

PSICOLOGIA CLÍNICA

Dinâmicas sociais e psicologia: Cognição, família, trauma e inovação tecnológica em relacionamentos e tratamentos

34.1

PSICOLOGIA CLÍNICA

Dinâmicas sociais e psicologia: Cognição, família, trauma e inovação tecnológica em relacionamentos e tratamentos

34.1

EDITORES RESPONSÁVEIS

Breno Sanvicente-Vieira
Esther Maria de M. Arantes

EDITORES ASSOCIADOS

Clarissa Pinto Pizarro de Freitas
Jean Carlos Natividade
Lidia Levy de Alvarenga
Luciana Fontes Pessoa
Rebeca Nonato Machado
Thais Klein
Thomas Eichenberg Krabe

COMISSÃO EXECUTIVA

Breno Sanvicente-Vieira
J. Landeira-Fernandez

SECRETÁRIO EXECUTIVO: *Francisco Wellington Barreto*

SECRETÁRIA ADMINISTRATIVA: *Vera Lúcia L. da Silva*

REVISÃO: *Claudio R. C. Faria*

EDITORIAÇÃO ELETRÔNICA: *Ingroup Tecnologia e Serviços Ltda.*

CONSELHO EDITORIAL

Adriana Wagner, UFRGS, Porto Alegre, Brasil
Alberto Konichevsky, Université Paris Descartes – Paris V, Paris, França
Ana Maria Rudge, UVA, Rio de Janeiro, Brasil
Cleonice Alves Bosa, UFRGS, Porto Alegre, Brasil
Eduardo João Ribeiro dos Santos, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal
Fernando Urribarri, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Ilana Strozenberg, ECO/UFRJ, Rio de Janeiro, Brasil
Jefferson Machado Pinto, UFMG, Belo Horizonte, Brasil
Jurandir Freire Costa, UERJ, Rio de Janeiro, Brasil
Luiz Augusto M. Celes, UnB, Brasília, Brasil
Luiz Eduardo Prado de Oliveira, Université de Bretagne Occidentale, Brest, França
Maria Consuelo Passos, UNICAP, Recife, Brasil
Maria da Graça Bompastor Borges Dias, UFPE, Recife, Brasil
Marta Gerez Ambertin, Universidad Nacional de Tucumán, San Miguel de Tucumán, Argentina
Nelson da Silva Junior, USP, São Paulo, Brasil
Pierre Benghazi, Université Paris 8 – Vincennes St Denis, Paris, França
Renato Mezan, PUC-SP, São Paulo, Brasil
Roland Gori, Université de Provence Aix-Marseille I, Marseille, França
Silvia Helena Koller, UFRGS, Porto Alegre, Brasil
Silvia Maria Abu-Jamra Zornig, PUC-Rio, Rio de Janeiro, Brasil
Teresa Cristina Carreteiro, UFJF, Niterói, Brasil

Apoio:



Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da PUC-Rio

PSICOLOGIA CLÍNICA. Rio de Janeiro. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.
Centro de Teologia e Ciências Humanas. Departamento de Psicologia. v. 34 nº 1, jan-abr/2022
CDD.157.9

ISSN: 0103-5665 (impresso)

ISSN: 1980-5438 (online)

MISSÃO DO PERIÓDICO

Divulgar trabalhos originais na área da Psicologia Clínica, contribuindo para a qualidade da pesquisa, para a produção de conhecimento e para a consolidação desse campo no Brasil.

LINHA EDITORIAL

A revista *Psicologia Clínica* é uma publicação quadrimestral de trabalhos originais que se enquadrem em alguma das seguintes categorias: relatos de pesquisa, estudos teóricos, revisões críticas da literatura, relatos de experiência profissional, notas técnicas e resenhas na área de psicologia clínica.

HOMEPAGE:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_serial&pid=0103-5665

PERIÓDICO INDEXADO NAS BASES DE DADOS:

NACIONAIS:

INDEX PSI www.bvs-psi.org.br

LILACS/BIREME lilacs.bvsalud.org

QUALIS (A2) www.periodicos.capes.gov.br

INTERNACIONAIS:

CLASE dgb.unam.mx/index.php/catalogos/seriunam

Latindex www.latindex.unam.mx/latindex/ficha?folio=17689

PsycINFO www.apa.org/pubs/databases/psycinfo/coverage.aspx#P

Redalyc www.redalyc.org/revista.oa?id=2910

EBSCO www.ebscohost.com/titles/foh-coverage.htm

Departamento de Psicologia
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro
Rua Marquês de São Vicente, 225 – Gávea
22453-900 – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (55 21) 3527-2109
Fax: (55 21) 3527-1187
E-mail: psirevista@puc-rio.br

SUMÁRIO

SUMMARY

EDITORIAL 9

SEÇÃO TEMÁTICA – Dinâmicas sociais e psicologia: Cognição, família,
trauma e inovação tecnológica em relacionamentos e tratamentos

THEMATIC SECTION – Social dynamics and psychology: Cognition, family,
trauma and technological innovation in relationships and treatments

SECCIÓN TEMÁTICA – Dinámicas sociales y psicología: Cognición, familia,
trauma e innovación tecnológica en relaciones y tratamientos

DOES SELF-COMPASSION MEDIATE THE RELATION BETWEEN
PERFECTIONISM AND PSYCHOPATHOLOGICAL OUTCOMES?

A autocompaixão medeia a relação entre perfeccionismo
e desfechos psicopatológicos?

¿La autocompasión media la relación entre el perfeccionismo
y los resultados psicopatológicos?

Luiz Fellipe Dias da Rocha

Eliane Mary de Oliveira Falcone

José Augusto Evangelho Hernandez..... 15

A EMPATIA E O INFAMILIAR: LENDO “PRAÇA PARIS” COMO
UM CASO CLÍNICO

Empathy and the unfamiliar: Reading “Praça Paris” as
a clinical case

La empatía y lo infamiliar: Leyendo “Praça Paris” como
un caso clínico

Bartholomeu de Aguiar Vieira

Renato Tardivo 35

O CICLO DE VIDA DE CASAIS BRASILEIROS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA The life cycle of Brazilian couples: An integrative review El ciclo de vida de parejas brasileñas: Una revisión integradora <i>Marina Zanella Delatorre</i> <i>Giovania Mitie Maesima</i> <i>Leda Rúbia Maurina Coelho</i> <i>Adriana Wagner</i>	57
A(S) MATERNIDADE(S) DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA: ENTRE VIOLAÇÕES E POSSIBILIDADES DE REPARAÇÃO SUBJETIVA Motherhood(s) of homeless women: Between violations and subjective restoration La(s) maternidad(es) de mujeres sin hogar: Entre violaciones y posibilidades de reparación subjetiva <i>Iara Flor Richwin</i> <i>Valeska Zanello</i>	79
MATERNIDADE E NASCIMENTO PREMATURO: O ENCONTRO COM A VIVÊNCIA TRAUMÁTICA Maternity and premature birth: The encounter with the traumatic experience Maternidad y nacimiento prematuro: El encuentro con la vivencia traumática <i>Karina Stagliano de Campos</i> <i>Sílvia Nogueira Cordeiro</i>	105
A ESCUTA EM PSICANÁLISE: ABSTINÊNCIA E NEUTRALIDADE EM QUESTÃO Listening in psychoanalysis: Abstinence and neutrality in question Escuchar en psicoanálisis: Abstinencia y neutralidad en cuestión <i>Kellen Evaldt Arrozi</i> <i>Milena da Rosa Silva</i>	121

ADESÃO E ABANDONO EM PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA
NA PERSPECTIVA DE ADOLESCENTES

Adhesion and dropout in psychoanalytic psychotherapy
from the perspective of adolescents

Adhesión y abandono en psicoterapia psicoanalítica
desde la perspectiva de los adolescentes

Gabryellen Fraga Des Essarts

Sofia Koch Hack

Leonardo Copello Valentini

Eduardo Brusius Brenner

Vera Regina Röhmelt Ramires 145

LA TELEPSICOTERAPIA DURANTE EL COVID-19: REPERCUSIONES DE
LA CAPACITACIÓN Y DEL ÁMBITO LABORAL DE LAS/LOS TERAPEUTAS

A telepsicoterapia durante a Covid-19: Repercussões da capacitação
e do âmbito laboral dos terapeutas

Telepsychotherapy during Covid-19: Repercussions of training
and sector of employment of therapists

Maximiliano Azcona

Luis Ángel Roldán

Lucía Soria

Ramiro Garzaniti

Celeste Labaronnie

Fernando Manzini

Lardizábal Maite

Maria del Pilar Bolpe..... 169

ESPECIAL
SPECIAL
ESPECIAL

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA DA PUC-RIO: 68 ANOS
DE UMA HISTÓRIA DE PIONEIRISMO E INOVAÇÃO

Department of Psychology at PUC-Rio: 68 years
of a pioneering and innovative history

Departamento de Psicología de la PUC-Rio: 68 años
de una historia pionera e innovadora

Terezinha Féres-Carneiro 191

EDITORIAL

A revista *Psicologia Clínica* apresenta seu número 34.1, com o tema *Dinâmicas sociais e psicologia: Cognição, família, trauma e inovação tecnológica em relacionamentos e tratamentos*. Esta edição é composta de nove artigos, oito dos quais ligados ao tema do fascículo, além de um artigo especial, escrito a convite.

Este número é particularmente especial para nossa revista por duas razões distintas, a primeira delas ressaltada pelo artigo especial. No ano passado, o Departamento de Psicologia da PUC-Rio, que publica a revista, completou 68 anos e, de forma inovadora, lançou o curso de Graduação em Neurociência. Para celebrar esse marco histórico, convidamos a professora Terezinha Féres-Carneiro a escrever a história do Departamento de Psicologia. A segunda razão é a saída da professora Esther Arantes do papel de Editora-chefe. Por anos, Esther se dedicou muito a esta publicação. Em nome dos editores associados, editores anteriores, comissão editorial e do Departamento de Psicologia, agradeço imensamente à Esther por tudo que fez pela revista *Psicologia Clínica*. Em tempos de desafio para a sobrevivência dos periódicos nacionais, com dificuldades até para conseguirmos revisores, a professora Esther dedicou-se continua e ativamente para a manutenção de nosso periódico, mesmo quando não era professora da PUC-Rio. Muito obrigado, Esther!

O número traz inicialmente a seção temática, reunindo trabalhos diversos que apresentam temas ligadas a relacionamentos. Apesar da diversidade das abordagens teóricas e metodológicas, bem como da variedade dos tipos de relacionamentos, todos envolvem relações em algum nível, razão por que reconhecemos uma vertente ligada às dinâmicas sociais. A seção é aberta pelo artigo *Does self-compassion mediate the relation between perfectionism and psychopathological outcomes?*, escrito em inglês pelos autores Luiz Felipe Dias da Rocha, Eliane Mary de Oliveira Falcone e José Augusto Evangelho Hernandez, todos filiados à Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Nesse estudo empírico, os autores exploram relações entre perfeccionismo e sintomas psiquiátricos, bem como efeitos da autocompaixão em tais relações.

Na sequência, temos o artigo *A empatia e o infamiliar: Lendo “Praça Paris” como um caso clínico*, escrito por Bartholomeu de Aguiar Vieira, da Universida-

de Municipal de São Caetano do Sul (USCS), do Grupo Brasileiro de Pesquisas Sándor Ferenczi e da Universidade Presbiteriana Mackenzie, e por Renato Tardivo, do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP). Nele é apresentada uma leitura do filme “Praça Paris” sob a luz da teoria de Sándor Ferenczi. Em especial, há no trabalho um destaque sobre aspectos da empatia no atendimento psicológico.

O terceiro artigo deste número foi escrito por Marina Zanella Delatorre, Giovania Mitie Maesima, Leda Rúbia Maurina Coelho e Adriana Wagner, todas filiadas à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), e se intitula *O ciclo de vida de casais brasileiros: Uma revisão integrativa*. Esse estudo apresenta uma revisão de trabalhos sobre aspectos da conjugalidade no Brasil. Em função dos achados, as autoras apontam, em especial, direções para futuros estudos na área.

Como quarto artigo do fascículo, apresentamos o estudo *A(s) maternidade(s) de mulheres em situação de rua: Entre violações e possibilidades de reparação subjetiva*, das autoras Iara Flor Richwin e Valeska Zanello, ambas da Universidade de Brasília (UnB). Nesse trabalho empírico, desenvolvido por meio da etnografia, a maternidade é a experiência social abordada. O estudo foca particularmente em como mulheres moradoras de rua vivenciam a maternidade, e é interessante ver como as autoras documentam resultados sobre os impactos da vulnerabilidade e a resistência dessas mulheres em seu empenho de exercer a função materna.

O quinto artigo também é ligado à maternidade, e se intitula *Maternidade e nascimento prematuro: O encontro com a vivência traumática*. Suas autoras são Karina Stagliano de Campos, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), e Sílvia Nogueira Cordeiro, do Departamento de Psicologia e Psicanálise da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Como enunciado no título, o estudo envolve a maternidade no contexto da prematuridade; foi realizado de forma empírica, com metodologia qualitativa, mediante entrevistas com mães de filhos prematuros sobre as quais leituras psicanalíticas foram realizadas. As autoras se atêm principalmente em como a prematuridade pode ser vivenciada de forma traumática no desenvolvimento psicológico da mãe.

No sexto artigo, volta ao foco a relação terapêutica, no estudo *A escuta em psicanálise: Abstinência e neutralidade em questão*. O trabalho das autoras Kellen Evaldt Arrozi, do Departamento de Psicanálise e Psicopatologia do Instituto de Psicologia da UFRGS e do Núcleo de Estudos em Psicanálise e Infâncias (NEPIs), e Milena da Rosa Silva, do Departamento de Psicanálise e Psicopatologia do Instituto de Psicologia da UFRGS, do Programa de Pós-Graduação

Psicanálise: Clínica e Cultura da UFGRS e do NEPIs, é um estudo teórico sobre a abstinência e a neutralidade na prática clínica. Nele são revistos conceitos, desde versões mais antigas, até a revisitação atual das concepções considerando a contemporaneidade. Entre reflexões importantes, as autoras indicam que, embora pertencentes à teoria e à clínica psicanalítica, esses conceitos são também políticos e portanto devem ser levados em conta tanto na psicoterapia como no meio social.

Continuando na linha de foco na relação terapêutica, o sétimo artigo deste número, é chamado *Adesão e abandono em psicoterapia psicanalítica na perspectiva de adolescentes*, escrito por Gabryellen Fraga Des Essarts, Sofia Koch Hack, Leonardo Copello Valentini, Eduardo Brusius Brenner, todos filiados à Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos) e ao Núcleo de Pesquisa em Psicopatologia e Psicoterapia Psicanalítica (NuPePPP), e por Vera Regina Röhnelt Ramires, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Unisinos. Esse trabalho envolveu uma profícua metodologia, na qual adolescentes encaminhados a terapia de orientação psicanalítica foram entrevistados meses depois, e comparados, segundo alguns temas identificados, conforme tenham abandonado ou não o tratamento. Os resultados jogaram luz, principalmente, sobre a importância de valorizar a relação terapêutica no trabalho com adolescentes.

O último trabalho da seção temática é um artigo internacional, escrito em espanhol, focado igualmente em relações terapêuticas, mas mediante meios *online*, principalmente durante a pandemia da Covid-19. O estudo intitula-se *La telepsicoterapia durante el Covid-19: Repercusiones de la capacitación y del ámbito laboral de las/las terapeutas*, dos autores Maximiliano Azcona, Luis Ángel Roldán, Lucía Soria, Ramiro Garzaniti, Celeste Labaronnie, Fernando Manzini, Lardizábal Maite e Maria del Pilar Bolpe, todos da Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata, Argentina. O estudo investiga como se dá a capacitação em telepsicoterapia, como as modalidades presencial e remota podem impactar os resultados do tratamento, e o que ocorre quando o retorno ao atendimento presencial volta a ser possível.

Finalmente, esta edição se encerra com um artigo especial, escrito pela professora Terezinha Féres-Carneiro, do Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). O artigo, chamado *Departamento de Psicologia da PUC-Rio: 68 anos de uma história de pioneirismo e inovação*, narra a história do primeiro Curso de Psicologia do Brasil, e abrange desde sua criação até os dias atuais, justamente quando o Departamento surge de forma inovadora, lançando o primeiro Curso de Graduação

em Neurociências do país. Para além da rica história contada para celebrar e comemorar a ocasião, a narrativa torna-se ainda mais relevante quando se sabe que a autora, a professora Terezinha, viveu a maior parte das páginas dessa história, já que foi aluna e professora, somando mais de 40 anos de contribuições ao Departamento.

Breno Sanvicente-Vieira

SEÇÃO TEMÁTICA

Dinâmicas sociais e psicologia: Cognição, família, trauma e inovação tecnológica em relacionamentos e tratamentos

Does self-compassion mediate the relation between perfectionism and psychopathological outcomes?

A empatia e o infamiliar: Lendo “Praça Paris” como um caso clínico

O ciclo de vida de casais brasileiros: Uma revisão integrativa

A(s) maternidade(s) de mulheres em situação de rua:
Entre violações e possibilidades de reparação subjetiva

Maternidade e nascimento prematuro: O encontro com a vivência traumática

A escuta em psicanálise: Abstinência e neutralidade em questão

Adesão e abandono em psicoterapia psicanalítica na perspectiva de adolescentes

La telepsicoterapia durante el Covid-19: Repercusiones de la capacitación y del ámbito laboral de las/los terapeutas

DOES SELF-COMPASSION MEDIATE THE RELATION BETWEEN PERFECTIONISM AND PSYCHOPATHOLOGICAL OUTCOMES?

*A AUTOCOMPAIXÃO MEDEIA A RELAÇÃO ENTRE
PERFECCIONISMO E DESFECHOS PSICOPATOLÓGICOS?*

*¿LA AUTOCOMPAISIÓN MEDIA LA RELACIÓN ENTRE EL
PERFECCIONISMO Y LOS RESULTADOS PSICOPATOLÓGICOS?*

Luiz Fellipe Dias da Rocha ⁽¹⁾

Eliane Mary de Oliveira Falcone ⁽²⁾

José Augusto Evangelho Hernandez ⁽³⁾

RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo investigar o papel mediador da autocompaixão na relação entre perfeccionismo e desfechos psicopatológicos. A amostra foi composta por 175 estudantes brasileiros de graduação, com idades entre 18 e 59 anos ($M=25,97$; $DP=8,2$). Os participantes preencheram três instrumentos psicométricos de autorrelato: Clinical Perfectionism Questionnaire apenas com itens positivos, Self-Compassion Scale – Short Form (SCS-SF), e Depression, Anxiety and Stress Scales – Short Form (DASS-21). Correlações preliminares confirmaram que as variáveis investigadas estavam significativamente correlacionadas entre si. Posteriormente, duas análises de modelo de mediação simples foram executadas e os resultados apoiaram uma mediação parcial da autocompaixão entre as duas dimensões do perfeccionismo (i.e., esforços perfeccionistas e preocupações perfeccionistas) e o fator global de DASS-21 (i.e., afetividade negativa), separadamente. Um modelo serial de mediadores múltiplos

⁽¹⁾ Mestre em Psicologia Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), doutorando em Psicologia Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPGPS/UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. email: luiz.rocha@uerj.br

⁽²⁾ Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo (USP). Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPGPS/UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. email: elianefalcone@uol.com.br

⁽³⁾ Doutor em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPGPS/UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. email: hernandez.uerj@gmail.com

Não se declararam fontes de financiamento.

também foi realizado e os resultados demonstraram que, juntas, a autocompaixão e as preocupações perfeccionistas mediaram totalmente a relação entre os esforços perfeccionistas e a afetividade negativa. Essas descobertas são consistentes com a possibilidade de que a autocompaixão e as preocupações perfeccionistas sejam processos por meio dos quais os esforços perfeccionistas resultam em desfechos psicopatológicos.

Palavras-chave: perfeccionismo; autocompaixão; psicopatologia; análise de caminhos; regressão múltipla.

ABSTRACT

This research aims to investigate the mediating role of self-compassion in the relationship between perfectionism and psychopathological outcomes. The sample was composed of 175 Brazilian undergraduate students, aged from 18 to 59 years old ($M=25.97$, $SD=8.2$). The participants filled out three self-report psychometric instruments: Clinical Perfectionism Questionnaire with only positive items, Self-Compassion Scale – Short Form (SCS-SF), and Depression, Anxiety and Stress Scales – Short Form (DASS-21). Preliminary correlations confirmed that the investigated variables were significantly correlated with one another. Subsequently, two simple mediation model analyses were run, and results supported a partial mediation of self-compassion between the two dimensions of perfectionism (i.e., perfectionistic strivings and perfectionistic concerns) and the global factor of DASS-21 (i.e., negative affectivity), separately. A serial multiple mediator model was also performed, and results demonstrated that, together, self-compassion and perfectionistic concerns fully mediated the relationship between perfectionistic strivings and negative affectivity. These findings are consistent with the possibility that self-compassion and perfectionistic concerns are underlying processes through which perfectionistic strivings may result in psychopathological outcomes.

Keywords: perfectionism; self-compassion; psychopathology; path analysis; multiple regression.

RESUMEN

Esta investigación tiene como objetivo investigar el papel mediador de la autocompasión en la relación entre el perfeccionismo y los resultados psicopatológicos. La muestra estuvo constituida por 175 estudiantes brasileños de pregrado, con edades entre 18 y 59 años ($M=25,97$; $DE=8,2$). Los participantes com-

pletaron tres instrumentos psicométricos de autoinforme: Clinical Perfectionism Questionnaire solo con elementos positivos, Self-Compassion Scale – Short Form (SCS-SF), y Depression, Anxiety and Stress Scales – Short Form (DASS-21). Las correlaciones preliminares confirmaron que las variables investigadas se correlacionaron significativamente entre sí. Posteriormente, se realizaron dos análisis de modelos de mediación simple y los resultados apoyaron una mediación parcial de la autocompasión entre las dos dimensiones del perfeccionismo (i.e., esfuerzos perfeccionistas y preocupaciones perfeccionistas) y el factor global de DASS-21 (i.e., afectividad negativa), por separado. También se realizó un modelo serial de múltiples mediadores y los resultados mostraron que, en conjunto, la autocompasión y las preocupaciones perfeccionistas mediaron por completo la relación entre los esfuerzos perfeccionistas y la afectividad negativa. Estos hallazgos son consistentes con la posibilidad de que la autocompasión y las preocupaciones perfeccionistas sean procesos a través de los cuales los esfuerzos perfeccionistas dan como resultado consecuencias psicopatológicas.

Palabras clave: perfeccionismo; autocompasión; psicopatología; análisis de ruta; regresión múltiple.

Introduction

Perfectionism might be defined as a personality trait characterized by setting high personal demanding standards and striving for flawlessness (Stoeber, 2020). So, perfectionists have rigorous criteria to define their success, and strive to reach their high standards and to avoid failures – or what they deem to be failures.

Although initial conceptualizations considered perfectionism as unidimensional, studies that investigated the latent structure of different self-report measures have indicated the hegemonic presence of two correlated dimensions, frequently called Perfectionistic Strivings (PS) and Perfectionistic Concerns (PC) (see Stoeber, 2018a, for a review). PS dimension embraces cognitions and behaviors of setting high personal demanding standards and pursuing them, whereas PC dimension includes cognitions and behaviors related to imperfections and their feared consequences (Stoeber, 2018a, 2020).

From a behavioral perspective, the two dimensions of perfectionism can be differentiated based on their functions: PS would include perfectionist components due to positive reinforcement, while PC would include perfectionist components due to negative reinforcement (Terry-Short et al., 1995). In other

words, the PS dimension is related to positive control (i.e., it involves cognitions and behaviors that aim to achieve positive consequences) and the PC dimension is more related to aversive control (i.e., it involves cognitions and behaviors that aim to avoid or to escape from adverse consequences). Therefore, it could be said that PS are driven by motivation for perfection and PC are driven by fear of failure (Slade & Owens, 1998).

The number of publications about perfectionism increased significantly in the last three decades (see Smith et al., 2022). The interest in perfectionism has grown mainly because this variable has been highlighted as a transdiagnostic process, that is, a set of cognitive or behavioral aspects that perform an important role in the etiology, maintenance, and course of several psychopathological states (Egan et al., 2011; Egan et al., 2014; Shafran et al., 2002). Generally, the two dimensions of perfectionism are positively associated with psychopathological indicators, although the PC dimension has a higher association, compared to the PS dimension, especially when the overlap between them is under control (Limburg et al., 2016; Smith et al., 2016).

A meta-analysis performed with 284 empirical studies – mostly cross-sectional ones – revealed that both perfectionistic dimensions were positively correlated to psychopathological outcomes (i.e., mental disorders, symptoms of mental disorders and outcomes related to psychopathology, as suicidal ideation and general psychological distress) (Limburg et al., 2016). It means that the higher the levels of PS and PC, the higher the levels of psychological maladjustment indicators. Nevertheless, single effect values of PC have shown to be superior to those of PS, after these dimensions' overlap control ($b \leq 0.70$ and $b \leq 0.25$, respectively).

Similar results have been found by another meta-analysis that investigated the longitudinal relation between perfectionism and depression symptoms in 10 studies with different samples (Smith et al., 2016). After the depression symptoms control at the baseline, both PS and PC revealed a little effect over depression symptoms throughout time. However, after the PC control at the baseline, the PS dimension no longer predicted depression symptoms longitudinally.

Aiming for a better understanding of this relationship, research has been conducted in order to verify mediators between perfectionism and psychopathological indicators. Research on mediators examines “how” or “why” a variable predicts an outcome variable (Frazier et al., 2004). So, mediator variables could partially or totally explain the relation between perfectionism and psychopathological outcomes, indicating the ways in which one predicts the other (Stoeber, 2018b).

As may be seen, the identification of mediators can provide a better understanding of the underlying processes between perfectionism and psychopathology. This information can enable the construction and testing of theories about the causal mechanisms responsible for change, as well as indicate the core components of treatment (Frazier et al., 2004).

Among the variables found as mediators of the relationship between perfectionism and psychopathology, self-compassion is highlighted. Self-compassion can be defined as a sensitivity to one's own pain, along with a commitment to relieve or prevent it (Irons & Beaumont, 2017). According to Neff (2003), self-compassion involves a kind and tender way to relate to oneself, especially under suffering and tough circumstances, involving the acceptance of hurtful emotional experiences, along with the comprehension that they are part of a bigger human experience.

As it may be observed, there are three components involved in the conceptualization of self-compassion: self-kindness (versus self-judgment), mindfulness (versus over-identification), and common humanity (versus isolation) (Neff & Germer, 2019; Souza & Hutz, 2016). Self-kindness refers to love, support, acceptance, and encouragement actions towards oneself, instead of judging or blaming, mainly when faced with feelings of personal inadequacy, failures, and painful life situations. Mindfulness, in self-compassion, involves awareness of one's own suffering, mistakes, flaws, or inadequacies, without being absorbed by it, exaggerating it, or dedicating the whole self to it. Common humanity refers to the sense of interconnectivity, perceiving problems and struggles as difficulties that occur in everyone's life, instead of being an isolated situation, as if the person was apart from the rest of the world. In a nutshell, self-compassion means a loving (self-kindness) and connected (common humanity) presence (mindfulness).

In general, perfectionism tends to be negatively associated with self-compassion, that is, the higher the level of perfectionist dimensions, especially PC, the lower the level of self-compassion (Barnett & Sharp, 2016; Mehr & Adams, 2016; Neff, 2003; Stoeber et al., 2020). Since the Self-Compassion Scale (Neff, 2003), used in these studies, measures both positive and negative components of self-compassion, it could be said that perfectionists are self-critical, feel isolated and easily become over-identified with negative emotions and thoughts, instead of being self-compassionate.

In turn, self-compassion showed a negative correlation with psychopathology outcomes; in other words, the lower the level of self-compassion, the higher the level of mental health symptoms (see MacBeth & Gumley, 2012, for a review). Thus, the criteria for investigating the mediating role are established, that

is, all variables involved must be significantly correlated (Frazier et al., 2004). Namely, perfectionism (predictor or antecedent) is positively associated with psychopathology (outcome or consequent) and self-compassion (mediator), while self-compassion is inversely associated with psychopathology. Lastly, to affirm that self-compassion is a mediating variable, it is necessary to show that, when it is added to the model, the strength of the relation between the perfectionism and psychopathology is significantly reduced. Some studies have investigated this.

In a sample of 358 undergraduate students from the United States, the association between PC, measured by Almost Perfect Scale – Revised (APS-R), and depressive symptom reduced from $b=.423$ ($p<.001$) to $b=.324$ ($p<.001$) after controlling for the mediator of self-compassion (Mehr & Adams, 2016). Since the strength of the association between predictor and outcome was reduced after the introduction of self-compassion, but was not zero or non-significant, there was support for the hypothesis that self-compassion partially mediated the effect of PC dimension on depressive symptoms. In a different study, using a sample composed of 77 undergraduate students from Ireland, the association between PC measured by APS-R and anxiety symptoms was no longer significant after controlling for self-compassion, indicating a full mediation effect (Murtagh, 2018).

In a third study, with a sample of the general population, mostly undergraduate students from Canada and the USA, the scores of self-compassion were merged with the scores of other variables (e.g., rumination and mindfulness) through principal components analysis, and a global factor emerged, which was called self-criticism by the authors (James et al., 2015). Self-criticism partially mediated the association between PC dimension, measured by Frost multidimensional perfectionism (FMPS), and the global factor of Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS-21). After controlling for the mediator of self-compassion, the association between PC and the global factor of DASS-21 was $b=.38$ ($p<.01$).

Gilbert (2009, 2016), inspired by the affective neuroscience of evolution, describes three types of primary systems of emotional regulation (also called motivational systems) that operate in humankind and might help in understanding the relation between perfectionism, self-compassion and psychopathological outcomes. The drive, seeking and acquisition focused system (or just drive system) has as its function to motivate the pursuit of resources and rewards, guiding the development of desires and goals. The threat and self-protection focused system (or just threat system) enables the individual to be alert and to quickly respond to threats, motivating security response in the face of real or imaginary danger stimuli. The contentment, soothing focused system (or just soothing system) en-

ables a state of contentment, peacefulness, and safeness when the individual is not seeking resources or threat-focused.

It is possible to observe similarities between the drive system and the PS dimension, since these could denote a mindset oriented to objectives that motivate people to pursue their high standards. On the other hand, PC is similar to the threat system, since this dimension may be seen as a mindset that tries to avoid failures or imperfections and their negative consequences. Thus, it would be possible to hypothesize that the PS dimension is related to the activation of the drive system, while the PC dimension is related to the activation of the threat system.

Even though the threat system has a primordially adaptive function, a lot of problems connected to mental health are related to it, especially if it is overdeveloped, sensitive, biased, or confused (Gilbert, 2009). In general, the threat system is more related to psychopathology due to the processes involved in its activation, such as neurohormonal mechanisms (e.g., cortisol response), negative emotions or emotional states (e.g., stress, fear, anxiety, and anger), biased cognitive processing (e.g., hypervigilance and worry) and often dysfunctional security strategies (e.g., avoidance) (Gilbert, 2016; Irons & Beaumont, 2017). This may explain why the PC dimension has a higher association with psychopathological indicators compared to the PS dimension.

Nevertheless, the drive and threat systems interact in a way that the search for resources might be connected to the attempt to fight against threats or to avoid them, designing a safety-seeking strategy to negative events (e.g., pursuing high standards to avoid inferiority feelings) (Gilbert, 2016). At the same time, thwarting the drive system (e.g., when the goals are not reached) tends to trigger the activation of the threat system, creating a negative emotional response (Gilbert, 2009). This may partially explain why the association between PS and psychopathological outcomes is reduced when PC is under control.

The soothing system, in its turn, helps to balance the other two systems through the activation of the parasympathetic system, being a source of well-being, peacefulness and contentment. This system was shaped by evolution to be activated by attachment behaviors (e.g., nutrition, validation, empathy, and compassion), since it brought benefits for the species, such as offspring survival and developing helpful alliances and friendships (Gilbert, 2009). One way to boost the activation of the soothing system is through self-compassion, a way of caring directed at oneself.

