de penser***

à leur mise en perspective tellement la "négativité" est à l'œuvre (Green, 1999). Comme nous l'avons fait avec Dylan, voire Ahmed, il s'agit de mener un travail de co-référence déjà pour la mise en place et la continuité du suivi thérapeutique, des accompagnements, ce qui veut dire au minimum une co-référence par un soignant et l'éducateur. Pour autant, cette construction et élaboration à plusieurs ne va pas de soi, vu les différences d'institutions, de langues et de cultures professionnelles. Ainsi, ce qui devrait être une richesse, peut paradoxalement faire obstacle et se transformer en tension, incompréhension, confusion, voire conflit. Nous pensons ici à l'expérience de la Maison des Adolescents du Calvados pourtant riche de travail interdisciplinaire, avec répétitivement des éducateurs ou des soignants qui peuvent être pris dans des phénomènes d'emprise avec les jeunes accueillis, leurs familles, mettant de côté par exemple l'urgence d'un contrat de soins ou pour les psychologues, psychiatres, dans des sortes d'injonctions ne tenant pas compte de l'engagement des éducateurs.

Au-delà, il est nécessaire, pour pouvoir aborder efficacement ces situations traumatiques et traumatogènes que les équipes disposent d'un cadre de travail solide, bien repéré, d'un soutien actif de leur institution, d'espaces de réflexion et de concertation pluridisciplinaires. En effet, l'espace d'accueil, de consultation, de soin doit pouvoir être suffisamment contenant et protecteur à la fois pour les sujets accueillis et accueillants à l'image du "médium malléable" ou des premiers soins primaires (Roussillon, 1997). Il s'agit de penser le lien avec l'adolescent et son entourage dans une forme de co-construction permettant que ces rencontres deviennent l'occasion pour le jeune de retrouver l'initiative tout en ne le laissant pas tout faire. Roussillon (1997) évoque à ce propos à partir de Winnicott (1971/1975) la métaphore du jeu de la spatule. Ce jeu permet à l'enfant d'utiliser sa mère dans un lien qui le libère de la pression de ses angoisses destructrices lorsque cette dernière survit et parvient à détoxiquer, diffracter sa destructivité. Dans leurs liens de dépendance à un environnement non sécure, ces jeunes vulnérables n'ont jamais pu mettre à l'épreuve cette expérience paradoxale de la destructivité, de la survie de l'objet et c'est pourquoi leurs actes, comportements sont souvent des

tentatives ultimes de tester notre environnement professionnel, de mettre à l'épreuve la survie du cadre. Les attaques des cadres éducatifs et psychothérapeutiques étant permanentes, il est impératif de penser des dispositifs à plusieurs niveaux de contenance, offrant la possibilité de replis potentiels à travers les séjours de rupture, le détour par l'hospitalisation, les entretiens avec un éducateur référent, voire le directeur du centre d'hébergement si nécessaire. Bien sûr, ces attaques renvoient à la violence pulsionnelle de ces jeunes mais aussi à une remise en jeu de l'épreuve de destructivité dans le rapport à l'autre. Face à l'impasse qu'ils rencontrent précocement dans leur relation à l'objet dans les premiers temps de la différenciation, ils tentent ainsi d'éprouver la qualité des liens et la fiabilité de la parole de l'adulte. Certes, il est difficile pour ces adultes que nous sommes, surtout pour les éducateurs, de pouvoir préserver la stabilité du cadre. L'environnement, les dispositifs de médiation doivent pouvoir alors offrir des relais en mettant en perspective l'agir et la figurabilité à travers des scènes sociales qui peuvent être des équivalents du jeu dans le psychodrame. Une attention particulière est ainsi à porter à la façon dont l'arrivée et le séjour du jeune peuvent être pensés et accompagnés sur le lieu de vie, [i][*l'institution pouvant servir de trame pour constituer des contrats de type initiatique susceptibles de mettre en représentation la trame imaginaire des contrats narcissiques et des pactes dénégatifs inconscients dont le jeune a été l'objet et qui dérégulent son activité métaphorisante préconsciente]* (Aulagnier, 1989; Kaës, 1993). Dans l'arrivée en foyer, les temps d'observation et de séparation avec le milieu habituel du jeune, suivi d'une période d'épreuves socialisantes, puis de retrouvailles, peuvent s'apparenter à l'approche initiatique des sociétés traditionnelles. Or, malheureusement, ce contexte de travail clinique dans la contenance et les effets pare-excitants est loin d'être en place partout, et notre expérience suggère même que, s'il existe, il n'est pas toujours totalement opérant.

Pour permettre cette constance de travail clinique dans un contexte interdisciplinaire, interinstitutionnel, le réseau doit pouvoir proposer des espaces de formations actions/recherche, déjà en partant de groupes d'analyse de ces situations extrêmes.

Du point de vue des régulations, comme il s'agit de travailler dans une perspective psychodynamique à une transdisplinarité, il est nécessaire de penser les limites de chacun dans son travail, son institution à travers la reprise de ces situations extrêmes. Là où on fait l'impasse sur ces questions, les clivages ne manquent pas de réapparaître: projections dans nos institutions face au groupe d'analyse qui mobilise contre lui de nombreuses attaques, conflits internes au groupe car la violence de ces jeunes suscite des formes d'illusion et de brusque désenchantement avec constitution de mécanismes paranoïdes (création de bouc émissaire, régression narcissique groupale venant parasiter la pensée associative, …).

Dans une perspective de recherche /action, nous avons voulu initier aussi dans le Calvados (France) un travail sur des monographies de parcours de ces jeunes, pour penser et dégrouper les représentations et nous aider à figurer les différents liens d'emprise (Desquesnes, Proia-Lelouey & Drieu, 2010; Drieu, Sarabians, Proia-Lelouey, Plagès & Desquesnes, 2011). Par la suite, nous sommes en train de réfléchir à des actions/recherches plus en amont pour mieux repérer dès l'entrée en protection de l'enfance les souffrances des enfants et des parents sur la question des liens, de l'intersubjectivité en travaillant avec les différents professionnels leurs représentations des situations. Se pose la question par exemple d'un repérage dans la réalité des problématiques d'attachement, des repères qui peuvent nous aider à proposer un meilleur balisage de ces situations et donc des suivis plus appropriés.

Bibliographie

Amati Sas, S. (2004). L'interprétation dans le trans-subjectif: Réflexion sur l'ambigüité et les espaces psychiques, Médecine et hygiene. *Psychothérapies*, *4*(24), 207-213.

Anzieu, D. (1996). *Créer, détruire*. Paris: Dunod.

Arendt, H. (1991). *Eichmann à Jérusalem. Rapport sur la banalité du mal*. Paris: Gallimard, (Trabalho original publicado em 1966)

Aulagnier, P. (1989). Se construire un passé. *Journal de la Psychanalyse de l'Enfant, 7*, 191-221.

Bleger J. (1981). *Symbiose et ambigüité*. Paris: PUF.

Bordet, J. (1998). *Les jeunes de la cite.* Paris: PUF, Coll. Le sociologue.

Cyrulnik, B. (1999). *Un merveilleux malheur*. Paris: Odile Jacob.

Desquesnes, G., Proia-Lelouey N. & Drieu D. (2010). Analyse des représentations de professionnels impliqués dans deux parcours de sujets dit "incasables". *Revue Pluridisciplinaire de Recherche Sociétés et Jeunesses en Difficulté*, *10*(4). Retrieved from http://sejed.revues.org/6837

Drieu, D. (2004). Automutilations, traumatophilie et enjeux transgénérationnels à l'adolescence, Attaques du corps. *Adolescence, 22*(2), 311-323.

Drieu, D., Sarabians, S., Proia-Lelouey, N., Plagès, M. & Desquesnes, G. (2010). Parcours des adolescents vulnérables à la sortie du système de la protection de l'enfance - Réflexion sur les différentes violences en jeu et sur les alternatives de prises en charge, *Psychologie Clinique*, *EDK, 30*, 49-62.

Fablet, D. (2010). *De la suppléance familiale au soutien à la parentalité.* Paris: L'Harmattan.

Fain, M. (1982). *Le désir de l'interprète*. Paris: Aubier Montaigne.

Furtos, J. (2008). *Les cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et dispositifs.* Paris: Masson.

Fustier, P. (1993). *Les corridors du quotidien. La relation d'accompagnement dans les établissements spécialisés pour les enfants*. Lyon: Coll. L'autre et la différence, PUL.

Gaillard, G. (2002). La généalogie institutionnelle et les écueils du travail d'historisation: entre filicide et parricide. *Connexions*, *76*, 125-141.

Green, A. (1999). Passivité, passivation - jouissance et détresse. *Revue Française de Psychanalyse, LXIII*, 1587-1600.

Guyotat, J. (1980). *Mort, naissance et filiation*. Paris: Masson, coll. Médecine et psychothérapie.

Jeammet, P. (1992). La thérapie bifocale, une réponse possible à certaines difficultés à l'adolescence. *Adolescence, 10*(2), 371-383.

Jeammet, P. (1990). Les Destins de la dépendance à l'adolescence, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 38*(4-5), 190-199.

Kaës, R. (1993). *Le Groupe et le Sujet du groupe. Eléments pour une théorie psychanalytique du groupe*. Paris: Dunod.

Niang, C. (2013). Commentaire Marcel Mauss, In D. Drieu (Ed.), *46 commentaires de textes sur la clinique institutionnelle* (pp. 63-69). Paris: Dunod.

Racamier, P.-C. (1995). *L'inceste et l'incestuel* (3ème éd.). Paris: Éd. du Collège.

Rouchy J. C. (Ed). (2001). *La psychanalyse avec Nicolas Abraham et Maria Torok*. Paris: Erès.

Roussillon, R. (1991). *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*. Paris: P.U.F., Le Fait psychanalytique.

Roussillon, R. (1997). La fonction symbolisante de l'objet, *Revue Française de Psychanalyse, LXI*(2), 399-413.

Roussillon, R. (2005). Les situations extrêmes et la clinique de la survivance psychique in J. Furtos & C. Laval (Eds.), *La santé mentale en actes*. *De la clinique au politique* (pp. 221-238). Ramonville St Agne: Erès.

Slama, L. & Gutton, P. (1992), Traitement trifocal? *Adolescence*, 10(2), 385-390.

Winnicott, D.-W. (2000). *La crainte de l'effondrement, La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Paris: Gallimard, NRF. (Trabalho original publicado em 1963)

Winnicott D.-W. (1975). *Jeu et réalité*. Paris: Gallimard, NRF (Trabalho original publicado em 1971)

13 L'appartenance territoriale et l'expression par le Rap- des enjeux existentiels chez les jeunes habitants d'une banlieue française[1]

Ana Massa
Teresa Cristina O. C. Carreteiro

Introduction

Cet article est issu des réflexions menées dans une recherche dans le cadre dans d'un doctorat sur la symbolisation dans la construction des jeunes rappeurs habitants d'une banlieue française et d'une banlieue et d'une *favela* brésiliennes. Ici, nous centrerons notre propos sur l'analyse du terrain dans la banlieue française où nous sommes allés d'octobre 2007 à juin 2009 afin d'examiner les liens tissés entre les jeunes rappeurs et leurs espaces de vie, pour ensuite analyser comment ils s'expriment à travers le rap dans la construction de leurs existences sociales.

Nous discuterons notre hypothèse selon laquelle les pratiques des jeunes rappeurs et le rap lui-même prennent leur sens et leur signification au sein du groupe de pairs et dans un contexte social, ce qui contredit les conceptions qui privilégient l'activité créative dans sa dimension exclusivement individuelle. Nous analyserons ainsi le rap et le territoire dans la qualité d'enveloppe groupale

(1) Cet article est un extrait d'une thèse de doctorat intitulée "[La sociologie clinique du rap: la symbolisation dans la construction des jeunes rappeurs brésiliens et français dans leurs espaces de vie]." Les noms propres des personnes et de l'association de quartier ont été modifiés par souci d'anonymat.

(Anzieu, 1999) qui créé un intérieur et un extérieur du groupe, au sein du quel le jeune construit son rapport à soi et à l'autre.

La cité et la *favela*: le territoire comme enveloppe groupale

Dans l'ouvrage "L'invention du quotidien" Certeau, Giard et Mayol (1994) interrogent les significations des quartiers pour leurs habitants, et définissent le quartier comme

> le moyen terme d'une dialectique existentielle (au niveau personnel) et sociale (au niveau des groupes des usagers) entre le dedans et le dehors. Et c'est dans la tension de ces deux termes, un *dedans* et un *dehors* qui devient peu à peu le prolongement d'un dedans, que s'effectue l'appropriation de l'espace. (Certeau *et al*., 1994, p. 21).

Suivant sur ce point la pensée de Mayol (Certeau *et al*., 1994), nous avançons l'hypothèse que la cité et la *favela*, en tant que moyen terme d'une dialectique entre un *dedans* et un *dehors* crée l'espace intermédiaire entre la maison (chez soi) et la société, entre le jeune et l'autre. Au Blanc-Mesnil, la cité se constitue également comme un moyen terme entre le *bled*[2] et la France. Les jeunes trouvent dans les frontières géographiques et symboliques de l'espace social cette enveloppe, nécessaire au groupe de pairs, qui se constitue comme un espace transitionnel entre la subjectivité interne et la société objective.

Poursuivant dans la même perspective que l'auteur, qui pense que l'appropriation de l'espace est faite à partir du "prolongement d'un dedans", nous proposons de considérer la cité et la *favela* comme la continuation de la subjectivité du jeune. Le dedans étant pour nous ici l'espace intime du sujet, sa propre intériorité, qui se prolonge dans le territoire[3]. Dans l'extrait qui suit, L.P.,

---

(2) 'Bled' est employé par les jeunes du Blanc-Mesnil pour faire référence au pays d'origine, et peut désigner non seulement les pays arabes, mais aussi des pays de l'Afrique Noire. Par ailleurs, quand je partais au Brésil, certains jeunes me demandaient à mon retour comment cela s'était passé 'au bled'. Ce mot arabe a été approprié par le vocabulaire des jeunes pour identifier un espace géographique qui sous-entend à la fois une origine, un déplacement et une dimension affective.

(3) Au cours de notre analyse, nous verrons que les significations de 'dedans' et 'dehors' ne sont pas figées, elles se déplacent en fonction des enjeux socio-psychiques qui se posent au sujet, ce qui fait que le quartier et la *favela* peuvent signifier dedans ou dehors en fonction du positionnement subjectif du jeune.

rappeur confirmé du Blanc Mesnil, fait le lien entre le quartier et la construction de soi:

> “C'est-à-dire que ton quartier, avec les amis avec qui t’as grandi, les potes de ton quartier, bah, en gros c’est tout ce que t’as. Tu vois? (…) t’as que ça. Si on t’enlève ça… Tu vois? T’es… voilà. Depuis qu’on est petit, tu descends de chez toi, tu vas en bas. (…) t’as pas beaucoup de moyens, pas beaucoup de loisirs, c’est vraiment, c’est vraiment dehors (…) il y a des trucs que tu ne vas pas dire à tes parents. Voilà. Les parents sont à des kilomètres de ce qu’on vit. Ils ont leur vécu, on a le nôtre. Eux, ils viennent du bled, nous, on a vécu ici. On ne cogite pas tout le temps pareil. On ne se comprend pas sur tout. Une famille noire, arabe, tout ça, contrairement à une famille “blanche” entre guillemets, on a moins ce rapport, je veux dire, de dialogue entre parents. On a la tendance d’être plus pudique parce que tu ne dis pas à l’intérieur de la maison, dehors c’est vraiment où avec tes potes tu fais ta vie, tu te construis. Où tu peux tout dire parce qu’ils sont comme toi. Ils vivent la même chose à la maison, la même chose dehors (…) c’est vraiment une fraternité, c’est vraiment une famille non constituée. (…) Ils nous ont mis là, là, là… (*en me montrant les bâtiments*) On est nés là, on n’a connu que ça.”

Dans le discours du rappeur, le quartier occupe cette place intermédiaire où le jeune vit et élabore l’entre-deux de son expérience dans la banlieue française soutenu par le groupe de pairs. D’un côté, il y a la maison, les parents, le *bled*, et, de l’autre côté, la société française, l’autre, la France. Les parents viennent du *bled*, la différence entre leurs vécus en France les séparent et rend les enfants en partie étrangers à leurs parents. Mais L.P. ne se reconnaît pas non plus dans le modèle français, représenté dans son imaginaire par la famille blanche dont les parents parlent aux enfants dans une relation ouverte, contrairement à eux qui auront des échanges en *dehors* de la maison. Le quartier se présente ainsi comme

le lieu où se condense ce double sentiment de désappartenance: il désigne ceux qui ont quitté leur pays d'origine et ceux qui ne se sentent pas intégrés dans la société française. Mais le quartier s'affirme également comme l'espace d'ancrage de la sociabilité du groupe de pairs, où les jeunes expérimentent la "*fraternité d'une famille non constituée*". Si les appartements sont petits pour accueillir les familles nombreuses et les différences qui se creusent entre enfants et parents, dans le quartier les jeunes trouvent des espaces géographiques et symboliques pour l'échange. Le territoire, le jeune et le groupe renforcent mutuellement leurs existences. Le quartier et le groupe de pairs sont désignés par L.P. comme la seule chose qui leur appartienne. Le rappeur ne finit pas sa phrase: "*Si on t'enlève ça… T'es… voilà.*". Nous pouvons penser que, dans son imaginaire, la disparition du territoire et du groupe de pairs en tant qu'enveloppes psychiques ferait tomber l'individu dans le vide où le sujet ne trouve plus de contenant.

Nous avons pu entendre la force de l'attachement à l'espace social également chez les jeunes que nous avons rencontrés à Rocinha. Lena, jeune rappeuse de 15 ans nous dit à propos de son vécu dans la *favela*:

> "Je pense que la discrimination vis-à-vis de la *favela* est un problème. Parce que, par exemple, quelqu'un qui sort d'ici a la marque *favelada*, elle sera considérée comme ceci, elle sera considérée comme cela… si la personne est faible, elle n'aura pas le courage, elle va se sentir mal et elle ne voudra plus sortir d'ici. Parce qu'ici c'est un endroit d'accueil. Et en *dehors* d'ici ce n'est pas comme ça. En dehors personne ne te connaît, personne ne te dit bonjour. Donc, la personne ne veut plus sortir d'ici (…) Je suis dans la rue, ici, ce n'est pas tout le monde, mais une bonne partie des gens me connaissent déjà. Quand je vais à un autre endroit, personne ne sait qui je suis. Donc, c'est bien. C'est comme un arbre qui crée ses racines. J'ai mes racines ici. Donc c'est pour ça que j'aime habiter ici. Donc, ce que je pourrai faire, je le ferai pour que la Rocinha soit meilleure."

Lena nous parle de la protection procurée par l'espace social face à l'hostilité du *dehors*. Dans la *favela*, la jeune est en sécurité, entourée par l'accueil des semblables qui procure un refuge à la stigmatisation de l'image renvoyée par l'extérieur à ses habitants. L'enracinement où elle a grandi se traduit dans un engagement pour améliorer la Rocinha, dans l'affirmation de son sentiment d'appartenance à la *favela* mise en valeur par son ambiance chaleureuse, se différenciant positivement des autres espaces de la ville. Lena montre ainsi que les difficultés que vivent les habitantes se situent également à l'extérieur de l'espace social, dans le rapport de discrimination qui se transforme en violence symbolique produisant le repli des habitants sur la *favela*.

Ces deux extraits révèlent ce que nous avons constaté dans l'ensemble des entretiens réalisés pour cette recherche: l'attachement au territoire n'est pas exprimé de la même façon par les jeunes français du Blanc-Mesnil et les jeunes brésiliens de la Rocinha. Pour les premiers, le quartier est collectivement surinvesti comme la seule chose que les jeunes possèdent pour soutenir leur existence sociale, mais l'attachement au territoire prend en même temps les aspects d'une révolte qui se mue en déploration au sujet du lieu de vie. Du côté des jeunes brésiliens, l'investissement dans l'espace urbain prend une dimension affective positive, voire romantique, qui les engage à y rester pour l'améliorer[4].

Les jeunes ont grandi dans la cité et dans la *favela*. Les frontières du territoire symbolisent la protection mettant le jeune à l'abri du regard des sociétés française et brésilienne, et fonctionnent comme cette enveloppe à l'intérieur de laquelle il

---

(4) Nous pouvons penser que cette différence tient également à la façon dont les endroits ont été appropriés par les habitants, ainsi qu'aux conditions de vie qui y sont liées. Dans les années 80, les habitants qui arrivent pour vivre au Blanc-Mesnil rencontrent un paysage gris, composé par la dégradation des bâtiments impersonnels, désormais destinés à accueillir les familles pauvres. A cela s'opposent les conditions à Rocinha, où, même si les *barracos* étaient pauvres, construits avec des planches et du bois, ils pouvaient petit à petit être améliorés par les matériaux achetés avec les économies des familles. Cela fait que leurs façons d'arriver, d'occuper et d'investir l'espace ne sont pas les mêmes. A cela s'ajoute la différence de la position géographique du Blanc-Mesnil et de la Rocinha par rapport à la ville, et les conséquences que cette situation produit dans l'interaction avec l'espace, dans la quête de travail et de loisirs. Le Blanc-Mesnil ne profite pas de l'agitation parisienne, les habitants sont isolés dans cette ville où on ne parvient que par le RER. Située dans la ville, Rocinha est une *favela* dynamique, vivante par le commerce, les bars et les nouvelles constructions d'habitations qui valorisent l'espace social.

développera la construction de soi. Chez les jeunes brésiliens et français, l'appartenance au groupe implique d'emblée l'inscription et l'engagement dans le territoire. Selon Anzieu, l'enveloppe groupale est

> une enveloppe vivante, comme la peau qui se régénère autour du corps, comme le moi qui s'efforce d'englober le psychisme, une membrane à double face. L'une est tournée vers la réalité extérieure, physique et sociale, notamment vers d'autres groupes, semblables, différents ou antithétiques quant au système de leurs règles et que le groupe va considérer comme des alliés, des concurrents ou des neutres. Face par laquelle l'enveloppe groupale édifie une barrière protectrice contre l'extérieur. (…) L'autre face est tournée vers la réalité intérieure des membres du groupe. Il n'y a de réalité intérieure inconsciente qu'individuelle, mais l'enveloppe groupale se constitue dans le mouvement même de la projection que les individus font sur elle de leurs fantasmes, de leurs imagos. (Anzieu, 1999, pp. 1-2).

Notre hypothèse est que le territoire, ainsi que le rap, fonctionnent comme une enveloppe groupale pour les jeunes, dans la mesure où l'activité les rassemble et pose un contenant pour l'expression et la construction de soi, créant ainsi une intériorité et une extériorité par rapport à eux. Ces deux enveloppes se renforcent réciproquement pour la constitution groupale. Nous verrons par la suite que l'investissement narcissique dans le groupe sera potentialisé par cette expression artistique, ce qui viendra renforcer et mettre en scène les enjeux socio-psychiques liés à l'appartenance et à l'inscription du jeune dans le territoire.

Des spécificités locales caractérisent l'articulation entre rap et territoire au Blanc-Mesnil, objet de notre discussion dans cet article, qui nous examinerons à travers les dimensions imaginaire et symbolique qui traversent le jeune et le groupe dans la réalité de leurs pratiques sociales et culturelles.

Rap et pratiques groupales au Blanc-Mesnil

Pendant la réalisation de cette recherche, nous avons rencontré des jeunes rappeurs français entre 12 et 19 ans, à l'association D&T, créée par trois jeunes adultes du Blanc-Mesnil. Son objectif était d'offrir un soutien aux jeunes du quartier dans le domaine artistique. Même si l'association ne s'est jamais focalisée uniquement sur un style spécifique d'expression artistique, ses fondateurs savaient qu'il y avait presque autant de jeunes que d'amateurs de rap au Blanc-Mesnil. Plusieurs étaient des rappeurs, certains parmi eux formaient des '*crews*'[5], et il y en avait quelques-uns qui avaient même des "managers", qui étaient d'autres jeunes habitants du quartier. Finalement, tous les jeunes qui se sont présentés à D&T étaient des rappeurs non-confirmés qui voulaient enregistrer leur son et qui avaient besoin d'un espace et d'une structure pour le faire.

La commune du Blanc-Mesnil se situe dans la Seine Saint-Denis (93), département de la région Île-de-France, à 7 km de Paris. Entre les années cinquante et les années soixante-dix, il a été érigé notamment en périphérie de la couronne parisienne des grands ensembles pour répondre aux besoins au niveau des reconstructions de l'après-guerre mais aussi d'hébergement pour les ouvriers immigrés venus bâtir la France suite aux destructions. Ainsi, trente-et-une cités seront construites au Blanc-Mesnil dans cette période, ce qui représente plus de sept mille logements collectifs, en majorité locatifs sociaux. Le quartier Nord de la ville, où nous sommes allés durant la réalisation de notre terrain est composé du Grand Ensemble des Tilleuls, de la Cité 212, des Cités Floréal, Aviation et Pont Yblon. L'ensemble des cités du quartier Nord a été classé parmi les zones franches urbaines (ZFU), caractérisées par des quartiers de plus de 10.000 habitants, situées en zones sensibles, où les entreprises implantées ou devant s'implanter bénéficient d'exonérations fiscales et sociales durant cinq ans.

_____

(5) *Crews*: Rappeurs qui forment un groupe.

A la fin de 2009, la population recensée des ménages du quartier Nord s'élève à 14.280[6]. En 2006, la population étrangère était estimée à 26.4 % de la population[7]. Au niveau de la formation et de l'emploi, 58,1 % des jeunes de 15 à 35 ans n'ont aucun diplôme au moins égal au baccalauréat contre 32,1 % à Paris. 25,3% des ménages reçoivent une allocation chômage en 2009. Pendant cette même année, la surface du logement était de 20,7 mètres carrés par personne, contre 30,0 mètres carrés par personne à Paris. La part des ménages d'au moins 6 personnes est de 12.7 %, tandis que ce pourcentage se limite à 4.1 % à Paris. Par ailleurs, en 2007, 80,5 % de la population relève de la catégorie des ouvriers et employés, contre 49,3% à Paris.

D&T réalisait ses activités dans une salle prêtée par le Centre Social du quartier des Tilleuls. Dans cette salle qui n'avait pas plus de 20 m^2, un studio a été monté pour enregistrer les artistes du quartier. Les jeunes n'avaient rien à payer, il fallait simplement y venir pendant les horaires de permanence de la salle et attendre son tour pour s'enregistrer. Un jeune ingénieur de son 17 ans qui habitait également dans le quartier était responsable de l'enregistrement.

Au Blanc-Mesnil, les pratiques qui gravitent autour du rap ont été assimilées aux pratiques culturelles locales des cités. D&T se présente comme un local supplémentaire où les jeunes peuvent se rencontrer et faire du rap. Les jeunes rappeurs y viennent pour "[*poser un morceau]"*, qui la plupart du temps a été composé ailleurs[8]. Les autres artistes de la cité qui accompagnent celui qui vient d'enregistrer connaissent par coeur les *doublures*[9] à faire, les refrains à rapper…

---

(6) Source des informations qui suivent : http://sig.ville.gouv.fr/zone/1125010. Les chiffres cités sont publiés par le Secrétariat général du CIV, héritier de la Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain créée en 1988 (Voir http://www.ville.gouv.fr/?missions,199).

(7) Sources: Insee, Recensement de la Population 2006, Estimations mixtes 2006. http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/donnees-detaillees/duicq/pdf/ftd/ftd_z_1125010.pdf, accès le 24/06/2013.

(8) Sauf quand il s'agissait des ateliers thématiques. Dans ce cas, les jeunes étaient encadrés par un rappeur et écrivaient sur place des paroles de rap pour la réalisation du projet.

(9) Doublures: d'autres rappeurs chantent des passages spécifiques du morceau, pour "doubler la voix" du rappeur auteur du rap.

Ce qui révèle que la salle s'inscrit dans une pratique qui, dépassant largement le lieu, est nourrie et développée dans les autres espaces de socialisation de la cité. Combustible et Nisu ont réussi avec deux autres amis à aménager un espace transformé en local réservé au rap. Dans la cité, ils échangent des morceaux, font des vidéo-clips…

Ana: "Qu'est ce que vous faites dehors?"

Combustible: "On parle de rap, de filles… Après on va dans un local, on joue à la Play."

Ana: "Dans une cave?"

Combustible: "C'est comme une cave. C'est aménagé. On a un micro-onde, un canapé, un écran plat…"

Ana: "Et comment vous avez fait tout ça?"

Combustible: "J'ai installé une prise. On a acheté…" (En tournant la tête vers l'autre côté)

Ana: Elle est en bas (*de l'immeuble*)*?"*

Combustible: "Non, justement, elle n'est pas en bas de l'immeuble…"

(…)

Ana: "L'histoire de la cave aménagée avec micro, écran plat… c'est cool ça…"

Combustible: "C'est bon, hein?! C'est mieux que ma chambre. On a un aspirateur et tout."

Ana: "Qui entretient l'espace?"

Combustible: "On n'est que quatre dedans. Et il n'y en a qu'un qui a la clé."

Ana: "Et donc vous avez un planning du jour qui dit quand chacun a le droit?"

Combustible: "Oui, on a un planning. (…) Oui, des fois on écrit nos textes

là-bas aussi…”

Combustible: “C’est rare qu’on soit tous parce qu’on salit après… Des fois on rentre, on est à deux, on joue à la Play, après on écrit ([*du rap]*) … on met l’instru et on écrit.”

Nisu et Combustible décrivent un espace intime, aménagé et maintenu par leurs soins, destiné à la rencontre et au partage entre les pairs. C’est dans cet espace paisible et confortable créé au sein de la cité qu’ils se retrouvent pour écrire les paroles de rap. La rigueur avec laquelle ils gèrent l’espace dévoile l’investissement matériel et affectif d’un lieu intime, d’un chez soi “mieux que *sa* chambre”, dit Combustible, et qui offre la protection nécessaire pour la réalisation d’un retour sur soi.

Nous sommes ainsi conduits à approfondir nos hypothèses sur les significations des pratiques groupales centrées sur le rap, et sur leur inscription dans les pratiques groupales en usage dans les cités. Ce qui demandera d’abord d’examiner l’expression de l’attachement au territoire que les jeunes rappeurs du Blanc-Mesnil manifestent par le biais de “l’éthos guerrier”.

Territoire et capital guerrier au Blanc-Mesnil

Les jeunes qui fréquentent la salle de D&T viennent notamment de deux cités du Blanc-Mesnil: les Tilleuls et le 212, en conflit entre elles depuis des années. L’association accueille en son sein les deux cités, car le siège de l’association se trouve au Centre Social des Tilleuls, et Ali, le coordinateur/responsable des activités de l’association, habite dans le 212. Cette origine hybride fait que les jeunes qui habitent dans le 212 estiment que l’association “appartient” aux jeunes des Tilleuls, et les jeunes des Tilleuls, de leur côté, pensent que D&T revient aux jeunes du 212. Cette double appartenance place le conflit entre les Tilleuls et le 212 au coeur de la pratique de D&T, ce qui fait de cette association un lieu de tension, mais également un espace dont le cadre fait que le conflit peut être

travaillé, dans la mesure où les jeunes de tous les quartiers du Blanc-Mesnil peuvent se rencontrer pour écrire, pour enregistrer et pour écouter du rap.

La dimension fusionnelle de la relation entre les jeunes et le territoire s'exprime à travers les rivalités mises en scène lors des bagarres entre les cités. Les frontières symboliques délimitant les territoires opposés sont néanmoins mobiles, et se redessinent en fonction de l'autre, de celui qui fait face. Si l'enjeu concerne l'ensemble de la ville du Blanc-Mesnil, les jeunes du Nord s'opposent aux jeunes du Sud. Mais la rivalité peut également se jouer entre les cités du Nord, dans ce cas, notamment entre la Cité des Tilleuls et la Cité du 212. Par ailleurs, la Cité du 212 peut s'unir avec d'autres cités voisines, formant le *PD6* (Pont Yblon, 212 et la Cité verte) qui s'oppose à la Cité des Tilleuls.

Selon Chasseguet-Smirgel (1975), l'absence de représentation du Moi psychique conduit l'individu à chercher dans le monde extérieur des miroirs à travers lesquels il puisse voir le reflet de soi. C'est ainsi, à travers le regard de ses semblables, que l'individu pourra s'assurer de l'estime de soi et de la valeur attribuée à son Moi, à travers ce que Honneth (2000) a appelé la reconnaissance symbolique. En effet, la façon dont on est perçu par l'autre équivaut à une projection dans le monde externe du Moi psychique, ce qui lui permet de se soumettre à l'épreuve de la réalité. Dans l'impossibilité de se représenter autrement, le Moi psychique se sert du Moi corporel pour se frayer une voie d'objectivation dans la réalité, ce qui peut amener une confusion entre eux, à partir du moment où les jugements portés sur le Moi corporel s'assimilent au Moi psychique.

Nous pouvons ainsi voir dans les bagarres une mise en scène permettant aux jeunes de juger la valeur du soi, mesurée par la force de leurs corps qui représentent la force de leurs cités dont le regard du groupe de pairs porte témoignage. Le corps, ainsi que le territoire d'appartenance, sont investis de libido narcissique: le territoire participe ainsi à la construction du Moi du jeune. Dans ce sens, la fusion du Moi psychique et du Moi corporel nous permet de saisir l'amalgame fait par les jeunes, lequel leur fait ressentir l'attaque portée au territoire

comme une attaque personnelle. Les jeunes rappeurs nous parlent de ces conflits lors d'un entretien collectif:

> Jordan: "Voilà c'est … Comment dire... Admettons y'a telle personne elle est venue… on va dire… elle s'est fait frapper par un mec d'une autre cité, et ben eux y vont s'dire voilà ça c'est ma cité, on est pas des bouffons, on va aller là-bas et voilà. On va se le faire."
>
> Antoine : "Règlement de comptes."
>
> Jordan: "Voilà. Et ça, ça devient des histoires sans fin."
>
> Kévin: "En c'moment c'est… Y'a qu'ça. Ouais y'a qu'ça. Ha ouais, j'sais pas c'qui s'passe quoi mais en c'moment c'est… c'est que ça. Altercations cité, cité, cité, cité…"

Le respect du territoire est senti comme traduisant le respect dû à l'individu et les jeunes se rassemblent pour la défense de leur honneur. Des réputations collectives se construisent ainsi et permettent au jeune de s'affirmer à partir de l'affirmation de son quartier.

Des chercheurs intéressés par la jeunesse défavorisée ont identifié l'importance, chez les jeunes, de ce que certains ont appelé le "capital viril" (Carreteiro & Ude, 2007), et d'autres le "capital guerrier" (Sauvadet, 2006), ou encore le "capital agonistique" (Lepoutre, 1997; Mauger, 2009). Ces auteurs sont d'accord sur le fait que, par le biais de ce capital, les jeunes peuvent se voir restituer l'estime de soi et accéder à un sentiment de reconnaissance auquel ils n'ont pas pu parvenir au sein des structures sociales classiques comme l'école, le travail et la famille.

Dans les classes populaires, la virilité et la force sont perçues comme une puissance, soit pour le combat soit pour le travail, et deviennent un moyen, pour le jeune, d'acquérir une réputation et du respect. Pour Carreteiro et Ude (2007), l'habitus viril se manifeste chez les jeunes défavorisés comme une voie de

constitution de leur identité masculine. Ainsi, dans la quête de leur construction en tant qu'hommes et sujets, ces jeunes se lancent dans des combats à caractère ludique qui risquent de connaître des fins tragiques. La prise de risques et la mise en danger constituent pour ces auteurs la manifestation de "l'ethos guerrier". Les rivalités entre les jeunes blanc-mesnilois et l'expression de l'éthos guerrier peuvent être comprises comme l'expérimentation de nouvelles formes de sociabilité vécues dans les combats entre les jeunes. La puissance de combat devient un capital symbolique qui permettra au jeune de s'affirmer dans le groupe des pairs.

Les combats ont par ailleurs pour fonction d'actualiser la puissance de relation entre le jeune et son quartier, de façon à ce que la cité et le groupe de pairs continuent à fonctionner pour le jeune comme des supports d'appartenance, de force et de protection. La prise de risques est aussi le moment où le jeune fera l'épreuve de sa supériorité vis-à-vis de l'autre. Ainsi, l'exposition au conflit entre les cités lui confère prestige et honneur, acquis par la manifestation de ce que Mauger (2009) a appelé la générosité agonistique :

> Il s'agit de "tenir", mot clé d'un code de l'honneur masculin dont le principe est l'identité conquise par le conflit. L'autorité physique se conquiert dans le travail perçu comme corps à corps avec les choses et dans le défi et l'affrontement, comme corps à corps avec les autres. La générosité agonistique est un signe de richesse dans un univers où le corps demeure l'un des biens les plus précieux et la base d'un mode d'imposition de soi. (Mauger, 2009, p. 69)

Par ailleurs, Lapeyronnie (2008) montre que "l'embrouille" se présente comme un mode de relation. Si les enjeux qui la constituent échappent à la compréhension d'un regard extérieur, elle soude ceux qui sont concernés, à travers la production d'une solidarité interne, et d'une intégration collective, qui contribuent au renforcement des identités et des formes de pouvoir. Les bagarres

condensent l'affirmation du capital guerrier et la relation fusionnelle avec le territoire qui doivent être exprimés à l'intérieur du groupe de pairs pour qu'ils aient des valeurs structurantes pour le jeune. La construction de l'identité masculine sera soutenue par ces expériences collectives qui produisent de la valorisation de soi reconnue à travers le regard de l'autre. Point qui nous ouvre aux autres significations que les bagarres peuvent avoir pour les jeunes, notamment celle d'une quête d'existence sociale.

Le territoire de la cité entre imaginaire, symbolique et culturel

Jordan nous dit, quand nous l'interrogeons sur la façon dont il envisage son avenir:

> "Peu importe, loin d'ici, hein. Parce que heu… les gens ici y vivent pour l'rap, y vivent pour la cité. Actuellement si tu meurs, le béton y s'ra toujours là, hein. La cité, elle va pas bouger. Y'en a qui vivent pour leur cité. Ça l'fait, donc voilà, moi j'm'imagine loin d'ici. Moins t'es… t'es ici, mieux tu t'portes. Donc voilà."

Jordan rappelle que la coalescence entre jeune et territoire est une relation imaginaire: même si leurs vies sont imbriquées avec celle de la cité, celle-ci ne disparaîtra pas avec eux. Les jeunes entretiennent une fusion imaginaire avec l'espace qui prend forme dans la construction de frontières symboliques délimitant, à l'intérieur le territoire d'appartenance et à l'extérieur le territoire rival, les deux côtés étant engagés dans une pratique groupale en quête de reconnaissance mutuelle dans la réalité sociale. Néanmoins, Jordan nous montre que la prise de conscience ne suffit pas et n'est pas à même de changer la force du rapport imaginaire à l'origine de l'amalgame du jeune avec l'espace, qui revient à travers l'affirmation qui clôt son propos: "*Moins t'es… t'es ici, mieux tu t'portes*."

D'après Anzieu (1999, p. 53):

> entre le groupe et la réalité, entre le groupe et lui-même, il y a autre chose que des rapports entre les forces réelles; il y a primitivement une relation *imaginaire.* Les images qui s'interposent entre le groupe et lui-même, entre le groupe et l'entourage expliquent des phénomènes et des processus qui ont été jusqu'ici ou négligés ou attribués à d'autres causes.

Nous passons ainsi à l'analyse de la scène imaginaire dans laquelle se jouent les combats. Habituellement ignorée pas les sociologues qui se consacrent à l'analyse de la réalité objective, elle est fondamentale pour comprendre ce qui se joue dans les coulisses de la scène sociale des conflits. Cette *autre scène*, imaginaire et inconsciente, nous permet de saisir au niveau psychique ce qui fait la cohésion du groupe de pairs, laquelle se joue autour de l'attachement au territoire et autour des pratiques agonistiques. Bachmann (1993) souligne à propos de la relation des jeunes avec le territoire:

> L'attitude des jeunes à l'égard de leur banlieue natale est marquée par son ambivalence. La cité, c'est la patrie (tendresse et nostalgie …) mais c'est aussi la zone (béton et larmes). C'est d'abord une patrie, aussi curieux que cela puisse paraître: une génération est née sur les dalles, comme autrefois on naissait en Auvergne, en Bretagne ou en Algérie. C'est son seul univers de référence, celui qu'elle est prête à défendre envers et contre tous, avec un manche de pioche, un cocktail Molotov ou une lacrymo. C'est un micro-territoire assiégé, où l'on redoute sans cesse les agressions. Celle d'envahisseurs des cités voisines. Ou celle de policiers qui s'imaginent dans le Bronx… C'est même parfois un domaine dont il est difficile de s'arracher. (…) Certains jeunes d'une quinzaine d'années ne connaissent presque rien du monde, si ce n'est leurs H.L.M., le centre-ville tout proche, et parfois un endroit ou deux en province. (Bachmann, 1993, pp. 134-135)

Nous pouvons prolonger notre l'hypothèse en avançant que l'attachement des jeunes à leur banlieue, à leur patrie, se construit en résonnance avec l'expérience de déracinement du pays d'origine des parents et se prolonge dans l'impératif de défense de leur territoire dans la cité qui s'impose aux jeunes. Or, à la différence des jeunes brésiliens qui habitent à Rocinha qui se présentent comme un groupe homogène et soudé autour de la nationalité, les jeunes du Blanc-Mesnil sont marqués par l'expérience de l'exil et de l'acculturation vécue à travers l'éprouvé des parents, expérience qui peut intervenir dans l'exacerbation d'une défense territoriale et culturelle de la cité. D'où le repli sur la proximité avec les pairs de la même cité, et la vision d'un extérieur perçu comme persécuteur. Dans ce sens, la fragilité et l'instabilité des frontières telles qu'elles ont été vécues par leurs parents, entre dedans-dehors, entre pays d'origine-cité, peuvent avoir une incidente dans l'irruption des bagarres au Blanc-Mesnil, lesquelles répondraient à la nécessité de tester, par la provocation, les limites d'une protection qui, n'ayant pas été intériorisée par les générations précédentes, n'a donc pas pu être transmise et n'est alors jamais assurée. Ainsi, la défense topographique de ce qui représente la cité est d'autant plus importante pour les jeunes que leurs parents ont été obligés de quitter leur propre territoire d'origine, les jeunes devant eux-mêmes s'ancrer quelque part pour ne pas répéter la douloureuse expérience de dépossession. Par ailleurs, ces jeunes, malgré leur nationalité, sont renvoyés à la figure de l'immigré. L'étranger n'est pas un citoyen (Kristeva, 2004). Dans ce sens, les bagarres dans les cités génèrent un événement qui affirme leur existence sociale.

Nous devons ainsi analyser la dimension imaginaire opérant dans la consolidation du groupe dans la cité. A présent, nous tenterons de mettre en lumière les processus psychiques groupaux qui forment le ciment des liens sociaux entre les jeunes.

Rap et territoire blanc-mesnilois

Les enjeux de l'appartenance au territoire se chevauchent, se nourrissent et s'explicitent par le biais du rap: les paroles mettront en avant le quartier des jeunes rappeurs, les '*crews*'[10] seront formés avec les amis de la cité, le meilleur flow viendra des jeunes de la cité et tout cela sera exhibé lors des scènes de rap. Morad raconte:

> "Oui, il y a un collectif… entre tous… je ne sais pas si vous connaissez la Cité Verte, le 212 … Il y a un collectif qui s'appelle PD6 Crew. Le P qui veut dire *Pont Yblon*, c'est derrière le *212* après les pavillons, le D pour le *212* et le 6 pour la *Cité Verte*. Quand on veut rapper pour la cité, quand *on veut représenter*, on se met tous ensemble, et on écrit, on pose ensemble. Mais pour l'instant, on n'a vraiment rien fait de concret ensemble. On a déjà juste posé un son. Sinon, depuis on n'a pas encore posé grand' chose. Surtout moi et K-Po, le LRDC, K-PO vous a dit? 'L' pour Le, 'R', pour récit, 'D', pour De, 'C', pour Cité. Le Récit de Cité. Et on rappe plus souvent ensemble, souvent avec notre pote Colombien, mais aujourd'hui il n'est pas là. Je ne sais pas si vous l'avez déjà vu."

Les frontières symboliques du quartier sont rappées par les jeunes. Les jeunes utilisent fréquemment la formule "*je représente"* la cité dans l'univers du rap. L'appartenance territoriale est télescopée par l'appartenance aux crew, et les codes d'honneur et de fidélité au territoire sont transposés dans le rap:

> "Sinon, il y a des très bons rappeurs, *même ici* aux Tilleuls. Il y a le Locodafrique, Maydi… tout ça, vous l'avez déjà vu! Celui qui avait le rasta Ekimasta… ils vont sortir un cd dans pas très longtemps. Il y a aussi des gens de mon quartier que je trouve qui rappent bien, *mais même dans mon quartier, je vais pas vous mentir que je trouve qu'ils ne*

(10) *Crew*: groupe de rappeurs.

rappent pas très bien. C'est mon point de vue. Je n'irai pas jusqu'à dire toi, t'es nul… c'est un peu de l'arrogance. Mais je trouve qu'il y a beaucoup de rappeurs à Blanc-Mesnil qui veulent rapper, mais qui ne savent pas rapper." (Souligné par nous)

Morad habite la cité du 212, il montre, au cours de l'entretien, des difficultés à exprimer son avis par rapport aux rappeurs de sa cité et de la cité voisine sans briser les codes implicites qui disent que les bons rappeurs sont ceux de son quartier et les mauvais ceux du quartier rival. Les très bons rappeurs des Tilleuls sont finalement les 'grands frères', ceux qui sont au-dessus des rivalités entre les jeunes de ces cités. Ainsi, Morad franchit les codes sans forcément les heurter. Morad ne se mêle pas aux bagarres, mais ce n'est pas pour autant qu'il pourra mettre en avant un jeune rappeur de son âge qui habite la Cité des Tilleuls.

Moussa a 14 ans et Mansour en a 15, ce sont les *plus petits;* ils ne sont pas encore les protagonistes principaux des bagarres, mais commencent leur quête de l'identité masculine dans cet univers viril[11]. Ils n'hésitent pas à répondre à propos du rap qu'ils écoutent:

Moussa: "On écoute beaucoup (*de rap*) (…) Surtout les mecs d'ici, de la cité. (…) J'aime bien O3P et Combustible. Je trouve qu'ils sont *forts*."

Ana : "O3P? Il vient d'où?"

Moussa: "Du Lucairne. 'Volatil', 'Carnivore'… ils sont *forts*, eux."

Ana: "Ils viennent de chez toi?"

Moussa: "Ouais."

Ana: "J'ai entendu le futuring que vous avez fait avec les plus grands, avec P.E.H., Boussin… ça vous arrive de faire du son avec les plus âgés, avec les plus grands?"

(11) Tout au long de notre terrain, Moussa est devenu de plus en plus impliqué dans les bagarres au Blanc-Mesnil, finissant par en être l'un des protagonistes.

Mansour: “Ouais.”

Ana: “Et c’est comment pour vous de chanter avec les plus grands?”

Moussa: “C’est bien, ça nous motive.”

Mansour: “Ca nous renforce. On évolue plus vite.”

Le contexte nous amène à entendre une ambiguïté dans l’attribution du qualificatif “fort” aux rappeurs de leur cité, qualificatif évoquant à la fois leur puissance physique et leur habileté à rapper. Il en va de même, quand Minet nous dit qu’enregistrer avec les plus grand les “renforce”. Si d’une part, le terme peut désigner la transmission du rap des aînés aux plus petits au sein du groupe[12] d’autre part, nous pouvons penser que, pour les jeunes rappeurs, faire partie du territoire des rappeurs “forts” devient un capital. Surtout quand nous constatons que les jeunes rappeurs évoqués par les interviewés sont des jeunes constamment impliqués dans les bagarres entre les cités. Le corps a la valeur d’un capital pour ces jeunes[13]. Mobilisé, soit pour rapper, soit pour combattre, le corps est un élément indispensable à leur performance. La puissance de la voix ou des muscles entrera en scène.

Rap et bagarre: les frontières symboliques

Notre hypothèse initiale de recherche supposait que la médiation artistique, introduite par l’écriture d’un rap, pourrait éviter les conflits et offrir la possibilité d’une expression non violente de la violence. Les rivalités seraient exprimées par le biais du langage et la mise en mots éviterait qu’elles se manifestent en bagarres. La symbolisation a en elle-même une capacité de contention, dans la

---

(12) Il faut préciser que les rappeurs plus âgés avec qui Moussa et Mansour ont enregistré un rap ne sont pas des ‘grands frères’ de la cité. Combustible et P.E.H. sont des jeunes plus âgés qu’eux, mais sont encore des petits dans la hiérarchie de la fratrie. La question de la fratrie sera discutée dans le sous-chapitre 3.[Hip-hop et Fratrie]

(13) Voir Carreteiro et Ude (2007), Mauger (2009), Sauvadet (2006).

mesure où elle introduit du recul et une expression médiatisée. Néanmoins, l'impossibilité de symbolisation pourrait conduire à un passage à l'acte violent du sujet contre lui-même ou contre l'autre (Barus-Michel, 2004). Cette hypothèse initiale s'inscrit selon nous dans la suite de recherches qui ont mis en lumière la "positivation" ou la "pacification" opérées à travers l'expression par le hip-hop, hypothèse qui prend ancrage par ailleurs dans l'histoire du mouvement hip-hop, au Bronx dans les années 1970, et dans la figure d'Afrika Bambaataa, qui a rassemblé les jeunes pour transformer l'affiliation aux gangs en une expression positive appuyée sur les cinq éléments de la culture hip-hop. S'appuyant sur l'adage "*Peace, Love, Unity and Having fun"*, le hip-hop était un moyen d'apaiser les conflits entre les gangs du Bronx en les transformant en expression artistique. Dès lors, notre objectif était d'identifier comment ce mouvement culturel urbain avait influencé les jeunes des banlieues françaises et brésiliennes et comment il pouvait faire l'objet d'une appropriation dans d'autres localités pour assurer l'expression des conflits vécus par les jeunes. Cette hypothèse de recherche initiale se situait ainsi à l'opposé du discours médiatique qui présente le rap comme une expression qui inciterait à la violence des jeunes des quartiers. L'expression par le rap ne neutralise pas la violence, et ce n'est pas sa fonction car le rap se présente comme un moyen de l'exprimer autrement. Néanmoins, notre rencontre avec les jeunes rappeurs au Blanc-Mesnil nous a conduit à problématiser davantage cette hypothèse initiale. Si les jeunes rappeurs brésiliens et français sont unanimes à récuser cette image de violence assimilée au rap, qui, dans leur expérience, se présente comme un espace de créativité et de partage, nous avons été amenés à déconstruire cet idéal de pacification, pour essayer d'accompagner les jeunes au plus près de cette frontière fragile inscrite entre leur expression par les paroles de rap et les bagarres entre les cités.

Nous avons rapidement constaté les réticences des associations locales du Blanc-Mesnil qui s'occupent de la jeunesse à proposer des scènes de rap lors des fêtes de quartier. De façon quasiment systématique, les scènes de rap étaient suivies de scènes de bagarres. En juin 2008, lors du Festival Transit, une scène de

rap a été organisée dans le Centre Social des Tilleuls, au Nord du Blanc-Mesnil, et tous les jeunes rappeurs de la ville étaient invités à venir se présenter. Sept jeunes de la Cité des 4 Tours, du Sud, sont venus participer à la scène. Selon Ali, responsable des activités de D&T, les jeunes rappeurs du Sud étaient gentils, ils parlaient de la Cité des 4 Tours. D'après lui, juste après le passage sur scène des jeunes rappeurs, la salle s'est vidée. Les jeunes des Tilleuls, des petits de 15 ans mais aussi des grands de 20 ans, se sont réunis pour "taper" les jeunes des 4 Tours. Le lendemain, ceux qui avaient assisté à la "deuxième scène" racontaient que 15 jeunes des Tilleuls s'en étaient pris à un jeune des 4 Tours, jusqu'à l'intervention des pompiers, qui les ont séparés. L.P. nous a dit à ce propos:

> "Pour ce qui est de la rivalité et tout… comme je te disais, vu que cette musique, elle reflète une certaine réalité, c'est vrai qu'en banlieue tu retrouves souvent telle cité a eu une embrouille avec telle cité etc… il y a beaucoup de rivalité, on sait pas souvent pourquoi, c'est souvent stupide, tu vois? (…) C'est des mômes, hein?! Il faut le dire… des enfants… en pleine construction. Je ne veux pas faire de la psychologie à deux balles, mais ils sont à la recherche de l'identité aussi. Tu vois? C'est toi la psy, c'est toi la spécialiste. (…) Nous, on était là, les grands étaient là. Le temps qu'on arrive, qu'on sépare, ils avaient déjà tapé le petit. (…) Dans son texte, il n'y avait pas d'attaque personnelle contre qui que ce soit. Ils ont peut-être estimé qu'il se l'est raconté parce qu'il n'est pas d'ici, donc s'est passé ce qui s'est passé. C'est dommage, tu vois, c'est dommage."

Selon Ali, les organisateurs de l'événement ont décidé de continuer le Festival après la bagarre. Les jeunes qui avaient donné des coups étaient sur scène pour poser leur rap quelques instants plus tard. Il a prévenu les jeunes rappeurs qui fréquentent D&T: "*si jamais un truc pareil se passe à D&T, je vous préviens: on arrête tout de suite l'événement."* Ali montre aux jeunes qu'il saisit le lien établi entre la scène de rap et la scène de la bagarre, lien qu'il refuse.

Les bagarres participent à la scène de rap. Il s'agit d'une performance collective, dont le but est d'assurer le prestige du plus fort et l'honneur du quartier. En l'absence d'autres signes de citoyenneté, les rivalités entre les cités permettent aux jeunes d'accéder à une identité générée par un événement ancré dans leur appartenance territoriale. Le corps est investi comme moyen d'accéder au pouvoir et de se faire remarquer dans le groupe, le rap étant lui-même instrumentalisé pour donner force et vitalité à ces combats, à travers les paroles qui mettent en avant la force du quartier d'appartenance du rappeur.

Lors de la réalisation de l'atelier, dont le titre "Unité sur Blanc-Mesnil" explicite clairement les intentions de D&T, Combustible, jeune rappeur de 15 ans a chanté :

"Bienvenue dans ma ville Blanc Blanc Blanc Blanc-Mesnil
C'est cruel, la vingtième c'est ma ruelle
Ma ville, je la présente
En même temps je me présente
En chantant, enchanté
Vois le quartier Tilleuls, les 4 tours
Viens, viens faire un tour ici
C'est toujours la même histoire
Où le Nord remporte la victoire."

Dans le rap, le jeune se présente par le biais de sa ville. La proposition faite au Blanc-Mesnil Sud de venir faire un tour aux Tilleuls est une invitation dissimulée au combat dont il connaît d'emblée l'issue, annoncée par la supériorité du Nord. Dans les codes des jeunes, franchir les frontières du territoire de l'autre c'est le signe d'une provocation qui doit conduire à la lutte. Si, en outre, le jeune vient rapper dans le territoire rival les atouts de son quartier, la transgression doit être

sévèrement punie pour que la réputation du groupe ne soit pas menacée. Quelque temps après, nous avons eu l'occasion de conduire un entretien avec Combustible et Nisu, son ami avec qui il fait du rap:

> Combustible: "(…) Moi, je ne suis pas violent, moi. Le rap, c'est pas de la violence, non?" (*Il me regarde avec les yeux grand ouverts, demandant une confirmation*)
>
> Nisu: "Non."
>
> Ana: "Tu disais que le rap n'est pas violent…"
>
> Combustible: "Ouais, c'est pas de la violence. Physiquement ce n'est pas violent."
>
> Nisu: "Ouais, verbalement.(…)"
>
> Combustible: "Je m'en fous. Quand j'écris, quand je traite quelqu'un dans mes textes, il faut qu'ils sachent que c'est pour eux."
>
> Ana: "Mais ça peut aussi arriver que la violence soit réelle?"
>
> Combustible: "La violence? A chaque fois que j'ai utilisé de la violence c'est moi qui ai gagné!"
>
> (*Nisu rigole*)
>
> Ana : "Là tu parles de coups?"
>
> Combustible: "Oui, des coups, c'est moi qui le gagne. (…)"
>
> Ana : "Le rapport entre être violent dans le rap et être violent…"
>
> Combustible: "Moi, je ne suis pas violent!!"
>
> Nisu: "Moi, je dis ce que j'ai à dire, mais je ne suis pas violent. Si on veut être violent, on est violent."
>
> Combustible: "J'arrive, je fais mon rap, je me présente. 'Enchanté'"

Combustible et Nisu affirment que le rap, ce n'est pas de la violence et que

eux, ils ne sont pas violents. Mais Combustible me dit également qu'il utilise le rap pour provoquer son rival, ce qui va déclencher une bagarre. L'analyse de cet extrait montre que je suis malhabile dans la conduite de l'entretien, l'extériorité de mon regard sur la banlieue et ce qu'on nomme "violence" est évidente, je suis encore trop éloignée du vécu des jeunes pour pouvoir saisir les enjeux symboliques des bagarres entre les cités. Le lien qui assure le passage du rap aux bagarres et vice versa m'échappe, ce qui m'empêche de suivre le jeune dans ce qu'il me dit.

Nisu et Combustible montrent que la bagarre et le rap ont ici la même fonction: désigner celui qui est le plus fort, le plus téméraire. Si nous pensons la performance du rappeur comme une expression de l'ethos guerrier, nous pouvons appeler "scène" le moment d'une présentation de rap ou le moment d'une bagarre. La scène étant le lieu où le jeune fait preuve de sa force et de sa virilité, où sera jouée l'existence sociale du sujet. Il fallait ainsi sortir de la réflexion qui oppose acte *versus* parole, bagarre *versus* rap pour comprendre comment les jeunes peuvent exprimer la violence de leurs conditions d'existence qui se reflète dans les comportements, les actes et les paroles.

Le rap se situe à un premier niveau de symbolisation de ce qui traverse la vie des jeunes. Ils peuvent socialiser leur vécu par le biais d'un rap, qui s'affirme comme un passeur entre ce que le jeune ressent et l'autre, collectivisant par le biais de cette expression leurs sentiments et leur vécu. Le rap se présente à ce niveau comme une enveloppe groupale, contenant de l'expression de la vie chez ces jeunes. Il crée un univers de partage à l'intérieur duquel les jeunes peuvent échanger à propos de leurs expériences dans la banlieue. Il est un objet de médiation qui met en mots, créant un espace d'éloignement avec l'action qui a la prévalence dans l'ethos guerrier. Ici, la force du rap se trouve dans sa fonction symbolique qui peut s'affirmer comme une place tierce. Le rap n'est pas l'expression d'un acte banal, il est un acte de création qui introduit le partage d'une mise en scène des atouts du corps qui chante. Performance et pouvoir peuvent ainsi être vécus par les rappeurs comme un acte créateur et l'expérience

de cette nouveauté peut être partagée. Mais le rap peut également appeler une action guerrière. Dans ce sens, le rap perd sa fonction d'éloignement de l'acte en augmentant la force guerrière de l'action. Ici ce n'est pas la création du rap qui est investie comme action, le rap devient un moyen d'atteindre une autre scène, celle du théâtre guerrier. Si la figure du jeune rappeur peut être l'expression de l'ethos guerrier, il peut également donner un autre sens et créer un écart vis-à-vis de cette expression.

Cassin (2010) évoque dans son article la différence faite par Lacan entre le *passage à l'acte* et l'*acting out*: si le premier est "défini comme une rupture de la trame symbolique", le dernier "est adressé à l'Autre du symbolique". Le passage à l'acte introduit une séparation radicale avec l'Autre, le socle du lien social. Il crée un avant et un après et provoque une mutation subjective et un bouleversement social. Le passage à l'acte se produit du fait de la rencontre de l'"embarras" du sujet, lequel ne sait plus que faire de lui-même, au sommet de la difficulté et de l'"émotion" qui renvoie au mouvement qui se corrompt, au catastrophique. L'acting out serait occasionné par la jonction de l'"empêchement", qui est de l'ordre du narcissisme du sujet attaché à sa propre image et de l'"émoi", qui, différent de l'émotion, renvoie à la perte du mouvement, du pouvoir et de la force du sujet. Selon l'auteur,

> Le terme d'acting out est une référence au théâtre, c'est un "en scène!" que l'on dit aux acteurs pour les inviter à jouer. L'acting out a volontiers l'allure d'un scénario. Le sujet joue son rôle sur la scène symbolique. C'est une monstration qui reste voilée pour le sujet. Il la joue pour l'Autre qui le regarde. Il la joue parce qu'il ne peut pas la dire. Il ne peut pas la dire comme il le faudrait parce qu'il en est empêché. (…) L'acting out est une monstration par le sujet de ce qu'il est empêché de dire. L'émoi signe l'impotence. (Cassin, 2010, pp.167–168)

Dans l'acting out, si le sujet est empêché de dire, il essaie de communiquer

avec l'autre par le biais du jeu, pour lui transmettre un message par le biais de la mise en scène. Ce qui se passe sur la scène symbolique a un sens parce qu'il y a l'autre qui regarde et parce qu'il y a un message qui lui est adressé et qui doit être compris. Le lien social se renforce dans et par la mise en scène.

La trame symbolique dans laquelle se déroulent les bagarres au Blanc-Mesnil est mise en évidence par les éléments qui composent le scénario: les frontières invisibles entre les territoires, le corps investi comme capital symbolique et la présence de l'autre, rival ou soutien, qui participe à la performance comme acteur ou spectateur. Tout cela entre dans la construction du sens pour celui qui s'engage dans une scène. Les bagarres seraient, en tant qu'acting out, une quête de symbolisation du jeune qui se construit. Il n'est pas capable de dire, mais il est en "voie de", il joue dans une scène qu'il adresse à l'autre. Ces analyses nous permettent de distinguer les bagarres entre les cités du passage à l'acte violent qui a "une connotation juridique et une tonalité délinquante" (Cassin, 2010). Dans ce cas, il y a une séparation avec l'Autre et le lien social ne tient plus.

Ces performances collectives impliquent une prise de risque et une exposition au danger, ce qui fait qu'elles peuvent avoir des issues tragiques. En juin 2009, un jeune est décédé lors d'une bagarre après la Fête des Associations au Blanc-Mesnil. La scène de rap a été proscrite de la programmation de la journée, les organisateurs craignant qu'elle ne provoque un "échauffement" de l'ambiance, car la rencontre entre les jeunes peut toujours générer un climat d'affrontement.

Cette fois-ci, la dispute opposait la Cité des Tilleuls et la Cité du 212. Réunis à l'occasion de la journée festive, les jeunes étaient nombreux. Après la fête, les jeunes des Tilleuls sont venus dans le 212, scénario qui, comme nous l'avons évoqué, pose une invitation au combat. Parmi ces jeunes, plusieurs ont suivi le groupe, dans la foulée de l'agitation de la journée, pas forcément décidés à s'engager dans un corps à corps avec l'autre, mais plutôt pour être "spectateurs" de la scène. Medhi faisait partie de ces jeunes: les habitants du Blanc-Mesnil étaient tous d'accord pour dire que le jeune ne se mêlait jamais aux disputes entre

les cités, certains jeunes des Tilleuls fréquemment concernés par les bagarres ne le connaissaient pas.

La foule qui a débarqué dans le 212 a probablement renforcé l'appréhension des jeunes de cette cité, confrontés à une "invasion massive" de leur territoire. Du côté des Tilleuls, nous pouvons imaginer la fierté d'être aussi nombreux dans l'espace de leur adversaire. Le grand nombre de jeunes rassemblés a contribué à augmenter les dangers de l'affrontement. Le nombre, des deux côtés, signifiait plus de force à utiliser, plus de supériorité à montrer, plus d'honneur engagé. Cette fois-ci, des balles réelles se sont mélangées avec les balles de caoutchouc. Les jeunes voient Medhi par terre, mais selon Ali ils ne croient pas à ce qu'ils voient. Ali entend un jeune dire que Medhi va se lever. Les jeunes ne réalisent pas ce qui est arrivé. Au milieu de la confusion, plusieurs disent que les balles ne sont pas réelles…

Ce que nous avons entendu de ceux qui ont vu la scène, c'est le déni des jeunes face à la confrontation avec la réalité engagée dans la scène symbolique du combat. Les jeunes, en affirmant que c'est une fausse mort, que ce sont de fausses balles, nous disent qu'il s'agit d'un faux combat. La police ne sait toujours pas d'où est venue la balle qui a tué Medhi, il se peut qu'elle soit venue du côté des jeunes des Tilleuls. Cette tragédie révèle les dangers de ces bagarres, mais les réactions des jeunes face au réel de la mort du jeune attestent d'un accident tragique, dépourvu d'intention meurtrière, qui a débouché d'un jeu agonistique.

D&T: pour poser, il faut se rencontrer ou "l'unité sur Blanc-Mesnil"

Le premier atelier de rap proposé avait pour titre "Unité sur Blanc-Mesnil", un clin d'œil aux jeunes rappeurs bagarreurs. Les jeunes étaient invités à venir dans la salle pour enregistrer chacun un seul couplet sur une base instrumentale qu'ils devaient choisir ensemble. Le but était de les mixer et de faire un morceau qui porterait le même titre que l'atelier auquel auraient participé des jeunes rappeurs de différentes cités. Le couplet qui suit a été enregistré par Abdel, 14 ans:

“J’ vis à Blanc-Mesnil, tu connais l’nom d’ma ville

J’dis pas qu’elle est magnifique, mais tous nos flows[14] sont magiques

Depuis tout petit elle me voit grandir

D&T c’est le son sans violence

Tu connais mon apparence, mon pays c’est la France

Ma ville c’est Blanc-Mesnil, Paul Cézanne[15] où je vis,

Tu sais que PHL[16] c’est là où je traîne…

Pour D&T, j’ viens rapper sans haine”

Même si l’association n’a jamais affiché l’objectif d’intervenir pour pacifier les cités rivales, le souhait de dépassement des conflits entre les cités du Blanc-Mesnil était rendu explicite par le titre de l’atelier. Le but avancé par l’association était de proposer un espace où les jeunes pourraient développer leurs projets artistiques, seraient soutenus dans leurs démarches, pourraient créer un réseau, en résumé, un lieu de rencontre. Mais certaines paroles de rap font néanmoins apparaître que les jeunes saisissaient ce qui, à l’atelier, était contenu entre les lignes.

L’encadrement des activités de D&T devait ainsi éviter les dérapages des bagarres qui s’associent à la scène de rap. Dans ces enjeux, Ali joue un rôle central: grand frère de la cité, auparavant professeur de judo dans le quartier, il connaît plusieurs jeunes qui fréquentent l’association depuis qu’ils sont petits. En tant que coordinateur des activités de l’association, il se porte garant de son existence et du bon déroulement des ateliers. Il incarne ainsi une fonction symbolique, habitée par la stature imposante d’un corps grand, fort, musclé. Les

(14) Le flow caractérise de mode de rapper du rappeur, sa diction, son rythme, le timbre de sa voix et l’association réalisée entre les sonorités des mots.

(15) Paul Cézanne: Nom d’une rue au Blanc-Mesnil.

(16) Place Hassan Larrage: Nom d’une place au Blanc-Mesnil.

jeunes lui sont reconnaissants de la création de D&T. Ils se sont sentis écoutés dans leurs demandes: ils se plaignent de n'avoir rien à faire dans la cité, et les activités autour du rap font l'unanimité entre eux. Au moment des entretiens menés pour cette recherche, plusieurs jeunes ont souligné leur satisfaction d'avoir un lieu pour poser leurs raps. Mais la reconnaissance des jeunes rappeurs vis-à-vis de cet espace se manifeste aussi par l'adhésion au projet d'Unité au Blanc-Mesnil. Moussa, 15 ans, présenté plus haut, qui s'est distingué dans les scènes de bagarre comme dans les scènes de rap, a enregistré:

"Ce son vient pas bloquer
Blankok est la cité
Dis pas de grossièreté
Même si tu es énervé
Pourquoi s'insulter
J'ai enfin appris à parler
Pourquoi s'embrouiller
J'ai enfin appris à me calmer
La réalité c'est qu'on veut fuck l'Etat
Arrête de faire la kaïra (le racaille)
Arrête de faire le ragla (frapper les plus petits)
Sinon un jour je viendrai te mettre des que-cla (des claques, en verlan)."

Les paroles du jeune rappeur nous laissent penser que D&T aurait à travers les ateliers de rap le potentiel d'introduire un déplacement des bagarres et d'en faire la voie privilégiée pour que les jeunes puissent conquérir leur existence sociale sur la scène locale. Dans le premier vers du morceau, Moussa annonce une ouverture par le biais de son rap pour ensuite inviter ses auditeurs à se calmer avant de prendre la parole. Il précise que sa colère se dirige contre l'État (nous

pouvons entendre: pas contre les autres jeunes du quartier, les protagonistes des bagarres), pour enfin poser une injonction aux autres jeunes de la cité: arrêter les conduites déviantes, sous peine de recevoir des claques. Le geste de "*mettre des que-cla"* se situe sur une frontière: si l'acte exige un contact entre les corps, le mal physique qu'il peut produire est relatif, sa portée est symbolique, il est destiné à toucher le moral. Le rap de Moussa se donne ainsi comme l'expression de la rage médiatisée par la parole et par la musique, en phase avec les attentes de pacification dans les cités. Mais le rap doit-il pour autant être conçu comme un "agent pacificateur"?

La réponse ne peut pas se réduire à une simple affirmation ou négation, exigeant une pluri-dimensionnalité qui dépasse des répartitions binaires. Si la médiation de l'expression du conflit est une potentialité du rap, le rap ne peut pas être voué à combler la manifestation de tous les conflits que vivent les jeunes dans les cités. Tout d'abord, parce qu'il demeure associé aux codes d'appartenance de la cité et à l'expression de l'ethos guerrier. Mais ensuite, et dans une perspective plus large, en tant que médiateur artistique, il n'a pas pour fonction d'apaiser les jeunes qui manifestent leur révolte, mais de les soutenir dans une expression capable de donner un élan à leur écoute. La difficulté à faire tenir la tension qui est au cœur du rap et qui produit le basculement de l'expression par l'action et par la musique que nous observons chez les jeunes rappeurs blanc-mesnilois donne lieu à des analyses qui produisent un clivage au niveau de la pratique liée à cette expression artistique qualifiée de "positive" ou de "négative" en fonction de sa capacité de contenant et du type de message transmis. L'aspect "positif" permet de protéger le rapport idyllique avec le rap, dépositaire de l'espoir d'un meilleur avenir pour les jeunes des banlieues et le versant "négatif" veut exclure de l'univers du rap, ce qui par ailleurs explicite les difficultés qui traversent l'existence des rappeurs. Le clivage des analyses autour du rap marque largement les formulations avancées par certains auteurs. Selon Dayrell (2005, p. 73), "le rap peut signifier un repère de valeurs et comportements positifs, au point de les éloigner du monde du crime et de la mort précoce",

reflétant cette séparation entre le “bien et le “mal” qui fini par effacer les ambivalences qui traversent le vécu de ces jeunes.

Dans le même sens, Shusterman (2003) considère que la violence est inhérente à la condition humaine, elle serait ainsi présente dans le rap comme ailleurs. Néanmoins, le philosophe fait la distinction entre une “violence positive” reconnue comme nécessaire pour combattre le silence qui reposait sur les malheurs des quartiers noirs aux États-Unis, et une “violence mauvaise”, destructrice de la vie[17]. La distinction que Shusterman établit entre la “violence positive” et la “mauvaise violence”, renvoie à deux autres: le “bon rap” et le “mauvais rap”, et par conséquent au “rappeur gentil” et au “rappeur méchant”. Catégories qui qualifient le rap, et qui, une fois figées, ne permettent pas de suivre les basculements et les contradictions des vies marquées par l’instabilité et par la précarité, mais sont centrées sur la prescription d’une utilisation du rap, “bénigne et constructive”, inscrite dans la perspective d’une logique normative et moralisante de la conduite des jeunes. Par ailleurs, pour l’auteur, les jeunes cherchent dans le rap un modèle de style de vie. Ainsi, dans cet univers, ce n’est pas l’art qui est fidèle à la vie, mais la vie qui est rendue fidèle à l’art, d’où l’impératif de vaincre la “mauvaise violence”. Or, penser que le rap est à l’origine de la violence revient à ignorer la violence de la réalité sociale vécue par les jeunes, pour s’attaquer aux biais de son expression.

Le rap se présente comme un analyseur de la vie des jeunes, il se montre ainsi comme une expression qui reflète leurs possibilités d’existence et de transformation dans leurs réalités sociales. Dans ce sens, il ne fonctionne pas seulement comme un tremplin qui ouvre à l’expression créative de soi, à la réflexivité et à la pensée critique, mais il dévoile également l’enfermement des jeunes dans leurs vies et leurs moyens d’exister dans la précarité. Pouvoir

(17) Shusterman en donne comme exemple la querelle entre Tupac Shakur et Notorious BIG qui renvoyait à la rivalité entre les côtes Est et Ouest des E.U.A mise en scène par le rap, et qui a fini avec l’assassinat des deux célèbres rappeurs: Tupac en septembre 1996 et Notorious BIG six mois plus tard en 1997. Le film “Notorius B.I.G.” de George Tillman Jr. sorti en 2009 raconte l’histoire du rappeur.

concevoir les ambivalences dans l'univers du rap, c'est par ailleurs reconnaître que cette expression artistique ne peut pas être la seule solution à apporter à l'ampleur des problèmes que les jeunes affrontent et qu'ils dénoncent par ce biais. Ainsi, accompagner les jeunes à travers le rap, signifie accepter de se heurter à un objet complexe qui concentre l'expression des espoirs, les projets, les rêves mais qui aussi donne à voir les arêtes vives de la dureté d'une réalité sociale. Il faut ainsi pouvoir les suivre sur un terrain glissant, dérapant, fait de réussites mais aussi de fatalités.

Les ambivalences qui traversent cette expression artistique interpellent également les institutions qui soutiennent les pratiques liées au rap, et exigent un positionnement sans équivoque de leur part. Cette exigence est devenue explicite après le décès de Medhi, suite à une bagarre entre le 212 et la Cités des Tilleuls en juin 2009, lequel a mis à jour la crise qui traverse ces institutions destinées à accompagner les jeunes dans les banlieues. Medhi est mort le jour de la Fête des Associations, où D&T a tenu un stand pour ses présenter ses activités artistiques.

Encore que les jeunes blanc-mesnilois ne confondent pas le Centre social des Tilleuls avec D&T, la dépendance de la dernière association vis-à-vis de la première est sue et reconnue, du fait que le déroulement de ses activités dépend de la salle prêtée par le centre social. En effet, D&T est à la fois dépendante et concurrente du CST dans la mesure où ses activités pointaient du doigt ce que le CST n'arrivait pas à réaliser: des activités pour la jeunesse. Suite au décès de Medhi, la tension entre les deux cités a augmenté et le climat dans les Tilleuls est imprégné d'un esprit vengeance. Le directeur du CST reçoit des menaces anonymes par téléphone, disant que si la salle de D&T reprenait ses activités, elle brûlerait. Même si la salle est également fréquentée par les jeunes des Tilleuls, elle symbolise la présence du 212 dans leur quartier, ainsi que la possibilité de réaliser des projets ensemble, à un moment où les jeunes veulent déclarer la guerre. Ali devient également une cible des deux cités, il est le représentant de D&T. Il se fait discret. Le jeune homme qui a toujours une présence imposante est fragilisé. La suite des activités de D&T dépendent du soutien des institutions du Blanc-Mesnil.

Lors des émeutes dans la ville, le CST a été visé par les jeunes, qui ont essayé d'y mettre le feu à deux reprises. La dernière remonte aux événements de 2005[18]. Acculé par les menaces, le directeur demande oralement à Ali de se faire discret et d'interrompre les activités de D&T pendant un "certain temps", non défini. Le décalage devient flagrant entre les attentes des membres de D&T et le positionnement du CST. Ali souhaite que le directeur assume une position qui restait dans un entre-deux: la consigne ne tranchait pas entre un départ du CST ou un soutien pour qu'il puisse rester. Ali affirme qu'il n'assumera pas seul la décision de continuer les activités sans avoir le soutien écrit de la direction.

Pour Vincent de Gaulejac et Leonetti (1994, p. 26), "l'analyse des phénomènes de désinsertion a mis en évidence les coûts humains qu'ils entraînent, non seulement pour les sujets de l'exclusion, mais aussi pour le corps social tout entier, collectivement atteint." L'issue du conflit entre le CST et D&T dévoile la défaillance des corps intermédiaires au Blanc-Mesnil. Les institutions, censées canaliser la violence, créer des liens sociaux et assurer la cohésion sociale afin de transformer la société montrent leur défaillance. La crise des institutions relève de la crise du symbolique. Le manque de cadre pouvant soutenir la concertation entre D&T et le CST met en évidence le vide institutionnel dans lequel se construisent les initiatives locales d'intervention auprès de la jeunesse. La situation dévoile non seulement l'affaiblissement des institutions dans la banlieue, mais aussi l'exigence de construction de cadres pour la symbolisation des conflits. La situation donnait en effet à voir la pertinence de la recherche menée autour de la symbolisation, dans un contexte où, la médiation n'étant pas assurée, on pouvait entrevoir la menace de rupture provoquée par

---

(18) Les émeutes ont suivi la mort de deux jeunes électrocutés à Clichy-sous-Bois, banlieue française, suite à une poursuite de la police et se sont déroulées du 27 octobre au 17 novembre. A l'automne 2005, des "émeutes" explosent dans les banlieues françaises. Une couverture médiatique diffuse des images spectaculaires de voitures brûlées et des jeunes révoltés qui portent des capuches. L'état d'urgence est décrété. La dégradation de l'espace par les jeunes eux-mêmes est interprétée comme un refus de leurs conditions de vie, comme l'expression de leur désespoir face à l'avenir.

l'impossibilité de l'expression et de l'écoute. Mais en même temps, la situation révélait que la médiation ne peut opérer en l'absence de construction d'un cadre exigeant la présence des fonctions symboliques, qui, dans ce cas, aurait du être assurés par les instances politiques locales.

Le conflit entre le CST et D&T se présente comme un analyseur de l'ensemble des contradictions des institutions. Créées pour soutenir les échanges entre les acteurs sociaux en favorisant la médiation à travers la circulation de la parole et le respect de l'écoute, elles se retrouvent elles-mêmes en défaillance vis-à-vis de ce qu'elles devraient promouvoir. La mort du jeune est saisie non seulement comme le symbole de la rupture entre les jeunes des deux cités, mais aussi de la rupture entre les institutions qui devaient oeuvrer pour la médiation du conflit entre les cités. Censées mettre les conflits en mots, les institutions se taisent et se déclarent la guerre entre elles. Nous assistons à une exacerbation de la violence sociale, de la crise des institutions et de la défaillance de la médiation symbolique dans la société, "les institutions n'aiment pas les conflits" (Gaulejac & Leonetti, 1994, p. 15) surtout quand ils mettent en cause leur mode de fonctionnement et pointent leur fragilité. Elles mettent ainsi en place un "système défensif" pour se protéger et se mettre à distance. La mort de Medhi redonne du sens à l'existence du CST, mais l'institution est trop affaiblie pour pouvoir tenir son rôle qui consiste à travailler à partir du conflit et sur lui, si bien qu'elle se limite à le gérer.

Ali et les autres membres de l'association décident de rompre le partenariat avec le CST et de quitter ses locaux en juin 2009. Le départ est difficile, aucun accord n'est trouvé sur les investissements qui ont été réalisés dans la salle. Pour les membres, le départ du CST ne signifiait pas la fin de l'association, même si, dans l'immédiat, les activités ont été arrêtées, dans l'attente d'autres locaux. Avant d'obtenir la salle au CST, ils avaient attendu trois ans.

Le 10 février 2011 une nouvelle salle de D&T a été inaugurée au Château d'eau, à côté de la Médiathèque du Blanc-Mesnil, dans le centre ville. La salle est beaucoup plus grande et elle a été aménagée spécialement pour les activités de l'association. Elle a été obtenue avec le soutien de l'adjointe au maire,

responsable de la jeunesse. Désormais, la salle est dans une situation d'extériorité par rapport aux cités. L'association peut désormais jouir de l'autonomie de son fonctionnement, de ses horaires d'ouverture, ce qui représente une importante conquête. Mais les enjeux n'ont pas fondamentalement changé: les membres de l'association savent que la salle leur a été concédée par la mairie pour qu'ils puissent recevoir des jeunes et les occuper pendant les vacances scolaires.

Conclusion

Le rap se présente à la fois comme un analyseur de la vie des jeunes rappeurs, et comme un support les soutenant dans leur existence sociale. Les analyses réalisées à partir de notre expérience au terrain montrent que les pratiques autour du rap prennent leurs sens au sein du groupe de pairs, en tant que manifestation collective. Si le groupe se présente comme un espace propice à la construction de soi à l'intérieur de son enveloppe, il fonctionne également comme une protection vis-à-vis de l'extérieur menaçant, soutenant le jeune dans son héritage social. Le groupe de pairs introduit de nouveaux modes de socialisation traduits en pratiques groupales qui, dans leurs dimensions imaginaires, symboliques et culturelles se présentent comme une quête d'appartenance et de construction de soi. Le rap ainsi que le territoire serviront de trames symboliques, d'enveloppes contenantes au sein desquelles le groupe de jeunes pourra faire de expériences face à l'altérité.

Ainsi, le rap, en tant qu'activité artistique et médiation symbolique, devient de plus en plus investi par les pouvoirs publics et par le milieu associatif comme un mode d'intervention sociale ciblant la jeunesse défavorisée. L'expression artistique étant fréquemment présentée comme un mode d'occupation, de façon à combattre l'oisiveté produite par le chômage et la déscolarisation qui touche cette jeunesse, mais aussi comme un mode de pacification, un moyen de contenir le "potentiel violent" associé ces jeunes. Ces objectifs empêchent de suivre les jeunes dans les ambivalences et les contradictions qui traversent leur quête

d’existence sociale.

Du côté français, l’arrêt des activités de D&T au CST n’a pas entraîné la disparition de l’association. La mort de Medhi a remis de la violence là où nous avions pensé que le rap pourrait l’arrêter, mais si la violence existe toujours, et si sa fin demeure un combat, le rap prouve aussi qu’elle ne le fera pas disparaître. L’ouverture de la nouvelle salle de D&T au centre-ville du Blanc-Mesnil fait apparaître que l’expression artistique peut remettre de la vie, de l’activité, de la création à travers la constitution d’un nouveau lieu d’échange, mais également à travers l’arrivé de Pac, jeune rappeur de 18 ans, qui a pris la responsabilité des activités de l’association après l’éloignement d’Ali. Le fait que le “flambeau” soit repris par un jeune, et que l’association trouve le soutien des pouvoirs locaux nécessaires pour continuer ses activités révèle la vivacité de ce projet qui s’est montré capable d’inciter à l’engagement de nouveaux jeunes, de nouveaux partenaires. La suite des activités après la fin de notre recherche montre que malgré les achoppements qui peuvent le traverser, le rap renaît à chaque fois, sous d’autres formes, et que le travail effectué ne sera jamais perdu.

Bibliographie

Anzieu, D. (1999). *Le groupe et l'inconscient – L'imaginaire groupal* (3a éd.). Paris: Dunod.

Bachmann, C. (1993). Jeunes et banlieues. In G. Ferréol (Ed.), *Intégration et exclusion dans la société française contemporaine* (pp. 129-154). Lille: Presses universitaires de Lille.

Barus-Michel, J. (2004). *Souffrance, sens et croyance: L'effet thérapeutique.* Toulouse: Érès.

Carreteiro, T. C. & Ude, W. (2007). Juventude e virilidade: a construção social do ethos guerreiro. *Pulsional revista de Psicanalise, 20*(191), 63-73.

Cassin, R. (2010). Acting out et passage à l'acte. In L. Jodeau-Belle & L. Ottavi (Eds.), *Les fondamentaux de la psychoanalyse lacanienne. Repères épistémologiques, conceptuels et cliniques* (pp. 165-174). Rennes: Presses Universitaires de Rennes.

Certeau, M., Giard, L. & Mayol, P. (1994). *L'invention du quotidien 2. Habiter, cuisiner.* Paris: Gallimard.

Chasseguet-Smirgel, J. (1975). *L'Idéal du Moi: Essai psychanalytique sur la 'maladie d'Idéalité'.* Ligugé/Vienne: Tchou.

Dayrell, J. (2005). *A música entra em cena. O rap e o funk na socialização da juventude.* Belo Horizonte: Editora UFMG.

Gaulejac, V. de & Leonetti, I. (1994). *La lutte des places Insertion et désinsertion.* Paris: Desclée de Brouwer.

Honneth, A. (2000). *La lutte pour la reconnaissance*. Paris: Éditions du Cerf.

Kristeva, J. (2004). *Étrangers à nous-mêmes.* Paris: Folio- Essais.

Lapeyronne, D. (2008). *Ghetto urbain. Ségrégation, violence, pauvreté en France aujourd'hui.* Paris: Robert Laffont

Lepoutre, D. (1997). *Cœur de Banlieue. Codes, rites et langages*. Paris: Odile Jacob.

Mauger, G. (2009). *La sociologie de la délinquance juvénile*. Paris: La Découverte.

Sauvadet, T. (2006). *Le capital guerrier. Concurrence et solidarité entre les jeunes de cités*. Paris: Armand Colin.

Shusterman, R. (2003). Pragmatisme, art et violence: le cas du rap. *Mouvements, 5*(26), 116-122.

14

Usando o computador como estratégia para educação em saúde na adolescência:

das intervenções via internet às intervenções personalizadas via internet

Sheila Giardini Murta
Karinne Leissa Torres Bezerra
Cristineide Leandro-França

Adolescentes de várias partes do mundo são acometidos por diversos riscos e agravos à saúde, como o sexo precoce e inseguro, os comportamentos aditivos, os acidentes, a violência, o abuso sexual, a subnutrição, a mutilação da genitália feminina, as desordens alimentares, a depressão e o suicídio. Comparativamente aos adultos, os adolescentes apresentam maior dificuldade em reconhecer sintomas, subestimam mais sua gravidade e procuram menos ajuda. Tais condições devem ser consideradas no planejamento e oferta de serviços de promoção de saúde para este público, que precisam ser embasados em cuidadosa avaliação das necessidades típicas desta população. Serviços assim bem delineados não apenas contribuem para reduzir doenças e mortalidade precoce, mas também têm um caráter de proteção ao capital humano, à saúde no curso da vida e aos direitos humanos (World Health Organization, 2002).