As can be seen, (low) self-compassion may be one of the mechanisms through which perfectionism affects psychopathology (James et al., 2015; Mehr

& Adams, 2016; Murtagh, 2018), and this is coherent from a theoretical point of view on primary systems of emotional regulation (Gilbert, 2009, 2016). However, empirical studies of mediation tend to focus on the PC dimension and neglect the PS dimension. Moreover, no studies with that aim were found with Brazilian samples. Therefore, this study aims to investigate the mediating role of self-compassion in the relationship between perfectionism, including its two dimensions, and psychopathological outcomes among Brazilians.

The hypothesis to be tested is that self-compassion is a significant mediator in this relationship, at least partially explaining the negative effect of perfectionism. If this is corroborated, the results will indicate that individuals with high levels of perfectionism (especially PC) tend to treat themselves with little (or no) self-compassion, and this partially explains the level of psychopathological symptoms experienced by them. Thus, interventions aimed at reducing perfectionism, in order to reduce psychopathology, must take into account the promotion of self-compassion.

Another hypothesis to be tested is that PC also mediates the relations between PS and psychopathology, since the individual may pursue high personal demanding standards, trying to prevent or stop the feared consequences related to imperfections and that not reaching high standards can evoke the threat system. In other words, PS predicts psychopathological outcomes due to high levels of PC (combined with low levels of self-compassion). If this is corroborated, PS cognitions and behaviors may, in some cases, configure safety-seeking strategies and must be faced by interventions within that context. Besides that, interventions could also help perfectionists to develop more functional ways to manage failures and mistakes (i.e., by thwarting PS).

Method

Participants

In this study, 175 Brazilian undergraduate students took part, with ages from 18 to 59 years old ($M=25.97$, $SD=8.2$), 86.3% being female ($n=151$) and 13.4%, male ($n=23$). One participant did not report sex, but gender (non-binary). Regarding marital status, 76% declared to be single ($n=133$), 20.57% married or in common-law marriage ($n=36$), and 3.4% divorced or separated ($n=6$).

Instruments

Clinical Perfectionism Questionnaire with only positive items (CPQ+), adapted by Rocha, Hernandez, and Falcone (in press), based on CPQ of Fairburn et al. (2003), was applied. CPQ+ is composed of 12 items that examine the frequency of some behaviors and cognitions related to perfectionism in the previous 30 days. The respondent must indicate the answer through a Likert-type scale from 1 (not at all) to 4 (all of the time). Items 1, 3, 6, 7, 9, 10, and 11 measure PS, and items 2, 4, 5, and 12 measure PC. Item 8 is removed due to simultaneous saturation in both factors of CPQ+. Composite reliability of PS was .78 and that of PC, .75; Cronbach's alpha were .79 and .74, respectively (Rocha et al., in press).

To measure self-compassion, the Self-Compassion Scale – Short Form (SCS-SF), devised by Raes et al. (2011), was applied. SCS-SF is made up of 12 items out of 26 in the long form SCS (items 6*, 26, 14, 13*, 15, 12, 9, 25*, 2*, 10, 1*, and 11* – items followed by * are reversed), in which the participants are instructed to indicate, in a scale from 1 (almost never) to 5 (almost always), how often they act in the given manner. In this study, SCS-SF was applied using the wording of the items in the long form SCS adapted for Brazilian samples by Souza and Hutz (2016). The items measure the six components of self-compassion construct (self-kindness, mindfulness, common humanity, self-judgment, over-identification, and isolation); however, the global factor is predominant. In the validity study, SCS-SF demonstrated adequate internal consistency (Cronbach's alpha ≥ 0.86) and a near-perfect correlation with the long form SCS ($r \geq 0.97$).

To measure psychopathological outcomes, the Depression, Anxiety and Stress Scales – Short Form (DASS-21) by Lovibond and Lovibond (1995), adapted to Brazilian population by Vignola and Tucci (2014), were applied. This self-report instrument is composed of 21 items that measure depression, anxiety, and stress symptoms. The respondents must indicate how much each item was related to their reality in the previous week. Answers are given in Likert-type scale, from “Did not apply at all” (0) to “Applied a lot or most of the time” (3). Although specific factors (e.g., depression, anxiety, and stress) are present, the measure is predominantly unidimensional (Zanon et al., 2020). In a Brazilian sample, the Cronbach's alpha of the global factor was .94, and composite reliability was .96 (Rocha et al., 2021). The global factor of DASS-21 will be named negative affectivity here, but it is also called general distress, general affective distress, negative affective distress, and general negative affectivity in other studies.

Procedures

After approval of the project by the Ethics in Research Committee of the institution to which this study is attached, an online questionnaire was created through Google Forms, containing the Written Informed Consent Form (WICF) and the research instruments. The invitation to participate in the project was made through social media (e.g., Facebook) and e-mails to university professors, requesting them to forward the form link to their students. The form was available for completion between August 2020 and September 2020. The mandatory responses feature was used for all items, which prevented the form being returned with missing values.

Data analysis

All data collected in this study were recorded on a computer and processed using the statistical software SPSS (version 23). Firstly, descriptive statistical analysis was performed to understand how the collected data was distributed. Internal consistency indicators for the instruments were also generated.

Since studies investigating the factorial structure of SCS-SF with Brazilian samples were not found, the Factor software (version 10.10.03) was employed, in order to perform an Exploratory Factor Analysis (EFA). A Robust Diagonally Weighted Least Squares (RDWLS) extraction method was applied, with Robust Promin rotation over a polychoric correlation matrix. The decision about the number of factors to be retained was made through Parallel Analysis, with random permutation of observed data (Timmerman & Lorenzo-Seva, 2011).

The relationship between all variables was examined by computing the Pearson's product moment correlation coefficient. To meet the assumptions necessary for mediation analysis, it is necessary for the antecedents (PS and PC) to be associated with the consequent (negative affectivity) and mediator (self-compassion), while the mediator is associated with the consequent (Frazier et al., 2004).

To test our hypothesis concerning the mediating role of self-compassion in the relationship between perfectionism and negative affectivity, mediator models were used. For this, multiple regression analysis was applied through the PROCESS macro for SPSS, according to procedures described by Hayes (2018). Standardized coefficients were used. The Bias-Corrected and Accelerated confidence interval (BCa) was estimated using the Bootstrapping technique (5000 resampling), and a 95% bias-corrected bootstrap confidence interval (CI) for the indirect effect was also reported.

Results

Results related to data distribution, as well as internal reliability indicators, can be found in Table 1. Regarding the factor analysis of SCS-SF, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) measure exhibited an index of .87 and Bartlett's sphericity test of $\chi^2(66)=1035.7$, $p<.001$, both indicating the suitability of the data for structure detection. Parallel Analysis recommended an extraction of one factor, in which all 12 items loaded substantially (loading $\geq .53$).

Table 1 — Descriptive statistics and internal reliability

	Mean	SD	95% CI	Skewness (Std. Error)	Kurtosis (Std. Error)	α	ω
PS	16.54	4.33	15.89, 17.18	.129 (.184)	-.366 (.365)	.80	.80
PC	10.70	2.80	10.28, 11.11	-.286 (.184)	-.360 (.365)	.79	.80
DASS-21	43.93	13.75	41.88, 45.98	.677 (.184)	-.034 (.365)	.94	.94
SCS	32.93	9.58	31.50, 34.35	.199 (.184)	-.815 (.365)	.88	.88

Notes:

SD = Standard deviation

95% CI = 95% confidence interval

α = Cronbach's alpha

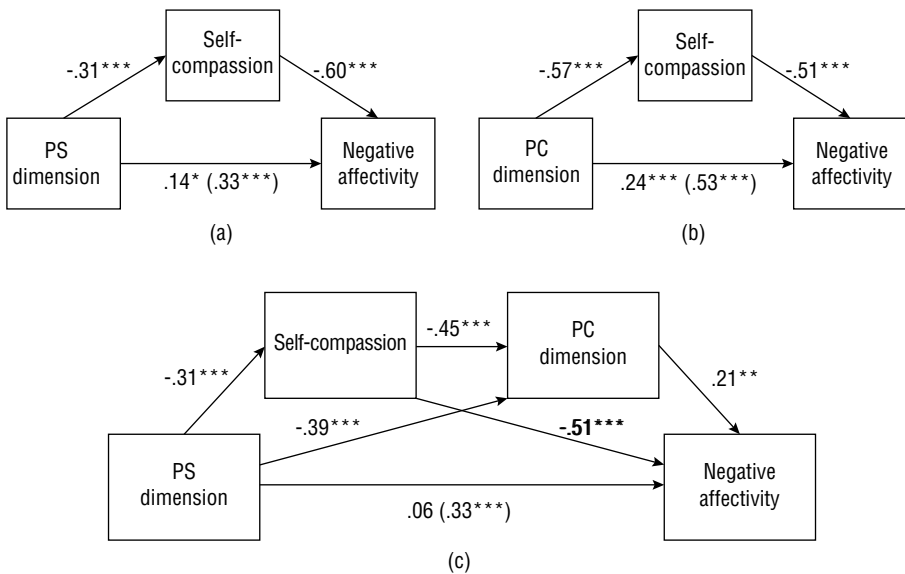
ω = McDonald's omega

Regarding the correlations, all variables presented a statically significant association with each other. According to Evans' (1996) guide for interpreting the strength of correlation coefficients, PS dimension presented a weak positive correlation with negative affectivity ($r=.33$) and a weak negative correlation with self-compassion ($r=-.31$). PC dimension presented a moderate positive correlation with negative affectivity ($r=.53$) and a moderate negative correlation with self-compassion ($r=-.57$). Self-compassion, in its turn, presented a strong negative correlation with negative affectivity ($r=-.65$). Lastly, PS dimension presented a moderate positive correlation with PC dimension ($r=.53$). All the correlations were significant at the .01 level. Therefore, the assumptions for mediation analysis were met.

Regarding mediation analyses, we firstly sought to investigate the extent to which self-compassion (M) mediated the relationship between PS (X) and negative affectivity (Y), though a simple mediation model. As can be seen in Figure 1(a), the impact of PS was significant for self-compassion ($b=-.31$, $t=-4.3345$, $SE=.1597$,

$p < .0001$, $R^2 = .098$). Self-compassion (the mediating variable) had a statistically significant effect on negative affectivity ($b = -.60$, $t = -9.9769$, $SE = .0865$, $p < .001$). PS impacted negative affectivity, controlled by self-compassion ($b = .14$, $t = 2.3972$, $SE = .1914$, $p < .05$). The total effect of the model (PS impacting negative affectivity, without the mediating variable) was $b = .33$, $t = 4.6390$, $SE = .2277$, $p < .001$, $R^2 = .11$ (11%). The mediation effect (i.e., indirect effect) was significant ($b = .19$ [95% BCa CI = .10, .27]). Self-compassion mediated approximately 57.6% of the relationship between PS and negative affectivity. Therefore, it can be said that self-compassion partially mediates the relationship between PS and negative affectivity.

Figure 1 — Perfectionism model as a predictor of psychopathological outcomes, mediated by the level of self-compassion



Notes

The Bias-Corrected and Accelerated confidence interval (BCa) was estimated using the Bootstrapping technique (5000 resampling). The total effect of the model (predictor impacting outcome, without the mediating variable) is in parentheses.

Then, we sought to investigate the extent to which self-compassion (M) mediated the relationship between PC (X) and negative affectivity (Y), through another simple mediation model. As can be seen in Figure 1(b), the impact of

PC was significant for self-compassion ($b=-.57, t=-9.1629, SE=.2139, p<.0001, R^2=.33$). Self-compassion had a statistically significant effect on negative affectivity ($b=-.51, t=-7.4281, SE=.0983, p<.001$). PC impacted negative affectivity, controlled by self-compassion ($b=.24, t=3.5176, SE=.3372, p<.001$). The total effect of the model (PC impacting negative affectivity, without the mediating variable) was $b=.53, t=8.2567, SE=.3171, p<.001, R^2=.28$ (28%). The mediation effect (i.e., indirect effect) was significant ($b=.29$ [95% BCa CI=.21, .38]). Self-compassion mediated approximately 54.7% of the relationship between PC and negative affectivity. Therefore, it can be said that self-compassion partially mediates the relationship between PC and negative affectivity.

Whereas self-compassion partially mediates the relations between PS and negative affectivity, and the strength of the association between PS and psychopathological outcomes tends to decrease after controlling for PC, a serial multiple mediator model was performed, with PS (X) as a predictor, and self-compassion (M_1) and PC (M_2) as mediating variables (Table 2). As can be seen in Figure 1(c), PS ceased to significantly impact negative affectivity, after controlling for self-compassion and PC ($b=.06, t=9.564, SE=.2103, p>.05$). The mediation effect (i.e., indirect effect) was significant ($b=.27$ [95% BCa CI=.16, .37]). Therefore, it can be said that, together, self-compassion and PC fully mediate the relationship between PS and negative affectivity.

Table 2 — Regression coefficient, standard errors, and model summary information for the presumed PC and self-compassion serial multiple mediator model

Antecedent	Consequent											
	M_1 (Self-compassion)			M_2 (PC)			Y (Negative affectivity)					
	Coeff.	SE	p	Coeff.	SE	p	Coeff.	SE	p			
X (PS)	a_1	-.31	.160	<.001	a_2	.390	.038	<.001	c'	.063	.210	.34
M_1 (Self-compassion)	—	—	—	d_{21}	-.449	.017	<.001	b_1	-.508	.098	<.001	
M_2 (PC)	—	—	—	—	—	—	—	b_2	.208	.378	<.01	
Constant	iM_1	44.37	2.73	<.001	iM_2	10.85	.978	<.001	iY	53.66	6.35	<.001
		$R^2=.10$		$R^2=.46$		$R^2=.46$						
		$F(1, 173)=$		$F(2, 172)=$		$F(3, 171)=$						
		18.79		74.43		48.51						
		$p<.001$		$p<.001$		$p<.001$						

Discussion

The present study aimed to investigate the mediating role of self-compassion in the relation between perfectionism and psychopathological outcomes. The results of the correlations are consistent with previous research demonstrating that higher levels of the two dimensions of perfectionism, especially PC, are related to higher levels of psychopathology (Limburg et al., 2016; Smith et al., 2016), and consistent with previous findings on self-compassion, which suggest that it is negatively correlated with psychopathological symptoms (MacBeth & Gumley, 2012). Moreover, the higher the levels of perfectionist dimensions, the lower the level of self-compassion, corroborating the results found by other studies (Barnett & Sharp, 2016; Mehr & Adams, 2016; Neff, 2003; Stoeber et al., 2020).

In addition to providing additional evidence for these previously identified relations, the current study examined self-compassion as a mediator of the two dimensions of perfectionism and negative affectivity. Our hypothesis that self-compassion would mediate the relationship between PS and negative affectivity was supported by the results, which indicated partial mediation, that is, self-compassion explained approximately 57.6% of the relationship. Self-compassion also partially mediated the relationship between PC and negative affectivity, which explained approximately 54.7% of the relationship.

Other studies had already indicated that self-compassion might be one mechanism through which PC affect psychopathological outcomes (James et al., 2015; Mehr & Adams, 2016; Murtagh, 2018). The present study adds evidence in this regard using a Brazilian sample, in addition to demonstrating that self-compassion is also one of the mechanisms through which PS predicts psychopathological outcomes. Thus, it could be said that individuals with high levels of perfectionist dimensions tend to treat themselves with little self-compassion and this partially explains the level of psychopathological symptoms experienced by them.

As proposed by Gilbert (2009), seeking resources and rewards (e.g., high standards) and responding to threats (e.g., fear of failure) generate psychopathological symptoms partially due to low activation of the soothing system (i.e., low levels of self-compassion). Distress arises when drive and threat systems get out of balance with the soothing system and it is not working or accessible. So, the soothing system could help to regulate the excessive need/want feelings and the threat-based emotions (Gilbert, 2009).

In practical terms, these results may indicate that interventions aimed at reducing perfectionism, in order to reduce psychopathology, must consider the promotion of self-compassion, in addition to helping the subject to establish more flexible goals, and to have a more realistic view of the consequences of failures (Egan et al., 2014; Shafran et al., 2018). In other words, it is important that interventions help perfectionists to increase a loving (self-kindness) and connected (common humanity) presence (mindfulness), instead of being self-critical, feeling isolated and becoming over-identified with negative emotions and thoughts.

Besides assessing the two simple mediation models (i.e., self-compassion mediating the effect of PS and PC, separately, on psychopathological outcomes), this study also checked whether self-compassion and PC together mediate the relationship between PS and negative affectivity, through a serial multiple-mediator model. The results of this analysis indicated that after controlling the levels of self-compassion and PC, PS no longer predicted the level of negative affectivity.

Theoretically, it could be said that the drive system, when balanced with threat and soothing systems, does not present a risk for the development of psychopathological symptoms (Gilbert, 2009; Irons & Beaumont, 2017). Thus, pursuing high standards (i.e., PS) is dangerous when individuals do that to prevent or stop the feared consequences related to imperfections, as a safety-seeking strategy, and because thwarting the search for high standards can provoke the activation of the threat system (e.g., through PC).

Additionally, perfectionists may become obsessed with pursuing their high standards, blocking the activation of the soothing system (e.g., through self-compassion). That is, an over-stimulated drive system makes it difficult to reduce the rhythm a little, through the parasympathetic system activation, to be present in the moment (i.e., mindfulness), to offer unconditional acceptance to oneself (i.e., self-kindness) and to be connected with other people (i.e., common humanity). In summary, “[...] what desires we have, the purpose of them, how we set about trying to satisfy them and how we feel and treat ourselves if we don’t get what we want or think we need – are all important to our well-being” (Gilbert, 2009, p. 159).

These results may have some practical implications. Firstly, interventions should probe whether cognitions and behaviors related to pursuing high personal demanding standards are being used as a form of protection against feared consequences (i.e., as safety-seeking strategies). Cognitive models have pointed to the trap of such strategies, since, although it reduces fear or anxiety in the

short term, it also prevents longer-term cognitive change and an accurate perception of the threat (Irons & Beaumont, 2017; Thwaites & Freeston, 2005). In the case of PS as a safety strategy, perfectionists will continue to believe, for example, that they are not a failure as a person just because they reached extremely high standards. Therefore, treatments should focus on gradually dismantling these strategies and helping perfectionists to create opportunities to test their beliefs.

Furthermore, it is important that interventions help perfectionists to develop functional strategies to use when things do not go according to plan, since the thwarting of the drive system tends to provoke the activation of the threat system, generally focused on the self, creating a negative emotional response (Gilbert, 2009). For instance, not reaching high standards tends to awaken negative beliefs, such as 'I am inadequate', which, in its turn, will lead to the experience of negative affectivity (Neff & Germer, 2019). So, it is important that perfectionists learn to identify and correct cognitive distortions as one of the possible strategies to cope with life's setbacks (Shafran et al., 2018).

Finally, another practical implication is the possibility of helping the perfectionist to slow down, offering self-compassion to themselves and providing moments of relaxation, so that they can continue the search for high standards in a healthy way. Pursuing high standards can become somewhat addictive, and self-compassion can help perfectionists find a more balanced life regarding the search of pleasures through the activation of the drive system versus experiencing contentment through the activation of the soothing system (Gilbert, 2009).

Although the present study may contribute to a better understanding of the underlying processes between perfectionism and psychopathology, it has limitations regarding to representativeness and generalizability. The sample employed does not represent the Brazilian population, making it difficult to extrapolate results. Moreover, this study used a sample of undergraduates, as do most related studies, making it important to have further research done with clinical samples. Lastly, the cross-sectional design prevents inference regarding causes, as it fails to address directionality or temporal precedence. Future studies may adopt multi-wave longitudinal design, with, at least, three measurement points (i.e., predictor in the first time, mediators in the second, and outcomes in the third), and experimental design, comparing the effectiveness of interventions that include the promotion of self-compassion, those that do not include such promotion, and of no intervention (as a control group) on the reduction of perfectionism and psychopathological outcomes.

References

- Barnett, M. D.; Sharp, K. J. (2016). Maladaptive perfectionism, body image satisfaction, and disordered eating behaviors among U.S. college women: The mediating role of self-compassion. *Personality and Individual Differences*, 99, 225-234. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.05.004>
- Egan, S. J.; Wade, T. D.; Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 203-212. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.009>
- Egan, S. J.; Wade, T. D.; Shafran, R.; Antony, M. M. (2014). *Cognitive-behavioral treatment of perfectionism*. New York: Guilford.
- Evans, J. D. (1996). *Straightforward statistics for the behavioral sciences*. Pacific Grove: Brooks/Cole.
- Fairburn, C. G.; Cooper, Z.; Shafran, R. (2003). *The clinical perfectionism questionnaire* (unpublished manuscript). Department of Psychiatry, University of Oxford, UK.
- Frazier, P. A.; Tix, A. P.; Barron, K. E. (2004). Testing moderator and mediator effects in counseling psychology research. *Journal of Counseling Psychology*, 51(1), 115-134. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.51.1.115>
- Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind: A new approach to life's challenges*. London: Robinson.
- Gilbert, P. (2016). *Human nature and suffering*. London: Routledge.
- Hayes, A. F. (2018). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. New York: Guilford.
- Irons, C.; Beaumont, E. (2017). *The compassionate mind workbook: A step-by-step guide to developing your compassionate self*. London: Robinson.
- James, K.; Verplanken, B.; Rimes, K. A. (2015). Self-criticism as a mediator in the relationship between unhealthy perfectionism and distress. *Personality and Individual Differences*, 79, 123-128. <http://doi.org/10.1016/j.paid.2015.01.030>
- Limburg, K.; Watson, H. J.; Hagger, M. S.; Egan, S. J. (2016). The relationship between perfectionism and psychopathology: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 73(10), 1301-1326. <https://doi.org/10.1002/jclp.22435>
- Lovibond, P. F.; Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-u](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u)
- MacBeth, A.; Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 545-552. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.003>

- Mehr, K. E.; Adams, A. C. (2016). Self-compassion as a mediator of maladaptive perfectionism and depressive symptoms in college students. *Journal of College Student Psychotherapy*, 30(2), 132-145. <https://doi.org/10.1080/87568225.2016.1140991>
- Murtagh, S. (2018). *Self-compassion as a mediator between maladaptive perfectionism and anxiety in college students* (undergraduate thesis). The National College of Ireland, Dublin, Irlanda. <http://norma.ncirl.ie/3282/>
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- Neff, K. D.; Germer, C. K. (2019). *Manual de mindfulness e autocompaixão: Um guia prático para construir forças internas e prosperar na arte de ser seu melhor amigo*. Porto Alegre: Artmed.
- Raes, F.; Pommier, E.; Neff, K. D.; Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the self-compassion scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(3), 250-255. <https://doi.org/10.1002/cpp.702>
- Rocha, L. F. D.; Hernandez, J. A. E.; Falcone, E. M. O. (2021). Latent structure evidence of the Depression, Anxiety and Stress Scales – Short Form. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 38, 1-13. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202138e190103>
- Rocha, L. F. D.; Hernandez, J. A. E.; Falcone, E. M. O. (in press). Psychometric properties of the Brazilian version of Clinical Perfectionism Questionnaire after rewording negatively keyed items. [Manuscript submitted in 2019 for publication in *Análise Psicológica*].
- Shafran, R.; Cooper, Z.; Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40(7), 773-791. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00059-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00059-6)
- Shafran, R.; Egan, S.; Wade, T. (2018). *Overcoming perfectionism: A self-help guide using scientifically supported cognitive behavioural techniques* (2nd ed.). London: Robinson.
- Slade, P. D.; Owens, R. G. (1998). A dual process model of perfectionism based on reinforcement theory. *Behavior Modification*, 22(3), 372-390. <https://doi.org/10.1177/01454455980223010>
- Smith, M. M.; Sherry, S. B.; Ge, S. Y. J.; Hewitt, P. L.; Flett, G. L.; Baggeley, D. L. (2022). Multidimensional perfectionism turns 30: A review of known knowns and known unknowns. *Canadian Psychology / Psychologie Canadienne*, 63(1), 16-31. <https://doi.org/10.1037/cap0000288>
- Smith, M. M.; Sherry, S. B.; Rnic, K.; Saklofske, D. H.; Enns, M.; Gralnick, T. (2016). Are perfectionism dimensions vulnerability factors for depressive symptoms after controlling for neuroticism? A meta-analysis of 10 longitudinal studies. *European Journal of Personality*, 30(2), 201-212. <https://doi.org/10.1002/per.2053>
- Souza, L. K.; Hutz, C. S. (2016). Adaptation of the self-compassion scale for use in Brazil: Evidences of construct validity. *Temas em Psicologia*, 24(1), 159-172. <https://doi.org/10.9788/TP2016.1-11>

- Stoeber, J. (2018a). The psychology of perfectionism: An introduction. In: J. Stoeber (Ed.), *The psychology of perfectionism: Theory, research, applications*, p. 3-16. London: Routledge.
- Stoeber, J. (2018b). The psychology of perfectionism: Critical issues, open questions, and future directions. In: J. Stoeber (Ed.), *The psychology of perfectionism: Theory, research, applications*, p. 333-352. London: Routledge.
- Stoeber, J. (2020). Perfectionism. In: V. Zeigler-Hill; T. K. Shackelford (Eds.), *Encyclopedia of personality and individual differences*. New York: Springer.
- Stoeber, J.; Lalova, A. V.; Lumley, E. J. (2020). Perfectionism, (self-)compassion, and subjective well-being: A mediation model. *Personality and Individual Differences*, 154, 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109708>
- Terry-Short, L. A.; Owens, R. Glynn; Slade, P. D.; Dewey, M. E. (1995). Positive and negative perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 18(5), 663-668. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)00192-U](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)00192-U)
- Thwaites, R.; Freeston, M. H. (2005). Safety-seeking behaviours: Fact or function? How can we clinically differentiate between safety behaviours and adaptive coping strategies across anxiety disorders?. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33(2), 177-188. <https://doi.org/10.1017/S1352465804001985>
- Timmerman, M. E.; Lorenzo-Seva, U. (2011). Dimensionality assessment of ordered polytomous items with parallel analysis. *Psychological Methods*, 16(2), 209-220. <https://doi.org/10.1037/a0023353>
- Vignola, R. C. B.; Tucci, A. M. (2014). Adaptation and validation of the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of Affective Disorders*, 155, 104-109. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.031>
- Zanon, C.; Brenner, R. E.; Baptista, M. N.; Vogel, D. L.; Rubin, M.; Al-Darmaki, F. R.; Gonçalves, M.; Heath, P. J.; Liao, H.; Mackenzie, C. S.; Topkaya, N.; Wade, N. G.; Zlati, A. (2020). Examining the dimensionality, reliability, and invariance of the Depression, Anxiety, and Stress Scale – 21 (DASS-21) across eight countries. *Assessment*, 28(6), 1531-1544. <https://doi.org/10.1177/1073191119887449>

Recebido em 17 de fevereiro de 2021

Aceito para publicação em 02 de junho de 2021

A EMPATIA E O INFAMILIAR: LENDO “PRAÇA PARIS” COMO UM CASO CLÍNICO

*EMPATHY AND THE UNFAMILIAR: READING
“PRAÇA PARIS” AS A CLINICAL CASE*

*LA EMPATÍA Y LO INFAMILIAR: LEYENDO
“PRAÇA PARIS” COMO UN CASO CLÍNICO*

Bartholomeu de Aguiar Vieira ⁽¹⁾

Renato Tardivo ⁽²⁾

RESUMO

Neste artigo, os autores abordam a questão da empatia na clínica psicanalítica, orientados metodologicamente pelas articulações entre a estética da recepção e a psicanálise, de modo a ler o filme “Praça Paris”, de Lucia Murat, como um caso clínico. Nessa obra cinematográfica, que versa sobre uma situação de atendimento psicológico conduzido por uma estagiária numa clínica-escola, a temática das identidades é posta como elemento importante no discurso social, o que, por sua vez, pode levar a usos equivocados da empatia. A partir das considerações de Sándor Ferenczi, articularemos um questionamento do lugar da identificação e discorreremos sobre suas conexões com o infamiliar, como apresentado por Sigmund Freud, com o objetivo de expor o que consideramos ser a postura ferencziana quanto ao uso da empatia na clínica. Sublinharemos como a sustentação do desejo de ser empático durante uma sessão deve estar articulada com a modalidade do juízo do analista: cogitar por que se está fazendo o que se está fazendo e até quando se deve fazê-lo. Como aponta esta leitura do filme, a característica humana de identificação tanto pode

⁽¹⁾ Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo (USP). Especializado em psicoterapia psicodinâmica dos transtornos da personalidade borderline e em psicologia clínica com crianças. Professor convidado do curso de Pós-graduação em Psicologia Clínica Psicanalítica da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS), membro do Grupo Brasileiro de Pesquisas Sándor Ferenczi. Professor da Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, SP, Brasil. email: bartholomeu.vieira@gmail.com

⁽²⁾ Doutor e mestre em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo (USP), com estágio de pós-doutorado em psicologia da saúde (Umesp/CAPES) e em estágio de pós-doutorado em Psicologia Clínica (IPUSP). Professor colaborador do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP, São Paulo, SP, Brasil. email: renatotardivo@usp.br

Não se declararam fontes de financiamento.

aprisonar e confundir, como servir de estranhamento diferenciador, ponto que consideramos relacionado à proposta.

Palavras-chave: empatia; Sándor Ferenczi; clínica psicanalítica; infamiliar.

ABSTRACT

In this article, the authors address the issue of empathy in the psychoanalytic clinic, guided methodologically by the articulations between the aesthetics of reception and psychoanalysis, in order to read the film “Praça Paris”, by Lucia Murat, as a clinical case. In this cinematographic work, which deals with a situation of psychological care conducted by an intern at a school clinic, the theme of identities is presented as an important element in social discourse, which in turn, may lead to misuses of empathy. Based on Sándor Ferenczi’s considerations, we will articulate a questioning of the place of identification and discuss its connections with the unfamiliar, as presented by Sigmund Freud, with the aim of expressing what we consider to be the Ferenczian posture regarding the use of empathy in the clinic. We will underline how upholding the desire to be empathic during a session must be articulated with the analyst’s modality of judgment: considering why one is doing what one is doing and up to what point it should be done. As this reading of the film points out, the human characteristic of identification can both imprison and confuse, as well as serve as a differentiating estrangement, a point that we consider related to the proposal.

Keywords: empathy; Sándor Ferenczi; psychoanalytical clinic; infamiliar.

RESUMEN

En este artículo, los autores abordan la cuestión de la empatía en la clínica psicanalítica, orientados metodológicamente por las articulaciones entre la estética de la recepción y el psicoanálisis, leyendo la película “Praça Paris”, de Lucía Murat, como un caso clínico. En esa obra cinematográfica, que versa sobre una situación de atención psicológica conducida por una pasante en una clínica-escuela, la temática de las identidades es puesta como elemento importante en el discurso social, que, a su vez, puede llevar a usos equivocados de la empatía. A partir de las consideraciones de Sándor Ferenczi, articularemos un cuestionamiento del lugar de la identificación y discutiremos sobre sus conexiones con lo infamiliar, como es presentado por Sigmund Freud, con lo objetivo de exponer lo que consideramos es la postura ferencziana al respecto del uso de la empatía clínica. Subrayaremos como el sustento del deseo de ser empático durante una

sesión está articulado con la modalidad del juicio del analista: pensar por qué se está haciendo lo que se está haciendo y hasta cuando se deber hacerlo. Como apunta esta lectura de la película, la característica humana de identificación puede tanto aprisionar y confundir, como servir de extrañamiento diferenciador, punto que consideramos está relacionado con la propuesta.

Palabras clave: empatía; Sándor Ferenczi; clínica psicoanalítica; lo ominoso.

Introdução

De cima do palco, ela diz para a plateia: “Na minha cabeça, era absolutamente impossível fazer análise com uma pessoa que não tivesse sido torturada, porque aquela experiência foi tão limite, tão desesperadora, que era impossível fazer análise com alguém que não soubesse pelo que eu tinha passado. Então, eu achei uma pessoa que também tinha sido torturada, e foi um absoluto desastre, porque houve um processo de contratransferência, um bolo total.” Essas foram as palavras de Lucia Murat no Festival do Rio, oportunidade em que comentou sobre o filme “Praça Paris”¹.

Tal produção fílmica será alvo de nossa análise nas páginas seguintes, com o objetivo de explorar a questão da empatia na clínica psicanalítica. Articularemos esse elemento, que modifica a conduta clínica clássica, mediante um questionamento do lugar da identificação – com suas certezas patologizantes – e defenderemos a experiência com o infamiliar (Freud, 1919/2019) como decorrência da empatia. Escolhemos o filme e este tema porque a questão das identidades se presentificou como elemento importante no discurso social, confundindo o uso da empatia.

Sobre o método de análise de um filme como caso clínico

Com relação ao método de análise do filme, adotamos, inicialmente, a perspectiva proposta pelo esteta Luigi Pareyson (2001). Segundo ele, o espectador de uma obra de arte, na condição de intérprete, é quem a executa. Dessa perspectiva, ler uma obra significa executá-la, na medida em que executar é fazer com que ela viva sua própria vida. Dizendo de outra forma, trata-se de tirar a obra de sua aparente imobilidade – de seu esquecimento, de sua quietude – para lhe devolver pulsação, vida. Nessa perspectiva, ao executar uma obra, ainda de acordo

com Pareyson (2001), nada fazemos senão lhe devolver o que já era dela, já estava nela, à espera de uma leitura, um olhar, uma escuta.

Para a articulação entre a estética da recepção e a psicanálise, buscamos amparo nas formulações de Frayze-Pereira (2010). Ao delinear o campo da Psicologia da Arte entre a Estética e a História da Arte, o autor afirma:

a perspectiva aberta pela Psicologia da Arte é a de evidenciar os princípios de uma conduta própria ao homem, reguladores de uma estrutura ao mesmo tempo material e imaginária, consciente e inconsciente, no quadro e limite de seus poderes e de seus conhecimentos, num certo momento de sua história e em determinado círculo de civilização. É, portanto, uma perspectiva *psicossocial*. (Frayze-Pereira, 2010, p. 66)

Essa orientação metodológica recusa a aproximação reducionista segundo a qual a obra de arte é utilizada como receptáculo para aplicação e validação de teorias psicológicas, tendo por objeto seja a própria obra, seja o psiquismo do artista. Procura, em outra direção, considerar os aspectos envolvidos – trabalho do artista, obra e trabalho do espectador –, atentando para a comunicação entre eles. Dessa perspectiva, a Psicologia da Arte “requer a presença da psicanálise”, uma vez que “a abertura do psicólogo social para a arte dependerá principalmente de sua disposição, como espectador da arte, para introduzir-se nesse campo abissal [...] correndo o risco da vertigem e o da perda de pontos fixos”. Assim, o espectador, “ao se abrir para o campo das obras”, terá de se haver com “questões de ordem transferencial” e, “consequentemente, comprometer-se” (Frayze-Pereira, 2010, p. 66-67).

Em publicações de outros psicanalistas, já foram trabalhados o conceito da rigidez identitária (Santos & Polverel, 2016) e suas consequências iatrogênicas (Ferraz & Moretto, 2016). Sinteticamente, trata-se do problema em torno da suposta garantia antecipatória de segurança de uma análise, por meio dos traços identitários entre um analista e seu paciente. Sobre esse tema, desejamos articular tal problemática com a fala de Murat, para sustentar que a segurança trazida por uma relação de empatia é proveniente da construção do reconhecimento do lugar de fala de um paciente, que não tem qualquer garantia salvaguardada por traços identificatórios. Com esse argumento, queremos dizer que o trabalho do analista não possui, antecipadamente, qualquer certeza de que seu inconsciente não será atravessado (ou mesmo comprometido) por um discurso cultural em torno de sua própria identidade ou no que concerne à identidade alheia.

Tendo em vista que o objetivo do trabalho analítico é uma ação sobre o Inconsciente e que esse ofício é justamente o de desmonte de certezas, ação de desconstrução e reconstrução da identidade, como articular a empatia com tal processo e qual é a diferença entre ela e a identificação? Em miúdos, estamos nos perguntando sobre como garantir a atenção flutuante do analista diante dos discursos sociais que inevitavelmente o atravessam.

Narrando os primeiros momentos do filme “Praça Paris”

A sequência de abertura do filme se dá em Portugal, de frente para o mar. Do outro lado, está a América. Há na trilha sonora um fado, cantado por uma mulher. Uma moça, com roupas de frio, caminha na direção de um precipício que dá para a praia. A câmera se aproxima dela gradualmente até assumir a perspectiva do seu olhar. Ela olha para baixo. Depois, ocorre um novo corte, para uma tomada aberta do oceano. Os créditos com o nome do filme tomam a tela. A canção continua. Agora, a moça está nadando no mar. Um plano fechado capta detalhes do seu corpo. A câmera acompanha o seu retorno à superfície. A moça sorri. No fundo do quadro, vê-se a praia. Ela agora está no Rio de Janeiro. A canção termina.

A seguir, a câmera percorre os corredores da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Em plano-sequência, o filme mostra algumas pessoas sentadas em situação de espera, até parar diante da porta 1, que está fechada. Na próxima cena, dentro da sala, a moça do início está de frente para outra mulher. Camila e Glória. Terapeuta e paciente. Com sotaque português, Camila pergunta a Glória por que ela procurou as consultas. A paciente responde que foram muitas coisas. Ela fala sobre o pai, que bebia. Diz que ele deu muito trabalho, que era violento. A terapeuta, com expressão de desconforto, faz anotações em um caderno.

No desenrolar de sua fala, relatos escabrosos da realidade da violência que vive invadem Camila, que fica estarrecida pelo que ouve. Um determinado olhar sobre a clínica criticaria o estado de indignação que assombra Camila. Talvez uma postura quase inerte, que não transparecesse emoções, fosse mais apropriada para uma escuta clínica. De forma diversa, apostamos que as reações emocionais da terapeuta fazem diferença e que a dificuldade desse exemplo está no impedimento elaborativo dessas emoções. Para que fique claro, estamos propondo que o bom uso dos sentimentos é completamente diferente de uma atuação apática ou de uma postura sentimentalista pura e simples; nosso ponto

de vista salienta que o eixo diferencial está na forma como os afetos do analista (Gondar, 2008) são trabalhados.

As sequências descritas acima correspondem aproximadamente aos três primeiros minutos do filme, mas já apresentam alguns de seus elementos fundamentais. De um lado, a terapeuta branca, europeia, com nível superior; do outro, a paciente negra, moradora de uma favela do Rio de Janeiro, ascensorista da universidade onde Camila a atende. A história de Glória é marcada por abusos, mortes, aprisionamentos. O trauma vivenciado na relação com o pai dá início a uma conjuntura complexa que o filme revela aos poucos. Seu irmão cumpre pena e, da cadeia, controla a vida da comunidade, bem como a vida da própria Glória.

Empatia e identificação

Freud (1912/2010) afirma que a empatia está no começo do tratamento e é aliada ao estabelecimento do vínculo terapêutico chamado de “transferência”. Em outra passagem, ele nos diz que qualquer fala do analista de cunho interpretativo, se feita sem tato, acarreta uma psicanálise selvagem; ou seja, é inútil aos propósitos de um tratamento (Freud, 1910/2013), posto que é insensível, fria, intelectualizada e ignorante do aspecto transferencial.

A opinião de Freud sobre o tato merece considerações. Entendida como sinônimo da faculdade da empatia, caracteriza-se como um dom inato (Freud, 1925/2011) que aponta os limites da capacidade de analisar praticada por um psicanalista; ou seja, uma divisa capaz de ampliação a partir da experiência de uma análise. O paradoxo inerente a essa visão, que poderia ser confundido com falta de coerência, na verdade, remete ao profícuo diálogo entre o criador da psicanálise e Sándor Ferenczi, vivaz defensor daquilo que chama de “segunda regra fundamental” (Ferenczi, 1928/2010). Nessa proposta, o avanço de uma análise está articulado com a “equação pessoal do analista”, que, em nome da higiene mental – isto é, de sua saúde psíquica –, precisa desenvolver um treinamento de suas capacidades sensíveis por meio da investigação de seu mundo mental pessoal, durante uma situação na qual ele mesmo é um paciente em análise. Posto de outro modo, estamos acrescentando que é um efeito específico da análise o aprimoramento da sensibilidade do paciente.

No que concerne à figura da terapeuta, Camila é uma personagem marcada por mistérios. Há em seu apartamento um retrato da avó na Praça Paris. Em uma das cenas do filme, ela olha com ressentimento para a foto e diz que

o Brasil é o culpado por sua morte. A praça em questão se localiza no Rio de Janeiro, no bairro da Glória (sugestivamente, o nome da paciente), e foi inaugurada em 1929. No início do filme, levando a foto da avó tirada ali, Camila vai à praça com o namorado, que é fotógrafo, e posa para ele a fim de reproduzir a imagem.

Em determinado momento da trama, Glória é torturada por policiais para revelar informações sobre o esquema que mantém o irmão comandando a comunidade de dentro da prisão, algo de que Camila ainda nada sabe. Quando Glória chega com o rosto marcado pelas agressões e desvela o ocorrido, Camila se indigna e, após servir um copo d'água para a paciente, insiste em que ela faça uma denúncia e, indo além, toma partido da situação de um ponto de vista curioso: diz que a universidade poderia intervir e ajudá-la. Vemos aqui uma sequência interessante para encaminhar a dificuldade de circulação de afetos entre elas, em que Camila se vê tomada por ímpetos de ação onipotentes – e conseqüentemente impotentes – que ultrapassam as fronteiras de seu ofício. Não se trata de questionar uma medida protetiva e de acolhimento praticada por analistas, e sim de apontar como uma prática de cuidado pode ser ação de contratransferências não elaboradas como efeitos da dinâmica da dupla por ocasião da falha do analista em simbolizar e recuperar as partes perdidas traumáticas de determinada comunicação na relação terapêutica. Diante de uma situação clínica como a da cena, a sequência de eventos deveria evitar a paralisação da capacidade de internalização da experiência, responsável por gerar o arrefecimento da vitalidade e o bloqueio no acesso a dimensões da realidade.

Sobre o uso dos afetos, salientamos que a postura de Freud formaliza um dos possíveis pilares na escolha de conduta de uma análise. Ele explicitamente recomenda o uso da *abstinência* em um contexto de *neutralidade* (Freud, 1919/2017), dois articuladores do enquadre que podem ser resumidos como um “não entrar no jogo do paciente”, uma evitação de captura que a transferência e suas inevitáveis armadilhas convocam. Essa é uma medida geral e importante para os casos em que uma análise segue os moldes da matriz clássica (Figueiredo & Coelho Jr., 2018). Tal modalidade indica que um dos trabalhos do analista é frustrar ganhos secundários do paciente capazes de beneficiar, ilegitimamente, o escoamento da angústia; ou seja, para que haja associação livre, é importante sustentar um certo tensionamento. Por sua vez, no que se refere às interpretações, deve-se, igualmente, evitar pecar pelo excesso de frieza, ou pior, por proximidade indevida, pois ambos distensionam o processo de análise. No contexto deste artigo, não entraremos em detalhes quanto à óbvia impossibilidade de universalização desse modelo para todo e qualquer tipo de paciente; contudo, por não acharmos

adequado ignorar a oportunidade de fala acerca disso, fazemos a ressalva de que as modificações técnicas de Ferenczi se destinam, justamente, a tornar possível o acolhimento de pacientes que não estão no espectro daqueles usualmente abordados por Freud – fóbicos, obsessivos, histéricos – e abranger quadros mais amplos de sofrimento psíquico.

Desejamos ressaltar, relativamente à conduta, dois pontos. Primeiro, que o modelo clássico se fundamentou no abandono da teoria do trauma, escolhendo ignorar a especificidade que esse elemento produz; ou seja, Freud fez seu projeto de enquadre levando em consideração um tipo de sofrimento psíquico específico e um tipo de funcionamento mental. A outra consideração, mais voltada à autocrítica, toca às consequências da rigidez dessa dimensão. Presos a uma espécie de austeridade diante dos afetos, corremos o risco de nos tornarmos apáticos ou, pior, de sermos hipócritas com nossos pacientes, por fingirmos que aquilo que nós mesmos provocamos com o dispositivo clínico que oferecemos em nada nos diz respeito.

A oferta de psicoterapia feita por Camila conjuga a dimensão de uma dinâmica de cuidado, que, por sua vez, é considerada ingênua por Glória, talvez por fazer uso de uma série de ideias preconcebidas quanto a suas vivências e modos de existir. Diante dessa forma velada de silenciamento, Glória resiste: diz que sonhou com Camila, ou melhor, que sonhou que era a terapeuta. A câmera, em plano fechado, se desloca lateralmente, de modo a captar, ao longo da conversa, ora o rosto de uma, ora o da outra. Camila pergunta como foi o sonho. Glória responde que falava com o sotaque dela (Camila fica um pouco sem graça) e que “era rica e bonitinha, como se a gente tivesse... tipo trocado de lugar, sabe? Eu aí, você aqui. Mas você não ia querer ter a minha vida, ia?”. Glória ri com sarcasmo. Evasiva, Camila diz: “É difícil porque... nós, de fato... Nós não podemos escolher ter a vida dos outros”. Glória continua: “E eu, como a doutora, eu me enxergava igual um bicho de zoológico”. Camila pergunta se é assim mesmo. Glória responde que “bichos, somos todos” e, triunfante, pergunta retoricamente se a terapeuta ainda acha que ela deveria denunciar a agressão.

Da abundância de conteúdos representacionais dessa cena, decidimos salientar a temática da empatia, pois, segundo nossa perspectiva, que acompanha a entrevista dada pela diretora no Festival do Rio, a expectativa de falar para alguém que sabe o que passamos é ponto nodal, seja do ponto de vista do roteiro ou da construção das imagens. Alguns exemplos: Glória não vai à sessão seguinte, e Camila se senta no lugar da paciente. Glória segue faltando, e, em um dos encontros no elevador da universidade, Camila pede que ela retome os atendimentos.

Noutra situação, Camila fica repetindo em sua mente a fala da supervisora de que “a empatia não é peninha do paciente”. E, finalmente, o que dispara a interrupção do processo, dessa vez por parte da terapeuta: “Parece que você sente o que eu sinto”, Glória lhe diz. Na sessão anterior, Glória esquece o celular na sala de atendimento, e Camila vasculha as fotos e vídeos, repletos de cenas de violência. A essa altura, Camila já sabe da existência do irmão de Glória, e a tomada de contato, por parte da terapeuta, com o histórico de violência de sua vida, incluindo o fato de que Glória teria matado o pai abusador, paralisa Camila.

A elasticidade da técnica, proposta por Ferenczi (1928/2010), é o elemento que se incorpora à equação pessoal do analista a partir de sua análise e que o torna capaz de tolerar os conteúdos psíquicos do paciente sem opor resistência, mas também sem sair do seu lugar. Trata-se mesmo de fazer as fronteiras do seu eu serem mais porosas e vacilantes (Figueiredo, 2003). Assim, se Freud se mantém desconfiado do que poderia ser feito em nome da empatia, tal fato não passa despercebido por Ferenczi, que, dentre outras modificações em relação à técnica psicanalítica, procura, em determinado momento de sua obra, formalizar o modo como devemos usá-la.

É importante ressaltar que nunca se tratou de refutar o modo de trabalhar proposto por Freud, e sim de afinar os meios terapêuticos mediante o desenvolvimento de uma teoria sobre a ética própria à Psicanálise. É com essa preocupação que Ferenczi retoma a indicação freudiana acerca da empatia no começo do tratamento, para desenvolver a forma como devemos, no exercício terapêutico, ser psicanaliticamente empáticos. Para isso, dirá:

Se, com a ajuda do nosso saber, inferido da *dissecação de numerosos psiquismos humanos*, mas sobretudo da dissecação de nosso próprio eu, conseguirmos tornar presentes as associações possíveis ou prováveis do paciente, que ele ainda não percebe, poderemos – não tendo como ele, de lutar com resistências – adivinhar não só seus pensamentos retidos, mas também as tendências que lhe são inconscientes. Permanecendo ao mesmo tempo e a todo momento atentos à força da resistência, não nos será difícil decidir sobre a oportunidade de uma comunicação e a forma de que deve revestir-se. Esse sentimento nos impedirá de estimular a resistência do paciente, de maneira inútil ou intempestiva. Por certo não é dado à psicanálise poupar o paciente de todo o sofrimento; com efeito, aprender a suportar um sofrimento constitui um dos resultados principais da psicanálise. Entretanto, uma

pressão a esse respeito, se for desprovida de *tato*, fornecerá apenas ao paciente a oportunidade, ardentemente desejada pelo inconsciente, de subtrair-se à nossa influência. (Ferenczi, 1928/2010, p. 31, grifos pessoais)²

Propomos então que existe uma dimensão da empatia que entende a radicalidade da diferença na *experiência com o outro*, e não como outra versão, que se confunde quanto a esse assunto – decorrente de um entendimento errôneo sobre a frieza e o uso dos sentimentos – e que é exemplificado pela postura de Camila ao longo do tratamento que conduz. Isso fica claro na proposta de Ferenczi com seu texto *Confusão de língua entre os adultos e a criança* (1933/2011), no qual o autor diferencia a questão da identificação e da similaridade daquela da diferenciação, na postura empática do analista. Trata-se de observar como, muitas vezes, os pacientes se identificam com “os desejos, as tendências os humores, as simpatias e antipatias” (p. 113) dos analistas para evitar acusá-lo de erros.

Segundo nosso argumento, é justamente porque o analista sabe que não é como a outra pessoa que ele pode observar coisas sobre ela, coisas invisíveis para o paciente, já que ele está sob o efeito das resistências. Essa é a dimensão do infamiliar do paciente para o próprio paciente, pois apresenta para ele o contato afetivo com camadas que ele não consegue perceber no momento presente, mas que podem ser captadas pelo analista e trazidas para o campo de contato, como visto no exemplo anterior, que remete o leitor à curiosa categoria da “adivinhação”.

O tipo de prática clínica que estamos sugerindo se volta ao estranhamento (aqui chamado por nós de “infamiliar”) que decorre da empatia, e não da sensação de plena certeza, convicção e de conhecimento sobre o outro. Em seu bojo, há um questionamento da interpretação como uma atribuição de sentido, dando ênfase, em seu lugar, à capacidade do analista de se abrir aos não-sentidos e tolerar uma experiência que acolhe a radical diferença. Apostamos que é justamente no contato com o infamiliar que se pode desprender modos carregados de não-sentidos, possibilidades de criação diante da repetição compulsiva e mortífera e da sustentação do inesperado, que, carregados de descentramento, levam um sujeito ao “novo começo” (Balint, 1993).

Quando Camila fica estarrecida e paralisada ao ouvir os relatos de violência doméstica narrados por Glória em sua infância, a falta de reação emocional nessa situação demonstra o impacto traumático na terapeuta. Nesse momento

do filme, vemos como a falta da capacidade de Camila de sentir junto contribui para a criação do que depois será vivido com persecutoriedade paranoide. Devemos diferenciar daí o que seria uma solução igualmente problemática: a falsa empatia promete uma garantia ilusória de compreensão por vias identificatórias. Essa seria a falácia da capacidade de entender uma pessoa porque a primeira acha que sabe como a outra se sente, porque supõe que já viveu situações semelhantes. Se desejarmos trabalhar com a noção de empatia, não poderemos correr o risco de silenciar a experiência singular de um sujeito com os estados emocionais sentidos pelo analista, isto é, não podemos tomar a vida ou a imagem do analista como um espelho para o paciente. Isso seria o mesmo que supor que somente um analista negro é capaz de atender negros, ou que ser homossexual é condição essencial para atender homossexuais, o que configuraria um perigoso eixo narcísico no tratamento. Deve-se deixar claro que não estamos com esse argumento entrando no mérito da identificação maior – inerente e indiscutível – entre pessoas de um mesmo grupo social. Nosso compromisso é apenas com o tema psicanalítico, para afirmar que justamente essa similaridade de vivências não deve influenciar, positiva ou negativamente, o nível de empatia entre paciente e terapeuta.

A respeito da empatia, Ferenczi (1930/2011) aponta que deve ser criada uma atmosfera amical e benevolente. Isso implica o tempero dos afetos de modo que as atitudes opostas de relaxamento e tensão se conjuguem; trata-se de sustentar a exigência de “total sinceridade” e não de um amor fingido (p. 69), tendo em vista a tensão emocional que será criada com esse pedido silencioso. Por sua vez, tal demanda só poderá ser sustentada se, de fato, for criada uma postura que contemple a problemática da identificação *versus* diferenciação no campo analítico.

Novamente remetidos à questão dos analistas *safe*, nossa discordância quanto a essa prática vem do argumento de que tal modo serve aos propósitos de aplinar e simplificar a subjetividade, além de fazer apenas metade da tarefa proposta por Ferenczi como ação da empatia na clínica, faltando o momento do afastamento que antecede a boa interpretação. O problemático dessa lógica da semelhança pela identidade está no fato de que algo fundamental da experiência humana é silenciado; isto é, a diferença ou o não saber sobre o outro, o singular, o subjetivo da experiência emocional de cada um. Aquilo que toca, propriamente, ao *infamiliar*.

O infamiliar

No ensaio “O infamiliar”³, Freud (1919/2019) se debruça sobre aspectos da relação entre Psicanálise e arte, priorizando uma dimensão propriamente estética – “as qualidades do nosso sentir” (p. 29). Em direção contrária às aproximações até então hegemônicas entre estética e teoria do belo, ele investiga as motivações para que uma obra provoque a impressão de infamiliar e que, por sua vez, se manifeste na consciência como aterrorizante. A partir de um estudo da palavra “*Unheimliche*” em diversas línguas e da consideração para as circunstâncias que despertam em nós o sentimento do infamiliar, Freud afirma que “o infamiliar é uma espécie do que é aterrorizante, que remete ao velho conhecido, há muito íntimo” (p. 33). Esse elemento fascina e afasta o sujeito, demonstrando a existência de um núcleo sensível a essa esfera dentro de cada indivíduo. A capacidade de aterrorizar em simultaneidade com o fascínio está intimamente relacionada ao processo de defesa envolvido no ato em que tal particularidade se dá, justamente no ponto de cruzamento entre o infamiliar e o familiar.

Na situação do filme, Camila se vê tanto impelida a ajudar Glória, pois enxerga toda a sua vulnerabilidade social e se sensibiliza com isso, como é tomada pelo terror ao ver que a paciente guarda vídeos de tortura em seu celular. Parece ser impossível comportar em sua própria mente uma representação integrada de quem é Glória sem que ela produza experiências de persecutoriedade em Camila. Essa conjugação nos faz lembrar da problematização de Freud quanto ao infamiliar e o familiar, quando o autor recusa a mera oposição entre os termos. Em alguns casos citados por Freud, o significado de “familiar” coincide com o seu oposto. A essa constatação, o psicanalista recorre à observação de Schelling, segundo o qual “infamiliar seria tudo o que deveria permanecer em segredo, oculto, mas que veio à tona” (p. 45).

Ao longo das sessões, as tentativas iniciais de Camila de acolher Glória vão cedendo lugar para uma posição de persecutoriedade. Os relatos da paciente sobre os abusos que sofreu causam desconforto e, em seguida, forte angústia em Camila, circunstância que se intensifica gradualmente. A esse respeito, não vamos olhar apenas pela ótica da contratransferência – que será abordada na sequência do texto –, mas pela capacidade projetiva da paciente que faz a analista experimentar um forte sentimento de perseguição e vigilância. Estamos aqui no campo do pensar compartilhado, de modo inconsciente, segundo uma clínica da identificação projetiva (Bion, 1959/1991). Isto é, forma-se entre Camila e Glória uma fantasia inconsciente, de caráter agressivo e expulsi-

vo, compondo um modelo de relação defendido. É nossa opinião que Camila e Glória tiveram dificuldades em estabelecer uma relação de comunicação objetiva, predominando cisão e projeção. Diante do bloqueio da comunicação entre terapeuta e paciente, Glória passa a ter necessidade de comunicar o sofrimento de uma vida vigiada e perseguida por outras vias, ou seja, fazendo Camila se sentir assim.

A tensão aumenta consideravelmente porque elas frequentam o mesmo espaço físico. Glória parece se dar conta dos efeitos que causa sobre a terapeuta e passa a convocá-la da perspectiva do assombro, parecendo adotar uma intenção de causar perplexidade. Mas, complementarmente, é na medida em que Camila não pode escutá-la que Glória se dirige a ela dessa forma, e, assim, as limitações da escuta da terapeuta alimentam os segredos guardados pela paciente. Chega o momento em que o potencial de assombro da paciente, isto é, a sensação de infamiliaridade que ela desperta na terapeuta, alcança um limite. Enquanto, colada à atmosfera violenta da vida de Glória, Camila tem sonhos e devaneios de perseguição, a paciente vai até a casa da terapeuta e implora: "Você pode me escutar por um segundo?". Camila não pode. Essa parte final da trama enfatiza as impossibilidades de contato entre elas e, ao mesmo tempo em que encaminha o desfecho trágico da história de Glória, potencializa as contaminações de sua história na vida de Camila.

No fim do filme, Glória prepara o prato favorito de seu irmão – frango com quiabo – e despeja uma quantidade considerável de veneno na refeição. Após levar a quentinha ao presídio, já em casa, Glória joga suas roupas numa mala e envia uma mensagem de áudio para Camila, dando a entender o que teria feito ao irmão. Ao chegar em casa, à noite, Camila fica sabendo pelo porteiro que um homem negro e alto a procurou. Trata-se do rapaz com quem Glória estava se relacionando e que, recentemente, havia sido agredido a mando do irmão dela. Na manhã seguinte, Camila vai à universidade atormentada e, enquanto caminha até a sala de atendimento, um homem está à sua espera. Com ar de preocupação, ele diz: "Doutora, eu preciso falar com a senhora". Tem início a última sequência.

Camila aperta o passo na direção oposta à que caminhava. O homem sai em seu encalço, o que chama a atenção dos seguranças da universidade. Camila sobe as rampas e lances de escada. O homem a persegue. Ela se depara com um portão gradeado, que alude a uma prisão, e o empurra para seguir adiante. O homem não desiste. Os seguranças, armados, o abordam. Quando leva a mão ao bolso, provavelmente para apresentar um documento que de alguma forma o assegurasse, ele leva um tiro. Há então um plano de Camila, que já está no ter-

raço do edifício. Ao ouvir o barulho do tiro, ela segue correndo até o parapeito e se inclina. Em câmera subjetiva, lá embaixo, como na primeira sequência do filme, está o mar de Portugal. Começa a tocar o mesmo fado do início e sobem os créditos finais.

É interessante notar que, na sequência inicial, Camila se debruça sobre o parapeito que dá para o mar. Ela está na Europa; do outro lado, está a América. Camila atravessa o oceano e emerge no Rio de Janeiro. Agora, na sequência final, ela também se debruça sobre um parapeito – no alto do prédio da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. O último plano é do mar, com a trilha sonora portuguesa. O filme retorna ao início. Se tomarmos essas duas sequências dos extremos do filme, veremos que elas estabelecem entre si o efeito obtido pela ferramenta campo e contracampo – quando planos de um filme orientados em sentidos opostos se alternam. Na trama, Portugal e Brasil. Por meio dessa ferramenta, cria-se no espectador o efeito de que ambiências e personagens, que se encontram separados, ocupam o mesmo espaço cênico, e esse efeito contribui para a série de embates em que se desdobram as diferentes condições assumidas pela terapeuta e pela paciente e para a atmosfera infamiliar que as atravessa.

Nessa medida, podemos então perguntar: o assombro de Camila é indicativo de sua abertura à alteridade e sua disponibilidade para suportá-la, ou os sentimentos de infamiliaridade vividos por ela, assombrada pelos próprios fantasmas, a impedem de escutar Glória? Segundo Dunker (2019), “o infamiliar é o outro, o estrangeiro, a morte ou o lugar para onde vamos” (p. 206). No caso de Camila, há circunstâncias que reforçam ainda mais seus sentimentos de infamiliaridade: trata-se do mistério em torno da morte de sua avó e do retrato dela, reproduzido por Camila na praça que dá título ao filme. A convergência com a tese de Freud, para nós, não poderia ficar mais clara. O estrangeiro remete, aqui, ao velho conhecido, e a fotografia da avó na Praça Paris é emblema do que deveria permanecer oculto, mas veio à luz. Assim, parece ter faltado análise pessoal e supervisão a Camila, cujos fantasmas são despertados nos encontros com Glória, até que a própria paciente sucumba ao limite do infamiliar. O prefixo de negação “in” (“*un*”, no original), que, para Freud, seria sinal do recalçamento, é colocado em questão à medida que Camila, aprisionada aos próprios fantasmas, não consegue acompanhar a paciente. Os sonhos e devaneios de perseguição de Camila sinalizam a intensidade com o que o infamiliar e o familiar correm um para o outro.

Camila parece se convencer muito rapidamente da fragilidade de sua paciente, esquecendo-se de que ela não é, nem sabe como é ser Glória. Se é in-

discutível que há desamparo social na narrativa de Glória, Camila vai pela errônea via da boa intenção e da crença de que é ela quem possui alguma coisa faltante em sua paciente. Em situações como essa, somos levados a pensar, junto de Rosa et al. (2017), que Camila parece estar afetada pelo núcleo da resistência dos analistas à escuta dos sujeitos em situações de vulnerabilidade social, resistência praticada diante do contato com pessoas que estão alienadas por um discurso sociopolítico feito de narrativas taxativas que as impedem de acessar suas dimensões desejanças. Dito de outro modo, Camila confunde quem é Glória, pois fica invadida por argumentos jurídicos, médicos e políticos, e acredita já saber algo sobre sua paciente e ter indícios de sua dimensão social. Glória zomba desse jogo de imagens – como podemos ver na cena em que aparece travestida de Camila.

Não é aleatório, portanto, que Lucia Murat utilize no filme tantas vezes o campo e o contracampo: Portugal e Brasil, como terapeuta e paciente, correm um para o outro. Coloca-se, assim, outra temática trabalhada por Freud (1919/2019) em "O infamiliar": a temática do duplo. Tomando Glória por seu duplo, Camila, na ânsia de encontrar "uma segurança quanto à continuidade da vida", se depara com o "infamiliar mensageiro da morte" (p. 71). Parafraseando o escritor Heinrich Heine, Freud afirma que "o duplo se tornou uma imagem do horror, tal como os deuses, que, após a queda de suas religiões, tornaram-se demônios" (p. 73).

A consequência negativa da materialização do duplo é a adesão que se forma entre o par. Nessa dinâmica, a corroboração das ideias – a verdade – se encontra no exterior, condensada e materializada na figura do duplo, que se configura mediante reflexos do processo secundário. Botella & Botella (2002) explicam esse movimento por meio do que assume ser "a função do pesadelo" (p. 28), isto é, proteger o sujeito do desamparo de uma imagem que é não representada – a presença que se faz pela ausência. Assim, o analista, diante da angústia de um tipo de atendimento no qual suas interpretações não surtem efeito e as associações livres não ocorrem, se vê diante da possibilidade de ter percepções esvaziadas de sentido e pode recorrer a uma alucinação figurativa para dar contornos de imagem a um afeto.

Camila não é um objeto inanimado e certamente é afetada pelo que escuta e vê em sua paciente, assim como pelo que carrega em sua bagagem psíquica pessoal. Ao se envolver com a história, vemos como a analista se contamina com os índices de violência narrados e os reproduz internamente por meio de experiências possivelmente paranoides enquanto anda pela cidade. Camila é tomada pelo que consideramos fantasias de todo tipo. Lucia Murat, abordando a per-

sonalidade dessa personagem, afirma que as atitudes supostamente progressivas de Camila, que se acha bem-intencionada, esbarram nos limites do que ela pode realmente suportar⁴. Temos a impressão de que parte do processo defensivo se trata de um funcionamento persecutório – de cunho radicalmente projetivo – a partir do evitamento sistemático do contato da terapeuta com a paciente, o que inviabilizaria a experiência da empatia. Se avançarmos essa hipótese ao limite, interpretaremos a cena final da fuga de Camila como, por exemplo, a consequência de um funcionamento paranoico grave: uma passagem ao ato sob a forma de suicídio.