De acordo com recomendações da Organização Mundial de Saúde, os serviços de atenção à saúde do adolescente devem ser acessíveis, aceitáveis e apropriados para o adolescente (World Health Organization, 2002). Isto inclui dimen-

sões técnicas (como a abrangência do cuidado, abarcando as diversas demandas de saúde), interpessoais (como as habilidades de comunicação dos profissionais), éticas (como cuidados com confidencialidade, privacidade e não discriminação) e culturais (como a sensibilidade à cultura adolescente). Adicionalmente, para se tornarem acessíveis, tais serviços de saúde devem ser implementados em diferentes espaços, como em meio urbano e rural, em centros de saúde, centros comunitários, escolas, universidades e locais de trabalho. Devem também selecionar diferentes canais que sejam apropriados para comunicação em saúde com o adolescente, para além da comunicação face-a-face, como a mídia interativa (ex.: jogos e CD ROMs) e a internet (World Health Organization, 2004).

De fato, devido ao crescente convívio do adolescente com as tecnologias computadorizadas, seu uso como canal para comunicação em saúde é altamente pertinente para este público. Em vista disso, diversos pesquisadores em saúde têm se ocupado, nos últimos anos, com o desenvolvimento de programas computadorizados, inovadores e específicos para educação em saúde para adolescentes (Ezendam, Brug & Oenema, 2011; Goold *et al.,* 2006; Prins, Empelen, Beenackers, Brug & Oenema, 2010; Rushing & Stephens, 2011; Schwinn, Schinke & Di Noia, 2010) e adultos, notadamente em centros de pesquisa europeus. Em contraste, no Brasil, pesquisas acerca desta modalidade de intervenção ainda são raras (Gomide, Martins & Ronzani, 2013).

Algumas intervenções via computador foram desenvolvidas no Brasil muito recentemente e concentram-se na redução de tabagismo entre adultos (Gomide, 2014). Em uma revisão narrativa acerca de intervenções comportamentais computadorizadas, Gomide *et al*. (2013) encontraram em estudos internacionais evidências de eficácia destas intervenções para outras condições além de problemas relacionados ao consumo de álcool e tabagismo, como no tratamento à depressão, ansiedade, transtornos alimentares e dor. A ampliação do acesso à internet e aos serviços de telefonia celular, como argumentam estes autores, constituem condições encorajadoras para o desenvolvimento de intervenções para educação em saúde oferecidas via internet para a população brasileira. Estas intervenções, se

encontradas evidências de efetividade para o contexto nacional, podem ser ferramentas complementares nos serviços de saúde, sobretudo os de caráter educativo e preventivo para adolescentes, que podem buscar e receber orientações por meio de uma estratégia adequada à cultura juvenil e com potencial de alcance de grandes segmentos populacionais, a um custo relativamente reduzido.

O presente capítulo tem por objetivo discutir, a partir da literatura especializada, o uso do computador como ferramenta para educação em saúde, com ênfase na adolescência. Serão abordados os tipos de intervenções computadorizadas para este fim, os modelos teóricos de suporte, o processo de desenvolvimento e a efetividade destes programas.

Definição de intervenções computadorizadas para educação em saúde

As intervenções computadorizadas agrupam-se em intervenções oferecidas via computador (*computer-based interventions* ou CBI) e intervenções personalizadas via computador (*computer-tailored interventions* ou CTI) (Krebs, Prochaska & Rossi, 2010). No primeiro caso, o computador é utilizado como um canal de comunicação, tal como comunicação face-a-face e cartilhas impressas. Um termo sinônimo é intervenções oferecidas via internet (*internet-based interventions*). No segundo caso, sistemas computadorizados são utilizados para oferecer *feedback*s e orientações ajustadas às demandas do usuário a partir da coleta de dados individuais. *Feedbacks* e orientações, por sua vez, podem ser dados por meio do computador ou mesmo de outros canais, como cartas personalizadas, com ou sem a mediação face-a-face de profissionais (De Vries & Brug, 1999). Neste texto, o foco principal será nas intervenções computadorizadas personalizadas (CTI), embora alguns poucos estudos do primeiro tipo (CBI) também sejam apresentados.

As CTIs consistem na adaptação de materiais de educação em saúde para uma pessoa específica, após uma avaliação individualizada, por meio de um processo computadorizado (De Vries & Brug, 1999). A principal característica desta

intervenção é o ajustamento da informação às características individuais. O usuário recebe um *feedback* sobre seus comportamentos de risco à saúde, ou sobre determinantes do comportamento que se almeja mudar, como autoeficácia, crenças e atitudes. As orientações subsequentes consideram suas características pessoais, tais como preferências alimentares, peso atual, motivação para a mudança, crenças sobre vantagens e desvantagens do consumo de verduras e legumes e disponibilidade de alimentos saudáveis no entorno de onde o indivíduo vive. Uma segunda característica desta modalidade de intervenção é o acesso simultâneo a um grande número de pessoas, sem limitações espaciais. Assim, por exemplo, um programa deste tipo pode atingir estudantes de ensino médio de escolas públicas de um conjunto de municípios ou bairros de uma grande cidade. Estes estudantes receberiam diferentes informações e orientações, de acordo com seu perfil.

É consenso entre os estudiosos da comunicação em saúde que informações personalizadas são mais eficazes para motivar a adoção de comportamentos de proteção à saúde que a comunicação generalista que faz uso de mensagens indiferenciadas (De Vries & Brug, 1999; Lustria, Cortese, Noar & Glueckauf, 2009; Neville, O'Hara & Milat, 2009; Noar, Benac & Harris, 2007; Yardley, 2011). A natureza individualizada da comunicação personalizada se opõe a informações gerais disponibilizadas em sítios, guias e cartilhas, que apresentam o mesmo conteúdo para todos os usuários. Difere também da comunicação dirigida a grupos específicos, como campanhas para uso de preservativos com pessoas idosas ou caminhoneiros. O destinatário da comunicação não é a população geral ou um grupo, mas o indivíduo, consideradas suas características pessoais relevantes para o comportamento que se almeja mudar (Hawkins, Kreuter, Resnicow, Fishbein & Dijkstra, 2008).

Caracterização de intervenções computadorizadas personalizadas

A personalização, termo chave na caracterização das CTIs, significa criar uma comunicação em que as informações do próprio indivíduo são utilizadas para determinar que orientação este irá receber, os contextos e formatos usados para apresentar tal conteúdo, por quem ele será apresentado e por meio de quais canais será oferecido. Para se personalizar a comunicação ao indivíduo, torná-la relevante e atrativa, diferentes estratégias são usadas: a personalização, o *feedback* e o ajuste do conteúdo (Hawkins *et al*., 2008). A personalização inclui procedimentos como identificar o destinatário pelo próprio nome, fazer uso de informações pessoais (como data de nascimento), explicitar que a orientação dada foi planejada especificamente para o destinatário e explorar elementos do seu contexto (como papéis familiares, aspectos culturais, étnicos ou geracionais). Podem adotar várias formas: descritiva, comparativa e avaliativa. *Feedbacks* descritivos reafirmam informações já dadas pelo usuário sem qualquer inferência (e.g., "você disse que fuma uma cartela de cigarro por dia"). *Feedback*s comparativos oferecem contrastes entre a situação do usuário e a da população geral (e.g., "comparando-se sua situação à de pessoas de sua idade, você fuma mais do que a maioria dos adolescentes de sua idade"). *Feedbacks* avaliativos são os que fazem julgamentos e interpretações com base no que já se sabe acerca do usuário e podem conter inferências (e.g., "a quantidade de cigarros que você fuma por dia, se continuada ao longo dos anos, pode dificultar sua respiração e o colocar em risco de graves problemas pulmonares"). Por fim, o ajuste do conteúdo se dá na construção de orientações que considerem o conhecimento, as expectativas de resultados, as crenças, a autoeficácia, o estágio de mudança, os recursos e habilidades demonstradas pelo indivíduo em sua avaliação prévia (Hawkins *et al*., 2008). Por proverem *feedbacks* e orientações individualizadas, as comunicações personalizadas contêm menos informação desnecessária, são processadas com maior atenção e percebidas como mais relevantes e mais atrativas por quem as recebe (Lustria *et al*., 2009).

Para a construção de intervenções computadorizadas personalizadas são requeridos, no mínimo, os seguintes componentes-chave: (a) um diagnóstico das características pessoais relevantes para mudança comportamental pretendida, podendo incluir aspectos como comportamentos de risco e proteção à saúde, motivação para a mudança e obstáculos e recursos que afetam a mudança; (b) uma biblioteca de mensagens que reúne todas as possíveis mensagens de educação em saúde para as pessoas com os diferentes perfis; (c) um algoritmo ou conjunto de regras de decisão que julguem os achados do diagnóstico e selecionem a mensagem de orientação coerente com as necessidades individuais e (d) um canal (exemplos: *folders, websites*, telefone celular) para oferecer a mensagem de modo compreensível, atrativa e sensível à cultura do usuário (De Vries & Brug, 1999).

Inicialmente as CTIs foram dirigidas à modificação de comportamentos de risco ou de proteção para doenças físicas, como a redução de tabagismo (Dijkstra, De Vries, Roijackers & Breukelen, 1998), o aumento da prática de atividade física (Prins *et al*., 2010) e do consumo de frutas e vegetais (Neville *et al*., 2009), e a prevenção a riscos para doenças específicas, como HIV (Noar *et al*., 2011). Nos anos recentes, esta modalidade de intervenção tem sido gradualmente mais utilizada para a educação em saúde mental (Bannink, Zwanenburg, Looij-Jansen, As & Raat, 2012; Bruning-Brown, Winzelberg, Abascal & Taylor, 2004; Mitchell, Stanimirovic, Kleinc & Vella-Brodricka, 2009; Tancredi *et al*., 2013). Outra finalidade das CTIs é auxiliar os indivíduos já adoecidos a compreenderem sua doença e adotarem formas saudáveis de enfrentamento, como câncer (Nooijer, Lechner, Candel & De De Vries, 2002). Por fim, as CTIs podem ser feitas de modo combinado com outras ações, compondo programas abrangentes de educação em saúde.

Existem variações no formato das CTIs, quanto à intensidade, foco e tipo de canal para *feedback* e orientações (Lustria *et al*., 2009). Quanto à intensidade, podem ser breves, com apenas um contato para *feedback* e orientação após a avaliação inicial, ou mais longas, com *feedbacks* e orientações sucessivas, que indicam progressos ou retrocessos tomando-se por base o processo, e podem ser fornecidos ao longo de meses. Quanto ao foco, podem ser dirigidas a apenas um fator

de risco ou a múltiplos fatores de risco. Neste último caso, são substancialmente mais complexas. Quanto ao canal, há uma variedade expressiva neste quesito, desde o uso de cartas enviadas via correio tradicional até mensagens via *email*. Neville *et al*. (2009) sumarizam a evolução das CTI em três gerações, de acordo com o canal usado para oferta de f*eedbacks* e orientações. A primeira geração inclui intervenções oferecidas por meio de material escrito, como cartas, *folders* e panfletos. A segunda geração inclui intervenções oferecidas através de tecnologias interativas, como *websites, email* e CD-ROM. A terceira geração inclui o uso de telefone celular e computadores de mão que aumentam a chance de *feedbacks* com agilidade. Para oferta dos *feedbacks* e orientações, a mediação de um profissional (como professores em escolas para adolescentes ou profissionais de saúde em hospitais), com interações face a face, pode ocorrer ou não.

A população-alvo das intervenções computadorizadas personalizadas, em sua maioria, inclui usuários de serviços de saúde, localizados em instituições onde recebem tratamento, e trabalhadores, recrutados em programas de promoção de saúde no ambiente de trabalho. CTIs para adolescentes são, comparativamente, menos frequentes (Lustria *et al*., 2009). Neste caso, a escola é usualmente o contexto escolhido para se acessar o adolescente (Ezendam *et al*., 2011). É fato que as CTIs têm sido utilizadas com populações instruídas e com fácil acesso ao computador. Características raciais e de gênero também chamam a atenção. Em CTIs para promoção de hábitos alimentares saudáveis, mulheres brancas e bem instruídas têm sido o público usual (Neville *et al*., 2009).

Em se tratando do cenário nacional, a viabilidade de se conduzir CTIs precisa ser vista com cuidado, uma vez que variáveis socioeconômicas são determinantes. Enquanto em alguns contextos esta modalidade de intervenção poderia ser bem aceita e viável, como em escolas, universidades e órgãos públicos, em outros seria impraticável, como em comunidades e famílias ainda sem acesso a estas tecnologias, ou junto a indivíduos analfabetos ou com pouco contato com a escrita e leitura. Portanto, a inclusão digital e a educação formal são pré-requisitos para o amplo uso de CTIs no país (Gomide *et al*., 2013). No caso específico de

adolescentes, com a crescente alocação de recursos para equipar escolas públicas, pode-se prever uma alta viabilidade de acesso a este público no âmbito escolar ao longo dos próximos anos.

Fundamentos teóricos das intervenções computadorizadas personalizadas

Na construção das CTIs são identificados os construtos psicossociais que afetam o comportamento que se almeja promover ou meta final, como a prática de sexo seguro e o engajamento em atividade física. Estes construtos podem incluir conhecimento, atitudes (Prins *et al*., 2010), autoeficácia (Hawkins *et al*., 2008; Noar *et al*., 2007), consequências positivas e negativas associadas ao comportamento, a motivação e a prontidão para a mudança comportamental (Dijkstra *et al*., 1998), dentre outros aspectos. Por isto, as CTIs se apóiam em modelos teóricos que lidam com tais construtos. Os principais modelos e construtos de interesse usados na pesquisa na área, identificados em revisões sistemáticas da literatura (Neville *et al*., 2009; Noar *et al*., 2007) estão apresentados na Tabela 1 e incluem o Modelo Transteórico de Mudança de Prochaska e DiClemente (1983), a Teoria do Comportamento Planejado de Ajzen (1991), o Modelo de Implementação de Intenções de Gollwitzer (1999), a Teoria Cognitiva Social de Bandura (1991), as Teorias de Autorregulação de Zimmermam (1989) e Bandura, o Modelo de Crenças em Saúde de Rosenstock (1974) e o Modelo Ecológico de Bronfenbrenner.

Tabela 1
Modelos teóricos e construtos de interesse na pesquisa em CTIs

Modelos Teóricos	Principais construtos de interesse
Modelo Transteórico de Mudança	As pessoas mudam gradualmente e vivenciam diferentes estágios de mudança na adoção de comportamentos de saúde. Diferentes processos de mudança são requeridos para facilitar a transição entre estágios.
Teoria do Comportamento Planejado	A percepção de controle, a atitude e a norma subjetiva afetam a intenção de mudança que por sua vez afeta o comportamento final.
Implementação de Intenções	Planos de ação que especificam o que e como fazer, e em quais circunstâncias facilitam a transformação da intenção em comportamento.
Teoria Cognitiva Social	Autoeficácia ou avaliação positiva da própria competência para desempenhar um dado comportamento aumenta a probabilidade de engajamento no comportamento.
Teorias de Autorregulação	Estabelecimento de metas e monitoramento de progresso facilitam a mudança de comportamento.
Modelo de Crenças em Saúde	Susceptibilidade percebida ao risco, gravidade percebida do risco, benefícios e barreiras envolvidos na adoção de comportamentos saudáveis afetam a mudança comportamental.
Modelo Ecológico	Recursos ambientais apoiadores afetam a probabilidade de emissão de comportamentos saudáveis

Com base nestas teorias, as CTIs usualmente avaliam o estágio de mudança em que o indivíduo se encontra para um dado comportamento, conforme previsto no Modelo Transteórico de Mudança, e usam de estratégias para favorecer a transição dos estágios rumo à mudança desejada. Dentre estas, inclui-se a promoção de atitudes positivas acerca do alvo de mudança, o fortalecimento do controle percebido, o estabelecimento de planos de ação que favorecem a concretização das intenções em comportamentos e a análise de recursos ambientais que aumentam

a chance de ocorrência do comportamento que se almeja promover. *Feedbacks* e orientações são fornecidas com base nestes construtos e variáveis de interesse. Assim, as teorias oferecem um "mapa de viagem" para o pesquisador ou profissional de saúde. Com tal embasamento, é possível ir mais rápida e eficientemente aos focos relevantes para favorecer a motivação e a adesão a novos comportamentos em saúde. Neste sentido, o domínio das teorias que guiam tais intervenções se constitui tarefa básica para os interessados no tema.

Efetividade das intervenções computadorizadas personalizadas

Segundo Krebs *et al*. (2010), a primeira publicação sobre CTI ocorreu em 1988. Nas últimas duas décadas, os estudos sobre esta modalidade de intervenção se intensificaram, segundo informam revisões sistemáticas (Lustria *et al*., 2009; Neville *et al*., 2009) e meta-análises da área (Krebs *et al*., 2010; Noar *et al*., 2007). Neville *et al*. (2009) conduziram uma revisão sistemática para investigar evidências de eficácia de intervenções para adesão a alimentação saudável do tipo computadorizada personalizada que fizeram uso de mídias interativas (tais como *websites*, *email* e CD-ROM) no fornecimento de *feedbacks* e orientações. Foram encontradas 12 intervenções apresentadas em 13 publicações, entre os anos de 1996 e 2008. Os resultados apontaram efeitos positivos significativos em adesão ao consumo de frutas e vegetais e redução de peso. Os estudos com melhores resultados foram os que incluíram intervenções mais longas com *feedback*s múltiplos, ao invés de *feedback* único, e que foram claramente embasados em teoria. Contudo, a ausência de *follow-up* nestes estudos não permitiu obter conclusões quanto à manutenção destas mudanças ao longo do tempo.

Em uma revisão que incluiu intervenções com diferentes alvos de mudança, para além de dieta, Noar *et al*. (2007) investigaram, por meio de técnicas meta-analíticas, as evidências de eficácia de 57 estudos de CTIs que usaram de canais escritos, como cartas e *folders*, para fornecimento de *feedback*s e orientações. Foram identificadas intervenções com foco exclusivo em saúde física que tinham por

meta promover os seguintes comportamentos de saúde: cessação ou prevenção ao tabagismo, vacinação contra gripe, alimentação saudável, atividade física, exames para detecção precoce de câncer, uso de cinto de segurança no trânsito, prevenção a acidentes com crianças, prevenção à exposição indevida ao sol e uso de camisinha. Os resultados foram favoráveis à eficácia das CTIs, sobretudo as que (a) focavam em práticas preventivas, (b) consideravam pelo menos quatro construtos (derivados de embasamento teórico) na construção das mensagens para orientação, (c) usavam teorias de apoio que exploravam construtos como atitudes, autoeficácia, estágios de mudança, processos de mudança e influências sociais, (d) adotavam múltiplos contatos para *feedback*s e orientações e (e) tinham períodos mais curtos entre a intervenção e o *follow-up*. Estes achados encontram-se alinhados aos de Neville *et al*. (2009) ao apontarem o embasamento teórico e os *feedbacks* múltiplos como favorecedores da eficácia nos resultados e a limitação quanto aos efeitos de longo prazo.

Em outra revisão sistemática de literatura conduzida por Krebs *et al*. (2010), foram encontrados 88 estudos, publicados entre 1988 e 2009, de avaliação de efeitos de CTIs, focadas em quatro alvos: cessação de práticas de fumar, prática de atividade física, práticas alimentares saudáveis e exame de mamografia. Todos os estudos descreviam delineamentos com grupos de comparação com uso de mensagens não personalizadas e não faziam uso de profissionais para mediação face a face. A meta-análise revelou tamanhos de efeito estatisticamente significativos em cada um dos quatro alvos (fumo, atividade física, alimentação e mamografia). Na mesma linha das revisões anteriores (Neville *et al*., 2009; Noar *et al*., 2007), os efeitos mais expressivos foram observados a curto prazo e em intervenções com *feedbacks* múltiplos. Não se identificou qualquer associação entre a eficácia e o tipo de canal usado (se cartas, *e-mail* ou outro) e o número de comportamentos-alvo (se apenas um ou múltiplos comportamentos). Assim, parece ser indiferente o tipo de canal usado e a complexidade da intervenção quanto aos seus focos.

Em suma, há evidências consistentes de que tais intervenções são eficazes no campo da saúde física, principalmente quanto contam com *feedbacks* múltiplos e sólido embasamento teórico. Assim, os custos financeiros envolvidos no desenvolvimento destas intervenções podem ser compensados pela sua eficácia, ainda mais ao se tomar em consideração seu amplo alcance. Por outro lado, estas revisões apontam consistentemente que um desafio é assegurar a manutenção dos resultados ao longo do tempo. Por isto, o desenvolvimento de estratégias que promovam a manutenção dos resultados é, claramente, um aspecto relevante na agenda de pesquisa na área.

Processo de desenvolvimento de intervenções computadorizadas para adolescentes

As revisões da literatura especializada indicam que os adultos são o público usual das CTIs (Krebs *et al*., 2010; Lustria *et al*., 2009; Neville *et al*., 2009; Noar *et al*., 2007). Dos poucos estudos dirigidos a adolescentes, os holandeses são o principal público-alvo dos programas (Ezendam *et al*., 2011; Goold *et al*., 2006; Prins *et al*., 2010), seguidos de adolescentes canadenses (Schwinn *et al*., 2010) e nativos norte-americanos (Rushing & Stephens, 2011). A prevenção ao abuso de drogas (Schwinn *et al*., 2010) e a promoção de saúde sexual (Goold *et al*., 2006), atividade física (Ezendam *et al*., 2011; Prins *et al*., 2010) e hábitos alimentares saudáveis (Ezendam *et al*., 2011) constituem o foco destes estudos.

O processo de desenvolvimento destes programas envolve diferentes estágios e tarefas em cada um deles, resultando em um trabalho altamente elaborado. Prins *et al*. (2010) relataram o caminho percorrido na elaboração de uma CTI para promoção de atividade física em adolescentes. Seis grandes etapas foram descritas, por ordem: avaliação de necessidades, matrizes, estratégias e métodos embasados em teoria, programa, adoção e implementação e plano de avaliação.

Na avaliação de necessidades, foram estudadas as discrepâncias entre os níveis ideais de atividade física entre os adolescentes e os níveis atuais, influenciados por diversas variáveis demográficas. Com base nessa investigação, foi traça-

do o objetivo final da intervenção: aumentar em 10% o número de adolescentes que atendem às diretrizes holandesas quanto à atividade física, por pelo menos 60 minutos ao dia, seis meses após a intervenção. A atividade física foi trabalhada em termos de três subcomportamentos (locomoção ativa, atividade física associada a lazer e prática de esportes), para os quais foram descritos objetivos específicos de desempenho e identificados seus determinantes mais importantes e modificáveis (incluindo: conhecimento, autoconsciência, atitudes, autoeficácia e normas subjetivas). Tais objetivos e determinantes foram integrados em matrizes que definiram objetivos de mudança – aquilo que os participantes precisariam aprender ou fazer para atingir os objetivos de desempenho. Para cada objetivo de mudança, foram selecionados métodos, procedentes da literatura, para modificar os determinantes. Os métodos foram traduzidos em estratégias práticas para intervenção, personalizadas às necessidades dos adolescentes.

O programa pôde ser implementado no contexto escolar, consiste em três aulas de 35 minutos, com tarefas a serem realizadas entre as aulas, e desenvolve-se nas cinco fases da Teoria da Autorregulação. No monitoramento, *feedback* comportamental e normativo são utilizados para aumentar a consciência dos comportamentos de atividade física e o adolescente escolhe um dos subcomportamentos para aprimorar. Em seguida, são utilizadas estratégias interativas para trabalhar autoeficácia, atitudes e o ambiente percebido a fim de reforçar a motivação. Na fase de estabelecimento de meta, os adolescentes são guiados para estabelecer uma meta e desenvolver um plano para atingi-la, o que tentam realizar na fase de busca ativa da meta. Na avaliação, as conquistas são avaliadas e os adolescentes podem revisar suas metas ou escolherem outro subcomportamento.

Concluindo que pouco se sabe sobre a eficácia das intervenções computadorizadas personalizadas entre adolescentes, os autores destacam a necessidade de conduzir um estudo de avaliação. Como plano de avaliação propõem que sejam avaliados os resultados e os mediadores/moderadores cognitivos envolvidos, com o uso de questionários preenchidos pelos adolescentes e medidas como o índice de massa corporal e a circunferência da cintura, em três tempos: ao final da

intervenção, um e seis meses após a intervenção. Prevê-se ainda uma avaliação de processo, com aplicação de questionários aos participantes e professores (que conduzem a intervenção) e observação por pesquisadores.

Schwinn *et al*. (2010) desenvolveram uma intervenção baseada no computador – CBI (não personalizada) para prevenir abuso de drogas entre meninas entre 13 e 14 anos. A intervenção, chamada *RealTeen*, foi inteiramente realizada via internet, desde o recrutamento até a intervenção propriamente dita, realizada por meio de um *website* elaborado para este fim. Questões relativas a gênero feminino e interesses específicos foram consideradas para elaboração da *homepage*, que podia ser personalizada pelas participantes e que continha recursos como dicas de beleza, horóscopo e acesso a grupos de discussão opcionais e ao *blog* pessoal. O *website* dava acesso ainda a 12 sessões de intervenção, com duração de 25 minutos cada. Na sessão inicial as meninas personalizavam sua *homepage* e criavam um perfil pessoal acessível para as outras participantes. Seguiam-se nove sessões embasadas teoricamente em: estabelecimento de metas, tomada de decisão, enfrentamento, autoestima, assertividade, comunicação, influências da mídia, pressão dos pares e dados sobre drogas. As duas últimas sessões revisavam as anteriores e forneciam testes adicionais. A cada sessão, investia-se em interatividade e na comunicação entre as participantes. As meninas podiam escolher o tipo de informações que tornavam públicas, bem como a quantidade de pessoas que teriam acesso a essas informações.

Divididas em grupo de intervenção e grupo controle, todas as adolescentes responderam a um pré-teste (antes do início da intervenção), a um pós-teste (um mês após o início) e a um *follow-up* (seis meses após o pós-teste). Além de características demográficas, esses testes investigavam o uso de substâncias pelas adolescentes, bem como mediadores desse uso – variáveis fortemente associadas ao uso de substâncias de acordo com a literatura em prevenção (crenças normativas, tomada de decisão, estabelecimento de metas, habilidades de resistência às drogas, gerenciamento de estresse, habilidades sociais, autoestima, au-

toimagem e autoeficácia). Completando as sessões de intervenção e os testes, as participantes podiam ganhar brindes ou recompensas em dinheiro.

As medidas de *follow-up* mostraram que as meninas do grupo de intervenção descreveram menos uso de substâncias, em efeitos considerados maiores que os encontrados em estudos não interativos e baseados unicamente em conhecimentos. As medidas de pós-teste, entretanto, não revelaram efeitos da intervenção. A partir dessas evidências, os autores sugerem que há uma necessidade de tempo e oportunidades da vida real para que os participantes apliquem as habilidades aprendidas. Tal argumentação vai de encontro às intervenções que se utilizam de tarefas de casa, como em Prins *et al*. (2010), e que podem estar representando um avanço significativo na transferência das habilidades aprendidas para o dia-a-dia dos participantes.

Noar *et al*. (2011) direcionaram seus esforços para o desenvolvimento de uma CTI com informações sobre sexo seguro, motivados pelas limitações encontradas nas intervenções em saúde e comportamento sexual (em especial a necessidade da presença de um facilitador, que é dificultada pela restrição de recursos nas comunidades). Objetivou-se aumentar o uso consistente e correto de camisinha com todos os parceiros sexuais da população-alvo: afro-americanos heterossexualmente ativos, entre 18 e 29 anos. O modelo ASE (*Attitude- Social Influence -Efficacy*), que embasou o desenvolvimento da intervenção, sugere que três fatores proximais – atitudes, influências sociais e autoeficácia – são determinantes críticos da mudança de comportamentos de saúde, influenciando a progressão através dos estágios do Modelo Transteórico de Mudança. Negociação para uso da camisinha e tipo de parceiro sexual foram outros fatores considerados na intervenção, visto que apontados pela literatura da área de sexo seguro.

Em estudo prévio, os autores encontraram relações significativas entre as variáveis do modelo ASE e os estágios de mudança, sustentando que a teoria provê um sistema explicativo válido para o uso de camisinha pela população-alvo. Além de testarem o modelo teórico, os autores utilizaram de grupos focais para embasar e testar a intervenção desenvolvida. Exploraram tópicos em sexualidade, relacio-

namentos e uso da camisinha com afro-americanos heterossexualmente ativos, o que foi útil para contextualizar *feedbacks* de acordo com o tipo de parceiro sexual. Após o desenvolvimento da intervenção, um protótipo foi apresentado a outro grupo dessa população-alvo para um estudo piloto, que contribuiu para realização de vários ajustes e para restringir o foco da intervenção para jovens de 18 a 29 anos de idade. Além de uma equipe de pesquisa, a elaboração da intervenção exigiu a participação de uma equipe técnica de desenvolvimento e uma equipe de *design* gráfico, que, através de iterações sucessivas por vários meses, construíram e testaram a intervenção.

A intervenção desenvolvida consistiu em uma sessão de participação individual com uso de um computador portátil, e seguiu os princípios teóricos da literatura de treino de habilidades. Inicialmente é feita uma avaliação das variáveis do ASE, separadamente para cada tipo de parceiro sexual, seguida de *feedback* personalizado aos participantes. Os *feedbacks* são sensíveis ao estágio de mudança em que se encontra o participante e objetivavam encorajar as pessoas a avançarem em estágios, ao invés de mudarem para o uso consistente de camisinha de uma só vez. Num segundo momento, enquanto os participantes respondem a exercícios interativos, são apresentados modelos em uso correto da camisinha e negociação por meio de *feedback* sobre suas respostas. Ao final, os participantes são encorajados a utilizarem na prática as habilidades recém-adquiridas.

Ainda na área de saúde sexual, Goold *et al*. (2005) investigaram as percepções de jovens sobre essa temática e acerca da acessibilidade dos serviços de saúde, por meio da realização de grupos focais. Os autores buscaram embasar o desenvolvimento de um Ambiente Multimídia Interativo de Aprendizagem, apresentando seu desenho inicial aos jovens. As percepções dos jovens embasaram o desenvolvimento de uma intervenção baseada em computador (CBI) e serviram ainda de insumo para a concepção de mensagens direcionadas a comportamentos de prevenção ou detecção de doenças, a serem utilizadas na intervenção. O estudo destacou a necessidade de envolver os potenciais usuários (em suas necessidades, nível de compreensão e preocupações) na elaboração de intervenções em saúde sexual.

Noar *et al*. (2011) apontam para a enorme complexidade no processo de desenvolvimento de intervenções computadorizadas personalizadas. A despeito disso, Goold *et al*. (2005) destacam que uma vez que a intervenção baseada no computador é desenvolvida, seu custo de implementação é baixo, o que pode levar a uma maior facilidade de disseminação.

Conclusão

É crescente o uso de intervenções computadorizadas, personalizadas ou não, para educação em saúde. Trata-se de uma estratégia de intervenção com bases teóricas claras, procedimentos de intervenção bem estabelecidos para diversos focos em saúde e evidências de efetividade, majoritariamente obtidas em estudos conduzidos em países europeus. Sua aplicação para adolescentes tem sido crescente, embora ainda predominem estudos dirigidos a adultos voltados para a promoção de saúde física.

Percebe-se um potencial de aplicação desta tecnologia como ferramenta educativa e preventiva no âmbito da saúde do adolescente no Brasil, em particular na saúde mental. Achados de uma revisão sistemática da literatura em programas preventivos nacionais indicam que adolescentes constituem um dos principais alvos de programas de prevenção primária em saúde, embora em amostras pequenas, o que revela a necessidade de expansão de estratégias efetivas para alcance de fatias maiores da população adolescente (Oliveira, 2012). Neste sentido, o uso do computador como meio de disseminação de informações cientificamente embasadas e ajustadas para adolescentes pode vir a somar esforços aos já existentes, e fortalecer a área de pesquisa em educação em saúde e prevenção primária em saúde mental do adolescente entre nós.

Estudos interdisciplinares se fazem necessários para a construção de intervenções computadorizadas que sejam elaboradas, implementadas, avaliadas e disseminadas entre adolescentes. Pesquisadores e profissionais das áreas de tecnologia da informação (Gomide *et al*., 2013), *design* (Noar *et al*., 2011), educação, psicologia e saúde podem se revelar grandes parceiros na elaboração de intervenções oferecidas via computador, personalizadas ou não. Estudos futuros, devidamente embasados na regulamentação nacional (Gomide *et al*., 2013), devem se ocupar do desenvolvimento de intervenções para focos diversos na saúde do ado-

lescente, bem como de avaliações de sua eficácia, efetividade e eficiência. É possível que intervenções desta natureza possam vir a se constituir em importante via de alcance da vasta população de adolescentes no país, contribuindo para a melhoria da qualidade dos serviços em saúde, tornando-os não somente mais efetivos, mas também mais acessíveis, adequados e atrativos para este público.

Referências

Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Process, 50,* 179-211.

Bandura, A. (1991). Social Cognitive Theory of Self-Regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Process*, *50*, 248-287.

Bannink, R, Zwanenburg, E. J., Looij-Jansen, P., As, E. & Raat, H. (2012). Evaluation of computer-tailored health education ('E-health4Uth') combined with personal counselling ('E-health4Uth + counselling') on adolescents' behaviours and mental health status: design of a three-armed cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health, 12,* 1083. doi:10.1186/1471-2458-12-1083.

Bruning-Brown, J., Winzelberg, A. J, Abascal, L. B. & Taylor, C. B. (2004). An evaluation of an internet-delivered eating disorder prevention program for adolescents and their parents. *Journal of Adolescent Health, 35,* 290-296.

De Vries, H. & Brug, J. (1999). Computer-tailored interventions motivating people to adopt health promoting behaviours: introduction to a new approach. *Patient Education and Counseling, 36,* 99-105.

Dijkstra, A., De Vries, H., Roijackers, J. & Breukelen, G. (1998). Tailored interventions to communicate stage-matched information to smokers in different motivational stages. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66,* 549-557.

Ezendam, N. P. M., Brug, J. & Oenema, A. (2011). Evaluating of the web-based computer-tailored FATaintPHAT intervention to promote energy balance among adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescence Medicine, 7,* 1-8.

Gollwitzer, P. (1999). Implementation intentions: strong effects of simple plans. *American Psychologist, 54*, 493-503.

Gomide, H. P. (2014). *Desenvolvimento e avaliação de uma intervenção para taba-*

gismo mediada por internet (Dissertação de mestrado, não publicada). Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.

Gomide, H. P., Martins, L. F. & Ronzani, T. M. (2013). É hora de investirmos em intervenções comportamentais computadorizadas no Brasil? *Psicologia em Estudo, 18*(2), 303-311.

Goold, P. C., Bustard, S., Ferguson, E., Carlini, E. M., Neal, K. & Bowman, C. A. (2005). Pilot study in the development of an interactive multimedia learning environment for sexual health interventions: a focus group approach. *Health Education Research, 21,* 15-25.

Hawkins, R. P., Kreuter, M., Resnicow, K., Fishbein, M. & Dijkstra, A. (2008). Understanding tailoring in communicating about health. *Health Education Research, 23,* 454-466.

Krebs, P., Prochaska, J. O. & Rossi, J. S. (2010). A meta-analysis of computer-tailored interventions for health behavior change*. Preventive Medicine, 51,* 214-221.

Lustria, M. L. A., Cortese, J., Noar, S. M. & Glueckauf, R. L. (2009). Computer-tailored health interventions delivered over the web: Review and analysis of key components. *Patient Education and Counseling, 74,* 156-173.

Mitchell, J., Stanimirovic, R., Kleinc, B. & Vella-Brodricka, D. (2009). A randomized controlled trial of a self-guided internet intervention promoting well-being. *Computers in Human Behavior, 25,* 749-760.

Neville, L. M., O'Hara, B. & Milat, A. J. (2009). Computer-tailored dietary behaviour change interventions: a systematic review. *Health Education Research, 24,* 699-720.

Noar, S. M., Benac, C. N. & Harris, M. (2007). Does tailoring matter? Meta-analytic review of tailoring print health behavior change interventions. *Psychological Bulletin, 133,* 673-693.

Noar, S. M., Webb, E. M., Van Stee, S. K., Redding, C. A., Feist-Price, S., Crosby, R. & Troutman, A. (2011). Using computer technology for HIV prevention among

African-Americans: development of a tailored information program for safe sex (TIPSS). *Health Education Research, 26,* 393-406.

Nooijer, J., Lechner, L., Candel, M. & De Vries, H. (2002). A randomized controlled study of short-term and long-term effects of tailored information versus general information on intention and behavior related to early detection of cancer. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention, 11,* 1489-1491.

Oliveira, S. A. (2012). *Prevenção em saúde mental no Brasil: a perspectiva da literatura e de especialistas da área* (Dissertação de mestrado, não publicada). Universidade de Brasília, Brasília.

Prins, R. G., Empelen, P, Beenackers, M. A., Brug, J. & Oenema, A. (2010). Systematic development of the YouRAction program, a computer-tailored physical activity promotion intervention for Dutch adolescents, targeting personal motivations and environmental opportunities. *BMC Public Health, 10,* 474-486.

Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51,* 390-395.

Rosenstock, I. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs, 2*(4), 328-335.

Rushing, S. & Stephens, D. (2011). Use of media technologies by Native American teens and young adults in the Pacific Northwest: exploring their utility for designing culturally appropriate technology-based health interventions. *Journal of Primary Prevention, 32,* 135-145.

Schwinn, T. M., Schinke, S. P. & Di Noia, J. (2010). Preventing drug abuse among adolescent girls: outcome data from an internet-based intervention. *Prevention Science, 11,* 24-32.

Tancredi, D., Slee, C. K., Jerant, A. Franks, P., Nettiksimmons, J., Cipri, C. … … Kravi, R. L. (2013). Targeted versus tailored multimedia patient engagement to enhance depression recognition and treatment in primary care: randomized controlled trial protocol for the AMEP2 Study. *BMC Public Health, 13,* 141. doi:10.1186/1472-6963-13-14.

World Health Organization. (2002). *Adolescent friendly health services: an agenda for change.* Geneve: Department of Child and Adolescent Health and Development, World Health Organization.

World Health Organization. (2004). *Key issues in the implementation of programmes for adolescent sexual and reproductive health.* Geneve: Department of Child and Adolescent Health and Development, World Health Organization.

Yardley, L. (2011). The potential of internet-delivered behaviour change interventions. *The European Health Psychologist, 13,* 40-43.

Zimmerman, B. (1989). A social cognitive view of self-regulated academic learning. *Journal of Educational Psychology, 81,* 329-339.

15 Educação em saúde, perspectivas históricas e desafios atuais

Maria Delzuita de Sá Leitão Fontoura Silva
Regina Lucia Sucupira Pedroza
Larissa Polejack

Introdução

Abordar o tema educação em saúde, seu desenvolvimento, concepções e práticas no Brasil implica em contextualizar, refletir o tema como a articulação entre os setores da saúde e da educação no campo sociohistórico, das políticas públicas e entre as áreas do conhecimento científico da educação dos profissionais de saúde.

Educação em saúde, conforme Costa e López (citado por Alves, 2005), se constitui de um conjunto de saberes e práticas orientados para prevenção de doenças e promoção da saúde, trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos seus profissionais, atinge a vida cotidiana das pessoas e oferece subsídios para adoção de novos hábitos e condutas de saúde.

Diante da complexidade e amplitude do tema foi preciso fazer escolhas e um recorte no vasto material. Potencializamos nosso tempo para discussão aprofun-

dando as questões que envolvem a formação dos profissionais do ensino superior em saúde, sem deixar de reconhecer a importância, o acúmulo, as contribuições e as especificidades da formação dos profissionais do nível médio (escolas técnicas). Para essa reflexão fizemos um recorte da dissertação de mestrado intitulada "Formação e trabalho em saúde: os desafios na convergência entre o saber e o fazer no processo de ensino-aprendizagem no SUS", apresentada no programa da pós-graduação em ensino na saúde, no Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.

Anterior ao século XIX, a Medicina era uma prática fundamentada essencialmente na observação e na experiência, desprovida de fundamentos científicos. A relação do médico com o enfermo era intensa e perpassava todo o processo de diagnóstico e cura. Durante os séculos XIX e XX, o olhar do médico cientista desloca-se do cuidado do doente para a investigação da doença. Nesse sentido, a educação dos profissionais da saúde, de modo geral, privilegiou o paradigma biologicista que colocou os hospitais como lugar da doença, da cura, o mais adequado para a formação em assistência à saúde. Buscava-se também, no século XX, unir de maneira sistêmica modelo de educação superior e pesquisa experimental emergente, razão médica e racionalidade científica moderna. Nesse período, os cursos de formação em saúde se destacavam nos currículos, em regra, nas disciplinas biológicas.

Muitos dos cursos de graduação na área da saúde passavam a maior parte do tempo apregoando a partir de olhar fixo, focado num corpo inerte, sem história e descontextualizado da vida daquele sujeito um dia dono do corpo. Os sentidos e a subjetividade dos sintomas e sinas de adoecimento, nesse caso, eram deixados no segundo plano. O estudante observava, tocava, analisava os músculos, dos nervos, das disposições orgânica e fisiológica, em detrimento das implicações da história de vida e da subjetividade do sujeito. A doença, enquanto objeto de estudo, define-se como um problema, devendo este ser fragmentado em tantas partes quantas forem necessárias para permitir sua compreensão e resolução.

Esse caminho nos levou a diferentes e cada vez mais especializados projetos formativos.

A Medicina moderna, ao substituir o ideal de cura pelo da reparação do mau funcionamento de uma estrutura determinada, transforma os processos diagnósticos.

Nessa direção o paradigma positivista estende a divisão das ciências naturais à especialização médica. A formação médica e em todas as outras profissões de saúde espelham esta realidade. Em certa medida este modelo contribuiu para melhorar a saúde dos indivíduos com a descoberta de antibióticos, vacinas, o desenvolvimento do conhecimento sobre a fisiopatologia, bem como os avanços tecnológicos das ferramentas diagnósticas foram significativas no incremento da formação dos profissionais de saúde (Campos & Aguiar, 2002). O paradigma positivista impregnou a escola médica e, dialeticamente, por ela é perpetuado, até o momento.

Assim, a educação superior dos profissionais de saúde tem seu marco paradigmático no primeiro esforço conceitual e prático a partir da concepção de ensino resultante do Relatório Flexner, documento que continha diretriz para a formação de base biologicista, orientado pela especialização e pela pesquisa experimental, centrado no modelo hospitalar. A partir de 1910 este relatório norteou o ensino médico nos Estados Unidos e ganhou hegemonia na profissionalização pelo ensino universitário (Namen, Galan & Cabreira, 2007).

Campos, Aguiar e Belisário (2008) afirmam as conquistas resultantes da adoção deste paradigma no que se refere em especial à mudança do panorama de adoecimento e morte, fenômeno conhecido como transição epidemiológica, ao mesmo tempo em que apontam problemas importantes decorrentes da manutenção desse modelo. Alguns problemas seriam o aumento sem limites do consumo (complexo industrial) e dos custos com a saúde, que ocorrem sem haver melhores resultados, fortalecendo o modelo hospitalar e das especialidades, salientando a necessidade da adoção de um novo paradigma que abarque em grandes áreas estra-

tégicas (defasagem entre realidade e ensino, questões pedagógicas, expansão do ensino privado) e os problemas advindos do paradigma Flexneriano.

Reforçando essa ideia e retomando a história dos movimentos na graduação na saúde, Carvalho e Ceccim (2008), afirmam que no Brasil o modelo formativo no inicio do século XX se ancorava na hegemonia educação científica da profissão médica e, posteriormente, nas outras profissões de saúde. Esse modelo reforçava concretamente práticas de cuidado fragmentadas, apontando a necessidade de um modelo de assistência da saúde que se orientasse pelas prioridades nacionais, tendo em vista a saúde da nação, e se desenhando como a saúde pública.

Neste mesmo período, séculos XIX e XX, na Inglaterra já havia indicações a partir do Relatório Dawson, outro documento orientador, que propunham uma educação da saúde em crescente e íntima integração com o sistema de saúde, usando a rede regular de serviços como escola, e não hospitais universitários. A ênfase do Relatório Dawson era na incorporação das práticas de atenção básica como campo de habilitação profissional, e não a atenção especializada. Há que se imaginar as resistências encontradas a este modelo, que dificultaram sua implementação. Por outro lado este relatório teve potência suficiente para influenciar a construção de um modelo de atenção à saúde que preconizou a universalização da atenção primária e a ideia de médico generalista (Santos, Davi, Martiniano, Pêret & Leite, 2008).

Concepções acerca dos processos de formação do trabalhador

A compreensão de educação profissional de trabalhadores da saúde, e de termos que indicam esta modalidade da formação, é gerada pelas concepções de saúde, de sociedade e sobre a relação entre educação e trabalho (Pinheiro, Barros & Mattos, 2010).

De acordo com Catanni (1997), a formação profissional designa todos os processos educativos que permitam ao indivíduo adquirir e desenvolver conhecimen-

tos teóricos, técnicos e operacionais relacionados à produção de bens e serviços, quer esses processos sejam desenvolvidos nas escolas ou nas empresas.

A formação profissional designa processos históricos que dizem respeito à capacitação para e no trabalho, bem como a política de integração do trabalhador nos projetos empresariais. Essa qualificação profissional pode ser entendida como uma articulação entre os fatores que compõem a força de trabalho e utilizadas em atividades voltadas para valores de uso.

Entendendo a qualificação profissional como educação, como processo educativo que é parte da formação humana, não poderíamos nos furtar de sinalizar que, como instrumento contra-hegemônico ao capitalismo, ela necessita ser vislumbrada também na sua relação com a cultura.

No que tange à relação entre conhecimento, capitalismo e qualificação/formação dos trabalhadores, Savianni (2003) coloca de maneira didática que no mundo regido sob o capital o conhecimento científico é incorporado ao trabalho produtivo, convertendo-se em potência material, ou seja, o conhecimento se transforma em força produtiva e, portanto, em meio de produção.

No mundo regido pelo capital, a produção de bens, sua acumulação, a exploração e a expropriação dos trabalhadores são características que dão sustentação à propriedade privada. Sua força provoca um movimento que determina o aparecimento de diferentes classes sociais, uma subjugada à outra e em constantes conflitos de interesses. O capital cria mecanismos através dos quais expropria o conhecimento dos trabalhadores e os fazem operar de forma parcelada; o que nos coloca desde já diante de uma importante fragmentação no campo do trabalho e do conhecimento. Nessa perspectiva apresenta distinções entre o trabalho intelectual e manual, tornando-os excludentes.

O taylorismo, desenvolvido por Frederick Winslow Taylor, definiu a administração como um processo de planejar, organizar, dirigir e controlar os tempos e os movimentos executados pelos trabalhadores da indústria automotiva, permitindo a fixação dos tempos-padrão para a execução das tarefas (Silva, 2000). O *tayloris-*

mo apreendeu os movimentos e os conhecimentos que os trabalhadores desenvolviam na produção e, afirma ainda Savianni (2003), uma vez desse modo sistematizado, é elaborado de forma parcelada, e o conhecimento produzido no conjunto passa a ser propriedade privada dos meios de produção.

As pesquisas de George Friedmann e Pierre Naville (1973) apresentam o tema da qualificação como eixo central da sociologia do trabalho, apresentando críticas ao tempo curto destinado à qualificação dos trabalhadores. Para estes autores, reflexões sobre o processo e a qualificação profissional se dão no embate contra o taylorismo, onde a organização tayloriana do trabalho propiciava ganhos de produtividade através da intensificação da fragmentação e da padronização do trabalho na produção.

Para melhor análise dos processos de formação do trabalhador, é também significativa a afirmação de que a qualificação pressupõe conhecimento, experiência, autoridade e condições materiais, de modo que o trabalhador desempenhe a tarefa, compreendendo de maneira abrangente os problemas a serem solucionados.

De maneira didática, Castro (1994) destaca três concepções de qualificação no trabalho: a qualificação com características objetivas das rotinas de trabalho, onde é definida em termos do tempo de aprendizagem no trabalho ou do tipo do conhecimento que está na base de ocupação; a qualificação que se dá a partir da sua relação com a possibilidade de autonomia no trabalho, dependendo das margens de controle exercidas pelo trabalhador sobre o processo de transformação como um conjunto, no qual se inclui sua atividade específica; e a qualificação como construção social, que depende de fatores como o costume e a tradição socialmente construída, e nela desempenham papéis importantes não apenas nos aspectos técnicos, mas também nos aspectos de personalidade e nos atributos do trabalhador, amplamente variáveis segundo o tipo e a situação do trabalho.

É importante destacar que a qualificação não é estática – é processo de construção individual e coletiva, no qual os indivíduos se qualificam ao longo das relações sociais e, neste sentido, não pode ser tomado como construção teórica

acabada. Podemos observar que espaços de qualificação diferentes não podem ser analisados da mesma forma. Logo esses espaços de qualificação profissional devem ser pensados também nas suas singularidades.

Concepções, pressupostos para a formação em saúde

No Brasil, foi hegemônico o modelo de graduação em saúde com um formato centrado em conteúdos e em uma pedagogia da transmissão, de desconexão entre núcleos temáticos; com excesso de carga horária para determinados conteúdos (Carvalho & Ceccim 2008; Luz, 2010; Pasini & Guareschi, 2010). No que se refere à oferta de disciplinas optativas ainda é baixa e desvinculada entre o ensino, a pesquisa e a extensão, predominando um formato onde há fragmentação entre o saber e o fazer, entre conhecimento e prática, em boa parte das escolas. Há esforços para realizar mudanças, que vêm ganhando potência para transformação deste cenário a partir dos movimentos sociopolíticos que interagiam com as diferentes visões de mundo e projetos educativos emergentes a cada modelo de saúde experimentado no território nacional no decorrer dos anos.

Entre esses movimentos, Carvalho e Ceccim (2008) se remetem à década de 1960 para falar da ampliação da visibilidade dos problemas e das necessidades de saúde do Movimento Preventivista, e que forjaram as transformações para educação dos profissionais de saúde. Nesse período, as noções e intervenções sobre o corpo, saúde, doença e terapêutica eram do domínio das ciências da saúde e dispensavam a escuta e o diálogo entre os profissionais e dos profissionais para com as pessoas e os coletivos sobre os quais intervinham.

Tensionado, o poder instituído teve que “negociar” com um movimento organizado dos profissionais de saúde e população que produzia um olhar para a necessidade de estabelecer conexões com as ciências sociais e humanas, mobilizando debates sobre o ensino da saúde pública. Nesse cenário se explicitava a necessidade de mudança das práticas de cuidado e gestão e, consequentemente, nas questões relativas à docência, integração curricular e integração do ensino-servi-

ço para dentro do sistema de saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestados à população.

No auge da ditadura no país, os projetos de aprendizagem em saúde comunitária na década de 1970 foram o centro do debate para a mudança esperada na formação; período no qual se introduziu o direito à educação popular, como projeto de cidadania. As contradições no período foram inúmeras, havia em torno do modelo uma naturalização e idealização dos aspectos psicológicos e sociais, descontextualizando-os da cultura, da história, das políticas sociais, dos regimes de verdade ou racionalidades em cada grupo ou coletividade. Um destas contradições aponta para a articulação de políticas mais universalistas ao mesmo tempo em que houve um fortalecimento do setor médico-empresarial, por meio da utilização de investimento na área social para implementação do setor hospitalar privado (Pasini & Guareschi, 2010).

Mesmo assim, os projetos de aprendizagem dirigiram-se para os territórios da vida na busca de assimilar as diferentes culturas locais para debelar as más condições de saúde dos grupos sociais, mas ainda sem potência para conseguir transformar o modelo de ensino vigente. Nasce uma clínica de ações individuais, e as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças estavam ligadas à saúde pública, sem incluir os pressupostos da saúde coletiva. Datam desta época as residências multiprofissionais em saúde comunitária.

O importante, segundo Carvalho e Ceccim (2008, p. 12) é que no período "o Estado cooptou particularmente os setores da educação e da saúde para forjar uma aceitação tácita da cidadania ao projeto de sociedade no Poder", fortalecendo o movimento dos profissionais de saúde e sociedade civil.

Um novo perfil de sanitarista emergiu como expressão de uma posição crítica às práticas profissionais e à realidade social, e foi esse o grupo que vitalizou o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira ou o Movimento Sanitário, outra corrente de caráter político. Após as ações integradas de saúde, a VIII Conferência de Saú-

de, a criação do Sistema Único de Saúde – regulamentado nos anos 1990– foi, do ponto de vista da saúde, o grande momento de expressão da reforma sanitária.

Os avanços no campo da saúde se deram em tempos diferentes com relação à educação; o amadurecimento do movimento de reformas do setor colocou a formação como um grande fator crítico de sucesso para a implementação da mudança necessária e desejada. O setor da saúde, concretamente, não se ocupou de pensar a educação dos profissionais em outra lógica que não fosse a vigente, e apostando nas transformações no campo da gestão administrativa como indutor de mudanças da formação, a partir de uma visão aplicada da educação, conceituada como da ordem do treinamento (Ceccim, 2008).

A educação, pouco articulada com a saúde e a natureza das revindicações da reforma sanitária, não atendeu às necessidades para a formação dos profissionais a luz do novo paradigma. A necessidade do encontro da saúde com a educação foi premente, e nos últimos anos vêm se delineando movimentos/discussões em torno da educação em ciências da saúde. Em 1988, a Constituição Federal Brasileira determina no seu arcabouço que o setor da saúde seja ordenador da formação de seus recursos humanos. Articulados o Conselho Nacional de Educação e Conselho Nacional de Saúde (CNS), lançam a formulação de Diretrizes Curriculares Nacionais em substituição ao currículo mínimo.

A ideia corrente nesse período, que permanece até os dias de hoje, era a de que ao Ministério da Educação cumpria somente o papel de normatizar currículos mínimos profissionalizantes, nem sempre referenciados no processo de trabalho em saúde. A criação de escolas de formação de trabalhadores de saúde nas instituições de saúde, associada à revisão dos currículos em coerência com o quadro socioepidemiológico brasileiro, proposta pela 9ª Conferência Nacional de Saúde, foi uma tentativa de enfrentar esses desafios.

As reformas nos projetos de graduação e pós até hoje ainda têm como diretrizes elementos internos às instituições de ensino, e pouco dialogam com a implicação da formação nas transformações e especificidades do trabalho em saúde,

capturadas por uma racionalidade científica moderna. Ao longo de 1998 a 2002, foi aprovada pelo CNS a Norma Operacional Básica concernente aos Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde (NOB/RHSUS), como um instrumento de gestão do setor, contendo um capítulo dedicado aos princípios e diretrizes para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores do sistema de saúde no País (Brasil, 2005).

Também nesta mesma direção surgiram, a partir de 2003, algumas iniciativas sinalizando a educação na saúde pela interface com o Sistema Único de Saúde. São instituídos os Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, conforme a política nacional de Educação Permanente (Brasil, 2007), o PET-Saúde (Brasil, 2011); os cursos de graduação na área da Saúde (aprenderSUS); Pró-Ensino (Brasil, 2010), Residência Multiprofissional (Oliveira & Guareschi, 2010), entre outros.

Tensionado pelas necessidades de saúde e pela intervenção integrada das ciências sociais e biológicas, conforme determinações da Reforma Sanitária Brasileira, o cenário da formação começa a expressar um interesse pelos aspectos pedagógicos do ensino na saúde, agora em franco diálogo com a educação, que se discutia a introdução das tecnologias de ensino-aprendizagem (uso de técnicas e recursos de aparelhos para a prática didática), com vistas à modernização das escolas e do ensino, e à construção de uma suposta didática aplicada às ciências da saúde.

Efetivando mudanças esperadas

As conquistas por meio dos movimentos sociais trouxeram à educação nacional a ruptura com o currículo mínimo para a organização dos cursos de graduação, e a consequente aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em saúde, entre 2001 a 2004, afirmando o dever da formação do profissional de saúde em contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde.

Então, educar para o trabalho em saúde deveria deixar de ser a transferência de recursos cognitivos e tecnológicos aos profissionais para efetivar “a formação de um quadro de intelectuais do setor da saúde na execução de um projeto de sociedade e de um projeto tecnoassistencial correspondente a esse projeto de sociedade” (Ceccim, 2008, p. 21), profissionais, detentores de conhecimentos e habilidades, nas dimensões técnica, científica, pedagógica, ética, humanística e política capazes de fazer acontecer o SUS.

As iniciativas como o aprenderSUS, Promed e Pró-saúde buscaram recorrer ao aprendizado acumulado ao longo do caminho percorrido pelos profissionais de saúde, gestores do sistema e usuários, identificando necessidade de instituir relações orgânicas entre as instituições de ensino, pesquisa, instâncias gestoras, serviços de saúde e comunidade.

Sabemos que para ser um profissional de saúde é necessário e importante ter conhecimento científico e tecnológico, mas também é preciso conhecimento das dimensões da natureza humana e social, bem como o território em que vivem os indivíduos e as coletividades. O acúmulo nesse campo também nos faz refletir que o caráter das intervenções nesse processo converge e diverge ao longo da história conforme os interesses políticos e ideológicos, que se apresentam na ordem social, haja vista os diferentes programas direcionados a saúde da mulher, da saúde da criança, entre outros.

Apesar dessas evidências, as instituições de ensino continuam a realizar cursos que oferecem procedimentos sofisticados, tecnologias e fármacos de ultima geração, sem se ocupar do cotidiano dos serviços e da gestão, apartadas de qualquer escuta dos usuários ou do contato com a alteridade.

No campo do ensino na saúde, vários autores (Carvalho & Ceccim, 2008; Ceccim, 2008; Luz, 2010; Pinheiro, Ceccim & Mattos, 2006) apontam o modelo da saúde coletiva como estratégia potente para estabelecer cruzamentos com diferentes áreas sociais, estruturar práticas interdisciplinares, fomentar políticas, técnicas, e

práticas éticas e criativas permeáveis à cultura e à produção de conhecimento, fortalecendo o princípio da integralidade como modelo de cuidado em Rede.

Em Carvalho e Ceccim (2008), encontramos diferentes momentos do cenário brasileiro no campo da saúde que engendraram modelos constitutivos, quando da implementação do SUS, e que reforçam pressupostos e caminhos, e listados no quadro a seguir.

Tabela 1.
Modelos constitutivos do SUS

Saúde Pública	Saúde Comunitária	Saúde Coletiva
Ressalta-se neste modelo as necessidades sociais em saúde e, nesse sentido, o foco é a saúde do público, sejam indivíduos, grupos étnicos, gerações, classes sociais e populações, estimulando uma maior e mais efetiva participação da sociedade nas questões do corpo, da saúde, da doença, da terapêutica, da vida e da morte.	A proposta da saúde comunitária recupera parte importante do referencial da medicina preventiva, com ênfase nas ciências do comportamento (sociologia, antropologia e psicologia) aplicadas a problemas de saúde. Aqui o conhecimento dos processos socioculturais e psicossociais amplia-se para possibilitar a integração das equipes de saúde nas comunidades "problemáticas", por meio da identificação e cooptação dos agentes e forças sociais locais para os programas de educação em saúde.	Configuram a área da saúde coletiva mais um campo de reflexão, estudo e formulação: a educação dos profissionais de saúde. Destacam-se a formação e a educação permanente como espaços pedagógicos que propiciam processos coletivos de autoanálise e autogestão, capacidade criativa e de intervenção nas situações vivenciadas pelos atores, sejam eles docentes, estudantes, profissionais e usuários.

Fonte: Carvalho & Ceccim (2008).

A prática docente

Somos ou nos tornamos docentes? O fato de termos uma profissão e titulação pós-graduada nos habilita a exercer a docência? Será que por termos uma formação docente ou por dispormos de teorias da educação ou do ensino-aprendizagem, isto nos torna um educador?

Para contribuir com essa reflexão é preciso recordar que uma das particularidades do processo brasileiro de reformas na saúde é o seu encontro com os movimentos populares. Nesse encontro, destacamos a educação popular que participou da redução da mortalidade infantil/materna, ajudou a reduzir custos com a assistência e, ao mesmo tempo, promove condutas protetoras do adoecimento e morte, contribuindo para a elevação da consciência social e sanitária da população.

Essa educação em saúde alocou-se, designou-se e justificou-se na orientação a comunidades, não ao ensino dos profissionais em cursos em níveis da graduação ou da pós, e nem ao debate da pedagogia universitária e da educação. Esta modalidade caminhou à margem da academia, trazendo contribuições estruturantes para se pensar a formação para os trabalhadores (Brasil, 2007).

Nesse jogo de forças, emerge a proposta Educação Permanente em Saúde: conceito âncora dos pressupostos e das diretrizes do Sistema Único de Saúde e busca promover o encontro com a educação neste campo da saúde (educação formal, educação em serviço, educação continuada), trabalho (gestão setorial, práticas profissionais, serviço) e cidadania (controle social, práticas participativas, alteridade com os movimentos populares, ligações com a sociedade civil).

As diretrizes da Educação Permanente em Saúde como política foram a da articulação intersetorial e interinstitucional de base locorregional para o desenvolvimento do trabalho e do ensino da saúde, de interação ensino-serviço, gestão-controle social para a formulação, implementação e avaliação (Brasil, 2009).

A vivência da Educação Permanente nos coloca diante das contribuições do processo formativo no campo da saúde: buscar a potência, levantar questões, in-

vestigar realidades, na perspectiva de uma aprendizagem de si, dos contextos, dos papéis dos profissionais e usuários, dos atos de cuidado, no trabalho.

A aprendizagem é, segundo Kastrup (2001), uma atividade inventiva que está inserida no mundo dos movimentos. Longe da sensação apaziguadora em territórios pré-organizados ou de quem já desistiu de desejar, entregando-se ao desejo de um outro que se responsabiliza pelos efeitos da tarefa, a aprendizagem é uma atividade da educação problematizadora: invenção de problemas e experiência de problematização

Nesse sentido, a educação em saúde se compõe por uma estrutura curricular, uma progressão escolar (pensando avaliações formativas), se compõe pelas relações de aprendizagem cognitivas e afetivas, em sala de aula e/ou no trabalho, onde se vivem experiências éticas e estéticas entre indivíduos e grupos que se renovam através da evocação de percepções e experiências neste cotidiano.

Conforme Ceccim (2008), a situação de ensino gera afetos e sentimentos, e catalisa o funcionamento de processos cognitivos, e reforça que o campo das construções cognitivas é campo de atualização de afetos e convocação às aprendizagens de natureza complexa.

A educação dos profissionais de saúde requer que seus atores se sintam convocados à criação, ao encontro, e ao coletivo. Sob esta perspectiva, somos sempre uma novidade, ser afeto e afetado, caminhando na diversidade, aprendendo a negociar, construindo pactos, problematizando o que está posto, construindo agendas, gerando novas possibilidades.

Desse modo "a ação do educador deve estar infundida da profunda crença nos homens. Crença no seu poder criador. Isto tudo exige dele que seja um companheiro dos educandos, em suas relações com estes" (Paulo Freire, 2005, p. 80).

Considerações Finais

Os autores consultados neste trabalho expressam certo consenso em afirmar que os importantes marcos para os avanços que podemos citar no campo do ensino na saúde, foram: as Diretrizes Curriculares Nacionais, a postura pedagógica que assume o conceito do estudante como sujeito de seu conhecimento, a problematização como uma das estratégias privilegiadas, e a Educação Permanente como caminho potente para apoiar e facilitar o desenvolvimento dos trabalhadores em diferentes contextos (Batista & Batista, 2008; Carvalho & Ceccim, 2008; Ceccim, 2008).

O ensino na Saúde como campo é marcado por intensas transformações nas dimensões político, econômico, cultural e social, exigindo um docente mais conectado com sua prática didática e pedagógica, amparada por uma ideia de processo.

Ressalte-se que o domínio teórico sobre um determinado tema não é mais "suficiente" para o ensinar. É preciso estabelecer diálogos, interações e considerar saberes prévios e acumulados para ampliar as possibilidades de construção de conhecimento, a partir das diferentes vozes de alunos, professores, gestores e usuários dos serviços.

Pode-se ainda afirmar que a educação dos trabalhadores na saúde é composta por projetos contraditórios, interessados, conflitantes e em luta por uma visão de mundo. Apesar da hegemonia herdada de uma política de educação profissional que concebe a educação como forma de adaptação dos trabalhadores ao existente, às condições objetivas da produção e reprodução do próprio capitalismo, também se formou um projeto contra-hegemônico de formação dos trabalhadores da área da saúde em nosso país, cuja meta é entender as condições históricas que produzem e reproduzem o próprio sistema capitalista periférico e dependente, como é o caso do Brasil, assim como apontar para formas de luta e de superação dessa mesma sociedade brasileira injusta e desigual, no passado e no presente.

Como objetivo de longo prazo, essas duas concepções acerca da educação, da saúde e do trabalho, conflitantes e contraditórias, apontam para uma sociedade que possa superar as divisões sociais, características do capitalismo, ou seja, uma sociedade solidária, onde a educação, o trabalho e o corpo humano não sejam entendidos e tratados como mercadorias num sistema geral de troca de mercadorias e acumulação privada da riqueza socialmente produzida.

Assumir esse novo modelo na formação de profissionais de saúde implica o enfrentamento de novos desafios, como a formação de docentes e a construção de um currículo integrado, em que o eixo da formação articule a tríade prática-trabalho-cuidado, rompendo a polarização individual-coletivo e biológico-social, e direcionando-se para uma consideração de interpenetração e transversalidade (Ceccim & Feuerwerker, 2004).

Para atender a mudanças na formação profissional é necessário articular propostas pedagógicas baseadas nos princípios da integralidade, na construção de estratégias no campo do cuidado, do conhecimento e da integração entre o ensino e a prática, propiciando às instituições formadoras condições de responder às necessidades dos usuários nos serviços no SUS.

Implica ainda em assumir a demanda por cuidado como valor e como um direito humano à saúde, envolvendo todos os sujeitos implicados nesse processo. Assumir o cuidado como prática implica em inseri-lo na formação e na construção do papel do futuro profissional de saúde em uma lógica que valorize a subjetividade, o afeto, a responsabilidade na relação com o outro e o respeito aos diferentes saberes. A partir do reconhecimento do *ethos* cultural e humano de quem cuida e de quem é cuidado, é possível aprender a diversidade e a pluralidade dos objetos da saúde e problematizar o conhecimento em saúde de forma ampliada, reflexiva, crítica e comprometida com a transformação da realidade (Pinheiro, 2010).

A Educação dos Profissionais de Saúde requer que seus atores se sintam convocados à criação, ao encontro, e ao coletivo. Sob esta perspectiva, somos sempre uma novidade, ser afeto e afetado, caminhando na diversidade, aprendendo a negociar, construindo pactos, problematizando o que está posto, construindo agendas, gerando novas possibilidades. O investimento técnico político e peda-

gógico é para poder quebrar o que está dado, ampliar as noções de autonomia do outro e constituir espaços criativos e sensíveis na produção de saúde e de sujeitos.

Referências

Alves, V. S. (2005). A Health education model for the Family health program: Towards comprehensive health care and model reorientation, *Interface – Comunicação, Saúde, Educação, 9*(16), 39-52.

Batista, N. A. & Batista, S. H. (2008). *Docência em saúde: temas e experiências*. São Paulo: Editora SENAC.

Brasil (2010). Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Diretoria de Programas e Bolsas no País (DPB). Coordenação-Geral de Programas Estratégicos (CGPE). Coordenação de Indução e Inovação (CII). *Pró-ensino na saúde:* edital n. 024/2010. Brasília: Capes.

Brasil (2009). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde* / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil (2007). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Caderno de educação popular e saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil (2005). Ministério da Saúde**.** Conselho Nacional de Saúde. *Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS).* 3ª. Edição. Rev. Atual – Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil (2009). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde).* Brasília, DF: Ministério da Saúde. Acessado em http://prosaude.org/not/prosaude-maio2009/proSaude.pdf

Brasil (2011). Ministério da Saúde. *Portal da saúde:* saiba mais sobre o PET-Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Acessado em

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=32571

Brasil (2007). *Portaria interministerial n. 3.018, de 26 de novembro de 2007*. Diário Oficial da República Federativa *do Brasil*, Brasília, DF, seção I, p. 44, 27 nov. Acessado em www.prosaude.org/leg/portaria_prosaude_nov_2007_DOU.pdf

Campos, F. & Aguiar, R. A.T. (2002). Atenção Básica e Reforma Curricular. In: Negri, B, Faria R. & Viana, A. L. A. *Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas (SP): Unicamp.

Campos. E. F., Aguiar. R. A. T. & Belisário, S. A. (2008). A Formação Superior dos Profissionais de Saúde. In L. Giovanella, S. Escorel, L. V. C. Lobato, J. C. Noronha & A. I. Carvalho (Eds.), *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil* (pp. 1012-1034). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Carvalho, Y. M. & Ceccim R**.** B. (2008). *Formação e Educação em Saúde:* aprendizados com Saúde Coletiva. In G. W. S. Campos, M. C. S. Minayo, M. Akerman, M. Drumond & Y. M. Carvalho (Eds.), *Tratado de Saúde Coletiva* (2ª ed., pp. 137-170). São Paulo/Rio de Janeiro: Hucite/Fiocruz.

Castro, N. G. (1994). *Trabalho e educação - Coletânea CBE* (2ª ed.). Campinas, SP: Papirus.

Cattani, A. D. (Ed.). (1997). *Trabalho e tecnologia*: *dicionário crítico*. Petrópolis: Vozes.

Ceccim, R. B. & Feuerwerker, L. C. M. (2004). O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 14(1), 41- 65.

Ceccim, R. B. (2008). A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersetorialidades. *Revista Ciência & Saúde*, *1*(1), 9-23.

Costa, M. & López, E. (1996). *Educación para la salud*. Madrid: Pirâmide.

Freire, P. (2005). *Pedagogia do Oprimido*. São Paulo: Paz e Terra.

Friedmann, G. & Naville, P. (1973). Prefácio. In G. Friedmann & P. Naville (Eds.), *Tratado de sociologia do trabalho* (pp. 13-15). São Paulo: Cultrix.

Kastrup**,** V. (2001). Aprendizagem, arte e invenção. *Psicologia em Estudo*, *6*(1), 17-27.

Luz, M. (2010). Questões centrais do campo da saúde coletiva no Brasil atual: repercussões no ensino e no cuidado, contribuição ao X Seminário do LAPPIS. In R. Pinheiro & A. Silva Junior (Eds.), *Projeto Integralidade em saúde*: *10 anos* (pp. 395-406). Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ/ABRASCO.

Namen, F. M., Galan, J. J. & Cabreira, R. D. (2007). Educação, saúde e sociedade. *Revista Espaço para a Saúde*, *9*(1), 43-55.

Oliveira, C. & Guareschi, N. (2010). Residência Multiprofissional em Saúde: brechas para novas formas de conhecimento? In N. Guareschi & A. C. Scisleski (Eds.), *Psicologia, Formação, Políticas e Produção em Saúde* (pp. 99-117). Porto Alegre: EdiPUCRS.

Pasini, V. & Guareschi, N. (2010). A emergência do SUS e as necessidades de reconfigurações no mundo do trabalho em saúde In N. Guareschi (Ed.), *Políticas e Produção em Saúde* (pp.118-140). Porto Alegre: Ed. PUCRRS.

Pinheiro, R. (2010). Demanda por cuidado como direito humano à saúde: um ensaio teórico-prático sobre o cuidado como valor dos valores. In R. Pinheiro & A. Silva Junior (Eds.), *Projeto Integralidade em saúde: 10 anos*. *Por uma Sociedade Cuidadora* (pp. 17-38). Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ/ABRASCO.

Pinheiro, R., Barros, M.E. & Mattos, R. (2010). *Trabalho em equipe sob eixo da integralidade: valores, saberes e práticas.* Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC.

Santos, C., Davi, J., Martiniano, M. S., Pêret, C. T. & Leite, R. B. F. (2008). Novo(?) modelo assistencial de saúde. *Revista de Politicas Publicas, 12*(1), 73-81.

Saviani, D (2003). O choque teórico da politecnia. *Revista Trabalho, Educação e Saúde, I*(1), 131-152.

Pinheiro, R., Ceccim, R. & Mattos, R. (2006). *Ensinar saúde: a integralidade e o*

16

Tecnologias sociais em saúde: contribuições para redução da mortalidade materna e infantil em Ceilândia - DF

Luiza de Marilac Meireles Barbosa
Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo
Patrícia Maria Fonseca Escalda

Introdução

Este capítulo abordará, primordialmente, a aplicação de tecnologias sociais na Educação em Saúde, dando ênfase ao campo da Saúde Materna e Infantil no Brasil. De modo mais específico, focalizaremos possíveis contribuições dessa modalidade de intervenção educativa para prevenção de óbitos maternos e infantis. Para tanto, primeiramente, traçaremos um panorama dessas tecnologias na área. Em seguida, analisaremos a problemática da Mortalidade Materna e Infantil no mundo e em nosso país, realçando a comunidade de Ceilândia, Distrito Federal. Desenvolveremos, também, uma breve discussão sobre a relevância do tema nos planos científico e profissional, no intuito de fundamentar o estudo conduzido no Setor Habitacional Sol Nascente durante o curso de Doutorado da primeira autora, os quais se inscrevem em um conjunto de projetos de ensino, extensão e pesquisa realizados pela faculdade do Campus de Ceilândia da Universidade de Brasília (UnB).

Tecnologias sociais em saúde materna e infantil: relevância das intervenções educativas para redução de mortes

Denominados "determinantes sociais em saúde", diversos fatores – de ordem social, econômica, cultural, étnica/racial, psicológica e comportamental – influenciam a cadeia de eventos que levam à morte infantil e à morte materna (Buss & Pellegrini Filho, 2007; Duchiade, 1989; Frias & Navarro, 2013; Jannotti, Silva & Perillo, 2013). Segundo Trevisan (2002), muitos dos desafios permanentes no atendimento à população brasileira não decorrem somente da disponibilidade e do acesso aos serviços no âmbito do sistema de saúde. Na opinião desse autor, o alcance das metas previstas para o desenvolvimento social está intrinsecamente associado à capacidade de autocuidado da população e, por conseguinte, de suas condições socioeducacionais. Particularmente, no que tange às mulheres grávidas, Trevisan (2002) alerta que subsiste uma falta de conscientização acerca da importância da adesão precoce e contínua ao acompanhamento pré-natal, alicerçado em cuidados orientados ao longo das consultas. De acordo com o autor, de um lado identificam-se barreiras de natureza educacional, as quais não foram superadas pelas pacientes estudadas e por seus companheiros (por exemplo: baixa escolaridade); e, de outro, constatam-se barreiras assistenciais geradas pela carência de atividades educativas oferecidas pelas equipes responsáveis pela atenção pré-natal.

Nesse contexto, é interessante destacar que, desde o ano 2000, a Organização Mundial em Saúde (OMS) difunde a campanha "Tornar a Gravidez mais Segura" com a finalidade de fortalecer o programa "Maternidade Segura". Tal iniciativa foi tomada tendo em vista que a oferta de serviços de saúde qualificados não produz os efeitos desejáveis, naquelas circunstâncias em que não há possibilidade de uma pessoa ter opções saudáveis e ser capaz de decidir por ser/estar saudável. Diante disso, defendem-se ações – em nível individual, familiar e comunitário –, que contribuam para a participação ativa e o empoderamento dos usuários de saúde, em consonância com a linha da promoção da saúde, assim definida na Carta de Otawa: processo de capacitação da comunidade para que atue em prol

da melhoria de própria qualidade de vida e saúde. Mais precisamente, “Tornar a Gravidez mais Segura” objetiva reduzir a mortalidade e a morbidade materna e infantil, aprimorando e estendendo a assistência a um contingente maior de mulheres, durante a gravidez, o parto e o período pós-parto. Nesse mesmo sentido, busca-se incrementar sua consciência quanto a direitos, necessidades e problemas potenciais, relacionados ao binômio maternidade-cidadania (Ministério da Saúde, 2002; World Health Organization, 2010).

Jannotti, Silva e Perillo (2013) argumentam que o pleno exercício da cidadania das mulheres (como membros ativos do desenvolvimento social e econômico de seus países) é condicionado pela observância dos direitos humanos, o que pressupõe direito à saúde e direito reprodutivo. Direitos humanos entendidos como aqueles inerentes à natureza humana, desvinculados de critérios espaços-temporais e ligados a concepções jusnaturalistas, tais como: “Sou humano e existo, logo, tenho direitos” (Moreira & Correia, 2013). Direito à saúde, reconhecido no 25º artigo da Declaração Universal dos Direitos Humanos e que deve ser aplicado pelos Estados integrantes da Organização das Nações Unidas (ONU). Outrossim, nesse artigo, afirma-se que a maternidade e a infância têm direito a ajuda e a assistência especiais (Organização das Nações Unidas, 1948).

Já os direitos reprodutivos foram definidos no Plano de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994, e referem-se ao direito de decidir sobre a reprodução sem sofrer discriminação, coerção, violência ou restrição, prefixação do número de filhos e do intervalo entre seus nascimentos, bem como direito de ter acesso à informação e aos meios para o exercício saudável e seguro da reprodução (Ventura, 2004). Desse ponto de vista, a ocorrência de um óbito materno, fetal ou infantil representa uma violação dos direitos reprodutivos. Os referidos óbitos são também inaceitáveis socialmente, uma vez que a estimativa de sua evitabilidade é de 92% para a morte materna (Ministério da Saúde, 2009) e de 70% para a morte infantil (Malta *et al*., 2007).

No Brasil, designou-se que a maternidade é um direito social: "são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a seguran-

ça, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição" (Emenda constitucional nº 64, de 4 de fevereiro de 2010). Portanto, considerando que toda mulher e criança têm direito à segurança na gestação, no parto e ao nascimento, a morte materna ou fetal evitável – mas que venha a ocorrer –, representa uma violação dos direitos humanos e reprodutivos.

No Brasil, o Conselho Nacional de Saúde (1993) estabeleceu que Educação em Saúde é uma estratégia imprescindível para a promoção da saúde, prevenção das doenças e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Na concepção de Stotz (2004), educação popular em saúde é um campo de teoria e prática – enraizado em diferentes matrizes (humanista cristã e socialista) e ancorado no pensamento de Paulo Freire – que se contrapõe ao autoritarismo vigente na cultura sanitária e ao modo tradicional de definir as intervenções, técnica e politicamente. De fato, a educação popular em saúde deve se nortear por modos alternativos e bastante diferenciados de lutar pela transformação das relações de subordinação e de opressão, favorecendo a autonomia e a participação dos usuários, bem como o intercâmbio de práticas e saberes populares e especializados. Fundamentada nessa ótica, a atual Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS), apresentada na Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013, definiu alguns princípios básicos para elaboração de programas (Ministério da Saúde, 2013a):

> **Diálogo** é o encontro de conhecimentos construídos histórica e culturalmente por sujeitos, ou seja, o encontro desses sujeitos na intersubjetividade, que acontece quando cada um, de forma respeitosa, coloca o que sabe à disposição para ampliar o conhecimento crítico de ambos acerca da realidade, contribuindo com os processos de transformação e de humanização.
>
> **Amorosidade** é a ampliação do diálogo nas relações de cuidado e na ação educativa pela incorporação das trocas emocionais e da

sensibilidade, propiciando ir além do diálogo baseado apenas em conhecimentos e argumentações logicamente organizadas.

A **problematização** implica a existência de relações dialógicas e propõe a construção de práticas em saúde alicerçadas na leitura e na análise crítica da realidade.

A **construção compartilhada do conhecimento** consiste em processos comunicacionais e pedagógicos entre pessoas e grupos de saberes, culturas e inserções sociais diferentes, na perspectiva de compreender e transformar de modo coletivo as ações de saúde desde suas dimensões teóricas, políticas e práticas.

A **emancipação** é um processo coletivo e compartilhado, no qual pessoas e grupos conquistam a superação e a libertação de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência ainda vigentes na sociedade e que produzem a desumanização e a determinação social do adoecimento.

O **compromisso com a construção do projeto democrático e popular** é a reafirmação do compromisso com a construção de uma sociedade justa, solidária, democrática, igualitária, soberana e culturalmente diversa que somente será construída por meio da contribuição das lutas sociais e da garantia do direito universal à saúde no Brasil, tendo como protagonistas os sujeitos populares, seus grupos e movimentos, que historicamente foram silenciados e marginalizados.

Considera-se, então, que essas diretrizes devem orientar a aplicação de tecnologias sociais em saúde. Vale retomar que tecnologia é definida como a aplicação do conhecimento científico para propósitos práticos em qualquer campo. Merhy (2000) distingue três tipos de tecnologias mediadoras na produção de saúde: leves, leves-duras e duras. As primeiras estão presentes no espaço relacional trabalhador da saúde-usuário, predominando processos de falas e escutas, rela-

ções de acolhimento, vínculo, autonomização e gestão. As tecnologias leves-duras correspondem aos saberes estruturados, tais como a Clínica, a Epidemiologia e a Psiquiatria. As tecnologias duras englobam os equipamentos, as normas e as estruturas organizacionais. Uma vez que o trabalho em saúde é fortemente influenciado pelas relações entre sujeitos, o autor propõe que se tome como eixo analítico dos modelos tecnoassistenciais as tecnologias leves e seu modo de articulação com as demais.

Assim sendo, reafirma-se a centralidade das tecnologias sociais na área de saúde, destacando-se as intervenções de caráter educativo e psicossocial, a exemplo de oficinas em dinâmica de grupo, desenvolvidas há muitas décadas no Brasil e em outros países. Amplamente difundidos, tais recursos têm sido confirmados quanto ao seu interesse para promover saúde e prevenir doenças (Afonso, 2010; Afonso et al., 2010; Anzieu & Martin, 1982; Gurung, 2010; Heller, Muston, Sidell & Lloyd, 2001; Spink, 2003; Straub, 2005). Recentemente instituída, a Rede Cegonha almeja reduzir a mortalidade materna e infantil por meio de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva no período pré-natal, fixando-se quatro reuniões educativas por gestante (Ministério da Saúde, 2011a, 2011b). Em convergência com esses esforços governamentais, também foi divulgado o manual técnico intitulado “Pré-Natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada”, com uma seção dedicada a ações educativas no pré-natal, na qual são enfatizadas atividades grupais (Ministério da Saúde, 2006).

Mortalidade materna e infantil: um breve panorama

Mortes maternas e mortes infantis ainda são problemas de saúde pública em nível mundial. Em 2000, a ONU estipulou oito objetivos de desenvolvimento do milênio (ODM), entre os quais se incluem melhorar a saúde materna e reduzir a mortalidade na infância. Sabe-se que a 'razão' de mortalidade materna é um bom indicador de saúde do grupo populacional feminino no mundo. Semelhantemente, a mortalidade infantil – composta por óbitos neonatais e pós-neonatais – retrata as condições de vida de uma população. Ora, conhecer esses coeficientes permite estimar iniquidades sociais, pois se admite que eles refletem o nível de desenvolvimento e de qualidade de vida das nações, assim como revelam a qualidade da assistência prestada em variadas regiões do planeta (Bercini, 1994; Laurenti, Mello-Jorge & Gotlieb, 2000; Ministério da Saúde, 2004).

Entre 1990 e 2015, pretendia-se reduzir em 75% a mortalidade materna, sendo que, em 2013, a razão de mortalidade materna em diferentes países diferiu de menos de 20 a mais de 1.000 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos por país. Para esse mesmo ano, a OMS estimou 289.000 mortes maternas, correspondendo à morte de aproximadamente 800 mulheres, a cada dia, em razão de complicações da gravidez e do parto (ex.: hemorragia grave após o parto, doenças hipertensivas da gravidez e infecções) e causas indiretas (ex.: condições preexistentes). Observa-se, assim, que a mortalidade materna é um indicador de saúde que assinala grandes disparidades entre ricos e pobres, sejam países ou regiões de uma nação (Programa das Nações Unidas, 2015; World Health Organization, 2015a).

No Brasil, a meta fixada para 2015, era de 35 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos. Porém, em 2012, esse indicador foi de 61,5/100.000 (Ministério da Saúde, 2014). No Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna, disponibilizado no sítio eletrônico do Departamento de Informática do SUS (Datasus), informa-se que, de 2003 a 2012, ocorreram mais de 1.000 óbitos maternos notificados por ano, sendo 1.553 óbitos em 2002 e 1.567 em 2013 (Ministério da Saúde, 2015a).

Quanto à taxa de mortalidade infantil mundial, verifica-se declínio progressivo: 63 mortes por 1.000 nascidos vivos, em 1990, para 34 mortes por 1.000 nascidos vivos, em 2013. A mortalidade infantil representou, em termos de número de óbitos infantis, uma diminuição de 8,9 milhões, em 1990, para 4,6 milhões, em 2013. O risco de uma criança morrer antes de completar o primeiro ano de idade foi mais elevado na região africana: aproximadamente seis vezes maior do que na região europeia (World Health Organization, 2015b).

No que se refere à mortalidade infantil nacional, observou-se avanço significativo, já que a meta era de 15,7 óbitos infantis por 1.000 nascidos vivos no ano de 2015 e computaram-se 15,3/1.000, em 2011 (Ministério da Saúde, 2013b; Programa das Nações Unidas, 2015). Em 2013, ocorreram 38.850 óbitos infantis, em contraposição às 57.540 mortes notificadas de menores de um ano de idade em 2002, o que confirma a tendência de queda contínua. Em outros termos, percebe-se que a taxa de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos) declinou de 26,1, em 2000, para 14,6, em 2012 (Ministério da Saúde, 2014; Ministério da Saúde, 2015b). Mas é preciso ponderar que essa taxa se distribui desigualmente nas regiões e 69% dos 38.850 óbitos infantis ocorridos no país, em 2013, foram classificados como evitáveis, dos quais 39% reduzíveis por adequada atenção ao parto. Ou seja, a situação do país ainda impõe desafios.

No Centro-Oeste, o Distrito Federal acompanha a tendência de declínio da mortalidade infantil, verificada no mundo e no Brasil, com taxas que variaram de 15,8 em 2001 a 12,9 em 2013 (Companhia de Planejamento do Distrito Federal, 2015; Ministério da Saúde, 2014). Merece destaque que a Companhia de Planejamento do Distrito Federal (2015) – por meio de seu Anuário Estatístico de 2014 e tendo como fonte os dados da Secretaria da Saúde do Distrito Federal – divulgou que, de 2009 a 2013, a taxa de mortalidade infantil foi de 11,9; 12,6; 11,5; 11,7 e 12,9 óbitos infantis por 1.000 nascidos vivos, respectivamente para cada ano pesquisado.