Em uma hipótese mais branda, consideramos que os sentimentos de perseguição vividos por Camila não completam uma forma realmente psicótica e são efeitos da necessidade de Glória de fazer a analista sentir o que ela sente, ou seja, um forte sentimento de perseguição e vigilância constantes. É algo que classificaríamos como “contratransferência complementar” (Racker, 1953/1985), isto é, um processo de *identificação* sentida pelo analista com aquilo que o paciente não consegue tolerar em si próprio e projeta no teatro interno do analista.

Sem pretendermos esgotar as possibilidades, frisamos que o modo defensivo e paralisado de Camila se sustenta por sua noção empobrecida do potencial de uso (e de desuso) dos seus afetos. Diferentemente, Camila poderia, por exemplo, ter recorrido ao pensamento de Paula Heimann, que ficou conhecida por representar uma quebra de paradigma quanto ao reconhecimento da contratransferência como veículo de comunicação na análise. Heimann (1950), ressonante com o espírito ferencziano, interpreta a contratransferência como uma resposta emocional do analista, que deve ser usada como instrumento de pesquisa, pois está afinada com o inconsciente do paciente. Ainda com respeito a Heimann, os afetos despertados no analista são sempre reações ao paciente, já que a contratransferência é parte da personalidade do paciente, criada por ele. Contudo, esse caminho ainda levaria Camila ao potencial problema de atribuir a Glória a responsabilidade de ter desenvolvido fantasias persecutórias; afinal, é Glória quem estaria projetando agressividade.

Sem recusar essa hipótese taxativamente, cremos ser útil recorrer à forma como Winnicott (1947/2000) trabalha o conceito de contratransferência, para evitarmos a atualização de pontos cegos na dinâmica entre as personagens do filme. Winnicott não atribui toda contratransferência ao paciente, em seu artigo “O ódio na contratransferência” (1947/2000). Ele comenta como o próprio analista tem partes recalçadas e pontos cegos; também afirma que os traços pessoais de cada participante da sessão são uma influência ao trabalho; finalmente, Winnicott termina dizendo que o amor e o ódio do analista são

reações à personalidade e ao comportamento reais do paciente (p. 278). Com isso, afirma serem os fatos objetivos produzidos na situação clínica, e não aspectos de projeções, que marcam o surgimento da contratransferência. Dito de outra forma, não são mais conflitos passados ou controle projetivo, e sim o ódio proveniente de uma situação real. Contudo, se no texto de Winnicott, o objeto de análise é a forma como pacientes psicóticos eventualmente se comportam, objetivamente, de modo detestável, como isso apareceria no caso de Camila e Glória?

Se nos perguntarmos qual é a relação disso com a empatia, diremos que está ligado ao outro aspecto problemático do termo, que é associá-lo ao mero sentimentalismo. É nossa opinião que Camila tem uma ideia genérica de empatia. Irrefletidamente, ela acredita que pode compreender Glória, pois assim o deseja; afinal, ela a escuta com atenção. Falta-lhe poder apostar em um não saber para poder ser verdadeiramente afetada. Ao tentar ser acolhedora de forma irrefletida, procura usar seus sentimentos com boas intenções. Como vimos no tópico anterior, é justamente das boas intenções que Freud mais tem receio.

Ferenczi (1930/2011) sugere que se deve poder usar as próprias impressões adquiridas no contato e na vivência com o paciente, para, em comparação com as antigas e as novas tendências de outros momentos da análise, vez por outra, como em um impulso dentro do analista, deixar fluir uma comunicação espontânea. Fruto do julgamento que avalia todos os componentes citados, surge o que Ferenczi chama de "comunicação feita com tato".

Considerações finais

Com as pormenorizações que fizemos ao longo do texto, utilizando os apontamentos de Sándor Ferenczi e por meio do infamiliar, segundo Freud, procuramos especificar o uso da empatia na clínica psicanalítica sofisticando sua compreensão. Tivemos também o cuidado de diferenciar o que consideramos ser o uso apressado do termo, que, nessa situação, confunde empatia com identificação e paralisa nesse momento do processo, sem realizar o devido afastamento posterior.

Baseamos nosso trabalho na observação de um filme, tomando-o como uma situação clínica. Nessa empreitada, seguimos o propósito de expandir o que se compreende por "sentir com". A diferença entre a mera identificação e um processo empático é que levamos em consideração que o analista tem seu mundo inconsciente próprio que, por sua vez, precisa ser pensado e deve se tornar útil

aos propósitos de uma escuta psicanalítica. Na perspectiva de usarmos a empatia como parte do tratamento, vemos como esse elemento se torna tanto o responsável pelo começo do processo, pelo estabelecimento e manutenção da transferência, como se preserva ao longo do atendimento, pois é mediante a ideia de *tato* que uma interpretação se torna viável.

Afirmamos a postura ferencziana segundo a qual a sustentação do desejo de ser empático durante uma sessão deve adquirir informações pelo acúmulo de escutas e respeitar a modalidade do juízo do analista: cogitar por que se está fazendo o que se está fazendo e até quando se deve fazê-lo (Ferenczi, 1928/2010). Nossa perspectiva sobre a empatia, neste texto, tem uma guinada operacional e intencional: trata-se de fazer uso terapêutico de uma capacidade humana natural. Essa atitude constitui no sujeito a capacidade de acolher e se interessar pelos próprios conteúdos mentais assim como pelos dos outros, para calibrar a condução da análise.

De um ponto de vista clínico, o efeito do uso da empatia é justamente a melhor separação entre Eu e Outro, e não a identificação misturada que vemos entre Camila e Glória. Observamos que, nessa situação específica, foi a falta de análise de Camila no que se refere aos efeitos que o mundo da paciente tinha sobre ela que incorreu na relação complementar de mistura indevida e, com isso, em uma contaminação, de toda sorte, da atmosfera analítica. Podemos dizer que os afetos mobilizados em cada processo necessitam de um trabalho minucioso, realizado tanto no paciente e em seu mundo como no mundo do analista.

Saber escutar com empatia é um processo complexo que envolve semelhança e diferença, complementarmente. Nesse trabalho, optamos por focar na segunda dimensão. Nela, empatia é saber esvaziar-se de si mesmo por um breve momento, tornando-se uma estrutura tanto sólida e resistente como côncava e oca, capaz de produzir o eco das vozes de um outro que procura alguém para, paradoxalmente, escutar a própria voz. Ser empático, em qualquer dimensão que estejamos tratando, não é saber exatamente o que o outro sente ou pensa porque se é parecido na superfície da pele, em gênero ou em sexualidade com o outro, é deixar-se habitar justamente pela radical diferença que é o estrangeiro. Assim, a empatia, em sua forma clinicamente aplicada, é consequência de um trabalho do analista, e não efeito de sua imaginação perigosamente bem-intencionada.

Podemos adicionar aqui, a título de esclarecimento, a ideia de empatia avançada por Olden (1953, 1958) sobre a relação mãe-bebê. Diz esse autor que é a mãe quem tem a responsabilidade de garantir o movimento empático

da dupla. Essa forma de compreensão será prejudicada se a mãe não suportar manter sob controle sua própria tendência regressiva para o nível infantil, ou se a criança for forçada, por frustrações ambientais, a se adaptar rapidamente ao modo de funcionamento dos adultos.

Quando crianças são vítimas de negligência ou convivem com pais enlouquecidos, elas sofrerão a imposição, de dentro para fora, e ficarão forçadas à submissão e à indiferenciação com seu cuidador, precisando prever cada mudança de suas atitudes. Nessa ecologia relacional, a criança se tornará hipervigil aos afetos dos outros, sendo forçada à identificação e perdendo as próprias referências da percepção de separação, o que é fundamental para a empatia, como nosso texto desejou comunicar.

O clima emocional ao qual nos referimos neste momento, pelo ponto de vista da criança, é aquele que é dominado por um convite ao estado fusionado, proposto pela tendência regressiva que existe no psiquismo materno. Estamos diferenciando essa modalidade patológica do bom amor materno, cujo fundamento está na capacidade materna de perceber suas necessidades e aquelas da criança, tentando gratificar ambas.

Existe uma ética fundamental em que a psicanálise se funda e que, conjuntamente, inspira a noção aplicada à empatia – segundo a compreensão que formulamos e que pode ser extraída negativamente pelo exemplo de Camila, que é justamente o não entendimento completo do outro. Em termos da diferenciação, estamos nos inclinando contrariamente à crença de que traduzimos completamente o ponto de vista do outro em nosso conjunto de significados, de que temos um entendimento completo do outro e estamos em condições de aceitar ou rejeitar suas manifestações. Nossa articulação propôs um ponto nodal no infamiliar, afirmando que a característica humana de identificação tanto pode aprisionar e confundir, como servir de estranhamento diferenciador, ponto que consideramos relacionado à proposta ferenciana.

Referências

- Balint, M. (1993). *A falha básica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bion, W. R. (1959/1991). Ataques ao elo de ligação. In: *Ataques ao elo de ligação* (trad. B. H. Mandelbaum), vol. 1, p. 95-109. Rio de Janeiro: Imago.
- Botella, C.; Botella, S. (2002). *Irrepresentável, mais além da representação*. Porto Alegre: Criação Humana.

- Dunker, C. I. L. (2019). Animismo e indeterminação em “Das Unheimliche”. In: S. Freud, *O infamiliar e outros escritos – Obras incompletas de Sigmund Freud*, vol. 8, p. 199-218. Belo Horizonte: Autêntica.
- Ferenczi, S. (1928/1939). Die Elastizität der psychoanalytischen Technik. In: *Bausteine zur Psychoanalyse*, Bd. III: *Arbeiten aus den Jahren 1908-1933*. Verlag H. Huber.
- Ferenczi, S. (1928/2010). Elasticidade da técnica. In: *Obras completas: Psicanálise IV*, São Paulo: Martins Fontes.
- Ferenczi, S. (1930/2011). Princípio de relaxamento e neocatarse. In: *Obras completas: Psicanálise IV* São Paulo: Martins Fontes.
- Ferenczi, S. (1933/2011). Confusão de língua entre os adultos e a criança. In: *Obras completas: Psicanálise IV*, São Paulo: Martins Fontes.
- Ferraz, D. T.; Moretto, M. (2016). A identificação como fonte de iatrogenias. In: *XIII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental, João Pessoa* (mesa redonda). <http://www.psicopatologiafundamental.org.br/uploads/files/VII%20CONGRESSO/ANAIS/Mesas%20redondas/37.2.pdf>
- Figueiredo, L. C. (2003). *Psicanálise: Elementos para a clínica contemporânea*. São Paulo: Escuta.
- Figueiredo, L. C.; Coelho Jr., N. E. (2018). Estratégias e táticas de cura na psicanálise contemporânea transmatricial. In: *Adoecimentos psíquicos e estratégias de cura: Matrizes e modelos em psicanálise*. São Paulo: Blucher.
- Frayze-Pereira, J. A. (2010). *Arte, dor: Inquietudes entre estética e psicanálise* (ed. revista e ampliada). Cotia, SP: Ateliê Editorial.
- Freud, S. (1910/2013). Sobre psicanálise selvagem. In: *Obras completas de Sigmund Freud*, vol. 9. São Paulo: Companhia das Letras.
- Freud, S. (1912/2010). Recomendações ao médico que pratica a psicanálise. In: *Obras completas de Sigmund Freud*, vol. 10. São Paulo: Companhia das Letras.
- Freud, S. (1919/2017). Caminhos da terapia psicanalítica. In: *Fundamentos da clínica psicanalítica* (trad. C. Dornbusch) – *Obras incompletas de Sigmund Freud*, vol. 6. Belo Horizonte: Autêntica.
- Freud, S. (1919/2019). *O infamiliar “Das Unheimliche”: Edição comemorativa bilingue (1919-2019)* – Seguido de “O Homem da Areia”, de E. T. A. Hoffmann. Belo Horizonte: Autêntica.
- Freud, S. (1925/2012). Prólogo a “Juventude abandonada”, de Aichhorn. In: *O eu e o id, “autobiografia” e outros textos (1923-1925)* – *Obras completas de Sigmund Freud*, vol. 16. São Paulo: Companhia das Letras.
- Gondar, J. (2008). Além da contratransferência: Os afetos do analista. *Cadernos de Psicanálise – CPRJ*, 21, 175-191.

- Heimann, P. (1950). On countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 31, 81-84. https://web.archive.org/web/20160304050540/http://perso.wanadoo.es/quipuinstitutu/Paula_Heimann/P_Heimann_1950_ingles.html (acessado em 18/04/2022)
- Olden, C. (1953). On adult empathy with children. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 8(1), 111-126.
- Olden, C. (1958). Notes on the development of empathy. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 13(1), 505-518.
- Pareyson, L. (2001). *Os problemas da estética*. São Paulo: Martins Fontes.
- Racker, H. (1953/1985). Os significados e usos da contratransferência. In: *Estudos sobre técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Rosa, M. D.; Estêvão, I. R.; Braga, A. P. M. (2017). Clínica psicanalítica implicada: Conexões com a cultura, a sociedade e a política. *Psicologia em estudo*, 22(3), 359-369.
- Santos, B.; Polverel, E. (2016). Procura-se psicanalista segurx: Uma conversa sobre normatividade e escuta analítica. *Lacuna: Uma revista de psicanálise*, nº 1, p. 3. <https://revistalacuna.com/2016/05/22/normatividade-e-escuta-analitica/>
- Winnicott, D. W. (1947/2000). O ódio na contratransferência. In: *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas*, p. 277-287. Rio de Janeiro: Imago.

Notas

¹ Essa frase pode ser vista na íntegra em <https://youtu.be/5rqKZ77xESM?t=502> (acessado em 25/05/2022), sob o título “Praça Paris” (Festival do Rio).

² A versão consultada (Martins Fontes), como se sabe, foi feita a partir da tradução francesa da obra de Ferenczi. Desejamos aqui deixar para o leitor a tradução direta desse trecho, proveniente da versão em alemão, traduzida por um dos autores do texto em questão:

Se tivermos sucesso com a ajuda de *nosso conhecimento, adquirido da análise de várias almas humanas, mas sobretudo da nossa*, de visualizar as possíveis ou prováveis associações que o próprio paciente ainda não conhece, podemos, já que não precisamos lutar com resistências da mesma forma que o paciente, não só descobrir seus pensamentos ocultos, mas também as tendências que a ele são inconscientes. Dependendo da intensidade dessas resistências, não será difícil tomar a decisão sobre a possível relevância de uma interpretação e também sobre a forma na qual ela precisa ser pronunciada. *Essa empatia* evita que irriteemos desnecessária – ou prematuramente – a resistência do paciente. (Ferenczi, 1928/1939, p. 383)

³ Tradução de “Das Unheimliche” adotada pela edição consultada, que preferimos manter por questões de coerência bibliográfica, mas que suscita inúmeras discussões acerca do termo, que deixamos de lado nesse momento.

⁴Esse argumento pode ser acompanhado integralmente no vídeo *Praça Paris (Festival do Rio)*, disponível em <https://youtu.be/5rqKZ77xESM> (acessado em 25/05/2022).

Recebido em 06 de agosto de 2020

Aceito para publicação em 24 de novembro de 2021

O CICLO DE VIDA DE CASAIS BRASILEIROS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

THE LIFE CYCLE OF BRAZILIAN COUPLES: AN INTEGRATIVE REVIEW

*EL CICLO DE VIDA DE PAREJAS BRASILEÑAS:
UNA REVISIÓN INTEGRADORA*

Marina Zanella Delatorre ⁽¹⁾

Giovania Mitie Maesima ⁽²⁾

Leda Rúbia Maurina Coelho ⁽³⁾

Adriana Wagner ⁽⁴⁾

RESUMO

Este estudo apresenta uma revisão integrativa da literatura brasileira sobre fenômenos específicos que permeiam as fases do ciclo evolutivo vital conjugal, tais como a formação do casal, a transição para a parentalidade, a conjugalidade em relacionamentos de longa duração e o recasamento. As buscas dos artigos foram realizadas nas bases de dados IndexPsi, PEPsic e Lilacs, utilizando o termo “casal” em combinação com os termos “formação do casal”, “parentalidade”, “filhos”, “ninho vazio”, “longa duração”, “divórcio” e “recasamento”. Os 471 trabalhos retornados foram revisados, resultando em 23 artigos selecionados e submetidos a uma análise quantitativa descritiva e a uma análise temática qualitativa. Os resultados demonstraram que há predominância de estudos qualitativos, provenientes das regiões Sul e Sudeste, que utilizam aporte teórico sistêmico. A análise temática identificou 14 temas, que foram organizados a partir de cinco eixos: formação do casal, expansão da base, preparação e afirmação, anos tardios e casais recasados. Constatou-se que há lacunas na investigação da conjugalidade em determinados

⁽¹⁾ Psicóloga, mestre e doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Pós-doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRGS. Porto Alegre, RS, Brasil. email: marina_mzd@yahoo.com.br

⁽²⁾ Psicóloga, mestre em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. email: giovaniमितie@gmail.com

⁽³⁾ Pós-doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), mestra em Educação e graduada em Psicologia pela Universidade de Passo Fundo. Porto Alegre, RS, Brasil. email: ledarubiapsico@gmail.com

⁽⁴⁾ Psicóloga. Doutora em Psicologia Social. Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. email: adrianaxwagner@gmail.com

A segunda autora é bolsista de mestrado do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

períodos do ciclo vital e a necessidade de estudos longitudinais que elucidem as particularidades da relação conjugal em diferentes momentos do ciclo de vida.

Palavras-chave: dinâmica de casal; ciclo de vida; relações conjugais; casal; revisão de literatura.

ABSTRACT

This study presents an integrative review of Brazilian literature about specific phenomena concerning the phases of the marital evolutionary cycle, such as couple formation, transition to parenthood, conjugality in long-term marriages, and remarriage. The searches were made in the IndexPsi, PEPsic, and Lilacs databases, using the term “couple” combined with “couple formation”, “parenting”, “children”, “empty nest”, “long-term”, “divorce”, and “remarriage”. The 471 papers returned from searches were reviewed, resulting in 23 selected articles which were submitted to a quantitative descriptive analysis and to a qualitative thematic analysis. The results showed most studies were qualitative, from the South and Southeast regions, and used the systemic theoretical approach. Thematic analysis identified 14 themes, which were organized in five sets: couple formation, base expansion, preparation and affirmation, late years, and remarried couples. Gaps were found in the investigation of couple relations in certain periods of the life cycle. There is also a need for longitudinal studies to clarify particularities of marital relations in different moments of the life cycle.

Keywords: couple dynamics; life cycle; marital relations; couple; literature review.

RESUMEN

Este estudio presenta una revisión integradora de la literatura brasileña sobre fenómenos específicos que permean las fases del ciclo evolutivo vital conyugal, tales como la formación de la pareja, la transición a la parentalidad, la conyugalidad a largo plazo y el segundo matrimonio. Las búsquedas se realizaron en las bases de datos IndexPsi, PEPsic y Lilacs, utilizando el término “pareja” en combinación con los términos “formación de pareja”, “hijos”, “nido vacío”, “larga duración”, “divorcio” y “recasamento”. Se revisaron los 471 artículos que regresaron de las búsquedas, resultando en 23 artículos seleccionados y sometidos a un análisis descriptivo cuantitativo y a un análisis temático cualitativo. Los resultados mostraron que hay un predominio de estudios cualitativos, provenientes de las regiones Sur y Sureste, que utilizan soporte teórico sistémico. El análisis

temático identificó 14 temas, los cuales se organizaron en base a cinco ejes: formación de la pareja, expansión de la base, preparación y afirmación, años tardíos y el segundo matrimonio. Se constató que existen deficiencias en la investigación de la conyugalidad en determinados períodos del ciclo vital y la necesidad de estudios longitudinales que diluciden las particularidades de la relación conyugal en diferentes momentos del ciclo vital.

Palabras clave: dinámica de pareja; ciclo de vida; relaciones conyugales; pareja; revisión de la literatura.

Introdução

O ciclo vital é um tema amplamente estudado, tanto da perspectiva individual como familiar, especialmente por pesquisadores das áreas da Psicologia Clínica e do Desenvolvimento (Carter & McGoldrick, 1995; Cervený & Berthoud, 1997; Papalia & Feldman, 2013; Ríos-González, 2011; Walsh, 2016). As teorias criadas a partir das fases evolutivas que compõem o ciclo vital descrevem em detalhes os processos de desenvolvimento peculiares de cada momento da vida, contribuindo para a compreensão e intervenção com indivíduos e famílias. Constata-se que ainda há pouco desenvolvimento teórico e pesquisas enfocando especificamente o ciclo vital do casal, tanto no Brasil como internacionalmente. Ainda que esse tema apareça como foco de alguns estudos americanos (Nichols & Pace-Nichols, 1993), espanhóis (Ríos-González, 2011) e brasileiros (Wagner & Delatorre, 2018), verifica-se que as pesquisas ainda são incipientes, considerando a complexa dinâmica que se estabelece na conyugalidade ao longo da vida.

O subsistema conjugal possui processos próprios de desenvolvimento ao longo do tempo, que merecem atenção e estudos específicos. Ignorar as tarefas desenvolvimentais dos casais pode gerar lacunas na compreensão desse subsistema, limitando a eficácia das intervenções clínicas e psicoeducativas voltadas à conyugalidade (Nichols & Pace-Nichols, 1993). Ademais, conhecer e aprofundar os estudos do ciclo vital do casal também possibilita contemplar os casais sem filhos, já que o ciclo vital familiar está balizado, em parte, pelo crescimento e desenvolvimento dos filhos. O número de casais sem filhos tem crescido constantemente no Brasil. Em 2004, 14,6% dos arranjos familiares eram compostos por casais sem filhos. Dez anos depois, com aumento proporcional de aproximadamente 25%, este número passou a ser 19,4% (IBGE, 2014).

Nesse sentido, Nichols e Pace-Nichols (1993), no início dos anos noventa, propuseram quatro etapas normativas do ciclo vital do casal, com tarefas

específicas e que se espera que sejam cumpridas por ambos os cônjuges. Numa perspectiva sistêmica, também indicam as tarefas parentais aliadas à conjugalidade, tendo em vista que o exercício da parentalidade se intersecciona com a vivência da conjugalidade. O modelo oferece referências sobre as tarefas e os desafios enfrentados pelos casais ao longo do tempo, com base na prática clínica dos autores e pesquisas sobre conjugalidade. De modo semelhante, o espanhol Ríos-González (2011) propôs, em meados da primeira década dos anos 2000, uma compreensão do ciclo vital do casal, baseando-se em sua experiência clínica. Em comparação às proposições de Nichols e Pace-Nichols (1993), o modelo de Ríos-González (2011) é mais específico, composto por sete etapas caracterizadas conforme suas tarefas e desafios, bem como suas mudanças estruturais, funcionais e desenvolvimentais.

Ainda que estudos com enfoque nas fases evolutivas propostas por esses autores sejam escassos, a literatura internacional relacionada a marcos específicos da conjugalidade é abundante. Por exemplo, a necessidade de estabelecer fronteiras nítidas em relação à família de origem na formação do casal (McGoldrick & Shibusawa, 2016) e de criar espaço para as tarefas parentais na dinâmica conjugal (Carter & McGoldrick, 1995; McGoldrick & Shibusawa, 2016) sem despreteger a privacidade do casal. Outros fatores, como a comunicação e a forma de resolução de conflitos, aparecem como fundamentais ao longo de todo o ciclo vital (Gottman et al., 2020; Lavner et al., 2016).

Apesar da existência de estudos e propostas de modelos descritivos do ciclo vital conjugal no cenário internacional, sabe-se que o contexto tem um papel fundamental na dinâmica do casal (Delatorre, 2019; Mosmann et al., 2006). Por isso, a simples transposição de teorias desenvolvidas em outros contextos dificilmente será capaz de abarcar as especificidades da dinâmica conjugal em nosso país. No Brasil, Wagner e Delatorre (2018) descreveram quatro etapas do ciclo vital do casal, buscando as particularidades e as tarefas de cada fase. As quatro etapas descritas foram: formação do casal; expansão da base; afirmação e preparação; e anos tardios.

Na fase de formação do casal, espera-se que os cônjuges desenvolvam uma relação de compromisso, afeto e cuidado mútuo que possibilite o estabelecimento de uma identidade conjugal e de fronteiras em relação às famílias de origem. Na expansão da base, há um senso de coesão e pertencimento a essa identidade formada, bem como do lugar do casal na família extensa e no contexto social. O casal deve reequilibrar constantemente seus papéis e ajustar-se às tarefas parentais, caso tenham filhos. Na preparação e afirmação, espera-se que o casal tenha um vínculo estável e seja capaz de compartilhar

planos, emoções e preocupações, além de equilibrar suas expectativas iniciais e a realidade da relação. Por fim, na fase de anos tardios, a tarefa do casal é manter o apoio mútuo, compartilhando as satisfações e significados alcançados no relacionamento, e preparar-se para as perdas inerentes à fase (Wagner & Delatorre, 2018). Além de descreverem as etapas do ciclo evolutivo, as autoras associam as fases aos dados de uma pesquisa nacional sobre conjugalidade (Wagner et al., 2015).

Considerando a necessidade de ampliar os conhecimentos sobre o ciclo vital do casal no Brasil, buscamos identificar os artigos que versam sobre temas transversais ao ciclo vital do casal, conforme descrito em estudo anterior (Wagner & Delatorre, 2018), a fim de conhecer o panorama brasileiro a respeito dos estudos sobre as etapas evolutivas da conjugalidade. Cabe ressaltar que qualquer paradigma que seja construído para explicar o ciclo vital deve considerar a diversidade no que diz respeito aos contextos e configurações dos casais, em termos de raça, cultura, vulnerabilidade social, gênero, território, valores, entre outros (McGoldrick et al., 2016). Diante disso, faz-se necessário ampliar as definições de conceitos, como os de casal e família, de modo a expandir o espectro da normatividade e adotar um posicionamento de pluralismo inclusivo (Walsh, 2016). Nesse sentido, conhecer o panorama do ciclo vital em casais brasileiros possibilita considerar as particularidades desse fenômeno à luz do nosso contexto, tendo em vista que as teorias existentes são, em sua maioria, originadas em países da Europa e da América do Norte. Entretanto, vale mencionar que, diante da diversidade regional brasileira e outros aspectos que reverberam na forma como os casais vivenciam a conjugalidade, não há como descrever uma forma única de vivenciar o ciclo vital para todos os casais do país. Por isso, a visão apresentada neste estudo não deve ser aplicada de forma prescritiva, mas deve ser interpretada levando em consideração os perfis específicos dos casais estudados nos trabalhos revisados.

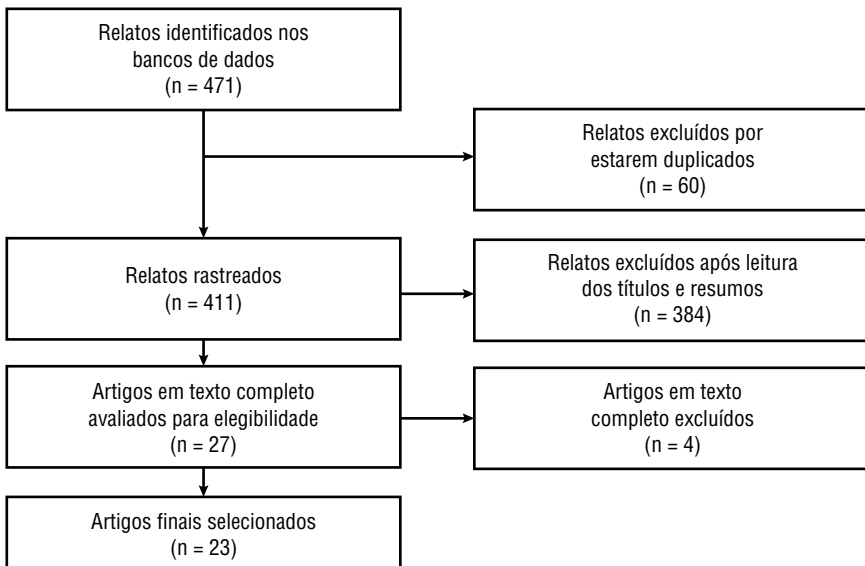
Método

As buscas para esta revisão integrativa (Souza et al., 2010) foram realizadas nas bases de dados IndexPSI, PEPsic e Lilacs, nos meses de abril e maio de 2019. Inicialmente, buscamos os termos “ciclo de vida” e “casal”, que retornaram apenas dois resultados na base de dados Lilacs. Assim, ampliamos a estratégia de busca, utilizando os termos “casal” em combinação com “formação do casal”, “parentalidade”, “filhos”, “ninho vazio”, “longa duração”, “divórcio” e “recasamento”,

nas mesmas bases de dados. As palavras-chave utilizadas referem-se aos processos e etapas de transição do casal ao longo do tempo. Desconsideramos os trabalhos que abordavam prioritariamente assuntos específicos, como, por exemplo, adoção, transtornos mentais, doenças graves de um dos membros da família e conjugalidade homoafetiva, uma vez que nosso objetivo foi o de conhecer a produção existente sobre o ciclo normativo do casal. Foram selecionados para revisão apenas artigos empíricos nacionais em português, inglês e espanhol, publicados na íntegra.

Retornaram dessa busca 471 artigos. Após a leitura dos títulos e resumos, foram selecionados 27 artigos que, *a priori*, cumpriam os critérios do estudo para serem lidos na íntegra. Após a leitura, foram excluídos mais três artigos por não cumprirem os critérios e um por não abordar explicitamente os aspectos metodológicos, sendo considerado insuficiente para a análise. Desse modo, 23 artigos foram revisados, que foram distribuídos em quatro eixos de análise: Formação do casal (6), Parentalidade (6), Longa duração (6) e Recasamento (5), com base nas etapas propostas por Wagner e Delatorre (2018). A Figura 1 detalha o processo de seleção dos artigos.

Figura 1 — Fluxograma do processo de seleção dos artigos



Análise de dados

Primeiramente, realizamos uma análise quantitativa descritiva dos 23 artigos selecionados, contemplando as seguintes variáveis: ano de publicação, classificação Qualis da revista, tamanho, idade e nível socioeconômico da amostra, tipo de estudo e procedimentos metodológicos, abordagem teórica, categoria de análise e estado da federação onde a pesquisa foi realizada. Em seguida, os estudos foram submetidos à análise temática (Braun & Clarke, 2006). O *software* N-vivo 12 foi utilizado para auxiliar no processo de análise.

Resultados

A análise descritiva demonstrou que os artigos foram publicados entre 1987 e 2019, destacando o aumento de publicações a partir de 2011. Considerando todo o período, a distribuição das publicações foi a seguinte: 2 (9%) artigos publicados antes de 2000, 4 (18%) entre 2000 e 2010, 10 (43%) de 2011 a 2015 e 7 (30%) de 2016 a 2019. Com relação à classificação Qualis das revistas, as publicações em periódicos A2 (9 artigos, 39%) foram predominantes, seguidas das B2 (7 artigos, 30%). Quatro artigos (18%) foram publicados em revistas A1, dois (9%) em B1, e apenas um artigo (4%) foi publicado em periódico com Qualis B4.

Quanto ao tipo de estudo, a maioria (87%) foi de pesquisas qualitativas, duas (9%) foram quantitativas e uma (4%) de método misto. A abordagem teórica foi predominantemente sistêmica (11 artigos, 48%). Obteve-se um representante (4%) em cada uma das seguintes abordagens: psicologia positiva, psicanálise e psicologia evolucionista. Nove (39%) dos trabalhos selecionados não indicaram no texto uma abordagem teórica. Por fim, a distribuição conforme os estados onde as pesquisas foram realizadas se deu da seguinte forma: 11 artigos do Rio Grande do Sul (48%), cinco do Rio de Janeiro (22%), quatro de São Paulo (17%), três de Minas Gerais (12%), e Bahia, Espírito Santo e Pernambuco tiveram um artigo (4%) cada. A contabilização total resultou em 26 incidências, tendo em vista que três estudos foram realizados em dois estados concomitantemente.

Com relação ao tamanho amostral, os três estudos quantitativos utilizaram as maiores amostras: 50 famílias (com respondentes homens e mulheres); 62 mulheres; e 356 indivíduos (homens e mulheres solteiros, casados, separados ou recasados). Dentre os de tipo qualitativo, três (12%) foram estudos de caso único, considerando o casal ou a família. Do restante, 11 pesquisas (48%) foram feitas com casais e tiveram tamanho amostral entre três e 25 casais; e seis estudos

(26%) investigaram indivíduos, abrangendo de três a 16 participantes. As idades dos participantes foram examinadas a partir da seguinte classificação: adultos jovens (até 40 anos), adultos intermediários (entre 40 e 60 anos) e adultos maduros (60 anos ou mais). Nesse sentido, observou-se uma predominância de pesquisas realizadas exclusivamente com adultos jovens (9 artigos, 39%), seguidas de amostras mistas com adultos jovens e intermediários (4 artigos, 18%). Três estudos (12%) foram feitos exclusivamente com adultos intermediários; quatro investigações (18%), com participantes adultos intermediários e maduros; e três artigos não indicaram as idades dos participantes.

Quanto ao perfil dos participantes, as amostras de 13 (57%) dos estudos foram formadas por casais, seis (26%) eram compostas por homens e mulheres casados, quatro (13%) por mulheres e um (4%) por homens, também casados. Dez estudos (57%) caracterizaram os participantes como de nível socioeconômico médio. Dentre os trabalhos que não apresentaram a classificação socioeconômica, seis indicaram a escolaridade dos participantes. Em três destes, no mínimo a metade havia cursado ensino superior, e nos outros três a maioria dos respondentes havia completado até o ensino médio. Apenas um destes seis estudos informou a renda da amostra, que variou entre dois e 15 salários mínimos. Nos sete estudos restantes, não foram relatadas informações sobre nível socioeconômico, escolaridade e renda da amostra. Nenhuma investigação forneceu dados acerca dos aspectos étnico-raciais dos participantes.

A análise qualitativa se estruturou a partir de cinco eixos, quatro deles propostos por Wagner e Delatorre (2018): formação do casal, expansão da base, preparação e afirmação e anos tardios, e um quinto eixo abrangendo os casais recasados. O conjunto dos cinco eixos reuniu 14 temas levantados a partir da análise dos artigos selecionados: comunicação e acordo; fronteiras; família de origem; qualidade conjugal; trabalho; diferenças nos papéis sexuais; decisão de ter ou não filhos; transição para a parentalidade; repercussões da parentalidade na conjugalidade; estratégias e recursos para o enfrentamento de dificuldades; lazer; sexualidade; rede de apoio; e valores associados à religiosidade. Cabe ressaltar que alguns dos temas aparecem em mais de um eixo, por retratarem aspectos transversais ao longo do ciclo vital do casal.

Eixo 1: formação do casal

Este eixo abrange a fase de construção do casal, período em que os parceiros se adaptam um ao outro e negociam a rotina e a dinâmica conjugal (Costa

& Mosmann, 2015; Vilar & Rabinovich, 2014). Aparecem também as características do(a) parceiro(a) que despertaram interesse, os atributos valorizados ou desvalorizados na escolha conjugal e o confronto das expectativas iniciais sobre o casamento com a realidade. Os resultados de um dos estudos analisados, realizado na década de 90, mostram que homens e mulheres valorizam características como fidelidade, companheirismo, integridade, paixão e carinho. Os homens tendem a valorizar mais os atributos físicos e, as mulheres, a competência profissional e a capacidade econômica (Féres-Carneiro, 1997). Além disso, a existência de valores em comum e as habilidades parentais demonstradas pelo(a) parceiro(a) aparecem como relevantes na escolha do cônjuge (Dantas et al., 2019; Féres-Carneiro, 1987; Grizólio et al., 2015). Esse período é marcado por certa ambivalência, já que a paixão e o desejo de proximidade coexistem com as dificuldades e os conflitos que surgem no processo de adaptação (Costa & Mosmann, 2015; Oliveira & Krug, 2011).

Esse processo de adaptação é facilitado pela **comunicação e acordo** (tema 1.1) entre o casal quanto ao modo de funcionamento conjugal (Bueno et al., 2013; Heckler & Mosmann, 2016). Além disso, há a necessidade de estabelecer **fronteiras** (tema 1.2) nítidas entre o subsistema conjugal e os demais subsistemas familiares, bem como entre os membros do casal enquanto indivíduos. Nesse período, pode haver dificuldade em equilibrar o grau de proximidade entre os cônjuges (Oliveira & Krug, 2011) e em demarcar as fronteiras em relação às famílias de origem (Bueno et al., 2013).

De fato, a influência da **família de origem** (tema 1.3) na conjugalidade tende a ser mais acentuada nos anos de formação do casal. A intensidade dessa influência apareceu de forma variada nos estudos analisados e entre os casais investigados em cada estudo. Nesse período, deve-se estabelecer o nível de proximidade do casal em relação às famílias e a separação emocional da sua família de origem, de forma a permitir o estabelecimento da dinâmica e da identidade do novo casal (Bueno et al., 2013; Oliveira & Krug, 2011).

A forma como os membros do casal constroem esses aspectos e se adaptam ao novo *status* de casal aparece associada à **qualidade conjugal** (tema 1.4), assim como o manejo de fatores relacionados ao trabalho e profissão (Heckler & Mosmann, 2016). O **trabalho** (tema 1.5) assume grande importância durante a fase de formação do casal, já que promove o sustento financeiro das díades (Soares & Colossi, 2016). Ao mesmo tempo, está frequentemente associado a queixas sobre falta de tempo livre. Assim, conciliar casamento e carreira é desafiador, especialmente tendo em vista o pouco tempo que sobra para investir na relação (Heckler & Mosmann, 2014, 2016; Ronchi & Avellar, 2011). Além disso, alguns casais

migram de cidade em busca de melhores oportunidades de emprego. Nestes casos, observa-se que os casais se voltam mais à relação conjugal, em função de suas redes de apoio social diminuírem, pelo menos num primeiro momento (Heckler & Mosmann, 2014, 2016).

Paralelamente aos aspectos relacionados ao tempo livre e às demandas de trabalho, aparece a negociação da divisão das tarefas domésticas, ainda marcada por **diferenças nos papéis sexuais** (tema 1.6), as quais ficam, principalmente, sob a responsabilidade das mulheres, mesmo que estejam inseridas no mercado de trabalho. Os homens, majoritariamente, assumem papel coadjuvante nessas atividades (Heckler & Mosmann, 2014, 2016).

Eixo 2: expansão da base

Este eixo abrange os achados relativos ao período de expansão da base, que costuma ser marcado pela transição para a parentalidade, embora essa transição possa não ocorrer, no caso dos casais sem filhos, ou acontecer em outros momentos do ciclo vital. Mesmo assim, os artigos relacionados a essa fase enfatizam o tema da parentalidade. Dada a centralidade do tema, a própria discussão e/ou decisão de ter ou não filhos é um marco importante nesse período.

A **decisão de ter ou não filhos** (tema 2.1) costuma envolver sentimentos ambíguos (Vilar & Rabinovich, 2014). O desejo de ter filhos, de um lado, e a responsabilidade e o investimento que o papel parental demanda, por outro lado, são aspectos considerados pelos casais nesse processo. Dentre os fatores que contribuem para adiar o projeto parental estão o pouco suporte para auxiliar na criação dos filhos e a demora em adquirir estabilidade financeira. Em contrapartida, a idade dos cônjuges, especialmente da mulher, em vista de aspectos biológicos, contribui para não mais adiar a decisão (Bernardi et al., 2018).

Para os casais com filhos, a **transição para a parentalidade** (tema 2.2) é vivida de diferentes formas em cada díade e está relacionada à dinâmica conjugal anterior (Alves-Silva et al., 2017; Menezes & Lopes, 2007). É recorrente a indicação das novas demandas que surgem com o nascimento do primeiro filho, as quais exigem um rearranjo de funções e papéis, com diferentes atribuições e responsabilidades. Os estudos mostram que a transição ocorre de forma mais tranquila em casais com maior tempo de união e que tenham planejado a gestação. Esses aspectos facilitam o compartilhamento de compromissos e responsabilidades, e a discussão das regras a serem adotadas (Cruz & Mosmann, 2015; Ronchi & Avellar, 2011; Soares & Colossi, 2016; Vilar & Rabinovich,

2014). As práticas educativas também são influenciadas pela **família de origem** (tema 2.3), que exerce a função de transmissão de valores, reverberando na forma como os membros do casal assumem os novos papéis relativos à parentalidade (Cruz & Mosmann, 2015).

As **repercussões da parentalidade na conjugalidade** (tema 2.4) aparecem em diversos estudos revisados (Alves-Silva et al., 2017; Dantas et al., 2019; Hernandez & Hutz, 2009; Paiva & Gomes, 2006; Soares & Colossi, 2016). É frequente a diminuição da satisfação, qualidade e ajustamento do relacionamento (Bernardi et al., 2018), exigindo que os casais passem por mudanças e adaptações para atravessar esse período (Alves-Silva et al., 2017; Hernandez & Hutz, 2009). Por outro lado, o nascimento dos filhos suscita sentimentos de alegria (Alves-Silva et al., 2017) que favorecem que algumas transições sejam atravessadas com menos obstáculos (Soares & Colossi, 2016). Apesar de também vivenciarem desafios, casais com maior envolvimento emocional conseguem preservar melhor a conjugalidade. Contudo, aqueles que já apresentavam distanciamento emocional tornam-se mais suscetíveis à crise e demonstram mais dificuldades para preservar o espaço conjugal (Menezes & Lopes, 2007).

Diante desses desafios, os casais lançam mão de uma série de **estratégias e recursos para o enfrentamento das dificuldades** (tema 2.5) dos momentos de crise. O diálogo, o cuidado e a confiança no cônjuge, bem como a compreensão das situações estressoras são alguns dos recursos de enfrentamento na transição para a parentalidade. O emprego desses recursos contribui para as adaptações necessárias nesse período e para o amadurecimento da relação conjugal (Cruz & Mosmann, 2015).

Uma das dificuldades recorrentes na etapa de expansão da base é a preservação da conjugalidade diante das demandas da parentalidade. Assim, espera-se que as **fronteiras** (tema 2.6) sejam nítidas o suficiente para proteger o espaço do casal. Nesse sentido, é necessário reorganizar a dinâmica conjugal para incluir os filhos e, ao mesmo tempo, manter as fronteiras e os papéis conjugais ao assumir seus novos papéis parentais (Vilar & Rabinovich, 2014). Uma das formas de preservar esse espaço é a prática de atividades de **lazer** (tema 2.7), de forma que o casal possa investir na conjugalidade realizando atividades prazerosas para ambos (Costa & Mosmann, 2015; Ronchi & Avellar, 2011).

Os estudos analisados também mostram que tende a haver uma diminuição na frequência do ato sexual, em função das demandas envolvendo os filhos (Ronchi & Avellar, 2011; Vilar & Rabinovich, 2014). De fato, o tema **sexualidade** (tema 2.8) aparece nos estudos revisados como um elemento importante da conjugalidade, que apresenta nuances ao longo do ciclo vital (Campos et al.,

2017; Féres-Carneiro, 1987; Vilar & Rabinovich, 2014). De maneira geral, a sexualidade é relacionada à intimidade, entendida como necessária para que os membros do casal possam expressar suas vontades, desejos, indisposições, limitações e receios (Campos et al., 2017). Além da sexualidade, os trabalhos analisados ressaltam a importância do apoio mútuo, do companheirismo, de interesses em comum e da boa comunicação para preservação da **qualidade conjugal** (tema 2.9) nesse período (Vilar & Rabinovich, 2014), bem como bons níveis de qualidade da relação anterior à gestação (Menezes & Lopes, 2007).

No que diz respeito ao contexto, aparecem tanto desafios quanto recursos de apoio ao casal. O **trabalho** (tema 2.10) dos cônjuges impacta na conjugalidade, especialmente quando há a necessidade de adaptação aos novos papéis de pai e mãe. O trabalho pode ser ainda mais desgastante para mulheres que assumem dupla jornada, evidenciando as questões de gênero relacionadas à distribuição não igualitária das tarefas domésticas e parentais (Heckler & Mosmann, 2014; Vilar & Rabinovich, 2014).

Dessa forma, as **diferenças nos papéis sexuais** (tema 2.11) estão presentes também na fase de expansão da base. As tarefas relacionadas à parentalidade recaem majoritariamente sobre as mulheres, assim como também as atividades domésticas (Menezes & Lopes, 2007; Ronchi & Avellar, 2011; Soares & Colossi, 2016; Vilar & Rabinovich, 2014). Por outro lado, também foram encontradas em um dos estudos práticas parentais mais contemporâneas, com maior disponibilidade do pai, no que diz respeito ao envolvimento emocional e aos cuidados ao filho (Soares & Colossi, 2016).

O desgaste provocado pelo aumento das demandas sobre o casal nesta fase pode ser atenuado pela disponibilidade de uma **rede de apoio** (tema 2.12) que auxilie os pais na criação de seus filhos (Bernardi et al., 2018). Num dos estudos especificamente, a crise contribuiu indiretamente para o aumento da rede de apoio e o estreitamento dos laços afetivos entre o casal (Paiva & Gomes, 2006).

Eixo 3: preparação e afirmação

Os temas reunidos nesse eixo demonstram que, na fase de preparação e afirmação, há uma consolidação das tarefas que dizem respeito à conjugalidade e, eventualmente, à parentalidade, correspondentes aos estágios anteriores. Os casais valorizam aspectos do relacionamento que expressam essa consolidação, como o companheirismo, o apoio mútuo, a comunicação e a afetividade (Vilar & Rabinovich, 2014). Os estudos analisados também demonstram que a adaptação

à saída dos filhos de casa é um desafio para os casais, provavelmente devido ao alto investimento dos cônjuges no papel parental (Patrias et al., 2012).

A flexibilidade, a **comunicação e o acordo** (tema 3.1) seguem sendo importantes na etapa de preparação e afirmação. Essas habilidades facilitam o compartilhamento de problemas e dificuldades, e favorecem a adequação entre os membros do casal (Campos et al., 2017). Da mesma forma, destacam-se como **estratégias e recursos para o enfrentamento de dificuldades** (tema 3.2) a religiosidade e a rede de apoio formada a partir da comunidade religiosa, familiares e profissionais da saúde (Alves-Silva et al., 2017; Paiva & Gomes, 2006). Esses recursos aparecem junto às estratégias baseadas no diálogo, cuidado e confiança já citados na fase de formação do casal. A capacidade de enfrentamento de situações estressoras é elencada nos estudos como um fator importante para a adaptação do casal em momentos de transição e para a manutenção do relacionamento ao longo do tempo (Alves-Silva et al., 2017). Com menos ênfase, o **lazer** (tema 3.3) também aparece como recurso importante para o investimento na conjugalidade (Costa & Mosmann, 2015; Ronchi & Avellar, 2011).

Nessa fase, a afetividade, a intimidade, o aprendizado e o amadurecimento frente às situações de dificuldade são apontados como relevantes para a manutenção da **qualidade conjugal** (tema 3.4) (Alves-Silva et al., 2017; Campos et al., 2017). Outras características já presentes anteriormente, como o companheirismo, os interesses compartilhados e a comunicação, continuam importantes nesse estágio, já que a principal tarefa é a solidificação do vínculo e da coesão aprofundados na fase anterior.

No que diz respeito às **repercussões da parentalidade na conjugalidade** (tema 3.5), os casais na etapa de preparação e afirmação costumam ter que lidar com a saída dos filhos de casa, que pode afetar a dinâmica familiar devido ao alto investimento na função parental. Para alguns casais, a parentalidade tanto pode justificar a existência da relação conjugal quanto ser condição para que o relacionamento se mantenha com o passar do tempo (Grizólio et al., 2015; Patrias et al., 2012). Alguns casais nessa fase compreendem a parentalidade como complementar à conjugalidade, e a felicidade do casal como dependente do *status* parental (Grizólio et al., 2015).

Eixo 4: anos tardios

Este eixo reúne as particularidades da fase de anos tardios, com base em trabalhos abordando os relacionamentos de longa duração. O diálogo, a **comu-**

nicação e o acordo (tema 4.1) aparecem em casais na fase de anos tardios como um meio para consolidar o amadurecimento e os aprendizados obtidos diante das dificuldades enfrentadas ao longo do relacionamento (Campos et al., 2017). No que diz respeito à **sexualidade** (tema 4.2), o sexo nem sempre é visto como fator necessário aos relacionamentos (Alves-Silva et al., 2017). Nesse período, pode haver uma releitura da sexualidade, abrindo espaço para o fortalecimento da proximidade e afetividade entre o casal (Campos et al., 2017).

A **qualidade conjugal** (tema 4.3) parece estar associada à capacidade do casal de extrair aprendizados de experiências difíceis que enfrentaram, apesar dos elementos presentes noutras fases do ciclo vital também serem citados pelos casais de longa duração (Campos et al., 2017; Costa & Mosmann, 2015). Além disso, são mencionadas a intimidade, a tolerância, a complementaridade entre os cônjuges (Alves-Silva et al., 2017) e a capacidade de se adaptarem às necessidades um do outro (Campos et al., 2017).

Quanto ao contexto, a **rede de apoio** (tema 4.4) nos anos tardios aparece com a função de ampliar os círculos sociais e evitar a solidão. Nesse sentido, a manutenção do próprio casamento pode ser motivada pelo medo da solidão, já que a relação possibilita a ampliação da família e, conseqüentemente, dos vínculos (Alves-Silva et al., 2017). Além da família, alguns casais passam a procurar amigos ou sua comunidade religiosa e a frequentar grupos a fim de manter contatos sociais ativos (Patrias et al., 2012).

As **diferenças nos papéis sexuais** (tema 4.5) também são mencionadas em estudos com casais nos anos tardios, tanto no âmbito doméstico como no desejo de realização profissional das mulheres (Campos et al., 2017). Em dois dos casos retratados nos estudos, a cristalização dos papéis de gênero e a inflexibilidade do cônjuge inviabilizaram a busca das mulheres por emprego. Essas diferenças de papéis também são verificadas em valores tradicionais expressos pelos casais (Alves-Silva et al., 2017).

Por fim, os **valores associados à religiosidade** (tema 4.6) estão presentes na maioria dos estudos que investigam casais na fase de anos tardios (Alves-Silva et al., 2017; Costa & Mosmann, 2015; Grizólio et al., 2015; Paiva & Gomes, 2006). Os valores da família tradicional são enfatizados, e um deles é a religiosidade, que foi indicada como um relevante motivo para a manutenção do casamento, sendo o divórcio muitas vezes considerado proibido. Assim, novas formas mais adequadas de resolução de conflito são necessárias para manter o casamento satisfatório. A religião, ao mesmo tempo em que é fonte de suporte e apoio a esses casais, cede pouco espaço para maiores transformações e/ou ruptura de padrões (Alves-Silva et al., 2017).

Eixo 5: casais recasados

Este eixo apresenta as particularidades da conjugalidade que envolvem o recasamento. Em geral, os homens recasam mais rápido que as mulheres (Costa & Dias, 2012). Essa configuração familiar envolve complexidade, já que acarreta o entrelaçamento de múltiplas famílias e requer paciência, respeito, diálogo, flexibilidade e permanentes negociações sobre as fronteiras, os espaços e a privacidade (Costa & Dias, 2012; Dantas et al., 2019).

O recasamento envolve o luto pela relação prévia e exige a capacidade de diferenciar os relacionamentos, sem projetar os fracassos e erros anteriores no casamento atual. O processo de separação pode favorecer o amadurecimento emocional dos ex-cônjuges e, assim, possibilitar o início de relacionamentos com menos pendências das relações anteriores. Apesar dos desafios, uma identidade familiar pode ser criada, pouco a pouco, por meio do compartilhamento de novas experiências entre os membros da família (Dantas et al., 2019).

Os estudos investigados evidenciam as **repercussões da parentalidade na conjugalidade** (tema 5.1) como fator fundamental a ser analisado em casais recasados. As responsabilidades sobre a prole normalmente recaem sobre os pais biológicos, e padrastos e madrastas têm um papel secundário na educação dos enteados (Costa & Dias, 2012). Nesse contexto, a parentalidade pode ser exercida com enteados, filhos frutos de relações anteriores e filhos em comum com o parceiro atual. A diferenciação entre os papéis – conjugal e parental – é bastante importante para que a conjugalidade seja preservada, ainda que manter o espaço da conjugalidade para os recasados possa ser ainda mais desafiador (Kunrath, 2006). Em um dos estudos investigados, as madrastas relatam a ambiguidade de se sentirem, ao mesmo tempo, pertencentes e excluídas, indicando a importância de lidar com a frustração, os ciúmes dos enteados e de apresentar uma postura frente aos cônjuges. Ademais, o apoio e compreensão das madrastas com relação ao exercício paterno do cônjuge reverberou positivamente na conjugalidade (Dantas et al., 2019).

Assim, a definição de **fronteiras** (tema 5.2) é fundamental para os casais recasados. O desafio é manter fronteiras nítidas em meio a uma complexa rede de subsistemas familiares, preservando os papéis e o espaço de cada um, especialmente quando há filhos de relações anteriores (Bernardi et al., 2016; Dantas et al., 2019; Kunrath, 2006). Quando os novos papéis estão pouco delimitados, torna-se ainda mais difícil lidar com essa situação (Bernardi et al., 2016; Kunrath, 2006). Portanto, assim como a demarcação de fronteiras é importante

para preservar o espaço conjugal, a clareza dos papéis assumidos por cada membro do casal é fundamental para a delimitação das fronteiras.

Nesse sentido, a **qualidade conjugal** (tema 5.3) desses casais aparece relacionada à flexibilidade, ao investimento afetivo e à disposição em acolher os filhos de relacionamentos anteriores (Dantas et al., 2019). Além disso, um dos estudos revela que esse grupo tende a atribuir um papel mais relevante à **sexualidade** (tema 5.4) e à atração sexual em comparação àqueles de primeiro casamento. Nesse estudo, os casais recasados conseguiam tratar mais abertamente de suas expectativas e demandas sexuais do que nos primeiros casamentos (Féres-Carneiro, 1987).

Finalmente, os casais recasados foram os únicos entre os estágios investigados a mencionarem investimento na **rede de apoio** (tema 5.5) sem estar atrelado a algum momento de dificuldade ou necessidade. Assim, relataram maior investimento com amigos próprios, além de valorizarem mais as saídas sem os cônjuges, se comparado aos casais de primeiro casamento (Féres-Carneiro, 1987).

Discussão

Este estudo buscou investigar a produção da literatura nacional sobre aspectos que envolvem fenômenos específicos das fases do ciclo evolutivo vital, tais como a formação do casal, a transição para a parentalidade, a conjugalidade em relacionamentos de longa duração e o recasamento. As buscas foram balizadas pelo ciclo vital familiar, visando a ampliar o mapeamento de estudos sobre conjugalidade na perspectiva do ciclo vital. Essa estratégia de busca foi adotada em face da escassez de estudos brasileiros que empreguem a terminologia ‘ciclo vital do casal’, evidenciando tanto o desconhecimento, quanto a pouca disseminação dessa perspectiva no âmbito acadêmico.

Os artigos selecionados foram analisados de acordo com os temas abordados nos próprios trabalhos e compreendidos a partir dos eixos propostos por uma síntese teórica do ciclo vital do casal, publicada previamente (Wagner & Delatorre, 2018). A maioria dos artigos foram publicados a partir de 2011, em revistas de Qualis A, utilizando métodos qualitativos e abordagem sistêmica, e realizadas no Rio Grande do Sul. O aumento nos estudos nos últimos 40 anos demonstra que conhecer a dinâmica conjugal passou a ter maior relevância nos estudos da família. O nível das revistas em que os trabalhos foram publicados atesta sua boa qualidade. Além disso, nota-se a predominância de estudos qualitativos, o que pode ser explicado pela complexidade envolvida na dinâmica conjugal. Também

pode-se constatar que a maioria da produção científica sobre o tema está concentrada nas regiões Sul e Sudeste do Brasil e abrange o nível socioeconômico médio, revelando uma carência de estudos que retratem a realidade de outras regiões do país e outras camadas da população. A análise do conjunto dos artigos demonstra uma lacuna teórica no embasamento dos estudos do ciclo evolutivo vital do casal, considerando que em torno de 40% das pesquisas analisadas não indicaram no texto a abordagem teórica de base.

No que se refere aos fenômenos específicos que apareceram nas diferentes etapas evolutivas descritas, os estudos demonstram que fatores como a comunicação, a flexibilidade, a necessidade de estabelecer acordos, o cuidado e a confiança mútua aparecem de forma transversal, e são importantes ao longo de todo o ciclo vital, conforme já discutido na literatura internacional (Gottman et al., 2020; Lavner et al., 2016). Da mesma forma, recursos como a rede de apoio dos cônjuges, representada pela família, amigos e profissionais de saúde, têm um papel relevante em diferentes momentos do ciclo evolutivo, especialmente em momentos de transição (Cruz & Mosmann, 2015; Patias et al., 2012; Féres-Carneiro, 1987).

No que diz respeito às etapas do ciclo vital, os resultados confirmam algumas tarefas já descritas na literatura nacional e internacional. Na fase de formação do casal, destacam-se o estabelecimento de uma identidade conjugal e a demarcação de fronteiras no espaço intraconjugal, assim como entre a díade e os subsistemas externos (Féres-Carneiro, 1998). As fronteiras nítidas intradíade são importantes para regular a proximidade entre os cônjuges, evitando a fusão ou o desligamento emocional. Já as fronteiras externas protegem a integridade conjugal e demarcam os limites em relação aos subsistemas externos, estabelecendo bons níveis de proximidade, especialmente com a família de origem (McGoldrick & Shibusawa, 2016).

Na expansão da base, um dos marcos fundamentais é a transição para a parentalidade. Esse processo de transição é bastante explorado na literatura sobre o ciclo vital familiar, e indica a necessidade de criar espaço na família para a chegada dos novos membros e para a formação de um novo subsistema (Carter & McGoldrick, 1995; McGoldrick & Shibusawa, 2016), mantendo fronteiras nítidas para que a conjugalidade possa ser preservada. Em casais recasados, também há a necessidade de estabelecer fronteiras com o ex-cônjuge, criando uma nova dinâmica de funcionamento para dar conta das demandas dos filhos (Ganong & Coleman, 2017).

Assumir as tarefas parentais, tanto no primeiro casamento quanto em casais recasados, é mais fácil quando o casal pode contar com a família de origem

como fonte de apoio (Racine et al., 2019). Ainda que o apoio facilite esse processo, a adaptação ao novo papel parental pode ser mais custosa para as mulheres, uma vez que os resultados demonstram uma divisão assimétrica das tarefas parentais, na maioria dos casais pesquisados. Esse resultado é consistente com achados internacionais, de que os casais tendem a assumir valores mais tradicionais após a chegada dos filhos (Endendijk et al., 2018).

Nas relações mais duradouras, nota-se a ausência de marcadores específicos que possam diferenciar as fases de preparação e afirmação e de anos tardios. É possível perceber elementos característicos das duas fases entre os estudos que investigaram casais de longa duração, especialmente, tendo em vista que os critérios para classificar os casais nessa categoria variaram. Alguns trabalhos incluíram casais a partir de 20 anos de casados, enquanto outros adotaram o critério mínimo de 30 anos de relacionamento. Apesar dessas diferenças, a dificuldade de adaptação dos pais à saída dos filhos de casa, provavelmente devido ao alto investimento na parentalidade (Patias et al., 2012), se destaca nesses casais. Essa dificuldade parece estar associada ao estilo de apego dos membros do casal; o apego ansioso é preditor de reverberações negativas tanto na conjugalidade como na parentalidade (Thibodeau & Bouchard, 2019). Em contrapartida, conexões de qualidade com amigos e familiares podem amenizar os efeitos das perdas inerentes à fase, pois são predictoras da qualidade conjugal em casais de longa duração (Zhaoyang & Martire, 2018).

Finalmente, o recasamento e o divórcio, embora não integrem o ciclo vital normativo descrito na literatura revisada, foram incluídos por serem bastante frequentes na vida dos brasileiros (IBGE, 2013, 2019). O debate sobre normatividade é relativo e complexo. Com relação ao divórcio, desde meados dos anos 1990, Carter e McGoldrick (1995) o indicam como um evento cada vez mais normativo, dada sua alta frequência e regularidade na população americana. Em trabalho mais recente (McGoldrick et al., 2016), as autoras se referem ao divórcio como um evento inesperado, mas que faz parte do ciclo vital normativo. Portanto, não se trata de um evento desviante, mas sim de uma instituição social, assim como o casamento. Nesse sentido, a existência de modelos e conhecimento a respeito do divórcio pode ser útil para melhor assistir às famílias que vivenciam essa transição (McGoldrick et al., 2016). Essa visão parece se aplicar ao contexto brasileiro, onde também há um crescimento do número de divórcios e, portanto, a necessidade de compreender esse fenômeno e o momento do ciclo vital em que ocorre, a fim de entender de forma mais detalhada as repercussões no sistema familiar e em seus membros (Damo, 2021). Curiosamente, nenhum artigo selecionado aborda o divórcio, pois

os poucos artigos pré-selecionados sobre o tema não atenderam aos critérios de inclusão.

Os resultados do estudo evidenciam algumas lacunas na literatura nacional. Dentre os estudos sobre parentalidade, não foram encontradas pesquisas sobre famílias com filhos adolescentes. Assim, há um período entre a transição para a parentalidade e os relacionamentos de longa duração sobre o qual não há estudos específicos investigando as relações conjugais. Em comparação ao que se observa na literatura internacional, faltam estudos longitudinais que de fato demonstrem as transformações da conjugalidade ao longo do tempo. Além disso, estudos investigando de forma mais aprofundada o papel de fatores como as características individuais, os estilos de apego e comunicação, e o manejo de conflitos em cada uma das fases poderiam auxiliar na compreensão desse processo.

Ademais, algumas limitações foram verificadas neste trabalho. O fato de não existirem marcos referenciais do ciclo vital do casal pode ter limitado a inclusão de estudos na revisão. O divórcio e as famílias com filhos adolescentes, por exemplo, não foram tratados nesta revisão. Além disso, foram investigadas apenas bases de dados nacionais e, com isso, estudos brasileiros publicados em periódicos internacionais podem não ter sido incluídos na análise. Finalmente, é importante ressaltar que os estudos investigados utilizaram majoritariamente amostras de nível socioeconômico médio, das regiões Sudeste e Sul do Brasil. Portanto, a interpretação dos achados desta revisão se aplica à parcela população com esse perfil.

Apesar disso, este estudo contribui para a literatura apresentando um panorama da literatura nacional sobre conjugalidade, compreendida a partir das etapas propostas para um ciclo vital do casal e suas respectivas tarefas. Essa abordagem poderia beneficiar as práticas e pesquisas de profissionais que trabalham com casais e permitir uma compreensão mais aprofundada do desenvolvimento do subsistema conjugal, que contemple também os casais sem filhos. Assim, sugerimos que futuros estudos empíricos investiguem a conjugalidade a partir da perspectiva do ciclo vital, de forma a contemplar seus desafios, tarefas e níveis de qualidade conjugal de maneira mais detalhada. Esses estudos permitiriam o desenvolvimento teórico da abordagem evolutiva do casal, além de contribuírem para o mapeamento da conjugalidade no contexto brasileiro.