Ceilândia: um cenário de múltiplos desafios em saúde materna e infantil

Esta é a maior região administrativa do DF, reunindo 402.729 habitantes, de acordo com o Censo Demográfico de 2010 do Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia (IBGE). Cálculos feitos durante a investigação parcialmente reportada no presente capítulo, a partir dos dados fornecidos pela Codeplan (Companhia de Planejamento do Distrito Federal) para o período de 2009 a 2013, indicam que a taxa de mortalidade infantil em Ceilândia foi de respectivamente 12,2; 15,4; 14,6; 15,4 e 17,4 óbitos infantis por 1.000 nascidos vivos, para cada ano estudado.

O estudo epidemiológico da mortalidade materna e infantil na série histórica de 2009 a 2013 (Tabela 1) no Distrito Federal e em Ceilândia denota que não há tendência de declínio quanto à incidência, apesar do nível de organização dos serviços na atenção básica, secundária e terciária, da presença de profissionais de saúde capacitados, da vigilância epidemiológica dos óbitos e da atuação de comitês de controle de óbitos maternos e infantis.

Tabela 1

Número de óbitos maternos e infantis e taxa de mortalidade infantil no Distrito Federal e em Ceilândia, de 2009 a 2013

Ano	Distrito Federal			Ceilândia		
	Nº de óbitos maternos	Nº de óbitos infantis	Taxa de mortalidade infantil	Nº de óbitos maternos	Nº de óbitos infantis	Taxa de mortalidade infantil
2009	22	523	11,9	5	92	12,2
2010	19	559	12,6	1	112	15,4
2011	17	499	11,5	2	107	14,6
2012	18	507	11,7	7	107	15,4
2013	21	564	12,9	6	125	17,4

Fonte: Esta tabela foi elaborada a partir dos dados do Anuário Estatístico de 2014 da Codeplan/DF.

Nota. Taxa de mortalidade infantil de Ceilândia foi calculada pelas autoras a partir dos dados absolutos do Anuário Estatístico de 2014 da Codeplan/DF.

Nos últimos anos, pesquisas vêm sendo desenvolvidas na Faculdade de Ceilândia da UnB em Saúde Materna e Infantil. Citamos o Programa de Educação pelo Trabalho (PET) para a Saúde/Vigilância em Saúde - Projeto de Fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde de Ceilândia, no qual participam integrantes da Regional de Saúde de Ceilândia da Secretaria da Saúde do Distrito Federal, e cujo foco é formação e o cuidado em saúde. Em um dos projetos, denominado Discussões e Reflexões sobre Saúde Materno-Infantil: Subsídios para Intervenção na Atenção Básica/SUS, empreendeu-se o monitoramento da assistência pré-natal direcionada a gestantes residentes no Setor Habitacional Sol Nascente (SHSN), localizado na Região Administrativa de Ceilândia. Vale mencionar que inexistem estatísticas oficiais das taxas de mortalidade infantil e do número de óbitos maternos dessa localidade. Outro projeto de pesquisa se insere no âmbito do curso de Doutorado da primeira autora e foi igualmente executado no SHSN.

Intervenção educativa no Setor Habitacional Sol Nascente: um relato sucinto

O SHSN é um dos 36 aglomerados subnormais existentes no DF, formando o segundo mais populoso do país, após a 'Rocinha' no Rio de Janeiro. O IBGE define como aglomerado subnormal cada conjunto constituído de, no mínimo, 51 unidades habitacionais carentes, em sua maioria, de serviços públicos essenciais, ocupando ou tendo ocupado, até período recente, terreno de propriedade alheia (pública ou particular) e estando dispostas, em geral, de forma desordenada e densa (Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia, 2015).

O Censo de 2010 registrou, no SHSN, uma população de 56.483 habitantes, dos quais 50,31% eram mulheres. Nesse mesmo ano, 98,73%, 6,30% e 31,21% de seus domicílios contavam, respectivamente, com abastecimento de água da rede de distribuição, esgotamento sanitário da rede geral de esgoto e lixo coletado diretamente por serviço de limpeza (Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia, 2015).

O SHSN caracteriza-se pela escassez de equipamentos sociais. Não existem unidades de saúde dentro de seus limites geográficos e as unidades de referência situam-se em bairros vizinhos. Assim, sua população percorre longas distâncias para ter acesso a serviços de saúde. Em relação à atenção básica em saúde, a região está coberta pelos Centros de Saúde 8, 10 e 12, além das unidades da Estratégia da Saúde da Família do Laboratório Regional e da Vila Olímpica (ver Figura 1).

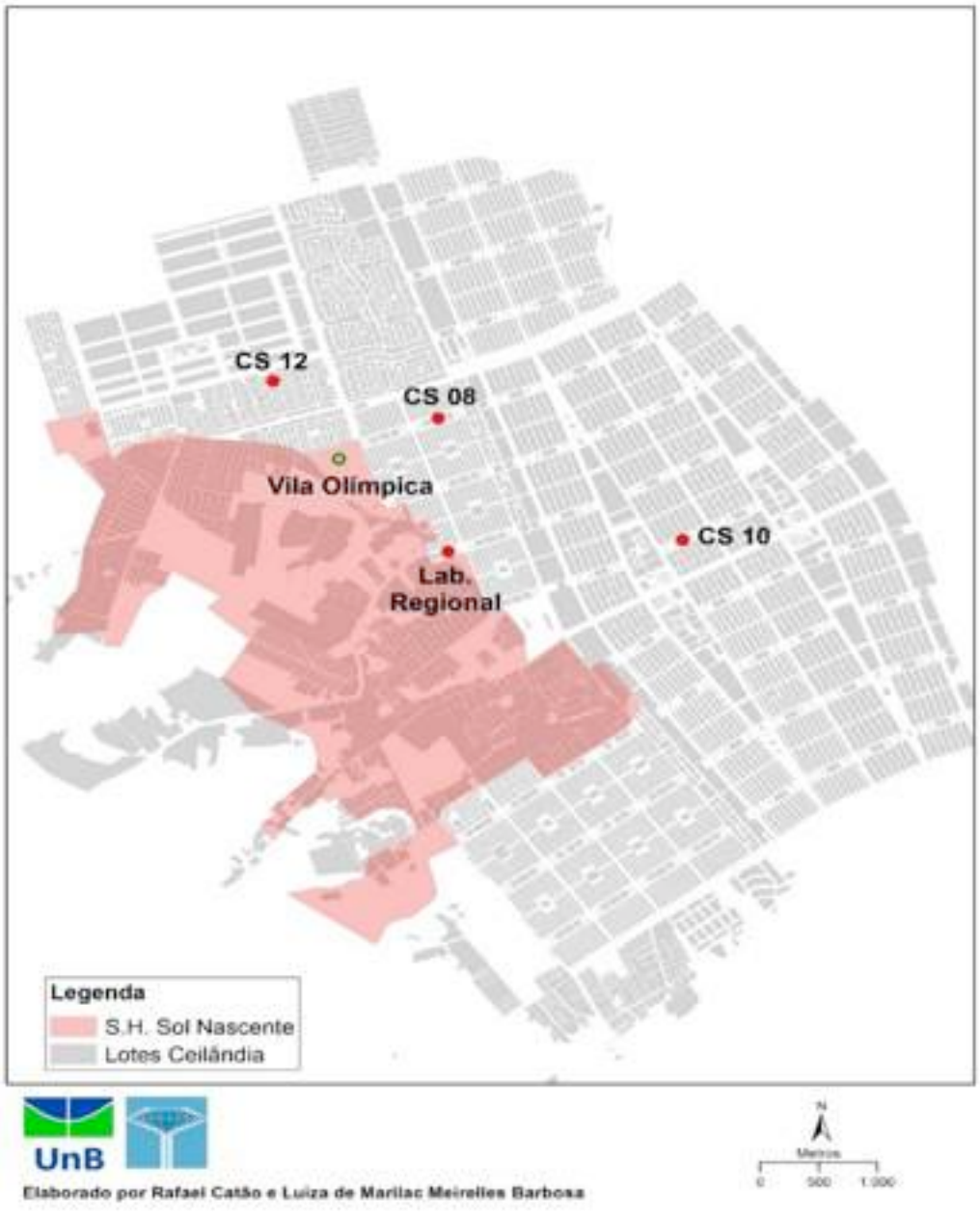

Figura 1. Localização das unidades básicas de saúde referenciadas pela população do SHSN.

Assim, em razão da vulnerabilidade social e do quadro sociossanitário desfavorável, previamente identificados em ações anteriores da UnB no SHSN, elegeu-se essa comunidade para aplicação de tecnologia social visando reduzir os riscos de morte materna e infantil. Adotou-se o método de intervenção educativa e psicossocial, na forma de oficinas em dinâmica de grupo para compartilhar e construir conhecimentos sobre a saúde da mulher e da criança. Foram formados três grupos de gestantes residentes no SHSN. As participantes indicaram temas de livre escolha relativos à atenção humanizada à gravidez, trabalho de parto, parto, nascimento e puerpério. Quatro meses depois, em um segundo momento de intervenção, desenvolveram-se dois grupos focais, cada um com uma composição inicial de 15 mulheres no seu período pós-parto, sendo que algumas haviam participado da etapa anterior e outras não. Uma avaliação comparativa de ambos os grupos está sendo conduzida para ampliar nossa compreensão acerca do empoderamento como aporte da promoção da saúde. Após avaliação das intervenções educativas, busca-se propor um modelo para aplicação pelas equipes multiprofissionais de saúde (médico, enfermeiro, sanitarista, nutricionista, psicólogo da saúde, entre outros) em nível de atenção básica.

Considerações finais

Ao reunirmos os dados preliminares do estudo aqui apresentado, podemos reafirmar a importância da implantação de programas que acelerem a redução da mortalidade materna e infantil. Recomendamos a adoção de tecnologias inovadoras em saúde – especialmente intervenções educativas –, as quais devem ser mais investigadas para aprimoramento do sistema de saúde. Sugerimos, igualmente, que as propostas sejam adaptadas às especificidades dos contextos socioculturais.

Referências

Afonso, M. L. M. (Ed.). (2010). Oficinas em dinâmica de grupo: Um método de intervenção psicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Afonso, L., Abade, F. L., Akerman, D., Coelho, C. M. S, Medrado, K. S., Paulino, J. R. & Pimenta, S. D. C. (2010). Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde. Belo Horizonte: Edições do Campo Social.

Anzieu, D. & Martin, J. Y. (1982). La dynamique des groupes restreints. Paris: Presses Universitaires de France.

Bercini, L. O. (1994). Mortalidade neonatal de residentes em localidade urbana da região sul do Brasil. Revista de Saúde Pública, 281, 38-45.

Buss, P. M. & Pellegrini Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. Physis: Revista de Saúde Coletiva, 7 (1), 77-93. Retirado de http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf

Conselho Nacional de Saúde. (1993). Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 41, de 03/03/1993. Retirado de http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1993/Reso041.doc

Companhia de Planejamento do Distrito Federal -Codeplan. (2015). Informações Estatísticas. Anuário Estatístico de 2014. Demografia. Retirado de http://www.codeplan.df.gov.br/areas-tematicas/informacoes-estatisticas.html

Duchiade, M. P., Carvalho, M. L. & Leal, M. C. (1989). As mortes em domicílio de menores de 1 ano na região metropolitana de Rio de Janeiro em 1986: Um 'evento sentinela' na avaliação dos serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 5, 251-263. Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1989000300002&lng=en&tlng=pt. doi: 10.1590/S0102-311X1989000300002.

Emenda constitucional nº 64, de 4 de fevereiro de 2010. Altera o art. 6º da Constituição Federal, para introduzir a alimentação como direito social. Retirado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc64.htm

Freire, P. (2008). Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra.

Frias, P. G. & Navarro, L. M. (2013). Crianças: Sujeitos de direito e sua vulnerabilidade. In S. D. A. Bittencourt, M. A. B. Dias & M. D. Wakimoto (Eds.). Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade. (pp. 91-122). Rio de Janeiro: EAD/ENSP.

Gurung, R. A. (2010). Health psychology. A cultural approach. Belmont: Wadsworth/Cengage Learning.

Heller, T., Muston, R., Sidell, M. & Lloyd, C. (Eds.). (2001). Working for health. Londres: Sage/Open University.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2015). Censo Demográfico 2010. Aglomerados subnormais. Retirado de http://www.sidra.ibge.gov.br/cd/cd2010RgaAdAgsn.asp?o=19&i=P

Jannotti, C. B., Silva, K. S. & Perillo, R. D. (2013). Vulnerabilidade social e mortalidade maternal no mundo e no Brasil. In S. D. A. Bittencourt, M. A. B. Dias & M. D. Wakimoto (Eds.). Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade. (pp. 51-90). Rio de Janeiro: EAD/ENPS.

Laurenti, R., Mello-Jorge, M. H. P. & Gotlieb, S. L. D. (2000). Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna. Cadernos de Saúde Pública, 16(1), 23-30. Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000100003&lng=en&tlng=pt. doi: 10.1590/S0102-311X2000000100003

Malta, D. C., Duarte, E. C., Almeida, M. F. de, Dias, M. A. de S., Morais Neto, O. L. de, Moura, L. de, Ferraz, W. & Souza, M. de F. M. (2007). Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 16(4), 233-244. Retirado de http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-4974200700040000 2&lng=pt&tlng=pt. doi: 10.5123/S1679-49742007000400002.

Merhy, E. E. (2000). Saúde: A cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec.

Ministério da Saúde. (2002). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Retirado de http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_1221_M.pdf

Ministério da Saúde. (2004). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes, para o período compreendido entre os anos de 2004 e 2007. Brasília. Retirado de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf

Ministério da Saúde. (2006). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Pré-natal e Puerpério: Atenção qualificada e humanizada.* Brasília: Ministério da Saúde. Retirado de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf

Ministério da Saúde. (2009). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno. Brasília: Ministério da Saúde. Retirado de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf.

Ministério da Saúde. (2011a). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Retirado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

Ministério da Saúde. (2011b). Portaria nº 650, de 5 de outubro de 2011. Dispõe sobre planos de ação regional e municipal da Rede Cegonha. Retirado de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650_05_10_2011.html

Ministério da Saúde. (2013a). Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema

Único de Saúde (PNEPS-SUS). Retirado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html

Ministério da Saúde. (2013b). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2012: Uma análise da situação de saúde e dos 40 anos do Programa Nacional de Imunizações. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2014). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2013: Uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2015a). Datasus – Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde (TABNET). Painel de monitoramento da mortalidade materna. Retirado de http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw

Ministério da Saúde. (2015b). Datasus – Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde (TABNET). Painel de monitoramento da mortalidade infantil. Retirado de http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/infantil.show.mtw

Moreira, T. M. M. & Correia, E. C. (2013). Saúde como direito. In M. Z. Rouquayrol & M. G. Silva. (Eds.). *Epidemiologia & Saúde* (7a ed., pp. 521-532). Rio de Janeiro: Medbook Editora Científica.

Organização das Nações Unidas. Assembleia Geral. (1948). *Declaração universal dos direitos humanos.* (United Nations High Commissioner For Human Rights, Trad.). Genebra. Retirado de: http://www.oas.org/dil/port/1948%20Declaração%20Universal%20dos%20Direitos%20Humanos.pdf

Programa das Nações Unidas. (2015). *Os objetivos do milênio*. Retirado de http://www.pnud.org.br/ODM.aspx

Spink, M. J. P. (2003). *Psicologia social e saúde. Práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis: Vozes.

Stotz, E. N. (2004). *Os desafios para o SUS e a educação popular: Uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde.* Comunicação apresentada no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; 1 ago. 2003; Brasília. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. SUS Brasil: Cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde.

Straub, R. O. (2005). *Psicologia da saúde*. Porto Alegre: Artmed.

Trevisan, M. do R., Lorenzi, D. R. S., Araujo, N. M. & Esber, K. (2002). Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 24*(5), 293-299. Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032002000500002&lng=en&tlng=pt. doi: 10.1590/S0100-72032002000500002.

Ventura, M. (2004). *Direitos reprodutivos no Brasil*. Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA. Retirado de http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos_reprodutivos.pdf

World Health Organization, Department of Making Pregnancy Safer. (2010). *Working individuals, families and communities to improve maternal and newborn health.* Retirado de http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_MPS_09.04_eng.pdf

World Health Organization. (2015a). Geneva. *Infant Mortality*. Retirado de http://www.who.int/gho/child_health/mortality/neonatal_infant/en/

World Health Organization. (2015b). Geneva. *Maternal Mortality*. Retirado de http://www.who.int/gho/maternal_health/en/

17 Problemas conceituais e de aplicabilidade da Psychopathy Checklist – Revised (PCL-R)

Elisa Walleska Krüger Alves da Costa
Ileno Izídio da Costa

Este estudo pretende problematizar algumas questões quanto ao uso da *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R) como ferramenta diagnóstica da "psicopatia". O uso de escalas de avaliação de personalidade é controverso, mesmo no meio científico, pois depende, dentre outros fatores, de posições e suposições de caráter filosófico. Teoricamente baseada em dados empíricos, essas ferramentas pretendem medir, de forma mais ou menos precisa, traços de personalidade. Por meio da observação de um determinado grupo de comportamentos, num período específico de tempo e dentro de certo contexto, as escalas tentam classificar e prever comportamentos futuros. Os traços pesquisados, se encontrados, são agrupados e comparados aos grupos de sintomas que espelham a classificação nosográfica vigente.

A grande questão não é apenas a validade psicométrica destas ferramentas, mas o descuido com os critérios de classificação (muitas vezes bastante imprecisos) e no quanto as questões conceituais envolvidas na construção das perguntas também podem influenciar a validade destes instrumentos, além, por certo, das questões éticas envolvidas na avaliação de certos tipos de população.

O que é "Psicopatia"?

De acordo com Hauck Filho, Teixeira e Dias (2009), a classificação como “psicopatia” utiliza conceitos que abrangem características e significados diversos. Na tentativa de categorizá-los, estudos foram realizados juntamente aos prisioneiros e usuários de instituições psiquiátricas. Portanto, o conceito de psicopatia surgiu ligado à medicina legal, que se deparou com criminosos que não possuíam os elementos clássicos de insanidade.

Morana (2006), responsável pela validação da PCL-R no Brasil, afirma que “enquanto o transtorno de personalidade anti-social (sic) é um diagnóstico médico, pode-se entender o termo ‘psicopatia’ (grifo da autora), pertencente à esfera psiquiátrico-forense, como um ‘diagnóstico legal’” (p. 91). Nesta definição é possível encontrar alguns problemas: a autora localiza o Transtorno de Personalidade Antissocial (TPAS) na área dos diagnósticos médicos enquanto o de "psicopatia" (grifo da autora) seria da área psiquiátrico-forense que, também, pertence à área médica. E classifica-o como algo tanto inexistente quanto confuso, o "diagnóstico legal".

As duas principais classificações que referem-se à correlatos da "psicopatia" são desenvolvidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Associação Psiquiátrica Americana (APA).

A OMS (1993) utiliza, na Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento, do CID-10 (Classificação Internacional de Doenças, décima revisão), o termo Personalidade Dissocial (F60.2). Esta seria uma categoria dos Transtornos de Personalidade, a saber:

> Transtornos de Personalidade: agrupamento que compreende diversos estados e tipos de comportamento clinicamente significativos que tendem a persistir e são a expressão característica da maneira de viver do indivíduo e de seu modo de estabelecer relações consigo próprio e com os outros. Alguns destes estados e tipos de comportamento aparecem precocemente durante o desenvolvimento individual sob a influên-

cia conjunta de fatores constitucionais e sociais, enquanto outros são adquiridos mais tardiamente durante a vida. Os transtornos específicos da personalidade (F60.-), os transtornos mistos e outros transtornos da personalidade (F61.-), e as modificações duradouras da personalidade (F62.-), representam modalidades de comportamento profundamente enraizadas e duradouras, que se manifestam sob a forma de reações inflexíveis a situações pessoais e sociais de natureza muito variada. Eles representam desvios extremos ou significativos das percepções, dos pensamentos, das sensações e particularmente das relações com os outros em relação àquelas de um indivíduo médio de uma dada cultura. Tais tipos de comportamentos são geralmente estáveis e englobam múltiplos domínios do comportamento e do funcionamento psicológico. Frequentemente estão associados a sofrimento subjetivo e a comprometimento de intensidade variável do desempenho social.

Transtornos Específicos da Personalidade: distúrbios graves da constituição caracterológica e das tendências comportamentais do indivíduo, não diretamente imputáveis a uma doença, lesão ou outra afecção cerebral ou a um outro transtorno psiquiátrico. Estes distúrbios compreendem habitualmente vários elementos da personalidade, acompanham-se em geral de angústia pessoal e desorganização social; aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência e persistem de modo duradouro na idade adulta.

Personalidade Dissocial (F60.2): caracterizado por um desprezo das obrigações sociais, falta de empatia para com os outros. Há um desvio considerável entre o comportamento e as normas sociais estabelecidas. O comportamento não é facilmente modificado pelas experiências adversas, inclusive pelas punições. Existe uma baixa tolerância à frustração e um baixo limiar de descarga da agressividade, inclusive da violência. Existe uma tendência a culpar os outros ou a fornecer racionalizações plausíveis para explicar um comportamento que leva o sujeito a

entrar em conflito com a sociedade. Inclui: (transtorno da) personalidade amoral; anti-social (sic); associal; psicopática; sociopática. E exclui: transtorno (de) (da): conduta (F91.-), personalidade do tipo instabilidade emocional (F60.3).

Na edição de 1980 do DSM-III, a American Psychiatric Association, renomeou a "Psicopatia" (utilizada em edições anteriores) como Transtorno de Personalidade Antissocial. Os atuais critérios do DSM-IV-TR para a classificação desse transtorno são os seguintes:

A - Um padrão invasivo de desrespeito e violação dos direitos dos outros, que ocorre desde os 15 anos, como indicado por pelo menos três dos seguintes critérios:

1. fracasso em conformar-se às normas sociais com relação a comportamentos legais, indicado pela execução repetida de atos que constituem motivo de detenção;
2. propensão para enganar, indicada por mentir repetidamente, usar nomes falsos ou ludibriar os outros para obter vantagens pessoais ou prazer;
3. impulsividade ou fracasso em fazer planos para o futuro;
4. irritabilidade e agressividade, indicadas por repetidas lutas corporais ou agressões físicas;
5. desrespeito irresponsável pela segurança própria ou alheia;
6. irresponsabilidade consistente, indicada por um repetido fracasso em manter um comportamento laboral consistente ou honrar obrigações financeiras
7. ausência de remorso, indicada por indiferença ou racionalização por ter ferido, maltratado ou roubado outra pessoa.

B - O indivíduo tem no mínimo 18 anos de idade.

C - Existem evidências de Transtorno da Conduta com início antes dos

15 anos de idade.

D - A ocorrência do comportamento anti-social não se dá exclusivamente durante o curso de Esquizofrenia ou Episódio Maníaco.

A *Psychopathy Check List - Revised* (PCL-R)

Também conhecida com *Escala Hare*, foi criada pelo psicólogo canadense Robert Hare e é hoje o instrumento mais utilizado, no âmbito forense, para classificação de pessoas como “psicopatas". Estudos empíricos também utilizam a PCL-R, que estabelece critérios e características indicativas de personalidade antissocial. Hare (1991) utilizou-se dos estudos de diversos autores para elaborar os critérios de sua escala. O mais utilizado deles (Cleckley, 1988) desenvolveu um longo trabalho, iniciado em 1941, para definir o que seria "psicopatia". A partir de alguns itens apontados por ele, Hare elaborou o conjunto de itens que hoje compõem seu instrumento.

A PCL-R é composta de vinte itens com possibilidade de respostas abertas e fechadas. Dois fatores principais são analisados: 1. características afetivas e interpessoais; 2. estilo de vida antissocial e cronicamente desviante.

Os itens verificados pela escala são: loquacidade/charme superficial; superestima; necessidade de estimulação; mentira patológica; vigarice/manipulação; ausência de remorso ou culpa; insensibilidade afetivo-emocional; indiferença/falta de empatia; estilo de vida parasitário; descontroles comportamentais; promiscuidade sexual; transtornos de conduta na infância; ausência de metas realistas e de longo prazo; impulsividade; irresponsabilidade; incapacidade de aceitar responsabilidade pelos próprios atos; muitas relações conjugais de curta duração; delinquência juvenil; revogação de liberdade condicional e versatilidade criminal.

Pontuações abaixo de vinte são classificados como não-psicopatas; entre 20 e 29, psicopatas moderados e acima de trinta, psicopatas.

Questões de normas e conceitos: o que a PCL-R diagnostica?

De acordo com o próprio Hare (1991), os critérios que ele e Cleckley utilizaram para definir "psicopatia" não foram utilizados integralmente na elaboração do DSM-III nem no DSM-II-R. Conforme é possível conferir na literatura atual, o mesmo deu-se com o DSM-IV-TR que continua trazendo apenas os critérios de Transtorno de Personalidade Antissocial, bem diversos dos que são utilizados para a "psicopatia".

Logo, os diagnósticos realizados por intermédio da PCL-R medem e classificam algo que, clinicamente, não existe nem para a OMS nem para a APA (Hauck Filho *et al*., 2009). Além desta questão central, outras imprecisões severas podem ser observadas na PCL.

Para Alchieri e Cruz (2003), os instrumentos psicométricos estão basicamente fundamentados em valores estatísticos que indicam sua sensibilidade (ou adaptabilidade do teste ao grupo examinado), sua precisão (fidedignidade nos valores quanto à confiabilidade e estabilidade dos resultados) e validade (segurança de que o teste mede o que se deseja medir).

A padronização da administração do teste, ou normas, refere-se à uniformidade indispensável nos procedimentos de uso de um teste válido e preciso. Desde as precauções a serem tomadas na aplicação até os parâmetros ou critérios para interpretar os resultados obtidos (Pasquali, 2001). Os testes psicológicos são, portanto, uma medida padronizada. A padronização significa a uniformidade do processo de avaliação do teste. Se vamos comparar os resultados obtidos por diferentes indivíduos, as condições de aplicação devem ser, evidentemente, iguais para todos. A normatização, por sua vez, refere-se à uniformidade na interpretação dos escores dos testes.

A sensibilidade (ou adaptabilidade do teste ao grupo examinado) é o primeiro item que desperta preocupação em relação à PCL-R. Afinal, se a "psicopatia" não existe oficialmente, não estaríamos avaliando "psicopatas", e sim, pessoas com TPAS. Em suma, estaríamos utilizando uma ferramenta construída para um deter-

minado fim para medir outra coisa, completamente diversa daquela para a qual foi concebida.

A avaliação objetiva dos testes psicológicos inclui, em geral, a determinação da sua precisão e validade em situações específicas. Segundo Pasquali (2001), costuma-se definir a validade de um teste dizendo que ele é válido se de fato mede o que supostamente deve medir.

A validade é a questão mais importante a ser proposta com relação a qualquer teste psicológico, uma vez que apresenta uma verificação direta do teste em satisfazer sua função. Mais uma vez, surge o questionamento: o que a PCL-R mede é o que ela propõe medir ("psicopatia")?

Pasquali (2001) considera que o conceito de precisão ou fidedignidade se refere ao quanto o escore obtido no teste se aproxima do escore verdadeiro do sujeito num traço qualquer. O termo precisão significa estabilidade ou consistência. Precisão do teste é a consistência dos resultados obtidos pelo mesmo indivíduo, quando testado novamente, com o mesmo instrumento ou de forma equivalente.

Neste caso, ocorre que a administração da PCL-R é realizada uma única vez em cada indivíduo, resultando, desta única aplicação, seu consequente diagnóstico.

Consentimento livre e esclarecido e a desejabilidade social

A desejabilidade social pode ser entendida como uma propensão, por parte de participantes de pesquisas psicológicas, a responderem de forma tendenciosa a perguntas apresentadas, por exemplo, em escalas de atitude ou em inventários de personalidade. Os participantes tenderiam a apresentar respostas consideradas mais aceitáveis ou aprovadas socialmente tendendo, ainda, a negar sua concordância com ideias e atitudes que seriam desaprovados socialmente (Anastasi & Urbina, 2000).

Distorções nas respostas resultantes de desejabilidade social podem estar as-

sociadas a diferentes processos e ter diferentes origens, como características pessoais - por exemplo, estados de humor, autopercepções – ou condições e modos de aplicação de instrumentos psicológicos. Pesquisadores distinguem ainda o autoengano – respostas tendenciosas que são dadas inadvertida ou inconscientemente pelos participantes de pesquisas – do gerenciamento de imagem ou fraude – respostas distorcidas propositalmente pelos participantes com o objetivo de manipular a imagem pessoal que é oferecida (Anastasi & Urbina, 2000).

Distorções relacionadas a desejabilidade social podem colocar em risco a validade de pesquisas psicológicas, especialmente quando estas envolvem questionários que podem influenciar a qualidade de vida ou o destino das pessoas avaliadas.

Um fator a ser considerado é que uma das características apontadas tanto pelo próprio DSM-IV-TR, em relação a pessoas com TPAS, quanto pelo próprio autor da PCL-R, Robert Hare, em relação aos “psicopatas”, é que ambos os grupos de pessoas possuiriam tendências a negar ou minimizar atributos pessoais socialmente inadequados. Isso ocorre, especialmente, quando estes atributos têm implicação legal para a própria pessoa, o que contribui para tornar a tarefa do avaliador ainda mais complexa (Bornstein, 2003).

Scarparo (2008) levanta a questão do quanto os Termos de Consentimento Livres e Esclarecidos (TCLE) são realmente livres. Considerando a população citada neste trabalho, pouco se pode afirmar acerca de sua total liberdade de participação uma vez que estes sujeitos encontram-se, em sua maioria, em regimes de privação de liberdade e que sua participação numa escala como esta pode significar uma mudança irreversível e de consequências severas para seu destino.

Questões contratransferenciais e éticas nas aplicações

Questões apontadas por Scarparo (2008) nos fazem refletir até onde os pesquisadores estariam devidamente treinados para lidar com estas populações. Desde a correta aplicação da escala (em termos práticos), à empatia que sabemos ser ne-

cessária para execução de tal tarefa, passando pelo preparo emocional para lidar com possíveis desafios que ocorram no decorrer das entrevistas, a capacidade de manejar o estresse advindo de agressões verbais ou manipulações exercidas pelo examinando, bem como a necessidade de controle da contratransferência – uma vez que estes sujeitos costumam causar reações adversas em seus entrevistadores devido à natureza de seus crimes (sexuais, violentos e hediondos).

Além disto, caso o avaliador desconsidere (por falta de informação ou interesse na busca desta) a contextualização de tais comportamentos, acessando histórico de vida, familiar e clínico, dentre outros, a possibilidade de patologização de um conjunto de traços que poderiam ser melhores explicados por circunstâncias atenuantes será descartada.

Também é necessário relembrar a questão ética que traz-nos os Princípios da Beneficência e Não-Maleficência, quando sabemos que uma pontuação numa escala como essa pode contribuir de forma considerável para o “bem” ou para o “mal” na vida dessas pessoas. O Princípio da Beneficência estabelece que devemos fazer o bem aos outros, independentemente de desejá-lo ou não. Já o Princípio da Não-Maleficência propõe a obrigação de não infligir dano intencional. Estes princípios derivam da máxima da ética médica *Primum non nocere* e consta do Juramento Hipocrático: "*Usarei meu poder para ajudar os doentes com o melhor de minha habilidade e julgamento; abster-me-ei de causar danos ou de enganar a qualquer homem com ele.*" (Beauchamp & Childress, 1994, p. 189).

Creswell (2007) alerta, ainda, para algumas dificuldades que podem advir da forma como os instrumentos são aplicados, tais como a forma que o entrevistado encara a tarefa, quais são seus objetivos, o que compreende acerca dos itens a serem analisados e quais interpretações realiza destes.

Já para Kazdin (2010) o uso de escalas, questionários e testes psicológicos pode ser influenciado por alguns dos fatores apresentados na Tabela 1.

Tabela 1.
Fatores que influenciam nos resultados dos testes psicológicos

História	Eventos que ocorrem ao longo da vida do sujeito e que podem influenciar na avaliação, como as condições de aprisionamento de réus, por exemplo.
Maturação	Refere-se à passagem do tempo e de etapas da vida do indivíduo e que afetam seu comportamento, crenças, resistências, impulsos, tendências e desejos.
Testagem	A repetida exposição a um mesmo teste ou tipo de entrevista pode causar vieses nos resultados decorrentes da "familiaridade" adquirida com o material.
Instrumentação	As escalas passam por contínuas reformulações que podem gerar dados diversos de uma versão anterior, por exemplo. Também a questão da validação, que considera aspectos culturais e sociais, pode interferir negativamente em determinados indivíduos com padrões diversos da população considerada. Os instrumentos e técnicas de análise estatísticas também podem apresentar diferentes leituras de um mesmo indivíduo.
Viés de seleção	Grupos submetidos a tratamentos e condições de vida diversas (presos de segurança máxima com acompanhamento psicológico X presos comuns) podem apresentar perfis bastante distintos entre si.
Combinação de seleção/ Difusão ou imitação do tratamento	Quando diversos indivíduos submetidos ao mesmo tipo de avaliação, trocam impressões acerca do teste e/ou entrevista, influenciando na forma de resposta dos demais.
Lapsos de tempo	Lapsos de dias, semanas ou meses, ocorridos entre uma entrevista e outra, podem influenciar no tipo e na qualidade das respostas dadas, com consequente alteração dos dados finais.
Tratamentos especiais ou reações de controle / Reatividade a arranjos experimentais	O fato de ser alvo de uma avaliação, por si só, pode fazer com que o indivíduo comporte-se e responda diferentemente dos demais, além de poder influenciar no tipo de resposta fornecida.

Fonte: Kazdin (2010)

Por fim, é possível perceber a limitação que diversos fatores exercem em relação à utilização da PCL-R (Escala Hare) na população penitenciária. A questão histórica pode influenciar grandemente os resultados (tipo de prisão onde se encontram e que fatos ocorrem ali, por exemplo). Na questão da maturação há algo a ser considerado: os presos encontram-se em diferentes fases do cumprimento da pena. O tipo de atividade que desenvolvem ali (trabalho, estudo) pode influenciar nos resultados, dependendo do que se pretenda aferir. Além do mais, no quesito testagem, a questão da familiaridade com o teste pode ser preocupante já que o procedimento pode ser compartilhado entre presos já avaliados.

Questões conceituais da Escala Hare

Os 20 itens da PCL-R possuem uma descrição e uma sugestão de fontes para obtenção das informações. A despeito da explicação longa e detalhada de cada um dos itens, elas são confusas e dão margem à interpretações erradas, parciais ou pessoais. Citaremos um dos itens, a título de exemplificação, comentando-o em seguida.

Item 7 - Insensibilidade Afetivo-Emocional

Descrição: indivíduo incapaz de sentir emoções em extensão e profundidade normais. Às vezes, ele pode impressionar pela frieza e falta de mobilização emocional. As demonstrações de emoção geralmente são dramáticas, superficiais, de curta duração, dando aos entrevistadores mais atentos a impressão de que estão representando e que pouco significado real ou verdadeiro existe além do que manifesta superficialmente. Ele pode admitir que não se comove ou que simula emoções. Por vezes, reivindica vivenciar fortes emoções mas não é capaz de descrever as sutilezas dos vários estados afetivos. Ele pode equiparar amor com estimulações sexuais, tristeza com frustração, raiva com irritação. Suas emoções também podem não condizer com suas ações e com a situação.

Fontes de informação: na entrevista, procure por inconsistências entre as expressões verbais de emoção e o comportamento. Por exemplo, se o indivíduo declarar amor pela família ou amigos, pergunte se sabe detalhes sobre condições atuais, paradeiro, saúde, situação financeira e bem-estar geral; se um membro da família ou amigo esteve gravemente enfermo ou morreu, quais os efeitos disto para ele: foi ao hospital ou esteve presente no enterro? As expressões verbais de emoção forte são acompanhadas por comportamentos não-verbais condizentes com aquela emoção? Considere que o encarceramento poderá ter um efeito sobre o nível geral de expressão emocional do indivíduo e sobre sua disposição para revelar seus sentimentos para aqueles que ele pensa estarem associados à instituição. Informações procedentes de arquivos devem ser acessadas para validar os relatos feitos durante as entrevistas. Por exemplo, o indivíduo pode afirmar que é apegado os familiares, entretanto não constam registros de que ele lhes escreve, telefona ou é visitado por eles. Os arquivos, também, podem conter entrevistas com amigos e parentes, revelando que o seu comportamento costumeiro para com eles é incompatível com suas expressões verbais de afeição.

Nossos comentários quanto à descrição do item 7:

1. “indivíduo incapaz de sentir emoções” - raiva e irritação são emoções, ainda que consideradas mais primitivas. Além disto, outras emoções são experimentadas por estes sujeitos que possuem histórico de casamentos, nascimento de filhos e vínculos de amizade.
2. “em extensão e profundidade normais” - quem medirá, como medirá e qual é a medida considerada “normal”?
3. “Às vezes, ele pode impressionar pela frieza e falta de mobilização emocional” – é importante salientar, novamente, que nem sempre o comportamento (principalmente de pessoas do sexo masculino) denuncia as

emoções vivenciadas internamente. Alguém pode estar em profundo sofrimento e por questões culturais e sociais, não se permitir chorar.

4. “As demonstrações de emoção geralmente são dramáticas, superficiais, de curta duração” – Ver comentário do item 2.
5. “dando aos entrevistadores mais atentos a impressão de que estão representando” - como qualificar um entrevistador “atento” - E desde quando “impressões” são ferramentas científicas? Além do mais, representar emoções não é um recurso único de “psicopatas” visto que a desejabilidade social, muitas vezes, faz com que indivíduos considerados “normais” comportem-se mais da forma que a sociedade espera do que de acordo com as emoções vivenciadas naquele exato momento (trajar-se de preto e simular pesar no funeral de um desafeto, por exemplo).
6. “e que pouco significado real ou verdadeiro existe além do que manifesta superficialmente” - Quem atesta o que é verdadeiro e real? E como classificar “profundo / superficial”?
7. “Ele pode admitir que não se comove ou que simula emoções” - Ver item 5.
8. “Por vezes, reivindica vivenciar fortes emoções” – Hare afirma que “psicopatas” não sentem emoções e quando estes afirmam senti-las, Hare afirma novamente que esses sujeitos são mentirosos patológicos, além do mais, as emoções relatadas por "psicopatas" são classificadas, em outro item como “superficiais”. Ou seja, três dos traços apontados por ele são utilizados para confirmarem-se mutuamente.
9. “não é capaz de descrever as sutilezas dos vários estados afetivos” - aqui temos, claramente, um viés de gênero: homens, em sua maioria, não demonstram muita habilidade em diferenciar diversos tipos de afetos. E é importante lembrar que o diagnóstico de “psicopatia” é predominantemente masculino.

10. “Ele pode equiparar amor com estimulações sexuais” – idem ao item acima. “equiparar tristeza com frustração, raiva com irritação” – uma boa dose de autoconhecimento e psicoterapia é necessária, para a maioria das pessoas, antes que possa diferenciar tais estados.
11. “Suas emoções também podem não condizer com suas ações e com a situação.” - Ver item 5.

Nossos comentários quanto às fontes de informação do item 7:

1. “na entrevista, procure por inconsistências entre as expressões verbais de emoção e o comportamento. Por exemplo, se o indivíduo declarar amor pela família ou amigos, pergunte se sabe detalhes sobre condições atuais, paradeiro, saúde, situação financeira e bem-estar geral” – é comum encontrarmos pessoas que foram rejeitadas, negligenciadas e abandonados pela família (e não o inverso) independentemente de possuírem sentimentos considerados adequados em relação à ela. Este pode ser, inclusive, um dos fatores que tenham levado este sujeito a um histórico de criminalidade (Winnicott, 2005).
2. “se um membro da família ou amigo esteve gravemente enfermo ou morreu, quis os efeitos disto para ele: foi ao hospital ou esteve presente no enterro?” – alguns indivíduos por possuírem uma sensibilidade extremada, e não o contrário, não conseguem expor-se a situações como estas.
3. “As expressões verbais de emoção forte são acompanhadas por comportamentos não-verbais condizentes com aquela emoção? – Ver item 5 do comentário sobre a descrição do item 7.
4. “Considere que o encarceramento poderá ter um efeito sobre o nível geral de expressão emocional do indivíduo e sobre sua disposição para revelar seus sentimentos para aqueles que ele pensa estarem associados à instituição.” – Isto se aplica a qualquer tipo de sujeito encarcerado e não apenas a indivíduos “psicopatas”.

5. “Informações procedentes de arquivos devem ser acessadas para validar os relatos feitos durante as entrevistas. Por exemplo, o indivíduo pode afirmar que é apegado os familiares, entretanto não constam registros de que ele lhes escreve, telefona ou é visitado por eles. Os arquivos, também, podem conter entrevistas com amigos e parentes, revelando que o seu comportamento costumeiro para com eles é incompatível com suas expressões verbais de afeição.” – É importante considerar as desavenças familiares, os jogos de interesse e os conflitos presentes em famílias mal ajustadas (Winnicott, 2005).

As perguntas realizadas nesses itens são tendenciosas e podem induzir a respostas falsas, tais como qual era o comportamento escolar do entrevistado; a quantidade e a natureza de seus crimes, o tipo de comportamento agressivo mais frequente.

Estas informações podem ser confirmadas mediante a comparação com registros de prontuários, fichas processuais, consulta à agentes penitenciários e advogados. Obviamente que isso, mais do que prover uma confiabilidade ao item respondido, torna-o muito mais vulnerável à falseabilidade e a dados imprecisos.

Problemas conceituais no uso da linguagem

É possível perceber, tanto na construção das perguntas da escala, quanto nos quesitos classificatórios e nosográficos do DSM-IV-TR, que boa parte dos termos utilizados são imprecisos e passíveis de múltipla interpretação. Para Hauck Filho *et al*. (2009) os contornos do conceito “psicopatia” não são muito claros, mas sua existência e permanência, nas áreas científica e forense, dá-se devido à sua utilidade para nomear ou discriminar quadros comportamentais e psicológicos que “chamam a atenção”. Com relação a isso Costa (2010), comenta a imprecisão da expressão “síndrome psicótica”:

> ...uma profusão de termos ou qualificativos absolutamente imprecisos ou

> generalistas, tais como "*situações que sugerem* uma síndrome psicótica*"* (como quadro principal ou concomitante), surgimento *"mais ou menos"* súbito, desconfiança *"exagerada"*, *"marcado"* desinteresse, humor triste *"acentuado",* loquacidade *"extrema", "nítido predomínio do mundo interno" (?), "embotamento"* afetivo e conduta *"bizarra ou extrema"* (p. 51).

Como precisar tais qualidades ou quantidades? Como definir, precisamente, o que seria "acentuado" ou "extremo"? E quantas interpretações são possíveis para o termo "embotamento"? A este respeito, Rauthmann e Kolar (2012) alertam que "bom e mau" são conceitos que não podem ser definidos em termos absolutos. Além disto, apontam que perspectiva dos avaliadores e a não uniformidade de critérios de julgamentos impossibilitam avaliações adequadas.

Para Parker, Georgaca, Harper, McLaughlin e Stowell-Smith (1999), a coletânea de signos, sinais e sintomas de uma psicopatologia é quase tão confusa quanto as listas de classificações de transtornos (que ramificam-se e desmembram-se, buscando abarcar cada vez mais categorias). Temos então inúmeros sinais, signos e sintomas ligados a uma série de classificações que, mescladas em progressão aritmética, resultam num sem-número de patologias diferentes que tentam dar conta de toda a subjetividade do sofrimento psíquico dos seres humanos.

Ao falarmos de conceitos e empiricismo é necessário retornar às origens da ciência psicológica e realizarmos alguns questionamentos acerca do uso da linguagem. Costa (2003) traça um breve percurso lógico-histórico acerca da interação das ciências da Filosofia e da Psicologia. Um dos autores citados por Costa é Ludwig Wittgenstein, expoente da Filosofia Analítica e da Linguagem. Em sua obra *Tractatus Logico-Philosophicus* (Wittgenstein, 1993), o autor afirma que "sobre aquilo de que não se pode falar, deve-se calar" (p. 131). A este respeito, Costa (2003) esclarece que "sobre o que realmente não sabemos, conhecemos ou entendemos, não deveríamos especular. Ou mais, guardar grande respeito pela reflexão antes de afirmar e tornar um conceito comum" (p. 48).

Wittgenstein (2005) aponta que na Psicologia existem tanto métodos experimentais quanto confusões conceituais. Para ele, “a filosofia é uma luta contra o enfeitiçamento de nosso intelecto pelos meios de nossa linguagem” (p. 71). Para o autor, é preciso cuidado com a utilização das palavras uma vez que cada uma delas possui uma significação que substituirá o objeto que descreve. Os nomes designam apenas partes de uma realidade e quando os ouvimos fazemos uma representação daquilo que é dito e que, entretanto, não exprime a totalidade daquilo que é. Para Wittgenstein “a essência nos é oculta” (p. 62).

Para Wittgenstein é indispensável considerarmos que as representações que uma pessoa faça a respeito de uma determinada palavra ou conceito (“verde”, por exemplo) não seja a mesma feita por outra pessoa. Assim, o que um psicólogo avaliador chame de “culpa” ou “afeto” pode não ter a mesma representação que para o sujeito avaliado. Seria necessário não apenas um “acordo acerca das definições, mas também sobre os juízos” (p. 98). Portanto, como pode-se pretender que o que o avaliador está avaliando seja o mesmo (em termos de representações e conceitos) que o sujeito esteja comunicando? Eis aí a primeira das grandes imprecisões que alia-se à pretensão de mensurar tais conceitos, de acordo com os valores do avaliador que pretende estabelecer a intensidade e/ou frequência dessas representações. Como delimitar, “constantemente”, “frequente” ou “ausente”, de forma precisa como pretende a psicometria das emoções? Além disto, “não se pode dizer que os outros aprendem minha sensação *apenas* por meu comportamento” (p. 99). Assim, o autor questiona se “um conceito impreciso é realmente um conceito?” (p. 54). E afirma ainda que “uma delimitação que tem uma lacuna vale tanto quanto *nenhuma*” (p. 63).

Além disto, Wittgenstein alerta para a questão das “disposições” para a manifestação desses saberes (p. 74). Disposições “conscientes e inconscientes”, de “ser capaz de”, de “compreensão” e de “dominação” de uma determinada técnica. Como se pode assegurar, como designa Hare (1991), “um avaliador atento e bem preparado” e mais gravemente, como afirma Morana (2004), só consta 2004 e 2006 “mediante treinamento breve dos profissionais habilitados” (p. 133)? De

que maneira poderíamos afirmar que a disposição de determinado avaliador, num certo momento e em determinado estado e contexto, sejam ideais e idênticas às dos demais avaliadores, de forma a garantir a uniformidade nas avaliações realizadas?

Assim, o avaliador interpreta mal e tira as mais estranhas conclusões que, no caso específico da escala Hare, além de definir o futuro de outro ser humano em termos severos e de longo termo (além de pretender prever suas ações futuras), imprime a ele o diagnóstico mais "maldito" e excludente de todos: o de ser um "psicopata". Pois o fato de alguém "desacreditar que eu sinta dores não torna real o fato de eu não senti-las" (p. 99). A isto Wittgenstein chama de "interpretação selvagem", que nos leva a uma reflexão: em qual dos lugares encontra-se aquele que "desconsidera os sentimentos alheios, manipula para obter determinados resultados, mente e falseia informações" (APA, 2000; Cleckley, 1988; Hare, 1991; OMS, 1993).

Discussão: "Psicopatia" x TPAS

Psicopatia ou TPAS? E qual classificação utilizar, da OMS, da APA, de autores teóricos ou uma mistura de tudo isso? A confusão generalizada a respeito do que está sendo diagnosticado é perceptível em inúmeros trabalhos. No Brasil, podemos citar Hauck Filho *et al*. (2009) que afirmam que os termos *psicopatia, personalidade antissocial* (sic) *e sociopatia* são utilizados como equivalentes já que a história dos mesmos está intimamente relacionada. Além disso, os autores salientam que:

> a própria utilização do termo "psicopata" é questionável, uma vez que parece estabelecer uma categoria de indivíduos distintos dos demais, o que não faz sentido tendo-se em vista resultados recentes em favor de uma perspectiva dimensional (Guay, Ruscio, Knight & Hare, 2007; Walters, Duncan & Mitchell-Perez, 2007; Walters e colaboradores, 2007). Parece mais adequado, dessa forma, falar em *indivíduos com traços acentuados de personalidade psicopática,* em vez de *psicopatas* (p. 340).

Já em relação ao TPAS, estes autores relatam que “existem evidências de que as diferenças entre grupos-critério diminuem bastante se a escala dicotômica do TPAS fosse substituída por uma escala Likert de três pontos para cada critério (Skilling *et al*., 2006)” (Hauck Filho *et al*., 2009, p. 17). Afirmam ainda que existem diferenças conceituais e empíricas que são relevantes tanto para a pesquisa quanto para a clínica, em ambos os construtos (“psicopatia” e TPAS) e que “essas diferenças podem não ser apenas quantitativas mas estruturais” (p. 343).

Os trabalhos de Arrigo e Shipley (2001) traçam um percurso histórico desde Pinel até as mais recentes publicações que envolvem os temas “psicopatia” e TPAS. Os autores apontam como itens foram sendo renomeados para se encaixarem em classificações posteriores, excluídos ou incluídos de acordo, inclusive, com a moral vigente à época das pesquisas. Mostram a evolução destes conceitos desde o primeiro DSM até o atual, demonstrando como os critérios de Cleckley e outros autores foram sendo reformulados ao longo dos anos, desaparecendo e reaparecendo conforme o tempo passava. Os autores apontam ainda, que muitos itens utilizados atualmente na PCL-R (particularmente, os itens 3, 5, 8, 10, 13, 14 e 15) podem ser identificados na descrição que Prichard (Shine, 2010) faz das pessoas “moralmente insanas”, o que nos leva a compreender porque estes indivíduos são socialmente condenados. Mas afinal, estamos falando de doença, crimes ou imoralidade?

Para Cooke e Skeem (2010), a PCL-R é imperfeita, tendo sido desenvolvida para uma população em particular (criminosos condenados) e com um objetivo específico que não é diagnosticar TPAS, e sim a “psicopatia”. Apesar da tradição clínica aproximar a psicopatia da criminalidade, é importante desvincular esses conceitos uma vez que tratam-se de traços de personalidade que podem ser encontrados em outras populações.

Mulholland (2000) alerta que a Escala Hare pode ser positivada por outras populações que não os psicopatas. Seu trabalho testou 326 usuários de drogas com problemas de comportamento, mas que não eram psicopatas nem haviam cometido crimes violentos. O resultado demonstrou que muitos itens podem positivar fal-

samente. Assim, em termos de “psicopatia” a ciência parece viver um grande dilema de critérios: uma lista de características define pessoas que poderiam ser consideradas “psicopatas”. Entretanto, esta mesma ciência afirma que tais traços não são exclusivos destes. Afirma ainda, que indivíduos podem ser considerados “psicopatas bem adaptados” caso não exibam uma parte destes critérios. E por último, conclui que sem estes critérios, o diagnóstico de psicopatia não pode ser dado.

Os problemas dos diagnósticos incorretos

Diagnósticos de “psicopatia” costumam definir se uma pessoa receberá ou não, tratamento (Arrigo & Shipley, 2001) e atenção da equipe de saúde, que influenciada pelo estigma, pode negligenciar outros aspectos do sofrimento psíquico que requeiram atenção. Além disso, costumam definir o tipo de acomodação e padrão de relacionamento na realidade carcerária, o que pode influenciar nos vínculos e consequências destes por ocasião de uma possível ressocialização do preso. Na tese defendida por Morana (2003), esta afirma que “sendo possível, através da aplicação da PCL-R separar os psicopatas do convívio com os criminosos comuns” (p. 133). Neste aspecto, é importante frisar que o diagnóstico de “psicopatia” raramente permite que seu portador receba benefícios como indultos de Natal, progressão de regime ou mesmo inclusão nos programas de trabalho e emprego disponibilizados pelo sistema prisional, uma vez que são considerados perigosos e não recuperáveis, alimentando assim, um ciclo de profecias autorealizadoras.

Rovinsky afirma existir uma tendência à utilização de instrumentos padronizados na Psicologia Forense, “ainda que estes nem sempre atendam às especificidades de avaliação decorrentes da demanda legal, no que se refere à relevância e credibilidade” (p. 112).

A doença que não existe

Assim, permanece o enigma sobre o que a PCL-R diagnostica. Como a "psicopatia" não existe, em termos práticos, na literatura médica oficial (OMS/APA), não estaríamos falando de uma psicopatologia. Hare (1991) afirma, entretanto, que a "psicopatia" mensurada por sua escala (que baseou-se nos construtos elaborados por Cleckley) deveria servir de base para tais classificações. Curiosamente, porém, Hare e Neumann (2009) declaram que a obra de Cleckley não deve ser lida como a palavra final sobre a psicopatia e que a PCL-R não deve ser tomada como o construto em si (Hauck Filho *et al*., 2009). Cooke e Skeem (2010) tem duas bibliografias desses autores com a mesma data, e relembram que no artigo de Hare de 1996 este observa que o construto da psicopatia (Cleckey, 1988) tem sido dinâmico e sofrido alterações, devido a novos estudos e pesquisas, ao longo do tempo. Entretanto, um pouco adiante no texto, Hare afirma que a PCL-R possui valor preditivo para avaliação de risco, ainda que não seja um construto formal (p. 49). Declara, ainda, que no futuro os índices de psicopatia serão parte da rotina de avaliação do estabelecimento de risco de reincidência, "predisposição à tratamento", estabelecimento de sentenças penais, acomodações carcerárias e outras questões.

Por sua vez, Hare e Neumann (2010) concordam que instrumentos não devem ser confundidos com os construtos que eles pretendem medir e afirmam que as diferenças apontadas por estes, entre a PCL-R e os conceitos de Cleckley, foram exagerados, ao mesmo tempo em que afirmam que estes conceitos não devem ser aceitos de forma não crítica. Cooke e Skeem (2010) citam Meehl, que afirma que procedimentos estatísticos não podem gerar, mecanicamente, verdades sobre a psicopatia uma vez que um construto não pode ser reduzido a uma medida. Assumem que a psicopatia seria um construto teórico que envolveria entidades hipotéticas e processos, e não uma simples "descrição" (p. 456).

Portanto, nos vemos num ciclo de indagações sem respostas, onde um teste é elaborado a partir de uma determinada teoria, com a pretensão de medir o que tal teoria afirma mas que, entretanto, questiona a própria teoria, sem contudo poder ser útil às demais teorias vigentes já que sua própria teoria de base não é considerada por estas últimas...

A Moral e a Ética dentro das pesquisas científicas: uma discussão necessária

As características humanas devem ser consideradas dentro do tempo, do espaço e do contexto sociocultural. Desta forma, é necessário compreender que para cada realidade diversos tipos de comportamento podem surgir, de acordo com as características individuais de cada um e de suas habilidades em lidar com esta ou aquela situação (Costa, 2011).

Porém, o ideal de pessoa, amplamente preconizado em nossa sociedade, tem encontrado auxílio em conhecimentos científicos que se valem da matemática psicométrica para estandardizar a vida humana. Segundo Martins (2005), questões de ordem ética e moral vêm sendo confundidas com investigação científica.

Assim, o "homem mediano", bem adaptado às exigências sociais e sem alterações significativas, é um padrão a ser seguido (Bauman, 2001). Entretanto, há uma enorme variabilidade possível de se encontrar na espécie humana. Critérios centrados em comportamentos antissociais que não consideram aspectos subjacentes da personalidade ou as motivações para estes, criam categorias diagnósticas heterogêneas que não podem pretender uniformizar, debaixo de uma só categoria, inúmeras realidades distintas. O próprio Hare (1996) afirma que inferências clínicas quanto a questões de personalidade são difíceis de serem realmente medidas, e que não é fácil concordar que comportamentos representem transtornos se as razões para que eles tenham ocorrido forem desconsideradas. Hauck Filho *et al*. (2009) afirmam que "...os traços que definem a "psicopatia" são, em tese, compartilhados por toda a população em maior ou menor grau" e que "estes podem ser adaptativos em contextos específicos" (p. 342). Hare, após o lançamento da versão revisada de sua escala em 1991, lançou o livro *Snakes in Suit*, que aborda a adaptabilidade de pessoas com traços "psicopáticos" na área de negócios, apontando o quanto tais características são bem-vindas e até mesmo estimuladas pela sociedade (Cooke & Skeem, 2010), a exemplo do que afirmam as obras de Zygmunt Bauman.

De acordo com Watters (2010), "o discurso ocidental sobre saúde mental intro-

duz componentes centrais desta cultura, incluindo uma teoria da natureza humana, a definição de personalidade, um senso de tempo e de memória, e uma fonte de autoridade moral. Nada disso é universal" (p. 173).

Yamada (2009) apresenta um trabalho que tem como objetivo problematizar a PCL-R. A análise é realizada a partir de uma perspectiva ética e política com base em referenciais teóricos da Análise Institucional, da genealogia de Michel Foucault e de outros autores que pensam a ciência e seus instrumentais situando-os numa rede social que, longe dos pressupostos de neutralidade e de separação entre ciência e cultura, localizam-se no mesmo plano. De acordo com a autora, a despeito do PCL-R ter sido apresentado como solução para o exame criminológico e, apesar das promessas de cientificidade e objetividade, o uso da PCL-R no contexto prisional serve como um instrumento efetivo de sanção e exclusão, e colabora para fundamentar ações de controle social e normatização da população.

Além disso, segundo Yamada, a PLC-R viola os princípios fundamentais previstos no Código de Ética Profissional do Psicólogo, bem como rejeita as responsabilidades e compromissos da profissão no respeito e na promoção da "liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos".

Conclusões

O diagnóstico de psicopatia é algo extremamente grave que não pode ser realizado de forma imprecisa e leviana, uma vez que pessoas com tais características serão marcadas pelo resto de suas vidas. A "psicopatia" horroriza e fascina, pois a monstruosidade reside dentro e fora de todos nós. Segundo Rabinovitch (2001):

> À exclusão corresponderá a reclusão, que localiza o estranho e fixa a sua errância. Temos que velar a cicatriz do exílio e localizar o estranho no exterior de nós, nos asilos; essa necessidade contém o desejo não-sabido de construir um interior para o que está aberto aos quatro ventos. Porque os loucos são externados em seu confinamento fora, nós os inter-

> namos; é a nossa única maneira de reconhecer, no louco, o estranho ou o excluído que é o outro para cada um de nós, no clarão súbito de uma liberdade que nós lhe invejamos porque ela nos ofusca (p. 47).

Enquanto não aceitarmos que o sofrimento é inerente aos humanos e que sua expressão necessita de escuta e não de silêncio, será necessário criar classificações cada vez mais complexas e que deem conta de tudo o que habita o interior dos sujeitos?

Necessitamos “capacitar os verdadeiros incapacitados”: os profissionais de saúde que lidam com o humano. A psicologia e a psiquiatria, enquanto “diagnosticadoras” dos “bons e maus” seres humanos, colocam-se tal qual o Tribunal do Santo Ofício da Idade Média, na posição de aliadas ao poder judiciário, decidir entre a vida e a morte de pessoas (é necessário lembrar que, em vários lugares do mundo, ao diagnóstico de “psicopatia” pode corresponder a pena de morte destas pessoas (Hare, 1996), vez que são consideradas “intratáveis e um perigo para a sociedade”). Fossem estes diagnósticos/sentenças uma certeza, não veríamos tantos casos de pessoas que não sobreviveram às fogueiras da Santa Inquisição nem ao Corredor da Morte americano, para apenas algum tempo mais tarde serem descobertas inocentes. De Jesus Cristo, passando por Galileu Galilei, até casos recentes e de destaque mundial na mídia, são inúmeros, espantosos e perversos os processos onde pessoas que um dia foram consideradas “um perigo para a sociedade” são hoje consideradas vítima de um sistema “jurídico-psi” tão perigoso, manipulador e que tanto falta com a verdade quanto o mais perigoso dos “psicopatas”. A ciência médica, a religião e os tribunais penais antigos são hoje motivo de piada devido à suas conclusões arcaicas e sobrecarregadas das “interpretações selvagens” apontadas por Wittgenstein. Não sejamos nós, pesquisadores de hoje, aqueles que continuaram a construir sua “ciência” baseando-se em mitos, enganos, falácias e sobretudo, num rastro perverso e cruel de danos irreversíveis àqueles que deveriam ser beneficiados por ela.

Referências

Alchieri, J. C. & Cruz, R. M. (2003). *Avaliação psicológica: conceito, métodos e instrumentos.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4ª ed. revisada). Porto Alegre: Artes Médicas.

Anastasi, A. & Urbina, S. (2000). *Testagem psicológica* (7ª. ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Arrigo, B. A. & Shipley, S. (2001). The confusion over psychopathy (I): Historical considerations. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 45*(3), 325-344.

Bauman, Z. (2001). *Modernidade Líquida* (1ª ed.). Rio de Janeiro: J. Zahar Ed.

Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (1994). *Principles of biomedical ethics* (4th ed.). New York: OUP.

Bornstein, R. F. (2003). Behaviorally referenced experimentation and symptom validation: a paradigm for 21st-century personality disorder research. *Journal of Personality Disorders*, *17*(1), 1-18.

Cleckley, H. (1988). *The Mask of Sanity* (5th ed.). EUA: Mosby Medical Library.

Cooke, D. J. & Skeem, J. L. (2010). One measure does not a construct make: Directions toward reinvigorating psychopathy research - reply to Hare and Neumann. *Psychological Assessment, 22*(2), 455-459.

Costa, E. W. K. A. (2011). *Rorschach e psicose - avaliação psicodinâmica do sofrimento psíquico grave*. (Dissertação de mestrado, não publicada). Universidade de Brasília, Brasília.

Costa, I. I. (2003). *Da fala ao sofrimento psíquico grave.* Brasília: Abrafipp.

Costa, I. I. (2010). *Da psicose aos sofrimentos psíquicos graves: caminhos para uma abordagem complexa*. Brasília: Kaco.

Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry & research design: choosing among five*

approaches. California: Sage.

Hare, R. D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto: Multi-Health Systems.

Hare, R. D. (1996). Psychopathy and antisocial personality disorder: a case of diagnostic confusion. *Psychiatric Times, 13*(2), 1-6.

Hare, R. D. & Neumann, C. S. (2010). The role of antisociality in the psychopathy construct: Comment on Skeem and Cooke (2010). *Psychological Assessment, 22*(2), 446-454.

Hauck Filho, N. H., Teixeira, M. A. P. & Dias, A. C. G. (2009). Psicopatia: o constructo e sua avaliação. *Avaliação Psicológica, 8*(3), *337-346.*

Kazdin, A. E. (2010). *Research design in clinical psychology.* Boston: Allyn e Bacon**.**

Martins, F. (2005). *Psicopathologia I – Prolegômenos.* Belo Horizonte: PUC Minas.

Morana, H. (2004). *Escala Hare PCL-R: critérios para pontuação de psicopatia revisados. Versão brasileira*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Morana, H. C. P., Stone, M. H. & Abdalla-Filho, E. (2006). Transtornos de personalidade, "psicopatia" e *serial killers. Revista Brasileira de Psiquiatria, 28*(II), 74-79.

Mulholland, E. M. (2000). Generality of Psychopathy Checklist Revised Factors Over Prisoners and Substance-Dependent Patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*(1), 181-186.

Organização Mundial de Saúde (1993). *CID-10 - Classificação de transtornos mentais e de comportamento*. Porto Alegre: Artmed.

Parker, I., Georgaca, E., Harper, D., McLaughlin, T. & Stowell-Smith, M. (1999). *Deconstructing psychopathology.* London: Sage Publications.

Pasquali, L. (2001). *Técnicas de exame psicológico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Rauthmann, J. F. & Kolar, G. P. (2012). How “dark” are the Dark Triad traits? Exam-

ining the perceived darkness of narcissism, Machiavellianism, and psychopathy. *Personality and Individual Differences*, *53*, 884-889.

Scarparo, H. (2008). *Psicologia e pesquisa - perspectivas metodológicas.* Porto Alegre: Sulina.

Shine, S. K. (2010). *Psicopatia.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Watters, E. (2010). *Crazy like us: the globalization of the American psyche*. New York: Free Press.

Winnicott, D. (2005). *Privação e delinqüência*. (4ª. ed.) São Paulo: Martins Fontes

Wittgenstein, L. (1993). *Tractatus Logico-Philosophicus* (2ª. ed.). São Paulo: Edusp.

Wittgenstein, L. (2005). *Investigações filosóficas* (5ª. ed.). Rio de Janeiro: Vozes.

Yamada, L. T. (2009). *O horror e o grotesco na psicologia – a avaliação da psicopatia através da escala Hare PCL-R (Psychopathy Checklist Revised).* (Dissertação de mestrado, não publicada). Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro.

18 Grupos anônimos de apoio: uma leitura dos fatores terapêuticos a partir da análise dos atos de fala

Valeska Zanello
Graciela Hosel
Larissa Sorayane Bezerra Soares
Luana Aline Afonso
Mayara Soares dos Santos

Cada cultura, em um determinado momento histórico, apresenta paradigmas específicos (muitas vezes multifacetados), que fornecem enquadres interpretativos às mais diversas experiências humanas, dentre as quais o adoecer é uma delas (Laplantine, 2004). Estes enquadres privilegiam formas etnoculturais de tratamento, nas quais encontram-se as psicoterapias. Até 1980 foram listadas, no mundo ocidental, ao menos 300 tipos de terapias diferentes (Sampson, 2001), dentre elas:

> *La psicosíntesis de Roberto Assagioli, el análisis transaccional de Eric Berne, la terapia racional-emotiva de Albert Ellis, la EST de Werner Erhard, la logoterapia de William Glasser, la terapia primal de Arthur Janov, la terapia psicodélica de Timothy Leary, la terapia bioenergética de Alexander Lowen, la psicología humanista de Abraham Maslow, la psicoci-*

> *bernética de Maxwell Maltz, el psicodrama de Jacob L. Moreno, la psicología de las profundidades de Ira Progoff, la integración estructural o Rolfing de Ida Rolf, além de "el realismo estético, el entrenamiento para la asertividad, la proyección astral, Meher Baba, el método de Bates, modificación del comportamiento, bioritmo, terapia de danza, Esalen, terapia familiar, el método de Kelley, terapia zonal, terapia de grupo nudista, la meditación trascendental y, por supuesto, las importaciones orientalizantes: yoga, zen, I Ching, y las artes marciales que, al decir de sus partidarios, paradójicamente fomentarían el pacifismo (Sampson, 2001, p. 359-368).*

Os grupos de autoajuda configuram-se atualmente como etnoterapias disponíveis em nossa cultura. O mais correto seria denominar-lhes de grupos de ajuda mútua. Somente no Brasil há pelo menos dezessete grandes associações de ajuda mútua, as quais congregam em torno de 5.700 grupos e 120.000 membros. Em relação ao número mundial de membros contabilizou-se, só nos EUA, uma média de 15 milhões de pessoas, em um levantamento realizado em 1990. Estes membros participam de GAA (Grupos Anônimos de Apoio) em suas diversas especificidades: Alcoolistas Anônimos, Narcóticos Anônimos, Comedores Compulsivos Anônimos, Mulheres que Amam Demais Anônimas, Dependentes de Amor e Sexo Anônimos etc.

Segundo Ferreira (2008), os GAA (Grupos Anônimos de Apoio) surgiram após a Segunda Guerra Mundial. Sua proliferação deu-se depois da experiência pioneira dos grupos Alcoólicos Anônimos, nos EUA, em 1935 (Roehe, 2004, 2005). Na estruturação do grupo há 12 passos, os quais contemplam os seguintes aspectos (Loeck, 2009): aceitação pelo sujeito de que ele está doente e impotente frente à doença; aceitação de que há um poder maior que ele[1]; deve-se fazer uma recapitulação sobre os erros do passado e atitudes relacionadas à doença que possam

---

(1) A relação dos grupos com a religiosidade não será tratada neste artigo, mas pode ser encontrada em Roehe (2003, 2004, 2005) e Loeck (2009).

ter prejudicado outras pessoas; deve-se admitir perante o grupo os erros cometidos naquele período conturbado; deve-se pedir ao "Poder Superior" ajuda para superar os "defeitos" relacionados à doença que ainda estão presentes; deve-se reparar, da maneira que for possível, os danos que se causou às pessoas por causa da doença; deve-se lembrar que a recuperação nunca é definitiva; deve-se orar, como forma de contato com o "Poder Superior"; e, por último, deve-se levar a mensagem para aqueles que sofrem da mesma doença mas ainda não conhecem o grupo.

Segundo Roehe (2005), os critérios mais utilizados nestes grupos são: autosugestão, independência de instituições e profissionais de saúde, participação voluntária, nenhum interesse financeiro, foco (são dirigidos para um único problema) e têm as experiências pessoais como principal fonte de ajuda. As relações simétricas são possíveis pela similaridade das experiências dos membros do grupo e por não haver hierarquias, tais como aquelas presentes na relação do paciente e do terapeuta, na maior parte das psicoterapias tradicionais[2]. Há um rodízio do papel de mediador dos encontros entre os próprios membros, sobretudo dentre aqueles que estão há mais tempo no grupo ou que têm mais experiência.

O anonimato é um dos pilares do funcionamento do grupo e possui duas funções (Loeck, 2009): de um lado, permite a identificação entre os participantes através do problema comum, compartilhado (não há necessidade de dar detalhes da vida pessoal); por outro, aponta a necessidade de sigilo (tanto do que se ouviu, quanto acerca da identidade de outros membros) fora dos limites grupais. No grupo, há também regras em relação a falar: não se deve referir ao depoimento de outra pessoa, nem devem ser dados conselhos, opiniões, sugestões ou consolo. Não são permitidas interrupções durante o depoimento de um dos membros. Cada um deve esperar a palavra ser aberta pelo mediador e solicitar a permissão para falar.

---

(2) Nas psicoterapias de grupo a igualdade de status (simetria) entre os membros também se mostra como um aspecto importante e indispensável (Ver Bechelli & Santos, 2005)

Segundo Roehe (2005), entrar em um GAA significa comprometer-se com a mudança pessoal. Neste sentido, o sujeito deve assumir um protagonismo em relação à sua recuperação ou mudança.

Apesar de não ser uma psicoterapia de grupo, os grupos anônimos de apoio parecem possuir alguns fatores terapêuticos presentes naquela, podendo constituir-se como importante objeto de pesquisa para a própria psicologia clínica. Como afirma Roehe (2005, p. 12), "psicólogos tendem a manter-se afastados e a ter pouco conhecimento a respeito dos GAA". O autor aponta a necessidade de se pesquisar os GAA: "O profissional pode realizar estudos sobre temas tais como efetividade, mecanismos de funcionamento, formas de organização e liderança e mudanças produzidas nos integrantes, assim como no próprio grupo" (Roehe, 2005, p. 14)

As pesquisas sobre eficácia e efetividade das psicoterapias bem como os fatores terapêuticos envolvidos no processo de melhora ou cura principiaram, sobretudo, a partir da crítica de Eysenck, em 1950, o qual afirmou que as mudanças ocorridas durante uma psicoterapia eram devidas a própria passagem do tempo e não às técnicas utilizadas (Sales, 2009).

A partir destas pesquisas, houve concordância de que boa parte dos efeitos se dava ao uso de técnicas específicas, próprias a cada abordagem, e, por outro lado, a fatores comuns ou inespecíficos, presentes em todas as abordagens (Cordiolli, 2008; Salles, 2009). Os fatores comuns ou inespecíficos abarcariam uma série de elementos, os quais parecem estar presentes também em outras etnoterapias, que não apenas a psicoterapia, como é o caso dos GAA.

Para Cordioli e Giglio (2008) pode-se classificar os fatores comuns/ inespecíficos em quatro grandes grupos: os de natureza cognitiva; os fatores comportamentais (aprendizagem); os fatores inerentes à relação terapêutica (experiência afetiva); e, por último, os fatores sociais, grupais ou sistêmicos. Dentre os fatores de natureza cognitiva, teríamos: a psicoeducação, a reestruturação cognitiva e a ocorrência de *insight*. Já dentre os fatores comportamentais haveria o processo de

aprendizagem implícita em toda e qualquer terapia, levando a mudanças comportamentais. Na relação terapêutica encontramos a importância do vínculo afetivo, da aliança de trabalho, da identificação com o terapeuta, do apoio e da catarse. E, por último, os fatores sociais, os quais valorizam o contexto grupal como fator de mudança.

Fernández, Mella, Chenevard, García, Cáceres e Vergara (2008) classificam os fatores comuns/inespecíficos ao redor de três grandes eixos: o paciente, o terapeuta e a relação entre ambos. Os fatores do paciente seriam: variáveis demográficas (como por exemplo, gênero, idade e nível socioeconômico); diagnóstico clínico, tais como características de personalidade, tipo de transtorno e complexidade do sintoma; crença e expectativa de melhora; e disposição pessoal. As variáveis do terapeuta seriam: a atitude (acolhimento aceitação, autenticidade, congruência); habilidades; personalidade; nível de experiência e bem estar emocional.

Já segundo Frank (1982), os elementos comuns (inespecíficos) seriam: estabelecimento e manutenção de uma relação significativa; confiança e esperança de aliviar o sofrimento; obtenção de novas informações; ativação emocional de certos fatos; aumento da sensação de domínio e autoeficácia.

Além dos fatores comuns/inespecíficos encontrados nas psicoterapias em geral, há aqueles encontrados especialmente nas psicoterapias de grupo. Vinogradov, Cox e Yalom (2003) apontam os fatores comuns/inespecíficos típicos das terapias de grupo: instilação de esperança (acreditar que é possível superar os problemas), a universalidade do problema (perceber que não se é o único a ter estes problemas); compartilhamento de informações; altruísmo (sentir-se ajudando aos demais); socialização; comportamento imitativo (pela observação do comportamento dos outros); catarse (ventilação das emoções); recapitulação corretiva (possibilidade de rever/recapitular no grupo comportamentos que apresenta com seus familiares); fatores existenciais, coesão grupal; e aprendizagem interpessoal.

Como sublinhamos anteriormente, alguns dos fatores inespecíficos ou comuns apontados nas psicoterapias em geral, e nas psicoterapias de grupo em es-

pecial, parecem estar presentes nos grupos anônimos de apoio, dentre os quais poderíamos citar:

a) um foco (universalidade do problema);

b) compartilhamento de informações;

c) catarse (é esperado que cada pessoa relate sua experiência dolorosa);

d) crença e expectativa de melhora (a escuta do relato de outras pessoas que já superaram ou lidam com o problema de forma menos destrutiva leva à instilação de esperança);

e) disposição pessoal, presente no protagonismo exigido no funcionamento destes grupos. Neste sentido, o participante precisa responsabilizar-se por sua melhora;

f) obtenção de novas informações e psicoeducação;

Há um elemento que também se mostra comum a todas as (psico)terapias, mesmo aquelas ditas corporais: o uso da linguagem simbólica. No entanto, como já apontamos em outros artigos (Zanello, 2010; Zanello & Martins, 2012) há especificidades no modo de seu uso, o qual se relaciona com a(s) técnica(s) utilizada(s). A análise do uso da linguagem, enquanto ato de fala, pode assim ser uma importante ponte para a compreensão do que efetivamente ocorre em um processo terapêutico, seja ele psi ou não, bem como constitui-se como um instrumento de análise da técnica e dos fatores terapêuticos específicos e comuns/inespecíficos atuantes (Zanello & Martins, 2012).

O presente artigo teve como escopo fazer um levantamento dos usos da fala, bem como de sua distribuição entre mediadores e participantes, em quatro encontros consecutivos de quatro grupos anônimos, a saber: o MADA (Mulheres que Amam Demais Anônimas), o CCA (Comedores Compulsivos Anônimos), o NA (Narcóticos Anônimos) e o AA (Alcoolistas Anônimos). O objetivo foi explicitar, a partir

dos usos da fala, a(s) técnica(s) utilizadas, bem como os fatores terapêuticos que ocorrem nestes grupos.

Metodologia

Foram escolhidos quatro grupos em uma capital brasileira: MADA (Mulheres que Amam Demais Anônimas), CCA (Comedores Compulsivos Anônimos), NA (Narcóticos Anônimos), AA (Alcoólicos Anônimos). Foram gravados, com a anuência dos participantes, 16 encontros, quatro em cada grupo, com duração média variável entre 80 a 120 min, dependendo do número de participantes presentes no dia. As gravações foram transcritas e as falas foram analisadas e categorizadas de maneira separada entre grupo e mediador.

Para a classificação, utilizou-se a teoria dos atos de fala (Austin, 1990; Searle, 1984) e as categorias que levam em consideração sua força elocucionária (o que se faz ao dizer) em cinco grandes grupos (Searle, 1995), a saber:

- Assertivos: atos de fala que têm o propósito de comprometer o falante com o fato de algo ser verdadeiro, com a verdade da proposição expressa; podendo ser verdadeiro ou falso;
- Diretivos: atos de fala que se constituem como tentativas (em graus variados) de levar o ouvinte a fazer algo;
- Compromissivos: atos de fala que têm o propósito de comprometer o falante a alguma linha de ação futura;
- Expressivos: atos de fala que têm o propósito de expressar um estado psicológico;
- Declarações: atos de fala nos quais o estado de coisas representado na proposição é realizado ou feito existir pelo dispositivo indicador de força elocucionária.

Os atos de fala foram classificados em relação ao total das reuniões observadas (ou seja, juntou-se todos os atos de fala realizados pelos mediadores nos 16 encontros observados, ainda que em GAA diferentes) e, por outro lado, juntou-se os atos de fala realizados pelos participantes (também nos 16 encontros observados), procedendo a uma análise da distribuição média da fala nestes grupos, bem como da ocorrência média dos tipos de atos de fala proferidos tanto pelos mediadores, quanto pelos participantes. Esta opção foi realizada com objetivo de descartar qualquer particularidade que porventura pudesse haver em qualquer um destes grupos.

Resultados e Discussão

No total, foram registrados 12.250 atos de fala. Destes, 3.624 foram proferidos pelos mediadores (29,57%) e 8.626 pelos participantes (70,43%). No gráfico abaixo podemos comparar a quantidade total dos tipos de atos de fala entre mediadores e participantes, em relação ao número total de atos de fala que ocorreram nos 16 encontros (12.250):

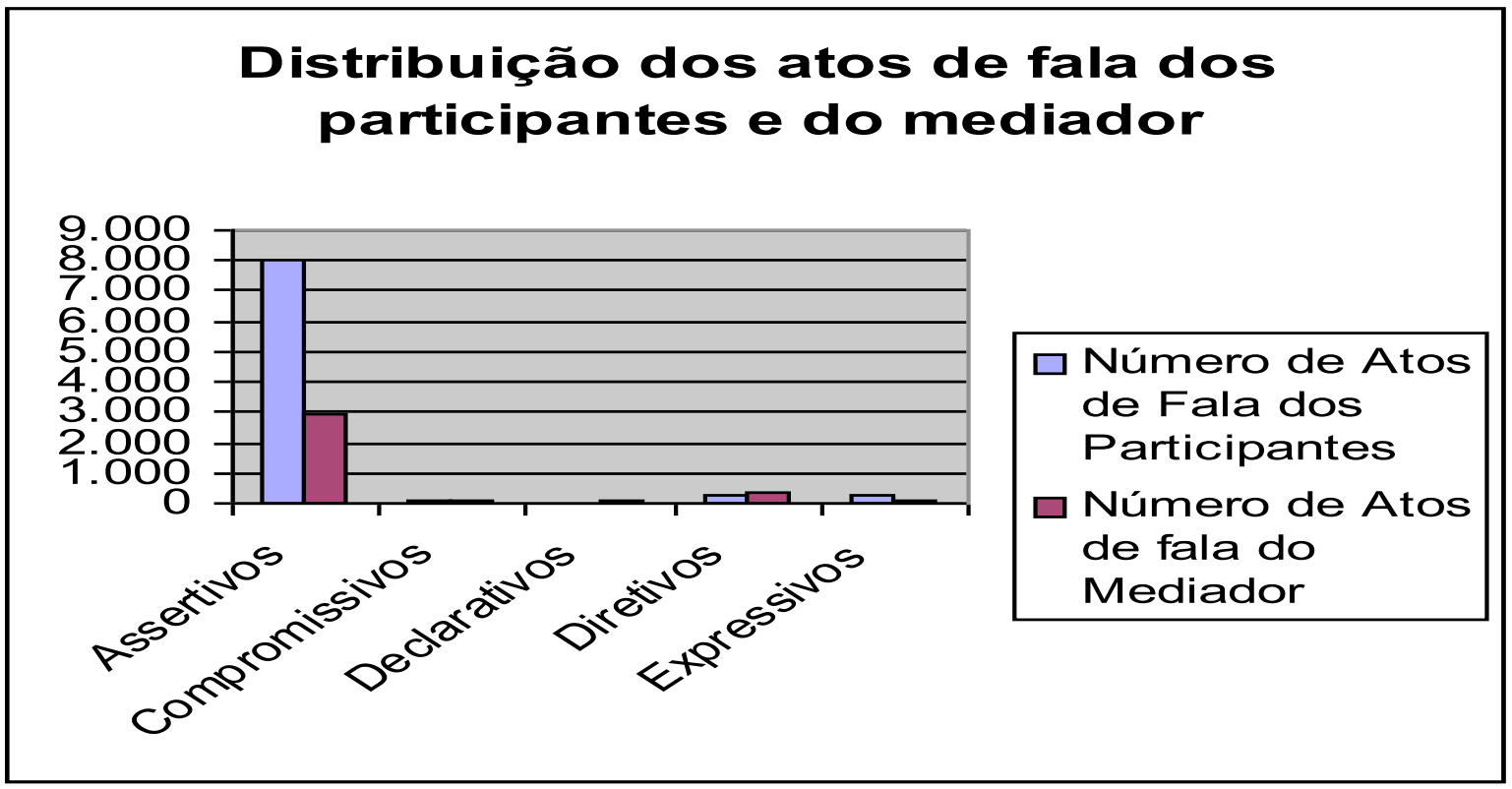

Figura 1. Distribuição dos atos de fala dos participantes e do mediador

Dentre os atos de fala realizados pelos mediadores, encontramos a seguinte distribuição média (em relação ao total de atos de fala proferidos apenas pelos mediadores): prevalência de atos de fala assertivos (82%), atos de fala diretivos (10,8%), atos de fala expressivos (3,3%), atos de fala declarativos (2,7%), atos de fala compromissivos (1,2%).

Dentre os atos de fala realizados pelos participantes, encontramos a seguinte distribuição média (proferidos apenas pelos participantes): prevalência de atos de fala assertivos (93%), atos de fala diretivos (3%), atos de fala expressivos (2,7%), atos de fala compromissivos (1,3%). Não houve proferimento de atos de fala declarativos. No gráfico abaixo podemos observar a comparação entre a média de atos de fala proferidos pelos mediadores e pelos participantes:

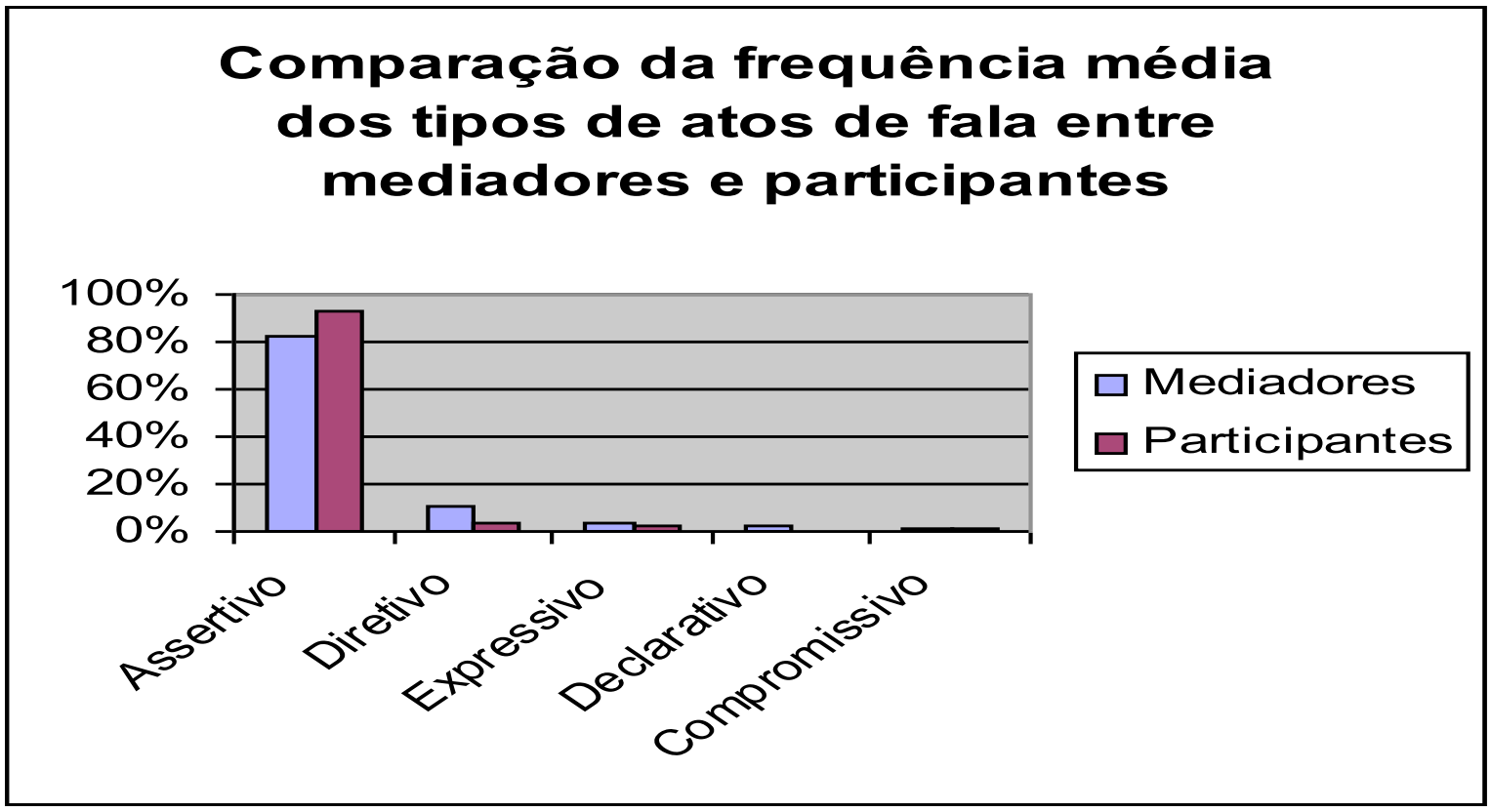

Figura 2. Comparação da frequência média dos tipos de atos de fala entre mediadores e participantes

A predominância do número de atos de fala dos participantes aponta para o papel específico do mediador que deve ser, apenas, um facilitador, promovendo o depoimento dos demais e controlando o tempo e a distribuição das falas. Além

disso, cabe a ele dar início ao momento dos depoimentos e ao fechamento dos encontros, daí a ocorrência de atos de fala declarativos, ocorridos apenas dentre os mediadores (e inexistente dentre os participantes), como por exemplo, “A palavra está aberta”.