Referências

Alves-Silva, J. D.; Scorsolini-Comin, F.; Santos, M. A. dos (2017). Bodas para uma vida: Motivos para manter um casamento de longa duração. *Temas em Psicologia*, 25(2), 487-501.

- Bernardi, D.; Dias, M. de V.; Machado, R. N.; Féres-Carneiro, T. (2016). Definindo fronteiras no recasamento: Relato de uma experiência clínica. *Pensando Famílias*, 20(2), 43-55.
- Bernardi, D.; Féres-Carneiro, T.; Magalhães, A. S. (2018). Entre o desejo e a decisão: A escolha por ter filhos na atualidade. *Contextos Clínicos*, 11(2), 161-173.
- Braun, V.; Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Bueno, R. K.; Souza, S. A. de; Monteiro, M. A.; Teixeira, R. H. M. (2013). Processo de diferenciação dos casais de suas famílias de origem. *Psico*, 44(1), 16-25.
- Campos, S. O.; Scorsolini-Comin, F.; Santos, M. A. dos (2017). Transformações da conjugalidade em casamentos de longa duração. *Psicologia Clínica*, 29(1), 69-89. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652017000100006
- Carter, B.; McGoldrick, M. (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Cervený, C. M. O.; Berthoud, C. M. (1997). *Família e ciclo vital: Nossa realidade em pesquisa*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Costa, C. B.; Mosmann, C. P. (2015). Relacionamentos conjugais na atualidade: Percepções de indivíduos em casamentos de longa duração. *Revista da SPAGESP*, 16(2), 16-31.
- Costa, J. M.; Dias, C. M. de S. B. (2012). Famílias recasadas: Mudanças, desafios e potencialidades. *Psicologia: Teoria e Prática*, 14(3), 72-87.
- Cruz, Q. S. da; Mosmann, C. P. (2015). Da conjugalidade à parentalidade: Vivências em contexto de gestação planejada. *Aletheia*, 1(47-48), 22-34.
- Damo, D. D. (2021). *Quando o divórcio acontece só no papel: Contextualização, entendimento e intervenções para a elaboração do divórcio emocional*. Curitiba: Appris.
- Dantas, C. R. T.; Féres-Carneiro, T.; Machado, R. N.; Magalhães, A. S. (2019). Repercussões da parentalidade na conjugalidade do casal recasado: Revelações das madrastas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 35, 1-9.
- Delatorre, M. Z. (2019). *A avaliação da qualidade conjugal: Processos adaptativos, características pessoais e variáveis de contexto* (tese de doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).
- Endendijk, J. J.; Derks, B.; Mesman, J. (2018). Does parenthood change implicit gender-role stereotypes and behaviors?. *Journal of Marriage and Family*, 80(1), 61-79.
- Féres-Carneiro, T. (1987). Aliança e sexualidade no casamento e no recasamento contemporâneo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 3(3), 250-261.
- Féres-Carneiro, T. (1997). Escolha amorosa e relação conjugal na homossexualidade e na heterossexualidade: Um estudo sobre namoro, casamento, separação e recasamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 10(2), 351-368.
- Féres-Carneiro, T. (1998). Casamento contemporâneo: O difícil convívio da individualidade com a conjugalidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 11(2), 379-394.

- Ganong, L.; Coleman, M. (2017). *Stepfamily relationships*. Boston: Springer.
- Gottman, J. M.; Gottman, J. S.; Cole, C.; Preciado, M. (2020). Gay, lesbian, and heterosexual couples about to begin couples therapy: An online relationship assessment of 40,681 couples. *Journal of Marital and Family Therapy*, 46(2), 218-239.
- Grizólio, T. C.; Scorsolini-Comin, F.; Santos, M. A. dos (2015). A percepção da parentalidade de cônjuges engajados em casamentos de longa duração. *Psicologia em Estudo*, 20(4), 663-674.
- Heckler, V. I.; Mosmann, C. (2014). Casais de dupla carreira nos anos iniciais do casamento: Compreendendo a formação do casal, papéis, trabalho e projetos de vida. *Barbarói*, 41(1), 119-147.
- Heckler, V. I.; Mosmann, C. P. (2016). A qualidade conjugal nos anos iniciais do casamento em casais de dupla carreira. *Psicologia Clínica*, 28(1), 161-182. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652016000100009
- Hernandez, J. A. E.; Hutz, C. S. (2009). Transição para a parentalidade: Ajustamento conjugal e emocional. *Psico*, 40(4), 414-421.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2013). *Estatísticas do Registro Civil – 2013*, vol. 40. Rio de Janeiro: IBGE.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2014). *Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira – 2014* (34ª ed.). Rio de Janeiro: IBGE.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2019). *Estatísticas do Registro Civil – 2018*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Kunrath, L. H. (2006). Recasamento: Novas oportunidades para o espaço conjugal?. *Pensando Famílias*, 10(1), 101-112.
- Lavner, J. A.; Karney, B. R.; Bradbury, T. N. (2016). Does couples' communication predict marital satisfaction, or does marital satisfaction predict communication?. *Journal of Marriage and Family*, 78(3), 680-694.
- McGoldrick, M.; Garcia Preto, N.; Carter, B. (2016). *The expanding family life cycle: Individual, family, and social perspectives* (5ª ed.). London: Pearson.
- McGoldrick, M.; Shibusawa, T. (2016). O ciclo vital familiar. In: F. Walsh, *Processos normativos da família: Diversidade e complexidade* (4ª ed.), p. 375-398. Porto Alegre: Artmed.
- Menezes, C. C.; Lopes, R. de C. S. (2007). Relação conjugal na transição para a parentalidade: Gestação até deztoito meses do bebê. *Psico-USF*, 12(1), 83-93.
- Mosmann, C.; Wagner, A.; Feres-Carneiro, T. (2006). Qualidade conjugal: Mapeando conceitos. *Paidéia*, 16(35), 315-325.
- Nichols, W. C.; Pace-Nichols, M. A. (1993). Developmental perspectives and family therapy: The marital life cycle. *Contemporary Family Therapy*, 15(4), 299-315.
- Oliveira, C. S. de; Krug, J. S. (2011). E começaram a viver "felizes para sempre": Vicissitudes das etapas iniciais da formação de um casal. *Pensando Famílias*, 15(2), 11-30.

- Paiva, M. L. de S. C.; Gomes, I. C. (2006). Casamentos duradouros: O uso de entrevistas e o TAT na análise psicanalítica da relação conjugal. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 14(2), 151-159.
- Papalia, D. E.; Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento humano* (12ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Patias, N. D.; Fontinel, M. I.; Jaeger, F. P. (2012). Quando os filhos saem de casa e o “ninho” fica vazio: A visão do casal sobre o fenômeno. *Pensando Famílias*, 16(1), 163-176.
- Racine, N.; Plamondon, A.; Hentges, R.; Tough, S.; Madigan, S. (2019). Dynamic and bidirectional associations between maternal stress, anxiety, and social support: The critical role of partner and family support. *Journal of Affective Disorders*, 252, 19-24.
- Ríos-González, J. A. (2011). *Los ciclos vitales de la familia y la pareja: ¿Crisis u oportunidades?* (2ª ed.). Madrid: CCS.
- Ronchi, J. P.; Avellar, L. Z. (2011). Família e ciclo vital: A fase de aquisição. *Psicologia em Revista*, 17(2), 211-225.
- Soares, B.; Colossi, P. M. (2016). Transições no ciclo de vida familiar: A perspectiva paterna frente ao processo de transição para a parentalidade. *Barbarói*, 1(48), 253-276.
- Souza, M. T.; Silva, M. D.; Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: O que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)*, 8(1), 102-106.
- Thibodeau, J.; Bouchard, G. (2019). Attachment and satisfaction at the empty-nest stage: An actor-partner interdependence model. *Journal of Adult Development*, 27, 212-223.
- Vilar, J. O. V.; Rabinovich, E. P. (2014). Tipos de conjugalidade e sexualidade na transição para a parentalidade de mulheres de classe média de Salvador, Bahia. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 14(1), 29-46.
- Wagner, A.; Delatorre, M. Z. (2018). A conjugalidade e suas transformações nos diferentes estágios do ciclo vital. In: M. A. dos Santos; D. Bartholomeu; J. M. Montiel (Eds.), *Relações interpessoais no ciclo vital: Conceitos e contextos*, p. 271-284. Brasília: Vetor.
- Wagner, A.; Mosmann, C. P.; Falcke, D. (2015). *Viver a dois: Oportunidades e desafios da conjugalidade*. São Leopoldo: Sinodal.
- Walsh, F. (2016). *Processos normativos da família: Diversidade e complexidade* (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Zhaoyang, R.; Martire, L. (2018). Spouses' social network characteristics and marital quality among older couples. *Innovation in Aging*, 2(Suppl.1), 471.

Recebido em 12 de novembro de 2020

Aceito para publicação em 30 de dezembro de 2021

A(S) MATERNIDADE(S) DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA: ENTRE VIOLAÇÕES E POSSIBILIDADES DE REPARAÇÃO SUBJETIVA

*MOTHERHOOD(S) OF HOMELESS WOMEN: BETWEEN
VIOLATIONS AND SUBJECTIVE RESTORATION*

*LA(S) MATERNIDAD(ES) DE MUJERES SIN HOGAR: ENTRE
VIOLACIONES Y POSIBILIDADES DE REPARACIÓN SUBJETIVA*

Iara Flor Richwin ⁽¹⁾

Valeska Zanello ⁽²⁾

RESUMO

A maternidade de mulheres em situação de rua constitui uma questão pouco pesquisada, permeada por desconhecimento, estigmatização e violência. O objetivo deste estudo foi analisar os sentidos e experiências de maternidade sob essa condição, enfocando suas configurações subjetivas e seus efeitos sobre a saúde mental das mulheres. Foram realizadas pesquisa de campo etnográfica e entrevistas aprofundadas. Evidenciou-se que, num contexto cultural em que “ser mãe” é concebido como elemento essencial e definidor do “ser mulher”, a maternidade pode promover importantes transformações existenciais para mulheres em situação de rua. Ela pode se constituir como um lócus de organização subjetiva, resgate identitário, reinstauração de uma dimensão desejante e prospectiva e alargamento das possibilidades de futuro. Contudo, também foi detectado que muitas mulheres em situação de rua têm essas possibilidades ameaçadas, já que sua maternidade é alvo de desamparo social, violações e separações. Constatou-se que essas violações e interdições da maternagem promovem acentuado sofrimento psíquico, com efeitos devastadores na saúde mental. Concomitantemente, fez-se evidente que as mulheres não as vivenciam de forma passiva, mas desenvolvem estratégias de resistência a partir da mobilização de arranjos alternativos de ma-

⁽¹⁾ Pesquisadora colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF, Brasil. email: iararaflor@gmail.com

⁽²⁾ Professora adjunta do Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF, Brasil. email: valeskazanello@unb.br

Não houve qualquer fonte de financiamento para a pesquisa e elaboração do artigo.

ternagem e redes de cuidado compartilhado, o que pode ter efeito restaurativo sobre sua saúde mental.

Palavras-chave: mulheres em situação de rua; violência de gênero; maternidade; maternagem; saúde mental.

ABSTRACT

The maternity of homeless women is an understudied topic, which blends lack of knowledge, stigmatization and violence. This study aims to analyze meanings and experiences of maternity under this condition, focusing on its subjective configurations and its effects on the mental health of women. Ethnographic fieldwork was conducted, with in-depth interviews. It was found that maternity can promote important existential transformations for homeless women, in a cultural context in which “being a mother” is conceived as an essential and defining element of “being a woman”. Maternity can constitute a locus of subjective organization and identity rescue, re-establishing desire and prospective visions and broadening possibilities for the future. However, it was also noticed that many women living on the streets have these possibilities threatened, since their maternity is a target of social helplessness, violations and separations. It is evident that these violations and interdictions of motherhood promote deep psychic suffering, with devastating effects on mental health. Simultaneously, it was clear that women do not experience this hardship passively, but develop resistance strategies based on alternative arrangements of motherhood and shared care networks, which can have a restorative effect on their mental health.

Keywords: homeless women; gender-based violence; maternity; motherhood; mental health.

RESUMEN

La maternidad de mujeres sin hogar es un tema poco investigado, permeado por el desconocimiento, la estigmatización y la violencia. El objetivo de este estudio fue analizar los significados y experiencias de la maternidad en situación sin hogar, centrándose en sus configuraciones subjetivas y sus efectos en la salud mental de las mujeres. Se realizó investigación etnográfica y entrevistas en profundidad. Se hizo evidente que, en un contexto cultural en el que “ser madre” se concibe como un elemento esencial del “ser mujer”, la maternidad puede promover importantes transformaciones existenciales para las mujeres sin hogar. Ella puede constituir un locus de organización subjetiva y rescate de

la identidad, reinstaurando una dimensión deseante y prospectiva y ampliando las posibilidades futuras. Todavía, también se detectó que muchas mujeres sin hogar tienen estas posibilidades amenazadas, ya que su maternidad es objeto de desamparo social, violaciones y separaciones. Se encontró que estas violaciones e interdicciones del maternaje promueven un marcado sufrimiento, con efectos devastadores en la salud mental. Concomitantemente, se evidenció que las mujeres no las experimentan de forma pasiva, sino que desarrollan estrategias de resistencia basadas en la organización de formas alternativas de maternaje y de redes de cuidados compartidos, que pueden tener efecto reparador en su salud mental.

Palabras clave: mujeres sin hogar; violencia de género; maternidad; maternaje; salud mental.

Introdução

- *Mulher, como você se chama?* — *Não sei.*
 — *Quando você nasceu, de onde você vem?* — *Não sei.*
 — *Para que cavou uma toca na terra?* — *Não sei.*
 — *Desde quando está aqui escondida?* — *Não sei.*
 — *Por que mordeu o meu dedo anular?* — *Não sei.*
 — *Não sabe que não vamos te fazer nenhum mal?* — *Não sei.*
 — *De que lado você está?* — *Não sei.*
 — *É a guerra, você tem que escolher.* — *Não sei.*
 — *Tua aldeia ainda existe?* — *Não sei.*
 — *Esses são teus filhos?* — *São.*
 Wislawa Szymborska (2011)

As mulheres constituem um grupo minoritário da população em situação de rua, representando, no contexto brasileiro, 18% do total de pessoas nessa condição, segundo a única pesquisa nacional realizada sobre esse segmento populacional (MDS, 2009). Contudo, o número de mulheres em situação de rua tem crescido nos países industrializados (Reppond & Bullock, 2019; Roze et al., 2019) e, como identificado por estudos anteriores, elas estão mais expostas a diversas vulnerabilidades (MDS, 2009; De Antoni & Munhós, 2016; Rosa & Brêtas, 2015; Richwin & Zanello, no prelo). Além das destituições que acometem pessoas em situação de rua de modo geral (Rodrigues & Fernandes, 2020),

as mulheres enfrentam ainda a presença da violência como elemento intrínseco e transversal em suas vidas (Rosa & Brêtas, 2015). Violências que são conformadas pelas desigualdades raciais e de gênero e que se manifestam sob três formas principais: (1) violências físicas e sexuais, que constituem, muitas vezes, o principal deflagrador para a transição para as ruas; (2) violências estruturais, constituídas por macroprocessos históricos e sociais, como a fome, a pobreza extrema, o desamparo social e a criminalização da miséria; opressões raciais e gendradas; e reprodução de desigualdades e exclusões pelo poder público; e (3) estratégias de proteção e de sobrevivência que as submetem à violência, como a necessidade de envolver-se em trabalhos sexuais ou de manter-se em relações íntimas com homens que as agridem, para evitar a agressão de outros homens (Richwin & Zanello, no prelo).

O presente estudo tem como problema central a maternidade dessas mulheres, condição que adiciona às suas vidas complexidades e violações singulares, muitas delas relacionadas às normas e estereótipos de gênero sobre o que seria uma “boa mãe” (Benbow et al., 2019). Na realidade social brasileira, essa questão é objeto de desconhecimento e preconceitos (Almeida & Quadros, 2016; Sarmiento, 2020) e a produção científica sobre o tema ainda é escassa (Barros et al., 2020; Costa et al., 2015). Embora mais desenvolvida do que no Brasil, a literatura científica internacional também é reduzida (Lapuente et al., 2020; Roze et al., 2019).

Um dos pontos destacados pelos estudos existentes, nacionais e internacionais, é o fato de que a maternidade em situação de rua é permeada por julgamentos morais, estigmatizações e discriminações, que são informados por estereótipos de classe, raça, gênero e idade (Benbow et al., 2018, 2019; Lapuente et al., 2020; Reppond & Bullock, 2019; Sarmiento, 2020). Diante de uma dissonância entre a precariedade da vida nas ruas e os padrões dominantes de maternidade – conformados por normas patriarcais e neoliberais (Benbow et al., 2018) –, as mães nessa condição são discriminadas e rotuladas como incapazes, negligentes, preguiçosas, promíscuas, drogadas e indisciplinadas (Benbow et al., 2018, 2019; Reppond & Bullock, 2019; Sarmiento, 2020). Ou seja, por meio de um reducionismo que ignora as desigualdades estruturais implicadas (Benbow et al., 2018) e que interpreta falta de moradia como falta de capacidade para maternar (Glumbíková et al., 2018), as mulheres são socialmente vilipendiadas e reputadas como “mães ruins”, um perigo para si mesmas e para seus filhos (Benbow et al., 2019; Reppond & Bullock, 2019).

Essas estigmatizações e discriminações constituem uma das principais barreiras de acesso aos sistemas de saúde e assistência social, afastando as mães e

grávidas em situação de rua dos espaços que, paradoxalmente, foram desenhados para oferecer-lhes refúgio e cuidado (Almeida & Quadros, 2016; Barros et al., 2020; Benbow et al., 2018, 2019; Costa et al., 2015; Gomes & Dias, 2017; Gordon et al., 2019; Reppond & Bullock, 2019). Dessa forma, suas condições existenciais e de saúde, já sujeitas a contínuas violações e precarizações, ficam ainda mais agravadas (Benbow et al., 2018; Gomes & Dias, 2017).

Outra dimensão central nas vidas de mães em situação de rua, evidenciada por estudos nacionais e internacionais, é a questão da separação compulsória de seus filhos (Benbow et al., 2019; Gomes & Dias, 2017; Gordon et al., 2019; Malheiro, 2018; Sarmiento, 2020). No Brasil, essa questão se agravou acentuadamente nos últimos anos, na esteira do pânico moral e social em torno do crack e da espetacularização da figura das “mães e filhos do crack” (Alves, 2018; Malheiro, 2018). A partir de 2014, observou-se em diversas cidades brasileiras a publicação de recomendações de Promotorias e Varas da Infância e Juventude que orientavam as unidades de saúde a comunicar ao poder judiciário todos os nascimentos de filhos de mães usuárias de drogas ou com trajetória de rua. Desde então, os aparatos estatais têm promovido numerosos casos de retirada e abrigamento compulsório de filhos de mulheres em situação de rua, fundamentando-se num entendimento de que a situação de vulnerabilidade e pobreza das mães constituiria uma total impossibilidade de exercício de uma maternidade segura e sem riscos para as crianças (Alves, 2018; Gomes & Dias, 2017; Malheiro, 2018; Sarmiento, 2020).

A análise da maternidade de mulheres em situação de rua exige observar que o próprio conceito de maternidade abrange diferentes aspectos e sentidos: a procriação, ligada a uma capacidade física e biológica; a maternagem, que diz respeito às funções e ao exercício do cuidado (Gradwohl et al., 2014; O’Reilly, 2007); e, ainda, os significados e representações socialmente construídos em torno dessas duas dimensões. Portanto, a maternidade não se reduz a uma habilidade natural e biológica, mas é também uma construção histórica, social e cultural, mediada por relações de poder (Mattar & Diniz, 2012; Zanello, 2018).

Como destacado por Badinter (1985), a partir do século XVIII o ideal de maternidade passou por importantes transformações nas culturas ocidentais. A noção de “instinto materno” foi naturalizada e houve um borramento ideológico entre procriação e maternagem (Zanello, 2018), o que caracterizou o cuidado como uma função eminentemente feminina. A ideia de que as mulheres deveriam ser totalmente devotadas aos filhos e ao lar, renunciando a outras aspirações e lugares sociais, ganhou cada vez mais pujança e respaldo, inclusive científico. Assim, configurou-se um ideal materno em que as mulheres são in-

terpeladas para o exercício do sacrifício, autoabnegação, amor incondicional e total disponibilidade aos filhos. Paralelamente, ocorreu uma exaltação do “amor materno” e um enaltecimento da maternidade, que, por isso, também se configurou como um espaço de reconhecimento social e de valorização das mulheres enquanto mães (Zanello, 2018).

Segundo Zanello (2018), em torno dessas construções históricas e socio-culturais de maternidade configurou-se um importante dispositivo de subjetivação para as mulheres – o “dispositivo materno” –, que as interpela no sentido de determinadas performances e processos identitários e constrói afetos e emoções. O dispositivo materno tem como um de seus principais fundamentos a associação entre procriação e cuidado supracitada, que, ao atrelar a capacidade de cuidado à posse de um útero, promove a naturalização das tarefas do cuidar (não apenas dos filhos, mas da casa, de idosos, de enfermos) como responsabilidade exclusivamente feminina. Subjetivadas por esse dispositivo, as mulheres são interpeladas a existir no “heterocentrismo”: tendo filhos ou não, elas são ensinadas a cuidar, estar disponíveis e priorizar o outro.

No Brasil, dada sua formação histórico-cultural, é necessário observar a construção da maternidade a partir dos processos de colonização e escravização, que imprimiram suas marcas em diferentes dimensões da sociedade e da cultura brasileiras (Gonzalez, 2020). Nesse sentido, quando trazidas para o Brasil colônia, as concepções de maternidade acima discutidas tomaram novos contornos a partir de seu encontro com culturas indígenas e africanas (Zanello, 2018). Além disso, os modos de experienciar e significar a maternidade também foram configurados dentro das dinâmicas de poder entre dominadores e dominados, senhores e escravos, mulheres brancas e mulheres negras.

Como mostram El Kareh (2004) e Telles (2018), no contexto brasileiro do século XIX, as mulheres negras escravizadas eram sistematicamente separadas de seus filhos. Isso se dava tanto para o aluguel das mães como amas-de-leite, quanto para a comercialização das crianças escravizadas, mercadoria lucrativa sobretudo após a abolição do tráfico africano, em 1850 (El Kareh, 2004; Telles, 2018). Observa-se, assim, que a maternidade e as relações entre procriação e maternagem foram configuradas pela gramática do racismo e da desumanização. Para as mulheres negras, a procriação era incentivada, dado o interesse senhorial em aumentar seu patrimônio de escravizados. Contudo, lhes era interdita a maternagem de seus próprios filhos, que eram apartados, como “bezerros separados de vacas” (Davis, 2016, p. 19). Já as mulheres brancas, que tinham seu lugar social reduzido ao de esposa e mãe devota, eram encorajadas a procriar e tinham sua maternidade

glorificada; porém, a maternagem de seus filhos era exercida principalmente por mulheres negras (Gonzalez, 2020).

As separações e violações da maternagem não foram vivenciadas de modo passivo pelas mulheres negras, que criaram formas de resistência e enfrentamento. Diante das condições nefastas e da constante ameaça de desagregação vivenciadas pelas famílias escravizadas, elas constituíram redes de solidariedade e criação compartilhada das crianças, que envolviam relações de comadres e compadres, parentes de nação, e até novos parentescos forjados nos trajetos do tráfico de pessoas (Dos Reis, 2018; Telles, 2018). Além disso, a influência de culturas africanas – cuja concepção de maternidade não corresponde à noção de família nuclear do modelo eurocêntrico (Collins, 2019; Sarmiento, 2020) – também contribuiu para a configuração de redes de maternidade cooperativa, em que o cuidado e a maternagem eram concebidos como responsabilidade coletiva e compartilhada.

Como apontado por Collins (2019) com relação aos Estados Unidos, grande parte dessa herança africana foi retida e retrabalhada nas concepções e experiências de maternidade também no contexto brasileiro. O cuidado compartilhado das crianças, arranjos temporários, adoções informais e redes de maternagem cooperativa – que transcendem os vínculos biológicos e incluem avós, tias, vizinhas ou parentes de consideração (Collins, 2019) – se espalharam no Brasil e se imiscuíram na própria cultura brasileira, não se restringindo às comunidades negras. Essa forma de cuidado é mobilizada como adaptação e resistência por muitas mulheres (negras, brancas e indígenas) que tiveram e têm de maternar em situações de pobreza e em condições adversas, opressoras e violentas.

Observar essa construção histórica mostra-se essencial para a análise aqui proposta, uma vez que as mulheres em situação de rua são majoritariamente negras (mais de 63%) (MDS, 2009) e vivem em extrema pobreza. A maternidade dessas mulheres não pode ser adequadamente examinada a partir de perspectivas dominantes sobre a maternidade de mulheres brancas de classes favorecidas. Como destacado por Collins (2019), a maternidade é enquadrada por estruturas entrelaçadas de raça, classe e gênero, e as diferentes experiências de maternagem são profundamente moldadas pela dominação racial e pela exploração econômica. Nessa perspectiva, cumpre destacar que existem “hierarquias reprodutivas” que determinam que algumas maternidades são legítimas, aceitas e prestigiadas, enquanto outras são estigmatizadas, negligenciadas ou impedidas (Mattar & Diniz, 2012).

Considerando as discussões e reflexões apresentadas, este artigo tem o objetivo de analisar os sentidos e experiências de maternidade de mulheres em situ-

ação de rua em uma capital brasileira¹, enfocando suas configurações subjetivas e seus efeitos sobre a saúde mental.

Método

O presente estudo é oriundo de uma investigação de escopo mais amplo, que consistiu em examinar a vida e as experiências subjetivas de mulheres em situação de rua, a partir da perspectiva dos estudos de gênero e saúde mental, em suas interseccionalidades com classe e raça. Essa pesquisa foi orientada pela metodologia clínico-qualitativa proposta por Turato (2018), que articula teorias epistemológicas de pesquisas sociais a métodos clínicos, referidos aos contextos das vivências em saúde. Segundo o autor, por meio do método clínico-qualitativo, ao mesmo tempo em que se oferece acolhimento e escuta a sofrimentos subjetivos, busca-se compreender e interpretar diferentes fenômenos a partir de perspectivas psicológicas e psicossociais.

Foi realizada uma pesquisa de campo que se aproximou da abordagem etnográfica, na qual intencionamos estabelecer uma convivência contínua e prolongada com mulheres em situação de rua, em seu próprio território existencial, construindo vínculos de confiança e colaboração (Souza, 2015). Buscamos, com essa aproximação, a obtenção de um material denso e nuançado e, a um só tempo, a conformação de uma postura ética de cuidado e respeito com vidas que foram submetidas a variadas e contínuas situações de perda, violência e discriminação (MacRae, 2004; Souza, 2015; Williams & Drew, 2020).

A pesquisa ocorreu na região central de uma capital brasileira, onde há uma concentração de pessoas em situação de rua. No período compreendido entre março de 2019 e maio de 2020, uma das pesquisadoras frequentou esse lugar de duas a três vezes por semana, passando cerca de três horas em campo, durante as quais caminhava pelo território, realizava observações, interagia em diferentes situações cotidianas e conversava com as pessoas que ali construíram seu espaço de moradia e sociabilidade. Buscamos acompanhar e apreender as histórias de vida das mulheres, seu cotidiano, suas relações, suas experiências subjetivas e os significados que elas constroem e compartilham (MacRae, 2004; Souza, 2015). Após cada incursão, as vivências, interações e reflexões suscitadas em campo foram registradas em áudios, cuja gravação compõe o caderno de campo da pesquisa. Totalizou-se 78 idas a campo, com cerca de 270 horas de pesquisa².

Durante esse processo, foi identificado acentuado sofrimento psíquico e demandas de cuidado em saúde mental entre as mulheres. Assim, a pesqui-

sa de campo também abrangeu a oferta de escuta qualificada, acolhimento e intervenção psicológica, de acordo com a indissociabilidade entre investigação e intervenção social (Thiollent, 2011) e com o método clínico-qualitativo (Turato, 2018).

Depois de estabelecida uma relação de confiança com algumas mulheres, cerca de seis meses após o início da pesquisa de campo, passamos à realização das entrevistas, de forma a enriquecer e aprofundar as informações e percepções oriundas das incursões e imersões em campo. Para a escolha das mulheres que seriam entrevistadas, utilizamos os seguintes critérios: (a) a mulher em situação de rua já deveria ter alguma proximidade e um vínculo estabelecido com a pesquisadora; e (b) a mulher deveria apresentar interesse e disponibilidade para participar da entrevista. Seguindo esses critérios de escolha, conseguimos entrevistar nove mulheres em situação de rua, até o momento em que teve início a pandemia de Covid-19 no Brasil, em 2020, impondo o distanciamento social e a impossibilidade de contatos próximos na pesquisa de campo. Dessa forma, foram realizadas nove entrevistas aprofundadas com roteiro semiestruturado (duração média de uma hora e meia). Buscamos proporcionar um espaço em que as mulheres falassem livremente sobre suas experiências de vida; sobre os sentidos e percepções acerca de suas histórias; sobre suas relações e laços sociais; e sobre a condição de viver nas ruas. Antes das entrevistas, fizemos explanações sobre a pesquisa, esclarecemos possíveis dúvidas, lemos conjuntamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e todas as mulheres registraram seu consentimento mediante assinatura do TCLE ou sob a forma sonora, na gravação da entrevista. Das nove entrevistas, oito foram gravadas (após concordância das mulheres), e uma foi registrada por escrito, pois a entrevistada disse ficar constrangida diante do gravador. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília (CAAE: 13547419.7.0000.5540, parecer nº 3.423.417). Os nomes utilizados são fictícios e dados que facilitassem a identificação das mulheres foram omitidos.

A análise dos dados foi focada nas vidas das nove mulheres entrevistadas. O *corpus* de dados – as entrevistas e o caderno de campo degravados – foi tratado por meio da análise de conteúdo (Bardin, 2016), conforme proposto por Turato (2018), que a particularizou e refinou de acordo com as características do método clínico-qualitativo. Ou seja, para trabalhar os dados em “estado bruto” provenientes da pesquisa de campo, das entrevistas e das intervenções psicossociais ofertadas, buscamos codificar, identificar e ordenar os elementos e temas recorrentes e relevantes para os objetivos e problemas de pesquisa, seguindo as etapas de análise indicadas por Turato (2018).

Na primeira etapa, foi realizada uma imersão aprofundada nos dados, na qual as duas pesquisadoras leram separadamente as nove entrevistas e, depois, cotejaram as reflexões e impressões construídas individualmente. A segunda etapa da análise consistiu na codificação temática do *corpus* de dados, de acordo com os “núcleos de sentido” ou unidades temáticas que se destacaram (Bardin, 2016; Turato, 2018). Na terceira etapa, foi feita a categorização dos dados, seguindo os critérios de relevância (que não é quantitativa, mas qualitativa) e de reincidência dos tópicos temáticos emergentes (Turato, 2018). A categorização foi orientada pelo aglutinamento dos dados a partir de seus aspectos comuns e de sua coesão; pelas distinções entre os grupos de temas; e pelo enquadre teórico mobilizado (Bardin, 2016; Turato, 2018), a saber, os estudos de gênero e saúde mental.

Esse processo engendrou a construção de quatro categorias de análise: (1) Violências e vidas precarizadas; (2) Maternidade; (3) Intensidade das relações afetivas; e (4) Sobrevivência, resistência e fruição. Diante do grande volume e complexidade dos dados obtidos, cada categoria é abordada em artigo independente. O presente artigo se atém à análise e elaboração da segunda categoria, “Maternidade”. A categoria “Violências e vidas precarizadas” foi desenvolvida em artigo anterior (Richwin & Zanello, no prelo) e as outras duas serão apresentadas em trabalhos futuros.

Resultados e discussões

As nove mulheres entrevistadas eram mães. Questões relacionadas à maternidade e ao maternar apareceram com centralidade e relevância em seus relatos. Os resultados e discussões serão apresentados a partir dos três eixos analíticos que se mostraram mais evidentes e significativos na análise dos dados: (1) Tornar-se mulher-mãe: maternidade como divisor de águas e transformação das vivências e perspectivas futuras; (2) Maternidades violadas e interditas; e (3) Outras configurações de maternagem: redes de cuidado compartilhado como forma de resistência e reparação narcísica.

1. Tornar-se mulher-mãe: maternidade como divisor de águas e transformação das vivências e perspectivas futuras

Tarsila (38 anos, negra) passou a viver nas ruas depois que seu ex-companheiro tentou matá-la. Ela contou que tinha três filhas e que o nascimento da

primeira foi a experiência mais marcante e importante de sua vida: “Foi quando eu tive a Maria.” Cora (32 anos, negra) vivia nas ruas desde a infância e teve seis filhos: “Três meninas e três meninos, são as bênçãos pra mim.” Elis (58 anos, parda) vivia em situação de rua há mais de 20 anos, desde que sua filha mais velha foi vítima de feminicídio. Ela contou que teve quatro filhos e ressaltou a satisfação que o papel de mãe lhe trazia: “Ah é uma felicidade imensa! Eu gosto de ser mãe!” Bethânia (35 anos, branca) tinha um único filho, que aparecia em suas falas como um importante pilar de sua vida: “Ele é toda minha vida, meu filho!!! Amo tanto ele! Tudo que eu tenho na minha vida, lindo, maravilhoso!”

Como exemplificam as falas acima, a maternidade foi uma experiência muito significativa para a maioria das mulheres que participaram da pesquisa. No presente eixo, serão sublinhados os efeitos psicodinâmicos ocorridos com a transformação das mulheres em mães, que dispara processos subjetivos relacionados ao dispositivo materno, promovendo desdobramentos psíquicos.

Os dados evidenciaram que a maternidade provocou reconfigurações nas formas de experienciar a vida e a temporalidade. Muitas mulheres manifestaram profundas mudanças na vivência do tempo presente, como expressado de forma explícita por Bethânia: “Mudou muito, mudou muito depois que ele veio. Modificou muito, meu filho! Pro bem!” Cora disse que agradecia “meus filhos por ter aberto a minha mente”, mostrando como o tornar-se mãe promoveu uma reorganização subjetiva e possibilitou a reconfiguração de alguns cursos e destinos em sua vida: “É uma experiência que eu adorei. Agrupou com a minha mente, deu uma fluida, me tirou dos crimes, do mundo do roubo, do tráfico, porque eu tava impossível. Sossegou. Quando eu não tinha filho eu era impossível, Ave Maria! Aprontava o escambau!” Consuelo (41 anos, branca) falou do alívio que sentiu ao conseguir deixar de se prostituir, o que ela atribuiu ao nascimento de uma de suas filhas: “Acho que essa menina veio pra me ajudar, não sei. Foi benção de Deus. Depois da Malena dei um basta. Hoje, graças a Deus, tem 11 anos que eu não me prostituo.”

Além das transformações no presente, as mulheres relataram que a maternidade também operou transformações prospectivas, como uma experiência que reinstaura e redireciona os sonhos, desejos, metas e investimentos subjetivos voltados para o futuro. Tina (34 anos, negra) contou que o que mais lhe dava motivação eram seus três filhos: “Só pensar nos meus filhos... quando eu quero saber deles, penso neles e corro atrás dessas coisas. Eu quero construir tudo para poder viver com os meus filhos. É meu sonho! Já pego arrumo um lugar desse para morar, tenho meus filhos do lado. É o meu sonho.” Bethânia disse que sua meta era conseguir “um emprego. Emprego, dinheiro, pra cuidar do meu filho e

da minha mãe, ir todo dia pra casa, parar de dormir na rua.” Consuelo falou do medo de perder a guarda de suas filhas e de como isso a mobilizava a se reorganizar: “Eu não quero perder. Porque eu tenho que sair disso aqui. Eu tenho que me estabilizar. Pra poder pegar elas de volta. Eu tenho que me erguer, fortalecer. Eu tenho certeza que eu vou conseguir.” Tarsila sempre afirmava sua necessidade de conseguir um trabalho e uma casa para voltar a viver com as filhas: “Quem me dá vontade de firmar num lugar são minhas filhas!”

Observa-se, assim, que o tornar-se mulher-mãe foi relatado pela maioria das mulheres como um divisor de águas em suas vidas, que promoveu uma cisão temporal, ressignificando o presente e conferindo uma atitude de relançamento às perspectivas futuras. Com Minkowski (2013), poderíamos afirmar que a transformação das mulheres em mães reinstaurou um “ímpeto pessoal vital”, que orienta a vida em direção ao futuro, recriando e alargando as possibilidades do porvir.

Além disso, os dados também revelaram que, para muitas mulheres, os filhos se tornaram fonte de satisfação narcísica, experimentada a partir das realizações e êxitos alcançados por seus filhos e filhas, apreendidos como uma espécie de prolongamento de si mesmas (Freud, 1914/2010). Bethânia, por exemplo, expressava constantemente o orgulho de seu filho: “lindo, maravilhosos!... Todo mundo fala que meu filho é lindo, véi. O bicho é gato, véi! Ele é muito gato, só tu vendo mesmo!” Consuelo e Rita (30 anos, negra) também manifestavam a satisfação que tinham com suas filhas e filhos: “Aí, depois disso, tive a Tati, eu tinha 20 anos, linda demais! Linda, linda, linda!” (Consuelo); “Estudam. Ele viaja também, o Pedrinho, pra jogar bola! A minha filha ela já parece a vó dela, linda, se tu vê ela você vai amar, ela é muito educada, véi!! Eu queria que você conhecesse eles também!” (Rita). Embora elas vivessem nas ruas, em situação de extrema precariedade e destituídas das insígnias sociais de uma vida considerada exitosa dentro dos padrões hegemônicos, seus filhos e filhas não estavam sujeitos às mesmas privações e puderam ocupar lugares sociais, realizar feitos e concretizar sonhos que lhes foram inacessíveis.

Identificamos que essas transformações vivenciadas pelas mulheres a partir do momento em que se tornam mães têm relação direta com os processos subjetivos engendrados pelo dispositivo materno. Como apresentado na introdução, a mesma construção histórica e cultural que configurou a instigação das mulheres ao cuidado e ao heterocentramento também produziu uma magnificação do ser mãe (Zanello, 2018; Badinter, 1985). Assim, a maternidade, construída culturalmente como essência e principal atributo de uma mulher, passou a constituir uma posição que confere valo-

rização e reconhecimento (embora não subverta as estruturações de poder e opressão) (Zanello, 2018).

Nesse sentido, em nosso contexto cultural binário em que o tornar-se pessoa significa tornar-se homem ou mulher (Zanello, 2018), o tornar-se mãe – o próprio cerne do que é concebido como ser mulher – promove uma afirmação identitária. Portanto, observa-se que a experiência de gestar, parir e colocar um ser no mundo transforma a *status* das mulheres em situação de rua e possibilita um processo de reparação narcísica e um resgate identitário decorrentes da adequação às prescrições e expectativas hegemônicas relacionadas ao que é ser mulher. Ou seja, a experiência de tornar-se mãe, numa sociedade que enaltece a maternidade como principal função e essência das mulheres, pode promover um processo de autointerpretação (Brinkmann, 2008) que constrói sentidos de autorrealização por meio da adequação às expectativas sociais gendradas, de autovalorização e de satisfação consigo mesmas e com o lugar social ocupado, impactando positivamente seu amor-próprio.

É importante pensar esse processo de maneira interseccional com as questões de classe e raça e com a própria condição da vida nas ruas. As trajetórias dessas mulheres foram marcadas por uma série de violências estruturais, tais como pobreza, desproteção da infância, trabalho infantil e baixa escolaridade; exploração sexual e prostituição; trabalhos precários e dificuldades de geração de renda (Richwin & Zanello, no prelo). Diante da estigmatização, da negação de advires e da estreiteza de possibilidades identificatórias engendradas por essas violências e precarizações, a maternidade resta como um dos poucos espaços de realização e autovalorização, que incide na própria autoestima e na questão identitária do que é ser mulher, reorganiza subjetivamente, cria futuros e reinstaura sonhos, desejos e projetos. Contudo, como será discutido na próxima seção, isso também tem sido ameaçado para as mulheres em situação de rua, que, majoritariamente, têm seu direito à maternidade violado pelo poder público, que entende que mulheres que moram nas ruas não podem ou não conseguem maternar.

Antes disso, cumpre apontar que essa configuração específica da maternidade no contexto da situação de rua, embora tenha o potencial de promover reorganizações subjetivas e resgates identitários, não desconstrói totalmente os altos custos e vulnerabilizações promovidos pela construção patriarcal da maternidade e pelo dispositivo materno (Zanello, 2018; Collins, 2019). Na mesma perspectiva, não se trata de romantizar a maternidade como uma situação idílica e de salvação, mas de mostrar que, quando enquadrada pelo entrelaçamento de classe, raça e gênero próprio da situação de rua, a maternidade não pode ser reduzida a um lócus de opressão, podendo funcionar, também, como

espaço humanizador (hooks, 2007), que promove autovalorização e fortalecimento identitário (Collins, 2019).

2. Maternidades violadas e interditas

Desde que passou a viver nas ruas, Tarsila não conseguiu estar próxima de nenhuma de suas filhas. A caçula, de 11 anos, encontrava-se institucionalizada em uma unidade de acolhimento; a do meio, de 13, vivia com o pai; e a mais velha, de 16 anos, havia fugido recentemente do “abrigo”. Tarsila relatou que a unidade de acolhimento em que estavam suas filhas proibia que ela fosse visitá-las, violando um princípio central desse programa: a preservação dos vínculos e a promoção da reintegração familiar, conforme o art. 92 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Brasil, 1990). Esse distanciamento de suas filhas – “que vêm da minha carne, do meu sangue” – lhe causava grande sofrimento. Se o principal fator precipitador para sua ida para as ruas foi a violência do ex-companheiro, ela disse que foi essa dor acentuada que contribuiu para a permanência e perpetuação dessa condição: “depressão porque a porta do abrigo fechou pra mim”.

Consuelo disse ser mãe de seis filhos. Ela contou que precisou “entregar” para adoção o segundo, pois foi expulsa da casa de sua mãe e não tinha condições de criá-lo: “Eu nunca esqueci meu filho. Você entregar seu filhinho com 11 dias de nascido...” Embora não tenha conseguido cuidar dessa criança, Consuelo enfatizou que sua vida foi dedicada à criação das demais: “Enfrentei a vida criando esses filhos, sem ajuda de família, com a ajuda do trabalho. Eu fui pai e mãe. Mãe de levantar cedo, café da manhã, hora de escola, hora de creche, fazendo tudo pra filho, sabe?”

Maíra, a terceira filha de Consuelo, envolveu-se em práticas criminosas e foi presa aos 19 anos. Consuelo sentia-se responsável por compensar ou reparar possíveis traumas e danos causados a Maíra pelo fato de ela ter sido concebida num estupro. Sozinha no cuidado dos filhos, Consuelo disse que a dedicação a Maíra no período em que ela esteve presa implicou menos tempo e disponibilidade para dedicar-se aos outros filhos: “Eu falei pra Maíra ‘Maíra, eu deixei de correr atrás [dos outros] pra ver você. Porque você já veio de um fato’. Minha filha foi através de um abuso sexual, né? E eu pensava muito nela. Aí eu falei, deixa eu cuidar da Maíra primeiro, pra depois correr atrás.” Nesse momento de dificuldades – além da filha presa, seu companheiro tinha sido assassinado – Consuelo perdeu a guarda de suas duas filhas mais novas: “Tomaram elas de mim.”

Ao mesmo tempo em que ressaltou que seus filhos foram “bênçãos”, Cora não deixou de apontar as dificuldades e sofrimentos enfrentados: “Também sofri com eles cabuloso. Principalmente com o Gil, que já ficou nas ruas comigo até os dois anos.” Ela disse que o pai de Gil piorou muito as já precárias condições para cuidar de uma criança nas ruas. Além de se desresponsabilizar pelo cuidado com o filho, ele dependia inteiramente de Cora – “Virou um gigolô” –, roubava seu dinheiro e “até tirar as coisas do meu filho pra vender e usar droga ele já tirou... vendeu o pacote de fralda”.

Em um momento de esgotamento – “cansada de acordar por causa do Gil, ele acordava de madrugada pra mamar e essas coisas, aí era aquele sono mesmo!” –, Cora pediu que o pai cuidasse do menino para ela “tirar um cochilinho”. Enquanto Cora dormia, Gil, que já começava a andar, “atrevessou aquela pista ali e foi lá pro lado da rodoviária. E o pai dele na casa do caralho usando droga. Aí acordei com uma mulher me chamando: ‘Moça, moça, seu filho tá na Assistência Social.’” Cora contou que precisou acompanhar a equipe do serviço social: “Aí lá a juíza pegou e falou: ‘Olha, vocês não vão poder ficar com seu filho, que vocês tão ainda na rua [...] ele vai ficar numa creche’. [...] Aí, meu Deus, pra largar o menino naquela creche, isso foi difícil! Coração, meu irmão, uma dor!” Pouco tempo depois, Cora foi presa. Ela contou que um oficial de justiça esteve no presídio “pra poder assinar o papel, porque tavam querendo já meu filho pra adoção”, o que a deixou com muita raiva: “Não vou assinar esse papelzinho aí não, senhor, pode levar esse papel que eu não vou assinar porra nenhuma, não vou botar meu filho pra adoção caralho nenhum.”

Os casos descritos acima, dentre vários outros observados ao longo da pesquisa, evidenciam o desamparo, a desproteção social e a violação que caracterizam as experiências de maternidade de mulheres em situação de rua. Como apontamos anteriormente, as trajetórias dessas mulheres foram marcadas, além das violências físicas e sexuais, por violências estruturais e por variados modos de vulnerabilização. Nos momentos em que engravidaram e tiveram seus filhos, a ineficiência ou ausência de políticas públicas e programas sociais – que já vinham atravessando suas trajetórias desde a infância – revelaram uma face ainda mais perversa (Mattar & Diniz, 2012).

Os casos de Tarsila, Cora e Consuelo mostram que, além de não garantir o amparo social da maternidade por meio de programas de saúde, assistência social, geração de renda e moradia, o Estado intervém promovendo a separação dos filhos. Como não houve oferta de proteção e moradia para Tarsila quando sofreu uma violência de gênero, ela precisou buscar refúgio nas ruas, o que foi usado como justificativa para a institucionalização de suas filhas. Durante os dois anos

em que Cora cuidou de um bebê nas ruas da cidade, não houve a intervenção da “assistência social” para proporcionar moradia e condições saudáveis e seguras para que ela criasse seu filho. Mas em um momento de esgotamento físico e psíquico de Cora, somado à negligência do pai, prontamente ocorreu a intervenção no sentido do afastamento e acolhimento institucional da criança.

Como destacado por estudos sobre o tema, a retirada dos filhos ocorre a partir de uma associação automática e reducionista entre “situação de rua”, “uso de drogas” e “inaptidão para maternar” (Benbow et al., 2018, 2019; Glumbíková et al., 2018; Gomes & Dias, 2017; Gordon et al., 2019; Malheiro, 2018; Sarmiento, 2020). Segundo Alves (2018), a “situação de vulnerabilidade social”, entendida como atributo de incapacidade e irresponsabilidade e como risco para as crianças, é apresentada em discursos de profissionais e em documentos oficiais como o principal argumento para a separação compulsória.

Nessa perspectiva, cumpre ressaltar que o próprio Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Brasil, 1990) – que muitas vezes é invocado para dar legitimidade às ações de separação entre mães e filhos, no sentido da proteção e melhor interesse das crianças (Gomes & Dias, 2017; Siqueira et al., 2018) – estabelece inequivocamente que a “falta ou carência de recursos materiais não constitui motivo suficiente para a perda ou suspensão do poder familiar” (art. 23). Além disso, vale lembrar que nem todas as mulheres que vivem em situação de rua fazem uso de drogas e que, mesmo para aquelas que o fazem, esse consumo não pode ser entendido *a priori* como incapacidade para a maternagem (MDS, 2016; Gomes & Dias, 2017).

Para compreender esse processo de desamparo social, violação e interdição que atinge a maternidade de mulheres em situação de rua, é importante salientar que ele é informado por um padrão ideal de “boa mãe”, que se fundamenta em pressupostos racistas e sexistas e na criminalização da pobreza (Alves, 2018; Gomes & Dias, 2017; Malheiro, 2018; Mattar & Diniz, 2012; Sarmiento, 2020). A maternidade de mulheres em situação de rua, pobres e majoritariamente negras, é diametralmente oposta a esse ideal e encontra-se no nível mais baixo da hierarquização reprodutiva. Como destacado por Mattar e Diniz (2012), essa hierarquização é determinada pela matriz de opressões interseccionais que permeiam o campo social (Akotirene, 2019). Quanto mais “acidentada” por essa matriz de opressões (Akotirene, 2019, p. 47) for a mulher, mais sua maternidade será subalternizada e desamparada (Mattar & Diniz, 2012).

Tarsila, Cora, Consuelo e a maioria das mulheres em situação de rua acumulam muitos desses “acidentes” e atributos que levam à deslegitimação e violação de sua maternidade e maternagem: encontram-se em situação de pobreza

extrema e radical; são majoritariamente negras; são associadas automaticamente ao uso de drogas, mesmo que não o façam; algumas exercem trabalhos sexuais; algumas têm envolvimento criminal. Portanto, além das opressões de classe e raça, contribuem ainda para a deslegitimação de sua maternidade o fato de romperem com estereótipos e performances associados ao ideal materno: a imagem sacralizada e assexuada, a passividade e a submissão, o pudor, o devotamento e o sacrifício, a autoabnegação e dedicação ao outro (Zanello, 2018).

Destaca-se, ainda, que a separação dos filhos de mães em situação de rua apoia-se em uma construção social e cultural em que as mulheres aparecem como responsáveis exclusivas pelo cuidado e criação das crianças (Zanello, 2018). Ao fundamentar-se nesse borramento entre a capacidade de procriar e a capacidade de cuidar e focar apenas na responsabilidade individual da mulher, essas ações ignoram que a maternidade deve ser socialmente amparada e que a responsabilidade deve ser compartilhada com os homens, com a família e com a sociedade (Mattar & Diniz, 2012). Uma concepção de maternidade como trabalho social (Mattar & Diniz, 2012) possibilitaria o investimento em políticas públicas de suporte social à maternidade, por meio de programas que garantissem moradia, renda, alimentação, trabalho digno, saúde e educação, ao contrário dos processos de violação, destituições e interdições que têm sido infligidos às mulheres em situação de rua.

Em consonância com estudos anteriores (Benbow et al., 2018; Lapuente et al., 2020; Malheiro, 2018; Reppond & Bullock, 2019; Zabkiewicz et al., 2014), as falas das mulheres revelam que a separação dos filhos e a interdição da maternidade constituem um elemento devastador para sua saúde mental. Os momentos em que Tarsila falava de suas filhas e da separação imposta revelavam uma enorme ferida psíquica; ela chorava muito e falava de uma dor insuportável. Ao contrário dos estereótipos estigmatizantes amplamente difundidos, ela nunca fez uso de drogas ilícitas. Mas quando suas filhas foram levadas “pro abrigo”, passou um período fazendo uso de álcool, tentando lidar com a dor da separação.

Quando contou que havia recebido a notícia de que a filha mais nova tinha sido adotada, Tarsila estava em franco desespero e buscava assegurar-se internamente de sua vinculação com a criança: “Mas esse laço ninguém vai romper, eu sou a mãe dela. Ela é muito pequena e deve estar sofrendo. O que me tranquiliza é que ela está em boas condições [...]. Mas eu sou a mãe dela.” Além dos sentimentos de autoculpabilização, ela também era acusada pela filha mais velha: “O pior é que a mais velha tá me culpando por eu não ter tido condições de tirar ela [a mais nova] do abrigo.”

Durante o período em que acompanhamos Tarsila (cerca de um ano), em três ocasiões diferentes ela nos disse que achava que estava grávida, mesmo que isso fosse muito improvável, seja porque estava menstruando normalmente, seja porque não havia mantido relações sexuais nos meses anteriores. Tratava-se, talvez, de uma tentativa de reparação psíquica, pela via da fantasia, da separação de suas filhas e de suas experiências de maternidade violadas.

Chorando, Consuelo falou dos sentimentos de tristeza e impotência relacionados à separação de seus filhos: “Você vê assim tudo que você dedicou a seus filhos, a escola, a tudo... e hoje você vê assim seus filhos desmoronando, sabe?” Ela expressou a solidão, a falta de suporte e a dor que vivenciou nesse processo, experimentado como uma espécie de mutilação: “Quando meus filhos precisou de mim eu tava ali pra apoiar. Mas olha, eu preciso de ajuda. [...] pra mim, eu perdi meu pedaço, meus filhos. Porque eu nunca deixei meus filhos por ninguém.”

Diante dessa situação de desamparo e sofrimento, Consuelo, que já havia vivido nas ruas na infância, voltou a essa condição: “Eu, tipo assim, me isolei. Eu falei assim, quer saber de uma coisa? ah! eu vou ficar na rua.” Entre muitas dificuldades que a vida nas ruas lhe impunha, ela disse que a “falta dos filhos” era o que mais lhe machucava, destruía sua saúde mental e minava sua autoestima: “Não tenho mais... eu sinto assim minha autoestima muito lá embaixo, sabe? Não tenho mais vontade de me arrumar, devido a isso ter acontecido com os meus filhos, né?”

Cora disse ter ficado “desesperada” quando seu filho foi retirado: “Chorei, chorei... ‘Pelo amor de Deus, não tira meu filho, não!’.” Assim como Consuelo, usou a figura da mutilação e do desmoronamento para falar de como se sentiu nesse momento: “Ah, o mundo caindo nas minhas pernas, arrancando minha cabeça assim. Um pedaço de mim cabuloso.”

É importante destacar que as mulheres não vivenciaram esses processos de forma completamente rendida. Como será discutido no próximo eixo, diante da desproteção social de sua maternidade e das contínuas ameaças de separação dos seus filhos, elas mobilizaram modos de resistência e recriaram possibilidades de exercer a maternagem.

3. Outras configurações de maternagem: redes de cuidado compartilhado como forma de resistência e reparação narcísica

A análise dos dados evidenciou que muitas mulheres recorreram a familiares e pessoas próximas para garantir o cuidado e criação de seus filhos. Isabel

(36 anos, parda) teve sua primeira filha aos 14 anos: “A avó dela abraçou. Eu sou grata por [ela] cuidar da minha filha, um pedaço de mim, né.” Seu segundo filho nasceu quando ela tinha 18 anos e também foi criado pela família estendida do pai, pois Isabel foi presa pouco depois. Bethânia engravidou após ter sido estuprada por dois homens diferentes. Seu filho, que já estava com 14 anos, morou com a avó materna desde que nasceu. Tina contou que morou um tempo com os filhos na rua, mas quando eles chegaram à idade escolar, ela decidiu deixá-los com as avós paternas. Os três filhos de Rita também foram criados por avós e tias paternas. Dos seis filhos de Cora, três foram criados pelas famílias paternas, a mais velha cresceu com sua madrinha, e os dois caçulas, cada um com uma tia diferente.

Essas configurações evidenciam que, se as mulheres buscavam evitar a separação e a perda do poder familiar, elas tampouco queriam que os filhos fossem criados no ambiente hostil e desprotegido das ruas, como mostram as seguintes falas: “Eu não iria ficar com eles toda vida no meio da rua, né, tinha que colocar na escola” (Tina). “Eu falei: ‘ô tia, pega ela, pelo amor de Deus! Olha ela pra mim que eu não quero levar ela pra rua, ela dormiu um dia comigo na rua e já começou a ter pneumonia, um dia só, recém-nascida.’” (Cora) “Não quero que minha filha cresça [na rua], vai que um cara desse, né, faz maldade, então eu prefiro deixar [com a avó].” (Rita)

Diante das múltiplas vulnerabilizações e violências que marcaram suas trajetórias de vida, elas buscaram articular, principalmente com avós e tias, redes de cuidado e amparo que possibilitassem, a um só tempo, a criação de seus filhos em lugares saudáveis, dignos e protegidos e a manutenção dos vínculos e laços de afeto com eles. Identificamos na pesquisa duas situações excepcionais, com um dos filhos de Rita e com a filha caçula de Cora, em que a tia e a avó dificultavam o contato e convivência entre as mães e as crianças. Contudo, de modo geral, os dados evidenciaram que esses arranjos alternativos de maternagem, fundamentados num paradigma de cuidado e responsabilidade mais cooperativo e menos centrado na mãe biológica (mas que recai sobre outras mulheres, evidenciando o cuidado ainda concebido como função feminina), constituíram um recurso fundamental para a resistência à interdição da maternidade enfrentada pelas mulheres em situação de rua, evitando que elas fossem separadas radicalmente de seus filhos. A fala de Cora sobre como conseguiu tirar Gil da unidade de acolhimento para que fosse cuidado por sua tia é elucidativa nesse sentido: “*Perdi* [o filho], mas *resgatei* com a minha tia.”

Identifica-se, assim, que as mulheres em situação de rua mobilizaram formas de resistência e “adaptações funcionais” (Collins, 2019) similares àquelas que,

como descrito na introdução, tiveram influência das culturas africanas e indígenas e se espalharam em diversos contextos brasileiros, em que as mulheres exercem a maternagem em condições de precariedade e adversidade. Destaca-se que esses arranjos alternativos operam como estratégia para enfrentar as opressões de raça, classe e gênero e como forma de resistir aos desamparos, violações e interdições que recaem sobre a maternidade de mulheres em situação de rua. Por meio das redes de cuidado compartilhado, as mulheres de nossa pesquisa, em sua maioria, conseguiram preservar algumas formas de exercício da maternagem e resistiram à total desqualificação e estigmatização do seu lugar social e subjetivo de mães.

Ainda que não convivessem cotidianamente, os dados mostram que as mulheres que tiveram seus filhos cuidados pela família estendida cultivaram laços de afeto e compromisso e participaram, em maior ou menor medida, dos cuidados com as crianças. Bethânia relatou que, mesmo morando nas ruas, ela assumiu a responsabilidade e buscava compartilhar com sua mãe o cuidado: “Meu filho era pequenininho, e eu deixava leite de peito. Minha mãe esquentava no banho-maria para dar pra ele.” Bethânia contou que, depois de desmamar, envolveu-se no tráfico de drogas para garantir as necessidades básicas da criança: “Eu via meu filho pedindo leite sem eu poder fazer nada. Aí eu falei ‘Ah, vou vender é droga!’” Ela disse que nunca deixou de frequentar a casa de sua mãe para levar dinheiro; participar da educação – “Eu falei: ‘quero só que tu estude, fio. Tu acha que um amigo teu vai te oferecer [drogas], é teu amigo? Não é teu amigo não!’” – e vivenciar o cotidiano com seu filho – “Eu dobrei as roupas dele tudo aí falei: ‘Ó! Quando for tirar as roupas tu tem que aprender, mano!’”, “Quando a gente tá junto, ele ri, ele brinca”, “Eu faço um sanduíche doido pra ele lá.”

Tina, Rita e Cora disseram que interagiam com seus filhos frequentemente (com exceção daqueles de quem a tia e a avó dificultavam a aproximação): “Ela me cobra muito, a minha filha, ‘mãe, que dia que a senhora vai vir aqui, passear comigo? Quero te apresentar meu namorado’.” (Rita) “A Laís, eu vi ela domingo passado na rodoviária. Já me deu abraço, me beijou.” (Cora) “Direto vou lá, vejo, levo alguma coisinha, algum presentinho pra eles. Brinco com eles que nem criança!” (Tina)

Ademais, os dados evidenciam que, mesmo que o cuidado não estivesse centrado nelas, as mulheres não se sentiam destituídas e, principalmente, não renunciavam ao papel de mães. Rita narrou que a tia que cuidava de um de seus filhos pedia que ela lhe passasse a guarda da criança: “‘Rita, a gente tem que combinar pra tu me passar a guarda dele, que, caso eu se for, as coisas vão ficar pra ele’. Aí eu digo: ‘não, minha filha, não é assim não. Ele vai crescer e vai saber se virar, mas a guarda não, a guarda não’.” Ou, nas palavras de Cora: “Eu já ponho

no sono que o que eu fiz pelos meus filhos nenhum pai fez. O meu papel eu já terminei, consegui criar... só pedi ajuda da minha família porque... porra!” Cora percebeu que “atribuir a uma única pessoa a plena responsabilidade pela maternagem nem sempre é uma opção sensata ou mesmo viável” (Collins, 2019, p. 298), o que lhe possibilitou reconhecer e valorizar sua própria experiência como mãe.

Nesse sentido, observa-se que não só o tornar-se mãe promove transformações subjetivas e existenciais (conforme discutido no primeiro eixo analítico), mas também o próprio materno. De um lado, tem-se a afirmação identitária, a reinstauração do desejo e o relançamento ao futuro decorrentes da transformação das mulheres em mães numa cultura em que a maternidade é apontada como o principal traço de feminilidade. De outro lado, como mostram os dados analisados no presente eixo, há as implicações subjetivas operadas pelo exercício do cuidado e da maternagem, no âmbito dessa representação e lugar social da maternidade.

Embora o materno seja ameaçado pelo Estado nos frequentes sequestros e interdições que ele opera, há resistência e recriação das formas de exercê-lo. Por meio de redes cooperativas e de um rearranjo da distribuição de cuidados, as mulheres se sentiam capazes de cuidar, o que, enquadrado pelas prescrições do dispositivo materno, promove sentidos de autorrealização, valorização e satisfação consigo mesmas. A análise dos dados revelou, ainda, que os cuidados não se restringiam apenas aos filhos, mas também podiam ser exercidos com outras pessoas em situação de rua. Elis, por exemplo, disse que era conhecida como a “mãezona da rua”: “Me sinto muito feliz, todo mundo me chama de tia, mãe!” Bethânia disse que cuidava “daquelas pestezinhas ali [um grupo de crianças e adolescentes]. Às vezes eu pego um fiado ali, uma marmita... Aí dou pra elas.” Destaca-se, portanto, que a fruição do dispositivo materno por meio do cuidado partilhado de seus próprios filhos ou por meio do cuidado com outras pessoas em situação de rua também pode ter um efeito de reparação narcísica para as mulheres, constituindo um fator de proteção para sua saúde mental.

Considerações finais

A partir de pesquisa de campo de cunho etnográfico e da realização de nove entrevistas aprofundadas, identificamos nas narrativas de mulheres em situação de rua a centralidade e relevância da maternidade e da maternagem em suas vidas e experiências subjetivas. Três dimensões principais apareceram de forma mais saliente e significativa, constituindo os eixos analíticos deste estudo.

O primeiro eixo mostrou que o tornar-se mãe constitui-se como um divisor de águas, que promoveu satisfação narcísica, transformações existenciais e ressignificações da temporalidade. Em um contexto cultural em que “ser mulher” é diretamente relacionado a “ser mãe”, a maternidade pode promover efeitos de afirmação e resgate identitários, sobretudo em situações de violências estruturais e precarizações múltiplas, nas quais ela resta como um dos poucos espaços de realização e autovalorização. Sucintamente, identificou-se que a maternidade de mulheres em situação de rua pode constituir-se como um lócus de organização subjetiva; relançamento ao futuro; reinstauração de uma dimensão desejante e prospectiva; e alargamento das possibilidades do porvir.

Contudo, a maioria das mulheres em situação de rua tem essas possibilidades ameaçadas, uma vez que seu direito ao exercício da maternagem também está sob constante ameaça. Corroborando outros estudos, o segundo eixo analítico evidenciou que a maternidade de mulheres em situação de rua é alvo de desamparo, violações e interdições. O Estado não logra assegurar a proteção social da maternidade de mulheres em situação de rua e, além disso, intervém frequentemente promovendo a separação compulsória de seus filhos. Destacou-se que esse processo de violação é informado por um ideal materno que se fundamenta em pressupostos racistas e sexistas e na criminalização da pobreza. Os acúmulos de violências estruturais e as situações de extrema precariedade que marcam as vidas de mulheres em situação de rua, interpretados como atributos de inaptidão para a maternagem e de risco para as crianças, são utilizados como justificativa para a separação e retirada de seus filhos.