Os diretivos ocorreram, sobretudo, na fala dos mediadores e visavam ao “cuidado” de manejo com o grupo e à sua orientação. Um exemplo trata-se da pergunta comumente repetida no início de cada encontro: “Tem alguém que esteja aqui pela primeira vez?”. Outro é o convite feito para realizar a oração: “Convido a todos para reunirmo-nos no centro da sala para fazer a oração da serenidade!”, ou “Vamos dar as mãos!”. Já nas falas dos participantes, os diretivos visavam a incentivar o outro a falar/conhecer ainda mais sobre seu problema/sofrimento, como no exemplo: “Quando você reconheceu pela primeira vez que sua forma de se relacionar era autodestrutiva?”

Os atos de fala expressivos ocorreram com baixa frequência. No caso dos mediadores, foram representados, sobretudo, pelo desejo de uma ótima semana a todos ou expressões equivalentes. Já na fala dos participantes, apareceram, sobretudo, na forma de agradecimento ao grupo ou outras pessoas (“Obrigada pela oportunidade!”).

Os atos de fala compromissivos apareceram tanto na fala dos mediadores quanto na dos participantes em uma frequência semelhante (tanto em relação ao parcial mediadores/participantes, quanto em relação ao total de atos de fala). Isto se deu porque o mediador não é um elemento diferenciado, apartado do grupo, mas antes é um elemento do próprio grupo que fica incumbido de orientar o funcionamento do mesmo. Neste sentido, participa de quase todos os atos de fala compromissivos que são proferidos em conjunto, sobretudo o “Só por hoje!” (prometo não beber, prometo não buscar uma relação autodestrutiva, prometo não comer compulsivamente, prometo não me drogar). Como sublinha Martins e Zanello (2000) e Martins (2003), o prometer é um verbo altamente importante nos mais diversos processos (psico)terápicos, pois aponta para o engajamento do sujeito no próprio tratamento e, também, com uma linha de ação futura que, neste caso, diz

diretamente respeito ao problema que o levou a frequentar o grupo anônimo. Como vimos, “A pessoa que freqüenta um GAA assume responsabilidade por seu processo de recuperação ou mudança” (Roehe, 2005, p. 6). Há necessidade, assim, de que o participante se comprometa com a mudança pessoal, o que é relembrado a cada encontro do grupo. Segundo Cordiolli (2008), Bechelli e Santos (2002, 2005), o engajamento do sujeito no processo terapêutico é um dos fatores (comuns/inespecíficos) preditivos mais importantes na efetividade terapêutica.

Os atos de fala mais frequentes, tanto dentre os mediadores quanto dentre os participantes, foram os assertivos. No entanto, o tema do conteúdo proposicional foi bastante diferente: no caso dos mediadores, tratou-se, sobretudo, da leitura e repetição das regras de funcionamento dos grupos anônimos de apoio (como por exemplo, “o silêncio faz parte do tratamento”, proposições para lembrar a necessidade do sigilo, do não julgamento do outro etc.), enquanto que no caso dos participantes houve o predomínio de narrativas pessoais acerca dos problemas vivenciados e que, neste caso, tornavam-se partilhados.

A predominância dos atos de fala assertivos dentre os participantes, no tempo geral das reuniões, nos faz pensar no papel fundamental do compartilhamento como elemento inespecífico, ligado à própria técnica de espelhos. Aqui pode-se perceber dois usos diferentes dos assertivos. De um lado, os novatos ou os participantes em crise que chegam ao grupo transbordando sofrimento. Neste caso, os assertivos têm claramente uma função catártica (ventilação das emoções), marcada pela necessidade de nomear, narrar e “purificar” o mal estar. Além disto, traz a oportunidade de ocorrência da recapitulação corretiva, um fator terapêutico comum/inespecífico importante (presente de modo geral nas narrativas dos participantes do grupo). Por outro lado, dentre os mais experientes ou em processo de recuperação mais avançado, os assertivos têm como função espelhar possibilidades de melhora para os demais (provocando sentimentos de altruísmo nos próprios narradores) e instilação de esperança naqueles que o escutam. Como afirma Loeck (2009), “O fato de alguém estar se recuperando é positivo não apenas para

ele próprio, mas para o grupo como um todo, já que esta pessoa se torna uma prova viva da eficácia do programa" (p. 65).

Além disto, ouvir de outras pessoas o relato de experiências semelhantes, já superadas ou em outra fase de negociação (menos destrutiva), serve para, além de instilar sentimentos de esperança, ver-se espelhado em outros relatos, que possibilitam alternativas de percepção do problema bem como podem levar à aprendizagem de diferentes estratégias práticas. Tal como lembra uma proposição constantemente repetida pelos mediadores, relacionada à "técnica de espelhos": "O tratamento se baseia em espelhos e não em conselhos". Ou seja, há a facilitação da aprendizagem interpessoal, com a possibilidade de comportamento imitativo (pela observação do comportamento dos outros), ambos fatores terapêuticos comuns/inespecíficos presentes também em outras formas de (psico)terapias, e especialmente, nas psicoterapias de grupo (Bechelli & Santos, 2002, 2005).

Como se pode perceber, apesar dos grupos anônimos de apoio não serem estritamente uma psicoterapia, constituem uma alternativa importante, enquanto etnoterapia, que se utiliza de fatores comuns a várias abordagens das psicoterapias. Alguns destes fatores associam-se à melhora apresentada pelo paciente no início de qualquer psicoterapia (Wolberg, 1988).

Conclusão

O conceito de ato de fala traz para as terapias em geral, e para a psicoterapia em específico, rico manancial teórico que pode nos instrumentar nesse campo, a refletir sobre as especificidades do uso da linguagem e sua relação com a especificidade da técnica adotada em cada terapia (ainda que de forma irrefletida), bem como a ocorrência de fatores terapêuticos específicos e inespecíficos.

A partir das análises apontadas, parece-nos evidente que os Grupos Anônimos de Apoio constituem-se como alternativas etnoterápicas importantes em nossa cultura. Não é à toa o crescimento do número de pessoas que a elas recorrem, bem como o aumento do número de focos grupais (Neuróticos Anônimos, Gasta-

dores Compulsivos Anônimos etc.) disponíveis no mercado, que se organizam sob os mesmos preceitos de regras de funcionamento surgidos no AA. O processo terapêutico que ocorre nestes grupos é marcado pelo uso de fatores comuns/inespecíficos presentes também na maior parte das psicoterapias em geral e, especialmente, nas psicoterapias grupais. Neste sentido, trata-se de pensar, de um lado, as psicoterapias como pertencendo ao mundo das etnoterapias e, por outro, abrir uma campo de conversação, diminuindo eventuais preconceitos em relação aos GAA. Os GAA apresentam-se, assim, não como terapêuticas antagônicas às psicoterapias (profissionais), mas antes podem ser um novo recurso etnocultural de apoio, pois como aponta Roehe (2003), levando em consideração a precariedade do serviço público de saúde e a pobreza da maior parte da população do Brasil, "os GAA podem ser importantes aliados de uma eficiente rede de serviços de saúde" (p. 13). Pesquisar e compreender os fatores terapêuticos presentes na prática destes grupos pode ser uma importante tarefa e contribuição da psicologia clínica.

Referências

Austin, A. L. (1990). *Quando dizer é fazer: Palavras e ação* (D. M. S. Filho, Trans.). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

Bechelli, L. P. C. & Santos, M. A. (2002). Psicoterapia de grupo e considerações sobre o paciente como agente da própria mudança. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *10*(3). Acessado em www.scielo.com

Bechelli, L. P. C. & Santos, M. A. (2005). O paciente na psicoterapia de grupo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *13*(1). Acessado em www.scielo.com

Cordiolli, A. V. (2008). As principais psicoterapias: fundamentos teóricos, técnicas, indicações e contra-indicações. In A. V. Cordioli (Ed.), *Psicoterapias - Abordagens Atuais* (pp. 19-41). Porto Alegre: Artmed.

Cordiolli, A. V. & Giglio, L. (2008). Como atuam as psicoterapias: os agentes de mudança e as principais estratégias e intervenções psicoterápicas. A.V. Cordioli (Ed.), *Psicoterapias - Abordagens Atuais* (pp. 42-57). Porto Alegre: Artmed.

Fernández, P. M. S., Mella, M. F. R., Chenevard, C. L., García, A. E. E., Cáceres, D. E. I. &, Vergara, P. A. M. (2008). Variables inespecíficas en psicoterapia. *Terapia Psicológica, 26*(1), 89-98.

Ferreira, C. B. C. (2008, agosto). Afetividades, consumo e redes: um estudo de grupos anônimos de ajuda mútua. Paper apresentado no *Seminário Internacional Fazendo Gênero 8* - Corpo, Violência e Poder, Florianópolis.

Frank, J. (1982). Therapeutic Components Shared by all Psychotherapies. In J. Harvey, M. Parks (Eds.), *Psychotherapy Research and Behavior Change* (pp. 9-37). Washington: APA.

Laplantine, F. (2004). *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes.

Loeck, J. F. (2009). *Adicção e Ajuda Mútua: Estudo Antropológico de Grupos de Narcóticos Anônimos na cidade de Porto Alegre (RS).* (Dissertação de mestrado, não publicada). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Martins, F. (2003). Promessa e terapia. *Psicologia em Revista*, *9*(13), 67-75.

Martins, F. & Zanello, V. (2000). Psicanálise e promessa. Acerca dos atos de linguagem no início do tratamento psicanalítico. *Pulsional Revista de Psicanálise*, XIII(140/141), 81-97

Roehe, M. V. (2003). Apoio social e religiosidade: a dinâmica de recuperação em neuróticos anônimos. *Revista de Ciências Humanas*, *4*(4). Acessado em http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadech/article/view/230/416

Roehe, M. V. (2004). Experiência religiosa em grupos de auto-ajuda: o exemplo de neuróticos anônimos. *Psicologia em Estudo*, *9*(3), 399-407.

Roehe, M. V. (2005). O que são grupos de auto-ajuda. *Revista de Ciências Humanas*, 6(6). Acessado em http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadech/article/view/264

Sales, C. (2009). Aspectos metodológicos de la investigación de la psicoterapia: Panorama histórico. *Revista Asociación. Española de Neuropsiquiatria, 29*(2), 383-403.

Sampson, A. (2001). La psicoterapia como artefacto cultural: Psychoterapy as a cultural artifact. *Revista Colombiana de Psiquiatr*ia, 30(4), 359-368.

Searle, J. (1984). *Os Actos de Fala*. Coimbra: Almedina.

Searle, J. (1995). *Expressão e Significado: Estudo da teoria dos atos de fala*. São Paulo: Martins Fontes.

Vinogradov, S., Cox, P. D. & Yalom, D. I. (2003). Group Therapy. In R. E. Hales & S. C. Yudofsky (Eds.), *Textbook of Clinical Psychiatry* (pp. 1333-1371). Washington: American Psychiatric Publishing.

Wolberg, L. (1988). *The Technique of Psychotherapy*. New York: Grune & Sttraton.

Zanello, V. (2010). Filosofia da Linguagem e Psicanálise: Contribuições a partir dos perlocucionários. In V. Zanello, C. Carneiro & N. Mendes (Eds.), *Fronteiras em Psicanálise* (pp. 139-148). Guarapari: Exlibris.

Zanello, V. & Martins, F. (2012). Contribuições da teoria dos atos de fala para a pesquisa e a avaliação das (psico)terapias. In T. C. Viana, G. S. Diniz, L. F. Costa & V. Zanello (Eds.), *Psicologia Clínica e Cultura Contemporânea* (pp. 341-359). Brasília: Liber Livros.

19 O corpo que fala: a tatuagem na contemporaneidade[1]

Luciana da Silva Rodriguez
Teresa Cristina O. C. Carreteiro

O corpo tem ocupado um lugar privilegiado na sociedade ocidental. Os processos de subjetivação têm enfatizado e incentivado procedimentos voltados para cuidados corporais e modificação do mesmo. É importante destacar que este último tem atingido altos níveis no que se refere à sua presença crescente na população, bem como aos limites que as diferentes técnicas de modificação chegam a atingir.

Parece não ser suficiente um corpo, ele deveria ser um corpo perfeito. Subjaz, portanto, a ideia de que ele corresponde a uma matéria bruta a ser esculpida segundo o *"design do momento"* (Le Breton, 2008, p. 28). Os avanços técnico-científicos estão disponíveis para os interessados em "salvar" o corpo da sua imperfeição "natural", reconstruindo-o e aperfeiçoando-o. A carne e a pele correspondem à vitrine e à propaganda que se faz de si mesmo. Esses dois elementos são fundamentais para uma sociedade que se apoia na aparência, no espetáculo (Debord, 1997), na performance.

---

(1) Este artigo corresponde a parte do trabalho de investigação realizado ao longo do Mestrado em Psicologia na Universidade Federal Fluminense, cuja dissertação se intitula "À Flor da Pele: considerações sobre o corpo na atualidade através do uso da tatuagem", defendida em setembro de 2011.

Se essas práticas reforçam a centralidade da problemática "corpo", no sentido de que é palco para diversas modificações, levando, muitas vezes, ao limite do esgarçamento da carne, dos músculos, da pele, em que medida se pode, por outro lado, escapar da serialização, do molde, da superficialidade da aparência?

Esse é um questionamento que conduzirá as discussões deste texto. Seria um grande risco reduzir as discussões sobre o corpo, tratando-o como puros reprodutores de subjetivações em voga. Se aposta, ao contrário, que ele é suporte para diferentes agenciamentos, de potência criativa e emancipação. No rol das modificações corporais, interessa, neste texto, a tatuagem. Parte-se da ideia que ela não deve ser tomada no singular, tendo em vista que só pode ser verificada à medida que está encarnada em sujeitos com histórias particulares e que dão um lugar à tatuagem realizada. Sendo assim, contamos com trechos de algumas entrevistas realizadas com adultos tatuados na cidade do Rio de Janeiro.

Tatuagem: uma questão paradigmática

Analisando-se brevemente algumas características das produções subjetivas atuais, destacam-se o privilégio que as mudanças rápidas, a fluidez, a efemeridade ocupam na sociedade ocidental. Quanto a isso, chama atenção o fato da tatuagem, em princípio, evocar a permanência. Nessa perspectiva, se fazer tatuar vai em direção oposta à das subjetivações atuais, configurando-se como uma espécie de resistência, visto que deixa uma marca permanente no corpo.

Ao mesmo tempo, há uma valorização da imagem e do tempo imediato, em que o corpo à mostra se torna uma grande marca contemporânea. Assim sendo, ele se apresenta como um corpo-mensagem e através dele o sujeito exterioriza seus afetos e interesses. Com a tatuagem inscreve-se na pele a própria história, um sentido específico para o momento em que o sujeito a fez, que se revela naqueles segundos em que é visto pelos outros. O par "olhar" e a "provocação para ser olhado" é característica de uma estética do espetáculo, partícipes do culto ao corpo tão exacerbado em nossa sociedade. Nesse caso, a tatuagem estaria tam-

bém a serviço das subjetivações atuais quanto ao embelezamento e culto ao corpo.

No que diz respeito às modificações corporais, Ortega (2008) considera que sejam saídas encontradas pelos sujeitos para encontrar âncoras para o *self,* pontos de estabilidade e pertencimento socioculturais. Baseado num processo ao qual intitula *"somatização da subjetividade"* (Ortega, 2006, p. 46), o referido autor afirma que neste processo o corpo é objeto da visão e passa a haver uma equivalência entre corpo e *self,* como se houvesse uma transmutação do mundo interno para a superfície da pele. Sendo assim, a aparência do corpo ocuparia lugar central para a noção de autoidentidade.

Nessa direção, percebe-se uma ambiguidade. As relações do corpo se assentam entre a busca solitária pela autenticidade e a coletiva de pertencimento social. Em suas palavras: *"constituem um esforço no sentido de fugir da cultura da aparência e de recuperar uma dimensão do vivido corporal"* (Ortega, 2006, p. 49). Esta afirmação é curiosa tendo em vista que a aposta está em "fugir" da superficialidade atribuída à aparência, no entanto, isto se dá, no caso das modificações corporais, na superfície da pele, onde se reforça a atração pelo olhar do outro. A aparência e a superfície continuam em jogo, porém num processo diferente. Não se reforça a efemeridade e instantaneidade, mas a permanência.

É notável a exacerbação na procura da realidade corpórea dos acontecimentos, fazendo-se literalmente sentir na pele. Para Ortega (2006, p. 53): *"a marca corporal representa a procura de autenticidade, de uma localização real de nossa essência na sociedade da aparência"*. Isso faz sentido entendendo que a aparência do corpo tem implicações na identidade pessoal.

Essas marcas dão uma localização corporal específica à identidade subjetiva. Elas atestam uma realidade permanente ou semipermanente e está a serviço de uma simbolização. Essa passagem do que seria da ordem simbólica para o real se dá pelo e no corpo (Ortega, 2003). O presente é enfatizado e o corpo é tomado pela sua realidade incontestável. A superfície do corpo constitui um lugar privile-

giado de sensações, que estabelecem, pois, um *"limite senso-perceptivo delineador de uma unidade"* (Moreira, Teixeira & Nicolau, 2010, p. 592). A tatuagem pode oferecer para o sujeito uma identidade de superfície. Sentir-se vivo é sentir na pele sua existência. E a tatuagem leva ao extremo essa consideração.

Corpo, pele, superfície...

Segundo Freud (1905/1969), o corpo não está dado quando um bebê nasce. Ele se constitui a partir de um traçado pulsional que se inicia com primeiros cuidados recebidos da mãe, ou de quem ocupa essa função, extraindo um grande prazer sexual a partir dessa estimulação. Aos poucos passa a ordenar o caos pulsional a partir da distinção entre dentro e fora e entre prazer e desprazer e inicia um processo de reconhecimento do próprio corpo.

O corpo na teoria psicanalítica coincide, dessa forma, com a própria trajetória do desenvolvimento do aparelho psíquico, a constituição do Eu visto como uma entidade organizada e diferenciada do Isso, sendo ele um lugar de inscrição do psíquico e do somático. Segundo Freud: *"o Eu é, primeiro e acima de tudo, um eu corporal; não é simplesmente uma entidade de superfície, mas é ele próprio a projeção de uma superfície"* (Freud, 1923/1969, p. 40). Essa configuração só é possível a partir do momento em que se pode perceber um corpo unificado, uma imagem corporal unificada que represente o sujeito. A esse momento Freud (1914/2010) chama de narcisismo secundário - movimento de afastamento da libido dos objetos do mundo, acarretando o seu direcionamento ao Eu. Este passa a ser o destino das catexias libidinais. Nesse processo, o sujeito assume a imagem do seu próprio corpo como sua e se identifica com ela.

Nessa mesma direção, Didier Anzieu (1988) formula o conceito "Eu-pele" através do qual postula as experiências iniciais da criança e sua noção do Eu a partir das experiências da superfície do corpo. A pele possui ao mesmo tempo um dado de origem orgânica e outra imaginária. Estas funcionam como um sistema de proteção e de formação da individualidade. A pele enquanto essa membrana que dá

continência é a via para se equacionar um posicionamento entre um "eu" e um "não-eu" do bebê. Ela responde à necessidade de um *"envelope narcísico"*, de uma continência, sustentação e de manutenção do psiquismo.

Sabemos que o corpo e o Eu são indissociáveis, um se constitui apoiado no outro. No entanto, Freud aponta a necessidade de haver uma noção corporal para a constituição do Eu. Parece, dessa forma, que nos primórdios de sua constituição, o corpo era anterior. Anzieu, por sua vez, através da ideia de Eu-pele atesta que a pele devido a sua estrutura e funções é "representante" do Eu antes de sua formação propriamente dita. O Eu-pele seria a condição necessária para o desenvolvimento tanto da noção corporal quanto da constituição do Eu. Em suas palavras: *"toda função psíquica se desenvolve com o apoio de uma função corporal, cujo funcionamento se transpõe para o plano mental"* (Anzieu, 1988, p. 127).

Ao mesmo tempo em que a pele reveste e protege, é através dela que se estabelece a comunicação com o externo. Ela ancora o que é da ordem do sensorial e se deixa marcar pelas feridas, que inclusive deixam cicatrizes. Ela apresenta um lado interno e outro externo apesar de se tratar da mesma estrutura (Osório, 2006).

A instauração do Eu-pele, portanto, assegura ao aparelho psíquico uma sustentação dupla: para o corpo biológico e para o corpo social. Tendo em vista que a pele faz esse contorno e mediação com o mundo externo, e registra as marcas das relações entre eles, de que se trata quando se faz atualmente uma marca voluntária como a tatuagem?

Bordas, libido e tatuagem

Segundo Ana Costa (2003) as tatuagens, dentre outros tipos de modificação corporal, são marcas a serviço de uma borda: *"... esse recorte tem a ver com a erotização e sua necessidade de suporte no Outro"* (p. 17). É através das bordas que se faz mediação com o ambiente, com o outro e com a realidade. Nesse sentido, essas práticas teriam relação com a constituição psíquica e remontam a está-

gios precoces da construção do Eu, nos quais a superfície da pele constitui espaço para inscrição psíquica. Esse bordejamento toma um caráter erótico à medida que sensibiliza novas zonas, fazendo encarnar no corpo esse irreal[2] que é a libido. Para Lacan (1964/1998), a tatuagem e a escarificação constituem formas antigas de fazer encarnar no corpo essa libido. Teriam a função de *"situar o sujeito, marcando seu lugar no campo das relações do grupo, entre cada um e todos os outros"* (p. 195).

Se a tatuagem sensibiliza novas zonas e encarna no corpo a libido, ela dá suporte a algo inapreensível, *"como pode ser o traço primeiro que funda a desnaturação do sujeito, conferindo ao mesmo tempo erotismo a seu funcionamento corporal"* (Costa, 2003, p. 19). As marcas corporais apontariam, portanto, um funcionamento que envolve a produção de recortes, denunciando a necessidade constante de reconstituição dos nossos orifícios, ou seja, mostrando que não funcionam de forma natural. Estes, por sua vez compõem a erotização resultante do funcionamento das pulsões.

Assim sendo, a referida autora atesta que a tatuagem poderia ser um representante daquilo que tem *"um valor totêmico".* Este, por sua vez, faria com que o corpo e sua representação tivessem um caráter singular na medida em que está associado a um traço que captura o olhar do outro. Apresenta também um caráter coletivo porque esse olhar pode ocupar um lugar que confere identidade. Todo esse caminho de reconstituição das bordas corporais ancora a circulação social do corpo, atribui o sentimento de sentir-se num "lugar", representado e amparado. Além disso, revelam a necessidade de algo que atualize a impressão primária das marcas corporais. Essa impressão é resultado da entrada na linguagem. Um bebê antes mesmo de se apropriar da fala é introduzido num mundo discursivo que o invade e atravessa seu corpo. Dessa forma, essa impressão revela o

---

(2) Lacan aponta que irreal não quer dizer imaginário. Ele "se define por se articular ao real de um modo que nos escapa, e é justamente o que exige que sua representação seja mítica (...) Mas, por ser irreal, isso não impede um órgão a se encarnar" (1964/1998, p. 195).

registro corporal de um símbolo, e também a experiência corporal de prazer/desprazer apontada por Freud como essencial à incorporação de uma representação.

A tatuagem está intimamente relacionada à constituição subjetiva e funciona como suporte de identificação imaginária (Moreira *et al*., 2010). Nas origens de cada sujeito, o corte da linguagem marca a superfície e segue-se o traço unário[3], suportes das identificações imaginárias, que tem a função de preencher e recobrir a marca, tornando-a visível. O real se perde. O traço se inscreve. A cicatriz corresponde ao recobrimento, revestimento e integração feitos pelo imaginário, assegurado por várias operações de alienação e separação. Lacan (1966/1998) mostra como o corpo é marcado por traços, por vezes invisíveis e incompreensíveis, mas que também se expressam por materialidades, e que tem um destino. Buscam um *"endereço de uma leitura"* (Costa, 2003, p. 20).

Fazendo referência à pulsão, Lacan (1966/1998) a metaforiza tratando-a como um escravo mensageiro, que desconhece a mensagem e é condenado à morte ao chegar ao seu destino. Opera-se uma ligação entre olhar e endereçamento de um pedido de decifração, determinando um destino. É nessa direção que é importante pensar a tatuagem enquanto uma escrita com endereço.

Dimensões do olhar e endereçamento

Se a tatuagem bordeja novas zonas corporais e se comporta como uma escrita, ela também envolve "mostração" a um outro. Endereça um enigma e mensagem. Carrega algo daquele sujeito que a fez. Sujeito que emerge, na verdade, como efeito da "mostração" desse enigma a um outro.

As motivações que levam às pessoas a se tatuarem são muitas, elas podem estar a serviço de uma experiência vivencial, mnêmica, simplesmente estética, ou como forma de repetição de um significante no corpo ou ainda como possibilidade de elaboração. Independente das motivações envolvidas na feitura de uma

(3) Lacan intitula "traço unário" a primeira marca do surgimento do sujeito a partir do significante. Quanto a isso, *"o traço unário, o próprio sujeito a ele se refere, e de começo ele se marca como tatuagem, o primeiro dos significantes"* (Lacan, 1964/1998, p. 135). Opera, portanto no nível da contagem, instituindo uma diferença que singulariza o sujeito.

tatuagem, nossa hipótese é que ela evoca o olhar de um outro, a "mostração" está a serviço do gozo escópico. A tatuagem libidiniza o corpo num movimento incansável de capturar o olhar do outro. Em psicanálise, o olhar inscreve e marca o sujeito, estando assim, para além da visão enquanto um dos sentidos. À medida que a tatuagem faz marca no corpo, ela promove o surgimento de um novo corpo como imagem, a partir da qual o sujeito vai ser olhado pelo outro, onde o sujeito escópico pode emergir.

Freud (1905/1969), nos "*Três ensaios sobre a teoria da sexualidade"* aborda essa questão da pulsão e do prazer de ver a partir do par *voyeurismo*-exibicionismo. O mesmo ocorre no seu texto *"As pulsões e os seus destinos"* (Freud, 1915/2010). Esse par encontra-se em jogo na relação em que as pessoas estabelecem ao se realizar uma tatuagem, uma vez que evoca o prazer de ver.

Neste último texto, Freud aborda esse par de opostos voyeurismo-exibicionismo, para descrever dois destinos das pulsões: a "reversão no contrário" e o "voltar-se para a própria pessoa". Na primeira, a "reversão ao contrário" há uma substituição da meta ativa pela passiva. Isso significa dizer que há uma passagem do "olhar" para o "ser olhado". No que se refere ao segundo destino, a "volta contra a própria pessoa", Freud aponta que o *"exibicionismo inclui a contemplação do próprio corpo"* (Freud, 1915/2010, p. 65). Nesse caso, há a mudança no objeto, mas não na meta.

Sendo assim, no que se refere à pulsão de ver, Freud (1915/2010, p. 67) concebe três estágios: a) "olhar como atividade dirigida a um outro objeto" ; b) "o abandono do objeto, a volta da pulsão de olhar para uma parte do próprio corpo, e com isso a reversão em passividade e a constituição da nova meta: ser olhado" (p. 67-68); c) "a introdução de um novo sujeito, ao qual o indivíduo se mostra, para ser olhado por ele" (p. 68). Teríamos em Freud a constituição de um circuito em três vias: a ativa – olhar; a passiva – ser olhado; e a reflexiva fazer-se ser olhado.

Quanto a isso, Lacan (1964/1998) aponta que para que o circuito pulsional escópico se feche são necessárias as três etapas. A última fecha o curso circular da pulsão na sua busca por satisfação, fazendo emergir um sujeito.

Retornando a Freud (1915/2010), mesmo definido as três etapas da pulsão escópica como: *olhar/ser olhado/fazer-se ser olhado*, ele aponta um estágio preliminar à etapa ativa do olhar. A etapa preliminar, Freud chama de narcisismo, durante a qual as pulsões sexuais têm satisfação autoerótica. Assim sendo, na pulsão de olhar o prazer envolvido tem o próprio corpo como objeto.

A passagem de uma forma a outra significa um retorno ao objeto narcísico. Sendo assim, "*o sujeito narcísico é trocado, mediante a identificação, por um outro Eu."* (Freud, 1915/2010, p. 70). O que está em jogo nos destinos das pulsões é que para se converterem em ativo ou passivo, há a dependência da organização narcísica do Eu e *"carregam a marca dessa fase"* (p. 71).

Pensamos que a tatuagem, enquanto uma manipulação corporal tem esse caráter narcísico. Antes de mostrar o corpo modificado para um outro, a pessoa admira-se a si própria. Há prazer neste ato. Num momento posterior, quando se exibe o corpo a um outro, o *"sujeito narcísico é trocado, mediante a identificação"* com esse outro. Há um movimento de fazer-se ser olhado por um outro que também fornece prazer.

Cabe aqui tratar brevemente do registro do espelho de Lacan (1949/1998). Para ele, a imagem do corpo próprio constitui-se em espelho, na relação especular do sujeito com o outro. O estádio do espelho está intimamente relacionado às funções do Eu, à medida que sua constituição depende de uma imagem que faça continência às pulsões e ao caos que se encontram enquanto o sujeito ainda é um bebê. Lacan propõe compreender esse estádio *"como uma identificação"* (p. 97). Quanto a isso, sua intenção é a de apontar a transformação que se dá no sujeito quando uma imagem é construída/assumida.

Esse estádio seria, portanto, o momento fundador e constituinte do Eu como imagem de si mesmo. No entanto, corresponde também a uma ficção. Trata-se de

uma imagem enquanto virtualidade. Inicialmente não é o seu próprio corpo que o bebê percebe no reflexo do espelho. Seria a de um outro enquanto imagem fictícia. A imagem total do seu próprio corpo apenas se precipitaria, pela via da identificação. Tal concepção de corpo envolve dessa maneira, os níveis imaginário e simbólico. A imagem constitui uma mediação na constituição do Eu, mas anterior e sustentando esse processo está o investimento pela palavra dirigida ao bebê, onde se inicia a cadeia simbólica do sujeito.

Sendo assim, o ato de tatuar-se e modificar o próprio corpo têm implicações na imagem de si mesmo. Esse novo corpo captura o olhar do outro e faz emergir um novo sujeito ou algo novo no sujeito. É imprescindível, portanto um outro para que essa relação se estabeleça.

Inscrição, escrita e tatuagem

Desenhos, cores, ilustrações, enfim ... marcas. Marcas estas que sugerem que a pele se transformou em uma tela branca, sobre a qual se pode projetar o que quiser. Através da tatuagem, inscreve-se, literalmente, uma história no corpo. Nesse sentido, seu corpo não mostra apenas os sinais da idade, ou sinais de sua história, mas revela as marcas que escolheu fazer e que num momento específico, para o sujeito, tem um sentido. A tatuagem torna-se um recurso para se marcar a realidade das experiências literalmente na carne, procura-se a realidade das marcas corporais. Sendo assim, a tatuagem é entendida aqui enquanto forma de linguagem, implicada na busca de identidade e expressão do sujeito.

Como visto anteriormente, tem-se que há algo da constituição psíquica daquele sujeito que é inscrita na pele. Parece dessa maneira que o corpo ocupa um lugar privilegiado de manifestação e comunicação de “conflitos” de ordem psíquica. Isso que se inscreve literalmente na pele, através da tatuagem, trata-se de uma escrita, ou melhor, de uma reescrita, de uma tentativa de reapropriação da inscrição inaugural. Esta, por sua estrutura, é impossível de ser resgatada. Através dessa escrita encarnada é possível notar indícios daquilo que se repete como tra-

ço na história particular do sujeito que a faz. Como se vê, há uma escrita no corpo que está na sua origem – que é inaugural na linguagem - e outras inúmeras que se inscrevem ao longo da história do sujeito. Nesse caso, o corpo é tomado de empréstimo como tela para que outras escritas se depositem.

Esse processo pôde ser notado a partir das entrevistas realizadas durante o trabalho de campo desta investigação. Todos os participantes eram moradores da cidade do Rio de Janeiro, totalizando dez entrevistas. As mesmas foram autorizadas através de assinatura de termo de consentimento, transcritas e submetidas à análise de conteúdo (Bardin, 1985).

A análise das entrevistas mostrou que, em muitos casos, a tatuagem registra como uma memória no corpo, momentos importantes da vida daquele que a faz. Conserva-se no corpo a história de experiências vividas ou sentimentos e representações atrelados a ele, ancorando-se na **biografia do seu portador**. Percebe-se uma atribuição à tatuagem que comporta "o real do passado", as expectativas para o futuro ou ainda a intensidade do presente. O que há em comum nesses três tempos é o próprio sujeito, aquele que talha histórias numa corporeidade que **(re)territorializa** o corpo como uma forma de expressão identitária. A superfície do corpo se torna uma grande **testemunha** da realidade das experiências, carregada de significados e marcando a recordação de uma existência particular.

Uma entrevistada (Daniele[4], 28 anos) nos relata as motivações por realizar suas três tatuagens e as articula a momentos específicos de sua vida. Ainda adolescente tatua uma abelha, significado de seu nome. Ao fim da faculdade, para marcar o seu desejo de sucesso na vida opta por uma estrela no pulso. Ainda no caminho dos seus anseios, escolhe *um desenho grande feito nas costas composto de uma grande rosa cercada de flores azuis. A esta última diz: "queria mais romantismo e delicadeza na minha vida".* Ela continua, e destaca a importância da dor, no

(4)Todos os nomes dos entrevistados foram modificados neste trabalho.

sentir literalmente na pele, aquele momento de sua vida: *“Cada uma tem um significado, mas a terceira marca um período de força, de ter passado por muitas coisas e de me mostrar e perceber que era capaz de superar algumas dores. Ela doeu bastante e acho que passar por aquela dor foi só um símbolo de outras dores...”*

Ao longo da vida, o corpo vai sendo marcado pelas experiências, pelas vivências que garantem não apenas a memória dos acontecimentos, mas também calos, cicatrizes e também de novas áreas de investimento e libidinização. Numa sociedade onde há ênfase no aspecto visual essa memória, para alguns, passa a ser registrada em forma de imagens na superfície da pele. Elas têm **função explicitamente memorial e identitária**. Frente às rápidas mudanças que cada um se depara todos os dias na vida, a tatuagem parece funcionar como algo regular que permanece, funcionando como um depósito de memórias ou características próprias que se deseje manter, dar corpo, tornar “real”.

Joyce (29 anos) parece se utilizar desse suporte para elaborar e superar certos acontecimentos de sua vida. Ao término da graduação se percebe crescendo e se transformando, afirma: *“tinha mais liberdade, queria conquistar várias coisas. Daí, escolhi fazer uma borboleta, num estilo tribal”.* Após uma série de desventuras amorosas, utiliza a tatuagem como forma de superá-las. Procura fazer um trocadilho de seu coração em situações que ele fica “um lixo” e dá um toque de humor a essas situações, tatuando um coração com o símbolo de reciclável:*“*(...) *decidi encarar as coisas então que nem o Vinícius disse: ‘eterno enquanto dure’. Se acaba, aparece outro e tudo se renova. Reciclagem. Entendeu?!”.* Referendando seus sofrimentos e suas dificuldades, aposta nas duas últimas tatuagens: Flor de Lótus e Ganesha. Ambas nas costas fazem uma combinação, remetem à superação de obstáculos e à ideia de ter força pra continuar. “*Ganesha é um deus que remove todos os obstáculos, é o protetor e também o deus do conhecimento. Ele representa o sábio, o homem em plenitude, e os caminhos para se realizar. Acho que estava precisando de uma ajuda espiritual. Não estava conseguindo me sentir realizada no meu trabalho, queria sair de casa e morar sozinha, meus relacionamen-*

tos não estavam dando certo. Muita coisa acontecendo ao mesmo tempo. Precisava de força e apostei em Ganesha".

Parece que na história de vida dessa jovem suas tatuagens têm como traço regular a esperança, a aposta num futuro melhor e escolhas mais felizes. Pode-se pensar que marca no corpo a expectativa de tentar fazer diferente na vida amorosa. Trata-se em parte preocupação em não mais repeti-las. O que chama atenção nesse caso é que não basta se dar conta de determinados posicionamentos que tem na vida. Para ela, é necessária uma imagem inscrita na pele que a relembre a mensagem que nela está contida. Não há como saber numa única entrevista se de fato essas tatuagens se configuraram como elaboração no sentido psicanalítico do conceito, afinal não se tratava do objetivo da entrevista. Mas pode-se dizer que retrata uma convocação a um sujeito.

De modo semelhante, a entrevistada Maria Eduarda apresenta uma mesma problemática em algumas de suas tatuagens. Cada uma tem uma história particular, mas todas em alguma medida fazem referência ao feminino e a relacionamentos de características sofridas, destacando sentimentos e valores como confiança, prosperidade, fidelidade nos relacionamentos amorosos. Optou por um par de andorinhas que representam fidelidade e a importância que atribui a *"não ficar sozinha"*. Sua segunda tatuagem é uma enorme fada nas costas. Ela associa essa escolha a um tom infantil que julga ser uma característica sua. No entanto, este desenho apresenta poucos traços infantis. Seus traços são fortes e expressivos, a vestimenta evoca certa transparência, é pouco colorido. O somatório dessas características dá ao desenho, segundo nosso olhar, um caráter mais sensual que infantil. Seguiram-se tatuagens como crisântemo, que significa *"amor perfeito"*. Essa tatuagem, tempo depois foi combinada com uma série de outros desenhos escolhidos nos detalhes para compor o fechamento do seu braço. Após pesquisas, conversas, encontros com o tatuador, fizeram a combinação de máscaras orientais, flores de cerejeira, carpa, dentre outros. Os detalhes de cores, traços e desenhos significam[5] dentro da cultura oriental o *esforço*, a *conquista*, a *pureza*,

(5) Segundo a fala da entrevistada

amor e *paixão*. O encadeamento das tatuagens delineia uma sequência que aponta para os seus relacionamentos, suas intenções na área amorosa e as dificuldades que enfrentou. Há uma repetição da temática e desenhos escolhidos, fato este que remonta ao estatuto sintomático ou possivelmente elaborativo que as tatuagens tomam para certas pessoas.

Atento à singularidade de cada tatuagem, as particularidades e motivações, é possível verificar uma série de posicionamentos subjetivos dessas pessoas. Se a atenção estiver dirigida a esses posicionamentos, caberiam questionamentos sobre o lugar da feitura da tatuagem para cada um.

Considerações finais

Observou-se na análise do material colhido que as feituras de tatuagem eram, em certa medida, portadoras de traços biográficos do sujeito que a porta. As escolhas não eram gratuitas. Elas estavam intimamente relacionadas ao momento experenciado pelo sujeito quando a fez e diziam de sua história particular.

Os sentidos atribuídos às tatuagens são diversos e nem todas as pessoas apresentam uma clareza quanto a motivação em se fazerem tatuar. Apesar disso, notou-se uma reivindicação de experiência tátil e sensorial das experiências vividas. Há uma busca pela realidade corpórea dos acontecimentos. É preciso sentir literalmente na pele. Para algumas pessoas, as tatuagens se tornaram recursos mnemônicos e busca de elaboração de certas vivências. Isso aparece mais visivelmente em pessoas com um número maior de tatuagens, como as acima citadas. O encadeamento dos desenhos escolhidos indicam uma repetição de temáticas intimamente relacionadas à história de vida daquele que as fez.

Cada tatuagem possui um sentido e seu simbolismo pode ser compreendido na particularidade da história daquele que o fez. A imagem corporal que cada um tem de si mesmo tem implicações no psiquismo. Se a tatuagem é uma modificação voluntária dessa superfície, há também consequências significativas na consti-

tuição do sujeito. A tatuagem encarna no corpo um traço singular que faz surgir um novo Eu.

Neste contexto, a psicanálise foi uma ferramenta importante para compreender estes processos. Sendo a tatuagem marcação voluntária no corpo, ela cria novas zonas erógenas e atrai investimentos da ordem da pulsão. Há alguma forma de gozo neste ato, bem como no fato de evocar o olhar de um outro. A "mostração" está a serviço do gozo escópico. Há um endereçamento em jogo nesse processo e uma mensagem quanto ao que se quer falar de si, ou melhor, mostrar de si. Há um corpo-mensagem, que cada vez menos passa despercebido.

O corpo foi privilegiado como um meio de comunicação e expressão através do qual o sujeito exterioriza seus afetos e interesses. Através da tatuagem a sua história é escrita e inscrita. Não é possível ficar completamente nu, quando se porta uma tatuagem. Ela possui um sentido específico para o momento em que o sujeito a fez. E esse registro se revela e desvela naqueles segundos em que é visto pelos outros. Há uma economia de palavras em jogo, que é consonante com as subjetivações atuais.

Referências

Anzieu, D. (1988). *O Eu-pele*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Bardin, L. (1985). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Ed. 70.

Costa, A. (2003). *Tatuagem e marcas corporais: atualizações do sagrado.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Debord, G. (1997). *A Sociedade do Espetáculo*. Rio de Janeiro: Ed. Contraponto.

Freud, S. (1969). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In *Obras Completas, 7.* Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905)

Freud, S. (2010). Introdução ao Narcisismo. In *Obras Completas*, *12.* São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1914)

Freud, S. (1915). Os Instintos e os seus Destinos. In *Obras Completas*, *12.* São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 2010)

Freud, S. (1923). O ego e o id. In *Obras Completas, 19.* Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1969)

Lacan, J. (1949). O estádio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência psicanalítica. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1998)

Lacan, J. (1964). *O Seminário Livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise.* Zahar, Rio de Janeiro. (Trabalho original publicado em 1998)

Lacan, J. (1966). Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1998)

Le Breton, D. (2008). *Adeus ao corpo: antropologia e sociedade.* Campinas: Editora Papirus.

Moreira, J. de O., Teixeira, L. C. & Nicolau, R. F. (2010). Inscrições corporais: tatuagens, piercings e escarificações à luz da psicanálise. *Revista Latinoamericana Psicopatologia. Fundamental, 13*(4), 585-598.

Ortega, F. (2008). *O Corpo Incerto: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea.* Rio de Janeiro: Garamond.

Ortega, F. (2006). Das utopias sociais às utopias corporais: identidades somáticas e marcas corporais. In M. I. M. Almeida & F. Eugênio (Eds.), *Culturas Jovens: novos mapas do afeto.* Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar.

Ortega, F. (2003). Práticas de Ascese Corporal e a Constituição de Bioidentidades. *Cadernos Saúde Coletiva*, *11*(1), 59-77.

Osório, A. B. (2006). *O Gênero da Tatuagem: continuidades e novos usos relativos à prática na cidade do Rio de Janeiro.* (Tese de doutoramento, não publicada). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

20 Escuta psicanalítica do corpo na contemporaneidade

Márcia Cristina Maesso
Ciomara Schneider
Daniela Scheinkman Chatelard

A escuta psicanalítica ou atenção flutuante, técnica empreendida por Freud, coaduna com a regra fundamental da psicanálise, a associação livre, respeitando o tempo de constituição do saber, *a posteriori*, evitando a sobreposição dos conceitos ou saberes previamente estabelecidos, como chave de leitura destinada a selecionar e revelar a verdade localizável no texto composto pela fala do analisando. Honrar a regra fundamental da associação livre não é apenas solicitar que, ao falar, evite-se escolher o conteúdo mais importante para o andamento do tratamento, é especialmente escutar sem a preocupação de lembrar, deixando em suspensão a atenção deliberada (Freud, 1912/1990).

Retomemos o artigo *Recordar, repetir, elaborar*, no qual Freud (1914/1990) tratou da diferença entre a repetição pela atuação (*acting-out*) e a repetição posta na transferência com o analista, bem como considerou que as lembranças não se referem exatamente ao fato ocorrido, elas podem inclusive ser encobridoras. Portanto, rememorar não é lembrar-se do que ocorreu, mas preencher as lacunas do que

não pode ser recordado com outra coisa. Nesse artigo, Freud situou as mudanças transcorridas na técnica psicanalítica, distinguindo três momentos:

- No primeiro, com auxílio da hipnose, a técnica visava à ab-reação, reprodução dos processos mentais envolvidos na formação do sintoma, rememoração pela hipnose;
- No segundo momento a hipnose foi abandonada, instaurou-se a regra fundamental da associação livre, por meio da qual o analista poderia interpretar o que o paciente deixava de recordar, oferecendo-lhe o resultado da interpretação sobre os elementos formadores do sintoma;
- No terceiro momento, equivalente à nova técnica criada por ele, o foco do sintoma é abandonado, não é mais demandado ao paciente que fale sobre os acontecimentos que possivelmente o teria provocado, mas que fale sobre qualquer assunto que lhe vier à mente, sem censura prévia. Coerentemente, a escuta do psicanalista, não deve privilegiar nenhum assunto para atingir uma meta pré-estabelecida de decifrar do sintoma.

Como declarou Freud, o objetivo dessas técnicas permaneceu o mesmo, qual seja, o de "preencher as lacunas na memória" superando as resistências. Portanto, o motivo de havê-las mudado corresponde à transferência com a qual Freud se deparou, notando que alguns de seus pacientes faziam rememoração como se estivessem hipnotizados pelo analista e outros atuavam em vez de recordar. A nova e última técnica revela a sutileza da escuta de Freud incidindo na condução tática do tratamento, buscando com essa alteração manter na "esfera psíquica" o que poderia ser dirigido à "esfera motora" (Freud, 1914/1990, p. 200).

Na esteira da atenção flutuante que a escuta de Freud propõe, encontram-se formulações consistentes de Lacan no decurso de sua obra. Destacamos o seu escrito *Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise*, por circunscrever especialmente que a escuta psicanalítica, como atenção difusa ou distraída não supõe um "objeto para-além da fala do sujeito", mas um objeto simbólico na atua-

lidade dessa fala, na qual se manifesta o passado, revertido na repetição, possível pela com-temporalidade da transferência. A rememoração é o passado na fala, é passar o passado ao verbo, tendo como consequência, nessa passagem ao simbólico, o esvanecimento e a re-significação. Sendo que a palavra é presença feita de ausência, sua função é dupla, meio de criação do mundo das coisas, mas também meio de apagamento, de matar a coisa (Lacan, 1953/1998).

Desde Freud até Lacan, a escuta psicanalítica engendra o sujeito que formula sua verdade por meio da fala, do sonho, do chiste, do ato falho, do sintoma, da mentira, do semi-dizer. Falaria o sujeito também por meio do corpo e da dor?

O corpo fala para quem escuta

A escuta psicanalítica das manifestações corporais, como dizer do sujeito do inconsciente, distingue o corpo de um conjunto organizado de órgãos, por tomá-lo como desnaturado pela linguagem e constituído na relação com a alteridade.

A atividade investigativa de Freud incluiu o corpo na clínica psicanalítica desde seus primórdios. No *Projeto para uma Psicologia científica* (Freud, [1895]1950/1990) escrito em 1895, tratou do trilhamento neuronal dos traços decorrentes das quantidades (*Qs*) endógenas e exógenas, que invadem o aparelho psíquico. Formulou que a dor consiste na irrupção de grandes intensidades, uma invasão comparável a alguém ser atingido por um raio, na metáfora que utilizou. Nos *Estudos sobre a histeria* (Freud, 1895/1990, pp. 210-220) elucidou o mecanismo de conversão histérica, no qual os fenômenos somáticos “surgem com aparente espontaneidade, como manifestações de uma moléstia”, substituindo as lembranças afetadas pelas experiências traumáticas, as quais, por meio da conversão, ficam desinvestidas do afeto, de tal forma a parecer que os fenômenos histéricos seriam puramente somáticos, sem “raízes psíquicas”.

Ao longo da obra de Freud é possível ler sobre a incidência do inconsciente sobre o corpo falante. Rompendo com os princípios biológicos acerca do corpo, abordou a sexualidade infantil, mas sua grande contribuição situa-se na invenção

do inconsciente e na sua formulação do conceito de pulsão. A inclusão do corpo na clínica psicanalítica foi consolidada por Lacan com a formulação dos três heterogêneos, real, simbólico e imaginário, constantes em sua obra, embora tenha enfatizado em seu ensino apenas um deles em cada momento. Buscaremos nesse artigo retomar algumas dessas ferramentas, com o objetivo de que as mesmas nos permitam escutar, na clínica psicanalítica, aos corpos falantes da atualidade.

Na contemporaneidade os padrões de corpo são ditados na sociedade, que é caracterizada pelo imediatismo e pela imagem; imagem esta paralisada pela "estátua", semelhante ao estádio do espelho, que Lacan (1949/1998) definiu para mostrar uma operação da constituição psíquica na qual o bebê, ainda imaturo, é capturado por sua imagem em pé, inteira e fixa, internalizando dessa forma ilusória a primeira noção do eu. Quais as consequências para o corpo do cliente sujeito inserido na cultura da ditadura das imagens? Este é capturado pela forma perfeita da revista, das propagandas de rua, do "close" no corpo esculpido na tela do cinema; haja visto a imensa oferta e procura por mecanismos que "moldam" o corpo sem, no entanto, falar dele, sobre o que de fato pesa sobre ele. Essa demanda absurda por um padrão, atinge tanto mulheres quanto homens em situações análogas. Não se pode mais envelhecer, é preciso "preencher" as rugas, dando a falsa ilusão de preencher a fenda no ser. Assim, o sujeito vai se constituindo no discurso do Outro, marcado pela imago.

Como diz Soler (2012, p. 104):

> "É preciso avaliar bem que há uma fábrica do corpo, de nossos corpos socializados. Esse corpo não é um produto da natureza, é antes um produto da arte. E é bem certo que o que chamamos a educação é antes de mais nada uma tentativa, que aliás dá certo, de domar o corpo, de fazê-lo em práticas coletivizadoras de corpo."

Como toda educação marca, isso tem consequências, ou seja, o corpo fabricado por um padrão estético, um corpo mal falado e mal tratado vai precisar de

outros recursos para deixar em evidência aquilo que não pode ser simbolizado pela palavra, comparecendo de modo proeminente pela imagem.

Para além da imagem e da educação, vivemos também num tempo marcado por uma forte ideologia biologizante, e pela sobreposição do conhecimento científico acerca das doenças a quaisquer manifestações humanas que escapem às normas padronizadas. Há diagnóstico e um remédio novo para tudo, inclusive formas "infalíveis" de se autodiagnosticar, de onde ninguém escapa. Daí o surgimento da dor e do adoecimento dos corpos dos sujeitos, que demandam tratamento e alívio para as chamadas doenças crônicas, apresentadas de diversas formas e com variados diagnósticos médicos, cuja etiologia é, na maioria das vezes, desconhecida.

Em geral, o sujeito tem sido levado a não encontrar respostas para o mal estar fora dos diagnósticos e dos saberes (relativos ao cognitivismo). Resta a escuta psicanalítica para colocar aí um Outro caminho.

A clínica psicanalítica envolve uma estrutura similar à da clínica médica da qual se originou notadamente pela ruptura e subversão do campo aberto por Freud, sobre a ordem ética e metodológica. A despeito de a psicanálise articular semiologia, etiologia, diagnóstica e terapêutica, o faz caminhando no sentido inverso (ao que parte da semiologia à diagnóstica com hipóteses etiológicas para propor o tratamento), iniciando pela terapêutica.

Na clínica psicanalítica a semiologia não está pautada na relação entre signo (sintoma) e seu referente situado no organismo ou no sistema simbólico pré-estabelecido, pela leitura de quem sabe fazê-lo, como acontece habitualmente na clínica médica. É na consideração da instabilidade e da singularidade da relação entre significante e significado na produção da significação, que consiste a possibilidade de leitura do sintoma na psicanálise, numa semiologia existente apenas no próprio dispositivo do tratamento, composta pela fala do sujeito atualizada na situação transferencial. Quanto à concepção etiológica, a subversão evidencia-se principalmente com a formulação de Lacan sobre o *objeto a* nas distintas acepções

presentes em sua obra (causa de desejo, condensador de gozo, mais-de-gozar), remetendo-o sempre à característica fundamental de ser faltoso e estabelecer a estrutura da fantasia do sujeito. A diagnóstica acontece numa temporalidade diversa da clínica médica, podendo ocorrer da primeira à última sessão, porque considera a conexão retroativa da intervenção terapêutica e a estrutura da transferência. Finalmente, a terapêutica é associada ao próprio método de tratamento definido como "método de escuta e intervenção sobre a fala, mas também como método de leitura da escrita que constitui a materialidade do inconsciente" (Dunker, 2011, pp. 438-469).

A escuta como método de tratamento é a condição da fala, portanto, o meio que permite uma direção à cura (Lacan, 1958/1998), não como restabelecimento da saúde visado na medicina, ou remissão do sintoma, embora isso também possa acontecer, mas como uma *talking cure*, termo que traduzido ao pé da letra no gerúndio como "cura falando" remete a todo percurso de uma psicanálise. Mas a clínica psicanalítica diferencia-se da clínica médica da qual partiu, fundamentalmente, por ser regulada pela ética que não corresponde a uma deontologia, não se submete à imposição dos ideais que determinam as condutas, oriundos dos imperativos sociais atrelados à garantia de bem estar, saúde e sucesso. A ética na psicanálise se orienta pelo real, de modo que na psicanálise há uma coincidência entre os limites éticos e os limites da práxis, sendo esse o meio pelo qual se concebe tocar o real (Lacan, 1959/1997).

Dor crônica: signo ou significante?

No caminho de considerar a escuta do corpo na psicanálise, indagamos se a dor crônica sem referente lesão orgânica é uma formação que co-responde aos ideais sociais de bem-estar conjugado ao apelo de consumo de substâncias, sobretudo as anestésicas e, mais ainda, se situaria uma determinada posição subjetiva frente a esse discurso social que impera na atualidade, sobrepondo a dor crônica ao sofrimento psíquico, correlato do desamparo fundamentalmente humano.

Portanto, cabe à psicanálise escutar no singular de qual posição subjetiva se trata em relação ao discurso que impera em cada época.

Do conjunto das dores crônicas diagnosticadas na atualidade, destaca-se a ocorrência da fibromialgia, nome proferido e inscrito pelo discurso médico na categoria de doença, representada pelo código individualizado M79.7, localizado na *Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde* (CID-10, 2007). A fibromialgia é classificada como uma "síndrome dolorosa crônica não inflamatória", segundo a definição do *Colégio Americano de Reumatologia* (ACR), cujo diagnóstico é baseado no exame clínico de palpação digital dos 18 pontos dolorosos (*tender points*) estabelecidos pela mencionada instituição (ACR), dos quais é necessário que 11 deles sejam localizados e na observação da persistência...a persistência da dor, em período igual ou maior que três meses, nos referidos pontos, bem como a difusão da dor nos lados direito e esquerdo do corpo, acima e abaixo da cintura (Kuahara, 2004).

Em 2010, a *Sociedade Brasileira de Reumatologia* (SBR) estabeleceu o consenso brasileiro sobre a fibromialgia, propondo diagnóstico exclusivamente clínico, solicitando eventualmente exames além dos clínicos, para os casos com exigência de diagnóstico diferencial. Sendo assim, se os exames paraclínicos (imagens, ressonância magnética) captarem alguma lesão na estrutura ou alteração no funcionamento do organismo, identificando a etiologia da dor, exclui-se o diagnóstico de fibromialgia, concebido apenas diante do desconhecimento da origem orgânica da dor. A SBR também considera a interveniência de outros elementos na fibromialgia, contribuindo para a manutenção da dor e má qualidade de vida, esses fatores podem ser localizados no contexto psicossocial e em outros sintomas como distúrbio do humor, do sono, da cognição e fadiga. O tratamento recomendado pela SBR associa recursos farmacológicos agregando antidepressivos, relaxantes musculares, analgésicos simples e opiáceos leves, exercícios físicos e terapia cognitivo-comportamental (Hermann *et al*., 2010).

Esses poucos dados que acabamos de apresentar apontam a concepção médica da dor crônica nos nossos tempos como sintoma-signo de uma doença, cuja

etiologia desconhecida não impede a suposição de sua localização no organismo e a proposição do tratamento medicamentoso para eliminá-lo.

Em direção contrária à interpretação do sintoma como signo com significado posto ou suposto na doença, como sinal do fogo que deve ser extinto, o sintoma na psicanálise se oferece à interpretação na ordem do significante, como designou Lacan (1966/1998a), indicando a relação entre o sintoma e a verdade do sujeito, verdade que "só se sustenta em um semi-dizer" (Lacan, 1969/1992, p. 103). Considerar que o sintoma seja interpretado na ordem do significante e não na do signo, é tomá-lo como linguagem, como dizer de um sujeito, assim, quando o sintoma se manifesta no corpo é possível escutá-lo como falante.

O corpo e o Outro

O corpo fala porque está inscrito na e pela linguagem. A criação de Freud do conceito de *trieb*, traduzido por pulsão, possibilitou situar o corpo humano na psicanálise, rompendo com a dicotomia entre corpo e alma disseminada pela proposição cartesiana. O corpo cartesiano identificado com a coisa extensa (*res extensa*) e separado da coisa pensante (*res cogitans*) que seria a única garantia da existência (penso, logo existo), ficou excluído da dimensão simbólica e da dimensão real de gozo, identificado com os atributos de largura, comprimento e profundidade (Pollo, 2012).

Com a escolha do termo *trieb* Freud (1915/2004) considerou haver uma força constante que emana do corpo, fonte pulsional, em direção à satisfação que só pode ser parcial, por apenas contornar o objeto desejado, que é indefinido e inexistente, incapaz de satisfazer completamente a excitação corporal. O termo *trieb*, elevado à categoria de conceito psicanalítico por Freud, na língua alemã, designa as determinações da natureza incluindo as determinações psíquicas, enquanto *instinkt* refere-se à articulação entre o biológico e o fisiológico como determinantes (Hanns, 2004). Freud (1915/2004) inventou o conceito de pulsão (*trieb*) fundamentando a exigência de representação psíquica dos estímulos provenientes do cor-

po, considerando a pulsão como conceito-limite “entre” o psíquico e o somático. Com isso, concebeu o corpo desnaturado.

Sobre a *Trieb*

Convém parar na palavra *trieb*, em alemão, designa algo que impele, coloca em movimento. Para Freud, a pulsão sexual é a energia própria da libido. A sexualização de um tipo de pulsão encontra sua primeira base na noção de zona erógena. De uma pulsão saída de fontes de impulso não sexuais – simplesmente motoras –, tem sua distinção em efeito sob as espécies de pulsões parciais, a contribuição de um órgão receptivo de excitação (pele, mucosa, órgão de sentidos), e, assim, podemos descrever enquanto zona erógena o órgão cuja excitação se empresta à pulsão um caráter sexual. Pulsão é este conceito fundamental da psicanálise, destinado a dar conta das formas pelas quais o sujeito se relaciona com o objeto, a força que o motiva nesta busca e a satisfação nela adquirida. Esta busca da satisfação pode ter múltiplas e variadas formas, assim, podemos falar antes de pulsões, que da pulsão.

A descoberta do objeto é na verdade uma redescoberta:

> “A psicanálise nos ensina que existem duas vias para a descoberta do objeto, em primeiro lugar a do escoramento sobre os modelos infantis precoces e, em segundo, a via narcísica, que procura o eu *moi* próprio e o encontra no outro” (Freud, 1905/1987, pp. 164-165)[1].

Essas representações abstratas sugerem não só o conceito de recalque, mas também a passagem da angústia como puro afeto por um lado e, pelo outro, ao campo da libido. A pulsão passa do campo de pura percepção a um campo onde é introduzido o eu *moi* e onde é estabelecido um objeto parcial despreendido do próprio corpo. A angústia situa-se no campo da libido, de uma energia da ordem

(1) Nota acrescentada em 1915.

de um estado de afeto onde alternam prazer e desprazer e onde se forma uma percepção a partir das enervações de descarga. O nascimento é um desses acontecimentos maiores que deixam tal marca de afeto. A representação sofre o recalque ao passo que o *quantum* de afeto da libido é transformado em angústia, podendo formar um sintoma concomitante ao desenvolvimento da angústia. Mas a angústia também apresenta outro aspecto: enquanto estado de afeto, ela costuma ser a reprodução de um acontecimento antigo que comportava uma ameaça de perigo; ela é o sinal de um novo perigo que não se pode esquivar por uma fuga externa. "A angústia nasce de uma libido que de certo modo se tornou inutilizável, e isso também no processo do recalque; ela é substituída pela formação do sintoma, ligada a ele psiquicamente" (Freud, 1905/1987, p. 116)

A origem dessa angústia está relacionada ao nascimento, cuja experiência deixa suas impressões na mente, assim como toda situação de perigo vivida como desprazer e que não é possível controlar apenas descarregando. O perigo da perda de objeto equivale, assim, ao perigo da perda de amor. A angústia surge de uma situação que indica perigo, mas também surge numa situação de investimento de energia libidinal sob a forma de um *quantum* de afeto. É nesse contexto de batimento entre o prazer-desprazer, de energia libidinal e percepções das descargas em razão do sinal de perigo, que Freud introduz nesse texto a teoria das pulsões, ao afirmar que a pulsão é nossa mitologia. Até então, as pulsões sexuais eram chamadas também energia, libido. Lembremos o ponto de partida da teoria das pulsões, a saber um estímulo endógeno, tendo uma força constante e a qual não se pode escapar pela fuga, como no caso dos estímulos exteriores.

A pulsão pode ser definida como um "certo *quantum* de energia que empurra para uma direção determinada. É desse impulso que lhe vem o nome de pulsão" (Freud, [1895]1950/1990, p. 131). Deve-se ainda precisar que ela se torna psiquicamente ativa, e que mesmo em objetivos passivos, um certo *quantum* de energia sempre permanece ativo. De modo mais geral, esses investimentos libidinais fazem parte da vida pulsional, o reservatório principal da libido sendo o eu *moi* que se toma por objeto. Freud refere-se à lenda grega, Narciso, para lembrar que o eu

moi é apaixonado por si mesmo, tomando a si mesmo por objeto: a libido do eu *moi* metamorfoseia-se em libido de objeto e vice-versa.

Devemos sublinhar aqui o lugar que Freud dá ao investimento libidinal, ao *quantum* de energia transformado ulteriormente em estado de angústia, aqui em seu aspecto fenomenológico, e de que maneira o eu *moi* como objeto emana desse estado pulsional e dele se torna um conceito. Podemos dizer que a importância dada ao fator da energia libidinal tem uma explicação que remonta ao início da doutrina freudiana, a saber, o esforço do organismo para restabelecer um estado anterior: “Podemos supor que a partir do momento em que tal estado, uma vez alcançado, foi perturbado, ele constitui para si uma pulsão para recriá-lo, que produz fenômenos que qualificamos de compulsão de repetição” (Freud, [1895]1950/1990, p. 143). Nesse caso, é a pulsão de morte que está no fundo da compulsão de repetição, esta tendência à “morte”, ao estado zero, inorgânico, ao estado de nirvana. O organismo tende a aí voltar e a aí ficar.

Com o artigo *Além do princípio de prazer*, no qual afirma que “a maior parte do desprazer que sentimos é, com efeito, desprazer provocado por percepções”, vindas do impulso da pulsão ou do exterior, como um perigo ou um sinal qualquer (Freud, 1920/1981, p. 48), e Freud acabava de explicar e descrever o funcionamento do aparelho psíquico regrado pelos dois princípios de prazer e desprazer, introduzindo o ponto de vista econômico, associado a dois outros fatores: o tópico e o dinâmico. A relação deles é por causa da diminuição ou do aumento do *quantum*, da quantidade de energia presente na vida psíquica. *Wiederholungszwang*: a compulsão de repetição na vida psíquica inconsciente, a que está ligada a pulsão em seu caráter constante, *Triebesanpruch*, a exigência pulsional. Freud constrói sua teoria ressaltando, antes de qualquer coisa, a sexualidade infantil e enfatizando a importância do próprio corpo da criança e de seus movimentos motores. Dedica-se, então, ao estudo e à leitura do corpo orgânico, neurológico, até a leitura do corpo pulsional.

Corpo, imagem e linguagem

O inconsciente é estruturado como uma linguagem, como orienta Jacques Lacan, os germes já estão em Freud, mas nele a linguagem não funciona na estrutura de uma rotação de discurso. Na teoria freudiana é possível encontrar o processo de metáfora e metonímia com os conceitos de condensação e deslocamento, sobretudo no rébus do sonho, em sua escrita codificada, disfarçada nas imagens oníricas. Freud dá toda sua importância à linguagem, mas sob a forma da gramática em estado puro. Lacan faz disso uma estrutura graças ao recurso à lógica e à topologia.

Lacan (1964/1973) aponta a incidência do Outro e da linguagem no corpo, abordando a pulsão a partir da encarnação de um órgão irreal no corpo, outro modo de dizer da zona erógena, visto que essa não corresponde a nenhum órgão sexual determinado pela natureza, mas constitui-se em função do Outro, numa função erótica.

As formulações de Lacan sobre os três heterogêneos, quais sejam, o Real, o Simbólico e o Imaginário, permitem abordar o corpo de modo diverso da biologia e da medicina de forma ainda mais contundente do que fez Freud com o conceito de *trieb*. Com a elaboração do nó borromeano, Lacan lança luz sobre o corpo constituído no discurso do Outro, demonstrando os lugares de três distintas modalidades de gozo “entre” real e simbólico, real e imaginário, simbólico e imaginário. Essas são, segundo Lacan, as três dimensões do corpo, que ele, por inclusão do traço na escrita da palavra di-mensão (dit-mension), nomeia como diz-mansão e depois como mansão do dizer, para formular que o corpo é lugar do dizer nos distintos modos de gozo (Lacan, 1974-75). Através dessa tríade é que podemos pensar a questão do corpo na perspectiva do objeto a, do pequeno outro, bem como do grande Outro (Nasio, 1993; Vanier, 2005).

O estádio do espelho concebido por Lacan não é uma etapa do desenvolvimento infantil, assinala um momento original de fabricação de uma imagem para ser assumida pelo sujeito, partindo da insuficiência para a antecipação das fun-

ções do eu. A imagem do próprio corpo é fruto da identificação a uma imagem ofertada pelo Outro, operação que resulta fundamental para a unificação do corpo despedaçado e para a construção do eu (Lacan, 1949/1998).

Iniciando pelo registro do imaginário, ao pensar na constituição do sujeito, temos, por um lado, o chamado pequeno outro, a quem o "eu" (*moi*) se referencia, ou seja, aquele que apresenta o modelo óptico dos ideais – ideal de eu e eu ideal. Sob a influência do "outrinho", privilegia-se o corpo como um padrão ditado e imaginarizado, tão privilegiado que adentra a um campo abstrato, sendo o organismo cada vez mais recalcado. (Dor, 1985; Lacan, 1955/1998).

E o corpo sob o escopo do grande Outro? Qual é a possibilidade? Podemos dizer que é o corpo do simbólico, do sujeito, o corpo falado, o corpo do significante, o corpo do Pai. Este corpo não é perfeito, mas não é paralisado na estátua do eu ideal/ideal de eu, é o corpo possível de ser nomeado e, portanto, cuidado e não invadido.

Tomemos o modelo topológico[2] proposto por Lacan:

(2) Esse modelo topológico chamado O Esquema L, foi trabalhado e retomado muitas vezes por Lacan no seu ensino, com a função de descrever a relação do sujeito com o grande Outro, atravessada pela relação imaginária do eu (moi) com o pequeno outro. É considerado um "esboço da subjetividade" (Dor, 1985, p. 183), que inicia no Estádio do Espelho.

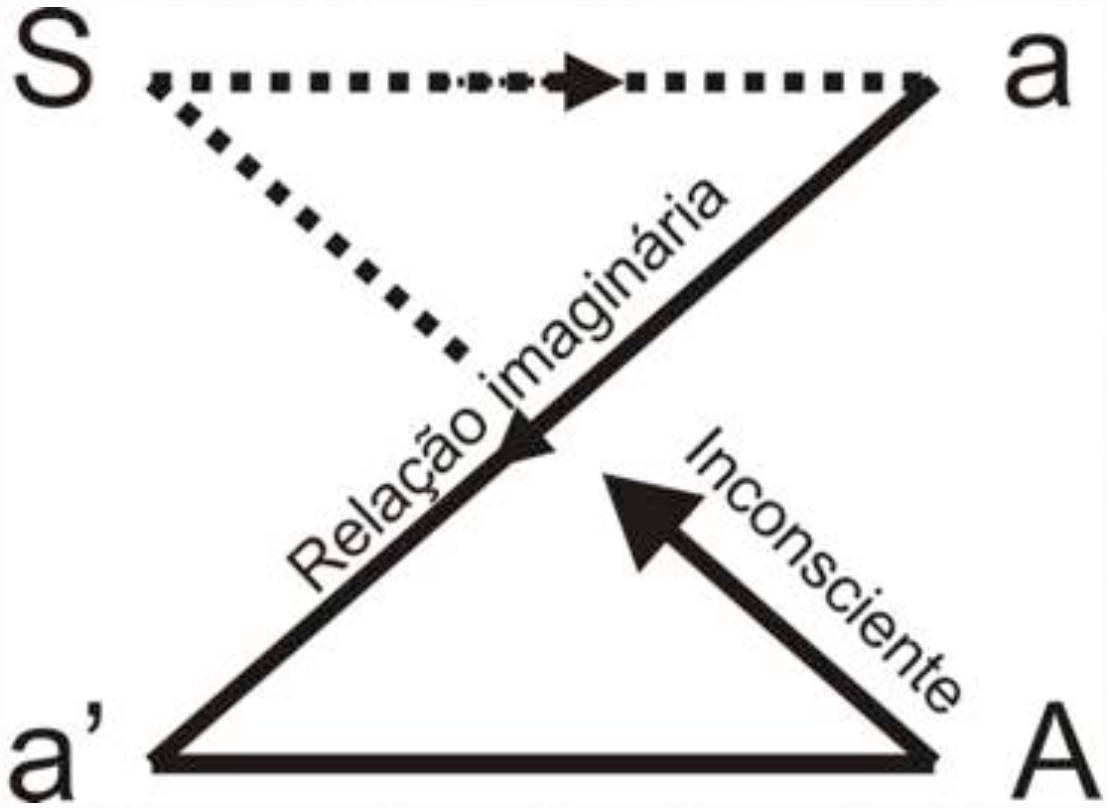

Figura 1. Modelo topológico

Ele permite tratar a relação entre (S) e Outro (A), quando o primeiro se dirige ao segundo, ele não irá atingi-lo de uma forma direta, pois entre eles há o que Lacan chama de “muro da linguagem”. Porém, se a fala verdadeira se dirigir ao grande Outro e lá ele encontra um espelho vazio e não um espelho vivo de identificação, daí o Sujeito propriamente dito poderá advir e com isso usufruir do seu próprio corpo. A essa operação podemos chamar de registro simbólico (Dor, 1985).

O corpo é inscrito no Simbólico, marcado pelo significante do qual o sujeito depende para poder se articular, significante que está primeiro no campo do Outro. O sujeito surge na cadeia significante do Outro, “campo desse vivo onde o sujeito tem que aparecer” (Lacan, 1964/1973). No Real, o corpo é vivo e goza, fora do simbólico, fora da palavra, mas, como disse Lacan, “nós não sabemos o que é estar vivo, senão apenas isto, que um corpo, isso se goza” (Lacan, 1972/1985).

O organismo toma corpo na linguagem, no bojo de um discurso, o que podemos pensar a partir da busca exagerada pelo corpo perfeito, pelo corpo "saudável", ou pelo empaturrado de substâncias, corpo medicalizado – busca pelo objeto perdido, do qual o objeto *a* constitui um resto, um fragmento. Um corpo pode ser inscrito no discurso como doente ou fora de forma. É esse corpo que carrega a-dor, que é fala-dor sem dizer palavra alguma, mas que pode encontrar o caminho da cura pela palavra, no percurso de uma psicanálise. Ao indagar sobre a dor crônica, diagnóstico abundante em nossos tempos, abre-se a oportunidade de ler o que se escreve no corpo.

Tomemos a citação de Lacan (1953/1998, p. 260): "O inconsciente é o capítulo de minha história que é marcado por um branco ou ocupado por uma mentira: é o capítulo censurado. Mas a verdade pode ser resgatada; na maioria das vezes, já está escrita em outro lugar. Qual seja: - nos monumentos: e esse é o meu corpo (...)".

Podemos considerar o inconsciente freudiano como uma instância regida por leis e carregada de desejo, sobre o qual o sujeito nem sempre quer saber; mas para Lacan é preciso abordar o inconsciente a partir da sua concepção do sujeito e do desejo (Quinet, 2000).

O sujeito, esse que não é o "eu", nem é o indivíduo (o que não pode ser dividido), pois a unidade que envolve este indivíduo foi subvertida pelo conceito de inconsciente, ele não é uma pessoa, um nome, nem um corpo determinado biologicamente, não tem substância. O sujeito é o furo no real, a falta que surge no "tudo é possível" do real e, por isso mesmo, torna-se difícil dizer dele. É daí que a psicanálise se diferencia da ciência, uma determinada concepção de ciência que deixa de fora o sujeito, uma vez que elabora um saber sobre o mesmo, trazendo-lhe uma suposta verdade, que lhe é externa, tornando-o objeto e deixando-o fora-

cluído. Este Sujeito ($), na psicanálise, é sempre barrado e a lógica sinaliza que essa barra é uma negação. Portanto, o sujeito é impossível de ser nomeado (Quinet, 2000; Vanier, 2005).

E onde é o ponto de encontro na relação do sujeito com o saber? Lacan (1966/1998b, p. 870) mostra que "todo saber funda para o sujeito um certo ancoramento no ser", pois o sujeito se constitui na certeza de ser falta de saber, então sai em busca de um saber na tentativa de preencher essa falta fundamental, sem saber (aí que ele se perde) que é impossível preencher essa lacuna. É a lógica do saber não-todo. A ideia que o sujeito tem de si vem do fato de acreditar em certas noções vagas e dispersas que a cultura tanto propõe quanto aceita, mas isso tampona, de certa forma o furo do real, que é o sujeito.

Daí a forte influência dessa "fábrica do corpo" (Soler, 2012) que a sociedade produz e o afã de encontrar respostas prontas para o dilema da angústia, colocando o corpo no mais-de-gozar (mais valia) com tantas opções de estética e de saúde impecáveis, para que se atinja a completude (falta tamponada), assim como para aqueles que se encontram (existindo) em diagnósticos e tratamentos oferecidos pelo saber científico.

No entanto, não há verdade sobre sujeito que já esteja pronta, a verdade do sujeito é o caminho a ser percorrido. Como diz Lacan (1966/1998a, p. 234) "... o sintoma é o que se articula por representar o retorno da verdade como tal na falha de um saber." Esta será a descoberta do sujeito em análise, descoberta do sintoma por onde vai aprender a lidar com suas armadilhas fantasmáticas. Por isso mesmo a análise terá seu percurso próprio, permitindo ao sujeito desconstruir e reconstruir seus saberes em novos registros, quebrando as repetições.

Para concluir

A importância da escuta psicanalítica do corpo, como na questão da dor crônica, por exemplo, é pensar que o lugar do adoecimento se for apagado pode retirar do sujeito a sua identificação – eu sou a dor – isto se ele for visto como um traço unário – a criança doentia registra sua existência a partir desse estado de ser o "doente da mamãe", aquele que demanda tanto trabalho, tanta dedicação. Não é fácil desocupar esse lugar, retomando o sentido topológico do "Esquema L", ou seja, o eu (*moi*) alienado ao desejo do outro (minúsculo). A mãe também ocupa um lugar de identificação ao filho doente, há ali um ser e um saber obturando a falta fundamental de ambos. Como desmanchar isso? É preciso ir devagar. O sujeito é impregnado da ordem do não querer saber de nada disso. Como diz Soler (2012, pp. 92-93) "o saber insabido, o saber adquirido é o saber de uma barreira [grifo nosso] da aspiração ao saber". Vem para a análise para não querer saber, por isso busca a resposta no outro.

Portanto, se essa dor for anestesiada precocemente pode desconstruir uma organização psíquica forjada com muito sofrimento, uma vez que o sujeito empenha o corpo. Bem ou mal, ele se manteve desta forma, tem uma identidade, tem um lugar, tem visibilidade. De nada irá adiantar revelar o que há de falso nesse saber, pois a dor não é falsa, tampouco o sofrimento, mas sim é necessário acolher, oferecer "um chão para pisar", escutando o seu discurso, permitindo que o sujeito coloque palavras onde reside a dor para poder combatê-la; do contrário, se retirá-la apenas, ele acabará "fugindo", sem o menor alívio para este sofrimento ou, o que é pior, pode sucumbir a um sofrimento ainda maior.

Tomamos aqui a questão da dor a partir da escuta psicanalítica do corpo na contemporaneidade, olhando para esse sujeito imerso em demandas externas que se alternam com as internas. É uma reflexão possível a partir do estudo e da escuta na experiência clínica. Proporcionar ao sujeito esse Outro lugar pode ter efeito de deslocamento da dor para a palavra, como num caso ilustrativo de uma

mulher diagnosticada com dor crônica que "perambulava" entre médicos e tratamentos anestesiantes, que não precisou mais ocupar o lugar de doente[3].

A intenção deste trabalho foi retomar o caminho de Freud e Lacan, para lembrar que o corpo fala, na escuta psicanalítica. Não há como deixar de escutar os gritos que a dor silencia. O significante dor localiza o sujeito num discurso bem organizado, colocando-o de certa forma num laço social, há um saber constituído que o sustenta – as consultas médicas, as atenções, os grupos terapêuticos etc. Mesmo assim isso falha até o ponto da dor revirar o sujeito.

O corpo concebido na psicanálise inclui o laço com o Outro, de modo que para abordar o fenômeno da dor crônica é importante abranger o contexto discursivo no qual o sujeito se insere. É importante lembrar que a dor acompanha a humanidade em todas as épocas, mudando seus modos de expressão de acordo com a cultura, estabelecendo relações de permissão ou proibição da expressão da dor.

O estudo sobre a história da dor no Ocidente apresenta vários significados da dor, demonstrando como são mutáveis, de acordo com a época, a cultura e a sociedade, transformando a relação do sujeito com a dor (Rey, 2012). Portanto,

---

(3) Uma paciente (45 anos) diagnosticada com dor crônica em ambos os braços que a impediam de realizar seu trabalho. Após passar por vários exames, sem descobrir a causa, procurou o atendimento orientada por um fisioterapeuta. Aos poucos passou a falar de suas dificuldades conjugais, dos filhos adolescentes e da perda de uma vida no passado – "quando era mais nova e tinha saúde" (sic). Durante o tempo da análise revelou uma infância árida de carinho e pautada na violência, o pai “bebia”, bem como seu marido "bebe" e não lhe da atenção, tratando-a com grosseria e os filhos não a respeitam mais. Quando chegou para análise foi porque as dores foram piorando e ela já não mais sabia o que fazer, não conseguia trabalhar, relatava sentir medo de sair de casa – "Parece que alguma coisa me puxa, tenho medo de cair" (sic). A paciente foi escutada em análise durante dois anos, aproximadamente, sem que sua queixa fosse desconsiderada ou desqualificada, era acolhida, mas não era mais o foco depois de um tempo. Aos poucos livrou-se da dor, passou a se relacionar melhor com os filhos e aprendeu a lidar com o marido. Reorganizou sua vida, desocupando o lugar da dor, em várias ocasiões pensava em desistir, mas acabava voltando, o que possibilitou-lhe enfrentar a dor de existir.

é preciso levar em conta as consequências subjetivas advindas do discurso médico-científico que é sustentado na atualidade, pela sofisticação tecnológica e pela incessante produção de novidades farmacológicas, que auxiliam no diagnóstico, tratamento e anestesia da dor. É importante escutar a dor como significante na contemporaneidade, mesmo que venha sendo suprimido e silenciado pela eficácia científica, produtora de substâncias “gozificantes”.

Referências

Classificação Estatística Internacional de DoençasCID-10. (2007). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, V. 3*.OMS. São Paulo: EDUSP. Acessado em www.google.com.br/search?hl=pt-BR&tbo=p&tbm=bks&q=isbn:8531403855

Dor, J. (1985). *Introdução à leitura de Lacan: O inconsciente estruturado como linguagem*. Porto Alegre: Artmed.

Dunker, C. I. L. (2011). *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume.

Freud, S. (1990). Projeto para uma psicologia científica. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *Obras completas*, *Vol. 1*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1950[1895])

Freud, S. (1990). Estudos sobre a histeria. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *Obras completas*, *Vol. 2.* Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1895)

Freud, S. (1987). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris: Gallimard: Folio-essais. (Trabalho original publicado em 1905)

Freud, S. (1990). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In J. Strachey (Ed.), *Obras completas*, *Vol. 12.* Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1912)

Freud, S. (1990). Recordar, repetir e elaborar. In J. Strachey (Ed.), *Obras completas*, *Vol. 12*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914)

Freud, S. (2004). Pulsões e destinos das pulsões. In L. A. Hanns (Ed.& Trans.), *Escritos sobre a psicologia do inconsciente* (pp. 145-162). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915)

Freud, S. (1981). *Au-delà du principe de plaisir. In Essais de Psychanalyse*. Paris: PetiteBibliotèque Payot. (Trabalho original publicado em 1920)

Forbes, J. (2003). *Você quer o que deseja*? Rio de Janeiro: Best Seller.

Hanns, L. A. (2004). Comentários do editor brasileiro. In L. A. Hanns (Ed. & Trans.), *Escritos sobre a psicologia do inconsciente* (pp. 137-144). Rio de Janeiro: Imago.

Hermann, R. E., Paiva, E. S., Helfensein Junior, M., Pollak, D. F., Martinez, J. E., Provenza J. R. ... ...Fonseca, M. C. M. (2010). Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia: Órgão oficial da Sociedade Brasileira de Reumatologia*, *50*(1), 56-66.

Kuahara, M.V. (2004). *Fibromialgia: A percepção da doença pela mulher. Uma investigação através do método qualitativo*. (Tese de doutoramento, não publicada). Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

Lacan, J. (1998). O estádio do espelho como formador da função do eu. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho originalmente publicado em 1949)

Lacan, J. (1998). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho originalmente publicado em 1953)

Lacan, J. (1998). De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho originalmente publicado em 1955)

Lacan, J. (1998). A direção do tratamento e os princípios de seu poder. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho originalmente publicado em 1958)

Lacan, J. (1998a). Do sujeito enfim em questão. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.(Trabalho originalmente publicado em 1966)

Lacan, J. (1998b). A ciência e a verdade. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho originalmente publicado em 1966).

Lacan, J. (1997). *O seminário: livro 7: a ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho originalmente publicado em 1959)

Lacan, J. (1973). *O seminário: livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho originalmente publicado em 1964)

Lacan, J. (1992). *O seminário: livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho originalmente publicado em 1969)

Lacan, J. (1985). *O seminário: livro 20: Mais ainda*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1972)

Lacan, J. (1974-75). *O seminário: livro 22: R.S.I.* Inédito.

Nasio, J. D- (1993). *Cinco lições sobre a teoria de Jacques Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Pollo, V. (2012). *O medo que temos do corpo: psicanálise, arte e laço social*. Rio de Janeiro: 7 Letras.

Quinet, A. (2000). *A descoberta do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Rey, R. (2012). *História da dor* (C. Gambini, trans.). São Paulo: Escuta.

Soler, C. (2012). *Lacan, o inconsciente reinventado*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

Vanier, A. (2005). *Lacan*. São Paulo: Estação Liberdade.

21 O velho e seu corpo: um estudo da velhice à luz da literatura e da psicanálise[1]

Priscilla Melo Ribeiro de Lima
Terezinha de Camargo Viana

Ao se fazer referência à velhice, quase de maneira inevitável, o corpo envelhecido é tomado como fio condutor. De fato, as primeiras evidências do processo evolutivo do envelhecimento se dão pelas marcas corporais, embora sempre percebidas pelo sujeito. As mudanças corporais, percebidas principalmente a partir da maturidade, transformam a forma como o sujeito lida consigo e com o outro. O envelhecimento corporal amiúde é experimentado como perda. É inevitável que, aos poucos, o corpo vá sofrendo perdas em suas habilidades, autocontrole e aparência. O velho se vê confrontado com um corpo que reflete a passagem do tempo e não mais possui a beleza e juventude de outrora. Rachel de Queiroz (2002, pp. 56-58), aos 85 anos, faz um desabafo acerca da velhice:

(1) Este trabalho é um desdobramento de ideias desenvolvidas em *Tempus fugit... carpe diem*. *Poiesis*, *velhice e psicanálise*, pesquisa que contou com apoio da CAPES, sob a forma de Bolsa de Doutorado.

> Aos moços dou um conselho: não fiquem velhos. Verdade que as opções são poucas – morrer, ou lutar contra a velhice. E morrer não seria opção, mas entrega; e a luta? Bem, a luta resulta sempre numa batalha perdida e inglória. Entre os processos cruéis da natureza, é a velhice o mais cruel. Implacável, insidiosa, ataca por todos os lados, abre a porta a todas as moléstias mortais. (...). Te ataca o coração, o pulmão, todas as demais vísceras (...). E mais a fiação arterial e venosa; e a coluna! E não falei na atividade cerebral. E também esqueci os ossos, a infame osteoporose, que te rói os ossos pelo tutano (...). Os moços compadecidos, os quarentões assustados e os próprios velhos, apelando para tudo, inventaram ultimamente essas bobagens de 'terceira idade', clubes e associações que trabalham contra o isolamento e as tristezas da velhice (...). Você contempla no espelho, vê as rugas do seu rosto, do seu pescoço, como se olhasse uma máscara que se desfaz. Vê bem, sabe como está velho, embora não sinta que está velho. Sua alma, seus sentimentos, sua cabeça, nada disso confirma a palavra ou a imagem do espelho. Mas os outros só veem de você o que o espelho vê (...). Contudo, o pior é quando você, com honesta sinceridade, lamenta diante de alguém os estragos que lhe traz a velhice, e esse alguém protesta com veemência: "Eu queria, quando chegar à sua idade, ter essa sua lucidez!" Lucidez? O que é que esse cara esperava? Que você já estivesse caduco?

O choque entre a imagem que se vê e a imagem que se tem de si é angustiante. O desenvolvimento de nossa imagem corporal e da imagem de si mesmo tem suas raízes na infância. Compreender como esse processo de estruturação ocorre pode contribuir para que compreendamos melhor a subjetividade do idoso e sua relação com seu corpo.

Corpo subjetivo, corpo envelhecido

O eu é corporal, passa pela imagem de si erigida sob os olhares dos outros e sob o próprio olhar e experiência corporal da criança. O corpo recebe as marcas do olhar e da palavra do outro antes de o próprio sujeito identificá-lo e de construir uma imagem corporal de si. O eu vai se constituindo como "uma projeção da superfície corporal (...) como correlato mental da forma corpórea" (Costa, 2005, p. 72).

A partir de Freud, podemos afirmar que a constituição do Eu se dá como derivação das sensações corporais. O Eu "é, sobretudo um Eu corporal" (Freud, 1923/2007, p. 38) e está perpassado pelas pulsões e pelo desejo. As pulsões, a partir de Freud (1915/2004b), são compreendidas como um conceito que se situa na fronteira entre o mental e o somático, como representante psíquico dos estímulos originados dentro do organismo. A pulsão seria uma exigência de trabalho feita à mente em consequência de sua ligação com o corpo, que é pulsional.

A partir do corpo pulsional e das satisfações obtidas, inúmeras identificações vão ocorrendo no decorrer da vida. De início, há o corpo pulsional fragmentado em zonas erógenas, estrado para o desenvolvimento da sexualidade e estabelecimento das relações entre o dentro e o fora do corpo, observam Lazzarini e Viana (2006). Esse corpo recortado vai se transformando em vivência de totalização e unificação corpórea em torno da imagem corporal. Lacan afirma que essa etapa da vida, denominada de estádio do espelho, pode ser compreendida a partir do conceito de identificação que é tomado como a "transformação produzida no sujeito quando ele assume uma imagem" (Lacan, 1949/1998, p. 97).

O *infans* passa a experimentar seu corpo como uno a partir do que o Outro lhe reflete e lhe fala. Essa identificação e construção de uma *imago* própria ocorre a partir do olhar da mãe, do Outro. Seguindo as articulações de García-Roza (1990), podemos afirmar que a partir da articulação entre o corpo real, pulsional, e o corpo simbólico, perpassado pela linguagem e pelo *locus* da representação da pulsão, surge o corpo imaginário. O outro, Lacan (1975/1986, p. 148) postula,

"tem para o homem valor cativante, pela antecipação que representa a imagem unitária tal como é percebida, seja no espelho, seja em toda realidade do semelhante". Quando o corpo próprio é percebido como tal, desenvolve-se o narcisismo primário.

O corpo narcísico se refere, portanto, à constituição do Eu a partir da presença do outro. A subjetividade é constituída narcisicamente através da mediação do outro. A identidade egóica amolda-se pela imagem corporal que atende à demanda do outro. Esse outro, inicialmente os pais e adultos significativos, atribui ao sujeito uma imagem de "completude física, emocional e moral proporcional à sua fantasia de perfeição e exige em troca a submissão a este ideal", ressalta Costa (2005, p. 73). O eu é, portanto, da ordem do imaginário em uma espécie de defesa ante ao esfacelamento do real. Jorge (2008) afirma, entretanto, que o "imaginário não é da ordem da mera imaginação e esse registro deve ser entendido como o da relação especular, dual, com seus logros e identificações" (p. 46). A imagem projetada traz a ilusão da completude e realização plena e permanente do desejo.

A subjetividade é investida, desde a sua origem, de emblemas simbólicos e imaginários. Simbólicos porque precisa responder ao nome próprio, sexo e parentesco; e imaginários devido à idealização feita pelos pais. Kupermann (2003) afirma que o encontro entre o investimento parental inicial e os investimentos pulsionais do bebê conduz à emergência dessa nova ação psíquica que permite a unificação da imagem de si – o narcisismo primário. Em decorrência desse processo, erige-se um Eu-ideal depositário da perfeição e completude. A unidade e totalidade imaginária do ego servem como uma forma de organização do corpo pulsional fragmentado (Kupermann, 2003).

Esse corpo é, inicialmente, investido das projeções narcísicas dos pais. Freud afiança que os pais revivem o próprio narcisismo frustrado no filho. Ao mesmo tempo em que engrandecem suas qualidades, físicas e cognitivas, ignoram as deficiências da criança. O investimento parental traça uma imagem que reflete a idealização de Eu em função do desejo do outro. Dessa forma, o *infans* se torna depositário de todo um ideal de perfeição dos pais, além de ser responsabilizado por su-

prir suas demandas frustradas. É, justamente, o Eu-ideal construído a partir do encontro entre o investimento parental e o investimento infantil o que inaugura a imagem unificada de si mesmo. Da organização e unificação do corpo pulsional surge o corpo narcísico que intenciona representar a totalidade do sujeito, mas também trabalhar para sua conservação. O Eu-ideal é marcado por um intenso investimento autoerótico em que o Eu é constantemente investido de libido. Entretanto, afirma Freud (1914/2004, p. 112) que o sujeito não permanece nesse estado de plenitude por muito tempo, pois as admoestações próprias da educação, bem como o despertar de sua capacidade interna de ajuizar, irão perturbar tal intenção. Ele procurará recuperá-lo então na nova forma de um Ideal-de-Eu. Assim, o que o ser humano projeta diante de si como seu ideal é o substituto do narcisismo perdido de sua infância, durante a qual ele mesmo era seu próprio ideal.

O Eu-ideal é progressivamente substituído pelo Ideal-de-Eu que marca o investimento da libido nos objetos. A frustração das possibilidades de satisfação plena associada às interdições culturais abalizam a subjetividade em sua inerente incompletude. O Ideal-de-Eu surge como consequência da castração em uma tentativa do Eu de recuperação da própria unidade. Kupermann (2003) afirma que é como se o Eu dissesse: “Ainda não sou, mas posso vir a ser” (p. 112). Inaugura-se uma instância que permite ao sujeito fantasiar, criar e investir seu desejo frustrado de satisfação plena no futuro. Essa nova organização inscreve a temporalidade e o reconhecimento da finitude no psiquismo.

O Ideal-de-Eu é impregnado pelos valores, ideais e interdições sociais. Dessa forma, Kupermann (2003) nos afirma que o Eu se constrói através dos processos identificatórios mediados pela linguagem. O Ideal-de-Eu, instância herdeira do Complexo de Édipo e portadora da *imago* paterna, torna-se alvo do investimento narcísico. Como desdobramento de todo esse processo, essa nova instância carrega a marca da alteridade – o Eu percebe a necessidade da intermediação do outro para a realização de seu desejo. O Eu é, portanto, uma construção intersubjetiva, assevera Teixeira (2003). Constitui-se, em grande parte, a partir daquilo que idealizamos e fantasiamos causar no outro, e gozamos, em grande medida, com o

usufruto dessa condição. “Nosso desejo é o de fazer o outro nos desejar, e nossa satisfação consiste em alcançar, na realidade ou na imaginação, o que antecipamos de forma imaginária” (Costa, 2005, p. 73). Assim, durante a primeira infância, a criança apreende que sua realidade é regida pelo desejo dos outros que se manifesta através do espelho presente no olhar.

A falência do narcisismo primário desencadeia uma busca por recuperação da unidade através da construção de uma *imago* paterna. Essa *imago* está ancorada nos processos de identificação mediados pela linguagem. O Ideal-de-Eu está destinado a servir, de acordo com Kupermann (2003), a dois senhores: o corpo narcísico – a partir de sua regulação autoconservadora do princípio prazer/desprazer e além desse princípio, e o corpo pulsional – com sua constante exigência de trabalho psíquico. Essa instância ideal, ressalta Kupermann

> porta em si mesma uma marca da alteridade, (...) desempenhando uma função mediadora do incessante movimento pulsional no encontro de objetos de satisfação no âmbito da relação com o Outro, permitindo assim o movimento do psiquismo no sentido da modulação de suas frustrações e da busca de suas realizações. (2003, p. 111).

A alteridade fornece, portanto, subsídios para a construção ideal que guiará o sujeito. Modular as frustrações e buscar novos objetos de investimento pulsional é função desse Ideal-de-Eu pautado na alteridade. O olhar do Outro estará sempre presente. Assim como em todas as etapas da vida, a imagem de si, na velhice, está ancorada nos processos de identificação construídos a partir do outro e intermediados pelos ideais culturais (Freud, 1914/2004). Dessa forma, “a identidade não é um estado, é uma busca do Eu que só pode receber sua resposta reflexiva através do objeto e da realidade que a refletem”, afirma Green (1988, p. 45). Como em um espelho, ou vários, a realidade reflete a identidade do sujeito que, por conseguinte, constrói uma imagem de si.

Temos apenas fragmentos e a ilusão de totalidade apreendida a partir desse Outro que nos reflete. Py (2004) declara que para além do que conseguimos apreender do corpo físico, erguemos uma construção imaginária desse corpo que fundamenta o processo contínuo das identificações durante a vida. O corpo imagético mantém-se, de certa forma, constante até a adolescência quando sofre transformações. A partir dessa etapa da vida, quando a sexualidade pode ser usufruída de forma integralizada, a imagem do corpo permanece quase inalterada. Em um movimento de idas e vindas entre mudanças e permanências, as identificações moldam a ideia de quem somos e para quem somos.

Mas essas identificações são confrontadas pelas transformações provocadas pelo tempo, a partir da maturidade. Rugas no rosto, flacidez na pele, cabelos brancos, menopausa são sinais da passagem do tempo. O Eu-ideal é confrontado com a fragilidade e envelhecimento do corpo real e por seu reflexo. Apesar da familiaridade com a imagem de si e a identidade construída ao longo da vida, a imagem marcada pelo tempo e refletida no espelho e no olhar do outro produz no idoso uma sensação de familiar estranheza. Assim como na adolescência, na velhice a imagem de si idealizada é colocada em situação de xeque. Essa imagem construída a partir do Eu-ideal juntamente com a do Ideal-de-Eu apresenta uma discrepância em relação àquela constatada no âmbito do real.

Rubem Alves declara que se descobriu velho quando viu sua imagem refletida no espelho dos olhos de uma moça. Na crônica *"O crepúsculo"*, afirma: "Os espelhos são objetos dotados de poderes estranhos. (...). De um espelho temos de nos aproximar com os devidos cuidados, para evitar o susto. Pois o susto de se ver refletido no espelho, sem se estar para isso preparado, pode ter consequências imprevisíveis" (2001, p. 21). O estranhamento aparece ao se comparar a imagem refletida ao que se percebe internamente: "Sua alma, seus sentimentos, sua cabeça, nada disso confirma a palavra ou a imagem do espelho", desabafa Queiroz (2002, p. 57). Em relato pessoal, Freud (1919/1996, p. 265) ilustra a sensação do estranho que é da "categoria do assustador e que nos remete ao que é conhecido, de velho, e há muito familiar" (p. 238):

> Estava eu sentado sozinho no meu compartimento no carro-leito, quando um solavanco do trem, mais violento que o habitual, fez girar a porta do toalete anexo, e um senhor de idade, de roupão e boné de viagem, entrou. Presumi que ao deixar o toalete, que havia entre os dois compartimentos, houvesse tomado a direção errada e entrado no meu compartimento por engano. Levantando-me com a intenção de fazer-lhe ver o equívoco, compreendi imediatamente, para espanto meu, que o intruso não era senão o meu próprio reflexo no espelho da porta aberta. Recordo-me ainda que antipatizei totalmente com sua aparência.

Borges (1975/2000), em *"O outro"*, relata experiência de encontro consigo mesmo anos mais jovem. Borges jovem afirma ao velho: "O estranho é que nos parecemos, mas o senhor é muito mais velho, com a cabeça grisalha" (p. 10). A estranha familiaridade com o corpo envelhecido se faz clara no texto, assim como a impossibilidade de conciliação total entre as duas imagens:

> Sob nossa conversação de pessoas de leitura miscelânea e de gostos diversos, compreendi que não podíamos nos entender. Éramos demasiado diferentes e demasiado parecidos. Não podíamos nos enganar, o que torna o diálogo difícil. Cada um de nós dois era o arremedo caricaturesco do outro (p. 14).

O princípio de realidade presente na imagem real do espelho sempre deixa escapar algo. É como se a vivência do eu fosse a vivência de um 'duplo', um outro eu diferente de si mesmo, envelhecido. Esse 'duplo' pode ser compreendido como o retorno de vivências infantis recalcadas quando ainda não era nítida a separação entre o eu e o mundo externo, e o corpo ainda era experimentado como fragmentado (Freud, 1919/1996). Mario Quintana faz um alerta: "Cuidado! A nossa própria alma apanha-nos em flagrante nos espelhos que olhamos sem querer"

(1973/1995, p. 5). E não há como escapar deles, pois estão constantemente presentes na alteridade.

A partir da maturidade e, principalmente, na velhice, há a percepção de que algo de si mesmo vai se perdendo e parece restar o cansaço de tudo. O Eu-ideal, a partir do qual primordialmente o Eu se forma através de sucessivas identificações com os outros à sua volta, pode se tornar, nas palavras de Messy (1999), em Eu-feiura e chegar ao extremo do não reconhecimento de si nas demências. A imagem no espelho percebida como "uma máscara que se desfaz", como descrito por Rachel de Queiroz, reflete o horror ante a possibilidade de um Eu que se desfaz aos poucos e remete ao medo da fragmentação e à angústia do desamparo. O olhar do Outro permanece fundante. Quando o desejo não é percebido no olhar do outro, o sujeito sofre. O velho, muitas vezes, deixa de ser objeto de desejo e também objeto de respeito. Queiroz (2002, p. 116) declara:

> Na mentalidade da maioria das pessoas, velho é pra viver preso, na casa, no quarto; o ideal é uma cadeira de rodas, mas nem sempre a consequem. E o infeliz do idoso quase nunca pode se defender da solicitude dos mais moços, filhos, parentes, guardiões; "Não coma esse doce, olha o diabetes!" (como se o doce fosse de arsênico). "Cuidado, não vá tropeçar!" "Calma, segure bem no corrimão!" "Olha o buraco na calçada, veja onde está pisando!" E os mais solícitos ou mais medrosos nos seguram com tanta força o braço que até parecem estar carregando às grades um preso renitente. (...). Ninguém parece entender que a primeira condição para o velho não se sentir tão velho é deixá-lo sentir-se livre. Resolver seus problemas pessoais; ser ele próprio quem conte os seus sintomas ao médico, ser ele próprio quem decide se toma ou não os remédios prescritos – como faz todo mundo. Deixar que ele se liberte um instante ao menos da tutela dos "entes queridos" e não lhe ralhar se ele, liberado, der uma topada, um tropicão, no exercício dessa liberdade. Deixá-lo que durma só, que não lhe apareça ninguém no quarto à meia-

> noite, perguntando se ele está insone (está muito feliz, lendo), se esqueceu de tomar o Lexotan...

A infantilização da velhice e ausência de desejo vão, aos poucos, minando a imagem que o idoso tem de si mesmo. São os pequenos traços, as pequenas identificações, reeditadas durante a vida que moldam a identidade do sujeito, mesmo na velhice, afirma Mucida (2009). As relações imbricadas e indissociáveis entre a percepção interna e o reflexo externo fazem com que o que é introjetado do Outro se torne parte de si mesmo. Quando o sujeito sofre frustrações no âmbito social, na velhice ou em qualquer outra etapa da vida, devido à incapacidade de cumprir os ideais culturais, instala-se nele um conflito entre o Eu e o Ideal-de-Eu. Na velhice, esse embate se intensifica quando padrões de beleza jovial e produtividade não se aplicam mais, mas permanecem como ideais culturais. O velho, que não mais supre essa demanda social, passa a ser tutelado pelas pessoas à sua volta, como se sua autonomia inexistisse – o velho perde a liberdade de se expressar e se movimentar, em casa e na vida.

As expressões comumente utilizadas para a velhice desencadearam uma forma de higienização da velhice. O velho, tratado respeitosamente como integrante da terceira/melhor idade, é um sujeito cuja sexualidade, autonomia e singularidade lhe são negadas. Queiroz (2002, p. 45) retrata sua indignação com a forma como os velhos são tratados e alienados da sociedade:

> ‘Terceira Idade’. Por que 'terceira'? Terceira de quem? Como membro da população de velhos do país, ressinto-me e recuso-me a ser arrolada numa minoria, afastada dos demais cidadãos. Afinal, a lei não nos discrimina: nós, os velhos, podemos votar e ser votados, o que é o primeiro direito da cidadania. Podemos comprar, vender, negociar, assinar cheques (e testamentos!); fazer tudo que os demais cidadãos podem fazer, se estão de bem com a lei. Então, para que essa invenção de “Terceira Idade”? Botar um bando de velhos e velhas dançando tango argentino,

em festinhas de caridade, para mostrar como são tão engraçadinhos, parecem crianças! Velho não precisa de prateleira especial, velho é gente como todo mundo e pode viver normalmente no meio da população, da família, da sociedade. (...). Todo velho tem o direito de viver em paz, até que chegue a sua hora de cair morto. Desculpem o desabafo, mas creio que estou falando em nome de toda a nação de velhos, discriminados arbitrariamente e não pela sua própria incapacidade de viver, já que a maioria vive à própria custa ou pelo menos dos proventos de sua aposentadoria honestamente conquistada. Quando a gente precisar, pede ajuda. Em lugar dos paparicos só queremos um pouco de respeito. Não é, meu querido Mário Lago? Como diz você, se estamos vivos, a nossa biografia ainda está em aberto.

O Corpo e o Velho

A expressão “terceira idade” parece provocar no imaginário a necessidade de abandono do desejo. A imagem dos velhinhos tentando dançar tango argentino em roupas da década de 1920, descrita por Rachel de Queiroz, nada tem de objeto de desejo. O olhar do Outro indica isso. O sofrimento surge quando o sujeito deixa de ser objeto de desejo, cujo corpo é segregado do amor e negado em seu desejo. Rubem Alves desabafa em *“A pior idade”* (2009, pp. 53-55):

> “Deve ter sido um demônio zombeteiro disfarçado de anjo que inventou que a velhice é a “melhor idade”. Chamar velhice de “melhor idade” só pode ser gozação, ironia, dizer o contrário do que se quer dar a entender. (...). A coisa mais humilhante da velhice é quando a gente começa a ser tratado como objeto de respeito e não como objeto de desejo. Não quero ser respeitado. Quero ser desejado”.

O ser humano é, na velhice, confrontado pela desqualificação do corpo envelhecido marcado no social pelos estigmas do declínio, feiura e doença. O luto pelo

corpo envolve reestruturação do esquema e imagem corporal e do conceito de si. Na velhice, o sujeito pode perder-se frente à própria imagem, como “o engodo de Narciso ao tentar igualar-se à sua imagem refletida”, ressalta Mucida (2009, p. 69). Ao tentar igualar-se à imagem ideal, o sujeito aprisiona-se em uma busca incessante e inalcançável que aliena o sujeito de si mesmo. O novo não apaga o mal-estar e a angústia do desamparo, muito menos preenche a falta inerente ao sujeito. Vemos uma busca incessante pela modificação do corpo real em tentativa de alteração do corpo imagético e de seu reflexo no olhar do Outro. Entretanto, a imagem odiada não se refere exclusivamente àquela refletida pelo espelho e marcada pelo envelhecimento. Mucida afirma que a imagem odiada se relaciona

> fundamentalmente com os laços com os outros e com o reconhecimento, incluindo os laços sociais, familiares, de amizade, os projetos de vida e de como cada um conduz as mudanças e perdas, das quais a imagem no espelho é apenas uma (2009, p. 70).

Esse encontro com o real de um corpo envelhecido associado a perdas relativas às possibilidades de laços sociais e laços sublimatórios pode desencadear um retorno ao Eu ideal através da identificação com certos objetos. Mucida (2004) observa que muitas vezes o apego excessivo de alguns idosos aos objetos especuláveis aponta a uma tentativa de promover alguma identificação de si mesmo com os traços depositados nos objetos. Rachel de Queiroz se questiona: “como pedir coerência à cabeça se o corpo, do qual ela depende, não está em boas condições?” (2002, p. 275). Ao completar 80 anos, Queiroz escreve sobre como vê e sente sua velhice:

> O que me dizem com mais frequência é: “Oitenta anos, quem me dera, com tanta vitalidade!” E a verdade é que não estou com essa bola toda, tenho lá os meus achaques, vários. Em todo caso é mesmo um milagre de durabilidade este nosso corpo humano. (...). Mas como dói! Aliás, a dor é o seu melhor sinal de vida. Só não dói depois de morto. Dói por

> dentro, dói por fora, emite invisíveis antenas por todo ele, procurando captar a dor – ou as dores. E a alma? Embora muitos não acreditemos que ele seja movido a alma, como dói, ah, como dói também essa controvertida essência do corpo! Pois todo esse inventário de obstinações e misérias somos nós, com os nossos 80 anos de vida. Se empurrando, se medindo, lutando acordado ou dormindo pra não parar de repente, pra não perder o famoso lugar ao sol. Gritando pra ser notado (1993, pp. 92-93).

A velhice, de fato, pode desencadear diversas doenças e dores. O envelhecimento corporal, acentuado após a maturidade, é caracterizado pela diminuição da vitalidade e da capacidade de resiliência do corpo. Em muitos casos, porém, há uma fixação nesse corpo doente como tentativa de amenização do sofrimento desencadeado não apenas pelo corpo, mas derivado da retirada do suporte para o desejo proveniente do Outro. Mucida afirma que “agarrar-se ao corpo doente é uma tentativa de dar-lhe consistência. Em substituição aos laços fragilizados e uma imagem que se modifica pode imperar o corpo doente” (2009, p. 75). Assim, a manifestação desse sofrimento pode ocorrer através da hipocondria, de estados depressivos ou maníacos e, mais gravemente, esquecimentos esporádicos que podem culminar nos estados demenciais, conforme análises de Birman (1997) e Goldfarb (2004).

A dor, diferentemente do sofrimento, é uma experiência solitária em que a subjetividade fecha-se em si mesma na ausência do outro. Birman (2003, p. 5) articula esses dois conceitos e afirma que “a interlocução com o outro fica assim coartada na dor, que se restringe a um murmúrio e a um mero lamento, por mais aguda e intensa que seja aquela”. A ausência da simbolização da dor, possibilitada na alteridade, pode levar o idoso a entrar em sofrimento psíquico. Pode ocorrer uma mortificação do corpo que mina o somático e traça o vazio da autoestima (Birman, 2003). Diferentemente da dor nas patologias narcísicas em que a alteridade está constitucionalmente ausente, a dor pode se manifestar na velhice pela saída

voluntária do outro. Não se perceber como objeto de desejo, perder o Outro enquanto suporte para o desejo pode conduzir o velho a um fechamento em si mesmo. Queixumes intermináveis, idas constantes ao médico, busca por medicamentos milagrosos são sintomas de um corpo que dói, podendo conduzir o velho a um isolamento progressivo. A dor, para se transformar em sofrimento, precisa ser ouvida e vista. A simbolização só é possível via alteridade.

A falta de reconhecimento do próprio corpo é, frequentemente, percebida não apenas pelas pessoas que cercam o idoso, mas por ele próprio. Mucida (2009) argumenta que enquanto os corpos da criança, do adolescente e do adulto são tocados, olhados e desejados, o corpo envelhecido é, muitas vezes, ignorado. “Sem palavras, olhares, toques, cheiros e todo um campo de afeto que oferecem consistência ao corpo, predomina o palco para a morte em vida” (p. 77). Há sempre o medo da fragmentação reforçado pela forma que o corpo do velho é tratado. Há inúmeras especialidades médicas para cada uma das partes de seu corpo que necessitam mais urgentemente de acompanhamento: coração, veias, rins, cérebro, ossos. Mesmo diante do médico geriatra, as partes que doem parecem receber o olhar e o cuidado em detrimento do corpo uno.

Muitos sujeitos acabam por regredir a estados anteriores ao se sentirem ameaçados ou feridos narcisicamente, abandonados e sem saída, com ideais impossíveis de serem realizados. Assim, apegar-se ao corpo doente pode ser uma tentativa de substituir laços fragilizados e a imagem de si por um corpo doente, que é olhado e tocado. Identificar-se como ‘velho doente’ se torna uma forma de encontrar contornos para si através da catexização de seus órgãos internos. Dessa forma, o luto pelo o corpo não é possível, pois em seu lugar certas necessidades são supridas, como a de dependência e vinculação, além de tornar-se objeto de investimentos amorosos, afirmam Goldfarb (1998) e Mucida (2004; 2009). O corpo passa a ser vivenciado como um duplo, um outro culpado pelas dificuldades em certas habilidades físicas e cognitivas. O corpo, analisa Goldfarb (1998), é convertido em um inimigo sagaz não mais digno de confiança.

Iberê Camargo (2009, p. 33), artista plástico, relata uma experiência de se ver como um duplo:

> Sentado num dos primeiros bancos do ônibus número 15, vejo surpreso, e logo com crescente espanto, minha imagem refletida no retrovisor, com traje e movimentos que não são meus. Para afastar a possibilidade de uma alucinação, faço, como prova, exaustivos gestos propositadamente exagerados, que a imagem refletida não repete. – Um sósia? Mas esse é semelhante, jamais idêntico. Meu desassossego, meu espanto crescem. O outro, com roupa e movimentos diferentes, permanece tranquilo, impassível, alheio à minha presença e parece nem se importar em ser réplica. – Ele não me terá visto? Impossível, estamos próximos. Ele talvez ocupe um assento à minha frente. Não sei. A ideia do indivíduo ser dois apavora. Já agora preso de um terror incontrolável, soo a campainha do coletivo e desço precipitado, sem olhar para trás, sem sequer ousar localizá-lo: falta-me coragem para ver o outro que vive fora de mim.

A vivência do duplo, experimentada primeiramente durante o narcisismo primário, pode reaparecer na velhice e receber novo significado. Freud afirma que o 'duplo' pode ressurgir com a função de observação e crítica do Eu exercendo uma censura dentro da mente. A partir dessa constatação, Freud afirma que "o fato de que existe uma atividade dessa natureza, que pode tratar o resto do ego como um objeto – isto é, o fato de que o homem é capaz de auto-observação – torna possível investir a velha ideia de 'duplo' de um novo significado e atribuir-lhe uma série de coisas" (1919/1996, p. 253). Nos três casos de experiência com o duplo relatados nesse capítulo, a saber, Freud, Borges e Iberê, o outro eu possui as características não identificadas ou negadas em si mesmo. Em Freud e Iberê, o duplo causa espanto e certa repugnância, com aspectos envelhecidos que os sujeitos não reconhecem em si mesmo. Como se o velho fosse sempre o outro, Freud projeta em seu duplo a própria velhice. Mas na experiência de Borges, o du-

plo é o eu rejuvenescido, como em uma tentativa de reviver a época em que a solidão da cegueira ainda não havia se instaurado e o futuro a ser construído ainda era sonhado. Borges ressalta que a rememoração possibilita o encontro consigo.

As mudanças sofridas pelo corpo a partir da maturidade se refletem principalmente na capacidade física, na aparência corporal e nas habilidades cognitivas. A abrangência do impacto dessas mudanças provavelmente atingirá o exercício da agressividade, afetando as pulsões de autoafirmação e a pulsão de apoderamento. Quando esse impacto abala as estruturas psíquicas de enfrentamento da castração, o sujeito fica à mercê da angústia. Ao perceber que as perdas de capacidades físicas e habilidades cognitivas, e na aparência corporal são, em sua maioria, irrecuperáveis, o sujeito pode entrar em um estado de desamparo. O recolhimento fóbico-evitativo se torna uma defesa ante a denúncia do princípio de realidade de que não há mais o que desejar realisticamente ante às perdas corporais. Não se trata de meramente um retraimento libidinal dos objetos ao Eu, mas da perda de aspectos e identificações do Eu. A dificuldade em se ver desejado no olhar do Outro e a comprovação real de que, enquanto sujeito desejante, não mais cumpre certos ideais culturais, geram um processo de desidentificação. Esse processo seria caracterizado por uma melancolia, pela perda dos aspectos bons do objeto ao qual se identificara. Enquanto no processo de luto descrito por Freud (1917/2006) a perda do objeto desencadeia um processo de recolhimento da libido para que novos investimentos sejam feitos posteriormente, na melancolia o sujeito não consegue fazer novas ligações. A perda se dá em um campo mais ideal do que real e é transformada em uma perda de parte do próprio Eu identificado com o objeto perdido. Na velhice, além da perda dos processos de identificação, perde-se também o próprio corpo. O corpo conhecido, com o qual o sujeito adulto conviveu desde a adolescência, transforma-se em um outro corpo, diferente mas estranhamente familiar. Cecília Meireles (1958, p. 10), em *“Retrato”*, descreve:

> Eu não tinha este rosto de hoje, /assim calmo, assim triste, assim magro, /nem estes olhos tão vazios, /nem o lábio amargo. (...) /Eu não dei por

> esta mudança, /tão simples, tão certa, tão fácil: /– Em que espelho ficou perdida a minha face?

A perda da própria face em algum espelho do passado diz respeito à falta de identificação no espelho de hoje. A sensação que fica é de um vazio da imagem. No processo de desidentificação na velhice, a melancolia se dá não pelo recolhimento da libido dos objetos para o Eu, mas pela perda dos processos de identificação do Eu. Kamkhagi (2008) assinala que o problema desse luto na velhice está nas dificuldades do sujeito reconectar-se a novos objetos. O Eu que vai se desvelando com a entrada na velhice é cada vez menos admirável e desejável, o que pode levar a crises de angústia ou melancolia. Deixar de ser "objeto de desejo", não se ver refletido no olhar do Outro, pode desencadear um processo melancólico e, consequente, retraimento da libido.

O luto pelo corpo torna-se, portanto, necessário para que novos investimentos, que não sejam por vias regressivas, possam acontecer. Na adolescência, o luto pelo corpo infantil abre caminho para a assunção do corpo adulto, desejado e festejado. Na velhice, entretanto, o corpo que se destaca, além de não ser valorizado e cultuado, não traz promessas de novos ganhos (Mucida, 2009). Contrariamente, aponta para o fim de tudo. As palavras de Alves sobre o modo como um olhar sem desejo pode afetar o velho são, mais uma vez, bastante pertinentes: "A coisa mais humilhante da velhice é quando a gente começa a ser tratado como objeto de respeito e não como objeto de desejo. Não quero ser respeitado. Quero ser desejado" (2009, p. 55). Ao deixar de ser objeto de desejo, a sexualidade do velho é negada e barrada. Assim, os rearranjos libidinais se tornam mais difíceis. Contudo, vias elaborativas são possíveis para que uma estética da velhice seja construída e o velho possa obter prazer a partir de novas tramas libidinais.

Estéticas da velhice

A escrita da história do sujeito se dá através da escrita no e do corpo. As marcas relacionais em seu corpo se manifestam no olhar, nas expressões faciais, nos sinais e marcas na pele, nos gestos, no toque, na palavra. Esta é sua identidade corporal que necessita estar aberta em uma "versão sempre inacabada, para que o sujeito possa aceitar as mudanças que o tempo impõe, sem perder o sentido de permanência", argumenta Goldfarb (1998, p. 27). Perceber-se pertencente a um único e mesmo corpo, independentemente de suas modificações, garante uma identidade e estabilidade na relação com o outro. As exigências internas e externas de reedição do corpo imagético se presentificam preponderantemente em certas etapas da vida e exigem trabalho de reorganização da trama psíquica.

Diante de novas exigências internas e externas, o sujeito idoso necessita encontrar vias de elaboração psíquica para lidar consigo mesmo sem sucumbir a sintomas neuróticos paralisantes. O futuro como possibilidade, afirma Birman (1997), está entreaberto para o sujeito. Especificamente para o idoso, a elaboração das perdas abre suas possibilidades desejantes a partir da reavaliação do que pode ou não ser realizado, da ressignificação do passado e o remanejamento da libido.

Um dos desafios da velhice seria lidar com a imagem refletida no engodo do espelho. Perceber que essa imagem nunca resume a totalidade do ser aponta caminhos para possível ressignificação interna. Mucida (2009) enfatiza que "a imagem nos representa, mas não nos reduzimos a ela" (p. 56). O vazio da imagem vivenciado na velhice necessita ser suportado para que o sujeito consiga reinscrever seu desejo. Um corpo envelhecido sugere novas formas de investimentos libidinais que contornam o vazio refletido, dando-lhe bordas e novos contornos. Esse vazio, inerente ao ser desejante, é o resto indizível presente nos espelhos e que move o sujeito em busca da completude inalcançável. Mucida (2009, p. 70) afirma que "torna-se fundamental suportar a falta presente nessas escritas no corpo e na imagem, dando-lhes destinos nos quais o sujeito esteja implicado".

Lidar com as mudanças corporais e elaborar o luto pelo corpo e pela imagem de outrora não é tarefa fácil. Cada vez menos admirável e desejável ao olhar do Outro e, não raro, ao próprio olhar, o novo Eu que se revela requer remanejamento interno e busca por objetos substitutos. Quando essa elaboração interna é bloqueada, podem surgir estagnação e incapacidade de agir da libido. Por conseguinte, aparecem crises de angústia ou melancolia. O estranhamento de si e certo grau de desenraizamento podem se tornar um desconforto permanente para o idoso, afirma Kamkhagi (2008). Para além de resignadamente aceitar o próprio corpo envelhecido, é necessário um processo de incorporação e reintegração das marcas deixadas no corpo. Proust (1927/1947, p. 72) declara: "E aquelas bolsas sob os olhos e as rugas na testa não estariam ali se não houvesse existido sofrimentos no coração". Reconhecer-se na própria imagem e experiência corporais, por mais que sempre ocorra a sensação de estranha familiaridade e vivência de um duplo de si mesmo, aponta para a assunção do próprio corpo na velhice. Mucida (2009) afirma a existência de um espelho que não se quebra. Entretanto, este espelho necessita ser recriado a começar pelo acolhimento da própria história evidenciada pelas marcas, dobras e rugas no corpo.

Redescobrir o próprio corpo e formas substitutivas de obter prazer, através de vias de amar e cuidar de seu corpo envelhecido, deixando-o aprazível para si mesmo, é tarefa que o sujeito necessita exercer por si mesmo. Fazer novos investimentos na imagem de si quando os outros não abrem muitas trilhas é via salutar de elaboração do luto pelo próprio corpo, afirma Mucida (2009). Em conversa com um jornalista americano em 1930, Freud afirmou (citado por Slavutzky, 2005, p. 223):

> Setenta anos de existência me ensinaram a aceitar a vida com alegre humildade. Não gosto do meu palato artificial porque a luta para mantê-lo em função consome minha energia. Prefiro, entretanto, um palato postiço a nenhum, ainda prefiro a existência à extinção... Não sou um pessi-

> mista, não permito que nenhuma reflexão filosófica me faça perder o gozo das coisas simples da vida.

A capacidade de Freud em transformar a percepção da própria velhice e limitações advindas dela em nova forma de pensar e tratar a si mesmo demonstra possibilidades de rearranjos na velhice. Loureiro (2007) afirma que "o certo é que Freud não se entrega às lamúrias (...); [mas] assinala que está cônscio de tais limites e segue buscando maneiras alternativas de figurar seus objetos" (p. 16). Aprender a criar caminhos para novos investimentos libidinais é necessário em qualquer época da vida, e essencial para a elaboração de novas formas de lidar com o corpo envelhecido. Assim, pode ocorrer o desbloqueio das vias de enfrentamento da castração nessa fase da vida.

O luto pelo corpo da juventude seria uma via de enfrentamento. Encarar o engodo do espelho e perceber que a própria identidade não se resume a seu reflexo é uma forma de perceber que a plenitude da vida é inalcançável. Há sempre algo que escapa por entre as mãos. Ao ser privado do olhar desejante e das possibilidades de identificação, o velho é lançado em estado de desamparo. Quando as dores do corpo são interpretadas como próprias da velhice, o sujeito é retirado do registro da diferença. Assim, é necessário reconhecer as mudanças do corpo que envelhece e elaborar as marcas tidas como negativas. Porém, antes do reconhecimento social e cultural, o próprio sujeito necessita se colocar em um *locus* de valor que o faça permanecer, ou lhe devolva, ao circuito do desejo.

Por vezes, a familiar estranheza ante a própria imagem se aproxima ao examinar fotografias antigas. Os álbuns de retrato, objeto e palavra que por si só remontam a algo de outra época, trazem o contraste entre o presente e o passado, época de maior satisfação narcísica. Em pesquisa acerca do processo de envelhecimento, essa psicanalista (Inês Loureiro) destaca a importância de se ter o espelho como aliado e não como inimigo. Perceber as próprias mudanças corporais durante o ciclo de vida auxiliam o sujeito a não se perceber velho de repente. Portanto,

o luto pelo corpo passa pelo reconhecimento de suas novas e antigas nuances. A velhice não é evento que acontece externamente ao sujeito, é algo inerente a ele. Por mais evidente que seja essa colocação, nem todos os sujeitos a percebem assim. Suportar o vazio, a falta detectada no espelho é essencial para a aceitação de que a subjetividade e a identidade não se resumem àquela imagem.

Ao conhecer e reconhecer os próprios limites, o sujeito traça os contornos de si mesmo. Birman (1997) assegura que a experiência dolorosa da confrontação com seus limites não se constitui como limitação ou conformismo, mas mantém o futuro em aberto com todas as suas possibilidades. O luto pelo corpo envolve um olhar para si mesmo. Perceber as mudanças corporais e reconhecer suas fragilidades podem abrir caminhos para sua aceitação. A redescoberta de si mesmo possibilita o aprendizado de novas formas de lidar com esse corpo. O processo de elaboração das perdas corporais, a partir da reavaliação das capacidades e atributos do corpo próprio, necessita de tempo. Muitas vezes o recolhimento da libido é necessário para que, posteriormente, novos objetos sejam alvo de investimentos. Aprender a lidar e a cuidar do corpo aponta para um caminho que desembocará em novos investimentos libidinais e novas fontes de prazer. A sexualidade na velhice, assim como nas outras fases da vida, é experimentada com características próprias. O desejo, que nunca morre, cria novas maneiras de se inscrever. Mucida (2009) afirma que, para alguns idosos, a idade acaba por trazer maior liberdade e conhecimento de si com efeitos notáveis sobre os encontros sexuais. Abrir-se para a possibilidade de encontrar o amor que suporta a falta atrela-se à maneira como o sujeito suporta em si mesmo a falta e a solidão que são intrínsecas à existência.

Em estudo sobre a velhice e a morte, Mannoni (1995) retrata a sexualidade a partir de características peculiares dessa fase. A cada etapa da vida a sexualidade é experimentada de formas diferentes. Na velhice, as modificações corporais demandam uma nova trama a ser feita na forma de lidar com o corpo e com a sexualidade. Mannoni afirma uma sexualidade pautada não apenas no prazer do órgão no ato sexual, mas também a que está presente na ternura e nos “contatos a se-

rem mantidos pela voz, o olhar, o toque" (p. 21). Pulsões parciais, como um olhar, uma forma particular de falar e de ser, um toque, certas palavras, ou seja, miudezas do cotidiano que, apesar de muitas vezes impossíveis de serem nomeadas, (re)acendem o desejo e reconduzem o sujeito ao amor.

A velhice pode ser um tempo para a redescoberta da cumplicidade e de novas vias para satisfação do desejo. García Márquez, em *"O amor nos tempos do cólera"* (2003/1985) e *"Memória de minhas putas tristes"* (2006), descreve as sutilezas presentes na sexualidade na velhice. O velho jornalista de *"Memória"* declara: "Naquela noite descobri o prazer inverossímil de contemplar, sem as angústias do desejo e os estorvos do pudor, o corpo de uma mulher adormecida" (p. 35). Em *"O amor"*, o encontro se dá entre dois velhos enamorados após mais de 50 anos de espera. A escrita da libido se dá de formas diferentes na velhice, García Márquez (1985/2003, pp. 420, 425) descreve:

> Era a primeira vez que fazia amor em mais de vinte anos e tinha-o feito embargada pela curiosidade de sentir como podia ser na sua idade após um retiro tão prolongado. Mas ele não lhe dera tempo para saber se o seu corpo também o queria. Tinha sido rápido e triste e ela pensou: "Agora é que está tudo fodido". Mas enganou-se: apesar do desencanto de ambos, não se separaram por um momento nos dias seguintes. (...). Não tentaram de novo o amor até muito depois, quando a inspiração chegou sem que a buscassem. Bastava-lhes a ventura simples de estar juntos. (...) Fizeram um amor tranquilo e são, de serenos avós, que se fixaria em sua memória como a melhor lembrança daquela viagem lunática (...). Deixavam passar o tempo como dois velhos esposos escaldados pela vida, para lá das armadilhas da paixão, para lá das troças brutais das ilusões e das miragens dos desenganos: para lá do amor. Pois tinham vivido juntos o suficiente para perceber que o amor era o amor em qualquer tempo e em qualquer parte, mas tanto mais denso ficava quanto mais perto da morte.

Alguns idosos redescobrem a sexualidade com o cônjuge de toda a vida ou com um novo parceiro. Mas nem sempre o sujeito idoso encontra alguém com quem possa construir um novo relacionamento. A aceitação do corpo envelhecido que pulsa e busca prazer é, muitas vezes, inaceitável.

O sujeito é jogado em uma encruzilhada: o desejo não cessa, mas como satisfazê-lo? A busca da satisfação pulsional não é apenas pela satisfação do desejo no prazer do órgão sexual, mas no toque do outro. O velho e o corpo precisam reaprender o caminho. A aceitação dos próprios limites corporais e a busca por vias alternativas de encontrar prazer no cotidiano e em suas relações sociais e familiares abrem novas perspectivas de usufruir da vida na velhice. Isso implica para o idoso certos desafios, no sentido de reaprender maneiras de lidar consigo e com as pessoas ao seu redor. Ser desejado e continuar a experimentar os prazeres de uma relação amorosa na velhice são temas, muitas vezes, proibidos no cotidiano de muitos velhos. A sexualidade na velhice é vista sob suspeita. Diferentemente dessa representação social negativa, a psicanálise nos reafirma que sob o velho corpo persiste um corpo que pulsa. No circuito da libido não há sujeito jovem nem sujeito velho, o desejo independe da idade. O eufemismo presente nas expressões ‘melhor idade’, ‘terceira idade’ não apenas tentam mascarar a realidade do corpo envelhecido, mas também acabam por barrar o sujeito velho transformando-o em apenas uma ‘pessoa idosa’. Messy (1999) dá especial destaque a essa expressão que elimina do sujeito sua subjetividade e desejo. “O indivíduo, seja qual for sua idade, permanece um sujeito com desejos, e cujo apelo é preciso sustentar, até o momento em que a mensagem vire sofrimento” (p. 140).

Dar contorno à dor e ao vazio da imagem são formas de lidar com a consciência da finitude do corpo. As marcas, as dores, os olhares, as perdas de atributos estéticos são ecos da mortalidade. A finitude, irrepresentável, é angustiante. Essas perdas narcísicas confrontam o sujeito com a possibilidade da castração real da morte mas, afirma Birman (1997), podem ser elaboradas em conjunto com um real que ofereça ao velho possibilidades de substituição simbólica das perdas. As relações de avosidade, o investimento na saúde física, a preservação da autono-

mia, o respeito às escolhas e decisões são exemplos de como o ambiente social pode auxiliar o velho. A substituição simbólica das perdas abre possibilidades para o velho encontrar formas de estetizar a própria velhice. O toque, o olhar, a palavra, o desejo alheio são indícios de que o corpo pulsional e simbólico estão presentes. A resposta do outro auxilia o sujeito a lidar com o vazio da imagem e a dar novos contornos e novas simbolizações às castrações do real. É a alteridade que contorna o corpo angustiado pela sensação de desamparo e aniquilação.

Em *"Apenas menos"* (1998/2008, pp. 37-38) Cony, aos 75 anos, retrata os efeitos da passagem do tempo não apenas no corpo, mas também na própria identidade:

> Com o tempo, não pioramos necessariamente. Continuamos na mesma, belos ou feios, bons ou maus, inteligentes ou burros. Só que "menos". A sutileza passa despercebida de nós próprios. É preciso um encontro, um acaso, até mesmo o testemunho explícito de um observador que possa captar o que em nós está "menos". Menos brilho no olhar, menos vitalidade no gesto, menos decisão na voz, menos rapidez no pensamento, menos alegria no sorriso. (...). Evidente que eu também tenho meu quinhão. Nem preciso de espelho e do testemunho alheio para sentir no olhar fatigado, no cansaço de tudo, que eu também estou menos – cada vez menos.

O olhar fatigado e o cansaço de tudo fica evidente como um efeito do tempo sobre o corpo. Aos poucos a vida parece se esvair. Esse cansaço é confessado por Cony em outros momentos e com certa ironia. Na crônica, *"Autorretrato"* (2010), Cony reproduz seu estranhamento e assombro diante da imagem que tem de si após os 70 anos: "Até hoje, quando me olho ao espelho, fico assombrado. Então, eu sou aquilo que aparece escovando os dentes, fazendo a barba, verificando o estrago do tempo nos olhos? Sempre fui assim? Ou fui pior ou melhor?" (2010, p. 160). A imagem refletida gera sempre esse assombro, uma inquietante,

mas familiar estranheza, como discutido anteriormente. É interessante observar a avaliação em: “sempre fui assim? Ou fui pior ou melhor? Os olhos são percebidos como estragados pelo tempo”. Na crônica anterior, *“Apenas menos”* (1998/2008, pp. 37-38), há a percepção de que, apesar de não piorarmos com o tempo, ficamos menos do que éramos. E o que resta? “Menos brilho no olhar, menos vitalidade no gesto, menos decisão na voz, menos rapidez no pensamento, menos alegria no sorriso”, afirma Cony. Resta o cansaço. A vida parece esgotar-se e desgostar-se. Somado a esse cansaço próprio da velhice, Cony enfrenta, há mais de uma década, um câncer linfático que lhe dificulta a movimentação das pernas. A luta do corpo contra o câncer é desgastante. Entretanto, Cony não se deixa abater. O prazer que obtém, através do humor irônico, é perceptível em algumas de suas crônicas e entrevistas. Ao ser questionado se, após os 80 anos, está em um tempo de releituras, Cony, em seu humor irônico, responde:

> Sou um homem terminal. Sofro de câncer linfático crônico há 11 anos. Faço quimioterapia uma vez por mês, resultando no enfraquecimento de minhas pernas. Ando de bengala. Para viagens, uso cadeira de rodas. Faço massagem e fisioterapia toda semana. Há 15 dias não saio de casa. E não vou à Academia Brasileira de Letras há mais de um ano. Ler, ou reler, é uma boa opção, não acha? (Silva, Canônico & Cuenca, 2012).

Ser um homem terminal remete não apenas ao câncer, mas ao término da vida. Parece existir um cansaço do corpo, próprio da velhice.

Percebemos em Cony a descrição e vivência de uma velhice muitas vezes em tom jocoso e irônico. Retomando a leitura de Slavutzky do sentido de humor em Freud, podemos afirmar que é uma forma de Cony aceitar a parcialidade do conhecimento da verdade e da vida, “e poder sorrir de seus defeitos, bem como de todo ser humano, aceitando assim as imperfeições da vida. O humor brinca com a seriedade da sociedade, bem como da morte”, afirma Slavutzky (2005, p. 216). Dessa experiência bem-humorada e irônica da velhice pode surgir uma per-

cepção mais positiva da condição de ser velho e não sucumbir à melancolia frente às perdas. É uma forma de manifestação de uma consciência autoimplicada e que consegue ter um olhar irônico sobre si e sobre sua história, e de desenvolver uma saudável tolerância às próprias ambiguidades e incoerências, analisa Rorty (1999).

O corpo, lugar em que e a partir do qual desfrutamos o prazer, é também fonte de sofrimento. Freud afirmou que o sofrimento nos ameaça a partir de "nosso próprio corpo, condenado à decadência e à dissolução, e que nem mesmo pode dispensar o sofrimento e a ansiedade como sinais de advertência" (1996b/1930, p. 85). Entretanto, como vimos no decorrer do capítulo, podemos encontrar formas de amenizar esse sofrimento e ainda obter prazeres substitutivos em face do corpo envelhecido. Freud menciona a técnica da arte de viver como a alternativa mais plausível para esse fim. Essa técnica se torna ainda mais necessária na velhice quando os ideais do Eu se tornam inalcançáveis e o próprio Eu é colocado em risco de fragmentação. Segundo Freud, a arte de viver consiste em, primeiramente, localizar a satisfação em processos mentais internos através da deslocabilidade libidinal sem se afastar do mundo externo. O sujeito assume-se responsável por si mesmo, mas liga-se a objetos do mundo externo e conquista a felicidade de um relacionamento emocional com eles. Além disso, a busca da felicidade através de uma fuga do desprazer é descartada como alternativa viável.

Buscar construir um Ideal-de-Eu plausível com a etapa de vida em que vive, e recusar enquadrar-se aos ideais impostos pelo social em que sua sexualidade e vias para elaboração psíquica são barradas, constitui-se uma forma de arte. Encontrar em si mesmo um Eu-outro que viabilize uma nova forma de reorganização do próprio Eu pode possibilitar a construção de novas ligações libidinais com o Outro. Freud (1996b/1930, pp. 89-90) ressalta que a técnica da arte de viver se encontra na

> modalidade de vida que faz do amor o centro de tudo, que busca toda satisfação em amar e ser amado. Uma atitude psíquica desse tipo chega de modo bastante natural a todos nós; uma das formas através da qual o amor se manifesta – o amor sexual – nos proporcionou nossa mais in-

> tensa experiência de uma transbordante sensação de prazer, fornecendo-nos assim um modelo para nossa busca da felicidade. Há, porventura, algo mais natural do que persistirmos na busca da felicidade do modo como a encontramos pela primeira vez? O lado fraco dessa técnica de viver é de fácil percepção, pois, do contrário, nenhum ser humano pensaria em abandonar esse caminho da felicidade por qualquer outro. É que nunca nos achamos tão indefesos contra o sofrimento como quando amamos, nunca tão desamparadamente infelizes como quando perdemos o nosso objeto amado ou o seu amor. Isso, porém, não liquida com a técnica de viver baseada no valor do amor como um meio de obter felicidade.

Na velhice, muitas vezes, o amor sexual dá lugar a outras formas de amor e de investimentos. Percebemos nos escritos de Rubem Alves a presença constante de seus netos e filhos como objetos de investimento na velhice. Em Cony, há a presença da companhia da mulher e dos amigos. Os objetos de investimento são importantes, mas um desapego elaborativo de certos objetos, segundo Goldfarb (1998), aponta para uma forma de preparação para a morte. É o que podemos perceber nas crônicas em que o cansaço da vida levou Cony e Alves a selecionarem onde e quando deixariam de investir.

Goldfarb (1998) ressalta essa via elaborativa a partir do sentido de continuidade presente no investimento em projetos de final de vida. São formas de outorgar um sentido à vida, sem negar a finitude, mas deixando uma espécie de marca para a posteridade. É necessário constatar, juntamente com Rubem Alves, que a vida transcende ao refletido no espelho (1995, p. 155): “A vida não é uma coisa biológica. A vida é uma entidade estética. Morta a possibilidade de sentir alegria diante do belo, morreu também a vida”. Na crônica *“Fiquei velho”* (2001, pp. 77-82), retrata as lições extraídas da própria velhice e evidencia a construção de uma via elaborativa ante as castrações da velhice e a obtenção de prazer:

> A velhice tem muitas coisas boas. Nela eu conheci a liberdade como nunca a havia experimentado. O que é liberdade? Liberdade é coragem de ser o que somos. (...). Os velhos, tolos, querem continuar a ser úteis. Coitados! Ainda estão sob o domínio do olhar dos outros! Melhor seria se percebessem que o objetivo da vida não é ser útil. Útil é martelo, serrote, vassoura, fio dental, bicicleta. As coisas úteis, quando velhas, ficam inúteis. Inúteis, são jogadas fora. Mas o objetivo da vida não é a utilidade. É a feliz inutilidade do brincar.

A velhice pode ser uma fase em que o sujeito consiga se libertar da opinião alheia como guia de suas decisões. Evidentemente que o olhar do Outro continuará refletindo sua imagem e os ideais de Eu permanecerão pautando a busca pelo reconhecimento e despertamento do desejo do Outro. Mas para que a velhice seja experimentada como fase agradável e prazerosa é necessário construir essa liberdade de que Alves fala. Tornstam (2003), sobre a velhice dos 80 anos, ressalta a possibilidade de o velho desenvolver uma visão mais flexível acerca de si e dos outros, transcender as limitações corporais e experimentar nova compreensão do tempo, de si mesmo e das relações sociais. Liberdade que vem através do (re)conhecimento das próprias limitações e elaboração das perdas. (Re)encontrar-se em seu próprio corpo e (re)construir o caminho para novos investimentos, talvez menos audaciosos e mais realistas, apontam para formas salutares de encontrar a felicidade, mesmo que “apenas em horinhas de descuido”, como afirmou Guimarães Rosa (1967/2001, p. 60).

Referências

Alves, R. (1995). *Sobre o tempo e a eternIdade.* Campinas, SP: Papirus.

Alves, R. (2001). *As cores do crepúsculo.* Campinas, SP: Papirus.

Alves, R. (2009). *Desfiz 75 anos.* Campinas, SP: Papirus.

Birman, J. (1997). *Estilo e modernidade em psicanálise*. São Paulo: Editora 34.

Birman, J. (2003). Dor e sofrimento num mundo sem mediação. *Estados Gerais da Psicanálise: II Encontro Mundial,* 1-7. Acessado em http://egp.dreamhosters.com/encontros/mundial_rj/download/5c_Birman_02230503_port.pdf

Borges, J. L. (2000). O livro de areia. In *Obras completas de Jorge Luís Borges* (Vol. 3, pp. 9-15). (L. Averbuck, Trans.). São Paulo: Globo (Trabalho original publicado em 1975)

Camargo, I. (2009). *Gaveta dos guardados.* (A. Massi, Org.). São Paulo: Cosac Naify.

Cony, C. (1999). *O harém das bananeiras.* Rio de Janeiro: Objetiva.

Cony, C. (2008). *Os anos mais antigos do passado* (6ª ed.). Rio de Janeiro: Record. (Trabalho original publicado em 1998)

Cony, C. (2010). *Eu, aos pedaços.* São Paulo: Leya Brasil.

Costa, J. (2005). *O vestígio e a aura*. Rio de Janeiro: Garamond.

Freud, S. (1996a). O estranho. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.* (J. Salomão, Trans.) (vol. 17, pp. 234-273). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1919).

Freud, S. (1996b). O mal-estar na civilização. In *Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* (J. Salomão, Trans.) (vol. 21, pp. 65-148). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1930[1929])

Freud, S.(2004). À guisa de introdução ao narcisismo. In *Escritos sobre a psicologia do inconsciente. Obras psicológicas de Sigmund Freud.* (Vol. 1, pp. 95-131). (L. Hanns, Trans.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914)

Freud, S. (2004). Pulsões e destinos das pulsões. In *Escritos sobre a psicologia do inconsciente. Obras psicológicas de Sigmund Freud.* (Vol. 1, pp. 145-173). (L. Hanns, Trans.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915)

Freud, S. (2006). Luto e melancolia. Em *Escritos sobre a psicologia do inconsciente. Obras psicológicas de Sigmund Freud.* (Vol. 2, pp. 99-122). (L. Hanns, Trans.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917)

Freud, S. (2007). O ego e o id. In *Escritos sobre a psicologia do inconsciente. Obras psicológicas de Sigmund Freud.* (Vol. 3, pp. 13-102). (L. Hanns, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1923)

García Márquez, G. (2003). *O amor nos tempos do cólera*. Rio de Janeiro: Record. (Trabalho original publicado em 1985)

García Márquez, G. (2006). *Memória de minhas putas tristes* (12 ed.) (E. Nepomuceno, Trans.). Rio de Janeiro: Record. (Trabalho original publicado em 2005)

García-Roza, L. A. (1990). *O mal radical em Freud.* Rio de Janeiro: Zahar.

Goldfarb, D. (1998). *Corpo, tempo e envelhecimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Goldfarb, D. (2004). *Do tempo da memória ao esquecimento da história: estudo psicanalítico das demências.* (Tese de Doutoramento, não publicada). Universidade de São Paulo, São Paulo.

Green, A. (1988). *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*. (C. Berliner, Trans.). São Paulo: Escuta.

Jorge, M. A. C. (2008). *Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan, vol. 1: as bases conceituais* (5 ed.). Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 2000)

Kamkhagi, D. (2008). *Psicanálise e velhice.* São Paulo: Via Lettera.

Kupermann, D. (2003). *Ousar rir.* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Lacan, J. (1998). O estádio do espelho como formador da função do eu. In *Escritos.* (V. Ribeiro, Trad.) (pp. 96-103). Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1949).

Lacan, J. (1986). A tópica do imaginário. In *O Seminário: Livro 1.* (B. Milan, Trans.). (pp. 89-186). Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1975).

Lazzarini, E. & Viana, T. (2006). O corpo em psicanálise. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 22*(2), 241-250.

Lima, P. R. (2013) *Tempus fugit... carpe diem*. *Poiesis*, *velhice e psicanálise*. (Tese de Doutoramento, não publicada). Universidade de Brasília, Brasília.

Loureiro, I. (2007). Ironia(s) em Freud: da escrita à ética. *Ide, 30*(45), 13-19.

Mannoni, M. (1995). *O nomeável e o inominável.* (D. Estrada, Trans.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Meireles, C. (1958). *Obra poética*. Rio de Janeiro: Companhia Aguilar Editora.

Messy, J. (1999). *A pessoa idosa não existe* (2ª ed.). (J. Werneck, Trans.). São Paulo: ALEPH.

Mucida, A. (2004). *O sujeito não envelhece*. São Paulo: Autêntica.

Mucida, A. (2009). *Escrita de uma memória que não se apaga.* São Paulo: Autêntica.

Proust, M. (1947). Le temps retrouvé. In M. Proust, *À la recherche du temps perdu* (vol. XV). Paris: Gallimard. (Trabalho original publicado em 1927)

Py, L. (2004). Envelhecimento e subjetividade. In L. Py, J. Pacheco, J. Sá & S. Goldman (Eds.), *Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais* (pp. 109-136). Rio de Janeiro: NAU.

Queiroz, R. (2002). *Falso mar, falso mundo.* São Paulo: Arx.

Quintana, M. (1995). *Caderno H* (6 ed.). São Paulo: Globo.

Rosa, G. (2001). *Tutaméia* (8 ed.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira. (Trabalho original publicado em 1967)

Rorty, R. (1999). Freud e a reflexão moral. Em R. Rorty, *Ensaios sobre Heidegger e outros.* (pp. 193-219). Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

Silva, A., Canônico, M. & Cuenca, J. (2012). *Depois da travessia*. Acessado em http://www1.folha.uol.com.br/fsp/ilustrissima/66457-depois-da-travessia.shtml

Slavutzky, A. (2005). O precioso dom do humor. In A. Slavutzky & D. Kupermann (Eds.), *Seria trágico se não fosse cômico* (pp. 201-228). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Teixeira, L. (2003). Escrita autobiográfica e construção subjetiva. *Psicologia USP, 14*(1), 37-64.

Tornstam, L. (2003). *Gerotranscendence from young old age to old old age*. Acessado em http://www.soc.uu.se/publications/fulltext/gtransoldold.pdf.

22 Ócio, tempo livre e trabalho: a fragilização do indivíduo e das relações na sociedade pós-moderna

Edna Gloria Nogueira Preuss
José Clerton de Oliveira Martins
Júlia Sursis Nobre Ferro Bucher-Maluschke

Introdução

Na história da humanidade o trabalho teve diferentes conceitos e desempenhou um papel fundamental na construção da civilização. No entanto, neste momento da Pós- modernidade passamos por um grande questionamento sobre a relação entre homem e trabalho. As transformações ocorridas impõem ao indivíduo grandes pressões, como a desmedida competição pelo sucesso, pela realização pessoal e por uma identidade própria em meio a padrões estabelecidos por uma sociedade paradoxal, onde é necessário destacar-se mas não fazer-se muito diferente. Essa constante vertente ambígua promove enorme disfunção estrutural em todos os âmbitos do ser humano. Mais do que nunca, no pós-modernismo o homem é produto do homem, contudo a falta de sentido na procura por um bem-estar e realização que está sempre por chegar, acaba por provocar exatamente a ausência dessa significação.

A palavra de ordem é competir, concorrer e superar, destacando-se na sociedade globalizada econômica, tecnológica e culturalmente. No entanto, essa busca tornou-se sem sentido à medida em que já não é possível definir o ponto de chegada dessa procura imposta. As relações que são sacrificadas nessa corrida e as experiências que deixam de ser vividas resultam em perdas irreparáveis para a sociedade e para o indivíduo.

O termo globalização, muito comum nos últimos tempos, está associado às discussões que envolvem o capitalismo em seu momento presente e suas influências não só no âmbito econômico mas também social. Para Bauman (2000), o capitalismo, que se apresenta de forma diferenciada entre leve e pesada, traz o modelo de industrialização na forma mais intensa, a acumulação e a regulação onde o capital, a administração e o trabalho estariam extremamente ligados, interlaçados pela combinação de grandes fábricas e força de trabalho maciça. Dessa forma, o capital estaria tão enraizado ao solo quanto os trabalhadores que emprega, sem no entanto apresentar força nessa relação que mostra suas fragilidades ao ponto de que “ao buscar rochas suas âncoras encontraram areias movediças” (p. 70).

O capitalismo leve, segundo Bauman (2000), aparece como uma nova representação do sistema e apresenta-se como a marca registrada da pós-modernidade. É vista nas relações onde se quer “viver num mundo cheio de oportunidades, cada uma mais apetitosa e atraente que a anterior, cada uma compensando a anterior e preparando o terreno para a mudança da próxima” (p. 74). Os laços que prendem o capital ao trabalho apresentam um enfraquecimento, instaurando uma nova liberdade de movimentos impensáveis no passado. “A reprodução e o crescimento do capital, dos lucros e dos dividendos e a satisfação dos acionistas se tornaram independentes da duração de qualquer comprometimento local com o trabalho” (p. 171). O novo capitalismo é demasiadamente apressado, evita o enraizamento, não permitindo que a sobrecarga supostamente advinda da formação de laços ou comprometimentos prejudique os seus objetivos e as oportunidades que possam se apresentar.

As transformações, dessa forma, extrapolaram o campo do trabalho e invadiram as relações pessoais, familiares e sociais. O novo funcionamento do sistema pós-moderno trouxe a busca pela felicidade a todo custo, imposta pela sedução do mercado. É preciso ser feliz, realizar-se, alcançar o sucesso e exibir as conquistas, tranformando a busca numa angústia exaustiva. Temos instaurado o dever de ser feliz, mais para expor ao outro do que até mesmo pela realização pessoal. De acordo com Bauman (1998, p. 55-56),

> o consumo abundante, é-lhes dito e mostrado, é a marca do sucesso e a estrada que conduz diretamente ao aplauso público e à fama. Eles também aprendem que possuir e consumir determinados objetos, e adotar certos estilos de vida, é a condição necessária para a felicidade, talvez até para a dignidade humana.

Portanto, não é permitido jogar a toalha, entregar as armas. É preciso continuar a competir, superar, correr atrás do objetivo que já se faz inalcançável. As novas formas de organização da vida social no mundo contemporâneo apresentam padrões nos quais é preciso estar estabelecido. Por isso, a corrida contra o tempo, a busca pelo aperfeiçoamento constante, a procura pela beleza eterna e o desejo de plenitude de todas as ações movem o indivíduo para que ele não fique de fora, porque as críticas e as cobranças a quem não faz parte da “onda” são severas.

Os conflitos causados por esse caos têm enorme influência tanto a nível social como psicológico. A demanda da pós-modernidade é caracterizada pelo prazer a todo custo. O consumo desenfreado e a necessidade de possuir as novas tendências e os novos modelos tornou-se o guia dos propósitos. A consequência dessa atitude ensandecida de prazer e conquista acabou por minar as relações comportamentais.

Neste enfoque, esse ensaio apresenta uma reflexão a partir de pesquisa bibliográfica sobre sociedade, consumo, tempo e relações familiares, trazendo

estudiosos da área e interligando as relações das transformações vividas e suas consequências. As discussões são fundamentadas por autores pesquisadores da temática na Europa, como Bauman (2007) enfatizando a fragilização do tempo e as relações e sociedade-moderna, Cuenca (2004), Beriain (2008), Gomez (1987), Domenico De Masi (2000) e outros estudiosos do ócio, trabalho e tempo livre. No Brasil, Clerton Martins (2009), Viktor De Salis (2004), Ieda Rhoden (2004) e outros, indicando a importância das experiências vividas como fortalecimento do sujeito. Sobre as relações familiares e suas transformações nessa interação com a sociedade atual, nos fundamentamos dos estudos de Salvador Minunchin (1980) e Rifkin (1995).

A sociedade em ritmo acelerado

O indivíduo se encontra em meio a uma agilidade intensa e uma busca constante. A corrida contra o tempo é presente e angustiante. A sabedoria popular sugere que “é preciso dar tempo ao tempo”, no entanto já não podemos nos permitir a teoria, uma vez que a prática não é o que era. Temos: a pressa de viver todas as coisas no menor espaço de tempo possível, a velocidade exigida para encurtar as distâncias e o tempo gasto no percurso, e a pressa de que tudo esteja pronto no apertar de um botão. Envoltos nessa dinâmica, não há tempo para saborear as coisas e os momentos bons da vida.

Somos, cada vez mais, uma sociedade apressada, agitada, mergulhada na confusão. Criamos o estresse. Nessa busca pela velocidade, nos cansamos e entramos em colapso. Comemos apressadamente (“*fast food*”), dormimos mal (doenças do sono), falamos impacientemente (encurtamos as palavras ou criamos código de comunicação como as mensagens instantâneas por celular e internet) e trabalhamos em excesso (o fenômemo do *workaholic*). A velocidade aumenta e recordes são superados. As máquinas ficam mais velozes e o mundo fica menor. Salis (2004) contesta essa dinâmica quando diz que “na verdade, não é curto o

tempo que temos, mas é longo o seu desperdício. Somos esbanjadores do tempo e da vida em tolas e inúteis ocupações" (p. 73).

No tempo da sociedade apressada, busca-se os recordes inimagináveis há alguns anos. Não é permitido errar porque o tempo que separa o campeão do perdedor é um milésimo de segundo. As informações são processadas, e exigidas, de forma ultrarrápida, uma vez que a tecnologia e o saber se atualizam velozmente e não podemos custear os prejuízos da desatualização. Temos a comida instantânea ou os alimentos forçados a amadurecer. Nada mais é permitido fazer o percurso natural, e lento, porque já não temos tempo para isso.

Segundo Bauman (2008), o imediatismo exacerbado da sociedade nos dita o conceito de, "desvencilhe a espera do querer. O querer não pode esperar" (p. 6). De acordo também com Josexto Beriain (2008), a sociedade consumista nos impõe a ideia de que podemos consumir o futuro antes que ele ocorra. Essas são representações da nova mentalidade da idade pós-moderna. A incitação da máxima de que temos direito a tudo e de que podemos comprar sensações, move o mercado consumidor. Compramos no cartão sensações, aceitação e a admiração do próximo e vivemos movidos pela máxima de "diz-me o que consomes e direi quem és". É preciso poder consumir mesmo que tenhamos que pagar um preço muito grande por essa condição. A sociedade nunca esteve tão endividada. Vemos crises financeiras abalando a estrutura do país mais poderoso do mundo e, consequentemente, de todos outros e abalando o mercado financeiro mundial. A crise é movida exatamente pela dinânica de que se queremos, devemos ter. Pagamos depois.

A instantaneidade do consumo, dos prazeres e dos momentos é o que conta. Hoje, uns vivem o tempo sem momentos, outros misturam o tempo com os momentos, em um turbilhão de dias sem acontecimentos e de acontecimentos sem dias. Se soubermos valorizar o tempo, perceberemos a importância das experiências vividas e, ainda, que é o vivido que dá sabor ao tempo. É assim na vida do casal, da família, de uma empresa, de uma associação, na vida de cada pessoa. Não há tempo para comemorar o aniversário no dia em que nasceu, é no

sábado seguinte; muitos se casam e a lua-de-mel é adiada para quando houver um espaço na agenda.

> Hoje o prazer de viver resume-se em ganhar dinheiro, mas, ironicamente, nunca se tem tempo para gastar; e quando o fazemos é de forma atabalhoada e desvairada. Queremos aproveitar de modo atropelado tudo que uma viagem ou um tempo de ócio pode nos oferecer, e nessa pressa novamente corremos demais, comemos demais, bebemos demais, enfim queremos ter prazer com pressa. São irônicos, se não tristes, os congestionamentos que tantos enfrentam nos finais de semana na ilusão de aproveitar algum feriado. [...] O desvario é total e, no dia seguinte, mal se lembram do que fizeram (Salis, 2004, p. 79).

Nessa globalização onde a sociedade está voltada para o consumo, é preciso ter liberdade de fluir, estar livre de fronteiras, barreiras; qualquer vínculo denso ou profundo deve ser eliminado. Temos assim uma "sociedade líquida" (Bauman, 2000, 2007), em que o tempo é o que importa. A solidez remete à ideia de estabilidade ou estagnação. Hoje não é permitido se prender. Os fatos são instantâneos, de velozes transformações movidas pelas tecnologias desenvolvidas.

No campo profissional essa pressa é sentida de forma muito forte. Atualmente, mais do que nunca é indispensável adaptar-se às mudanças rápidas e impiedosas do mercado de trabalho. É preciso acompanhar o tempo e não ficar "ultrapassado". O que é "velho" já não interessa e é necessária a constante reciclagem. É necessário transformar o que é velho. Há uma dinâmica demasiadamente apressada onde precisamos estar atentos e cheios de energia para acompanhar o movimento, ou então seremos atropelados por ele e deixados convalescentes para trás.

A pós-modernidade veio impregnada pelos conceitos desenvolvidos na sociedade industrial e acompanhada das demandas econômicas e sociais que

foram sendo criadas e solidificadas no decorrer da modernidade. Beck (1997, p. 16) pontua sobre essa mudança afirmando que “a transição do período industrial para o período de risco da modernidade ocorre de forma indesejada, despercebida e compulsiva no despertar do dinamismo autônomo da modernização, seguindo o padrão dos efeitos colaterais latentes”.

A industrialização e a concepção temporal

A Revolução Industrial fundamentou o uso do tempo atrelado ao trabalho. Segundo Mumford Lewis (1934/2006), foi o relógio, e não a máquina a vapor, o grande marco da época. Dessa forma, o capitalismo, regente da indústria, impôs um novo ritmo à sociedade. Um ritmo cronometrado, apressado e que deve caber dentro de uma estrutura de funcionamento que possibilite o andar pleno e produtivo de suas organizações. O relógio, portanto, contabiliza os ganhos e as perdas que avançam no mover dos ponteiros, sem no entanto conter o tempo. Mas o seu passar, o seu aproveitamento ou mau uso, ali está registrado e representado para que o operário do sistema, o indivíduo, saiba exatamente quanto tempo lhe falta para finalizar a tarefa imposta.

A medição do tempo, a visualização do que antes era compreendido através das luas e das marés, fez o homem apoderar-se das horas. O tempo começa então a ser relacionado a dinheiro, ao tempo do empregador, tendo a delimitação de temporalidade como referencial. A partir então dessa nova associação, segundo Gómez (1987), o relógio transforma-se em “ferramenta de coerção e coesão social, tornando-se processo de formação de uma determinada vontade coletiva para um determinado fim político” (p. 93). O controle do tempo torna-se, então, controle social.

Dentro dessa perspectiva, a sustentabilidade e a produtividade da sociedade passa a ser totalmente relacionada à utilização do tempo e ao quanto se produz no menor espaço temporal possível. Tempo e dinheiro tornam-se, então, uma parceria que reflete o sucesso ou a decadência desse sistema. Não é permitido

perder tempo numa sociedade de aumento constante das forças produtivas e com anseios de maiores crescimentos. O progresso anda rápido e é preciso correr agora contra o relógio. Tempo é mercadoria, tempo é eficiência.

Para o maior aproveitamento das horas foram criados cada vez mais acessórios, que então fizessem tudo mais fácil e mais rápido. Dentro da hora cronometrada podemos, assim, desenvolver mais tarefa e sobrar mais tempo. Ou não? Ou à medida que podemos realizar mais atividades em um menor período temporal, podemos nos ocupar ainda mais e agregar um pouquinho mais aqui, ir mais rápido até lá, desempenhar mais tarefas simultaneamente? Chegamos à modernidade! E aqui estamos nós... Cada vez mais ágeis e cada vez mais ocupados. As coisas não tomaram o rumo que pensamos.

O relógio agora tem ponteiros que giram rápido demais e que não nos dão horas suficientes para realizar todas as atividades planejadas. Estamos movidos pela constante necessidade de mais tempo. Gostaríamos que o dia tivesse 30 horas e temos o comércio que abre 24 horas, a lanchonete que serve lanche de madrugada, as pessoas que trabalham demasiadamente e terminaram por abandonar o relógio, que já não acompanha os seus ritmos e insiste em dizer que o tempo está acabando.

As relações fragilizadas

É reconhecido que o ser humano não vive apenas do trabalho, e que precisa ter horas de lazer (em que sai totalmente da agitação de uma organização), do tempo livre (em que se tem total liberdade sobre seu uso), e do ócio (onde o prazer é o seu meio e o seu fim). Esse último, que teve sua definição erroneamente compreendida no passar dos anos, volta a ter defendida sua importância na construção do indivíduo, trazendo de volta seu conceito genuíno. Masi (2000) afirma que “é necessário aprender que o trabalho não é tudo na vida e que existem outros grandes valores: o estudo para produzir saber; a diversão

para produzir alegria; o sexo para produzir prazer; a família para produzir solidariedade etc.”

Na Antiguidade, segundo Salis (2004, p. 126), o ócio era “uma arte voltada para a evolução do ser humano, de modo que ele conquistasse uma harmonia de viver e não corresse o risco de passar por esta vida em vão e tivesse algo a oferecer aos outros e ao mundo”. Ou seja, o ócio era fundamento para o bem-estar não apenas do indivíduo como também para o funcionamento social. Aristóteles, na Grécia Antiga, afirmava que o ócio era uma condição de liberdade necessária, o princípio de todas as coisas e que tinha a finalidade de levar ao homem ao fim supremo que é à felicidade. Atualmente, Cuenca (2003) defende que a experiência do ócio é necessária e enriquecedora da natureza humana, e Aquino e Martins (2007), também sustentam essa ideia ao afirmarem que:

> O ócio integra a forma de ser de cada pessoa sendo expressão de sua identidade, sendo que a vivência do ócio não é dependente da atividade em si, nem do tempo, do nível econômico ou formação de quem a vivencia, mas sim está relacionada com o sentido atribuído por quem a vive, conectando-se com o mundo da emotividade (p. 492).

Defendendo o conceito de “experiências de ócio”, Rhoden (2004) reforça a importância da vivência de ócio observando que ele gera sensações satisfatórias e intensas, estimulando estados afetivos e emocionais positivos, podendo ser vividas não só apenas durante, mas também antes ou depois das experiências de ócio.

Portanto, a busca pela melhor qualidade de vida é reconhecida como fator fundamental ao funcionamento pleno do homem. O desgaste emocional, fruto da fadiga e do estresse na sociedade pós-industrial, exige a busca de mecanismos para atenuá-lo ou anulá-lo, permitindo a elevação dos padrões de bem-estar do indivíduo. Surgem novos fatores importantes na construção de um novo estilo de vida, como a redução das horas de trabalho, a eliminação de empregos, a

mudança nos ambientes de trabalho ou até mesmo os locais onde as atividades são realizadas, ou seja, a ampliação do tempo livre à disposição das pessoas é visto como fundamental ao bem-estar do indivíduo. O tempo de liberdade do trabalho, normalmente utilizado para o lazer (exercício de autonomia individual ou estado mental de liberdade), está passando a ser necessário enquanto prioridade social.

Equilibrar trabalho, lazer, tempo livre e ócio está se tornando uma questão de suma importância para os pais de família. Pesquisas realizadas com famílias americanas indicam que um grande número de trabalhadores vem mostrando cada vez mais interesse em trocar salário por mais tempo livre, para se dedicar às obrigações familiares e necessidades pessoais. Com a maioria das mulheres atualmente participando da força de trabalho, as crianças estão cada vez mais sem atenção em casa. Mais de sete milhões ficam sozinhas em casa durante uma parte do dia. Algumas pesquisas descobriram que chega a um terço o número de crianças que cuidam de si próprias. Para Rifkin (1995), o declínio da supervisão dos pais criou a “síndrome do abandono”. Psicólogos, educadores e um número crescente de pais preocupam-se com o grande aumento das doenças emocionais ou psicossomáticas. É crescente o número de casos de depressão infantil, transtornos alimentares, de delinquência, de crimes violentos, de abuso de álcool e drogas e do suicídio entre adolescentes, causados em grande parte pela ausência dos pais nos lares.

O fenômeno do trabalhador *workaholic*, presente na sociedade já há algumas décadas, produto da associação da remuneração aos ganhos de produtividade, também resulta em consequências no campo psicossocial. O excesso de trabalho se apresenta dentro dessa dinâmica em detrimento das relações afetivas e vínculos relacionais. O sujeito *workaholic* vive uma grande dificuldade em se desligar do trabalho (Serva & Ferreira, 2006) sacrificando o tempo com a família, os momentos de lazer e a vivência de experiências fundamentais para o fortalecimento dos vínculos.

A falta de tempo livre, de lazer e de ócio afeta a estrutura da família atual em todo mundo. As impressões do sistema social e das mudanças vivenciadas têm influência direta na forma em que as relações são sentidas dentro do sistema familiar. Há menos tempo para estar presente e socializar. Há menos tempo para conhecer e saber do outro. Com isso, as relações vão sendo sacrificadas e enfraquecidas. Vamos nos acostumando à falta de tempo em nossas vidas para cuidar do outro e, consequentemente, de nós mesmo, perdendo o referencial de estar em uma dinâmica em que as interações constroem as sociedades futuras.

A sociedade, sendo um sistema complexo de interações e influências mútua, vivencia as ações e consequências dos seus diversos grupos e interrelações. De acordo com Minuchin (1980), a constituição da família e sociedade ocorre de forma recíproca à medida em que as mudanças ocorridas no mundo social afetam o domínio familiar e são por este afetadas.

Educação para o ócio

Portanto, a partir das transformações sociais ocorridas cria-se a necessidade de repensar os conceitos de ócio e de tempo livre e de intervir, educativamente, neste domínio. É preciso desenvolver uma atitude de consciência das necessidades de ócio nos diferentes ciclos de vida e nas estruturas sociais. O reconhecimento do valor formativo da atividade lúdica e a necessidade de intervenção neste campo constituem, hoje, uma prioridade. É preciso reconhecer o ócio como fenômeno natural e fundamental ao funcionamento pleno do ser humano.

> A educação para o ócio está relacionada com o desenvolvimento de conhecimentos comprometidos com o bem-estar, felicidade, satisfação e ações gratuitas que possibilitem a revalorização do cotidiano e do extraordinário, a vivência criativa do tempo, a liberdade, a participação, a solidariedade e a integração pessoal e social. (Martins, 2009, p. 237).

O homem não vive apenas do trabalho. É certo que precisamos dele para podermos desfrutar de inúmeros benefícios sociais e pessoais, mas é preciso haver também um tempo para sair totalmente da agitação de uma organização e podermos experienciar um encontro, desprovido de interesses, conosco mesmo. Esse tempo não precisa necessariamente também ser desvinculado do trabalho. O que precisamos é de uma consciência e uma organização para explorar esse encontro.

Essa consciência quanto à importância das experiências vivenciadas parece ainda não estar presente na vida dos indivíduos. Um estudo realizado por Robinson e Godbey (1997), durante três décadas, com a população dos Estados Unidos, para identificar como o americano utiliza o tempo, mostra que apesar do indivíduo ter mais tempo livre, a percepção é de que haja uma falta de tempo para realizar todas as atividades. Essa realidade paradoxal, sugere o estudo, talvez esteja ligada à falta de satisfação pessoal na realização das atividades que não são percebidas como de sentido profundo, verdadeiramente de ócio.

À medida que vamos nos acostumando com a falta de espaço em nossas vidas para descansar a mente, fazer planos ou simplesmente viver esse momento, estamos também nos acomodando com o que resta, ou seja, a sobra de um dia tenso e cheio de preocupações, e deixamos de lado coisas simples como cuidar de nós, do jardim, da casa ou passear com os filhos. Gastamos nossas energias no trabalho e esquecemos que precisamos também de energia para nós mesmos, seja ela encontrada na leitura de um livro, na quietude do recanto, na atividade física ou nas relações pessoais.

Como afirma Salis (2004), cuidamos tão bem das nossas máquinas e tão mal de nós mesmos. “São poucos os que se dão conta de isso lhes custa não só a saúde, mas, principalmente, brinda-os com uma vida vazia e sem sentido” (p. 78). Focalizamos tanto em ganhar dinheiro, em preencher nosso tempo vago sempre com outras atividades, que não nos resta tempo. Nos perdemos de quem somos, tornamos-nos reféns de trabalhos escravizantes e rompemos nossos vínculos - porque “eu não tenho tempo”.

É preciso equilíbrio, outra vez citando Salis (2004). Vivemos o sofrimento e deixamos de lado o prazer da paixão. É preciso construir experiências, perceber ao nosso redor, prestar atenção e sentir as emoções através das sensações. É essa percepção do momento e da experiência que caracteriza o ato do ócio. No entanto, nos entregamos e fomos dominados por uma realidade muito pouco facilitadora de tal experiência.

A educação para o ócio deveria começar na infância, na formação, ou seja, na família, como defendeu Rhoden no Seminário Ócio e Contemporaneidade, realizado na Universidade de Fortaleza. Entretanto, vemos que as crianças nos dias de hoje são pequenas aprendizes de gente grande estressada. Aos poucos anos de idade temos indivíduos com agendas sobrecarregadas e com disciplina pautada já em uma insana competitividade. O ritmo acelerado das atividades e o excesso delas servem apenas para treinar novas peças dessa máquina desenfreada da cultura apressada.

Condicionamos, dessa forma, reprodutores de padrões que vem desregulando o funcionamento dos indivíduos e das organizações. Temos mais presente do que nunca a descaracterização do maior núcleo de integração social: a família. Vemos atualmente, de modo crescente, a desagregação dos laços sociais e dos vínculos afetivos. Não há tempo para saborear as relações, para perceber e reviver as emoções sentidas e exercitar a construção dos vínculos. Estamos ocupados demais, cada um com seus próprios horários, suas próprias agendas e seus pequenos mundos individuais. Estamos cada vez mais enfraquecendo a construção de uma unidade coletiva porque já não sabemos como acomodar vidas tão corridas e tomadas de compromissos dentro de uma atividade que atenda às necessidades individuais.

Cuenca (2004) alerta para a necessidade de acordar para a educação do ócio, como instrumento de transformação de atitudes na sociedade. Mais do que nunca precisamos entender que é preciso “aproveitar o tempo”, não no sentido de acomodar sempre mais tarefas dentro de algumas horas, mas sim desfrutando dele para construir experiências que agregam valor ao ser humano e às suas

vivências. Segundo Bofarull (2005), as famílias mais fortes, que superam os conflitos e dificuldades, são as que alcançam um nível emocional inteligente saudável. Nesse sentido, o ócio pode fortalecer as relações pessoais, permitindo uma interação mais aprofundada entre os indivíduos quando esses partilham experiências e encontram tempo para conhecer e perceber o outro, vivendo portanto, "um ócio familiar significativo". Assim, a proposta de educação para o ócio o trata como algo "que não seja puro entretenimento, mas sim o eixo de uma família com competências racionais, cognitivas e sociais. Um ócio que busque ser um meio de formação para os filhos e de encontro para os pais". (p. 13)

É preciso uma estruturação, a partir da crise e da conscientização, mediada pela educação para o ato e a experiência do ócio. Essa modificação de atitude se daria a partir de uma diferente estruturação surgida do desequilíbrio, da crise, e posteriormente da conscientização mediada pela educação para o ato e a experiência do ócio. Esse desequilíbrio tem sido concreto no mal-estar e sofrimento psíquico presente da sociedade contemporânea, que vive a urgência e o imediatismo na busca pelo sucesso e felicidade, e que, no entanto, encontra-se cada vez mais vazia e perdida.

As demandas aumentaram, as pressões cresceram e as expectativas são cada vez maiores. Quando não damos conta de alcançar todos esses objetivos, nos culpamos. A imposição da demanda social nos força à conformidade das regras ditadas como padrões. No entanto, também desejamos a individualidade e o direito de nos constituir com características próprias. Usamos as novas tecnologias, os últimos conceitos de moda, mas quem somos sem o celular, sem o vestido? Se nos despimos desses acessórios, apetrechos impostos por padrões sociais, editoriais de moda, grupinho da escola, círculo de amigos, quem nos resta? Em que estado esse indivíduo desnudo se encontra? Fragmentado? Inteiro? Perdido? As consequências são drásticas e é necessário pensar sobre a qualidade de vida atual e sobre as relações construídas (ou arruinadas) nesta realidade. É preciso encontrar a reequilibração.

Maria Jesus Monteagudo (2008) aborda os benefícios do ócio como fator de desenvolvimento pessoal, como mudança e melhora de condições de vida e bem-estar, prevenção e manutenção dessas condições e como instrumento de experiência psicológica satisfatória – o ócio autotélico. E defende, sabiamente, a importância de um planejamento de divulgação e aplicabilidade desses benefícios. Monteagudo também defende que essa educação aconteça a partir das crianças e jovens, como o faz Ieda Rhoden. O que temos hoje, refletido nas vozes e atitudes dessas crianças e jovens, são comportamentos e conceitos impostos por outros membros, por adultos tomados pela pressa e mecanização social. Crianças cada vez mais jovens andam pelos lugares já portando um celular, repetindo o comportamento observado nos adultos. Esses mesmos jovens cobram o acesso à última tecnologia não só para si, mas também dos amigos que os cercam. Estar fora de moda ou com o último modelo representa não ser bom o suficiente.

Concluindo este ensaio, consideramos ser necessária uma reestruturação da utilização do tempo a partir da reeducação na escola e/ou dentro da família, com esses indivíduos que muito em breve estarão no mercado de trabalho, construindo suas próprias famílias e movendo a máquina das gerações. Como disse Pitágoras, “Educai as crianças e não será preciso punir os homens”. A importância da tomada de consciência e possibilidades devem ser apresentadas aos jovens indivíduos para que uma mudança torne-se próxima e possível.

Referências

Aquino C. A. B. & Martins J. C. O. (2007). Ócio, lazer e tempo livre na sociedade do consumo e do trabalho. *Revista Mal-Estar e Subjetividade, VII*(2), 479-500.

Bauman, Z. (1998). *O mal-estar da Pós-Modernidade*. Rio de Janeiro: Zahar

Bauman, Z. (2000). *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Zahar.

Bauman, Z. (2007). *Tempos líquidos*. Rio de Janeiro: Zahar.

Bauman, Z. (2008). *Medo líquido*. Rio de Janeiro: Zahar.

Beck, U. (1997). A Reinvenção da Política: Rumo a uma Teoria da Modernização Reflexiva. In U. Beck, A. Giddens & S. Lash (Eds.), *Modernização Reflexiva* (pp. 11-72). São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista.

Beriain, J. (2008). *Aceleración y tiranía del presente. La metamorfosis en las estructuras temporales de la modernidad*. Barcelona: Anthropos Editorial.

Bofarull, I. (2005). *Ocio y tiempo libre: Un reto para la familia*. Espanha: Ediciones Universidad de Navarra.

Cuenca, M. C. (2003). *Ocio humanista, dimensiones y manisfestaciones actuales del ocio* (Documentos de Estudios de Ocio, Nº 16) Bilbao: Instituto de Estúdios de Ocio/Universidad de Deusto.

Cuenca, M. C. (2004). *Pedagogia del Ocio: modelos y propuestas.* Bilbao: Univesidad de Deusto.

Gómez, J. C. R. (1987). *Tiempo y ócio. Crítica de la economia del trabajo.* Bogotá: Universidad Externado de Colombia.

Lewis, M. (2006). *Técnica y civilización*. Madrid: Alianza Editorial. (Trabalho original publicado em 1934)

Martins, J. C. O. (2009). *Ócio para viver no século XXI*. Fortaleza: As musas

Masi, D. (2000). *O ócio criativo*. Acessado em http://www.mariopersona.com.br/domenico.html

Monteagudo, M. J. (2008). Consecuciónes satisfactorias de la experiencia psicológica del ocio. *Revista Mal-Estar e Sujetividade, III*(2), 307-325.

Minuchin, S. (1980). *Famílias, funcionamento e tratamento.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Rhoden, I. (2004). *Experiencias personales de ocio: desarrollo de una herramienta para identificación de sus cualidades subjetivas.* Bilbao: Universidad de Deusto.

Rifkin, J. (1995). *O fim dos empregos: o declínio inevitável dos níveis dos empregos e a redução da força global de trabalho*. São Paulo: Makron Books.

Robinson, J. P. & Godbey, G. (1997). *Time for life: The surprising ways Americans use their time.* Pennsylvania: The Pennsylvania State University Press.

Salis, V. D. (2004). *Ócio Criador, trabalho e saúde*. São Paulo: Claridade

Serva, M. & Ferreira, J. L. O. (2006). O fenômeno *workaholic* na gestão de empresas. *Revista de Administração Pública, 40*(2), 179-200.

23 Retomando a ideia de arcaico em psicanálise: uma exigência dos casos limites

Márcia Teresa Portela de Carvalho
Terezinha de Camargo Viana

A exigência de compreensão acerca do *significado do arcaico* (Green, 1986) pelas vias do *autoerotismo* (Cardoso, 2010a), do *nascimento psíquico* (Celes, 2004), do *antiedipiano* (Figueiredo, 2004) e do pré-genital (Freud, 1905/1996), tem sido uma tônica quando o assunto está relacionado aos casos limites sob uma perspectiva psicanalítica. As discussões teóricas levam em consideração dois pontos fundamentais: a importância da mãe nos primórdios da constituição da vida psíquica e a presença pulsional que exige satisfação. Trata-se, desse modo, de alcançar o tema a partir de dois lugares diferenciados: a relação da criança com seu objeto primário e a atividade pulsional.

A tensão causada por esses sujeitos, aqueles que apresentam suas queixas em análise por meio do tema do *excesso* (pela via da presença ou da ausência) e do *limite*, tem levado os profissionais que deles tratam à necessidade de atualizações teóricas que integrem conhecimentos tornados separados ao longo da história da psicanálise. As diversas escolas psicanalíticas se organizaram ora colocan-

do em evidência a atividade pulsional e o intrapsíquico, ora privilegiando as relações de objeto e o interpsíquico.

Enquanto a atividade pulsional está intimamente relacionada à sexualidade infantil recalcada pelas vias edípicas ou pelas vias das pulsões de destruição, as relações de objeto redirecionam o foco para a própria constituição do psiquismo humano e a importância do ambiente como fator fundamental para que tal constituição aconteça. Nesse sentido, tanto a sexualidade infantil quanto o processo relacional, aquele que permite a constituição do inconsciente e do Eu, buscam compreensões acerca do que é o mais arcaico na e da vida psíquica. Enquanto a primeira fala de sexualidade, a segunda parece dela se distanciar.

Desse modo, as questões dos pacientes neuróticos advindas da angústia de castração e do complexo edípico, que sempre nortearam e ainda norteiam as práticas psicanalíticas ocupadas com o que está pressuposto nas tópicas freudianas, têm exigido olhares para os adoecimentos que evidenciam as questões narcísicas, privilegiando um olhar sobre os primórdios da vida psíquica. Como, então, discorrer sobre o arcaico em psicanálise?

Da pertinência de algumas diferenciações

Desde o início de sua trajetória histórica, a psicanálise se ocupa com os diversos processos de diferenciação, inclusive os próprios. Diferenciou-se da psicologia, das artes, das diversas escolas de psicoterapias, enfim. Foi sempre dado computar a essas diferenças o fato de ela trabalhar com o inconsciente, com a sexualidade e com os desejos recalcados de neuróticos. Freud privilegiou a neurose e, embora tenha deixado suas contribuições para pensarmos a psicose, sentia-se pouco atraído para tratar os psicóticos. Sabemos o quanto a sustentação dessas diferenças, frente a temas não somente psicanalíticos, exigiram um constante trabalho de elucidações, retornos, contornos e estranhamentos.

Freud nos deixou um enorme legado no qual ele apresenta suas observações, constatações, dúvidas, avanços e retrocessos teóricos. O próprio tema de

estudo psicanalítico é realizado em meio a contínuas resistências, dado o estranhamento a algo tão arcaico, familiar e esquecido. Seu objeto de estudo compromete estruturalmente a todos os que dela sabem ou querem saber. Seus casos clínicos registrados tiveram o intuito de servirem de apoio para que ele mostrasse os equívocos de compreensão e as exigências de atualizações teóricas. Ele nos ensinou o constante processo de ir e vir, o constante processo de renovação exigido para aqueles que se propõem levar a cabo o ofício.

Sua teoria se desenvolveu a partir de dois grandes eixos: a teoria dos sonhos – que nos mostra o funcionamento do inconsciente, e a teoria pulsional – que nos mostra as questões relacionadas à sexualidade. Pulsão é um conceito que busca transcender a dualidade somático/psíquico. Trata-se de um conceito limite. A sexualidade, desse modo, apóia-se no somático e transcende-se psíquica. Sempre uma operação a exigir trabalho.

O desenvolvimento dessas duas teorias ganha importância diferenciada e complementar ao longo de sua obra. A teoria do inconsciente, bastante ligada à primeira tópica (consciente, pré-consciente, inconsciente), mostra-nos o funcionamento das fantasias e do desejo sexual recalcado. Esse momento marca também o aparecimento da primeira teoria das pulsões, onde Freud diferencia as pulsões do Eu, ou de autoconservação, das pulsões sexuais. Foi somente com o advento do estudo do narcisismo (Freud, 1914/2004) que Freud inicia uma mudança estrutural no seu pensamento teórico. Essa mudança culmina no aparecimento da nova teoria pulsional, apresentada em seu texto denominado *Além do princípio de prazer* (1920/2006), agora diferenciadas em pulsões de vida e de morte, e na segunda tópica (Eu, Supereu e Id), apresentada em seu texto *O Eu e o Id* (1923/2007).

A partir dessa virada teórica, a desmentida aparece como outro poderoso mecanismo de defesa do Eu, e entra também em cena a importância do objeto primário na constituição do Eu e do inconsciente. Mesmo não tendo desenvolvido a questão do objeto primário, principalmente quando fala da importância da mãe como primeiro objeto de amor do menino e da menina, ele nos deixa uma porta

aberta: há de se pensar teoricamente sobre o intrapsíquico mediado pelo pai e o intrapsíquico mediado pela mãe. Há de se pensar que pai e mãe possuem funções diferenciadas na constituição da vida psíquica e na constituição das diferenças dos sexos e das gerações, há de se pensar na sexualidade infantil fálica, e há de se pensar no intrapsíquico em interação com o interpsíquico.

O advento da segunda tópica coloca o objeto (interno e externo) em cena, fazendo emergir as questões relacionadas aos estados narcísicos e às questões do trauma relacionado aos primórdios da vida psíquica. E a partir de então convivem duas correntes teóricas em psicanálise: uma que privilegia o pulsional, outra que atribui importância ao objeto. Ambas estão ocupadas com os primórdios da vida psíquica. Evidenciam o arcaico em psicanálise de modos diferenciados.

Um parêntese para descrever a atualidade dos estados limites

Um dos grandes teóricos dos casos limites nos diz que uma das características que mais chama a atenção na descrição dos casos *borderline* está no fato de que eles "aparentemente funcionam segundo um sistema duplo, parece que eles têm uma espécie de dupla inscrição das experiências: numa se levam em conta a realidade e o princípio da realidade, na outra não, é completamente delirante" (Green, 1976/2012, p. 10). As duas inscrições se apresentam em conjunto, e uma não predomina sobre a outra. E continua: "se o princípio da realidade fosse o predominante, a parte delirante da personalidade seria apenas uma parte fantástica, ao passo que se a parte delirante dominasse, não estaríamos diante de um *borderline*, mas de um psicótico" (Green, 1976/2012, p. 10).

Desse modo, os mecanismos de defesa tradicionalmente encontrados nas psicoses, um funcionamento aparentemente neurótico e as atuações típicas das perversões fazem com que neurose, psicose e perversão apareçam nuançadas, obnubilando a capacidade do analista de compreendê-las simplesmente em termos das delimitações clássicas. Os mecanismos de defesa relacionados à psico-

se aparecem de modo mais aparente do que os mecanismos do recalque, atribuído como o principal mecanismo presente nas neuroses. “Parece que estamos mais distantes da perversão, considerada por Freud o negativo da neurose, e mais próximos da psicose, na qual a relação com o outro e a fragilidade da estrutura egóica representam pontos nevrálgicos” (Garcia, 2007, p. 125).

A literatura pesquisada sobre o assunto aponta para um enfraquecimento do funcionamento mental, uma fragilidade nas fronteiras do Eu e uma dupla angústia a ele relacionada: angústia de separação e de intrusão que exigem o desenvolvimento de defesas poderosas contra possíveis ataques externos e internos. A angústia da castração estaria menos evidente do que a angústia do desamparo (Carvalho, 2012).

Disso decorre a ideia de que as questões relacionadas à sexualidade podem ser deixadas em segundo plano em prol de questões relacionadas aos limites narcísicos: reconstituição e reconsolidação das fronteiras do Eu – fronteiras internas (entre as diversas instâncias do aparelho psíquico) e externas (entre eu/*self* e objeto). O sujeito limite estaria vivendo no tempo do traumático. Segundo Figueiredo (2004), os casos limites exigem o olhar para as estruturações pré-edipianas ou, como diz o autor, *antiedipianas*.

Trata-se do estabelecimento de um novo eixo paradigmático: “um núcleo do psiquismo onde alojariam o desejo e o trauma” (Marucco, 2007, p. 126). Pensar nas estruturações pré-edipianas recoloca a questão da sexualidade em termos de um aparelho psíquico complexo e que funciona em alteridade. Se o edípico se ocupa com a sexualidade recalcada, o pré-edípico se ocupa daquilo que pode “constituir para o sujeito uma experiência integrada, de integração” (Figueiredo, 2009, p. 134).

Do intra e do interpsíquico ao atravessamento de paradigmas nos casos limites

Atravessamento de paradigmas é uma expressão usada por Figueiredo (2009) para introduzir o que ele chama de teoria geral do cuidar de base psicanalítica. Atravessar o paradigma dominante que privilegia a sexualidade recalcada significa enfrentar o desafio teórico e epistemológico de fazer dialogar o "modelo estrutural-pulsional" (modelo freudiano) e o "modelo das relações de objeto" (expressões usadas por Figueiredo, 2003).

Trata-se de uma clássica oposição entre relações de objeto e sexualidade, onde cada um dos termos se associa a "específicos métodos de tratamento (*holding*, regressão, ou, diferente deste, interpretação da transferência, atenção privilegiada à contratransferência etc.), em contraste com outro (fala, associação livre, linguagem, interpretação do desejo etc.)" (Celes, 2006, p. 3). Se em um modelo é priorizada a teoria do recalque, no outro a priorização está focada nas cisões, dissociações e evitações da constituição dos conflitos psíquicos.

Figueiredo (2009) trabalha no sentido de "conceber uma metapsicologia em que o intersubjetivo encontre seu lugar no intrapsíquico. Trata-se de conceber um mundo interno a partir da transferência e na medida das intervenções analíticas, seja em termos de interpretação, seja em termos de manejos relacionais" (p. 188). Fazer dialogar posicionamentos teóricos diferenciados em psicanálise tem aberto espaço para as questões referentes aos processos de identificação e diferenciação e à importância do outro na constituição do Eu.

Celes (2006) também busca possíveis articulações para fazer dialogar a teoria da libido e a teoria das relações de objeto. E nesse sentido propõe

> pensar no argumento segundo o qual a realização do prazer na concepção da teoria libidinal refira-se à adequada utilização e adaptação do objeto e, portanto, não propriamente diga respeito à desimportância de relações com objetos na teoria da libido em Freud, como se costuma indicar seu limite(Celes, 2006, p.11).

Nessa concepção, a relação do bebê com o adulto que cuida dele no momento inicial de desamparo e dependência pode ser visto como de satisfação e prazer e necessariamente de falhas. O aparelho psíquico passaria a ser entendido como um "aparelho da falha da satisfação e do prazer na sua relação com o objeto" (Celes, 2006, p. 11).

A referência ao par pulsão-objeto é obra freudiana, diz Green (1988). Segundo o autor, ao buscar uma resposta para o problema da psicose, Freud desenvolve a dinâmica do pensamento fronteiriço incluindo mecanismos referentes à psicose ao desenvolvimento de um sujeito neurótico. Em outro texto, diz o autor:

> Quando Freud escolheu a neurose e situou no centro de sua teorização a experiência de satisfação e o princípio de prazer-desprazer, ele estava interessado em valores médios, trabalháveis por meio de análise. Ele deixou de lado a experiência de dor ou outras formas mais extremas de prazer, talvez porque pensasse que elas escapavam ao trabalho de análise. Mas, posteriormente, com as modificações que acompanharam a criação da segunda tópica, ele mesmo teve de admitir formas inconscientes muito mais brutas onde a pulsão em ato faz sentir sua pressão sobre o psiquismo, produzindo as manifestações e os sintomas (Green, 2008, p. 86).

Os estudos posteriores a Freud sobre o funcionamento psicótico se tornaram de grande importância para a compreensão de uma base psicótica em pacientes que não apresentam sintomas psicóticos. Contudo, Green (2008) defende o argumento, com o qual compartilhamos, de que muitos desses estudos operaram também uma dessexualização da teoria psicanalítica. A ideia de um pré-sexual só pode se desenvolver no contexto da sexualidade. Desse modo, a compreensão de estados não neuróticos não pode suprimir a importância crucial da sexualida-

de. Trata-se de um processo que conjuga trauma e prazer. E ambos os aspectos se referem a um arcaico.

Sobre o arcaico em psicanálise

Em seu texto denominado *Construções em análise* (Freud, 1937/1996), Freud afirma que a vida psíquica se mantém desde seus primórdios e que o trabalho de reconstrução em análise aproxima-se ao do arqueólogo, aquele que redescobre moradas destruídas e soterradas. Só que o objeto cuja "história primitiva" o analista está tentando recuperar não está destruído, ainda permanece vivo. Em relação ao psiquismo "todos os elementos essenciais estão preservados; mesmo coisas que parecem completamente esquecidas estão presentes, de alguma maneira em algum lugar, e simplesmente foram enterradas e tornadas inacessíveis ao indivíduo" (p. 277).

Todos os elementos estão presentes, mesmo que enterrados e inacessíveis. E essa presença esquecida que se repete faz com que o passado não passe, o futuro não chegue e o presente, estagnado e rendido, apresente, como sintoma, o retorno do recalcado ou, muitas vezes como destino, as repetições de marcas irrepresentáveis no psiquismo. Desejo e trauma, pelas vias da recordação reconstruída e da repetição em ato apresentam o arcaico em psicanálise.

Salztrager (2004) confirma o que temos constatado em termos da clínica dos casos limites, ou seja, a indicação de que existe algo inerente ao campo do fantasmático situado para além do domínio do recalcado. Ele afirma que as fantasias do sujeito neurótico eram entendidas, em um primeiro momento, como advindas de impressões infantis inconscientes, derivadas de material recalcado. A fantasia seria a satisfação (disfarçada) de um desejo, e estaria ligada à vida sexual da criança. A interpretação desmontava as construções do desejo inconsciente expressadas na fantasia. A partir do momento em que se levou em consideração a noção de pulsão de morte, fez-se necessário não mais só desmontar a fantasia mas também construí-la. Desconstruir o recalcado e (re)constituir vida psíquica são dois modos de nos havermos com o arcaico.

Esse arcaico remonta à origem do psiquismo, aos momentos originários do psiquismo: o nascimento psíquico. Tal fato, no entanto, não nos autoriza a fazer uma única relação possível entre o arcaico e os primórdios da vida psíquica. Segundo Green (1986), não podemos confundir o primeiro com o mais importante. Isso significa dizer que existem pelo menos dois sentidos possíveis para o arcaico: o mais antigo da vida psíquica e o princípio ordenador que viabiliza seu próprio nascimento e funcionamento. O nascimento psíquico acontece e traz, ele mesmo, um princípio ordenador que se repete. Podemos entender que a inscrição traumática carrega um princípio (pulsional) ordenador que se repete.

Para Green (1986), Freud foi o único que verdadeiramente pensou o arcaico em psicanálise: "presentes na forma de marcas mnêmicas herdadas, as fantasias originárias – das quais derivam todas as demais – significam a vida psíquica" (p. 733, tradução nossa). O conceito de fantasia originária foi introduzido por Freud em seu artigo denominado *Um caso de paranoia que contradiz a teoria psicanalítica da doença* (Freud, 1915/1996). Ele diz:

> Entre o acervo de fantasias inconscientes de todos os neuróticos, e provavelmente de todos os seres humanos, existe uma que raramente se acha ausente e que pode ser revelada pela análise: é a fantasia de observar as relações sexuais dos pais. Chamo tais fantasias – da observação do ato sexual dos pais, da sedução, da castração e outras – de 'fantasias primevas'; examinarei, em outro lugar, com detalhes, sua origem e sua relação com a experiência individual (Freud, 1915/1996, p. 276).

Esse outro lugar está nas *Conferências introdutórias XXIII* (Freud, 1916-17/1996) e no estudo clínico denominado *O homem dos lobos* (Freud, [1914]1918/1996). Segundo Jorge (2008), a fantasia da cena primária, que diz da origem do indivíduo, bem como a da castração, que diz da origem da diferença sexual, e a da sedução, que diz da origem da sexualidade, têm a ver com a origem da história individual do sujeito. O autor salienta, no entanto, que todas as fantasias originárias

bem como todas as fantasias têm como denominador comum o *enigma da sexualidade*. As marcas mnêmicas carregam vestígios de um enigma: o da sexualidade – origem do indivíduo, de sua diferença sexual e de seu modo de se relacionar sexualmente.

Retomando a ideia de que o arcaico, o nascimento psíquico, para Freud responde a duas ordens de realidade - a da presença pulsional e a da presença do outro – Celes (2004) desenvolve o argumento de que o mais originário para Freud, quando nos referimos ao nascimento, é o processo de reconhecimento que a mãe faz de seu bebê e, também, a angústia do bebê, desencadeada pelo excesso de excitação proveniente da experiência primeira de satisfação de uma necessidade atendida pela presença do outro (a mãe).

A falta psíquica se expressa no corpo por intermédio da angústia, cuja função é a de evidenciar uma exigência de trabalho para dar caminho à pulsão nascente e ainda sem trânsito. À satisfação da necessidade associa-se um prazer, caracterizado pelos primeiros traços mnêmicos de satisfação alcançada e anunciando os primeiros esboços do psiquismo. À pulsão é dado um valor de ser uma coisa naturalmente dada ou constituída desde o início a exigir trabalho. O autor nos lembra a ideia freudiana de que o nascimento físico deixa o bebê numa condição de desamparo, de dependência absoluta.

O nascimento psíquico é, desse modo, medida de proteção contra a própria morte, contra a quantidade e intensidade de excitações que invadem o corpo do bebê. Diz ainda o autor: “a exigência da constituição psíquica para o trânsito da pulsão evitando a angústia, revela uma ação de Eros, de vida: um esforço de ligação” (Celes, 2004, p. 48). A mãe fornece, por meio de seus cuidados, uma delimitação corporal e a constituição da sexualidade autoerótica. “O auto-erotismo deve então ser entendido como uma situação secundária, sendo a originária a presença do outro na satisfação” (p. 53).

Concluindo seu pensamento, o autor nos diz que o nascimento do eu e o nascimento da sexualidade dizem do nascimento psíquico e estão profundamente li-

gados um ao outro. Essa experiência de nascimento se repete e se atualiza por meio de um imperioso trabalho de fazer transitar a pulsão. E o recalcamento, "que constitui o psíquico em seu sentido pleno" (Celes, 2004, p. 57), diz de um processo que abrange a presença do outro, a invasão pulsional, o narcisismo e o Édipo. Recalcamento primário – constituição de um psiquismo rudimentar – e secundário – associado ao complexo de Édipo e ao complexo de castração – resultam na constituição do supereu.

É possível agora pensar na proposta de Green (1986) de fazer uma leitura do arcaico em Freud *à posteriori*, pois a potência ordenadora nem sempre aparece primeiro:

> Se for verdade que o inconsciente está marcado pela inscrição dos mecanismos psíquicos mais primitivos, próprios dos começos da vida psíquica, e que ignora o tempo, é razoável pensar que as estruturas edificadas sobre as inscrições originárias não se limitaram a superpor-se sobre elas. Não se constituíram *sobre* o arcaico, senão *contra* ele. Tentaram modificar seu funcionamento por meio da ligação, da simbolização, da diferenciação etc. Em suma: leiamos o arcaico em posterioridade, única maneira de nos referirmos a ele. O adivinharemos ou o deduziremos *à posteriori*, por trás ou debaixo dos parapeitos que foram erigidos contra sua potência ameaçadora. (Green, 1986, p. 737, grifos do autor, tradução nossa).

Nesse sentido, o arcaico deve ser buscado na última instância a aparecer no aparato psíquico: o supereu, nascido a partir de uma divisão do eu. Para Green (1986), não podemos falar de um id arcaico, porque o arcaico é o próprio id e dele nada sabemos. Também não podemos falar de um eu arcaico, porque este eu está dominado pelas pulsões, fragmentado, incapaz de superar a angústia, indiferenciado em sua relação com o objeto e, por isso, não nos permite alcançar suas potências ordenadoras. O arcaico, nesse caso, apenas mostraria o estado de con-

fusão entre o pulsional, o objeto e o eu. Mas podemos falar de um supereu arcaico, pois ele é o arcaico por excelência.

Segundo Green (1986), só podemos alcançar a relação do supereu com aquilo que liga o eu do filho a seus pais por meio da função do ideal. O ideal é para o supereu o que a pulsão é para o id. Para o autor, o par Supereu e ideal do eu tem dado material para diversas distinções, mas parece existir um acordo sobre suas relações: enquanto o Supereu é o herdeiro do complexo de Édipo, o ideal do eu é o herdeiro do narcisismo primário.

O Supereu como conceito só aparecerá formalmente na obra freudiana em seu texto *O Eu e o Id* (Freud, 1923/2007), embora possamos vê-lo claramente esboçado em seu texto *À guisa de introdução ao narcisismo* (Freud, 1914/2004). Cabe ao Supereu zelar pela satisfação narcísica, atuando a partir do ideal do Eu. Freud fala que o ideal do Eu foi imposto inicialmente a partir de fora e a satisfação é obtida agora pela realização desse ideal. Sua não realização se transforma em consciência culpada. O que inicialmente era medo de castigo dos pais ou medo de perda do amor deles transforma-se num modo de relação com o mundo e, em casos adoecidos, num modo de relação persecutória com o mundo.

Lazzarini (2011) afirma que a atualidade, inclusive as teóricas, trouxe à cena a prevalência dos sentimentos de vergonha sobre os sentimentos de culpa. A autora nos diz que a expressão da vergonha na obra freudiana coloca em evidência a insuficiência do sujeito e suas inseguranças, “pois o que o narcisismo vai reforçar são as questões referentes à ilusão da união incondicional, à ilusão da perfeição, mas também a perda do amor e do desamparo” (Lazzarini, 2011, p. 10). Nesse contexto, o sentido da vergonha, para além de uma formação reativa secundária à ação do recalcamento, traz as marcas de uma “emoção narcísica por excelência” (p. 11) e, portanto, suscita defesas do sujeito que são “com frequência da ordem da cisão, da recusa e do retraimento, mais do que da repressão” (p. 20).

Para Green (1986), os nexos estabelecidos entre Supereu e ideal do Eu mostram que uma mesma instância toma sobre si dois tipos de relação com o objeto:

interiorização e identificação. A interiorização e a identificação com os objetos primários revelam em que consiste a relação arcaica. Segundo Cardoso (2010b), o problema da interiorização se torna, a partir da constituição da segunda tópica, muito mais complexa. Ela diz que "no artigo *O estranho* (...) vemos surgir uma interioridade que não é habitada somente por um corpo estranho recalcado, mas na qual há diferentes níveis de 'estraneidade'" (Cardoso, 2010b, p. 54).

Diante do exposto, podemos concluir que ao nos referirmos aos primórdios da vida psíquica, estamos fundamentalmente falando de dois arcaicos: um princípio pulsional que se repete desde a primeira marca de satisfação e os cuidados necessários por parte do adulto para fazer nascer o psiquismo. O nascimento psíquico, que caracteriza também o nascimento do Eu, redunda na constituição do Supereu: instância psíquica que nos permite alcançar o modo de estruturação das relações arcaicas.

Revisitar o arcaico, o que significa trabalho de fazer renascer o psíquico, a sexualidade e o eu, é medida de proteção contra a própria ação da morte, contra o excesso pulsional desligado que exige um laborioso trabalho de Eros, um trabalho de ligação. Os casos-limite têm evidenciado que renascer psiquicamente é possível, e até necessário, mas não sem a travessia de um caminho onde a própria (re)petição traumática é inevitável, pois traz as marcas da presentificação da experiência originária de nascimento. O sujeito (re)visita, por meio de um princípio que se repete - organizado sem se saber subjetivado –, uma história infantil fragmentada, que reaparece pelas vias da recordação reconstruída. Mas também ousa reconstruir e construir aquilo que aparece como uma repetição em ato. Em ambos os casos, trata-se da relação pulsão-objeto.

Referências

Cardoso, M. (2010a). A servidão ao “outro” nos estados-limite. In M. R. Cardoso & C. A. Garcia (Eds.), *Entre o eu e o outro – espaços fronteiriços* (pp. 17-27). Curitiba: Juruá Editora.

Cardoso, M. (2010b). A insistência do traumático no espaço psíquico e analítico. In M. R. Cardoso & C. A. Garcia (Eds.), *Entre o eu e o outro – espaços fronteiriços* (pp. 47-63). Curitiba: Juruá Editora.

Carvalho, M. T. P. (2012). *Psicoterapia dos estados-limite*. Lisboa: Placebo Editora LDA.

Celes, L. A. (2004). Nascimento psíquico. In R. O. Aragão (Ed.), *O bebê, o corpo e a linguagem* (pp. 41-58). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Celes, L. A. (2006). Teoria da libido e teoria das relações de objeto: confronto e aproximações? *Pulsional – Revista de Psicanálise*, *XIX*(188)**,** 5-13.

Figueiredo, L. C. (2003). *Elementos para a clínica contemporânea*. São Paulo: Editora Escuta.

Figueiredo, L. C. (2004). Os casos-limite: senso, teste e processamento de realidade. *Revista Brasileira de Psicanálise, 38*(3), 503-519.

Figueiredo, L. C. (2009). *As diversas faces do cuidar – novos ensaios de psicanálise contemporânea*. São Paulo: Editora Escuta.

Freud, S. (1996). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trans.). Rio de Janeiro: Editora Imago. (Trabalho original publicado em 1905)

Freud, S. (1996). Um caso de paranóia que contraria a teoria psicanalítica da doença. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.* (J. Salomão Trad.). Rio de Janeiro: Editora Imago. (Trabalho original publicado em 1915)

Freud, S. (1996). Conferências introdutórias sobre Psicanálise XXIII. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.* (J. Salo-

mão, Trans.). Rio de Janeiro: Editora Imago. (Trabalho original publicado em 1916-17)

Freud, S. (1996). História de uma neurose infantil. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.* (J. Salomão, Trans.) Rio de Janeiro: Editora Imago. (Trabalho original publicado em 1918[1914])

Freud, S. (1996). Construções em análise. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.* (J. Salomão, Trans.). Rio de Janeiro: Editora Imago. (Trabalho original publicado em 1937)

Freud, S. (2004). À guisa de introdução ao Narcisismo. In *Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente. Obras psicológicas de Sigmund Freud.* (L.A. Hanns, Trans.). Rio de Janeiro: Editora Imago (Trabalho original publicado em 1914)

Freud, S. (2006). Além do princípio do prazer. In *Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente. Obras psicológicas de Sigmund Freud.* (L.A. Hanns, Trans.). Rio de Janeiro: Editora Imago. (Trabalho original publicado em 1920[1915])

Freud, S. (2007). O Eu e o Id. In *Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente. Obras psicológicas de Sigmund Freud.* (L. A. Hanns, Trans.). Rio de Janeiro: Editora Imago. (Trabalho original publicado em 1923)

Garcia, C. A. (2007). Os estados limite e o trabalho do negativo: uma contribuição de A. Green para a clínica contemporânea. *Revista Mal-estar e Subjetividade. VII*(1), 123-135.

Green, A. (1986). A posteriori, lo arcaico. *Revista de Psicoanálisis, 43*(4), 729-751.

Green, A. (1988). *Sobre a loucura pessoal*. Rio de Janeiro: Imago editora.

Green, A. (2008). *Orientações para uma psicanálise contemporânea*. Rio de Janeiro: Editora Imago.

Green, A. (2012). Uma conferência *borderline*. *Revista ALTER – Revista de Estudos Psicanalíticos*, *30*(2), 9-18. (Trabalho original publicado em 1976)

Jorge, M. A. C. (2008). *Arte e travessia da fantasia*. Acessado em http://www.iecomplex.com.br/textos//Arte%20e%20travessia%20Marco%20Coutinho.htm.

Lazzarini, E. R. (2011). Vergonha e Culpa na cultura do narcisismo. In T. C. Viana (Ed.), *Subjetivações contemporâneas e clínica psicanalítica* (pp. 9-24) Lisboa: Placebo Editora LDA.

Marucco, N. C. (2007). Entre a recordação e o destino: a repetição. *Revista Brasileira de Psicanálise*, *41*(1), 121-136.

Salztrager, R. (2004). As novas subjetividades e suas fantasmatizações. *Psychê*, *VIII*(13), 109-124.

24 Uso diagnóstico do tempo em psicanálise

Christian Ingo Lenz Dunker
Daniela Sheinkman Chatelard
Márcia Cristina Maesso

Pretende-se abordar as referências de Lacan à incidência do tempo em seu valor diagnóstico. O objetivo é examinar comparativamente os indicadores diagnósticos da temporalidade do sujeito no narcisismo, na transferência, no fantasma e no sintoma. Ao apresentar a importância clínica das relações diferenciais do sujeito ao tempo procura-se mostrar como a crescente expansão de modelos topológicos na obra de Lacan torna agudo o problema representado por uma temporalidade irredutível à sua projeção espacial. Para demonstrar a pertinência diagnóstica da temporalidade examinaremos, comparativamente, quatro indicações do problema na obra de Lacan: (a) o tema das *ilusões de memória,* no caso Aimée (Lacan, 1932/1987); (b) a tese da incidência diferencial do *tempo na fantasia,* na neurose e na perversão (Lacan, 1958/2002); (c) a noção de *voltas da demanda*, desenvolvida em *L´Etourdit* (Lacan, 1973/2002) e (d) o episódio do *deslizamento corporal*, pre-

sente em Joyce (Lacan, 1975/2008). Sugere-se que há mais de uma forma de consideração do tempo em Lacan e que, portanto, seria equívoco considerar apenas uma diagnóstica do tempo. Argumenta-se que há que se considerar a função diagnóstica do tempo como experiência da duração (*hóra*), como lógica da certeza (*logos*), como historicidade da palavra (*epos*) e como acontecência (*kairós*). Conclui-se que o reconhecimento desta multiplicidade de incidência diagnósticas permite refinar o diagnóstico psicanalítico para além da separação estrutural.

Aimée: o sentimento do tempo

O caso Aimée pode ser considerado o mais extenso e sistemático esforço diagnóstico que encontramos na obra de Lacan. O texto é mais conhecido pela proposição de uma nova forma clínica, representada pela paranoia de autopunição ali oposta à paranoia de reivindicação. O texto contém, subsidiariamente, a intuição metodológica que levará Lacan, anos mais tarde, a construir a noção de estrutura clínica. Trata-se da tese de que no delírio, em seu estado constituído, na qualidade de um todo mais ou menos organizado temática, formal e discursivamente, podemos encontrar o prolongamento de situações subjetivas mais simples. Situações estas que possuiriam assim um valor constitutivo para o delírio. Tais situações mais simples são os fenômenos elementares, descritos por Clérambault. No caso Aimée eles aparecem em quatro signos clínicos: (1) estados oniróides, (2) distúrbios de incompletude da percepção (3) interpretações propriamente ditas e (4) ilusões de memória (Lacan, 1987/1932). Apesar de sua gravidade, todos estes signos apontam para a dimensão narcísica enquanto lugar de estabilização da significação (interpretação), enquanto posição de inscrição da consciência (estados oniróides), enquanto instância formadora do juízo (incompletude da percepção) e enquanto integração unificante da experiência (memória). Vemos, assim, que o primeiro nível diagnóstico atinente ao tempo que encontramos na obra de Lacan refere-se às formas de fracasso do narcisismo. Incluem-se aqui as distorções do sentimento do tempo: a angústia ontológica do atraso, a pressa, a irrealização subjeti-

va da passagem do tempo (diferente da desorientação temporal). A dimensão narcísica da experiência do tempo fica um pouco obscurecida pelo fato de que o modelo lacaniano do narcisismo é um modelo essencialmente espacial ou topológico. O modelo óptico sob o qual se erige a noção de estádio do espelho contém apenas uma referência ao tempo: a experiência de antecipação. As patologias narcísicas do tempo dispõem-se, desta maneira, no espectro que vai da formação do juízo ao ato. São lentificações, precipitações, suspensões ou irrealizações que se verificam entre estes dois polos.

Mas entre estes exemplos de fracassos da função narcísica as *ilusões de memória* são o fato clínico mais difícil de verificar. Aimée declara que havia lido um artigo de jornal no qual seus perseguidores afirmavam que matariam seu filho como vingança por sua maledicência. Ela diz, com convicção, que *havia visto uma fotografia de sua casa natal junto da reportagem*. Ocorre que Aimée não conseguia encontrar o referido artigo. Assim como no caso dos esquecimentos examinados em Psicopatologia da Vida Cotidiana (Freud, 1901/1980), não se trata apenas de amnésia ou bloqueio bruto da função da memória, tal como se verificaria nas demências e demais síndromes neurológicas. Há esquecimento, mas há também lembrança de que o esquecimento está em curso, há a "sensação de que algo está sendo esquecido". Esta incerteza quanto ao fato, esta indeterminação de sua realidade, levava Aimée a ir constantemente à sede do jornal para comprar números atrasados. Ela estava convicta de sua lembrança (de que havia visto a foto de sua casa no jornal), não obstante parecia não acreditar na realidade desta mesma lembrança. Sua casa fica entulhada de jornais e ela mantém a certeza de que havia *lido* o artigo e *visto* a fotografia. Ora, na neurose esta divisão entre certeza e crença, esta separação entre saber e verdade, articula a própria transferência como operação de um sujeito suposto ao saber (esquecido). Na psicose, ao contrário, há uma atribuição de saber daí a dimensão de prova, de advertência ou de confirmação que os atos de Aimée tomam em relação à sua própria lembrança. Temos aqui a segunda incidência do tempo na diagnóstica psicanalítica, a saber, o tempo na transferência. Quando Lacan afirma e insiste que o manejo da transferência em

análise é o manejo do tempo em análise (Lacan, 1946/2000) ele obviamente não está se referindo apenas ao manejo da duração da sessão analítica. Trata-se do tempo aqui considerado como uma espécie de báscula ou alternância entre o sujeito e o Outro (Lacan, 1953/1985), entre abertura e fechamento do inconsciente (Lacan, 1988/1964), entre *fading* e afânise do sujeito (Lacan, 1967) ou ainda entre desenvolvimento da verdade e reviravolta dialética (Lacan, 1951/2000). Ao contrário da temporalidade narcísica, que se apresenta em termos diagnósticos como um gradiente contínuo, aqui a temporalidade incide em uma forma de tudo ou nada, como descontinuidade e ruptura.

A investigação diagnóstica de Lacan, com relação à ilusão de memória, presente no caso Aimée, leva à conclusão de que ela só podia realmente recordar-se de um fato: em um dado instante ela *acreditou lembrar-se* do artigo. Retenhamos a sutileza da evidência clínica: ela *lembrou-se que havia acreditado que se lembrava*. É uma meta-recordação, uma recordação de uma recordação. Ocorre que a segunda recordação baseia-se em uma crença, ou em uma imagem-fantasia que substitui uma imagem-recordação, segundo a expressão empregada por Lacan. Assim, o que se *gostaria que tivesse acontecido* aparece ao sujeito como *tendo acontecido*. Este é o terceiro aspecto diagnóstico do tempo, ou seja, ele está coordenado pela lógica da fantasia. Aqui o tempo não se apresenta nem de forma bifásica (como na estrutura da transferência) nem de forma gradiente, como finito incontável (como na estrutura do narcisismo), mas como um tempo triádico. Novamente nos deparamos aqui com o que pode ser lembrado e com o que deve ser suplementado pela construção analítica. Há o tempo ativo, o tempo passivo e o tempo interpassivo (me faço olhar, voz, seio). A fantasia é esta estrutura que conecta a crença ao saber, que articula o desejo à lei e que garante a unidade do tempo.

Este efeito de apreensão subjetiva do tempo é chamado por Lacan, na tese de 1932, de *sentimento do tempo*. O sentimento do passado e o sentimento do futuro ligam-se a esta função de presentificação que determina o alcance para um ato. Tal sentimento do tempo é aparentado aos sentimentos sociais: de realidade,

de familiaridade e de respeito. Tanto as ilusões de memória quanto os sonhos protetores não são interpretações retrospectivas, mas argumentam em favor de que o aparelho psíquico reconhece a presença (um ruído) ou a ausência (uma fotografia) e simultânea ou sucessivamente reconhece seu próprio reconhecimento, conferindo-lhe realidade, familiaridade e temporalidade. A *função de presentificação* nada mais é do que a articulação destas duas formas de reconhecimento. Para que ela possa operar, induzindo a orientação temporal do sujeito, é importante que ela mesma não se manifeste como função de reconhecimento. Daí que a função de presentificação defina-se duplamente: (a) por seu alcance para o ato e pelo efeito de certeza e (b) por sua dimensão de desconhecimento e pelo efeito de crença.

O complexo fenômeno das ilusões de memória apresenta-se de forma reduzida no caso dos sonhos que incorporam um aspecto da realidade, de tal forma a manter o sono. Em vez de acordar com o toque do despertador, o sonhador o transforma no apito de um trem, em vez de reagir ao safanão este se transforma no balançar de um navio. Isso ocorre em sonhos que parecem ter uma longa duração significativa antes de se interromperem com o reconhecimento da realidade própria do ruído. Na verdade, o ruído estava lá desde o início. O sonho cumpre sua função de manter o sono até o ponto limite em que o ruído que estava no início faz acordar, mas também dilata a experiência do tempo. Quando isso ocorre, o que o sujeito se lembra é que o ruído estava no fim do sonho, não em seu início. Ora, a sensação de longa duração é apenas um efeito retroativo da antecipação do acordar. Ou seja, uma parte da realidade foi reconhecida, suprimida e substituída por uma imagem, tendo por efeito uma inversão temporal da experiência subjetiva em relação à percepção objetiva. Considerando-se o isomorfismo entre sonho e sintoma chegamos assim à quarta dimensão diagnóstica do tempo em Lacan: a dimensão do sintoma. Nela o tempo é tomado, principalmente, como orientação, sentido ou ainda como um nó de significação. Lembrando que Lacan traduz as noções freudianas de progressão e de regressão em termos de movimentos discursivos, podemos dizer que o sintoma representa um nó temporal, um compromisso

entre as diferentes exigências de significação e de gozo, de demanda e de desejo, que coordenam a orientação de um sintoma.

Hamlet: o tempo na fantasia

Esperamos com isso ter introduzido nossos argumentos. O texto sobre o *Tempo lógico e a asserção da certeza antecipada* (Lacan, 1945/2000) desenvolve claramente um problema abordado na tese de 1932, a saber, um *problema diagnóstico*. Lembremos que a precipitação, o atraso e antecipação são tipos de sentimento do tempo. A partir do exposto fica claro que o sentimento do tempo não deve ser confundido com a apreensão subjetiva da duração (mais extensa ou mais comprimida), e nem com a apreensão objetiva do passado ou do futuro. O que permite a Lacan falar do tempo, como uma experiência, como uma espécie de *encontro* figurado em metáforas do tipo “hora da verdade” e “o tempo de concluir” ou por noções como *kairós*. São hipóstases de uma experiência impossível em si mesma: o tempo não é um personagem, nem uma coisa. Ele é tratado assim por um regime especial de articulação do tempo na linguagem, ou seja, a historicidade representada pela noção grega de *epos*.

O tempo, ele mesmo, equivale, neste sentido, àquilo que seria a consciência do ponto de vista do inconsciente, ou seja: (a) algo que se apresenta, mas não se representa, (b) algo que é por natureza aberto, mas que se apresenta como um conjunto fechado, (c) algo que qualifica as ligações com os objetos na medida em que transforma o próprio sujeito e (d) algo que é negatividade do ponto de vista do inconsciente.

Voltemos aos termos do nosso problema, agora aplicando-os ao tema da diferença entre estruturas clínicas. (1) Há o reconhecimento da presença ou da ausência, (simbólico–real) (2) há o reconhecimento deste reconhecimento, que nos dá o sentimento do tempo (real–simbólico) e (3) há a função de presentificação que articula as duas primeiras dimensões (real–imaginário). Vemos que a primeira condição é inteiramente dependente da espacialização do tempo. O reconhecimento

da presença ou ausência, acrescida do sentido da transição entre um e outro, são a condição elementar do tempo como alternância. Contudo estas são condições do tempo como espacialização do objeto. Os exemplos de Lacan são muito típicos a este respeito: o dia e a noite, os meteoros, o retorno nos planetas a uma dada posição.

Este tipo de temporalidade aparece em apresentações da transferência nas quais ela polariza-se entre o amor ou o ódio, entre a aceitação e a recusa. São transferências que parecem duplicar a estrutura da demanda. Ela é típica no discurso no qual se acentua a alternância entre a presença e a ausência do sintoma. Pacientes que trazem um fenômeno psicossomático, certas depressões, bem como situações próximas da toxicomania ou da erotomania, organizam transferências baseadas nesta alternância. Neste caso a relação de objeto e o próprio objeto encontra-se em sobreposição. São, portanto, teoricamente transferências em estrutura de perversão. Não se trata aqui de uma estrutura perversa, mas de uma transferência em estrutura de perversão. Baseamo-nos, para tanto na afirmação de Lacan: “O fantasma na perversão é apelável, ele está no espaço, ele suspende, não sei qual relação essencial; ele não é propriamente atemporal, ele está fora do tempo.” (Lacan, 1958/2002, p. 232).

A situação seria inteiramente diferente e, portanto, dotada de valor diagnóstico diferencial, no caso da neurose:

> A relação do sujeito ao tempo, na neurose, é justamente este algo do qual se fala muito pouco e que é, entretanto, a própria base das relações do sujeito com seu objeto ao nível do fantasma. Na neurose, o objeto se carrega desta significação, que está para ser buscada no que chamo de hora da verdade. O objeto aí está sempre na hora do antes, ou na hora do depois. (Lacan, 1958/2002, p. 332)

O obsessivo antecipa sempre tarde demais, o histérico repete sempre o que há de inicial em seu trauma. Tudo se passa como se o neurótico pudesse ler uma

determinada temporalidade em seu objeto. A hora do um e a hora do outro, o cedo e o tarde, o que poderia ter sido e o que se acredita ter sido. Ora, estamos aqui na situação de reconhecimento do reconhecimento, ou seja, na realização do simbólico. Daí que a fantasia venha a ocupar o lugar daquilo que o sujeito encontra-se privado simbolicamente.

Note-se como é uma consequência da teoria da temporalidade que a fantasia seja pensada como uma sequência em três séries, na qual em uma delas encontra-se abolido o próprio sujeito (*fading*). Na mesma direção, entende-se porque a diferença entre neurose e perversão seja uma diferença no estatuto da fantasia. Na neurose acentua-se o polo do sujeito e do tempo, na perversão acentua-se o polo do objeto e do espaço. Estes três tempos são designados de inúmeras maneiras por Lacan, uma que nos parece didática assinala que:

a. No primeiro tempo há estranhamento (*estrangement*, *unhemilich*), o que acusa uma perturbação do sentimento do tempo. Uma separação entre o objeto *a* e o falo. Ora, esta separação é estrutural, na neurose e na perversão, portanto o que ocorre no primeiro tempo da fantasia é a percepção desta separação, é a apresentação desta singularidade sob forma de afânise.

b. No segundo tempo trata-se de uma integração narcísica deste objeto paradoxal. O sujeito exterioriza o falo como símbolo significante. Ele rejeita seu próprio ser em nome do falo. Está em curso uma identificação, a saber, em termos temporais, uma substituição entre o que *se poderia ter sido* (objeto a) pelo que *se poderia vir a ser* (falo).

c. No terceiro tempo encontramos a função da presentificação, ou seja, a hora da verdade, na qual o sujeito encontra-se abolido, não como *fading,* nem como *afânise*, mas como ato.

As voltas da demanda

Na perversão, o tempo aparece espacializado porque se trata da posição terminal da fantasia. Na neurose, o tempo está articulado ao modo de relação e constituição dos objetos porque nele a temporalidade equivale aos processos de identificação, característicos da segunda fase da fantasia. Finalmente, na psicose, a experiência intersubjetiva do tempo nos mostra a temporalidade como ela é, ou seja, um conjunto fragmentário de experiências cujo efeito, e não a causa, é a unidade do tempo (*hóra*).

Esta exposição sumária dos três tempos da fantasia, do qual se poderiam desdobrar o tempo binário da transferência e o tempo progressivo e regressivo do sintoma, nos induz a uma imprecisão. Se a fantasia condiciona a temporalidade do sujeito, tanto no sentido do sentimento do tempo, quanto no sentido da sua lógica de aparição e desaparição e, ainda, quanto à temporalidade do ato, ela mesma, a fantasia, não pode ser examinada segundo os próprios parâmetros temporais que deveria explicar. Ou seja, se a fantasia modula o tempo do sujeito, o que modula o tempo da fantasia?

A situação clínica que deve ser chamada para explicar este problema é justamente aquela na qual a fantasia está ausente ou substituída por outra estrutura. Este é, exatamente, o caso teórico representado pela psicose. Ora, a primeira constatação que se pode fazer então é que a expressão *três tempos da fantasia* é bastante aproximativa, tanto quanto a expressão os *três tempos do Édipo*. Trata-se afinal de três modos de relação (constituição de objeto), postos em uma sucessão baseada em uma condicionalidade lógica, não de três formas distintas de fazer a experiência do tempo. Três tempos quer dizer aqui três modos. Em cada um destes modos se poderiam reencontrar a temporalidade da fantasia, mas isso não significa que o conjunto responda à mesma forma temporal.

Por exemplo, quando Lacan argumenta que a demanda, e consequentemente o sintoma, possui uma lógica de ordem modal ele indica que esta possui uma articulação gramatical com o *modo* subjuntivo *(que eu faça*, *se eu fizer*, *quando eu fizer)* (Lacan, 2002/1973). Os modos do necessário, possível, impossível e contingente são modos da demanda que exprimem também experiências temporais. A interpretação e, consequentemente, o desejo expressam-se segundo o modo apofântico ou indicativo, (*eu fiz, eu faço*, *eu farei*). O gozo e, consequentemente, o narcisismo, exprime-se segundo o modo imperativo ou gerúndio (*faça! fazendo*). Finalmente, a transferência articula-se segundo o infinitivo (*fazer*, *não fazer*).

De fato, quando se diz que não há constituição da demanda na psicose, no sentido de que nela não há posicionamento do falo no campo do Outro, ou seja, que há uma zerificação da posição fálica, tudo se passa como uma espécie de dedução da maneira neurótica de articular o tempo. Na neurose e na perversão aplica-se a noção de voltas da demanda, ou seja, a demanda se fecha e se conta em circuitos de retorno, reconhecimento e desconhecimento. Na psicose a demanda não se fecha, sobrevindo assim três fenômenos clínicos: (a) o empuxo à mulher (b) a infinitização do gozo (c) a descrença associada com a certeza.

Ora, estes três fenômenos encontram-se fixados claramente em modos temporais: (a) a transformação em mulher é um evento gerúndio (está acontecendo), (b) a infinitização do gozo é um evento subjuntivo (se, que e quando isso acontecer) e (c) a experiência de estranhamento, despersonalização e descrença é um evento indicativo radical, tão bem expresso pela noção de epifania (acontece). Portanto, os três tempos da fantasia encontram-se claramente presentes na psicose, uma vez pensados como modos lógicos e gramaticais. O que estaria ausente é a articulação entre eles. Mas a pergunta remanesce: esta articulação seria ela mesma temporal ou lógica?

Joyce: o tempo da acontecência

Quando Joyce relata esta experiência de ter apanhado de dois colegas, de tal maneira que ele teria saído de si, "*como uma casca sai de uma fruta madura*" (Lacan, 1975/2008), temos um destes enclaves temporais de valor diagnóstico. Ele diz que nada sentiu, nem dor, nem raiva, nem desejo de vingança nem humilhação. Ou seja, falta o sentimento social, a integração subjetiva desta experiência que fica assim indeterminada do ponto de vista temporal. Assim como o artigo que Aimée lera sobre os perseguidores de seu filho, Joyce conseguia datar o acontecimento. Este fazia parte de uma história capaz de ser narrada. Mas fazia parte como uma espécie de indeterminação existencial: teria ocorrido? Teria sido imaginado? Teria acreditado ter acontecido? Ele é o nome de um estranhamento, de uma identificação e de uma ausência de si. É um nome, não um significante.

O tempo da acontecência pertence ao regime da epifania, ou seja, da revelação imprevista de algo, da aparição de um não-antecipável (*kayrós*). Há uma epifania narcísica da qual o desencadeamento da psicose geralmente nos dá indícios. Há uma epifania que Lacan chamou de "instante do fantasma", ou seja, o momento de descolamento entre a tela e a janela que esta recobre. Há, ainda, o momento de epifania da transferência, quando esta se revela farsa, furo e equívoco do sujeito suposto saber.

Esperamos ter apontado como nestes quatro momentos distintos da obra de Lacan o problema do tempo tem uma implicação diagnóstica constante, referida ao narcisismo, à transferência, à fantasia e ao sintoma. Evitamos, propositadamente, examinar aquele que poderia ser considerado o texto mais importante de Lacan sobre o tempo, a saber, o tempo lógico e a asserção da certeza antecipada. Isso se deve tanto ao fato de que há bons comentários sobre este trabalho quanto ao interesse em mostrar os limites deste modelo no interior da diagnóstica psicanalítica. Restaria, portanto, saber como estas diferentes formas de temporalidade, assim ditas, não lógicas ou pós-lógicas (*epos*, *kairós* e *hóra*), se comportariam à luz das teses do referido artigo.

Tempo do sujeito na hora da psicanálise

Na clínica psicanalítica, trabalhamos com a temporalidade do sujeito inconsciente em sua relação com a estrutura de linguagem. Em termos temporais, sabemos o quanto é precioso para a psicanálise a referência ao *futuro anterior*, no *só-depois* da elaboração simbólica. O tempo para compreender implica o tempo para a passagem ao simbólico. Assim sendo, essa assunção falada de sua história permite-lhe "reordenar as contingências passadas dando-lhes o sentido das necessidades por vir" (Lacan, 1953/1998, p. 257). Tempo: é preciso. "É preciso tempo para fazer-se ser".

Se é preciso tempo, é porque uma psicanálise acontece por uma suposição. Ela consegue "desfazer pela palavra o que se fez pela palavra": é a transmissão de Jacques Lacan (1977) em seu seminário *O Momento de Concluir*. O tempo interroga a psicanálise, o tempo é interrogado pelos psicanalisandos, o tempo faz questão para o ser falante, para o ser do tempo, para o *ser-para-morte*. Ao interrogar sobre o ser, é no tempo que Heidegger vai buscar repostas sobre o *Dasein*, o *ser-aí*. Tempo é preciso! Tempo que marca uma ruptura no ser temporal e histórico no a-temporal do sujeito do inconsciente. Marca uma ferida e funda o tempo do traumático na falácia do ser. O *dasein*, como o *ser-aí*, se faz presente em si. O trabalho do tempo do traumático é vivido na experiência, está presente no tempo analítico e é atualizado na transferência.

Tomar o tempo como ferramenta de uso diagnóstico propõe, de saída, um contratempo às concepções diagnósticas que imperam na contemporaneidade em referência ao *chronos* respeitante à sequência e à linearidade que parte do reconhecimento dos determinantes presentes num sistema simbólico definido, para antever o futuro, através do prognóstico. O tempo na transferência como intervalo, principalmente entre sujeito e o Outro, possibilita o posicionamento do psicanalista no âmbito do desejo e da ética, na confecção de um diagnóstico que inclui a alteridade significante, designada por Lacan (1968/2008) como Grande Outro. A inclusão do Outro nas proposições diagnósticas temporais subverte o discurso

(re)corrente da saúde mental, de que o sintoma é o mal, a doença mental, localizado espacialmente no indivíduo, de modo a ser tratado e eliminado com substâncias químicas.

Retomando Lacan (1932/1987), quando apresentou o caso Aimée, à medida que eliminava as hipóteses diagnósticas acerca do delírio de sua paciente cabíveis no discurso psiquiátrico vigente, também afastava a hipótese orgânica, para defender a tese de uma psicose que se exprime "através de sintomas psíquicos". Considerou que Aimée teve seu delírio suspenso não por causa do ato de atacar a atriz tomada como perseguidora, mas devido à consequência do seu ato, pelo qual teria atingido a si mesma, realizando a autopunição por meio do Outro da lei. Ao abordar o delírio de Aimée, Lacan identificou em seus escritos ideias de perseguição com sentido de autoacusação, que são por ela explicados: Sua certeza sobre a existência dos perseguidores deve-se à punição eminente de uma "mãe maledicente, que não faz o que deve". Lacan não deixou de mencionar o estado potencial do delírio da mãe de Aimée, que eclodiu em função dos acontecimentos com a filha depois do ato de agressão contra a atriz, tampouco deixou de assinalar "o problema da psicose com a situação familiar infantil" e a "frequência dos delírios a dois, que reúnem mãe e filha, pai e filho" (Lacan,1932/1987, p. 249-287).

Partindo das sutilezas de Lacan em torno do caso Aimée, apresentadas na tese de 1932, Allouch (1977) propôs lê-lo a partir dos conceitos que o próprio Lacan formulou posteriormente, fazendo uma análise minuciosa e exaustiva do caso, na qual nos deteremos apenas pontualmente na questão da passagem ao ato. Tomando Lacan (1967) no seminário *O ato psicanalítico*, a respeito da dupla face do ato, que alude que há uma face de ato e uma face significante do ato, portando uma dimensão linguageira, Allouch aponta a sincronia do fim do delírio de Aimée, com a instalação de sua mãe na própria loucura, a partir da notícia recebida pelos jornais do atentado cometido pela filha. Como Lacan, Allouch considera a consequência do ato e não o ato em si na suspensão do delírio, não como autopunição, mas como advertência endereçada a sua mãe, de que ela era a mãe que deveria ser punida, porque embora estivesse presente, faltou no tempo de socor-

rer sua irmã mais velha e homônima de ser queimada na lareira até a morte. Destaca-se, nesse caso, como importante elemento diagnóstico, o modo de incidência do Outro na formação delirante, num tempo que antecede a própria vida de Marguerite (Aimée), pois a morte da irmã homônima ocorreu antes de seu nascimento. Mas é o tempo posterior ao ato que lhe confere o teor de um dizer e de advertência endereçada ao outro (a mãe de Aimée entendeu bem o recado), que vem certificar seu saber (certeza) sobre o gozo do Outro e ao mesmo tempo efetuar o corte desse gozo.

A respeito da neurose e da perversão, Lacan também situa a temporalidade em relação ao Outro no nível do fantasma, como já foi mencionado. A suspensão de uma relação essencial coloca o fantasma da perversão no espaço, fora do tempo, enquanto na neurose o sujeito se posiciona na hora do Outro, como na interpretação que propõe de Hamlet, apontando a procrastinação do ato (de vingança do assassinato do pai) em relação ao problema do desejo (Lacan, 1958/2002).

A consideração da temporalidade como via diagnóstica permite acolher o sujeito na transferência, nesse intervalo do “entre”. Na criação desse tempo no dispositivo da psicanálise, marcado pela posição do psicanalista como semblante do objeto *a*, causa do desejo, o tempo do sujeito do inconsciente em relação ao discurso do Outro é o que conta na experiência da fala. Assim, a formulação diagnóstica como fazer do psicanalista, para orientar sua práxis, respeitaria o momento posterior à situação vivida na transferência, que atualiza na fala e no ato as alternâncias entre sujeito e Outro. A condução do psicanalista à escrita do caso como recurso diagnóstico, sob a forma de contos semelhantes aos dos escritores criativos como no estilo de Freud, ou através das fórmulas matemáticas (matefóricas) que distinguem o estilo de Lacan, respeita o tempo do devir do sujeito, pela abertura das entrelinhas nos contos ou das incógnitas nas operações matemáticas. Escrita furada, como semi-dizer do intervalo entre os significantes, tempo do sujeito (da enunciação) na psicanálise que já não está no sentido daquilo que disse (como enunciado). O final do *Poema do Nadador*, de Jorge Lima, é um ato de dizer do sujeito evanescente no tempo, do *ser-aí*:

Nada, nadador!

Se não, que restará de ti, nadador?

Nada, nadador.

Em termos temporais, sabemos o quanto é precioso para a psicanálise a referência ao futuro anterior, no *só-depois* da elaboração (Lacan, 1970, p. 78). O ser heideggeriano, o *ser em sua experiência do vivido*, nos convida a refletir sobre essa estrutura do tragicômico, esse gênero dramático humano a partir do ciclo da natureza humana. A subjetivação do vivido é atualizada no presente, ou seja, é a própria retomada do *ser-aí – Dasein* – situado numa trama temporal. Em outras palavras, os três tempos de situação do ser: o vivido no passado sob a forma do *ser-sido*, isto é, a maneira como o *Dasein* volta ao passado; depois o *devir*, isto é, uma antecipação no presente num tempo ainda a advir; e, enfim, o *estar em situação*, isto é, a dimensão do presente, este se relacionando com o passado e em sua relação com o futuro. Ou seja, trata-se da maneira como o ser aborda em sua atemporalidade inconsciente o vivido atualizado no presente. Este vai, em consequência, remanejar o seu por vir, sua experiência cíclica, não como mesmice, mas ao levar em consideração o seu entrelaçamento estrutural nos três momentos temporais que fazem com que a cada retorno um novo se inscreva. Essa trajetória do ser o leva a experimentar o constante movimento de *des-ser* em sua condição de *falasser*.

O tempo para compreender implica o tempo para a passagem ao simbólico. Assim sendo, essa assunção falada de sua história lhe permite “reordenar as contingências passadas dando-lhes o sentido das necessidades por vir” (Lacan, 1953/1998). A experiência psicanalítica passa por uma estrutura de discurso, ou seja, a maneira pela qual o inconsciente singular de cada sujeito perpassa o laço social, de como cada sujeito estrutura o seu discurso íntimo frente ao discurso do Outro. Desde Freud, o gozo está relacionado a um campo de energia, ideia que converge com o que é colocado com o princípio de prazer como princí-

pio de regulação do gozo. Lacan parte daí para falar do seu campo, do campo que ele teria desejado fundar, do campo lacaniano. O gozo é " uma expressão de energias se exprimindo no seu campo. E o gozo enquanto efeito de pulsões e ligado ao inconsciente é também efeito de linguagem." (Faleni, 2000, p. 26). Nessa direção, Colette Soler (2000, p. 26) lembra, a respeito da hipótese lacaniana, o seguinte: "A linguagem é operadora que modifica e ordena o real, introduzindo, assim, sua lógica própria no campo do gozo vivante", o sujeito é efeito da linguagem no real, este real é o real do gozo, o gozo que concerne a cada sujeito, ligando o mais íntimo da pulsão à linguagem. O campo da linguagem é constituído pela falta de um significante, de uma parte impossível a significar, ligado ao enigma do gozo do Outro. O limite que nos deparamos com a linguagem aponta para o real.

É preciso tempo! Lacan já nos dizia: é preciso tempo para se chegar ao momento de concluir! É preciso tempo para fazer-se ser, para habituar-se ao ser, é a transmissão de Jacques Lacan em *Radiofonia*. Esse trabalho de *a-parição* do ser, de parir o ser, é todo um processo de *Durchabeitung*–perlaboração de uma psicanálise. Os diversos desvios e os contornos sucessivos nos quais a experiência da *talking cure* é vivida pelo sujeito permitem que ele progrida rumo ao registro simbólico, realizando pela fala os diversos remanejamentos que chegarão ao registro do real em consequência desse processo de *Durchabeitung*. Lacan já nos dizia: é preciso tempo para se chegar ao momento de concluir! Estamos falando do surgimento de uma subjetividade que vai acontecendo segundo os tempos futuro anterior e a posteriori.

Jacques Lacan intitulou o seu antepenúltimo seminário *Momento de Concluir* e, depois, seu último seminário, *A Topologia e o Tempo*. Ora, são dois seminários que não apenas tocam na questão do tempo mas, sobretudo, demonstram aos seus ouvintes e leitores o tempo daquele que elabora e profere estes seminários: o sujeito da enunciação que habita o homem Lacan com seu estilo único. Jacques Lacan inaugura o seu *Momento de Concluir* dizendo aos seus ouvintes na aula de 15/11/77 (Lacan, 1977): A psicanálise é uma prática. "Uma prática que durará o

que ela durará, é uma prática de palavrório" e mais adiante, prossegue: "Isto não impede que a análise tenha conseqüências: ela diz alguma coisa". O que quer dizer: “dizer”?

“Dizer” tem algo a ver com o tempo. Este tempo que nodula-se ao dizer é o tempo necessário para parir o ser; para que algo do ser aceda à fala, ao fala-ser. É preciso tempo para que o "inconsciente articula-se daquilo que do ser vem ao dizer" (Lacan,1998/1953, p. 80). Podemos, assim, nos remeter à clínica, ao desejo do analista. O desejo do analista implica escutar o que o tempo *a-posteriori* vivido no presente traz como efeito retroativo da antecipação que traçou o destino do sujeito a partir da escrita deixada em seu ser de objeto do desejo do Outro.

Considerações finais

Assim, essa assunção falada da história do sujeito permite que ele “reordene as contingências passadas dando-lhes o sentido das necessidades por vir” (Lacan, 1953/1998, p. 257). É preciso tempo! Lacan já nos dizia: é preciso tempo para se chegar ao momento de concluir! Estamos falando do surgimento de uma subjetividade que vai acontecendo segundo os tempos *futuro anterior* e *a posteriori*.

O sujeito vive num sistema de discurso cuja dinâmica, em seu duplo movimento sincrônico e diacrônico, remaneja a fixação de uma ficção mítica pela instalação de um sintoma criado e fundido à fantasia. Desse mito resta um real cujo operador simbólico, o funcionamento da linguagem, fará seu contraponto. O traumático, por ser na origem aquilo que fere o ser, é também a percepção da diferença perante o Outro sexo. Nesse sentido, é o que a experiência da perda introduz e engendra como consequência da alteridade do *homo*. A incidência de uma alteridade introduz a singularidade, a diferença no ser, introduzindo-o no universo do desejo. Assim, a estrutura que ordena o desencadeamento de uma história do vivido, seja pela vertente da tragédia, seja pela vertente da comédia; uma ou outra

obedece ao desencadeamento das estruturas míticas, da ordenação de uma estrutura ainda mítica.

A criação mítica prepara o ser para seu funcionamento estrutural. Dessa criação mítica, primária em relação ao objeto de amor, a criança funda um primeiro logro intersubjetivo. No surgimento dessa estrutura, o que comanda é o ordenamento do mito que é retomado na estrutura psíquica. Ora, essa estrutura do mito se apresenta sob a forma cíclica tomando por referência a ordem da natureza: o nascimento, a morte e o renascimento. Uma estrutura que parte do *caos* e caminha em direção ao *Kosmos*. A reordenação surge da desordem. Do *falsus*, surge a verdade fictícia que é criada quando na passagem do ser ontológico ao ser falante. Dito de outro modo, é da *phýsis*, sendo aquilo que brota, que surge o *lógos* - a expressão do pensamento e da linguagem do ser.

Referências

Allouch, J. (1977). *Marguerite ou a "Aimée" de Lacan*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

Faleni, S. (2000) Réperages. *Révue des Forums du Champ Lacanien, 8*, 26.

Freud, S.(1980). Psicopatologia da vida cotidiana. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *Obras completas*, *Vol. 6.* Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1901)

Lacan, J. (1987). *Da psicose paranóica em suas relações com a personalidade*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária. (Trabalho original publicado em 1932)

Lacan, J. (2000). O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada: um novo sofisma. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1945)

Lacan, J. (2000). Além do princípio da realidade. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1946)

Lacan, J. (2000). *Intervenção sobre a transferência. Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1951).

Lacan, J. (1985). *O seminário: livro 1: os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1953)

Lacan, J. (1998). *Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise.Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1953)

Lacan, J. (2002). *O seminário: livro 6: o desejo e sua interpretação*. Publicação interna da Associação Psicanalítica de Porto Alegre. (Trabalho original publicado em 1958)

Lacan, J. (1988). *O seminário: livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1964)

Lacan, J. (1967). *O Seminário: livro 15: O Ato Psicanalítico*. Inédito.

Lacan, J. (2008). *O seminário: livro 16: de um Outro ao outro*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1968)

Lacan, J. (1970). *Radiophonie*. Scilicet 2/3. Seuil: Paris.

Lacan, J. (2002). O Aturdido. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1973)

Lacan, J. (2008). *O seminário: livro 23: o sinthoma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1975)

Lacan J. (1977). *Le Moment de Conclure*. Seminário inédito.

25

Grupo como modalidade de atendimento psicoterápico na clínica-escola:

formação do aluno, efetividade no atendimento

Eliana Rigotto Lazzarini
Bruno Nogueira da Silva Costa

Introdução

Pessoas formam grupos, grupos formam comunidades e comunidades configuram uma sociedade. Para a psicologia de grupo a essência de um indivíduo passa pela sua vivência gregária, pela sua natureza gregária. O individual e o social não existem separadamente, mas pelo contrário se interpenetram (Zimerman & Osório, 1997). Grupo pode designar, de uma forma leiga, um conjunto de três ou mais pessoas, há autores que consideram duas pessoas um grupo, como também pode se referir a uma família, uma orquestra, uma fila de ônibus, a audiência de um jogo de futebol, um grupo terapêutico; pode abarcar o conjunto de pessoas que constitui a população de um país e assim por diante. O limite para a configuração de um grupo é o indivíduo, uma vez que até um casal pode ser considerado grupo. Portanto, vivemos constantemente nesta configuração com todas as

condições que ela nos proporciona. Há grupos grandes e grupos pequenos, aglomerados de pessoas e conjunto de pessoas.

Mas quais os limites para aquilo que podemos considerar verdadeiramente grupo? Para Anzieu (1990), um grupo é um envelope que faz indivíduos ficarem juntos. Enquanto não está constituído pode ser considerado simplesmente um agregado humano, não há grupo. Nos grupos, de acordo com o autor, há uma rede de regulamentos implícitos ou explícitos, de costumes estabelecidos, de ritos, de atos e fatos com valor de jurisprudência, atribuições de lugares, particularidades da linguagem estabelecida entre os membros e conhecida somente por eles. Esta rede assim formada, segundo Anzieu, permite ao grupo constituir um espaço interno que proporciona um sentimento de liberdade na eficiência e que garante a manutenção das trocas dentro do grupo, e uma temporalidade própria.

Todos os grupos contêm, em princípio, os mesmos ingredientes, os quais podem ser empregados em diferentes combinações. Dessa forma, novos modelos de grupo podem ser propostos, de acordo com as metas que se estabeleçam: intervenção em situações de crises, problemas interpessoais, história recorrente de depressão, vítimas de desastres e outras condições.

O objetivo do presente estudo é contribuir para uma abordagem à modalidade do atendimento em psicoterapia de grupo em uma clínica-escola. A hipótese levantada é a de que tal modalidade de atendimento permite abarcar um maior número de atendimentos, o que é considerado satisfatório no caso de atendimento em instituições públicas e particulares. Além disso, o grupo promove uma mobilização emocional mais efetiva direcionada à mudança.

Na sequência apresenta-se um delineamento histórico sobre grupoterapia, chegando à sua aplicabilidade em uma instituição.

Recortes históricos: Pratt, Moreno, Freud, Bion e Pichón Rivière.

É amplo o leque de aplicações das dinâmicas grupais associadas à psicoterapia de grupo, e amplo também o número de autores que contribuíram, a partir de seu trabalho e dedicação, ao florescimento e fortalecimento daquilo que podemos denominar como uma psicologia de grupo. Neste trabalho apresenta-se, primeiramente, um percurso histórico sucinto, fazendo uma breve referência a alguns dos autores mais citados na literatura e que mais contribuíram para o desenvolvimento do movimento do campo grupal.

Os primeiros passos

A literatura sobre grupos, de maneira geral, mas principalmente a proveniente dos Estados Unidos da América do Norte, atribui a Joseph Pratt a primeira experiência grupoterápica no início do século XX. Precisamente em 1905, em uma enfermaria de hospital na cidade de Boston, com mais de 50 pacientes tuberculosos, Pratt desenvolveu um programa de assistência aos doentes incapacitados de arcarem com o custo de uma internação hospitalar. Ele os recebia em grupos de 15 a 20 participantes, uma vez por semana, com o propósito de promover o que ele denominava de “reeducação emocional”. Seus grupos tinham caráter mais educativo. Porém, e a despeito de não ser intencional, eles acabavam promovendo uma ajuda para além da questão didática, pois o compartilhamento de experiências entre os participantes os ajudava a não se sentirem isolados, o que acabava contribuindo para a melhora do paciente. Pratt, apesar de ser fisiologista e não psiquiatra, atuou muito próximo a este ramo da medicina, porquanto seu trabalho se baseava no que hoje podem ser considerados *fatores terapêuticos* (Bechelli & Santos, 2004) como a universalidade, a aceitação e a instilação de esperança. Pratt observava que a troca de informações entre os pacientes promovia sensíveis melhoras no quadro clínico e situação geral da vida de cada um, o que demonstrava que o tratamento grupal era extremamente proveitoso.

Apesar de sua atuação ter surtido um grande efeito junto aos pacientes, ele

não foi prontamente reconhecido por seus parceiros. Alguns anos mais tarde, porém, seu modelo de trabalho ganhou repercussão e passou a ser adotado para o tratamento de pacientes com problemas na área de saúde mental. De acordo com Bechelli e Santos (2004), Marsh, Lazell e Burrow, ainda nos Estados Unidos e baseados no modelo proposto por Pratt, desenvolveram, nas décadas seguintes, atendimentos de grupo a pacientes internados em hospitais psiquiátricos e também a pacientes ambulatoriais, obtendo o que consideravam um avanço em termos da melhora de sua saúde.

J. L. Moreno e a psicoterapia de grupo

Na mesma época em que Pratt e seus conterrâneos nos Estados Unidos desenvolviam as raízes da Psicoterapia de Grupo, Jacob L. Moreno, médico psiquiatra, também dava seus primeiros passos no trabalho com grupos na cidade de Viena. Moreno foi o criador do Psicodrama e do Sociodrama, e quem introduziu em 1930 a expressão Psicoterapia de Grupo. Nascido na Romênia em 1892, ele viveu parte de sua vida na Áustria e se radicou, a partir de 1925, nos Estados Unidos onde faleceu em 1974. Era possuidor de uma personalidade muito marcante e também um cientista social instigante e apaixonado. Moreno dedicou boa parte de sua vida à investigação psicológica e social, deixando uma grande obra escrita. Apesar de ser contemporâneo ao surgimento da psicanálise na mesma Viena de Freud, Moreno sempre negou ter sido influenciado por esta, apesar de sua obra, principalmente no que diz respeito às questões teóricas, se relacionar sem dúvida com a psicanálise. Moreno tinha um interesse muito proeminente pelos grupos sociais e trabalhou, principalmente com grupos de crianças e grupos de pessoas consideradas excluídas ou marginais à sociedade, como prostitutas, presidiários e doentes mentais (Moreno, 1975). Seu modo de ser audacioso abriu-lhe inúmeras possibilidades e enriqueceu o conhecimento dos conflitos psicológicos, mas trouxe, sobretudo, contribuições relevantes da dinâmica subjacente aos grupos e seu manejo em psicoterapia (Naffah Neto, 1997).

O Psicodrama, uma das criações de Moreno, é um método psicoterápico de grupo por excelência, desde seus primórdios. Foi através do teatro que Moreno chegou à Psicologia e em seu método ele empregou a representação dramática, ou dramatização, como expressão dos conflitos e a vincula com a palavra, buscando sua elaboração. Pontalis (1972) ressalta que

> o psicodrama consiste em fazer passar os conflitos reais para o plano do teatro, logo do imaginário, e esperar dessa passagem um movimento inverso, uma liberação da espontaneidade bloqueada em uma forma estereotipada, isto é, uma passagem do imaginário para o verdadeiro (pp. 181-182).

A contribuição freudiana à psicologia de grupo

Embora Freud nunca tenha trabalhado com grupoterapia, ele trouxe uma grande contribuição à psicologia dos grupos humanos. Dentre suas obras direcionadas para a psicologia social destaca-se *Psicologia de Grupo e Análise do Eu,* trabalho escrito e publicado em 1921, no qual Freud (1921/1980) postula que a psicologia de grupo está na base das alterações na psicologia da mente individual.

Para ele, a psicologia individual explora os caminhos que o homem busca para satisfazer seus impulsos pulsionais. Na vida mental de um indivíduo há invariavelmente uma outra pessoa envolvida, como modelo, como objeto, como auxílio, ou como oponente. Para Freud, a psicologia de grupo se ocupa com um indivíduo como um membro de uma raça, nação, casta, profissão, instituição, ou como parte integrante de uma quantidade de pessoas que se organizaram num grupo, em um determinado momento, com um objetivo definido.

Na segunda parte do texto, Freud (1921/1980) cita Le Bon dizendo que se os indivíduos de um grupo combinam-se numa unidade, ou seja, deve haver algo que os una, e este elo é precisamente aquilo que caracteriza o grupo. Num grupo, de acordo com Le Bon, os dotes particulares individuais se obliteram e desta forma sua distinção desaparece: o que é heterogêneo submerge no que é homogêneo; os fundamentos inconscientes, que são semelhantes em todos os indivíduos, ficam nitidamente expostos. Num grupo, o indivíduo é levado a condições que lhe permitem afastar os recalcamentos de seus impulsos pulsionais inconscientes, podendo exibir características aparentemente novas que são, de fato, manifestações deste inconsciente.

Freud (1921/1980) propõe pensar aquilo a partir do que para ele rege as formações grupais: os laços que unem os indivíduos entre si e ao líder. Diz Freud que os grupos são constituídos por duas espécies de laços: os laços entre os membros do grupo (laços horizontais) e os laços com o líder do grupo (laços verticais). Os laços entre os membros do grupo ou, laços entre eus, são os que unem os membros do grupo pela via da limitação do amor narcisista. Os laços com o líder, por seu lado, são indispensáveis e sem o qual não haveria a possibilidade de existência do grupo.

A formação do grupo para Freud (1921/1980) nasce de uma ilusão de ser igualmente amado pelo ‘chefe’, ou seja, os membros tornam-se solidários entre si, semelhantes, por se imaginarem amados igualmente. A função decisiva da manutenção dessa ilusão é, talvez, a de amenizar a angústia e o pânico consequente provenientes da perda do objeto/chefe/pai. A ilusão é uma espécie de salvaguarda contra a ruptura dos laços sociais, pois caso os laços se dissolvam uma angústia coletiva pode ser gerada. Dessa forma, os laços amorosos que ligam o chefe aos membros do grupo funcionam como suporte para o enfrentamento do perigo. Quando esses laços desaparecem, os laços entre os membros do grupo desaparecem também, surgindo daí a retração narcísica.

Freud (1921/1980) chama a atenção para o fato de que existem outros meca-

nismos para os laços emocionais, as identificações que juntamente com o amor unem os membros do grupo. Freud considera a identificação como a mais remota expressão de um laço emocional com outra pessoa. No texto de 1921 ele aborda o conceito de uma forma mais sintética e aprofundada, pela via da relação com o complexo de Édipo e pela possibilidade de compreender o funcionamento coletivo. A análise freudiana da identificação recai sobre a tese básica de que a única força capaz de manter a coesão entre os membros de uma massa é Eros. Somente a natureza libidinosa desses vínculos, diz Freud, justificaria a renúncia dos indivíduos em prol do coletivo. Além disso, os laços identificatórios se instalam no cruzamento entre a libido objetal altruísta e a libido narcísica egoísta, ou seja, não importa o tipo de identificação, pois todas elas consistem numa assimilação total ou parcial do outro pelo eu. Para ele, toda psicologia individual é sempre uma psicologia de grupo.

Kurt Lewin e a dinâmica de grupo

Kurt Lewin, reconhecido psicólogo alemão por seu trabalho com grupos, se muda para os EEUU em 1933, onde funda anos mais tarde o Centro de Pesquisa para *Dinâmicas de Grupo*, na Universidade de Michigan, desenvolvendo estudos experimentais sobre o relacionamento humano, tornando-se um dos pioneiros e responsáveis pelo desenvolvimento dessa área. Sua teoria parte do princípio de que todo indivíduo faz parte do contexto do seu grupo social, que o influencia e é por este influenciado.

De acordo com Osório (2003), para Lewin somente os participantes do grupo têm acesso aos conteúdos nele veiculados, ou seja, os fenômenos grupais só se tornam inteligíveis por aquele que participa efetivamente da dinâmica grupal. Osório ressalta que Lewin entendia que somente a configuração dos pequenos grupos permite aos participantes “existirem psicologicamente uns para os outros ao se encontrarem em uma situação de interdependência e interação possível no decurso da experiência” (2003, p. 24).

Wilfred Bion

Um dos mais renomados teóricos que se destaca em termos de psicoterapia e psicologia de grupo é Wilfred Bion. Em seu clássico livro, *Experiência com grupos* (Bion, 1970), Bion desenvolve modelos interessantes de interpretações dos comportamentos grupais com sua teoria dos pressupostos básicos: dependência, luta e fuga, e acasalamento. De acordo com Zimerman (1999), Bion define um dos paradigmas psicanalíticos da contemporaneidade que pode ser denominado de *psicanálise vincular* (ou psicanálise das interrelações, psicanálise interacional etc.).

Na proposta adotada por Bion e seus seguidores, nenhuma intervenção deve dirigir-se a um paciente em particular; todas as interpretações devem ser única e exclusivamente para o grupo como uma totalidade, sempre assinalando os pressupostos básicos. Ou seja, o grupo seria equivalente a um "indivíduo" com personalidade própria e comportamentos diferentes de cada um dos seus membros. O benefício terapêutico, de cada paciente.

No que concerne à psicoterapia de grupo, Bion concebe dois planos: o primeiro ele denomina *grupo de trabalho*, que opera no plano da consciência e está voltado para alguma tarefa; e o *grupo dos pressupostos básicos,* "radicado no inconsciente e suas manifestações clínicas correspondem a um primitivo atavismo das pulsões e de fantasias inconscientes" (Zimerman, 1999, p. 438).

Pichon Rivière e o Grupo operativo

Pichon-Rivière, importante psicanalista, suíço de nascimento, mas radicado na Argentina, foi o criador dos grupos operativos. Os referenciais subjacentes, Pichon-Rivière os trouxe da psicanálise e da dinâmica de grupo: na psicanálise ele buscou subsídios para compreender o que ocorria com os indivíduos no contexto grupal, e na dinâmica de grupo formas de operacionalizar sua abordagem grupal.

Grupos operativos são modalidades de grupo que se instituem não para a finalidade exclusiva de terapia ou psicoterapia, mas sim de operar numa determinada tarefa objetiva. Tal tarefa objetiva pode ser o estabelecimento da “cura”, em grupos terapêuticos, ou a aquisição de uma “aprendizagem”, se estivermos falando de grupos de aprendizagem. Pichon-Rivière, na verdade, não fazia muita distinção entre os grupos, pois para ele o mais importante da tarefa grupal é a resolução de conflitos e a proposta de mudança (Pichon-Rivière, 1998).

Osório (2003) salienta que o mais promissor campo de atuação dos grupos com o referencial dos grupos operativos seja o institucional, pois tal referencial teórico enriquece com o aporte psicanalítico fazendo com que os grupos terapêuticos, ou não, ganhem outra dimensão e ampliem o leque de suas possibilidades operacionais na abordagem dos problemas institucionais decorrentes dos fatores humanos.

Nos anos subsequentes à Segunda Guerra Mundial ocorreram grandes mudanças sociais quanto à procura de um profissional em decorrência de problemas emocionais. Em função dos acontecimentos traumáticos suscitados pela situação do conflito mundial passou a haver uma maior demanda, por parte da população em geral, e das pessoas diretamente envolvidas na situação de conflito, por assistência psicológica. Ocorre que o número de profissionais capacitados para o atendimento da demanda era escasso. Como consequência, houve grande impulso à psicoterapia de grupo, que passou a ser considerada importante recurso terapêutico (Bechelli & Santos, 2004).

A partir desta época, a psicoterapia de grupo não mais arrefeceu, tornando-se integrada ao atendimento não só de pacientes psiquiátricos, mas também às pessoas em geral. Desta forma, alcançou muita popularidade nas décadas que se seguiram chegando aos dias atuais revigorada.

No Brasil, a psicologia e psicoterapia de grupo se estabeleceram principalmente a partir da década de 1950, seguindo uma tendência mundial, mas foi nas décadas seguintes que se fortaleceu o movimento grupal. Na atualidade contamos com diversos grupoterapeutas e especialistas em diversas áreas, trabalhando com os recursos da dinâmica grupal (Bechelli & Santos, 2004).

Delimitações e m**ecanismos de ação da psicoterapia de grupo**

Seguindo o pensamento de Anzieu (1990), para ser considerado um grupo psicoterápico (ou terapêutico) ele não pode ser apenas um somatório de pessoas, ele deve se constituir como uma nova entidade, ter leis e mecanismos próprios; estar em torno de uma tarefa comum; ter objetivos definidos; se constituir como unidade, mas também preservar a identidade de cada participante e, principalmente, ter uma interação afetiva, seja ela de que ordem for.

A psicoterapia de grupo é uma psicoterapia do grupo e também do indivíduo, e não deve ser considerada como uma terapia de segunda classe, como é comum se pensar. Pelo contrário, ela tem vantagens que nos mostram que sua utilização, na maior parte das vezes, potencializa a participação dos pacientes em seu processo de mudança. No grupo, o sentido que é produzido por uma pessoa pode tocar no recalcado da história de outra; o dito, que para uma pessoa pode fazer parte de seu enunciado, para outra pessoa pode assumir potência de anunciação, ou seja, algo manifesto em uma pessoa pode ter o poder de despertar o latente em outra, fazendo com que, desta forma, haja uma movimentação dos conteúdos internos que de outra forma só seria possível na construção individual de

seu sentido.

É importante lembrar que, a princípio, a psicoterapia de grupo não é uma modalidade indicada para o tratamento de todas as pessoas e demandas. Mas desde que se estabeleçam critérios precisos de inclusão e de exclusão, com o objetivo de oferecer aos participantes e ao grupo um melhor desenvolvimento e maximização dos resultados, a abordagem grupal pode ser a escolha mais indicada (Bechelli & Santos, 2001).

Além disso, o grupoterapeuta também deverá construir os objetivos do grupo terapêutico, de modo que eles estejam alinhados com os resultados esperados com a intervenção. É claro que a manifestação desses resultados deve considerar um conjunto de variáveis do paciente: estabelecimento e gravidade da demanda, motivação para a mudança, habilidades sociais, força do ego; do terapeuta: abordagem, estilo de intervenção, habilidades terapêuticas e dos demais componentes do grupo. Contudo, de acordo com Bechelli e Santos (2002), os efeitos da psicoterapia de grupo são, em sua grande maioria, positivos, podendo ser observados já nos primeiros seis meses de intervenção.

Para Zimerman e Osório (1997), dos autores que tratam das questões grupais a grande maioria se refere ao campo grupal como uma “galeria de espelhos”, a qual é resultante de um intenso e recíproco jogo de interações. A psicoterapia de grupo pode ser considerada uma modalidade que favorece o surgimento de vínculos entre os membros, assim como é propícia ao espelhamento. A questão do campo grupal como “galeria de espelhos” se sobressai na psicoterapia de grupo. Tal expressão, observam Zimerman e Osório, revela a ação terapêutica do grupo que se processa através da possibilidade de cada um se mirar e se refletir em seu companheiro e, especialmente, de poder reconhecer no outro os aspectos seus que estão sendo negados em si próprio.

Nos grupos psicoterápicos, cumpre-se a organização de um conjunto de regras e normas, estabelecidas pelo próprio grupo e pelo(s) psicoterapeuta(s), para que a ação terapêutica possa ocorrer. O enquadre, ou o *setting* terapêutico, assim estabelecido propicia a criação de um espaço único onde o grupo, em cada participante, pode vivenciar ou revivenciar seus conteúdos emocionais, buscando novas experiências e, portanto, mudanças. Zimerman e Osório (1997) observam que a "importância do *setting* consiste no fato de que ele é um valioso 'continente' das necessidades e angústias de todos" (p. 120).

Ainda, em um grupo psicoterápico, a presença de um psicoterapeuta formal é requerida, estabelecendo assim uma delimitação e hierarquia que é considerada desejável e particularmente relevante quando se trata de grupos com características bem regredidas, ou seja, quando a questão dos limites (limite entre os conteúdos internos e externos, limite entre o eu e o outro) não está bem estabelecida.

Outra questão importante nos grupos psicoterápicos referente à hierarquização diz respeito ao estabelecimento da transferência. Na psicoterapia de grupo, diferentemente da psicoterapia individual, a transferência é cruzada. Ela se estabelece entre paciente e terapeuta, mas também entre os participantes do grupo. O seu manejo redunda em um compromisso maior do grupoterapeuta, na medida em que cabe a ele lidar com a transferência. Se isto por um lado é fator que dificulta a direção do grupo, por outro vai propiciar um maior envolvimento dos participantes. O mesmo se aplica à questão das identificações que também são cruzadas. Não é unicamente o grupoterapeuta que funciona como modelo de identificação; os outros elementos do grupo também servem de modelos identificatórios uns para os outros. Nesse caso, de acordo com Zimerman e Osório (1997), a forma como o grupo age terapeuticamente em função das identificações consiste na possibilidade de promover des-identificações abrindo espaço para identificações mais sadias.

Para Yalom e Leszcz (2006), os fatores terapêuticos em um grupo passam

pela instilação de esperança, ou seja, uma expectativa elevada de ajuda antes de começar a terapia e que está relacionada com um resultado positivo; pela universalidade, que quer dizer que os indivíduos possam acreditar que não estão sozinhos em seus sofrimentos, o que, segundo o autor, é poderosa fonte de alívio; pelo compartilhamento de informações e aconselhamento direto, principalmente para os grupos de mútua ajuda e com o auxilio muitas vezes de uma instrução didática que pode ser empregada de várias formas na terapia de grupo, seja para transferir informações, alterar padrões de pensamento, estruturar o grupo ou explicar o processo da doença. Tal instrução funciona muitas vezes como a força de ligação inicial para o grupo, até que outros fatores terapêuticos entrem em ação; pelo altruísmo, que se traduz na possibilidade de oferecer aos pacientes a oportunidade de beneficiar outras pessoas, e também estimula a versatilidade dos papéis ao exigir que os pacientes se alternem nos papéis de dar e receber; pela recapitulação corretiva do grupo familiar primário isto é, a possibilidade do grupo espelhar a família do paciente é quase que inevitável, favorecendo assim a investigação dos relacionamentos primários; pelo desenvolvimento de técnicas de socialização onde a aprendizagem social é mais indireta e onde o desenvolvimento de habilidades sociais no grupo ajudam os pacientes em interações sociais futuras; e o comportamento imitativo que significa que, nos grupos, os pacientes podem modelar-se a partir de aspectos dos outros membros do grupo e do terapeuta.

Yalom e Leszcz (2006) pontuam que quando o grupo se concentra no aqui e agora da experiência, ele aumenta seu poder de efetividade. Mas, segundo os autores, para que o foco no aqui e agora seja terapêutico ele deve ter dois componentes: os membros do grupo devem experimentar uns aos outros com o máximo de espontaneidade e honestidade possível e, também, devem refletir sobre esta experiência. Essa reflexão, observam Yalom e Leszcz, é crucial para que a experiência seja transformada em uma experiência terapêutica. A maioria dos pacientes tem pouca dificuldade para entrar no fluxo emocional do aqui e agora. Contudo a tarefa do terapeuta é continuar direcionando o grupo para o aspecto autorreflexivo do processo.

Os grupos de mútua ajuda podem ser considerados grupos terapêuticos, com todos os aspectos e componentes acima aludidos, mas com algumas características peculiares. São uma das modalidades de grupo que se formam espontaneamente, com alguns (pode ser muito numeroso) membros que compartilham problemas psicológicos ou condições médicas semelhantes, reunindo-se para trocar informações e oferecer apoio mútuo. Nesses grupos, a homogeneidade dos participantes é um dos fatores básicos para sua composição, o que de fato não é requerido num grupo psicoterápico, e também um favorecedor da assunção da doença ou limitação, "com menor culpa ou vergonha e com abrandamento da terrível sensação de se sentir marginal diante das pessoas normais" (Zimerman & Osório, 1997, p. 120). Um grupo de mútua ajuda pode ser também um grupo de tarefas, mas de cunho terapêutico, em função desta mesma homogeneidade. Um dos motivos que provavelmente contribui para que os grupos de mútua ajuda sejam bem sucedidos e alcancem bons resultados é a otimização de fatores terapêuticos, tais como a universalidade, o altruísmo, a instilação de esperança e o apoio mútuo, o que reforça o pressuposto de que cada membro do grupo é agente de sua própria mudança. Tais grupos se prestam, principalmente, ao desenvolvimento temático de experiências comuns. Podem ter uma direção formal, de um psicólogo ou facilitador, ou podem ser autodirigidos.

A psicoterapia de grupo no contexto institucional

A psicoterapia de grupo é uma modalidade de atendimento que se presta sobremaneira à aplicação no contexto institucionalizado da clínica psicológica. A utilização do recurso grupoterápico tem tudo para ser uma alternativa altamente eficiente no atendimento de uma demanda maior, característica de serviços públicos ou privados institucionalizados. Como assinalado no decorrer do texto acima, uma das vantagens é a de que se pode dar a devida assistência a um número crescente de pacientes, atendendo com isso a uma demanda inquestionável da sociedade, sem que se perca a qualidade do serviço. Pelo contrário, acrescenta-

se às vantagens já assinaladas o fato de que se evita com isto a diminuição do tempo de atendimento que se torna quase compulsório quando a demanda é grande e o número de profissionais disponíveis não é suficiente para atendê-la. Pode-se suprir a demanda em áreas como a de casal e família, drogadictos, alcoolistas, pacientes depressivos, *borderlines*, e assim por diante, com um mínimo de restrição (Zimerman & Osório, 1997).

Um dos fatores que nos parece provável para a pouca utilização da psicoterapia de grupo em instituições é o despreparo dos profissionais para sua atuação. A formação profissional de um grupoterapeuta requer, sem dúvida, uma disposição para o novo aprendizado. Na maior parte das vezes o profissional é treinado para atuar em sua prática cotidiana numa relação bipessoal, o que torna para ele tarefa árdua pensar em termos mais coletivos. No esquema institucional de uma clínica escola, sensibilizar o aluno que está em treinamento de seu papel de terapeuta nos estágios que efetua para o atendimento em grupoterapia, pode ser uma forma de canalizar mais profissionais para esta modalidade. Na experiência em uma clínica-escola dentro de uma Universidade, tanto o aluno em formação quanto os pacientes que buscam o tratamento se ressentem quanto à proposta de uma psicoterapia de grupo. Isto parece ser devido à desinformação de ambos quanto às vantagens de uma psicoterapia de grupo o que, de fato, contribui para este estado de coisas.

Para objetivar uma mudança de posicionamento, a formação de terapeutas de grupo no contexto universitário deve procurar promover conhecimentos sólidos na esfera da dinâmica grupal e dos diferentes aportes trazidos por autores e teorias que se dedicaram à psicoterapia e à psicologia de grupo, alguns deles citados no corpo deste trabalho, como a psicanálise e o psicodrama, e outros não citados, mas que têm abrangência no que concerne aos fenômenos grupais como a terapia sistêmica e a *gestalt* terapia.

A seguir, traremos dois relatos de atendimento em grupo na instituição Clínica-Escola da Universidade de Brasília. O primeiro refere-se a um grupo de pacientes obesos e o segundo a um grupo de estudantes recém-ingressos na universidade. Objetiva-se com este relato propiciar ao leitor acesso a uma proposta que pretende abranger não somente o paciente, mas também o aluno em sua formação.

Relato sobre a experiência no atendimento à pacientes obesos na Clínica Escola em Psicoterapia de grupo

O presente relato trata de uma experiência de atendimento a pacientes obesos na modalidade grupo. Este atendimento é parte constituinte do projeto de pesquisa "Psicopatologia narcísica e obesidade" desenvolvido na Universidade de Brasília. Os atendimentos são realizados no Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos - CAEP – Clínica-Escola do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. O grupo é formado por cinco pacientes, todos do sexo feminino e com idades variando entre 44 e 65 anos. As pacientes foram encaminhadas para o grupo após triagem realizada primeiramente pela instituição e, posteriormente, pela equipe psicoterápica. Toda a seleção invocou a temática da obesidade de uma maneira geral e não necessariamente obesidade mórbida ou grave: se sentir gordo, não se sentir capaz de manejar a ingestão de comida e não ser capaz de seguir prescrições relacionadas a dietas constituiu, primeiramente, a ligação para a formação de uma identidade grupal.

A equipe de atendimento é constituída por uma psicóloga e três estagiárias, alunas do curso de graduação e pós-graduação em Psicologia da instituição. O referencial teórico utilizado é o da psicanálise, mais especificamente o da grupoterapia. Além desta, e como uma das psicólogas tem habilidades na condução de grupo com o Psicodrama, técnicas psicodramáticas também são utilizadas. Ao tempo do presente relato o grupo já tem uma história de vida iniciada em agosto de 2012. Na maior parte do tempo conta-se com a presença de cinco integrantes.

Na presente experiência, tanto a dimensão institucional quanto a estrutura do

grupo produziram um espaço que permitiu articular diferentes perspectivas do encontro destes pacientes com a temática da obesidade no que concerne às diferentes fixações libidinais no funcionamento psíquico destes sujeitos. A pertinência do surgimento do fenômeno da transferência e a delimitação de um olhar particular primário a respeito da dinâmica da obesidade foi manifestada nas identificações destas pacientes.

O tema da obesidade se caracterizou como uma demanda terapêutica presente e prioritária do grupo em seu início, mas com o decorrer dos atendimentos outros temas relevantes foram sendo inseridos pelas pacientes. Os demais conteúdos psíquicos foram surgindo com o andamento do grupo. As novas demandas aparecem no relato das pacientes vinculadas, principalmente, com a preocupação acerca dos sentimentos relativos à vida amorosa, sexual e familiar; à inserção profissional; momento de vida e saúde física e psíquica, dentre outros.

O atendimento psicoterápico na modalidade grupal tem sido uma prática em instituições de saúde por ser modalidade que se presta a dar conta da demanda crescente de pacientes. Na prática clínica institucional com pacientes obesos tem-se privilegiado essa forma de atendimento. Vale ressaltar que esta opção pela inclusão dos obesos em psicoterapia de grupo permitiu a ampliação das possibilidades de compreensão dos fenômenos subjacentes à condição patológica das integrantes do grupo. O valor da psicoterapia de grupo adquiriu importância de primeira grandeza pois, neste caso específico, trata-se de pacientes com características que podem ser consideradas regressivas. A função *continente* (Bion) também reconhecida como *holding* (Winnicott) faz referência mais especificamente ao exercício de funções que são fundamentais para a estruturação do psiquismo precoce. Com pacientes regressivos, como pode ser o caso do paciente obeso, a função de uma grupoterapia é isomórfica com a dos cuidados maternos e paradigmática no que concerne à questão do olhar materno. Desta forma, o paciente obeso pode encontrar no grupo o lugar propício, protegido, para levantar os questionamentos necessários sobre seu mal-estar, bem como compartilhar os aspectos comuns de seus padecimentos com seus pares.

Interessante ressaltar que o modelo inicial se estrutura em torno de um ideal. Todas, sem exceção, vieram para o atendimento buscando uma fórmula de cura mágica para seu padecimento, como se os seus conflitos pudessem ser resolvidos com a perda do peso e a aquisição de um corpo mais idealizado. Como se observa nos relatos, as queixas extrapolam a questão do peso e se concentram muitas vezes numa autoestima rebaixada, numa ineficiência para lidar com aspectos de sua vida e numa dificuldade de perseverar. A ideia, que fica sobreposta à demanda, é a de que ao reduzir o peso estariam também reduzindo seus conflitos psíquicos. E, principalmente neste aspecto, as pacientes se espelham. Emagrecer ou não emagrecer pode ser a questão de frente, mas buscar um ideal próprio condizente com sua subjetividade torna-se a questão nuclear. Com estes pacientes, o corpo, por não ser substantivado, se torna fardo, doente e passa a ser fonte de angústia. Em consequência, passa a vigorar o isolamento social motivo de muitas queixas.

As pacientes participantes, sem exceção, argumentam inicialmente que sua obesidade é causada por um fator atenuante como alterações nas taxas hormonais, hipotireoidismo que resulta em metabolismo lento, tendência genética a engordar etc. Tais inflexões denotam uma falta de contato com seu corpo. As técnicas de grupo utilizadas, juntamente com a inserção da palavra em elaboração, são importantes para a aproximação de cada qual com seu corpo.

No que concerne à questão psíquica, procura-se dar voz ao sujeito e a seu corpo em sua singularidade para além das demandas corporais. Nos atendimentos em grupo aos pacientes obesos, a fala relativa aos aspectos do peso, às dietas, ao mal estar corporal ganham ressonância, mas vão mais adiante ao introduzir as questões relativas às dinâmicas psíquicas. O que se observa é o surgimento de sentimentos de estranheza com relação às sensações e percepções corporais, e até mesmo, em alguns dos casos, uma negação da realidade objetiva desse corpo.

Como consequência surge o aspecto relevante da imagem corporal. As pa-

cientes começam a ressaltar em seus relatos não ter uma noção mínima de sua imagem, seu contorno. O espelho, como refletor desta imagem, é o seu objeto temido quase sempre mantido à distância em razão do mal estar que provoca. Seu olhar poderia auxiliá-lo a formar uma imagem psíquica mais sólida e consistente, mas é um olhar que se desvia, pois se sente incomodado pela visão de seu próprio corpo e também por sentir-se devassado pelo olhar do outro. O grupo pode reforçar o mal estar, pois força o espelhamento, mas também pode dar condições ao sujeito de "se ver no outro": ao olhar para o parceiro o paciente tem a possibilidade de restabelecer a sua função especular, que pode ter-lhe faltado. Um "olhar" que poderia ter auxiliado na formação de uma base psíquica mais consistente em relação ao seu mundo emocional, e que tivesse lhe dado a segurança de uma imagem mais sólida.

Como afirmado acima, a expressão "galeria de espelhos" traduziu a ação terapêutica neste grupo, na possibilidade de cada um se espelhar no seu antagonista. Neste sentido, o olhar do grupo pode respaldar o paciente obeso e ajudá-lo a formar um contorno de si, caracterizando, sem dúvida, uma ação terapêutica positiva.

Relato e discussão sobre o Grupo Prosa Universitária

O grupo PROSA Universitária – Promoção de Saúde para Universitários tem como objetivo acolher os estudantes de Psicologia recém ingressados e oferecer um espaço de escuta, apoio e orientação no novo contexto que eles se inserem, o acadêmico. Além disso, o grupo teve a finalidade de construir redes sociais e institucionais de apoio para os participantes, de modo que eles se apoderassem dos recursos do próprio grupo e da Universidade para facilitar a adaptação nessa nova etapa da vida.

É importante informar que este projeto surgiu das reflexões sobre o papel da universidade para além da formação de pesquisadores e profissionais, de modo que esta instituição possa configurar também em um espaço de desenvolvimento de maturidade emocional, de habilidades sociais e interpessoais.

Além disso, ele também foi fundamentado com os resultados de pesquisas realizadas na própria universidade sobre a condição vulnerável de saúde mental dos universitários (Matta, 2011; Osse & Costa, 2011; Tashima, 2004).

A inserção na universidade representa uma das importantes etapas do jovem brasileiro. Dentro desse momento, alguns desafios são apresentados, como a construção de uma identidade autônoma, desenvolvimento de relações interpessoais independentes, mudanças nas formas de perceber o mundo e de interagir com este mundo, mudanças na forma de perceber a si próprio e desenvolvimento de juízo crítico no âmbito profissional e pessoal (Ferreira, Almondes, Braga, Mata, Lemos & Maia, 2009). Dessa forma, a despeito da raridade de pesquisas e informações sobre saúde mental dos universitários, ainda encontra-se pesquisas que relatam o aumento de uso de medicações psiquiátricas por parte dos universitários, bem como o uso e o abuso de drogas lícitas e ilícitas (Carlini-Cotrin, Gazal & Gouveia, 2000).

Com base nessas informações, foram realizados quatro grupos ao longo de dois anos (um grupo por semestre). A estrutura do grupo foi organizada no seguinte formato: dez sessões distribuídas ao longo do semestre, com a duração de 90 a 120 minutos em cada reunião, com atividades que promovessem integração entre os membros, construção de redes, reflexões sobre os desafios da atual etapa, planejamento sobre o desenvolvimento acadêmico, autonomia, independência e responsabilidade.

Os critérios de inclusão foram: estudantes recém ingressos, estudantes de psicologia, faixa etária entre 17 a 21 anos. Como critério de exclusão foram: estudantes do curso de psicologia que ainda estavam cursando disciplinas do ciclo básico.

Para levantar os resultados para os participantes foi realizada uma entrevista semiestruturada individual com cada um após a décima sessão, que foi aplicada com os participantes do segundo grupo e com os do quarto grupo. As informações levantadas serão analisadas com a finalidade de identificar se os resultados estão alinhados e congruentes com os objetivos traçados, e refletir sobre a relevância dessa atividade para os participantes, a instituição, e estagiários.

Os resultados desta atividade nos dois grupos que foram avaliados foram: construção de rede social de apoio, apoderamento do ingressante dos recursos da universidade como centro de apoio psicológico, atividades culturais e desportivas, grupos de estudo e de literatura, e desenvolvimento de habilidades sociais e emocionais. Eles também relataram que ao longo das intervenções, a inserção na universidade se tornou menos ansiogênica, à medida que eles se percebiam mais seguros dentro desse contexto. Os participantes também informaram sua opinião a respeito das limitações do projeto como: número reduzido de sessões durante o semestre, inclusão de outros temas relevantes como relação familiar, questões sobre namoro, temas existenciais, entre outros, inclusão de outras modalidade do PROSA Universitária, de modo que houvesse uma presença mais efetiva da instituição no desenvolvimento dos estudantes.

Como se pode observar, os resultados estão alinhados com os objetivos do projeto, promovendo reflexões sobre autocuidado, saúde e responsabilidade para os participantes. Além disso, o grupo se tornou coeso e acolhedor com as demandas de cada participante. Os fatores terapêuticos citados acima não foram percebidos apenas no *setting* terapêutico, mas como os membros dos grupos passavam boa parte do tempo juntos, por causa das tarefas e atividades acadêmicas, esses fatores foram presenciados em outros contextos.

No curto prazo, a relevância desse projeto para os participantes foi muito significativa, principalmente para aqueles que são oriundos de outros Estados, uma vez que foi facilitada a construção do sentimento de pertencimento de grupo, sentimento de universalidade, instilação de esperança, espaço de expressão e escuta de temas, e momentos ansiogênicos, reflexão sobre tomadas de decisão e solução de problemas. Contudo, para melhor compreender a efetividade desse trabalho somente a aplicação de uma nova entrevista com os participantes ao fim do curso, com o objetivo de compreender os impactos positivos e negativos do PROSA Universitária.

Para os estagiários vários ganhos foram percebidos, como: desenvolvimento de habilidades terapêuticas de grupo, manejo de estratégias de dinâmicas de grupo, leitura sobre o processo grupal e sobre os fatores terapêuticos, desenvolvimento de um olhar sistêmico sobre as demandas manifestadas pelos grupos. Um resultado que não estava previsto é que os próprios estagiários solicitaram uma modalidade de PROSA Universitária com a temática de inserção do profissional no mercado de trabalho, de modo a acolher as demandas, as angústias e ansiedades relacionadas ao tema.

Para a instituição, em curto prazo, devido o projeto ter uma característica preventiva de adoecimento e promotiva de saúde, o PROSA contribui para uma inserção acadêmica dos participantes fundamentada na saúde, em interações interpessoais construtivas, com fortes redes sociais de apoio, de modo que o grupo ou pares constituídos oferecessem recursos para a solução de problemas do cotidiano acadêmico ou pessoal. As ansiedades relacionadas à adaptação dessa etapa também foram administradas com sucesso pelo grupo. Além disso, alguns participantes se identificaram com a atividade e pediram para atuar no grupo, como estagiários.

Outra contribuição deste trabalho para a Universidade foi em relação ao papel ampliado desta. Isto é, o PROSA, como modalidade de intervenção em grupo, ofereceu um espaço para a reflexão de processos emocionais e de sentimentos, oferecendo recursos para os estudantes desenvolverem a sua maturidade. Em outras palavras, por meio do projeto, a Universidade compreendeu o sujeito universitário para além da dimensão profissional, mas também a emocional, a pessoal e a cidadã.

Aspectos relativos à supervisão

Um aspecto final, bastante relevante a ser destacado, diz respeito à formação do aluno para o desempenho da função de psicoterapeuta. Esta formação passa pelos conhecimentos teóricos adquiridos no curso de graduação, pela prática psicoterápica dentro da instituição e pela participação no grupo de supervisão: todos estes espaços são de articulação e instrumentação técnica e de treinamento do papel de terapeuta.

Dentre eles destaca-se, aqui, a supervisão didática, procedimento pedagógico que figura como etapa acadêmica de um curso e que se apresenta como um espaço de revisão conceitual, onde se permite aprofundar ou ampliar os conceitos à luz do material clínico que se está trabalhando (Lazzarini, Viana, Veludo, Rolim & Diniz, 2005).

A supervisão, no âmbito institucional, tem como finalidade dar ao psicoterapeuta iniciante, de forma sistemática, o contexto relacional apropriado à reflexão sobre a situação psicoterápica, contextualizando o desenvolvimento ou a experimentação de um estilo próprio no desempenho do papel profissional, que é a marca do profissional em atuação. Ainda no contexto da instituição, a supervisão se justifica pela conscientização para uma melhor interação entre teoria e prática na universidade e pela necessidade de abertura de um campo de formação e de pesquisa para os alunos de graduação. Justifica-se, portanto, para o aperfeiçoamen

to dos alunos e por uma atenção à demanda crescente da comunidade para os serviços de psicologia clínica.

O papel do supervisor é crucial aqui, pois é ele quem vai procurar estabelecer um espaço de confiança através do contrato de sigilo entre os elementos do grupo de supervisão, tanto em relação ao material dos pacientes quanto ao que ocorre dentro do grupo, no intuito deste ser um bom continente para as ansiedades que emergem no trabalho. O aluno pode transportar para a situação de atendimento do seu paciente um enquadramento similar ao vivenciado na supervisão, que garanta ao paciente as condições de sigilo, respeito e continência para com as dificuldades que este apresenta (Lazzarini *et al*., 2005). A supervisão fala do "como compreender" o objeto de trabalho e também do "objetivo" para a utilização das técnicas.

Nos grupos relatados acima a supervisão teve papel relevante ao procurar lidar com as dificuldades no desempenho das tarefas, seguindo uma sistemática própria como técnica de trabalho: o grupo de supervisão. Ao cursar a disciplina Estágio Supervisionado o aluno passa a ter a oportunidade, ainda na graduação, de vivenciar os pressupostos de um papel profissional que está se estabelecendo. Desta forma, sobrepõe dois papéis: de aluno frente ao seu professor supervisor e de profissional terapeuta frente ao seu paciente. Por seu turno, o supervisor também desempenha um duplo papel, de professor, que ensina e avalia, e também, de terapeuta, uma vez que dirige o grupo de supervisão procurando estabelecer o clima terapêutico de proteção e continência neste grupo. Este quadro mostra a magnitude deste trabalho, que envolve seus participantes para poder lidar com aquele que não está no grupo, mas que é a peça central desta máquina: o paciente.

Para o aluno, esta dupla vivência proporciona, ao longo do trabalho, o acúmulo necessário de experiências para o desempenho deste papel que por ora está em formação. No que diz respeito ao supervisor, introduzir o aluno e futuro colega de profissão neste contexto, proporcionar a este as experiências necessárias para que aprenda a lidar com as complexas situações que se apresentam e também

poder participar na criação do estabelecimento do clima terapêutico, parece constituir um fascinante desafio. A tarefa do supervisor de acompanhar, ao longo do semestre, os movimentos do supervisionando e futuro terapeuta visando uma integração final fundamentada nas questões teóricas, no raciocínio clínico, na compreensão da dinâmica do paciente, tudo isto constitui seu material de trabalho.

Considerações finais

Observa-se que as duas modalidades de grupo apresentadas proporcionaram condições de prevenção (primária e secundária) e de promoção de saúde para os participantes, auxiliando-os no manejo de suas ansiedades e desafios. A característica gregária dessa atividade demonstrou um cuidado diferenciado e significativo para o sofrimento psíquico compartilhado pelos membros. As vivências e dinâmicas propostas possibilitaram o desenvolvimento de estratégias criativas para os dilemas vividos, possibilitando a construção de soluções saudáveis.

Os dois grupos também ofereceram benefícios na qualidade de vida dos participantes, considerando as peculiaridades e os objetivos de cada grupo, pode-se observar que a forma de lidar com as dificuldades, com o sofrimento psíquico e com as suas implicações mudaram de padrão, demonstrando respostas mais otimistas e críticas.

Por fim, essa modalidade de grupo demonstra benefícios para a instituição nas dimensões social e econômica. Nesta última, a relação custo-benefício tanto é eficaz, observando um relacionamento estreito e congruente entre os objetivos traçados e os resultados promovidos, como também é econômico, ao acolher várias pessoas com demandas semelhantes, em um mesmo tempo, espaço e profissionais.

O benefício social está relacionado com a ampliação do papel da universidade, com a atual diretriz do SUS, que tem como um de seus focos a promoção de saúde e a prevenção de doenças, e a oferta de profissionais e pesquisadores hábeis para lidar com essa estratégia de intervenção para a sociedade.

Referências

Anzieu, D. (1990). *O grupo e o inconsciente. O imaginário grupal*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Bechelli, L. P. C. & Santos, M. A. (2004). Psicoterapia de grupo: como surgiu e evoluiu*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 12*, 242-249.

Bechelli, L. P. C. & Santos, M. A. (2002). Psicoterapia de grupo e considerações sobre o paciente como agente da própria mudança. *Revista Latino-americana de Enfermagem, 10*(3), 383-391.

Bechelli, L. P. C. & Santos, M. A. (2001). *Psicoterapia de grupo: noções básicas*. Ribeirão Preto, SP: Editora Legis Summa.

Bion, W. (1970). *Experiência com grupos.* Rio de Janeiro: Imago

Carlini-Cotrin, B. C., Gazal, C. C. & Gouveia, N. (2000). Comportamentos de saúde entre jovens estudantes nas redes pública e privada na área metropolitana do Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública, 34*(6), 636-645.

Ferreira, C. L., Almondes, K. M., Braga, L. P., Mata, A. N. S., Lemos, C. A. & Maia, E. M. C. (2009). Universidade, contexto ansiogênico? Avaliação de traço e estado de estudantes do ciclo básico. *Ciência & Saúde Coletiva,14*(3), 973-981.

Freud, S. (1980). Psicologia de grupo e análise do eu. In *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago Editora (Trabalho original publicado em 1921)

Lazzarini, E. R., Viana, T. C., Veludo, C. M. B., Rolim J. V. S. & Diniz, L. A. (2005). A supervisão clínica no contexto da formação psicoterapêutica. *Temas em Psicologia*, *11*, 18-27.

Matta, K. W. (2011). *Evasão Universitária Estudantil: Precursores Psicológicos do Trancamento de Matrícula por motivo de Saúde Mental*. (Unpublished master's thesis). Universidade de Brasília, Brasília.

Moreno, J.L.(1975). *Psicodrama.* São Paulo: Cultrix

Naffah Neto, A. (1997). *Psicodrama: Descolonizando o imaginário.* São Paulo: Plexus

Osorio, L. C. (2003). *Psicologia Grupal. Uma nova disciplina para o advento de uma era*. São Paulo. Artmed Editora.

Osse, C. M. C. & Costa, I. I. (2011). Saúde mental e qualidade de vida na moradia estudantil da Universidade de Brasília. *Estudos de Psicologia*, *28*(1),115-122.

Pichon-Rivière, E. (1998) *O processo grupal.* São Paulo: Martins Fontes

Pontalis, J. B. (1972). *A psicanálise depois de Freud.* Petrópolis: Editora Vozes Ltda

Tashima, D. (2004). *Indicadores de risco de suicídio em estudantes universitários*. (Dissertação de mestrado, não publicada). Universidade de Brasília, Brasília.

Yalom, I. & Leszcz, M. (2006). *Psicoterapia de grupo. Teoria e prática.* Porto Alegre: Artmed.

Zimerman, D. E. & Osorio, L. C. (1997). *Como trabalhamos com grupo*. Porto Alegre: Artmed.

Zimerman, D. E. (1999). Fundamentos psicanalíticos. Teoria, técnica e clínica. Porto Alegre: Atmed.

26 A pesquisa clínica como alternativa para o estudo das experiências espirituais

Maurício S. Neubern

Ao contrário do que se possa conceber, o interesse de estudos da Psicologia quanto às experiências espirituais não é novo, nem raro, posto que uma grande quantidade de obras pode ser encontrada nesse sentido por meio de uma simples pesquisa em diferentes ramos desta ciência (Méheust, 1999; Neubern, 2013). No entanto, o problema que se configura talvez como o mais pungente no estudo desse campo foi a tentativa persistente de investigá-lo como outros campos de estudo numa ótica moderna, tal como se todos fenômenos pudessem obedecer às exigências do método moderno de pesquisa em ciência. Semelhantes tentativas redundaram ora em sucessos solitários e incipientes, ora em fracassos estrondosos, mas sempre passaram por polêmicas acirradas no seio das comunidades científicas, o que culminou com uma considerável marginalização desse campo de estudo, em certos momentos grosseiramente colonizado pelas noções caras à ciência moderna, como imaginação e psicopatologia, o que os deixava em larga

medida descaracterizados ou até irreconhecíveis, em outros excluídos e tidos como interesse de pessoas ignorantes e pouco sérias (Carroy, 1991; De Martino, 1948/1999).

Tal cenário traz à tona a necessidade da reflexão sobre a clínica como uma possibilidade relevante de estudo das experiências espirituais. Partindo-se de uma ótica *ethnopsy* (Nathan, 2001; 2007; Neubern, 2012a, 2013), o presente trabalho procura contemplar uma nova possibilidade de estudo de tais experiências que as considere a partir de suas próprias referências culturais, da especificidade de suas exigências ontológicas e dos saberes e práticas que as constituem. Para tanto, inicialmente, abordam-se aqui as contradições presentes nas tentativas de estudo pela via moderna e, particularmente experimental, de estudo das experiências espirituais, onde o método científico, elevado à condição de revelador da realidade por excelência, acaba por se constituir como um procedimento tirânico, por tentar impor a tais processos as mesmas exigências ontológicas dos fenômenos comumente estudados por seus procedimentos. Daí a ideia de uma pergunta impossibilitada de obter respostas, por remeter a uma perspectiva que situa as experiências espirituais como objetos de estudo que deveriam obedecer às mesmas condições metodológicas da ciência moderna. Em seguida, procura destacar como uma proposta clínica ethnopsy pode contemplar com mais abrangência e relevância a especificidade das experiências espirituais, destacando as atitudes epistemológicas, os processos de construção de pensamento e as questões éticas implicadas nesta proposta de pesquisa. Se tais experiências não respondem aos dispositivos modernos tradicionais de pesquisa, a proposta é a de reconhecê-las em suas próprias especificidades ontológicas e metodológicas, considerando alguns princípios importantes, como levantados a seguir.

Primeiramente, as visões de seres espirituais, os rituais de comunicação com tal mundo, as técnicas passadas de geração em geração, as mensagens transmitidas a certas pessoas, as regras de iniciação em tais práticas, dentre outros, são concebidas como processos que remetem a saberes culturalmente situados que

não podem ser reduzidos a objetos de estudo, nem traduzidas em categorias típicas do conhecimento científico (Nathan, 2001; Neubern, 2012a). Tais saberes não são hierarquizados com relação ao saber moderno, mas compreendidos dentro de sua própria legitimidade, com todo seu arsenal técnico e teórico, ou seja, seus próprios dispositivos que são capazes de interrogar determinadas dimensões da realidade com características ontológicas próprias, muito distintas daquelas acessadas pelos dispositivos da ciência moderna. Desse modo, assim como a ciência moderna pode produzir/revelar os seres de uma realidade à qual se endereça (como o elétron, a molécula de cloreto de sódio) que respondem e são recalcitrantes a seus dispositivos, os saberes espirituais possuem a capacidade de fabricar/revelar seus próprios seres, como espíritos e deuses, e estabelecer uma forma de negociação específica com eles (Nathan, 2001; Stengers, 2001).

Em segundo lugar, tais saberes são situados diante do pesquisador para que este possa colocar suas próprias afirmações em risco, no sentido moderno do termo, num processo de recalcitrância, isto é, o jogo de forças que traz questionamentos sobre a coerência das afirmações do pesquisador (Nathan, 2007). De fato, o pesquisador representa uma classe de cientistas, uma tradição teórica e metodológica e necessita fazer afirmações sobre aquilo que lhe compete para poder desenvolver sua pesquisa, como a experiência subjetiva das pessoas (Neubern, 2012b; 2013). No entanto, ao mesmo tempo em que reconhece que suas construções não podem invadir outras alçadas, como as de domínio espiritual, para a qual não possui nem formação, nem competência, ele compreende que afirmar algo sobre os outros deve necessariamente implicar a existência de algo que constranja suas afirmações, que as submeta à crítica, em suma, à uma resistência que o leve a refleti-las e construí-las de modo mais coerente. Do contrário, o mero ato de tecer afirmações sobre os outros pode fazer com que sua relação fuja ao jogo de forças preconizado pela ciência e se constitua como simples relação de poder, na qual ele sabe sobre o outro, mas nada mais o sustenta nesse saber a não ser

sua autoridade. Daí o porquê de suas construções serem submetidas aos sujeitos de sua pesquisa, discutidas com eles, negociadas em vários sentidos, não como gesto de submissão a um outro externo, mas como condição que transforma tais sujeitos em parceiros e favorece a ele, pesquisador, mais elementos de legitimidade sobre aquilo que afirma. Parte-se aqui do pressuposto segundo o qual a experiência com espíritos, deuses, *daimons* e orixás deve ser muito melhor representada por aqueles que vivenciam na própria carne semelhantes contatos, que lhes conhecem as nuances na própria vida do que com aqueles que os conhecem protegidos pela distância cautelosa do saber moderno.

Em terceiro lugar, muito ligado ao anterior, encontra-se a questão ética que considera tanto a responsabilidade sobre o que se afirma sobre os outros (Nathan & Zajde, 2012), como a própria subjetividade do pesquisador (Neubern, 2013). Isto porque uma relação mais democrática entre saberes, que busca uma horizontalidade entre mundos, traz à tona questionamentos importantes nos quais a ética da consideração com o outro não pode obedecer apenas aos critérios do saber representado pelo pesquisador, mas implicá-lo num modo de relação diferente com seus interlocutores. A voz do outro precisa ser levada a sério na construção do saber que se constrói sobre ele, o que remete a um contrato relacional de confiabilidade, que muitas vezes parece questionável diante de certos pressupostos clínicos, como o sigilo. Ao mesmo tempo, coloca-se em pauta a espiritualidade do próprio pesquisador, que, comumente, é concebida como uma dimensão indesejada da qual ele deve se afastar, sob a pena de comprometer a qualidade de sua pesquisa e de sua reputação. Considera-se aqui que, da mesma forma que ocorre com outras dimensões de sua subjetividade (como gênero, sexualidade, pertencimento de classe etc), a integração geradora de sentido com suas experiências espirituais pode se constituir como importante elemento na construção de seu papel de pesquisador.

A pergunta sem resposta

A perspectiva moderna de estender o saber científico sobre diversos campos de estudo, numa lógica altamente colonizadora (Demo, 2000; Santos, 2000), esbarrou desde o início com o problema da incoerência entre a racionalidade científica e os problemas ontológicos dos referidos campos, com sua diversidade de fenômenos. Isso porque uma racionalidade desenvolvida a princípio para lidar com a matéria, sendo esta universalizada, a-histórica, desvencilhada do humano, da cultura e da vitalidade, deparou-se com uma série de problemas quando se voltou para temas como vida, subjetividade, linguagem e sociedade que, em sua constituição, apresentavam exigências ontológicas de ordem muito distintas daquelas abrangidas pelo método científico e seus dispositivos. Nesse sentido, é possível se conceber um verdadeiro mal-estar na construção das ciências humanas e sociais, particularmente a Psicologia (Neubern, 2004, 2009), na medida em que os fenômenos que proporcionavam a concepção de seus objetos de estudo não raro apresentavam dificuldades para se coadunarem com noções universais, causalistas e quantitativas da ciência moderna, em seus ideais de um conhecimento privilegiado da realidade, um saber tão superior aos demais que seria capaz de controlar, explicar e predizer seus fenômenos.

Assim, malgrado a inconsistência de muitos projetos de implantação da racionalidade moderna em tais campos (Stengers, 1997), os representantes do pensamento moderno nutriram uma crença que ocupou um lugar central em suas práticas e instituições, e afetou profundamente o estudo das experiências espirituais: seus dispositivos metodológicos seriam universais e qualquer coisa que existisse na natureza, fosse ela humana ou não, deveria ser capaz de responder a eles. Para muitos pesquisadores, o método científico tornou-se monolítico e hegemônico, uma entidade soberana, tirânica e reificada que falava por si mesma, sendo capaz de exigir que qualquer fenômeno lhe respondesse às interpelações cedo ou tarde, como se todos os campos de estudo possuíssem as mesmas exigências e características ontológicas por ele esperadas. Assim, da corrente iônica das ampolas de Crookes (Ferreira, 2004) aos espíritos dos experimentos metapsíquicos

(Monroe, 2008; Sharp, 2006), todos deveriam responder às exigências do método, sob a pena de não terem sua existência reconhecida.

No tocante aos estudos das experiências espirituais, semelhante hegemonia do método científico moderno e seus dispositivos, na qual sua racionalidade deveria se impor sem piedade aos demais campos de estudo, ignorando suas lógicas e peculiaridades nativas, redundou em duas grandes consequências. Por um lado, buscavam-se abordar as experiências espirituais tendo como perguntas norteadoras a existência ou não de espíritos, tal como relatado por médiuns e videntes, ou a comprovação de fenômenos espirituais e extra-sensoriais como a clarividência, a materialização de espíritos, a telepatia, a ectoplasmia, a movimentação de objetos, as possessões, para não se alongar mais a lista (Bensaude-Vincent & Blondel, 2002; Carroy, 1991; Monroe, 2008; Sharp, 2006; Treitel, 2004). Nesse sentido, houve diversas situações de constatações inicialmente favoráveis à comprovação dos fenômenos espirituais que, no entanto, foram seguidas de consideráveis e agressivas polêmicas nas comunidades científicas, que acabaram por não favorecer à continuidade de tais investigações, como se deu, particularmente, com célebre físico inglês William Crookes, cujos ousados estudos de materialização com a médium Florence Cook, além de despertarem críticas acirradas de seus pares, não garantiram a continuidade em experimentos por parte de outros pesquisadores (Ferreira, 2004; Méheust, 1999). Semelhante tentativa, posteriormente transformada na parapsicologia, contou com adeptos renomados (como William Crookes, William James, Cesare Lombroso e Frederick Zölner) e contraditores não menos ilustres (como Wilhelm Wundt, Von Hartmman e Michael Faraday), mas não pôde evitar um considerável processo de marginalização nas comunidades científicas, principalmente no tocante a disciplinas como a Psicologia, na qual o policiamento contrário a tal interesse atingiu proporções muito elevadas (Méheust, 1999; Neubern, 2013).

Por outro lado, houve propostas de teor reducionista nas quais as experiências espirituais foram, de antemão, concebidas a partir de alguma dimensão já colonizada pela ciência, como os processos cognitivos e a psicopatologia, tal como se

deu nos clássicos estudos sobre automatismo psicológico de Pierre Janet (1889/2005). A pergunta central aqui era também voltada para a existência de uma realidade, mas esta necessariamente travestida de uma roupagem aceitável pela ciência, uma roupagem tecida por fios de dimensões familiares e bem-vindas ao *métier* do pesquisador. Assim, Madeleine, talvez o principal sujeito de estudo de Janet (Janet, 1889/2005; Clement & Kaká, 1993), era concebida em seus êxtases exclusivamente em função de processos automáticos psicofísicos e de seu quadro histérico, sem que qualquer teor ou significado espiritual de seus transes fosse seriamente levado em conta pelo grande pesquisador francês. Assim, apesar de toda uma produção subjetiva voltada para sentidos de sua missão espiritual, que em outros contextos poderiam ser tomados como relevantes (Clement & Kaká, 1993), Janet preocupava-se apenas com fenômenos típicos da Psicologia da época, como a mensuração do tempo de seus transes, dos longos intervalos de tempo em que ficava sem respirar, de sua exígua alimentação (meio pedaço de pão por dia!), das contorções de seus movimentos e das possíveis e duvidosas estigmatas que apareceram em seu corpo. Tal reducionismo foi amplamente presente em trabalhos clínicos posteriores de grande influência, como na psicanálise de Freud (1917/1927) que não apenas reduzia experiências espirituais à psicopatologia humana, como também apoiava a tese da secularização[1], muito difundida no pensamento europeu do século XIX.

Desse modo, fosse a realidade algo já dado a ser descoberto pela precisão universal do método científico, fosse ela algo a ser traduzido em categorias *a priori* e caras aos teóricos modernos, a dimensão ontológica da experiência espiritual (Otto, 1917/2007) permanecia como um aspecto intocado pela pesquisa. Na maioria das vezes, a pesquisa não apresentava condições conceituais e instrumentais para reconhecê-la em suas condições e características próprias, de maneira a abranger importantes zonas de sentido de seus diferentes momentos, cujas

(1) Tese segundo a qual a ciência eliminaria os outros saberes, como a religião, por poder suprir a todos os questionamentos e necessidades humanas (Demo, 2008).

facetas acabaram por se distanciar cada vez mais das possibilidades de compreensão do pesquisador. A visão de um ser espiritual, portanto, comum em diferentes culturas, não era compreendida dentro de um conjunto de indagações que remetessem a sua realidade numa materialidade cultural que lhe fosse própria (Nathan, 1999), mas como algo inexistente em termos ontológicos que talvez pudesse ser concebido apenas em termos de imaginação, produção inconsciente ou alucinação. Mesmo a particularidade dos sentidos simbólicos, tão ressaltados por William James (1902/1987), frequentemente se viu esmagada pela imposição narrativa dos pesquisadores que lhes atribuíam significados relevantes às suas teorias, e não ao mundo das pessoas que vivenciavam tais experiências (Neubern, 2013).

Não seria exagero afirmar que, em função da própria constituição do paradigma moderno dominante (Santos, 2000), as investigações que tomaram por base a existência dos seres e experiências espirituais igualando-os à realidade dos objetos materiais talvez já estivessem fadadas a um estrondoso fracasso. Isso porque, a partir do século XIX, as tentativas de diálogo entre a racionalidade científica e a dimensão espiritual já estavam perpassadas em larga medida por um princípio básico enraizado no paradigma moderno: a solidão do homem moderno (Nathan, 1999). Ele seria a única potência inteligente e explicativa na relação com a natureza, num mundo desencantado por ser desvencilhado de seres invisíveis como deuses, santos e espíritos. Não que não existisse um outro mundo espiritual, mas que, segundo o próprio Wundt (citado em De Martino, 1948/1999), o mundo grandioso e sublime da gravidade, da ação da luz, da constituição psico-fisica do ser humano, perpassado pelo pensamento de gênios como Newton, Leibnitz e Kant, era o que de fato deveria ser alvo do interesse dos homens sérios, posto que seria capaz de responder adequadamente ao rigor das indagações científicas. A puerilidade e a superstição ligadas à experiência de médiuns e mágicos é o que deveria ocupar a mente de pessoas vulgares e quase sempre histéricas, ou ainda de pesquisadores equivocados como Charle Richet.

O impacto de semelhantes processos na Psicologia apontava para um caminho pouco favorável de pesquisa, ora marcado por profundas distorções reducio-

nistas, ora marcado por interdições e coações nada desprezíveis àqueles que ousassem responder sobre a existência de fenômenos espirituais. Caía-se, portanto, na contradição de uma ciência da alma sem alma (Neubern, 2004), uma vez que o estudo do campo das experiências espirituais, por um lado, fracassava na tentativa de ser igualado à matéria e, por outro, era reduzido e assimilado a outros processos que nada diziam de sua especificidade ontológica. Isso trouxe algumas consequências problemáticas em termos da constituição desta ciência e de suas relações com tal campo de estudos. A princípio construiu-se uma forte delimitação, policiada científica e ideologicamente, entre a psique ou mente e a alma, no sentido espiritual, que levava o psicólogo a uma contradição um tanto quanto incômoda. Ao mesmo tempo em que este se colocava na condição de quem nada poderia falar sobre experiências espirituais, obedecendo às delimitações kantianas entre ciência e religião (Neubern, 2013), não raras vezes ele poderia se manifestar sobre tais assuntos por meio de explicações que assimilavam o espiritual ao psicológico.

Assim, um fenômeno culturalmente conhecido como a incorporação, na qual uma pessoa cede seu corpo e voz a um espírito, poderia ser explicado como um mecanismo de defesa ou compensação das temáticas edípicas de tal pessoa (Mijolla, 1981) ou até como um fenômeno de personalidade múltipla (Richeport, 1994). O problema de tal contradição não se restringe, entretanto, à capacidade de sustentação de tais argumentos, mas tem uma origem anterior: se o psicólogo não se coloca como conhecedor de tal campo, posto que para ele “psicologia e religião não se misturam”, como poderia se arvorar a uma autoridade científica e tecer afirmações pertinentes sobre o mesmo? Tratava-se aqui de uma estratégia marcante de desqualificação tipicamente moderna: concebesse ele que tais experiências fossem do mundo pueril de Wundt ou que elas simplesmente não existissem, o que importava era apenas que tais fenômenos fossem situados na grandiosidade do mundo da ciência moderna, quanto ao qual a Psicologia se esforçava por possuir direitos de cidadania.

Contudo, embora as estratégias de desqualificação sejam constituintes centrais da ciência moderna (Stengers, 1995), elas não deixaram de se configurar como elementos problemáticos no estudo das experiências espirituais. A simples consideração de um campo como algo pueril e digno de pessoas vulgares, noção que se tornou dominante entre a maioria dos psicólogos, já implicou problemas epistemológicos e éticos de dificuldades muito acentuadas para tal proposta de pesquisa. Isto porque se um campo é concebido de antemão em torno de significados como pueril, histérico e vulgar, há uma imposição narrativa da parte dos pesquisadores sobre seus fenômenos que dificilmente poderão acessar a visibilidade de outros aspectos desse campo que estejam fora de uma estrutura prévia de significados. E a questão não se restringe à produção de significados, uma vez que estes proporcionam a exclusão de facetas da experiência espiritual que podem ser relevantes para sua compreensão, mas que acabam por ser desprezadas pela pesquisa, ficando de fora de importantes momentos da construção de pensamento do pesquisador. Aventurar-se em tal campo de pesquisa arriscaria situar o psicólogo numa cruzada impossível, como um novo Don Quixote moderno, ou até no ostracismo frente a seus colegas, oscilando entre o ridículo e a marginalidade.

A pesquisa clínica como alternativa possível

A proposta de uma alternativa clínica para o estudo de experiências espirituais implica em conceber o problema ontológico e suas consequentes exigências numa ótica radicalmente distinta do que se propõe tradicionalmente em termos modernos (Nathan, 2007; Neubern, 2012a). Assim, se uma pessoa afirma estar em presença de um espírito ou ser espiritual, a postura do pesquisador não deve ser a de buscar averiguar a veracidade de tais processos, mas a de estabelecer uma relação com o outro que favoreça uma compreensão capaz de apontar para as relações que este espírito ou ser ocupa em seu mundo, e que realidades são criadas a partir dessas relações. Não sendo capaz de tecer afirmações sobre estas experiências, em termos de revelar, numa perspectiva moderna de descoberta (Sten-

gers, 2001), em que elas consistem em termos de fato, o pesquisador passa a conceber que nada sabe sobre os outros, mas que pode se relacionar com eles de maneira a estabelecer um contexto diferenciado de interação de onde possa emergir um saber que se enderece à realidade de outra forma e sob outras condições.

Um dos primeiros pontos que tal perspectiva apresenta é a de uma concepção complexa da realidade, na qual ela pode ser interpelada de diferentes formas (Nathan, 1999; 2001). Contrariamente ao mundo duplo preconizado por Wundt (citado em de Martino, 1948/1999) não existe uma hierarquia de saberes e realidades, mas apenas especificidades ontológicas distintas que necessitam ser compreendidas e acessadas de maneira a serem consideradas em suas próprias exigências e características. Como diria Latour (1996), não há diferença entre os que sabem, aqueles que representam a ciência moderna e se colocam numa posição superior, e os que habitam o mundo das crendices e superstições, mas apenas saberes com propostas, cosmovisões e legitimidades distintas. Desse modo, como o espírito da visão da pessoa acima citada dificilmente pode responder aos dispositivos modernos (como o laboratório experimental com seu rigoroso controle de variáveis ou ao próprio *setting* de psicoterapia), cabe ao pesquisador dar voz aos protagonistas culturais do mundo dessa pessoa, aqueles que são capazes de acionar os dispositivos específicos que podem fazer emergir estes seres, de modo a mediar a negociação com eles, ao invés de uma relação de controle. Esses especialistas (como médiuns e pais-de-santo na sociedade brasileira) representam um saber com conceitos, tecnologias, cosmovisões, objetos, textos, rogativas, pedagogias de transmissão e iniciação, como ainda regras de relação com o mundo espiritual que compõem seus respectivos dispositivos (Stengers, 2001) que proporcionam um comércio com este ser que lhe dá sentidos e um lugar no mundo.

Há, portanto, uma nova possibilidade de acessar essa outra realidade, com suas diferentes exigências ontológicas. Nesse sentido, torna-se necessária a definição de determinadas condições teóricas e epistemológicas para que a pesquisa possa acontecer, principalmente em termos de atitudes epistemológicas que fa-

çam frente às diferentes facetas da realidade, da construção de seu pensamento que as acompanhe e de certos aspectos éticos aí implicados.

O diplomata & o cético

A questão que se reveste da maior pertinência para a pesquisa clínica deixa de ser sobre a existência desse espírito, em si, como o pretende a proposta moderna, para se converter em como este ser existe para e a partir de um conjunto de práticas sociais, protagonistas e conceitos específicos, como atua neste nicho cultural e que realidades estão implicadas com ele. O que é aqui proposto, contudo, não deve ser esgotado por termos como "construção social" tão abusivo na perspectiva de muitos autores (Hacking, 1999), mas no reconhecimento de condições ontológicas distintas que compõem a experiência espiritual das pessoas. Uma tal proposta, que tira o homem de sua solidão moderna por situá-lo no seio de um universo com múltiplas potências e saberes (Nathan, 1999), apresenta consequências que não podem passar desapercebidas para uma alternativa de pesquisa, posto que remetem a uma realidade que apresenta facetas ontológicas diversas e requerem do pesquisador atitudes epistemológicas específicas que possam fazer frente a tal diversidade (Neubern, 2012a, 2013; Stengers, 1997).

Por um lado, cabe a ele tornar-se um diplomata (Neubern, 2013; Stengers, 1997), ou seja, aquele que se dispõe a conhecer, com sinceridade, o que se passa com o outro, como é seu mundo, suas regras de relação com o invisível, o que realmente importa para eles, como é o comércio com os espíritos e deuses que o habitam. Não há aqui um processo de tradução para as categorias caras ao pesquisador (como alucinação, símbolo, mito, imaginação e arquétipo), mas uma disposição antropológica de compreensão de seus termos, seres e práticas em sua ótica nativa, inclusive em termos de realidade. O diplomata é inserido nos contextos de práticas e experiências espirituais para se deixar tocar, a bem dizer, na própria pele, de modo a se permitir viver, dentro do possível, aquilo que os outros vivem, ao mesmo tempo em que é amparado e tutelado por aqueles que conhecem esse

mundo e lhe apontam caminhos possíveis de compreensão sobre o que ocorre. Esse mundo, portanto, não é um mundo vivido e imaginado fabricado pelo sujeito, uma vez que os seres que o habitam, mesmo produzindo sentidos e símbolos para os sujeitos, consistem em seres ligados a maquinários específicos (Deleuze & Guattari, 1980) que lhe conferem um estatuto ontológico próprio de seres espirituais e autônomos[2]. O diplomata, portanto, é quem permite fazer a ponte entre esses mundos distintos, de modo a compreender sobre/como é este mundo espiritual para poder comunicá-lo a seus pares na comunidade científica. Mesmo com os diversos riscos de traição que seu papel comporta, pois ele corre o risco de não ser um tradutor muito fiel, é ele quem pode garantir que os demais pesquisadores possuam um interesse legítimo sobre este mundo diferente, um interesse científico que o veja a partir das possibilidades ali implicadas para a investigação e o conhecimento.

Por outro lado, há a figura do cético (Neubern, 2013; Stengers, 1997), aquela na qual o pesquisador pode construir suas teorias e afirmações de modo a trazer seus achados como diplomata para a discussão com sua comunidade científica de origem, o que requer uma possibilidade de diálogo e confrontação junto aos pares de seu núcleo de pertencimento. O cético, portanto, tem o papel de construir pensamento, de refinar o rigor metodológico e conceitual de suas proposições, de estabelecer, no diálogo com o empírico, as condições de legitimidade da pesquisa, em suma, de integrar, no seio da proposta de ciência, o trabalho que desenvolve na relação com o diplomata sobre a experiência espiritual dos outros. É ele quem, de certa forma, garante a confiabilidade científica, a continuidade de um papel psicológico e ético, como a coerência profissional que contribua para a garantia do exercício do papel de psicólogo, em suma, quem luta para que este papel não se perca num contexto que poderia envolver vários tipos de riscos profissio-

(2) Assim como a ciência moderna possui seus seres (como o elétron, a molécula de NaCl, a gravidade), que existem a partir de dispositivos específicos, os sistemas espirituais também possuem os seus, a partir de dispositivos específicos.

nais e éticos, que podem ser facilmente notados nas denúncias veiculadas aos conselhos profissionais.

A relação entre cético e diplomata deve ser compreendida como a interação entre duas atitudes epistemológicas que se caracterizam como as faces da mesma moeda, mas jamais como uma solução de compromisso. Isso porque o teor conflituoso desta relação aponta muito mais para caminhos e possibilidades do que para soluções prontas que, pelo conforto desejado por muitos pesquisadores, possam resolver e liquidar o problema, como também a reflexão a ele integrada. O encontro entre aquele que representa um saber laico (ao menos pretensamente laico, posto que possui seus próprios deuses!) que se aventura por um mundo desencantado e aquele que vem, muita vezes impactado, de um mundo de intenso comércio com a espiritualidade não costuma ser tão simples, nem desprovido de desencontros e problemas. Contudo, para que esse caminho de pesquisa se torne possível, concebe-se que a delimitação dos papéis de cada um esteja intimamente atrelada aos modos como as realidades às quais se endereçam são concebidas e sob quais condições devem ser abordadas. Se a tradução não é aqui aceita, tal como entre os modernos, e se a colonização se configura necessariamente como um risco, tais papéis precisam ser delimitados e concretizados a partir de propostas específicas de construção do pensamento, tais como a interpretação e a recalcitrância.

Interpretação & recalcitrância

Esse duplicidade de atitudes, por sua vez, apresenta dois grandes problemas em termos da própria relação com a realidade. Considera-se, na sequência ao pioneirismo de William James (1902/1987), que a realidade contemplada pelo cético seja a de uma produção simbólica e subjetiva a respeito da experiência espiritual, algo sobre o qual ele pode teorizar e exercer seu *métier* de pesquisa com certa desenvoltura. A questão aqui é a de como o sujeito produz subjetividade (Gonzalez Rey, 2007), ou seja, como subjetiva suas experiências espirituais em termos emo-

cionais e simbólicos, o que requer do pesquisador uma postura assumidamente interpretativa. Segue-se, nesse sentido, uma ruptura com muitas escolas modernas na medida em que a relação clínica da pesquisa procura contemplar, a partir do vínculo com a pessoa, sua produção de sentidos singulares ao invés de lhe impor narrativas cujos sentidos, universais e generalistas, fazem eco na teoria do pesquisador e nada possuem de pertinência quanto ao cenário vivido pelo sujeito (Gonzalez Rey, 2007; Neubern, 2005). Essa dimensão da realidade, a produção subjetiva da pessoa na dialética com seu mundo social, constitui-se num dos aspectos de maior importância das experiências espirituais, uma vez que elas significam algo para a pessoa, geram emocionalidades em suas relações, conferem significados a acontecimentos de sua história e fatos de sua vida, norteiam relações e escolhas, produzem sentidos sobre aspectos centrais de sua vida, sem contar sua considerável influência nos projetos de vida e fabricações de destinos[3].

No entanto, embora devidamente contempladas em várias aspectos pelo caráter interativo desta produção de conhecimento, o pesquisador aqui não está livre do antigo problema da imposição de um jogo de poder, posto que não há nada nesse contexto que possa constranger suas afirmações a ponto de colocá-las em risco. Mesmo que não se trate da postura epistemologicamente arrogante comum no diagnóstico, seu pensamento pode permanecer intacto ao jogo de forças necessário ao *métier* científico, ao questionamento imposto pelo empírico, ao constrangimento que o leve inexoravelmente a modificar suas afirmações (Santos, 2000). O pesquisador pode possuir uma grande e refinada capacidade de interpretação, mas isso não impede que sua interpretação ignore pontos de fundamental importância das experiências espirituais de uma pessoa ou grupo, que ele permaneça mesmo resistente a considerá-las e levá-las a sério na construção de pen-

(3) A subjetividade é mesmo fundamental nas fabricações desenvolvidas pelos maquinários culturais que permitem a comunicação com o mundo invisível, em termos, por exemplo, de toda a vivência e conceituação que podem proporcionar a tais processos, embora não esgote esse processo de fabricação, nem mesmo consiga servir como eixo explicativo da variedade de facetas presentes nos mesmos. Símbolos, sentidos subjetivos e configurações não explicam, portanto, grande parte dos processos espirituais que compõem tais experiências.

samento de sua pesquisa. Não é sem razões que, não raro, certas comunidades religiosas e espiritualistas não aceitam mais receber pesquisadores por se sentirem traídas por suas desrespeitosas conclusões e por não terem recebido deles uma devolutiva que envolvesse o diálogo aberto, franco e face-a-face sobre o que ele pensou a respeito de seu íntimo convívio em tais grupos (Neubern, 2013).

Daí que a figura do cético, por si só, é insuficiente para tal empreitada e pode mesmo se degenerar no risco de se tornar dogmática, doutrinária e resistente a tudo aquilo que não seja contemplado pela frieza de seu olhar teórico, que é capaz de hipertrofiar o alcance de suas categorias centrais a ponto de embeber-se da pretensão de se estender sobre zonas de sentido de realidades sobre as quais nada pode explicar. Os símbolos, portanto, como a própria subjetividade em sua diversidade de produções, não esgotam, nem explicam por completo a complexidade das experiências espirituais comumente vividas pelas pessoas em seus cotidianos, assim como a figura do cético, enquanto atitude epistemológica, não é suficiente para o estudo de tais experiências.

Semelhante cenário coloca o pesquisador num grande dilema. Isto porque ele não é capaz de tecer afirmações sobre o que seja um ser espiritual, por exemplo, nem pode reduzi-lo a dimensões com as quais já esteja familiarizado. Ele também não pode explicar a dimensão *numinosa* ou sagrada da experiência espiritual (Otto, 1917/2007), que, por sua própria ontologia, não é apreensível pelas palavras, nem se deixa domar pelos saberes e desejos humanos. Diante de uma pessoa que relata uma indefinível vivência de êxtase no encontro com Nossa Senhora (Neubern, 2013), encontro este profundamente marcado por essa dimensão sagrada, resta-lhe apenas conceber os impactos simbólicos e vividos sobre a vida dessa pessoa o que, mesmo assim, possui suas limitações, como acima destacado. Caso permaneça atrelado à condição do cético, ele pode se sentir destituído da condição do herói moderno (Santos, 2000), aquele que, com seu saber, poderia se colocar na postura pretensiosa de conhecer melhor e criticar, com um saber superior a qualquer outro. O campo da espiritualidade pode, desse modo, parecer-lhe inóspito a ponto de desinteressar-lhe por completo enquanto cientista, seja por-

que não se sente coerente com sua proposta de saber moderno, seja porque ali a sua condição não é mais a de uma superioridade que pode a tudo controlar, prever e explicar.

No entanto, caso se integre também ao papel do diplomata, ele se depara com alternativas de grande relevância para seus desafios, a começar pela proposta de recalcitrância (Nathan, 1999, 2001): mesmo com um campo limitado de abrangência, ele pode aprender a colocá-las em risco por meio de um espaço de tensão entre aquilo que traz como saber e o saber produzido pelos outros, os que vivenciam e representam a espiritualidade. Daí porque uma perspectiva clínica deve possuir a relação como um de seus eixos centrais, num processo em que as afirmações do pesquisador sejam colocadas na pauta relacional para serem discutidas com estes outros, apreciadas e criticadas por eles de maneira a levar o pesquisador a poder revê-las e repensá-las com maior pertinência. Não se trata de uma postura subserviente quanto a tais saberes, mas à criação de um espaço interativo de tensão que seja gerador e leve o pesquisador a pensar mais a fundo e com maior refinamento conceitual e teórico as questões sobre os quais se dispôs a discutir, problematizar e pesquisar, de maneira a minimizar o risco do solipsismo teórico que o aflige quando seu pensamento não é questionado pelo outro.

O que ele afirma sobre os outros passa, desse modo, a ganhar uma noção de responsabilidade que envolve tanto a coerência teórica, como o compromisso ético. Afirmar algo sobre os outros passa a envolver uma gama mais abrangente e pertinente de critérios de legitimação, na medida em que a apreciação crítica oriunda do mundo dos outros aponta as contradições e fragilidades, como para as virtudes, presentes naquilo que é pensado e expresso pelo pesquisador. A construção de seu pensamento, que é o que define sua legitimação na pesquisa (Gonzalez Rey, 2005), ganha mais elementos de legitimidade, uma vez que adquire maior abertura para a realidade e se submete a seus constrangimentos, sem, contudo, perder sua autonomia enquanto processo de construção do pesquisador. Um exemplo interessante nesse sentido pode ser constatado quando os pesquisadores se utilizam de termos como “possessão”, para designar a tomada do

corpo de uma pessoa por um espírito ou deus (Heusch, 1993) e que é apreciado em diferentes comunidades científicas que o adotam e lhe conferem uma importância considerável como referência explicativa. O que a conversação recalcitrante com os representantes de muitos grupos religiosos mostra (Neubern, 2013), por outro lado, é que tal termo, tão central na cosmovisão de muitos pesquisadores, de onde podem mesmo emanar outros conceitos e explicações, parece inadequado para grande parte dos processos de comunicação espiritual que envolvem o transe corporalmente uma vez que supõe uma imposição que não considera o livre-arbítrio da pessoa. Para eles, a ideia de uma posse poderia se aplicar apenas em alguns casos que, mesmo assim, atingem esse nível de imposição apenas por ter havido, inicialmente, uma espécie de consentimento da pessoa possuída. Assim, o pesquisador pode se dar conta de que o que é um termo chave para ele nada mais é do que uma variação muito específica da experiência espiritual no seio de um largo espectro de transes, nos quais a participação da pessoa precisa ser levada em consideração como um dos elementos fundamentais de tais processos. E, sem tal compreensão sobre o que tal termo quer dizer para os sujeitos no seio de um contexto sociocultural específico, ele poderia facilmente distorcer suas interpretações referentes às próprias produções de sentido subjetivo das pessoas do grupo que vivenciam as diferentes experiências de contato espiritual por meio do transe.

Daí que a recalcitrância exige que a voz dos sujeitos, que confrontam e discutem com os pesquisadores em torno de assuntos como a possessão, seja tomada como representante de um saber espiritual, e não apenas como a opinião de um indivíduo (Nathan, 2001, 2007). A compreensão do termo possessão, desse modo, não se restringe à produção subjetiva particular de um sujeito, mas envolve e abrange a cosmovisão partilhada na subjetividade social do grupo. Por tal razão, o pesquisador necessita buscar outras fontes de indicadores além dos indivíduos, como a conversação com as demais pessoas que experimentam o transe, a leitura de textos sagrados (quando existem), a frequência a práticas e rituais e a supervisão de especialistas competentes nativos do contexto que lhe proporcio-

nem o desenvolvimento de uma compreensão mais próxima do que seria o transe, de maneira a confrontá-lo em suas concepções anteriores sobre o assunto.

É dessa confrontação entre saberes que nasce o jogo de forças com a capacidade de levar o pesquisador a pensar seriamente sobre o que afirma, a ponto de refletir sobre a pertinência de suas perspectivas em termos de que até que ponto elas dizem do mundo do outro e são capazes de abrangê-lo de modo coerente, de dialogar com ele em torno do que é relevante por suas próprias referências. É a partir dela que o pesquisador pode assumir uma responsabilidade diferenciada sobre o que afirma e pensa, já que parou para levar a sério que os outros saberes sustentam, a escutá-los dentro de suas pertinências e, em suma, a legitimá-los como saberes relevantes. É através desse caminho, portanto, que ele pode refletir sobre a relação que existe entre a autonomia de seu pensamento e a responsabilidade sobre o que afirma, tomando-as como noções que precisam caminhar juntas na construção do processo da pesquisa. Isso porque se a autonomia de pensar não pode se diluir, nem se tornar tirana, ela também necessita se submeter ao constrangimento dos espaços de tensão das relações entre saberes, para que seus pontos de contato com a realidade dos outros fiquem claros, como fontes de indicadores principalmente, e a construção do pensamento do pesquisador reduza em muito o risco de se transformar numa doutrina.

Ética & pertencimento

De outra parte, há uma consideração ética da mais alta relevância, uma vez que o outro é envolvido num diálogo aberto e possui voz, enquanto representante de um saber mais amplo, individual e coletivo, que é considerado na construção de um conhecimento sobre ele mesmo (Nathan, 2007; Neubern, 2012b). Esvazia-se, aqui, uma tendência comum nas ciências clínicas na qual o pesquisador é aquele quem sabe sobre o outro e possui um conhecimento capaz de definir a vida desse outro, dizendo quem ele é e até mesmo o que deve se fazer dele, um conhecimento que precisa ser mantido em segredo, seja por razões técnicas, seja

por razões de poder, como muitas vezes ocorre com o sigilo profissional que protege mais o poder do profissional do que a cidadania do usuário (Nathan & Zadje, 2012). Há aqui, no entanto, uma proposta de democratização do espaço relacional que preconiza a busca de uma confiabilidade no contrato clínico, na qual os segredos tendem a ser esvaziados em nome de um diálogo aberto entre saberes e protagonistas que ocupam posições diferentes em termos de papel, mas não de hierarquia (Nathan & Zajde, 2012). Se o pesquisador é o representante de um saber moderno, ele o coloca em pauta para a discussão, refletindo em conjunto com as demais pessoas sobre a implicação deste saber em suas vidas, que relações cria, que consequências podem dele advir; ao mesmo tempo, o saber espiritual também é colocado em pauta, como portador de uma cosmovisão e legitimidades próprias, também ouvido atentamente em suas especificidades técnicas e teóricas, nas realidades que gera na vida das pessoas, no que significa esse contato com o mundo invisível. Como ambos os saberes tomam assento nessa conversação, há uma espécie de parlamento (Latour, 1996; Nathan, 2001) em que os saberes, com os respectivos seres que neles ganham vida, possuem voz na negociação de sentido a respeito daquilo que se discute, que influi diretamente na vida das pessoas implicadas.

O saber espiritual em questão não é visto como algo a ser um dia decifrado pela ciência moderna, como um campo sobre a qual esta terá, por fim, a última palavra em termos do que de fato ali tem lugar: ele é visto como um saber que possui dispositivos e maquinários próprios, capazes de fazer emergir seus próprios seres, com rigores técnicos, éticos e ideias particulares que, além de fazerem sentido para seus protagonistas, possuem uma forma própria de acessar e lidar com a realidade (Nathan, 2001, 2007). Essa maneira de levar o saber dos outros a sério, pode ser um caminho para sanar ou ao menos flexibilizar incômodas contradições da pesquisa e do *métier* clínicos, como os problemas de alteridade e democracia, sempre presentes na relação com os usuários. Como seria possível, por exemplo, considerar-se o tema da alteridade numa relação se é o pesquisador, enquanto representante moderno, quem sabe sobre o outro, quem possui a última e mais fide-

digna ideia sobre o que se passa com ele? Até que ponto ele considera, de fato, o outro se o saber deste outro será sempre decifrado pelo dele, mais digno de confiança e respeitabilidade por ser científico? Como se pensar uma relação cujos critérios de democracia sejam definidos apenas pelo saber do pesquisador? Como se sustentarem as propostas de emancipação de várias perspectivas clínicas, imbuídas de discursos de democracia e cidadania, a partir de um contexto relacional hegemônico, onde um único saber é digno de cidadania em termos de confiabilidade? Uma ética que implique seriamente a relação clínica não pode, portanto, centrar-se num indivíduo isoladamente de seu mundo e dos saberes que o acompanham e, mais do que estar presente nos discursos, precisa ganhar vida nas formas pelas quais essa relação acontece e se desenvolve entre seus protagonistas.

Ao mesmo tempo, tal discussão ética precisa também ser pensada no que se refere a uma das dimensões mais importantes da prática clínica – a subjetividade do próprio pesquisador (Neubern, 2004). Isto porque não é apenas com as pessoas que vivem a espiritualidade que a questão do pertencimento em termos de *ethos* (Binswanger, 1935/2008) possui importância capital, não é apenas com eles que se devem buscar responder às grandes questões de suas existência e não é somente com tais pessoas que outros saberes, além do moderno, devem tomar assento para que encontrem seu lugar no mundo. Tal questão torna-se ainda mais pungente em países como o Brasil, no qual há uma polifonia de saberes, como os de ordem espiritual, que convivem com a ciência moderna e que, comumente, entram em severos conflitos na subjetividade dos futuros pesquisadores logo que adentram as universidades e se veem no dilema entre tornar-se doutores, sendo "brancos", portanto, renunciando a importantes cosmovisões de seus mundos nativos, ou abandonarem a academia para retornarem a um mundo de crendices e superstições, confirmando Wundt, num e noutro caso, como um grande profeta da ciência (Neubern, 2013).

Nesse sentido, considera-se que a proposta do "branqueamento", na qual ele nega suas raízes culturais em nome do saber moderno originário da Europa (Nathan, 2001), parece um tanto quanto problemática, uma vez que entra em con-

flito com uma polifonia presente nas raízes culturais de muitos pesquisadores, por colocar a ciência moderna como a melhor ou até mesmo a única alternativa pensante sobre o mundo, a vida e o destino das pessoas. Entrar em contato com tais experiências, presentes no seio de suas próprias origens culturais e sociais, consiste na perspectiva aqui adotada, num caminho fundamental, um caminho que o coloca e o re-integra ao próprio *ethos* e o coloca disponível para uma relação mais aprofundada com o outro, uma relação onde existe uma possibilidade distinta de compartilhamento, posto que é conhecida e familiar a ambos os implicados (Neubern, 2012a, 2013). Contraria-se, assim, que o pensamento de Wundt, ainda inspirador de muitos psicólogos na atualidade, para quem "psicologia e religião não se misturam", cede lugar para a adoção de uma postura na qual a espiritualidade, assim como outros temas presentes em sua subjetivação (como a sexualidade, o gênero, a classe social, a etnia) pode se tornar um dos pontos diferenciais da sensibilidade clínica, um dos momentos de sua experiência que também esteja na pauta da relação a se construir com o outro, sem romper com seu papel de pesquisador.

A questão, evidentemente, não é a de uma imposição ditatorial na qual os pesquisadores de tais culturas obrigatoriamente devessem cultivar sua espiritualidade, religando-se com suas raízes culturais de modo a assumi-las como missão em suas vidas de cientistas. Não se questiona a proposta de liberdade e emancipação do pesquisador nesse sentido. Contudo, concebe-se que o problema é o questionamento de outra forma de ditadura que se impõe sob o pretexto de um conhecimento superior aos outros, sob uma perspectiva de profunda desqualificação dos saberes culturais presentes na própria subjetividade social de muitos pesquisadores, que abrange seus diferentes cenários de inserção social, como as universidades, centros de pesquisa e laboratórios. O diálogo e a integração das experiências de sua própria cultura não devem, *a priori*, ser concebidos como possíveis entraves à pesquisa, como escolhos a serem necessariamente evitados, mas como matérias primas relevantes que dizem do lugar humano deste pesquisador face aos outros e aponta para suas possibilidades de estabelecer relações e com-

preender, a sério, o que lhe apresentam (Neubern, 2013). A possibilidade de sentir na própria carne a experiência espiritual não deve, portanto, ser vista como uma condição irremediavelmente impeditiva de pesquisa, mas como um caminho viável para o compartilhamento com o outro a partir daquilo que os une em familiaridade, sob raízes culturais e espirituais que remetem a algo, por vezes comum e importante em suas vidas.

Referências

Bensaude-Vincent, B. & Blondel, C. (2002). *Des savants face à l'occulte. (1870-1940)*. Paris: La Découverte.

Binswanger, L. (2008). De la psychothérapie. In L. Binswanger. *Introduction à l'analyse existentielle*. (pp. 119 – 147). Paris : Minuit. (Trabalho original publicado em 1935)

Carroy, J. (1991). *Hypnose et sugestion. L'invention du sujet*. Paris: Puf.

Clement, C. & Kaká, S. (1993). *Le saint et la folle*. Paris: Odile Jacob.

Deleuze, G. & Guattari, F. (1980). *Mille Plateaux. Capitalisme et Schizophrénie*. Paris: Minuit.

Demo, P. (2000). *Metodologia do conhecimento científico*. São Paulo: Atlas.

Demo, P. (2008). *Qualidade humana*. Petrópolis: Vozes.

Ferreira, J. (2004). *Estudando o invisível: William Crookes e a nova força*. São Paulo: Educ.

Freud, S. (1997). *O Futuro de Uma Ilusão*. (C. Oiticica, Trans.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1927)

Gonzalez Rey, F. (2005). *Pesquisa qualitativa e subjetividade*. São Paulo: Thomsom.

Gonzalez Rey, F. (2007). *Psicoterapia, subjetividade e pós-modernidade*. São Paulo: Thomsom.

Hacking, I. (1999). *The social construction of what?* Massachusetts: Harvard University Press.

Heusch, L. (1993). Possédés somnambuliques, chamans hallucinés. In I. Stengers (Ed.), *Importance de l'hypnose* (pp. 285-318). Paris: Seuil/Les Empêcheurs.

James, W. (1987). The Varieties of Religious Experience. In W. James (Ed.), *Writtings 1902-1910*. New York: The Library of America. (Trabalho original publicado em 1902)

Janet, P. (2005). *L'automatisme psychologique*. Paris: Harmattan. (Trabalho original publicado em 1889)

Latour, B. (1996). *Petite Réflexion sur le Culte Moderne des Dieux Faitiches*. Paris: Seuil/Synthélabo.

Martino, E. D. (1999). *Le monde magique*. Paris: Seuil/ Les Empêcheurs. (Trabalho original publicado em 1948)

Méheust, B. (1999). *Somnambulisme et mediumnité*. Paris: Seuil/Les Empêcheurs.

Mijola, A. (1981). *Les Visiteurs du Moi*. Paris: Les Belles Lettres.

Monroe, J. (2008). *Laboratories of faith. Mesmerism, spiritism and occultism in modern France*. London: Cornel University Press.

Nathan, T. (1999). Manifeste Pour Une Psychopathologie Scientifique. In T. Nathan & I. Stengers (Eds.), *Médecins et Sorciers* (pp. 9-113). Paris: Synthelabo.

Nathan, T. (2001). *Nous ne sommes pas seuls au monde*. Paris: Seuil/Les Empêcheurs.

Nathan, T. (2007). *À qui j'appartiens?* Paris: Seuil/Les Empêcheurs.

Nathan, T. & Zajde, N. (2012). *Psychothérapie démocratique*. Paris: Odile Jacob.

Neubern, M. (2004). *Complexidade e psicologia clínica*. Brasília: Plano.

Neubern, M. (2009). *Psicologia, hipnose e subjetividade. Revisitando a história*. Belo Horizonte: Diamante.

Neubern, M. (2012a). O que significa acolher a espiritualidade do outro? Reflexões de uma clínica ethnopsy. In M. H. Freitas, G. Paiva & C. Moraes (Eds.), *Psicologia da religião no mundo ocidental contemporâneo* (pp. 85-104). Brasília: Universa.

Neubern, M. (2012b). Hipnose, espiritualidade e cultura: problemas de pesquisa clínica. Em T. De C. Viana, G. Diniz, Costa, L. & V. Zanello (Eds.), *Psicologia clínica e cultura contemporânea* (pp. 494 -512). Brasília: Líber Livros.

Neubern, M. (2013). *Psicoterapia e espiritualidade*. Belo Horizonte: Diamante.

Otto, R. (2007). *O sagrado*. Petrópolis: Vozes. (Trabalho original publicado em 1917).

Richeport, M. (1994). Erickson's Approche to Multiple Personalities: a Cross-Cultural Perspective. In J. Zeig (Ed.), *Ericksonian Methods* (pp. 415-432). Levittown: Brunner/Mazel.

Santos, B. (2000). *A crítica da razão indolente*. São Paulo: Cortez.

Sharp, L. (2006). *Secular spirituality. Reincarnation and spiritism in XIX century France*. New York: Lexington Books.

Stengers, I. (1995). *L'invention des sciences modernes*. Paris: Flammarion.

Stengers, I. (1997). *Cosmopolitiques VII*. Paris: Seuil/Les Empêcheurs.

Stengers, I. (2001). Le laboratoire de l'ethnopsychiatre. Préface. In T. Nathan (Ed.), *Nous ne sommes pas seuls au monde* (pp. 7-46). Paris: Seuil/Les Empêcheurs.

Treitel, C. (2004). *A science for the soul. Occultism and the Genesis of the german modern.* Baltimore: John Hopkins University Press.

27 Gênero, feminismos e sua inserção na psicologia clínica[1]

Cláudia de Oliveira Alves
Gláucia Ribeiro Starling Diniz

Os feminismos adentraram a academia e provocaram questionamentos e revisões nos contextos de produção e aplicação do conhecimento em diversos campos do saber. A psicologia foi um desses campos. Torna-se necessário, portanto, entender como questões de gênero e as problematizações feministas se relacionam com a psicologia clínica. Diante desse quadro, é importante explorar brevemente o que é feminismo, qual sua história e como se insere na produção do conhecimento científico, em geral, e na psicologia clínica, de modo específico.

O objetivo desse capítulo é, portanto, apresentar uma contextualização teórica. Iniciamos com uma breve conceituação sobre a relação entre feminismo e gênero, seguida de um resumo sucinto da história da psicologia clínica. Tomamos a psicologia clínica como campo de conhecimento e de intervenção. Nesse contexto, será apresentada e discutida a psico(terapia) feminista. Nossa intenção é compreender como essas dimensões se entrelaçam para formar a clínica psicológica orientada por perspectivas feministas.

---

(1) Essa reflexão teórica fez parte da Dissertação de Mestrado da primeira autora sob a orientação da segunda

Feminismos e gênero

O feminismo pode ser entendido como uma filosofia que luta para que homens e mulheres sejam reconhecidos como equivalentes nas suas diferenças, a partir de problematizações acerca das relações de gênero (Scott, 1995). Como movimento social, o feminismo surge no contexto das ideias iluministas, das ideias das Revoluções Francesa e Americana. Mobilizou mulheres de muitos países da Europa, dos Estados Unidos e depois de alguns países da América Latina. Em um primeiro momento o feminismo se espalhou em torno da demanda por direitos sociais e políticos, tendo seu auge na luta sufragista. Essa etapa foi cunhada de "primeira onda dos feminismos". O movimento teve um período de relativa desmobilização e ressurgiu com nova força e potencial reflexivo nos anos de 1960 (Costa, 2006; Medeiros, 2007; Narvaz, 2005, 2009; Narvaz & Koller, 2006).

O ressurgimento do feminismo nesse período traz em sua bandeira de luta a afirmação de que o "pessoal é político". Esta afirmação significa que a vida pessoal reflete valores e dimensões da cultura, assim como esses valores e a cultura são impactados pelas experiências de vida das pessoas. Questões até então vistas e tratadas como específicas do mundo privado, ou seja, relacionadas à vida doméstica, familiar e sexual, e identificadas com o pessoal, foram trazidas para o espaço da discussão política e social. A ideia central era apontar o caráter político da opressão sofrida pelas mulheres que a vivenciavam de forma isolada e individualizada (Costa, 2006; Evans, Kincade & Seem, 2011). Esse processo é conhecido como a "segunda onda dos feminismos".

Cabe ressaltar que não existe apenas um feminismo. Os feminismos atuais problematizam múltiplos pontos de vista, o que torna mais correto pensar em feminismos, no plural. Movimento social cuja proposta inicial foi desvelar o sexismo e os impactos da opressão sexista, os feminismos foram geradores de reflexões sobre a divisão sexual de papéis e atribuições sociais de homens e mulheres. As lutas dos movimentos feministas ocidentais têm sido fundamentais para dar visibilidade a essas discussões. Problematizam as relações entre homens e mulheres,

com o objetivo de alcançar relações mais igualitárias (Costa, 1994; Evans *et al*., 2011; Scott, 1995).

A valorização da experiência das mulheres e o reconhecimento da necessidade de mudança social é o que há em comum nessa diversidade de perspectivas feministas. As posições mais aceitas dentro dos feminismos são: liberal ou reformista, radical, socialista, mulheres de cor ou "*womanism*", e cultural (Evans *et al*., 2011; Worell & Johnson, 2001). Estas diversas correntes teóricas procuram compreender a condição de subordinação das mulheres na sociedade (Bandeira, 2008).

O feminismo liberal ou reformista vê a opressão das mulheres como resultado do sexismo, que limita as oportunidades e papéis das mulheres. Sua base está nos princípios de igualdade e racionalidade, e o foco está nas questões de liberdade individual, autonomia, autorrealização, dignidade e igualdade. O feminismo liberal ou de reforma defende uma grande variedade de comportamentos não tradicionais para homens e mulheres. A ampla literatura sobre as vantagens pessoais da androginia atesta o apelo da perspectiva liberal/de reforma para pensar questões em saúde mental (Evans *et al.*, 2011; Worell & Johnson, 2001).

O feminismo radical vê a opressão das mulheres entranhada no patriarcado. Acredita que a distribuição desigual de poder leva à dominação masculina institucionalizada, ao heterossexismo e à violência. Assim, a liberação da mulher só seria possível com uma total transformação do patriarcado (Evans *et al*., 2011; Worell & Johnson, 2001).

O feminismo socialista acredita que a opressão é produto do gênero e da classe socioeconômica. Acredita que o capitalismo apoia o sistema patriarcal e impede qualquer mudança duradoura. Assim, luta por uma drástica mudança do paradigma socioeconômico dominante para acabar com as múltiplas opressões e com o sistema patriarcal que as beneficia. As mulheres são vistas como igualmente oprimidas por gênero, raça, nacionalidade e classe (Evans *et al*., 2011; Worell & Johnson, 2001).

O feminismo das mulheres de cor ou "*womanism*", ou ainda feminismo multicultural, identifica o racismo institucional como a maior fonte de opressão e vê os homens também como vítimas do racismo. A liberação ocorreria por meio da eliminação do privilégio dos brancos, pelo respeito aos valores e cultura das pessoas de cor e pela eliminação do racismo e sexismo institucionalizados. A interação entre gênero e raça aparece como eixo articulador das reflexões (Evans *et al*., 2011; Worell & Johnson, 2001).

O feminismo cultural reconhece diferenças entre mulheres e homens e trata dos pontos fortes exclusivos das mulheres. Sexismo e opressão são vistos como sendo causados pela desvalorização dos valores femininos e pela supervalorização dos valores masculinos e patriarcais. A solução da opressão das mulheres passaria pela feminização da cultura. Assim, as variadas maneiras de ser homem e de ser mulher seriam valorizadas (Evans *et al*., 2011; Worell & Johnson, 2001).

Essas reflexões feministas possibilitaram o surgimento do conceito de gênero. Uma definição amplamente utilizada do termo foi elaborada por Scott (1995) no texto Gênero: uma categoria útil de análise histórica, no qual ela propõe Gênero como uma categoria de análise resultante das seguintes proposições: (1) gênero é visto como elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e (2) gênero é compreendido como uma forma primária de dar significado às relações de poder. Nesse sentido, gênero atravessa a construção simbólica, as normas e as instituições sociais. Por fim, constitui elemento fundamental da construção identitária de homens e mulheres. Bourdieu (2002) reitera a importância desses elementos ao definir gênero como sendo as ações e papéis atribuídos socialmente a homens e mulheres, identificados e compreendidos simbolicamente.

Gênero constitui uma dimensão da experiência humana que é socialmente construída – decorre daí o conceito "identidade de gênero" (Vianna & Diniz, 2006b). Os seres humanos nascem machos ou fêmeas, mas "é através da educação que recebem que se tornam homens e mulheres" (Saffioti, 1987, p. 10). Saffioti (1987) aponta que a sociedade naturaliza processos que são socioculturais, con-

ferindo um caráter natural aos papéis prescritos a homens e mulheres. Decorre dessa crença o fato do cuidado dos filhos e da casa ser tradicionalmente atribuído às mulheres, e sair para trabalhar fora e sustentar a família ser visto como papel dos homens.

Características comportamentais e subjetivas também são prescritas e a expectativa da sociedade é que sejam cumpridas. As diferenças de gênero são, portanto, socialmente construídas e aprendidas:

> *By the time individuals reach adulthood, they have been well schooled as to the types of behaviors that are acceptable for their gender. This training is so deeply internalized that women and men are unaware that societal rules are the source of their emotional upset when they experience conflicts between their learned gender roles and their own needs, values, and desires* (Evans *et al*., 2011, p. 57).

Gênero é uma construção social e cultural das diferenças sexuais. Mais do que atender a uma necessidade de ampliação de vocabulário, essa categoria de análise construída pelas feministas permitiu ampliar a compreensão das experiências humanas, e deixar claro que o universo feminino é muito diferente do masculino por determinações que passam, sim, pelo campo do biológico, mas também por experiências históricas e sociais marcadas por valores, sistemas de pensamentos, simbolizações e crenças (Rago, 1998). Gênero entrelaça com a cultura, raça/etnia, orientação sexual, idade, classe social e outros marcadores que formam nossa identidade pessoal e social (Evans *et al*., 2011).

Os feminismos provocam uma revisão das questões identitárias, relacionais e na forma de pensar os fatores e dinâmicas que afetam os processos de saúde e de adoecimento. As prescrições dos papéis que homens e mulheres devem desempenhar são cruéis, como afirma Saffioti (1987), pois ao mesmo tempo em que tentam legitimar a superioridade do homem, aprisionam as pessoas de ambos os sexos a essas prescrições estabelecidas. Uma mulher ou um homem que não

atenda a essas expectativas é tido pela sociedade como desviante. Homens e mulheres ficam, portanto, limitados às formas predeterminadas de masculino e feminino e qualquer tentativa de fugir desses moldes é julgada incorreta. Essa prescrição social pode resultar na castração das possibilidades de ser de pessoas de ambos os sexos.

Diniz (2003) aponta que a crença de que papéis de gênero são derivados de características biológicas resulta na construção de uma "camisa de força" (p. 19) que aprisiona homens e mulheres a um repertório restrito de atitudes, expectativas e comportamentos. A generificação da identidade e da experiência relacional humana precisa, portanto, ser problematizada. A autora ressalta que a psicologia, e de modo especial a psicologia clínica como ciência que trabalha com a saúde mental e com o sofrimento psíquico, não pode prescindir dessas reflexões e considerações nas suas teorizações e práticas.

Saúde mental e patologia, conceitos utilizados pela psicologia clínica, refletem crenças da cultura dominante. Cada definição não é isenta de valores e expectativas sociais. Na nossa cultura ocidental, branca e de normas androcêntricas, características e traços individuais como autonomia, objetividade, controle, independência e ação são considerados descritores de uma boa saúde mental. Homens e mulheres que não se enquadram dentro dessas normas frequentemente são considerados como desviantes e, portanto, psicologicamente deficientes. A esse processo pode-se chamar de patologização (Evans *et al.*, 2011).

Os feminismos entram na psicologia e apontam para a necessidade de rever teorias e práticas à luz das problematizações de gênero. Refletir sobre história da psicologia clínica é importante para compreender a complexidade da inserção da perspectiva feminista nessa área. Apresentamos a seguir um breve histórico da psicologia clínica e de como as teorias feministas adentram nesse campo.

Gênero, perspectiva feminista e psicologia clínica

A psicologia se estabeleceu como disciplina com a função de se dedicar ao estudo do comportamento, desenvolvimento e cognição humanos a partir de variados contextos. No início, predominou a preocupação com seu estatuto de ciência. Apresentou-se, então, como uma ciência objetiva, quantitativa, empírica e "livre" de valores. Experimentos laboratoriais foram conduzidos com animais com o objetivo de entender e predizer comportamentos humanos. Assim, os resultados eram geralmente tomados como verdades e leis universais que poderiam ser aplicadas a uma grande gama de indivíduos e situações (Worell, 2000).

A expressão "psicologia clínica" foi mencionada pela primeira vez por Pierre Janet em seu livro *Névroses et idées fixes* (1887). Foi inicialmente concebida com a tarefa de realizar a adaptação dos indivíduos desajustados (Rotter, 1967). A psicologia clínica saiu do seio da psiquiatria e da psicanálise e sofreu influências de elementos presentes naquela época. Pode-se dizer que a psicologia clínica é fruto da contestação do então modelo predominante de ciência psicológica, a psicologia experimental.

A psicologia clínica ganha força ao se estabelecer como alternativa a esse modelo, mas ainda mantém muito de suas raízes (Schneider, 2002). A prática da psicologia clínica inicialmente se preocupava com a elaboração e aplicação de testes mentais individuais, para fins de diagnóstico (Rotter, 1967). Os testes psicológicos eram a pedra fundamental da prática dos psicólogos clínicos (D'Allones, 2004). Schneider (2002) reforça que a valorização dos testes psicológicos influenciou a psicologia clínica, que passou a utilizar estes instrumentos para realizar diagnósticos, considerados por muitos sua maior função.

Como, então, definir psicologia clínica? Para D'Allones (2004) a psicologia clínica aparece como uma disciplina pouco definida. Rotter, em 1967, a entendeu como um campo de aplicação dos princípios psicológicos que tem por objetivo, principalmente, o ajustamento psicológico dos indivíduos. Outras áreas da psicologia também objetivavam o ajustamento psicológico, mas a psicologia clínica focali-

zava aspectos mais específicos desse ajustamento. As atividades dos psicólogos clínicos eram: 1) medição e avaliação da inteligência e aptidões gerais; 2) medição, descrição e avaliação da personalidade; 3) prática clínico-psicológica, psicoterapia – que implicava em tratar os pacientes face a face, fazer recomendações a seus pais ou professores, ou seja, dar início ou formular recomendações para mudanças nas circunstâncias que cercam os indivíduos. Visava, portanto, o uso de técnicas ou recomendações para melhorar o ajustamento do indivíduo (Rotter, 1967).

Schneider (2002) aponta que há uma dificuldade em delimitar qual a função da clínica na psicologia:

> Ela por vezes é definida a partir de seu 'local de realização' (considerada como atividades de consultório, de caráter privado, em detrimento das atividades de caráter público, por exemplo), ou de sua 'área de atuação' (clínica ou hospitalar, por exemplo, diferenciando-se da psicologia escolar ou da psicologia organizacional etc.), ou ainda, a partir da 'área de conhecimento' (diferenciando-se, por exemplo, da psicologia social). Na verdade, nenhuma dessas definições é precisa, realizam sub-repticiamente uma compartimentalização do saber psicológico, sendo fonte de muitas controvérsias. Definir o que é psicologia clínica não é, portanto, tarefa fácil. (Schneider, 2002, p. 13).

Definir a psicologia clínica parece ser um desafio. Schneider (2002) aponta três possibilidades de definições. Primeiro, ela a define como um método, porque utiliza a avaliação e diagnóstico para intervir com segurança, seja na forma de prevenção, psicoterapia, educação etc. As técnicas utilizadas para intervir podem ser testes psicológicos, dinâmicas de grupo, entrevistas, dentre outros. Segundo, ela a define como campo de atuação que tem como objetivo a superação de sofrimento psíquico em uma perspectiva individual ou grupal. A terceira definição é

como área de produção de conhecimento, pois tem a função de elaborar teorias e concepções acerca da realidade (Schneider, 2002).

Tais definições deixam entrever que existem possibilidades de compreender psicologia clínica a partir de muitos ângulos. No contexto de nossa reflexão, será adotado o sentido/definição de psicologia clínica como área que constitui tanto campo de produção de conhecimento quanto método voltado para a prevenção em saúde mental e para diversas práticas em psicoterapia.

A psicologia, como campo geral de conhecimento, e a psicologia clínica, dentro desse campo, permaneceram durante muito tempo alheias às questões de gênero e aos feminismos. No campo das ciências sociais a inclusão dessas questões em áreas como sociologia, história e antropologia, se deu de forma mais ampla. Pensadoras feministas formularam muitas críticas quanto ao papel e o lugar social da ciência. Apontaram que a ciência era produtora de um conhecimento legitimador de uma cultura patriarcal dominante e opressora. Assim, segundo a visão feminista, valores materiais e culturais sempre impregnaram a ciência.

A crítica feminista acredita que posturas teóricas se constroem como processo de conhecimento em um contexto social, que é localizado e transitório. Ao rejeitar a pretensão de uma ciência universal, o alvo predominante do pensamento feminista passa a ser criticar, portanto, as totalidades universais (Bandeira, 2008).

Vianna (2005) aponta que não existe uma mulher ou homem essencial e universal. As identidades estão em constantes construções e ressignificações. Surge nesse contexto a ideia de construção de uma psicologia feminista. A base da psicologia feminista foi nutrida no solo amplo do movimento feminista (Brown, 2009; Worell, 2000).

A perspectiva feminista começou a penetrar o campo da psicologia apenas recentemente (Worell & Johnson, 2001). Sexo e gênero nem sempre são problematizados dentro da psicologia (Diniz, 2003, 1999; Rial, Lago & Grossi, 2005; Vianna, 2012; Worell & Johnson, 2001). A categoria gênero, de modo geral, é ignorada pela ciência psicológica (Narvaz, 2009), que muitas vezes naturaliza e legitima as

desigualdades e subordinações de gênero, geração, etnia e classe (Narvaz & Koller, 2006; Narvaz, 2005, 2009).

Nogueira (2001) argumenta que a perspectiva feminista pode e deve desafiar a tradição positivista da psicologia, apontando como as categorias culturais são construídas e como elas impactam a experiência humana. Além da incorporação do gênero como categoria de análise nas discussões, o rompimento com o sujeito genérico é outro desafio e uma necessidade para toda área da psicologia que pretenda compreender e promover a saúde mental de homens e mulheres. Uma realidade que privilegia o masculino é camuflada quando são utilizados termos genéricos (Boatswain *et al*., 2001; Diniz, 1999; 2003).

As filosofias e práticas feministas focam no impacto de dimensões do contexto social e político nas vidas das mulheres, e propõem a mudança social como forma de melhorar sua qualidade de vida e saúde mental. Questionam, portanto, a demanda por um ajustamento individual ao status quo (Evans *et al*., 2011). Narvaz e Koller (2006) apontam que a condição feminina na contemporaneidade, herdada do modelo patriarcal, confere às mulheres uma posição de desvalorização em relação aos homens. Essas relações hierarquizadas devem ser problematizadas pela psicologia.

A "psicologia feminista pode ser definida como um espaço estratégico entre o feminismo e a psicologia que critica as concepções tradicionais da psicologia positivista tradicional" (Narvaz & Koller, 2006, p. 652). Falar da relação entre feminismo, psicologia e clínica é falar sobre fazer conexões entre esses campos. É ligar sentimentos e experiências ao contexto político. É relacionar o pessoal com o poder econômico. É falar de opressão doméstica e exploração laboral. É considerar mundo psicológico interno em relação com o mundo externo (Evans *et al*., 2011).

Psicólogas/os feministas possibilitaram nomear novos problemas, desafiar prioridades de pesquisa, dar voz às mulheres invisibilizadas e rever a aplicação da prática psicológica na clínica e em outras áreas (Worell, 2000). A inclusão de uma

perspectiva feminista e de gênero permitiu ampliar o campo de compreensão da saúde e da doença mental.

A construção social das masculinidades e das feminilidades faz com que homens e mulheres, em distintos momentos históricos e contextos socioculturais, vivenciem o sofrimento psíquico de forma diferente. Os múltiplos papéis que as mulheres desempenham na sociedade – esposas, mães, educadoras, cuidadoras –, e sua participação cada vez mais essencial como mão-de-obra, geram uma sobrecarga que influencia o desencadeamento de transtornos mentais. Discriminação sexual, pobreza, fome, desnutrição, excesso de trabalho, violência doméstica e sexual são fatores significativamente importantes e que precisam ser levados em conta quando a proposta for entender o sofrimento psíquico de mulheres (Santos, 2009).

O pensamento feminista dentro da psicologia distingue três fontes principais de sofrimento: dor subjetiva, experiências interativas de comportamentos problemáticos e patologia (localizadas primeiramente fora da pessoa na matriz social e política). Isso garante que não apenas a dor individual seja explorada, mas também a experiência das pessoas com os outros e com o meio. Essa interação pode resultar em comportamentos problemáticos. Dentro do pensamento feminista, os sintomas são vistos como mecanismos de enfrentamento criativo e adaptativo para lidar com um meio opressivo e prejudicial. Essas estratégias de enfrentamento não são vistas como necessariamente patológicas (Brown, 2009; Evans *et al*., 2011).

Como trazer transformações feministas para uma disciplina que escolhe frequentemente ignorar ou assimilar seletivamente as crenças e práticas feministas? Worell (2000) aponta que esse é um dos paradoxos que desafia psicólogas/os feministas. Salienta ainda que uma polêmica frequente é o questionamento se a psicologia feminista é uma ciência “real” ou apenas política. Psicólogas/os feministas concordam que é frequentemente política, pois está entranhada de valores sobre justiça e equidade. Mas defendem ainda que é ciência ao salientar também que toda ciência está cheia de valores. A principal questão entre psicologia feminista e

a psicologia tradicional é em que medida esses valores são visíveis ou ocultos (Worell, 2000).

Psicólogas/os feministas tiveram grande influência em muitas áreas: abriram novos campos de pesquisa ao formular novas questões; nomearam e renomearam problemas; desafiaram métodos e prioridades de pesquisa; revisaram abordagens para as práticas terapêuticas; integraram múltiplas diversidades; transformaram programas e instituições para que se tornassem mais colaborativas e mais atentas às especificidades das realidades de mulheres (Brown, 2009; Worell, 2000). A psicologia clínica, vista aqui como área de produção de conhecimento e método voltado para a prevenção em saúde mental torna-se, portanto, um campo fecundo para a inserção de uma perspectiva feminista. Exploramos a seguir o surgimento de terapias de base feminista.

Terapias feministas

As perspectivas terapêuticas tradicionais em psicologia encaravam o sofrimento como tendo causas predominantemente intrapsíquicas. A dimensão social era praticamente ignorada. Assim, a maioria dos formatos dos tratamentos apontava que as/os terapeutas deveriam ajudar as pessoas a se ajustarem às circunstâncias. Em 1967, Rotter definiu psicoterapia como uma atividade planejada que tinha o propósito de realizar transformações no indivíduo para que este se adaptasse à vida de forma potencialmente mais feliz e mais construtiva. Em contraste com a definição de Rotter, o principal objetivo da terapia feminista, assim como também de outras terapias que se desenvolveram ao longo de tempo, é a mudança e não o ajustamento ao status quo (Brown, 2009; Evans *et al*., 2011).

As terapias feministas surgem, portanto, do descontentamento em relação a essas perspectivas tradicionais (Neves & Nogueira, 2004; Worell & Johnson, 2001) e seu desenvolvimento foi estimulado pelo movimento de mulheres na segunda metade do século XX. A terapia feminista é uma abordagem pós-moderna que nasceu nos Estados Unidos com os grupos para o aumento de consciência das

mulheres (*consciousness-raising groups*) que surgiram em 1970 (Brown, 2009; Evans *et al*., 2011).

O objetivo desses grupos era praticar a partilha de experiências, de recursos e de poder. Mulheres engajadas no movimento ofereciam suporte e aconselhamento para outras mulheres sobre violência doméstica, direitos reprodutivos e saúde mental. Ao possibilitarem a troca de experiência de mulheres sobre suas histórias, esses grupos estimulavam o aumento da autonomia, amor próprio, autoconfiança e a problematização dos parâmetros que definiam culturalmente a identidade feminina (Narvaz & Koller, 2006; Worell & Johnson, 2001).

Os chamados *consciousness-raising groups* funcionaram como espaços terapêuticos, ainda que não fosse esse o seu objetivo principal. Foram bases importantes para mudanças sociais através da conscientização. Essa tomada de consciência resultou no investimento para o desenvolvimento de novas teorias e formas alternativas de investigação e intervenção (Brown, 2009; Evans *et al*., 2011; Neves & Nogueira, 2004).

Os *consciousness-raising groups* estão na base do surgimento da psicologia feminista e muitas de suas crenças foram incorporadas pelos modelos contemporâneos de terapias feministas (Worell & Johnson, 2001). Os CR *groups* desafiaram a compreensão tradicional de aconselhamento, psicologia e prática terapêutica, e se tornaram os precursores das terapias feministas (Evans *et al*., 2011).

As terapias feministas se desenvolveram a partir dos princípios e filosofias do movimento de mulheres dos anos 1960 e 1970, onde a coletividade e a igualdade eram valorizadas. Para essas mulheres, não bastava ajustar as teorias psicoterapêuticas para minimizar os vieses de gênero. Em vez disso, o contexto sociocultural e político deveria ser reconhecido e discutido como causa de sofrimento (Evans *et al*., 2011).

A filosofia e teoria feministas não ignoraram as teorias humanísticas, comportamental psicodinâmica e o pensamento e as prática sistêmicas (Brown, 2009; Evans *et al*., 2011). O surgimento das terapias feministas na psicologia sofreu in-

fluência também da Psicanálise, com a análise das diferenças de gênero, parcialmente subentendida na teoria de Freud, e da psicologia humanista com a compreensão do indivíduo como ser social, cultural e historicamente integrado.

As terapias feministas, no entanto, divergem das demais por entenderem que para intervir nos problemas é necessário adotar uma perspectiva sociocultural e ter como objetivos principais o empoderamento dos indivíduos e as mudanças sociais. Analisar papéis de gênero e os mecanismos de poder nas relações, utilizar métodos de desmitificação dos processos naturalizadores, e de ressocialização e ativismo social são técnicas comumente utilizadas por terapeutas feministas (Neves & Nogueira, 2004). Antes da emergência das terapias feministas, gênero, diferenças culturais e seus impactos não eram encarados como tendo papel importante para a saúde mental e para o processo terapêutico (Evans *et al*., 2011).

As intervenções psicoterapêuticas feministas objetivam o empoderamento e estão comprometidas com o fortalecimento e o aumento da resiliência dos indivíduos. A crença das/os terapeutas de que as/os clientes possuem capacidade para atuar pró-ativamente em seus próprios ambientes é o “grande potencial do trabalho das terapias feministas na psicologia” (Neves & Nogueira, 2004, p. 23).

As terapias feministas derivam de filosofias feministas, por isso não existe uma definição única de terapia feminista, mas sim muitas variações de teorias e terapias feministas, assim como não existe apenas um feminismo (Evans *et al*., 2011). Há princípios em comum para a construção de uma prática feminista. Tais princípios derivam também de filosofias feministas, e variam de acordo com as/os autoras/es. Evans *et al*. (2011) apontam quatro princípios gerais: 1) o pessoal é político; 2) relações igualitárias; 3) valorização das experiências das mulheres; e 4) empoderamento.

Worell e Johnson (2001) apontam seis princípios básicos que são interpretados de acordo com referencial teórico adotado e, assim, aplicados na prática. São eles:

- O pessoal é político, ou seja, o contexto socioeconômico e político influencia os problemas pessoais;
- Os sintomas são vistos como habilidades de enfrentamento, uma vez que as/os clientes enfrentam os estressores da melhor maneira que podem;
- As/os clientes são vistas/os como as/os especialistas acerca de suas experiências;
- O reconhecimento da desigualdade de poder e o foco na necessidade de buscar relações mais igualitárias dentro e fora da relação terapêutica;
- É impossível fazer uma psicoterapia livre de valores;
- Os valores feministas relevantes são compartilhados com as/os clientes.

Ser terapeuta feminista não implica apenas em usar técnicas feministas. O fundamental é a postura e a reflexão complexa acerca da realidade no sentido de seguir as filosofias da terapia feminista.

> *Becoming a feminist therapist is more than thinking about feminist concepts and gender equality while working with clients. It is more than using specific feminist strategies, like gender-role analysis, with clients. It is more than being a woman therapist who works solely with female clients. It is more than being supportive of gender-free behaviors for men and women. Feminist therapy is feminist theory in action in the helping professions. It is about working with our clients so that they can achieve their greatest possible potential as individuals and as members of a world society* (Evans *et al*., 2011, Prefácio).

É essencial que a/o terapeuta feminista encontre equilíbrio e integração entre seus valores e crenças e a ética de sua profissão (Evans *et al*., 2011). A terapia feminista possui um código de ética que foi desenvolvido pelo Feminist Therapy Ins-

titute (FTI). O FTI é uma organização norte-americana fundada em 1983 com o objetivo de apoiar o desenvolvimento de terapeutas feministas. O código de ética da terapia feminista foi publicado nos anos de 1980 e revisado em 1999. Esse código objetiva adicionar profundidade e solidez nas áreas em que terapeutas feministas atuam.

A principal diferença entre o Código de Ética da Terapia Feminista e outros códigos de ética está ênfase na visão da/o cliente como parte inserida em um contexto sociopolítico; no uso da análise de poder; e na importância de contínua reflexão sobre preconceitos e modos/formas de opressão e seus impactos na construção da subjetividade e nas relações, incluindo a relação terapêutica. As principais áreas tratadas pelo código são: diversidade cultural e opressão; desigualdade de poder; relacionamentos sobrepostos; responsabilidade do terapeuta; e mudança social. Ele acrescenta e amplia questões já abordadas em outros códigos de ética profissionais. (Evans *et al.*, 2011).

Intervenções feministas têm se mostrado eficazes e bem sucedidas, podendo ser utilizadas tanto com homens quanto com mulheres. A crença das/os terapeutas de que as/os clientes possuem capacidade para atuar pró-ativamente em seus próprios ambientes é o grande potencial do trabalho das terapias feministas na psicologia. Neves e Nogueira (2004) apontam, entretanto, que há um "vácuo entre o reconhecimento de sua eficiência e a sua real aplicação nos cotidianos terapêuticos" (p. 28). O desafio para todas as formas de terapia feminista é validar sua prática aplicada com pesquisas que estabeleçam a eficácia dos seus resultados (Worell & Johnson, 2001).

Considerações finais

A perspectiva feminista está inserida em muitas áreas da psicologia. O foco dessa reflexão foi a área da psicologia clínica. Partimos da compreensão que os processos de adoecimento psíquico são permeados por questões pessoais, sociais e de gênero. Assim, intervir, seja na forma de psicoterapia ou através do uso de estratégias e programas de prevenção e promoção de saúde, envolve discutir a importância da perspectiva feminista para problematizar múltiplas questões que afetam o viver e o adoecer das pessoas. Foram apontados parâmetros para a construção de uma prática informada por uma postura e uma ética feminista.

Estudos mais aprofundados são necessários para compreender como esse campo pode se desenvolver e se tornar mais consistente. As reflexões aqui realizadas buscaram traçar um panorama geral. Várias das autoras citadas falaram a partir de um contexto norte- americano. Torna-se importante compreender como a inserção de uma perspectiva feminista e de gênero também se faz presente na psicologia clínica brasileira. Esta tarefa constitui um desafio importante para profissionais e pesquisadores brasileiros interessados no uso dessa perspectiva.

Referências

Observação: foi adotada a postura feminista de indicar o primeiro nome das/os autoras/es – essa prática comum entre autoras/es feministas, visa desconstruir a ideia da ciência como um fazer masculino.

Abreu, Sâmia & Murta, Sheila G. (2012). Prevenção em saúde mental no Brasil na perspectiva da literatura e de especialistas da área. (Dissertação de mestrado, não publicada). Universidade de Brasília, Brasília.

Bandeira, Lourdes (2008). A contribuição da crítica feminista à ciência. Estudos Feministas, 16(1), 207-230.

Boatswain, Sharon, Brown, Nicola, Fiksenbaum, Lisa, Goldstein, Lesley, Greenglass, Esther, Nadler, Eve & Pyke, Sandra W. (2001). Canadian feminist psychology: Where are we now? Canadian Psychology, 42, 276–285.

Bourdieu, Pierre (2002). A dominação masculina. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

Brown, Laura S. (2009). Feminist therapy. Washington, DC: American Psychology Association.

Costa, Ana Alice A. (2006) O movimento feminista no Brasil: dinâmicas de uma intervenção política. Gênero, 5(2), 9-35.

Costa, Albertina de O. (1994). Os estudos da mulher no Brasil ou a estratégia da corda bamba. Estudos Feministas. (Número Especial), 401- 409.

Couto-Oliveira, Veruska (2007). Vida de mulher: gênero, pobreza, saúde mental e resiliência. (Dissertação de mestrado, não publicada). Universidade de Brasília, Brasília.

Diniz, Gláucia R. S. (2003). Gênero e Psicologia: Questões Teóricas e Práticas. Psicologia Brasil, 2, 24-28.

Diniz, Gláucia R. S. (1999). Condição feminina – fator de risco para a saúde mental? In M. G. T. Paz & A. Tamayo (Eds.), Escola, saúde e trabalho: Estudos psicológicos (pp. 181-197). Brasília: UnB.

D'Allones, C. (2004). Os procedimentos clínicos nas ciências humanas. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Evans, Kathy M., Kincade, Elizabeth Ann. & Seem, Susan R. (2011). Introduction to feminist therapy: strategies for social and individual change. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.

Guimarães, Fabrício (2009). “Mas ele diz que me ama...”: impacto da história de uma vítima na vivência de violência conjugal de outras mulheres. (Dissertação de mestrado, não publicada). Universidade de Brasília, Brasília.

Medeiros, Marcela N. (2007). Os movimentos feministas e de mulheres no entrelaçamento dos fios da rede de apoio às mulheres vítimas de violência. (Monografia de graduação, não publicada). Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia.

Narvaz, Martha. (2009). A (in)visibilidade do gênero na psicologia acadêmica: onde os discursos fazem(se) política. (Tese de doutoramento, não publicada). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Narvaz, Martha. (2005). Submissão e resistência: explodindo o discurso patriarcal da dominação feminina. (Dissertação de mestrado, não publicada). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Narvaz, Martha G. & Koller, Silvia. H. (2006). Metodologias feministas e estudos de gênero: articulando pesquisa, clínica e política. Psicologia em Estudo, 11(3), 647-654.

Neves, Sofia & Nogueira, Conceição (2004). Terapias feministas, intervenção psicológica e violências na intimidade: uma leitura feminista crítica. Psychologica, 36, 15-32.

Nogueira, Conceição (2001). Feminismo e discurso do gênero na psicologia social. In Nogueira, Conceição, Um novo olhar sobre as relações sociais de gênero: feminismos e perspectivas críticas na psicologia social. (pp. 171-216). Braga: Fundação Calouste Gulbenkian.

Rabelo, Ionara. V. M. (2011). "Nunca pensei nisso como problema": estudo sobre gênero e uso de benzodiazepínicos na Estratégia de Saúde da Família. (Tese de doutoramento, não publicada). Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Assis, SP.

Rago, Margareth. (1998). Descobrindo historicamente o gênero. Cadernos Pagu, 11, 89-98.

Rial, Carmen; Lago, Mara C. de S. & Grossi, Miriam P. (2005). Relações sociais de sexo e relações sociais de gênero: entrevista com Michèle Ferrand. Revista Estudos Feministas, 13(3), 677-689.

Rotter, Julian B. (1967). Psicologia Clínica. Rio de Janeiro: Zahar.

Santos, Anna M. C. C. (2009). Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. Ciência e Saúde Coletiva, 14(4), 1177-1182.

Saffioti, Heleieth (1987). O poder do macho. São Paulo: Moderna.

Schneider, Daniela (2002). Novas perspectivas para a psicologia clínica: Um estudo a partir da obra Saint Genet: comédietetmartyr de Jean-Paul Sartre. (Tese de doutoramento, não publicada). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

Scott, Joan. (1995). Gênero, uma categoria útil de análise histórica. Educação e realidade, 20, 71-99

Sherif, Carolyn W. (1987). Bias in psychology. In S. Harding (Ed.), Feminism and methodology: social science issues (pp. 37-56). Bloomington: Indiana University Press.

Vianna, Cristina (2012). Gênero e psicologia clínica: risco e proteção na saúde mental de mulheres. (Tese de doutoramento, não publicada).Universidade de Brasília, Brasília.

Vianna, Cristina. (2005). Climatério e autovalorização: uma reflexão feminista. (Dissertação de mestrado, não publicada). Universidade de Brasília, Brasília.

Vianna, Cristina & Diniz, Gláucia R. S. (2006b). Condição feminina, gênero e autovalorização. In Angela Maria de O. Almeida, Maria de Fátima de S. Santos, Gláucia R. S. Diniz & Zeidi A. Trindade (Eds.), Violência, exclusão social e desenvolvimento humano. Estudos em representações sociais (pp. 215-231). Brasília: Editora Universidade de Brasília.

Worell, Judith & Johnson, Dawn (2001). Therapy with women: Feminist frameworks. In R. K. Unger (Ed.), Handbook of the psychology of women and gender (pp. 317–329). New York: Wiley.

Worell, Judith (2000). Feminism in psychology: revolution or evolution? Annals of the American Academy of Political and Social Sciences, 571(1), 183-196.

28 O pentagrama pathico de Weizsäcker

Francisco Martins
Alexandre Costa Neto

Introduzir o pensamento clínico, fenomenológico-existencial e *pathico* de Weizsäcker é o fito deste opúsculo. Como o conceito de *pathos* tem se apresentado de forma recorrente no âmbito dos trabalhos na pós-graduação, a demanda de conhecimento acerca dele cresceu, levando-nos à construção deste trabalho. Precursor da medicina antropológica e da medicina psicossomática, esse autor produziu obras maiores integrando a clínica com a filosofia. Crítico da dicotomia mente e corpo, procurou entender o homem em sua unidade resgatando a dimensão *pathica* e qualificando o devir do homem no comércio com o mundo e consigo mesmo. Para Weizsäcker é central a noção de dialética entre liberdade e necessidade com a qual, a partir de uma análise dinâmica das categorias *pathicas*, buscou compreender como estas regem o processo decisório da pessoa em situação de crise em um movimento cíclico que marca a direção da vida. As categorias

pathicas são representadas pelos verbos substantivados querer, dever, permitir, necessitar e poder, e se apresentam tanto na interlocução quanto na intralocução.

O objetivo deste trabalho é fornecer uma visão panorâmica e introdutória do pensamento de Viktor Von Weizsäcker. Embora pouco conhecido fora da Alemanha, suas contribuições para a clínica justificam uma retomada de suas ideias de forma a torná-las mais acessíveis para os leitores em português. Dentre elas destacam-se a sua concepção da saúde e do adoecer, a valorização da noção *pathica* no homem e no seu círculo da estrutura exemplificada pelas categorias *pathicas*.

Weizsäcker (1886-1957) nasceu em Stuttgart, Alemanha, e morreu em Heidelberg, exercendo a cátedra de professor emérito de clínica médica geral da Universidade de Heidelberg, onde chefiou o Departamento de Neurologia. Influenciado pela pesquisa em neurologia e filosofia, teve o seu legado marcado por uma luta para, além do rigor científico, compreender o homem na sua relação com a saúde e a doença. Essa busca o levou a considerar a moral como uma questão essencial para entender a pessoa, dando uma dimensão antropológica e fenomenológica às suas concepções de adoecimento. Mais ainda, esboçou e iniciou uma teoria geral da clínica.

Precursor da medicina antropológica e da medicina psicossomática, Weizsäcker além da sua formação em neurologia, estudou filosofia com Rickert, Windelband, ambos da escola neo-kantiana de Baden, e Husserl, dos quais recebeu influências sobre o seu pensamento no que se refere à clínica e ao adoecer. Foi um dos primeiros professores na Alemanha a dar na academia atenção às ideias de Freud (Binger, 1957) e vemos sua contribuição como essencial para uma formulação renovada daquilo que entendemos como sendo o Supereu.

Clínica e ciência

Weizsäcker teve como objetivo geral de sua obra a introdução da pessoa na clínica médica e psicológica. Dentre as suas obras destacam-se: “O Círculo da Estrutura” (1940) e “*Pathosofia”* (1956), nas quais tenta estabelecer uma filosofia do

homem, seus impulsos, conflitos e adoecimento (Binger, 1957). Entre outras estão também: “Eutanasia” (1947) e “O Homem Doente: Uma Introdução à Antropologia Médica” (1951), e a publicação mais recente “Por quê adoecemos?” (2008), sendo que nenhuma dessas recebeu tradução para o português.

Seu pensamento abrange de modo relevante a obra escrita em 1940, denominada *Der Gestalkreis*, na qual enfatiza o fato de eventos biológicos não possuírem respostas fixas e sim dependentes de eventos anteriores, sempre sendo modificados pela experiência em um movimento contínuo, isto é, em um círculo da estrutura. No círculo da estrutura, o pensamento de Weizsäcker segue o pensamento de Husserl na articulação existencial do sujeito e do objeto. Para o autor, o círculo da estrutura, “*Der Gestaltkreis*”, não é uma simples estrutura em círculo, é elástica por se adaptar ao aspecto mais profundo da existência humana que é uma passagem do ser para o devir do ser.

Nesse sentido, pensamos mais em um círculo de estruturação do que em um ciclo da estrutura, ou da forma visual, tal qual *Der Gestaltkreis* pode ser traduzido. Estrutura remete a algo estável, fixo e estanque ao passo que estruturação reforça a ideia de algo que está sempre em formação, em um devir contínuo marcado pelo processo de comércio entre sujeito e mundo. Expliquemos: enquanto a palavra ciclo remete muito mais a uma ideia sistêmica totalizante, círculo indica algo que é constituído de forma democrática, que engloba várias contribuições se fazendo em uma mesa redonda, onde cada posição tem a palavra a sua vez, sem se exaurir, sem se consubstanciar totalmente. O clínico alemão não acredita em totalizações finais sistêmicas. O falibilismo atravessa suas concepções de clínico. Diferentemente do pensar científico sistêmico totalizador, autoritário, apologético de uma determinada teoria ou prática, Weizsäcker propõe a imagem do grêmio em mesa redonda, com um evidente influência do enciclopedismo.

O que propomos acima é reforçado pela formação intelectual de Weizsäcker, marcada por um pensar enciclopédico que influenciou fortemente seu entendimento de pessoa, da mesma forma que influenciou a sua luta contra a definição estritamente ôntica de homem valorizada pelas ciências exatas. Para o autor, as ciências

biológicas compreendem a pessoa dentro do seu objeto de estudo sendo isso o que constitui o vivente para o biologista, como algo substantivado pela primazia escoptofílica da visão. Em contraposição, a sua concepção é de um objeto (de estudo, inclusive) constituído pela pessoa concernida e vice-versa, onde há a primazia do tato e do contato. Isto é, todo aquele que toca é tocado também. Nesse sentido, percepção e movimento estão imbricados não fazendo sentido a sua separação, tal como é feito em pesquisas laboratoriais.

Essa dicotomia acadêmica clássica acarretou a separação entre fisiologia e psicologia, o que é um erro na opinião de Weizsäcker, pois tal qual não se poderia entender a percepção sem a noção de movimento, o mesmo poderia ser dito entre o corpo e a psique. Estes estariam entrelaçados na vida como estão da mesma forma ôntico e *pathico* em um ciclo contínuo que caracteriza o vivente. Todo e qualquer entendimento da clínica deve qualificar o fluxo da vida, seu falibilismo, sua transformação constante.

Análise dinâmica das categorias: ôntica e pathica

Weizsäcker entende o ôntico como sempre sofrendo influência do *pathico*, da mesma forma que o doente é influenciado pela doença. O ôntico é um ser de existência, enquanto o *pathico* está por toda parte, como podemos perceber nas raízes das palavras paixão, patologia, simpatia e patogênese (Weizsäcker, 1945/1987). Dizem respeito a luta, conflito, vida e morte, caracterizando assim as ciências clínicas e sua inerente mundanização. O ôntico, de Heidegger, como descrição do ente intramundano (*des innerweltlichen Seienden*) (Ferrater Mora, 2001) é exemplificado por Weizsäcker nas categorias (substantivações) de quantidade, qualidade, causalidade, objetivo e interação. Já as categorias *pathicas*, para ele, são representadas por *ich will*, *ich muss*, *ich darf*, *ich soll e ich kann*. A estrutura aparece na análise dialética da decisão crítica nas categorias subjetivas do “eu quero, eu devo, eu posso etc.”

Formadas pelos verbos modais querer, poder e dever nas suas formas nominalizadas, as categorias *pathicas* dizem respeito ao processo decisório da pessoa. São categorias enquanto conceito nocional, porém ganham a atividade característica do verbo com a introdução da pessoa, a partir do momento em que há a implicação de uma pessoa verbal, ou seja, daquele que faz, que é, dando assim atividade a esses verbos. Eles são modais, já que modalizam a ação e o estado de outros verbos, ou seja, fazem o controle mental da ação uma vez que são verbos auxiliares e, portanto, possuem uma anterioridade lógica aos demais verbos. Na Tabela 1 podemos compreender a significação dos verbos respectivos nas línguas alemã, portuguesa e inglesa.

Tabela 1.

Significação dos verbos nas línguas alemã, portuguesa e inglesa

Wollen	*Müssen*	*Dürfen*	*Sollen*	*Können*
Querer como vontade voluntária; vontade de escolha consciente.	Dever como ter de; necessidade.	Poder como permissão moral; licença para.	Dever como obrigação moral; dever ser.	Poder como ter capacidade de; ter a faculdade para.
want	*must*	*may*	*should*	*can*

Esses cinco verbos querer (*wollen*), dever (*müssen)*, poder *(können), dever moral (sollen) e poder moral* (*dürfen)* têm na frase uma função modalizadora, que nas línguas latinas podem ser condensados em três verbos: querer (*wollen*), poder (*können* e *dürfen*) e dever (*müssen* e *sollen*). Isso ocorre, pois na língua portuguesa os verbos poder e dever condensam tanto o sentido deôntico, como o epistêmico. Caso queiramos uma sinonímia poderíamos apontar o *wolllen* como o querer como a vontade voluntária; o *müssen* como necessitar; *sollen* como dever ser; *dürfen* como permitir ou ousar; *können* como conseguir. Weizsäcker descreve um pentagrama formado por esses verbos no qual vemos aparecer um homem enquanto pessoa singular, como um ente insuficiente e incompleto, defeituoso e indefeso (Dörr, 2006). Isto é, um sujeito potencialmente sempre em mutação e, portanto,

em crise. Para facilitar a visualização da proposta do autor, propomos uma representação gráfica de como seria a disposição dessas categorias também conhecidas como pentagrama *pathico* (Weizsäcker, 1947/2008).

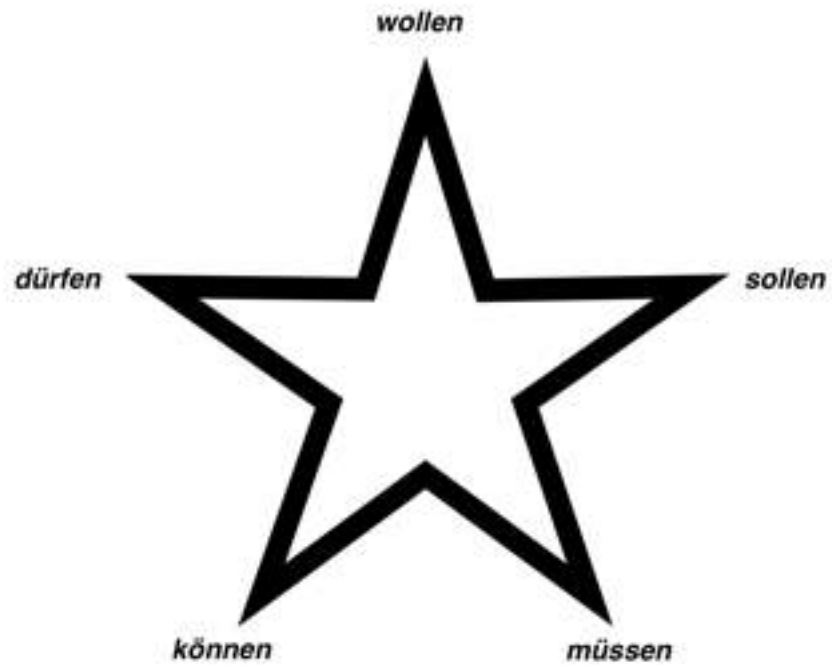

Figura 1. Pentagrama pathico

Essa esquematização idealizada tem por objetivo apenas ilustrar o pensamento de Weizsäcker. Embora esteja disposta no formato acima, é preciso retificar que nenhuma das categorias é privilegiada e que tal disposição é variável de maneira que há um círculo dinâmico, e não propriamente uma figura estática. A proposição de Weizsäcker se mostra útil uma vez que ela nos permite entender de que forma questões como o dever, o poder e o querer, questões essas que dizem respeito a boa parte do que entendemos como dinâmica mental, são atualizadas em vivências concretas do dia a dia. Com o pentagrama *pathico*, o autor nos oferece uma perspectiva fenomenológica da crise. Na sua estrutura, o querer é central devido à dialética entre liberdade e necessidade. A dialética da liberdade e da necessidade se passa entre as categorias *pathicas*. Entre elas temos uma situa-

ção crítica, na qual a decisão é tomada levando as coisas a se encaminharem no sentido da vida ou da morte.

Nessa dialética, o conflito entre a liberdade e a necessidade se passa no âmbito dos verbos querer (*wollen*) e dever (*sollen*), no qual só a posteriori saberemos quem levou a melhor na situação de decisão, o querer ou o dever. Nesse sentido, o que prevalece aqui não são os fatores prévios ou instigadores e sim a luta interna, na qual é a decisão que vai encaminhar as coisas em direção a um sentido ou a outro (querer ou dever) após o conflito. O *pathico,* dessa forma, pode ser definido como a origem do querer e do dever, vindo de um conflito subjacente que irá esbarrar na realidade, no ôntico, pois se o processo decisório é interno, é apenas onticamente que poderemos constatá-lo.

Neste nível de análise do círculo da estrutura(ção) centrada nas categorias *pathicas*, poder (*können*) e dever (*müssen)* estão relacionados respectivamente à capacidade e a necessidade. A verdadeira impotência se mostra presente quando articulados a um dever (*sollen*) como obrigação e a um poder (*dürfen*) como permissão, podemos ter como resultado um impedimento. Nesse sentido, a "possibilidade" seria mais um poder querer e não exatamente uma capacidade física. A figura exemplar neste caso é a histérica que se sente paralisada devido a um não, um não poder (*dürfen*) querer. Muito diferente seria um querer poder (*können*), no qual a capacidade física não acompanha a vontade desmedida.

Além de modalizadores dos verbos de ação, as categorias *pathicas*, ao serem verbalizadas, são modalizadores também da pessoa. Portanto, o *pathico* é sempre individual e suas categorias só tomam sentido quando aplicadas a uma pessoa. Isto é, quando tomadas como verbos elas regem o processo decisório de autocomando circular do sujeito, o qual teremos acesso ao seu resultado apenas *a posteriori*, visto que este é reflexo de um processo dialético interno. Fato este que nos permite compreender a maneira pela qual a existência está presente também na linguagem, pois as categorias *pathicas* implicam necessariamente a pessoa (eu, tu, ele) em alguma coisa, de outra maneira eles não fazem sentido.

Em termos *pathicos* nunca tratamos de fatos, já que estes estão previamente estabelecidos, são sempre unívocos. O que interessa é o movimento eterno de comércio com o ambiente, um devenir que é modalizado por esses verbos especiais. Isto é, um comércio com aquilo que a pessoa não é e que a move nos inúmeros destinos que a plurivocidade das modalizações trazem consigo. Nesse sentido, ao *pathico* é inerente uma negatividade daquilo que não é, mas que está em processo de troca, em um devir de sofrimento contínuo, o qual só o podemos compreender *pathicamente*.

A partir das categorias *pathicas*, Weizsäcker nos propicia uma análise do processo decisório do sujeito do seu automover-se e do seu mover-se. Tal qual disposto no pentagrama, as categorias *pathicas* funcionam a partir de uma configuração dialética, ou seja, percebemos *a posteriori*, a partir da decisão tomada, qual categoria prevaleceu. Weizsäcker (1947/2008, p. 96)[1] nos legou a pérola seguinte acerca do pensar dialético do verbos em ação *pathica*:

> Irrito-me, quando eu quero (*will*) alguma coisa, e não consigo (*nicht kann*), quando devo (*soll*) algo que não quero (*nicht will*), e na maioria das vezes, quando eu quero dever (*sollen*) algo que eu não consiga (*kann*), ou não permito-me permissão (*dürfen*).

Esse teorização é relevante uma vez que supõe uma mente que é dialética e que decide, mesmo que nem sempre de maneira consciente, mas que ao mesmo tempo está sujeita a aspectos intra e intersubjetivos tais quais moral, necessidade, obrigação, capacidade, vontade, permissão.

Assim, a clínica deve ser uma clínica do contato ancorada no sentir. Dizer não à doença não faz sentido, uma vez que ela é uma tentativa de autocura. Dizemos

---

(1) *"Ich angere mich, wenn ich etwas will, was ich nicht kann, wenn ich etwas soll, was ich nicht will, und am maisten, wenn ich etwas wollen soll, was ich nicht kann, oder nicht darf*" (Weizsäcker, 1947/2008, p. 96).

assim para o nosso paciente desenganado e que está entregue à morte: "é verdade de tudo isso acerca da morte e sofrimento, mas estamos aqui para não ser do jeito que ela, a morte, quer. Aqui estamos e contamos com você para que o destino seja diferente". Assim dizendo, junto com o pensar *pathico*, colocamo-nos como os grandes clínicos que são essencialmente libertadores do ser humano. O automover-se está sempre presente no entendimento *pathico* do humano e de toda e qualquer noção de liberdade. O automover-se e a percepção possibilitam a relação de liberdade da pessoa com o meio ambiente em um encontro. O resultado desse encontro é uma modificação na ordenação do mundo da pessoa e do meio com o qual ela interage. O vivente modifica o mundo e o mundo modifica o vivente configurando, assim, um círculo de estrutura(ção) em uma dimensão *pathica* do devir.

Conclusão

Para Weizsäcker (1962), *pathico* é "a faceta da existência biológica na qual esta existência não é dada como algo que é, mas sim que é confiado à decisão" (p. 31). Ou seja, toda e qualquer decisão é eminentemente *pathica* e é tomada a partir de um eu quero, eu posso, eu devo. É a decisão tomada a partir dessas categorias que vai propiciar uma ordem nova e o desaparecimento do estado de tensão característico da ordem antiga, da situação de crise. *Pathico* implica questões como propósito, previsão, surpresa, perigo, ameaça, segurança, arbitrariedade e liberdade, decisão e limitação (Weizsäcker, 1962). São questões concernentes ao sofrer, à vida humana como tal, envolvendo o querer, o poder, o dever ser, o permitir-se, o necessitar e se manifestam tanto no aspecto físico como no psíquico. Portanto, para Weizsäcker (1947/1987) as categorias *pathicas* não são algo que se tem, mas sim algo do qual se padece (*erleidet*).

Este trabalho busca valorizar a extensa produção de Weizsäcker, que muito carece de traduções e reconhecimento fora da Alemanha. Assim, nos pautamos por traçar algumas ideias centrais ao pensar clínico proposto pelo autor. Nele desta-

ca-se a questão *pathica* como fundamental e privilegiada, a qual se faz sempre presente em situações decisivas no devir pessoal. Na compreensão de Weizsäcker, o automover-se, a introdução da pessoa e as categorias *pathicas* são conceitos centrais no tocante do devir. Por uma compreensão da saúde e do adoecer menos restrita, Weizsäcker propõe um entendimento clínico mais abrangente no qual a dicotomia fisiologia e psicologia, percepção e movimento não fazem sentido. Na clínica, sujeito e objeto estão sempre se influenciando em um encontro.

Referências

Dörr, O. (2006). El renacimiento de la Psicopatología. *Gaceta Universitária - Temas y Controversias em Psiquiatría*, *2*(3), 256-263.

Ferrater Mora, J. (2001). *Dicionário de Filosofia*. São Paulo: Edições Loyola.

Binger, C. (1957). In Memoriam: Viktor von Weizsäcker. *Psychosomatic Medicine*, *19*(4), 265-266.

Weizsäcker, V. von. (1987). Begegnungen und Entscheidungen. In *Gesammelte Schriften Vol.1*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag. (Trabalho original publicado em 1945)

Weizsäcker, V. von. (1987). Euthanasie und Menschenversuch. In *Gesammelte Schriften Vol. 7*. Stuttgart: Suhrkamp Verlag. (Trabalho original publicado em 1947)

Weizsäcker, V. von. (1951). *Der kranke Mensch: Eine Einfuhrung in die medizinische Anthropologie*. Stuttgart: Koehler.

Weizsäcker, V. von. (1962). *El círculo de la forma (Der Gestaltkreis): Teoria de la unidad de percepcion y movimento*. Madrid: Ediciones Morata.

Weizsäcker, V. von. (2008). Das pathische Pentagramm. In *Warum wird man krank? Ein Lesenbuch Gesammelte* (pp. 91-97). Stuttgart: Suhrkamp Verlag. (Trabalho original publicado em 1947).

29

Simbolização e estesia: anotações para a compreensão do processo de simbolização

Deise Matos do Amparo
Norberto Abreu e Silva Neto

A problemática complexa da simbolização toca as questões de sentido e linguagem que têm sido bastante exploradas por autores psicanalistas e fenomenólogos, na articulação com outros campos como lógica e filosofia da linguagem. Esse tema é de importância fundamental sobretudo quando se considera a natureza do processo de simbolização na psicose e no autismo. Com um longo percurso na clínica da psicose, Oury (1989) inspirado na "fenomenologia da antropologia" de Zutt, afirma que o esquizofrênico tem distúrbio da *estesis,* ou seja, um distúrbio que toca a dimensão "estético-fisionômico", o espaço de sensação primordial. Assim, com essa perspectiva de abertura conceitual, estabeleceremos conexões com o pensamento de Cassirer, Merleau-Ponty e Suzanne Langer, buscando indicar a raiz da relação entre a *estesis*, como condição de apreender as qualidades sensíveis emanadas das configurações das coisas do mundo e do corpo próprio, e a produção simbólica.

O sentido epistemológico da palavra símbolo remete a essa propriedade me-

diadora. No pensamento grego, símbolo (*βι*μβολον) é tomado como sinal de reconhecimento entre, por exemplo, membros de uma mesma seita, formado pelas duas metades de um objeto partido, que se aproximam, constituindo um par, ligados por um pacto de aliança, no qual reconhecer um campo reenvia a outro que é aliado. Nessa noção tem-se a concepção de que é *a* ligação que faz o sentido.

Na linguagem, o ato de enunciação traz um mundo de forças que afeta aquele que fala, aquele a quem se endereça e aquele de quem falamos. A palavra se dá e se toma, ela é ligada à promessa (dom) que obriga, segundo a fórmula de Marcel Mauss, e introduz essa forma particular de ligação que inclui os modos de dinamização do tempo e da experiência humana (Delaunay, 1980).

O passo poético da forma simbólica

Freud mostrou-nos que nas formas da arte encontramos um veio ilustrativo para apresentar a questão da simbolização e sentido. A questão da expressão e apreensão estética é desenvolvida, dentre outras obras, nos artigos em que Freud comenta sobre a pintura e escultura, *Leonardo da Vinci e uma lembrança da sua infância* (1910/1980), e *Moisés de Michelangelo* (1914/1980).

Em *Moisés de Michelangelo*, Freud se atém primeiramente a uma questão que a princípio parece ser evidente. Diante de uma grande obra de arte cada um diz algo diferente e ao mesmo tempo não responde às questões de um admirador despretensioso. A intenção do artista prende poderosamente o observador à obra e o leva a tentar compreendê-la. Essa compreensão não pode ser simplesmente intelectual, pois o que ela visa é despertar em nós a mesma atitude emocional, a mesma constelação mental que nele produziu o ímpeto para a criação. Ao mesmo tempo, Freud se pergunta por que a intenção do artista não poderia ser comunicada e compreendida em palavras como outro fato da vida mental?

Para descobrir a intenção do artista ao observador, é necessário descobrir o significado e o conteúdo representado na obra, e, nesse sentido, ele deve ser capaz de interpretá-la. O desenvolvimento da interpretação de Freud sustenta-se

em aspectos ligados à cultura, ao saber constituído sobre a figura de Moisés e aos aspectos ligados à construção formal da obra. A atenção deve ser desviada da impressão geral e das características principais de um quadro, dando ênfase ao padrão e ao ritmo, bem como às significações de detalhes. Freud retrata com nitidez a emoção contida na obra, perpassando pelos caminhos da posição, da intenção de movimento, das expressões das linhas e retas, demonstrando como em cada expressão a intenção da obra realizada pelo artista é capaz de traduzir sentimentos, ou seja, o sentimento do artista e do observador atravessam a obra e as operações de sentido na construção formal da obra.

Nessa direção, Pedroza (1979) comenta, a partir de observações de Roger Fry, que a concepção de Freud de a arte ser a representação de uma satisfação de desejo não atende aos fenômenos mais intrínsecos da criação artística. Ele aponta que esse é um problema do prazer da emoção derivada da contemplação das relações formais. Antes de tudo, observa-se a existência de um certo prazer no reconhecimento de uma ordem, a inevitabilidade das relações de um determinado sistema. Os substratos emocionais que poderiam estar por trás desse prazer poderiam relacionar-se ao que ele denomina uma “qualidade afetiva” proveniente de reminiscências mais vagas e profundas. Ela tiraria seu dinamismo emocional das condições de nossa existência no que ela tem de mais antigo e arraigado ao espírito, dos traços residuais deixados no espírito pelas diferentes vivências emocionais primárias do sujeito, sem existir, no entanto, conexão ou apelo às experiências reais, pois o eco da emoção não se relacionaria à experiência direta.

Kristeva (1974), em *La révolution du langage poétique,* apresenta, a partir da fundamentação na teoria psicanalítica e no pensamento fenomenológico, particularmente em Husserl e nas teorias de linguagem de Benveniste, uma concepção na qual situa o sujeito como semiótico e simbólico, sendo o momento semiótico anterior e organizador do simbólico. O ordenamento das pulsões, que ela denomina *chora semiótica*[1]*,* é anterior à figuração e especularização e permite que seja

(1) *Chora semiótica* – são cargas energéticas, ao mesmo tempo marcas psíquicas que não podem ser definidas como um signo, nem um significante, mas são produzidas em vista de uma posição significante.

feita uma analogia com o ritmo vocal e cinestésico. Nesse espaço ritmado inaugura-se o processo de constituição da significação. É ruptura e articulação – ritmo e condição de evidência da espacialidade e temporalidade. A *chora* não é organizada segundo uma lei, mas segundo um ordenamento.

O exemplo típico de introdução no simbólico é apresentado por Freud (1920/1980) em *Além do princípio do prazer*, quando descreve o menino que arremessa e apanha o brinquedo, gritando *Fort* e *Da* para saudar o seu desaparecimento e retorno, inaugurando a renúncia do imediatismo pela constituição de um simbolismo no acesso à negatividade. A palavra, o gesto e o movimento de ocultação e aproximação do objeto introduzem um ritmo que é fundamental no jogo de constituição simbólica.

Segundo alguns psicolinguistas, as "operações concretas" precedentes à aprendizagem da linguagem organizam o espaço semiótico pré-verbal, de acordo com as categorias lógicas que se encontram anteriores à linguagem, uma funcionalidade pré-verbal que ordena as ligações entre o corpo (em vias de se constituir como corpo próprio), os objetos e os protagonistas da estrutura familiar (Kristeva, 1974).

Ainda segundo Kristeva, todos os processos de relação pré-sígnica e pré-sintática têm lugar em uma ordem genética como preliminar e necessária à aquisição da linguagem, com a qual ela não se confunde. Ela formula a hipótese de que certas articulações semióticas se transmitem por um código biológico, a "memória" fisiológica, e formam a base da função simbólica. Contudo, esse ritmo semiótico interno à linguagem é musical, anterior ao julgamento, mas retido por uma só garantia – a sintaxe.

O ritmo e a *Gestaltung*

O nascimento da consciência estética como fundamento de toda simbólica já é apontado por Nietzsche no *Nascimento da Tragédia*, obra na qual tenta descrever o surgimento do espírito enquanto metáfora de qualquer outra coisa, um

"qualquer coisa", no estado de sensação ou simplesmente de excitação nervosa, mesmo insensível. Esse primeiro passo poético, antes do simbólico, é o salto decisivo que vai à direção da palavra. Essa primitiva metáfora poética permite o surgimento do processo de nominação, da ciência da religião e das formas da arte (Kremer-Marietti, 2001).

Fenomenólogos como Maldiney e Merleau-Ponty analisam as sensações, ou melhor, o "sentir", não somente pelo fato de elas enviarem as qualidades sensíveis a um objeto determinado (momento figurativo), mas pela qualidade que constitui um campo que vale por si próprio e interfere com os outros (momento *páthico*). Esse é um aspecto da sensação e a base de toda a estética possível. Os domínios sensíveis reenviam as sensações aos diferentes órgãos do sentido. Cada domínio terá uma maneira de reenviar aos outros, independente do objeto comum representado. Entre uma cor, um gosto, um tocar, um odor, um barulho, há uma comunicação existencial que constitui o momento *páthico* não representativo da sensação. Retomando o pintor impressionista Cézanne, existe uma "lógica dos sentidos" não racional, não cerebral (Deleuze, 1996).

Trata-se de uma estética em que as direções de sentido são colocadas diretamente sobre o processo de construção de formas. A noção de *Gestaltung*[2] se coloca como centro dessa estética. O termo vem do alemão e pode ser traduzido por "forma em formação" ou "configuração". Observa-se, no entanto que, muitas vezes, na linguagem corrente há um deslizamento semântico que traduz por "forma", efetivando uma espécie de *coisificação* que anula a noção de processo geral e dinâmico.

Para Prinzhorn (1922/1984), a essência da noção de *Gestaltung* encontra-se ligada diretamente ao *ritmo*, movimento regular vivo. Sua força enraíza-se no campo inteiro da vida psíquica e emana das funções expressivas, uma onda modulante nomeada de fluxo rítmico, que define um processo e seu sentido indicativo de

---

(2) A dificuldade de traduzir essa palavra para o português justifica a sua utilização, ao longo do texto, em alemão.

ato a cristalizar em direção ao objeto. Apesar de sua inspiração fenomenológica, o autor busca esclarecer a *Gestaltung* a partir de uma explicação psicológica, inscrevendo-a em um processo geral da percepção que implicaria a integração do caos de dados sensíveis em uma imagem intuitiva. Esse processo de integração teria duas direções: seria resultante, por síntese conceitual dos dados sensíveis, em uma imagem cognitiva, em uma representação, ou tenderia a configurar as diversas intuições em uma imagem puramente intuitiva.

Nessa perspectiva, Prinzhorn (1922/1984) defende uma integração entre a forma artística e as outras configurações perceptivas, pois para ele é impossível estabelecer dois processos de *Gestaltungen* diferentes, um físico plástico, que tende à natureza, e um ídeo-plástico, que tende à representação, sendo que haveria na extremidade dessas duas um acordo entre forma e saber, entre ritmo e conceito. No artigo *De la Gestaltung*, Maldiney (1986) defende uma perspectiva crítica desse conceito explorado por Prinzhorn. Para o autor esse acordo entre a forma artística e as outras configurações perceptivas é ilegal e coloca em tutela a *gestaltung* artística. A originalidade dessa *gestaltung* é que ela não teria origem no processo perceptivo, e sua consciência não seria de ordem *gnósica,* ou seja, da ordem do conhecimento. Ela refere-se à esfera própria do sentir e dos sentidos do sentido. Para Maldiney (1986): “a consciência que uma forma aporta consigo não é de ordem *gnósica,* mas *páthica*. Ora, o *páthico* é a dimensão do sentir e nele encontra-se precisamente o momento expressivo de nosso ser no mundo, anterior à toda objetivação” (p. 1421).

A filosofia das formas simbólicas

A filosofia, nas discussões sobre as formas de simbolização humana, como o mito, a linguagem e a arte, traz elementos para elucidar essa questão. Cassirer (1923/1972) defende a função instrumental da linguagem como servindo para denominar a realidade pré-existente, conceitualizá-la e articulá-la. O autor introduz a função do simbólico em uma perspectiva mais ampla como “tudo o que tem senti-

do". O mérito de Cassirer consiste em ter se interrogado sobre as leis específicas que regem os sistemas simbólicos (o mito, a religião, a arte) e as suas diferenças com as regras da lógica.

Para Cassirer (1925/1973), no lugar de medir o conteúdo do sentido, das formas simbólicas, devemos descobrir em cada uma dessas formas o critério de sua verdade e sua significação interna. Ou seja, no lugar de compreender como simples imitação, reconhecer, em cada uma delas uma regra espontânea de sua produção, uma maneira ou uma direção original de colocação em forma. Esse autor introduz a contribuição decisiva do mito e da linguagem na elaboração espiritual do mundo dos objetos e direciona-se para uma filosofia das "formas simbólicas". Para ele, a filosofia não pode passar desse ponto, ela deve contentar-se com uma determinação teórica geral dos contornos da imagem e seus desenvolvimentos. A linguística e o estudo dos mitos poderão completar e tratar com mais rigor as linhas que o exame filosófico e especulativo pode apenas indicar.

O sentir e a simbolização

Seguindo a linha de Cassirer, Langer (1941/1989) apresenta a noção de simbolização como uma "nova chave" na discussão filosófica. Situa a simbolização como objeto do pensamento filosófico investigando as raízes do pensar reflexivo, objeto extensivo e matéria da filosofia, bem como da compreensão da construção do conhecimento humano.

Essa proposição coloca de forma central para a epistemologia a questão da origem do conhecimento, que relaciona dimensões muitas vezes não abordadas de forma intercambiável pela filosofia e pela psicologia. Aponta-se, aqui, as relações entre o sentir (os registros sensoriais) e o pensar (o registro conceitual).

A direção apresentada na reflexão de Langer (1941/1989) leva a uma posição conceitual que tem ressonância na discussão lógica e epistemológica sobre a origem do conhecimento. Nessa perspectiva, os dados sensoriais são primariamente simbólicos, no sentido de que a mente tende a dar uma organização aos dados

do sentido, formulando leis e relações próprias da construção simbólica, que fundamentam as raízes primitivas da abstração. Parte-se da hipótese de que a simbolização é um processo básico, chave na compreensão do processo de construção do conhecimento humano, relacionado nas suas raízes à dimensão do sentir e da *estesia*.

Na linguagem tem-se o pensar conceitual articulado, mas a capacidade simbólica da mente antecede esse universo, sendo demasiadamente sensível às formas expressivas. Fundindo sensações, articula impressões que exercita o poder de transformação simbólica.

A concepção do processo de simbolização, portanto, detém suas raízes na articulação do sentimento como primeira forma simbólica recheada de associações subjetivas, característica fundamental dos primórdios do desenvolvimento infantil que antecede as formas simbólicas mais práticas e marcam a organização da concepção de eu quando resume simbolicamente o sentir.

Sobre esse aspecto, outros filósofos já chegaram a conclusões semelhantes, como aponta-nos Kremer-Marietti (2001) ao afirmar que "....os sentimentos são eles mesmos já símbolos ou significantes", e que, acrescenta, "com justa razão, Comte falará dessa primeira lógica dos sentimentos que portamos dissimulada no fundo de nós" (p. 185).

O termo sentir é empregado por Langer (1962) não no sentido de prazer ou desprazer, mas para designar tudo quanto se possa sentir, abrangendo tanto a sensação quanto a emoção. Na ampla acepção, o sentir parece ser a base genérica para toda experiência mental – sensação, emoção, imaginação, recordação, dentre outras.

O mundo sensível e o corpo próprio

A noção de experiência sensível foi objeto de estudo de Merleau-Ponty (1945/1971, 1947/1996), articulada com a ideia de corpo próprio e de percepção. Com a mesma base epistemológica fundada em Husserl, mas com algumas dife-

renças conceituais em relação a Langer, Merleau-Ponty (1945/1971) defende que "o fato elementar já está revestido de um sentido..." (p. 27).

A noção fenomenológica de *redução eidética* coloca em parênteses a ideia do pensamento como um *a priori*. O mundo já está aí para ser visualizado e percebido, antes de existir qualquer pensamento sobre ele. *Eidos,* correlativa à ideia de essência – imagem/forma–, implica fazer a abstração da individualidade concreta e de todos os fenômenos que lhe são particulares para chegar às estruturas essenciais. Nesse sentido, a percepção do mundo fundamenta nossa ideia de verdade: desde que o mundo não é o que penso mas o que vivo, ele é inesgotável.

O que caracteriza a natureza humana, por diferença com a natureza dos animais, é justamente que a percepção, mesmo a mais elementar, já está carregada de sentido. A impressão pura não é apenas não encontrável, mas imperceptível e, por conseguinte, impensável como momento da percepção. A sensação não pode ser definida pela impressão pura. Tomando como exemplo a percepção das cores, o verde e o vermelho não são sensações, são sensibilidades e a *qualidade* não é um elemento da consciência, mas propriedade do objeto.

Explorar o domínio pré-objetivo permite compreender as raízes do sentir e suas conexões com o conhecer. As sensações e as imagens só aparecem em um horizonte de sentido. Dessa forma, a função da percepção é de fundamentar ou inaugurar o conhecimento. Esse registro pré-objetivo é já conceitual e implica a atribuição de sentidos.

No plano fenomenológico, o sentir necessariamente remete às discussões sobre o mundo percebido e o corpo próprio. Para Merleau-Ponty (1945/1971), a síntese do objeto se faz por meio da síntese do corpo próprio. Ela é sua réplica ou o correlativo. Nesse sentido, a percepção exterior é sinônimo de uma certa percepção do corpo próprio, como a percepção do meu corpo se explicita na linguagem da percepção exterior. Sobre esse aspecto Merleau-Ponty esclarece-nos "a percepção externa e a percepção do corpo próprio variam juntas porque são as duas faces de um mesmo ato" (p. 212).

Na obra de Merleau-Ponty, duas dimensões se sobrepõem. Na primeira, o corpo próprio revela-se como ponto de ancoragem, ele é origem de todos os pontos de vista, sem se prender nele mesmo; ele é projeto de um mundo objetivo e intersubjetivo em um jogo relacional que se dá sob horizonte de fundo. Na segunda, ele, o corpo próprio, libera-se da visão de uma consciência originária e articula-se a uma ordem estrutural já desenhada na "forma", quer dizer, "sentido" concreto retirado sob o jogo relacional de uma figura sob um fundo (Florival, 1979).

O corpo é objeto sensível a todos os outros, ressoa os sons, as cores e fornece às palavras suas significações primordiais. É um estranho objeto que utiliza suas partes como simbólica e com o qual podemos habitar o mundo, compreendê-lo e encontrar significações. O corpo próprio é ao mesmo tempo objeto constituído e constituinte em relação aos outros objetos. Portanto, a consciência do objeto pressupõe a consciência de si.

Nesse sentido, quando dizemos que percebemos, o fazemos com nosso corpo e sentidos. É qualquer coisa de pré-intencional, é qualquer coisa que nos *envelopa* e nos coloca no ambiente (*ambiance*). O sentir coloca a questão da abertura e do fechamento, união e separação, a maneira que podemos estar abertos ou fechados para o mundo.

A simbolização como necessidade primária

Mesmo com algumas diferenças conceituais, esses dois autores, Merleau-Ponty e Langer, são importantes na compreensão dos processos de simbolização. O primeiro qualifica de forma predominante o corpo próprio enquanto unidade pré-lógica, e a segunda explora a unidade pré-lógica como fundamento da consciência e dos processos de simbolização.

Em Langer, a simbolização é vista como a chave do processo construtivo da resposta humana e inspira duas perspectivas de concepção do simbolismo: uma leva à lógica e outra conduz ao estudo das emoções e fantasias. Essas duas perspectivas, nas quais pode ser concebido o processo simbólico, retira de uma atribui-

ção puramente conceitual e cognitiva o conceito de simbolização, atribuindo a este uma dimensão afetiva diretamente ligada ao estudo das emoções e do sentir.

A concepção de simbolismo ligada à ideia de um processo construtivo implica trabalho mental e um processo de transformação, a transformação simbólica. Na perspectiva da autora, o uso dos símbolos aparece em um estágio tardio, mas é essencialmente integrado às atividades mentais mais simples, brotando das necessidades biológicas. A simbolização nasceria do trabalho mental a serviço das necessidades primárias e, assim, na qualidade de necessidade básica humana estabelece a diferença entre os humanos e os animais, introduzindo a dimensão do pensar. Em todos os níveis de pensamento teríamos um processo simbólico que se constitui no ato essencial.

A função simbólica, no entanto, nasceria com uma anterioridade lógica ao pensamento pois o homem tende a tecer, com frequência, versões simbólicas da experiência que não se traduzem necessariamente em pensamento, embora já seja material simbólico fruto da atividade mental à qual Langer denomina reservas de concepções.

Essa atividade de traduzir ativamente a experiência em símbolo realiza um constante processo de ideação feito das impressões sensoriais, vagos registros de sensações viscerais, às quais, no entanto, não se aplicam necessariamente os princípios e as leis de combinação direta como a da linguagem, associação por contiguidade ou similaridade, embora a ideação proceda por princípios de simbolização. Para Langer (1941/1989), o material fornecido pelos sentidos são nossas ideias elementares.

Os sentidos fornecem as ideias elementares e podem ser aproveitadas de duas maneiras: ao modo do pensar racional e reflexivo, através do raciocínio, e ao modo de outras formas simbólicas que vão compor o arcabouço dos sonhos, da fantasia e da religião.

Processos ideativos: duas concepções de simbolismo

A abertura para a concepção de processos ideativos de qualidades diferentes é apontada por Suzanne Langer (1941/1989), quando ela especifica a possibilidade de combinação das ideias ao modo do raciocínio e à possibilidade de outra combinação que não se dá por essa via e que é constituída pelo arcabouço ideativo dos sonhos, das fantasias e da religião, que não se apresentam diretamente enquanto uma função prática.

A função do simbólico distingue o homem dos animais e tem uma dimensão mais ampla que a linguagem verbal, comportando outros sistemas como o mito, o ritual, a arte. A transformação simbólica da experiência permite diferentes espécies de processos simbólicos, com diferentes terminações ativas. Temos, como exemplo, o ato da fala que é a mais imediata forma de transformação simbólica, e outros atos sem função prática e comunicativa direta como o ritual e a arte. O ritual e a arte são atividades espontâneas que nascem de uma necessidade primária, uma forma de transformação simbólica da experiência que nenhum outro meio pode expressar adequadamente, desde que suas raízes radicam mais fundo que os propósitos conscientes. Assumem, contudo, uma semelhança com a linguagem no que diz respeito ao desenvolvimento inconsciente de suas formas.

Temos, portanto, duas concepções de simbolismo que, para serem compreendidas, necessitam de uma análise do significado em seus vários aspectos e formas, ou seja, uma análise lógica. O significado, porém, além do aspecto lógico, possui também o psicológico e ambos estão sempre presentes. Segundo Langer (1941/1989), não existe nenhuma qualidade de significado. Sua essência estaria no reino da lógica do qual não se trata de qualidades, mas de modalidades de relação que estabelecem padrões, funções de termos.

> O significado não é uma qualidade, mas a função de um termo. Uma função é um padrão (*pattern*) visualizado com referência a um termo especial e, em cuja volta ele se concentra; esse padrão emerge quando consideramos o termo dado na sua relação total com os outros termos ao seu redor (p. 65).

Um termo utilizado de modo simbólico, diferentemente do signo, não evoca a ação apropriada à presença do seu objeto, mas induz a um pensamento, constituindo-se em veículos para a concepção de objetos, o que significa um distanciamento da coisa em si enquanto objeto para uma dimensão do conceito.

São as concepções das coisas que os símbolos significam e não as coisas em si. A diferença fundamental entre signo e símbolo é sua associação com a concepção e o uso feito pelo sujeito para a função de significado: o símbolo leva a conceber o objeto e o signo anuncia o objeto. Langer (1941/1989) apresenta, ainda, uma diferença lógica básica entre o signo e o símbolo, identificando em uma função de signo, três termos essenciais: sujeito, signo e objeto. Na denotação, assim como nas funções semânticas dos termos que é uma função de símbolo, tem que haver quatro termos: sujeito, símbolo, concepção e objeto. Com isso identifica uma diferença de padrão, uma função diferente.

A estrutura proposicional do simbolismo, ligado a um simbolismo discursivo, despertou mais interesse entre os lógicos que qualquer outro aspecto do simbolismo. No entanto, não se pode negar os laços cada vez mais estreitos entre a expressividade e a conceitualidade, a linguagem e a experiência, fonte de outra forma de simbolismo. O traço lógico é o elemento comum que está presente na unidade de uma proposição e na unidade que caracteriza o quadro. Para Langer (1941/1989) “a unidade de uma proposição é a mesma espécie de unidade que caracteriza um quadro que apresenta uma cena, não importa quantos itens sejam distinguíveis em seu interior” (p. 77).

Tomando como exemplo um quadro artístico, pode-se dizer que o que lhe é dado representar é ditado puramente por sua lógica – pelo arranjo de seus elementos. No caso, os elementos não são os mesmos do simbolismo discursivo, com uma característica essencialmente proposicional, mas configuram-se nas disposições das tintas, nas tonalidades, na luminosidade, no traçado das linhas grossas ou finas, nos espaços em branco, enfim, nos elementos que produzem a determinação das formas que significam certos objetos, ou seja, um arranjo de elementos análogos aos arranjos de elementos visuais que sobressaem no objeto. Esse pa-

drão fundamental, que se constitui na forma que aparece em todas as versões de pensamento ou imagens mentais, é que pode conotar o objeto.

O ver abstrativo, no entanto, constitui-se no fundamento da racionalidade, significa que a propriedade simbólica está presente na origem da constituição humana, desde as raízes primitivas da abstração. O poder de entender símbolos permite conceber no dado sensorial uma forma, portanto conota uma concepção, muito embora não obedeça aos princípios formais da linguagem em que os termos são nomeados e colocados em relação. As palavras são produções simbólicas naturais e disponíveis com grande poder semântico, permitindo facilmente combinações e relações entre termos. Os símbolos expressivos, embora portadores de ideias, são vívidos, demasiado presentes, recheados de impressões e experiências.

O delineamento conceitual formulado por Langer (1941/1989) aponta para a apresentação de diferentes formas simbólicas, sendo a linguagem uma forma muito elaborada de simbolismo, e as formas apresentativas, as mais primitivas e básicas, onde a apreensão do significado antecede a sua expressão. São *Gestalten* fornecidas aos sentidos, favorecendo a tendência humana de apreender a realidade simbolicamente.

No Quadro 1 apresenta-se, de forma sintética, as características básicas dessas duas formas de simbolismo.

Quadro 1:
Características do simbolismo não–discursivo e discursivo

Não-discursivo	Discurso
É altamente intelectual e articulado – portador de ideias - e pode ser incorporado no campo da semântica, mais amplo que a linguagem.	Encerra uma lei de projeção – tradução de uma linguagem pela outra – transformação dos fatos em proposições.
É um processo de formulação de formas predominantes que tem sua lógica – "categorias de entendimento" (Kant) ou "imaginação primária" (*Coleridge*).	Apresenta discursividade – uma ordem linear a qual requer o enfileiramento de ideias.
Considera a tendência a organizar o campo sensorial em grupos e padrões (*patterns*) de dados sensoriais que possibilitam perceber formas – raiz primitiva da abstração.	Considera convenções às quais o pensamento e a experiência devem submeter-se para tornar-se transmissível.
As abstrações feitas pelos órgãos do sentido - as formas de percepção direta - são instrumentos primitivos de inteligência e genuínos materiais simbólicos.	Material simbólico – linguagem.
Linhas, cores e proporções são capazes de articulação e combinação complexa.	Palavras são capazes de articulação e combinação complexa.
As relações determinantes da sua estrutura são captadas em ato.	As leis que governam as articulações são as da sintaxe.
Simbolismo fornecido pela apreciação sensorial de formas tem a função primária de conceituar o fluxo de sensações e das *coisas* concretas.	
Os símbolos – qualidades, linhas e ritmos – são abstraíveis e combinatórios.	
Significados de todos os outros elementos simbólicos que compõem um símbolo maior e articulado são entendidos apenas através do significado do todo.	Significados fornecidos pela linguagem são entendidos e reunidos em um todo pelo processo chamado discurso.
Semântica com simbolismo apresentativo.	Semântica com simbolismo verbal.
a) os representantes dos elementos visuais não possuem significado em si; b) não representam item por item elementos que têm *nomes;* c) suas formas em combinação produzem um quadro total; d) não pode ser fragmentado em unidades básicas – não tem vocabulário; e) os símbolos não podem ser definidos em termos de outros; f) equivalência repousa na referência total e geral; g) não há generalidade intrínseca: trata-se de uma apresentação direta de um objeto individual, a ser esquematizado e atribuído significado.	a) possui vocabulário e sintaxe; b) permite definir o significado das palavras; c) podem existir palavras alternativas para o mesmo significado; d) equivalência pode ser feita parte por parte em tradução literal; e) há generalidade.

Fonte: Langer (1941/1989) Filosofia em nova chave

A concepção de duas formas de simbolismo possibilita realizar algumas considerações: i) o simbolismo discursivo remete diretamente ao campo da linguagem, com a transformação dos fatos em proposições, enquanto o simbolismo apresentativo reenvia ao campo da semântica, traduzindo formas de significação, expressão de experiências vitais, para as quais a linguagem não é apropriada; ii) a lógica da produção do simbolismo discursivo requer discursividade e enfileiramento de ideias, enquanto que no simbolismo apresentativo o processo de formulação das formas tem sua lógica particular caracterizada pelo que Kant denomina categorias de entendimento ou imaginação primária, na qual o modo de contato está ligado ao estético, no sentido das qualidades; iii) O simbolismo discursivo considera o sistema de convenções da linguagem em que as leis que dominam são as da sintaxe, e o simbolismo apresentativo tende a organizar o campo sensorial em grupo ou padrões que permitam perceber formas. É capaz de formular articulações e combinações complexas, embora as relações determinantes de sua estrutura sejam captadas em ato; iv) no simbolismo discursivo o material simbólico é a linguagem; no simbolismo apresentativo esse material são as abstrações feitas pelos órgãos dos sentidos, instrumentos primitivos da inteligência e raízes originárias da abstração conceitual.

A raiz axial geradora das duas formas de simbolismo é basicamente a mesma, consistindo no ato humano básico de transformação simbólica, a base do processo de simbolização. Nesse sentido, o mundo primário da realidade é essencialmente um mundo verbal, pois as raízes primitivas do pensamento são sempre concepções. As palavras e as concepções nascem, desde os primórdios do funcionamento mental, de forma fundida. O primeiro valor simbólico das palavras, no entanto, é sempre conotativo, experiencial, com função expressiva como no ritual, mas a essência da linguagem consiste na denotação que possibilita o desprendimento da situação originária da experiência.

Forma: raiz da linguagem poética e do léxico

Na discussão sobre estética, realizada por Langer (1953/1980), em *Sentimento e forma*, mais especificamente na *Parte III, Sobre a elaboração do símbolo*, é desenvolvida a questão da obra de arte como um objeto cultural que pode condensar e explicitar o modo de construção e apreensão precoces dos fenômenos perceptivos.

Para Langer a ideia de forma significante é a essência de toda arte. Essa forma significante seria a forma lógica de simbolizar algo que escapa à possibilidade de representação sensorial e que tem de ser apreendida de forma não sensorial. Ela seria a expressão simbólica das emoções e sentimentos humanos. Estes seriam apreendidos diretamente pelo observador antes de qualquer conceito ou razão. A forma significante pode ser identificada com a qualidade estética. A demonstração de qualidade pura, ou de semelhança, cria uma nova dimensão distinta da familiar. Na arte as formas são liberadas de seus usos comuns para serem colocadas em novos usos, agirem como símbolos, tornarem-se expressivas dos sentimentos humanos. É nesse aspecto que toda obra de arte significativa tem o poder de mobilizar questões relativas ao mundo percebido e ao sentido. Nota-se com Langer (1953/1980) que toda cognição de forma é intuitiva e é, muitas vezes, sentida antes de ser conceitualizada, e esse é o valor simbólico básico que prepara o significado verbal.

Para esclarecer essa noção de forma retomamos outro campo do conhecimento, particularmente o campo das artes. A palavra “forma”, no vocabulário das artes plásticas, é empregada em diferentes níveis, mas no mais frequente ela designa “as formas isoladas necessárias a toda composição”. Em *O mundo das formas,* Focillon (1943) coloca que não podemos reduzir a forma a um contorno, a um diagrama. Deve-se considerá-la em toda sua plenitude e sob todos os aspectos. Como construção de espaço e de matéria, ela se manifesta pelo equilíbrio das massas, pelas variações do claro e do escuro, pelo tom, pelo toque, quer ela seja arquitetura, pintura ou gravura.

Um quadro é analisado em uma pluralidade de formas, configurações autônomas, mas não independentes, onde cada uma constitui uma unidade estética distintiva e a combinação entre elas engendra o quadro nele mesmo enquanto unidade única. Maldiney (1986) retomando as reflexões de Kandinsky, identifica cada uma das formas na obra ao registro lexical. No mais, assimila forma e palavra. Uma forma, no entanto, é objeto de dois registros lexicais, um material e outro formal. O primeiro estende-se sobre as imagens ou signos e o segundo sobre a forma propriamente dita, ou seja, sua dimensão imagética e sua dimensão rítmica, sendo que a segunda capta a primeira. O movimento do ritmo capta a motricidade da imagem. A escolha dos elementos formais e seu modo específico de ligação apresentam uma analogia com a ideia musical, motivo e tema. Nesse sentido, as relações formais em uma obra e entre as obras constituem uma ordem, uma metáfora do universo.

Ainda segundo Maldiney (1986), a forma, no entanto, não é uma obra, ou seja, em uma obra uma forma não é uma forma. Ela não existe senão a partir e em vista de todas as outras, sob o horizonte comum do espaço que elas mobilizam. Deve poder integrar todo espaço potencial de que ela é capaz, requer também um espaço marginal onde os focos centrais pertencem a outras formas. A curvatura, o fluxo, as tensões dependem da conspiração única de todas. Uma obra só comporta uma forma, ela existe, com efeito, em todo o campo e até o limite do quadro. A onipresença da forma na obra, sua ubiquidade é dada pelo ritmo; a imagem é subtendida pelo ritmo e suas flexões particulares, sendo o espaço potencial a superfície que atualiza o ritmo**.**

A título de conclusão, pode-se trazer como síntese que a forma, raiz da linguagem poética e do léxico, pela sua qualidade estética, reenvia ao domínio do sensível e a lógica dos sentidos, base dos processos de processo de simbolização. Como afirma Maldiney (1986), a forma aporta consigo uma ordem *páthica,* uma dimensão do sentir expressivo do nosso ser no mundo. Essa perspectiva de compreensão do processo de simbolização abre possibilidades de conceituar sobre o valor simbólico da experiência e das qualidades sensíveis emanadas das

configurações das coisas do mundo e do corpo próprio, sua função expressiva e valor simbólico básico é que prepara o significado verbal. O aprofundamento dos estudos sobre o processo de simbolização, nessa perspectiva, permitirá compreender desorganizações das estruturas fundamentais que servirão de base na estruturação do mundo linguístico.

Referência

Cassirer, E. (1972). *La philosophie des formes symboliques*. Paris: Minuit (Trabalho original publicado em 1923)

Cassirer, E (1973). *Langage et mythe*: *à propos des noms de dieux.* Paris: Minuit. (Trabalho original publicado em 1925)

Delaunay, P. (1980, junho). Au-delà de l´analyse phénoméno-structurale: Le monde des formes symboliques. *Conférence au Group de Recherche*: *Rorschach et psychopathologie Phénoméno-Structurale. Journée du 14 et 15 Juin*. Liller.

Deleuze, G. (1996). *Francis Bacon, Logique de la sensation*. Paris: Éditions de la Différence.

Florival, G. (1979). Structure, origine et affectivité. *Revue Philosophique de Louvain*, *77*(34), 196-218.

Focillon, H. (1943). *Vie des formes*. Paris: Presses Universitaires de France.

Freud, S. (1980). Leonardo da Vinci e uma lembrança de infância. In S. Freud, *E.S.B*., v. XI, (pp. 59-126). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1910)

Freud, S. (1980). Moisés de Michelangelo. In S. Freud, *E.S.B.,* v. XIII, (pp. 253-284). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914)

Freud, S. (1980). Além do princípio do prazer. In S. Freud, *E.S.B*., v. XVIII, (pp. 17-90). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1920)

Kremer-Marietti, A. (2001). *La symbolicité*. Paris: L' Harmattan.

Kristeva, J. (1974). *La révolution du langage poétique*. Paris: Seuil.

Langer, S. (1962). *Ensaios filosóficos*. São Paulo: Cultrix.

Langer, S. (1989). *Filosofia em nova chave*. São Paulo: Perspectiva. (Trabalho original publicado em 1941)

Langer, S. (1980). *Sentimento e forma*. São Paulo: Perspectiva. (Trabalho original publicado em 1953)

Maldiney, H. (1986). De la *Gestaltung*. *Psychologie Médicale*, *18*(9), 1419-1422.

Merleau-Ponty, M. (1971). *Fenomenologia da percepção*. Rio de Janeiro: Freitas Bastos. (Trabalho original publicado em 1945)

Merleau-Ponty, M. (1996). *Le Primat de la perception: et ses conséquences philosophiques.* Lagrasse: Verdier. (Trabalho original publicado em 1947)

Oury, J. (1989). *Création et schizophrénie*. Paris: Galilée.

Pedroza, M. (1979). *Arte, forma e personalidade*. São Paulo: Kairós.

Prinzhorn, H. (1984). *Expressions de la folie dessins, peintures sculptures d'asile. Les fondements psychologiques de la "Gestaltung" plastique*. Paris: Gallimard. (Trabalho original publicado em 1922).

Composto com o programa iBooks Author, da Apple Inc., com fonte Helvética Neue e Helvética, finalizado em julho de 2015, por Technopolitik Editora para a Universidade de Brasília.

Distribuição gratuita.