As falas e narrativas das mulheres revelaram que esse processo de violação e interdição da maternidade promove intenso sofrimento psíquico e pode ter efeitos devastadores sobre sua saúde mental. Foram identificados sentimentos de tristeza, revolta, desmoronamento e mutilação; culpabilização e baixa autoestima; dor psíquica acentuada e desespero; uso de álcool, isolamento e retorno à condição de viver nas ruas.

Por outro lado, o terceiro eixo mostrou que as mulheres não vivenciam esses processos de violação de forma passiva, mas desenvolvem estratégias de resistência e recriações das possibilidades de maternar. Para evitar a separação operada pelo Estado e para proteger seus filhos das condições precárias e violentas das ruas, elas recorreram frequentemente a avós, tias e familiares, articulando arranjos alternativos de maternagem e redes de cuidado cooperativo, menos centrado na mãe biológica. Essas articulações possibilitaram às mulheres a garantia da criação de seus filhos em lugares dignos e protegidos e, ao mesmo tempo, a manutenção de formas de cuidado e laços de afeto com as crianças e

de valorização de suas próprias experiências como mães. Nesse sentido, identificou-se que, além dos processos subjetivos de afirmação e resgate identitários promovidos pela maternidade, a própria experiência de maternagem também pode ter efeitos de reparação narcísica, constituindo um potencial restaurativo sobre a saúde mental das mulheres.

Para encerrar, ressaltamos que, diante de um campo marcado pelo preconceito e estigmatização e pela escassez de estudos científicos, faz-se urgente a realização de novas pesquisas e a construção de saberes que façam frente às violências e opressões de classe, raça e gênero que recaem sobre a maternidade de mulheres em situação de rua. O presente estudo busca atentar para essa lacuna de conhecimentos e evidenciar o potencial interventivo e terapêutico de perspectivas de gênero sobre o tema, podendo ser utilizado no campo da saúde integral e da saúde mental, no campo jurídico ou da assistência social. As políticas públicas, programas e serviços que lidam com essa questão podem ter maior alcance e efetividade se levarem em consideração a dimensão de organização subjetiva, âncora identitária e construção de novos futuros que o dispositivo materno pode representar para mulheres em situação de extrema vulnerabilidade.

Referências

- Akotirene, C. (2019). *Interseccionalidade*. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen.
- Almeida, D. J. R.; Quadros, L. C. T. (2016). A pedra que pariu: Narrativas e práticas de aproximação de gestantes em situação de rua e usuárias de crack na cidade do Rio de Janeiro. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 11(1), 225-237.
- Alves, A. O. (2018). Processos de gestão de “mulheres em situação de vulnerabilidade”: Reflexões sobre a produção do direito a ser/ter mãe em Belo Horizonte (MG). In: *31ª RBA: Direitos humanos e antropologia em ação* (dezembro/2018), vol. 1, p. 1-15. Brasília: UnB. http://www.evento.abant.org.br/rba/31RBA/files/1541469533_ARQUIVO_Artigo31RBA.pdf
- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: O mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Barros, K. C.; Moreira, R. C. R.; Leal, M. S.; Bispo, T. C. F.; Azevedo, R. F. (2020). Vivências de cuidado por mulheres que gestam em situação de rua. *Revista Rene*, 21, e43686.
- Benbow, S.; Forchuk, C.; Berman, H.; Gorlick, C.; Ward-Griffin, C. (2018). Mothering without a home: Internalized impacts of social exclusion. *Canadian Journal of Nursing Research*, 51(2), 105-115.

- Benbow, S.; Forchuk, C.; Berman, H.; Gorlick, C.; Ward-Griffin, C. (2019). Spaces of exclusion: Safety, stigma, and surveillance of mothers experiencing homelessness. *Canadian Journal of Nursing Research*, 51(3), 202-213.
- Brasil (1990). *Lei nº 8.069, de 13/07/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente*. Brasília. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm
- Brinkmann, S. (2008). Identity as self-interpretation. *Theory & Psychology*, 18(3), 404-422.
- Collins, P. H. (2019). *Pensamento feminista negro: Conhecimento, consciência e a política do empoderamento*. São Paulo: Boitempo.
- Costa, S. L.; Vida, C. P. C.; Gama, I.; Locatelli, N.; Karam, B.; Ping, C.; Massari, M.; De Paula, T.; Bernardes, A. F. (2015). Gestantes em situação de rua no município de Santos, SP: Reflexões e desafios para as políticas públicas. *Saúde e Sociedade*, 24(3), 1089-1102.
- Davis, A. (2016). *Mulheres, raça e classe*. São Paulo: Boitempo.
- De Antoni, C.; Munhós, A. (2016). As violências institucional e estrutural vivenciadas por moradoras de rua. *Psicologia em Estudo*, 21(4), 641-651.
- Dos Reis, I. C. (2018). Família escrava. In: L. M. Schwarcz; F. S. Gomes (Orgs.), *Dicionário da escravidão e liberdade: 50 textos críticos*, p. 295-301. São Paulo: Companhia das Letras.
- El Kareh, A. C. (2004). Famílias adotivas, amas-de-leite e amas-secas e o comércio de leite materno e de carinho na corte do Rio de Janeiro. *Revista Gênero*, 4(2), 9-30.
- Freud, S. (1914/2010). Introdução ao narcisismo. In: *Obras completas de S. Freud* (trad. P. C. L. de Souza), p. 13-50. São Paulo: Companhia das Letras.
- Glumbíková, K.; Gojová, A.; Gřundělová, B. (2018). Critical reflection of the reintegration process through the lens of gender oppression: The case of social work with mothers in shelters. *European Journal of Social Work*, 22(4), 575-586.
- Gomes, J. D.; Dias, R. N. (2017). *Primeira infância e maternidade nas ruas da cidade de São Paulo*. São Paulo: Faculdade de Direito USP, Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama.
- Gonzalez, L. (2020). *Por um feminismo afro-latino-americano: Ensaíos, intervenções e diálogos*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Gordon, A.; Lehane, D.; Burr, J.; Mitchell, C. (2019). Influence of past trauma and health interactions on homeless women's views of perinatal care: A qualitative study. *British Journal of General Practice*, 31(69), 760-767.
- Gradwohl, S. M.; Osis, M. J.; Makuch, M. Y. (2014). Maternidade e formas de maternagem desde a Idade Média à atualidade. *Pensando Famílias*, 18(1), 55-62.
- hooks, b. (2007). Revolutionary parenting. In: A. O'Reilly (Ed.), *Maternal theory essential readings*. Toronto: Demeter (ed. Kindle).
- Lapuenta, S. P.; Herrero, S. P.; Cabrera, J. J. (2020). Maternidad y situación sin hogar: Diferencias entre mujeres madres y no madres en situación sin hogar. *Investigaciones Feministas*, 11(1), 113-124.

- MacRae, E. (2004). Abordagens qualitativas na compreensão do uso de psicoativos. In: A. Almeida; A. Nery; E. MacRae; L. Tavares; O. Ferreira (Orgs.), *Drogas: Tempos, lugares e olhares sobre seu consumo*, p. 27-48. Salvador: EDUFBA; CETAD/UFBA.
- Malheiro, L. (2018). *Tornar-se mulher usuária de crack: Trajetória de vida, cultura de uso e política sobre drogas no centro de Salvador, Bahia* (dissertação de mestrado). Programa de Pós-Graduação em Antropologia, Universidade Federal da Bahia (UFBA).
- Mattar, L. D.; Diniz, C. S. (2012). Hierarquias reprodutivas: Maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 16(40), 107-119.
- MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2009). *Rua: Aprendendo a contar: Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua* (org. J. V. Q. Cunha; M. Rodrigues). Brasília: MDS. https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf
- MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria Nacional de Assistência Social (2016). *Nota técnica conjunta MDS/MSaúde nº 001/2016 – Diretrizes, Fluxo e Fluxograma para a atenção integral às mulheres e adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de álcool e/ou crack/outras drogas e seus filhos recém-nascidos*. Brasília: MDS.
- Minkowski, E. (2013). *Le temps vécu: Études phénoménologiques et psychopathologiques*. Paris: PUF.
- O'Reilly, A. (2007). Introduction. In: A. O'Reilly (Ed.), *Maternal theory essential readings*. Toronto: Demeter (ed. Kindle).
- Reppond, H. A.; Bullock, H. E. (2019). Reclaiming “good motherhood”: U.S. mothers’ critical resistance in family homeless shelters. *Feminism & Psychology*, 30(1), 100-120.
- Richwin, I.; Zanello, V. (no prelo). “Desde casa, desde berço, desde sempre”: Violências nas vidas de mulheres em situação de rua. [Manuscrito aceito em 2021 para publicação em *Revista de Estudos Feministas*].
- Rodrigues, I.; Fernandes, D. (2020). Apresentação. In: I. S. Rodrigues; D. C. Fernandes, *Cidadãos em situação de rua: Dossiê Brasil – Grandes cidades*, p. 11-18. Curitiba: CRV.
- Rosa, A. S.; Brêtas, A. C. P. (2015). A violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, Brasil. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 19(53), 275-285.
- Roze, M.; Vandentorren, S.; Melchior, M. (2019). Santé mentale des mères et des enfants de familles sans logement en Île-de-France. Résultats de l’enquête ENFAMS. *Neuropsychiatrie de l’Enfance et de l’Adolescence*, 67(7), 313-318.
- Sarmiento, C. S. (2020). “Por que não podemos ser mães?": *Tecnologias de governo, maternidade e mulheres com trajetória de rua* (dissertação de mestrado). Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).
- Siqueira, P. M.; Hernandez, M. L.; Furtado, L. A.; Feuerwerker, L. C.; Moreno, H. V.; Santos, H. E. (2018). “Oh pedaço de mim, oh metade amputada de mim...”. *Saúde em Redes*, 4(Supl.1), 51-59.

- Souza, M. (2015). Psicologia social e etnografia: Histórico e possibilidades de contato. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(2), 389-405.
- Szymborska, W. (2011). *Poemas*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Telles, L. F. (2018). *Teresa Benguela e Felipa Crioula estavam grávidas: Maternidade e escravidão no Rio de Janeiro (século XIX)* (tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em História Social, Universidade de São Paulo (USP).
- Thiollent, M. (2011). *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez.
- Turato, E. (2018). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis: Vozes.
- Williams, S.; Drew, G. (2020). “Co-creating meeting spaces”: Feminist ethnographic fieldwork in Bangladesh. *Gender, Place and Culture*, 27(6), 831-853.
- Zabkiewicz, D.; Patterson, M.; Wright, A. (2014). A cross-sectional examination of the mental health of homeless mothers: Does the relationship between mothering and mental health vary by duration of homelessness?. *BMJ Open*, 4(12), e006174.
- Zanello, V. (2018). *Saúde mental, gênero e dispositivos: Cultura e processos de subjetivação*. Curitiba: Appris.

Notas

- ¹ Não revelamos o nome da cidade, de forma a garantir maior proteção à privacidade e anonimato das mulheres que colaboraram com a pesquisa.
- ² Esta pesquisa contou com a prestimosa colaboração da redutora de danos Juma Santos, que facilitou o vínculo com as mulheres em situação de rua. Seu olhar e suas considerações enriquecedoras constituíram um aporte significativo para a pesquisa.

Recebido em 10 de abril de 2021

Aceito para publicação em 12 de outubro de 2021

MATERNIDADE E NASCIMENTO PREMATURO: O ENCONTRO COM A VIVÊNCIA TRAUMÁTICA

*MATERNITY AND PREMATURE BIRTH:
THE ENCOUNTER WITH THE TRAUMATIC EXPERIENCE*

*MATERNIDAD Y NACIMIENTO PREMATURO:
EL ENCUENTRO CON LA VIVENCIA TRAUMÁTICA*

Karina Stagliano de Campos⁽¹⁾

Sílvia Nogueira Cordeiro⁽²⁾

RESUMO

Em razão do alto índice de nascimentos prematuros no Brasil, a prematuridade é um evento bastante preocupante, e as mulheres, impactadas pela antecipação do parto, enfrentam um momento de significativo potencial traumático. Esta é uma pesquisa clínico-qualitativa cujas participantes foram mães de bebês muito prematuros ou prematuros extremos ainda hospitalizados. A técnica utilizada para a lapidação dos achados foi a análise temática de conteúdo, com a estipulação de categorias a posteriori analisadas segundo o referencial teórico da psicanálise. A categoria coberta no artigo “Eu entrei em choque, falei ‘e agora como vai ser?’: O encontro com o inesperado e a vivência traumática” trata da situação traumática enfrentada pelas mães diante da interrupção da sua gestação, num momento de encontro com o Real, o enfrentamento de um processo de difícil simbolização e o apego à religião na tentativa de recobrir esse fato impossível de simbolizar. Considera-se a importância de oferecer uma escuta especializada a essas mulheres, para que elas possam conferir uma significação a esse momento e dar um contorno ao Real que se faz presente, a fim de que não se precipite, de alguma forma, um trauma psíquico.

Palavras-chave: nascimento prematuro; psicanálise; maternidade; trauma.

⁽¹⁾ Psicóloga pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), com especialização em Psicologia Hospitalar pelo Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Hospital Albert Einstein (SP). Mestra em Psicologia pela UEL. Docente da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), campus Londrina, PR, Brasil. email: karinacampos.psicologa@gmail.com

⁽²⁾ Psicóloga pela PUC Campinas. Doutora em Ciências Biomédicas pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Docente permanente do Departamento de Psicologia e Psicanálise da Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina, PR, Brasil. email: silvianc2000@gmail.com

Não se declararam fontes de financiamento.

ABSTRACT

Due to the high rate of premature births in Brazil, prematurity is a very worrying event, and women, impacted by the untimely childbirth, face a moment of significant traumatic potential. This is a clinical-qualitative research whose participants were mothers of very premature or extremely premature babies still hospitalized. The thematic content analysis technique was used for polishing the findings, with the stipulation of a posteriori categories analyzed according to the theoretical reference of psychoanalysis. The category covered in the article “I went into shock, and said ‘and now how will it be?’: The encounter with the unexpected and the traumatic experience” deals with the traumatic situation faced by mothers when confronted with the interruption of their pregnancy, stumbling against the Real, facing a process of difficult symbolization, and the attachment to religion in an attempt to account for a fact so hard to symbolize. The importance of offering specialized listening to these women is examined, so that they can impart a meaning to this moment and depict the Real that became present, so that a psychological trauma is not, in some way, triggered.

Keywords: premature birth; psychoanalysis; maternity; trauma.

RESUMEN

Debido a la alta tasa de nacimientos prematuros en Brasil, la prematuridad es un evento muy preocupante, y las mujeres, impactadas por la anticipación del parto, afrontan un momento de potencial traumático significativo. Esta es una investigación clínico-cualitativa cuyas participantes fueron madres de bebés muy prematuros o extremadamente prematuros aún hospitalizados. La técnica utilizada para pulir los hallazgos fue el análisis de contenido temático, con la estipulación de categorías a posteriori analizadas según el referencial teórico del psicoanálisis. La categoría cubierta en el artículo “Entré en estado de shock, dije ‘¿y ahora cómo será?’: El encuentro con lo inesperado y la experiencia traumática” trata de la situación traumática que enfrentan las madres ante la interrupción de su embarazo, en un momento de encuentro con lo Real, afrontando un proceso de difícil simbolización y el apego a la religión en un intento de cubrir ese hecho imposible de simbolizar. Se considera la importancia de ofrecer una escucha especializada a estas mujeres, para que puedan atribuir un significado a este momento y dar un resumen de lo Real que está presente, de modo que no se precipite, de alguna manera, un trauma psicológico.

Palabras clave: nacimiento prematuro; psicoanálisis; maternidad; trauma.

Introdução

A prematuridade no Brasil é considerada uma questão de saúde pública pelo Ministério da Saúde, tendo-se em vista que há um índice extremamente alto de nascimentos prematuros – média de 11,5% dos nascimentos, taxa quase duas vezes maior que a dos países europeus (ENSP/Fiocruz, 2016). Soma-se a isso a prevalência da prematuridade em 47% dos óbitos infantis.

Vale destacar que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a prematuridade é caracterizada conforme a idade gestacional e o peso do bebê ao nascer. Para a entidade, são considerados prematuros os bebês que nascem antes de completar 37 semanas de gestação. Subdividem-se em três categorias: prematuros extremos (menos de 28 semanas); muito prematuros (de 28 a menos de 32 semanas) e prematuros moderados (de 32 a menos de 37 semanas) (OMS, 2018).

Ao considerar tais fatores, há que se ressaltar o impacto desse evento nas mães desses bebês, uma vez que não se trata de um evento de rara ocorrência. Quando o parto prematuro ocorre, principalmente em casos de bebês prematuros extremos e muito prematuros, a criança é separada de sua mãe e recebe cuidados de uma equipe especializada, numa Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Nesse momento, algumas mulheres tornam-se espectadoras de seus filhos, posto que, por serem muito frágeis, elas pouco podem intervir organicamente e também emocionalmente para a recuperação de seus bebês.

Esse fator, somado a diversos outros acontecimentos impactantes decorrentes de um parto antes do previsto, não é sem consequências para a organização emocional da mãe do bebê prematuro.

A mãe do bebê prematuro

A ocorrência dos partos prematuros concentra-se no terceiro trimestre da gestação, ou seja, a partir da 28ª semana de gestação, fase na qual, para a maioria das gestantes, já existe uma interação importante entre a mãe e o bebê, visto que ela sente a criança em seu ventre de maneira intensa e ainda cursa, juntamente com o desenvolvimento orgânico do bebê, a gestação psíquica, com a preparação da mulher para o exercício da maternidade dessa criança (Szejer & Stewart, 1997).

É nesse momento da gravidez que a mulher pode sofrer diversas descompensações somáticas e psíquicas, como pré-eclâmpsia, ruptura de membrana, des-

colamento prematuro de placenta, bem como depressão, estresse e ansiedade, as quais podem acarretar, frequentemente, a interrupção da gestação (Bittar & Zugaib, 2009; Szejer & Stewart, 1997).

Há que se considerar que o nascimento prematuro é um momento de violência, tanto do ponto de vista orgânico como psíquico, visto que o potencial de risco surge, muitas vezes, de maneira inesperada, e isso pode afetar não só a criança – que é retirada abruptamente do útero materno e precisará se haver com possíveis consequências orgânicas de sua prematuridade –, mas também a mulher e sua família, pois são brutalmente atravessados pela repentina interrupção do processo de gestação psíquica da criança (Dias, 2006). Irrompe, portanto, uma mãe, cujo lugar materno, em construção, foi antecipado em virtude de um corte (Netto & Duarte, 2010).

Tais situações de difícil manejo enfrentadas pela mulher que vivencia o nascimento prematuro de seu bebê podem ser entendidas como uma situação de grande potencial traumático e há que se considerar que, numa situação de prematuridade, na qual a urgência da hospitalização protagoniza a história, o nascimento prematuro mostra-se irrefreável em seus efeitos, principalmente para os pais e, em especial, para a mãe (Vanier, 2013/2015).

Ela pode experimentar o momento do nascimento de seu filho como um evento brutal, imprevisto, traumático, que excede qualquer capacidade de elaboração; é uma intrusão do Real (Ansermet, 1999/2003), uma vez que uma decisão médica é tomada de urgência a fim de salvar as vidas, tanto da mãe quanto do bebê. É um bebê nascido inesperadamente e numa atmosfera de medo e pânico (Mathelin, 1997/1999).

Vive-se, dessa forma, no âmago do trauma; tudo se passa de forma muito rápida, sem a possibilidade de representação simbólica dos acontecimentos. A mãe é tomada por um sentimento de irrealidade. Trata-se de uma ocasião em que vida e morte se misturam. Nas palavras de Ansermet (1999/2003, p. 49), “a situação da reanimação neonatal é justamente a do pavor, com seu efeito de sideração”.

Etimologicamente, a palavra trauma deriva do grego *traumatikós*, que significa ferida, ferir (Laplanche & Pontalis, 2001). Dessa forma, aquilo que fere pode ser tomado como trauma; no entanto, do ponto de vista da psicanálise, o trauma seria qualquer afeto que provoque medo, angústia, vergonha ou dor psíquica: é aquilo que se inscreve na dimensão da surpresa, do imprevisto e do inesperado, mobilizador de um abalo no aparelho psíquico (Freud, 1895/2006).

A partir de 1920, Freud define a neurose traumática como um acontecimento externo intenso, cujo impacto emotivo provoca, pela carga contida, sin-

tomas significativos como confusão mental, estupor e agitação motora (Freud, 1920/2006). Na situação de trauma, o indivíduo tem a sensação de que sua vida corre perigo, com sentimentos de excesso, congelamento de energia, e bloqueio que o paralisam (Uchitel, 2001).

Dessa maneira, o trauma não surgiria apenas de conflitos internos, mas também de eventos externos, em que há a incursão de uma angústia sinalizadora de um excesso que impossibilita, mesmo que provisoriamente, qualquer simbolização (Laurent, 2002).

Ainda a esse respeito, Ansermet (2015) destaca que, por ser o trauma o encontro com aquilo que escapa à simbolização, o sujeito mergulha, num primeiro tempo, na sideração, devido à hiância que se abriu entre o acontecimento e a capacidade de significação, da representação daquilo diante do qual ele se encontra. Trata-se, portanto, do desamparo, da castração, do irrompimento do Real. Por ser impensável, o trauma permanece sem fala (Mathelin, 1997/1999).

Diante disso, para que uma elaboração seja possível, torna-se imperativo que haja um espaço para simbolização, visto que, como bem destacado por Freud (1895/2006), um trauma não se define, em especial, apenas pelo evento traumático em si, mas sim pela representação e significação conferida pelo indivíduo, em seu psiquismo, *a posteriori*, ou seja, o valor traumático de um evento é particular de cada sujeito, e pode ser localizado a partir da narrativa de cada um, da representação atribuída por cada pessoa após o acontecimento.

Conforme aponta Freud, a temporalidade do psiquismo para elaboração do evento traumático acontece na atemporalidade do inconsciente, e os efeitos desse acontecimento só serão conhecidos após o período de latência (Freud, 1926/2006).

Lacan (1945/1998), ao utilizar o conceito do tempo lógico, evidencia que a elaboração psíquica de um acontecimento segue a temporalidade lógica, ou seja, o *instante de ver*, o *tempo de compreender* e o *momento de concluir*. Essa resignificação não obedece à ordem cronológica, mas está inserida na dimensão simbólica do tempo lógico, no qual o sujeito, por meio de divisões do tempo e de sua articulação, alcança uma conclusão.

Partindo desses pressupostos, pode-se dizer que o nascimento prematuro caracteriza-se como um momento de grande potencial traumático, do inesperado que entrecorta a mulher em sua gestação. Nesse instante, a mulher depara-se com o impossível de simbolizar, com a inexistência de palavras que possam dar contorno à situação potencialmente traumática que está vivenciando, um instante caracterizado pela angústia, de ruptura da cadeia significante.

Nesses momentos de urgência do parto e da interrupção da gestação, do desamparo, da pressa, da iminência da morte, pode-se dizer que a mulher encontra-se congelada na angústia e no trauma do *instante de ver*. Conforme aponta Berta (2015), parece haver um curto-circuito entre o ver, o compreender e o concluir. Destaca-se, assim, o *instante de ver*, já que ele reúne o choque do encontro com uma contingência que excede as coordenadas simbólicas e imaginárias do sujeito, um momento de significativo impacto.

Para recobrimento e contorno do Real assustador que se mostra, é comum o apego à religião, conforme aponta Freud (1927/2006) a respeito das ideias religiosas como forma de circunscrever as situações em que o desamparo se fez presente, sobre as quais o homem exerce pouco ou nenhum controle, como os fenômenos da natureza, as doenças e a finitude da vida.

Essas questões colocam o homem frente à sua castração e revelam feridas em seu narcisismo, uma vez que sua ideia de onipotência é posta em xeque. No tocante à vida e à morte, o apego à fé e a seres sobrenaturais que teriam uma explicação para os acontecimentos dolorosos, aqueles para os quais a ciência tem pouca ou nenhuma explicação, nem cura para os males, é uma tentativa de restaurar o narcisismo ferido (Cintra, 2004).

Klüber-Ross (1981/2018) aponta que, diante da possibilidade da morte de um ente querido, percebe-se que o apelo à religião, por parte da família, é algo muito recorrente, a fim de se encontrar forças e esperanças para a sobrevivência do doente.

Isto posto, é bastante comum o apoio que essas mulheres encontram na religião, trazendo muitas vezes discursos religiosos que auxiliam no contorno e no encobrimento desse Real assustador e sem explicação. A religião exerce, nesses casos, a função de amparo à mãe, de garantia da sobrevivência e recuperação do bebê, de busca de explicações para o parto prematuro do filho (Véras et al., 2010).

À vista desse encontro com o trauma, em que há conteúdos impossibilitados de representação na cadeia significante e em que o trabalho da associação livre encontra-se obliterado, importa salientar a necessidade da oferta de uma escuta que a auxilie na elaboração desse acontecimento, em busca da inscrição daquilo que ainda não foi capaz de encontrar registro no psiquismo.

Dessa maneira, viabiliza-se a significação desse acontecimento, considerando a temporalidade do inconsciente, o *a posteriori* freudiano, para que o Real que a assalta possa, aos poucos, obter um sentido minimamente encoberto pelo Simbólico e ela possa criar novas possibilidades subjetivas, com a intenção de que esse evento se inscreva como um trauma psíquico de outra ordem.

Metodologia

Este trabalho é um recorte de uma pesquisa de mestrado, cujo objetivo foi investigar os sentimentos e as vivências de mães que tiveram bebês prematuros extremos e muito prematuros, que ainda se encontravam hospitalizados.

O estudo caracterizou-se por uma pesquisa qualitativa com enfoque na pesquisa clínico-qualitativa (Turato, 2003). Para a construção da amostra, foi utilizada a técnica de amostragem intencional, em que o autor do projeto delibera quais são os sujeitos que comporão o estudo, segundo os pressupostos do trabalho, e sobre os quais é possível apreender em profundidade as questões relevantes para a pesquisa (Turato, 2003).

O grupo da amostra dessa pesquisa foi composto por nove mulheres, mães de bebês prematuros extremos ou muito prematuros que ainda se encontravam hospitalizados, cujas idades variaram entre 18 e 38 anos.

Os nomes das participantes foram omitidos e substituídos por nomes de flores, em virtude da relação feita pela pesquisadora a respeito da delicadeza, tanto do momento vivenciado por essas mulheres, como das flores. Destaca-se que a escolha do nome de cada flor não foi aleatória, mas o significado do nome de cada uma vincula-se a alguma característica da participante, apreendida pela pesquisadora.

Para viabilizar o método clínico-qualitativo, foi utilizada a Técnica de Entrevista Semidirigida de Questões Abertas. Segundo Bleger (1980/2003), a entrevista mostra-se como um instrumento de fundamental importância para o método clínico, uma vez que amplia, verifica e aplica o conhecimento científico.

As participantes foram convidadas a participar da pesquisa durante o período de permanência com o bebê na UN (Unidade Neonatal). A coleta de dados ocorreu somente após o aceite da participante à pesquisa e da explicação dos termos da pesquisa contidos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e da assinatura deste.

A técnica utilizada para a lapidação dos achados foi a Análise Qualitativa de Conteúdo, e foi considerada a categorização não apriorística (Campos, 2004; Minayo, 1993/1999). Destaca-se que a análise das categorias estipuladas se fundamentou na perspectiva da teoria psicanalítica.

Este estudo seguiu as normas preconizadas pela resolução nº 466/2012 (MSaúde/CNS, 2012) e nº 510/2016 (MSaúde/CNS, 2016). Por se tratar de pesquisa realizada na área da saúde com interface na área das ciências humanas, foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos.

Resultados e discussão

Para discussão deste artigo, selecionou-se a categoria “*Eu entrei em choque, falei ‘e agora como vai ser?’: O encontro com o inesperado e a vivência traumática*”, a qual trata das questões relacionadas à situação de significativo potencial traumático vivenciada por essas mulheres em virtude do nascimento prematuro de seus filhos. Somam-se a isso os eventos ocasionados pelos imprevistos diários com o bebê hospitalizado e o apoio que essas mulheres buscaram nos aspectos religiosos para recobrir esse insuportável que irrompe.

Como destacado anteriormente, um trauma não se caracteriza fundamentalmente, para a psicanálise, por uma situação traumática em si, mas pela significação e representação psíquica que o sujeito faz dele *a posteriori* (Freud, 1895/2006). Freud (1920/2006) destaca, portanto, que os acontecimentos cotidianos e externos que apresentam potencial traumático podem impactar o aparelho psíquico e dificultar a representação desse evento, precipitando o trauma. Para Ansermet (2015), o momento do nascimento prematuro tem grande potencial traumático, o qual escapa à simbolização do sujeito, um encontro com o inesperado que, como destacado por Mathelin (1997/1999), por ser inapreensível, permanece sem fala.

Esse aspecto de acontecimento abrupto, com a inexistência de palavras que possam dar contorno ao Real, a esse inesperado que surge, pode ser evidenciado pelos recortes a seguir, no momento em que as mulheres contaram como aconteceu e como foi para elas a experiência do parto prematuro:

Amor-perfeito: [...] seu bebê pode nascer a qualquer momento. Falou desse jeito assim, para mim, quase morri, desesperei, porque eu falei: “nossa, mas é muito pequeno”, na hora eu pensei, eu comecei a chorar, desesperada, não sabia o que fazer [...].

Jasmim: No quarto dia disseram que eu tinha que subir para cesárea, porque estava descolando a placenta, fiquei desesperada, porque é um choque [...].

Nessas falas, destaca-se o evento de quebra da homeostase, em que os bebês, que estavam sendo gestados e contavam com menos de trinta semanas de gestação, poderiam nascer a qualquer hora.

Esses discursos engendram o exposto por Ansermet (1999/2003), em que a ocasião da notícia da antecipação do parto é uma circunstância que presentifica

o âmago do trauma e tudo acontece de maneira muito rápida. Essas mulheres vivem um momento de irrealidade, como bem ressalta Ansermet (1999/2003), ou seja, falam da percepção de que o que está acontecendo não é com elas. A fala de Amor-perfeito nos faz pensar a esse respeito:

Amor-perfeito: [...] na hora já fiquei internada, foi muito louco, parecia que não era eu que estava vivendo aquilo, foi coisa muito rápida, fiquei internada, um monte de remédio. Era um pânico para mim, porque eu não acreditava no que estava acontecendo, parece que você não está vivendo ali, foi terrível [...].

Dessa forma, devido à caracterização abrupta do acontecimento, a pessoa experimenta afetos de angústia e pânico, os quais podem levá-la a se questionar sobre sua identidade e sobre as razões para aquilo estar acontecendo com ela.

Percebe-se, como destacaram Laurent (2004) e Caldas (2015), que o Real insiste, e há pouca possibilidade de dar contorno a ele pela palavra. A fala de Íris pode exemplificar essa sensação:

Íris: Não sei te explicar, é uma dor que não tem nome [...].

Miller (1997) ressalta a afirmação de Lacan, que atesta a relação com a língua como verdadeiro núcleo traumático, ou seja, com o impacto que as palavras escutadas causam no ouvinte, sem que ele seja capaz de lhes conferir sentido algum. Pode-se constatar esse impacto das palavras do outro quando as mães enfatizam o que sentiram quando o médico lhes informou da necessidade da internação e/ou do parto prematuro. Dália assim descreve:

Dália: [...] Eu chorei muito, eu falei sim para o médico [a respeito do parto], mas eu chorei, porque 32 semanas eu sabia que ela era pequena. Mas no dia anterior eu fiquei muito nervosa quando ele [médico] falou que tinha que nascer mesmo, que não tinha mais jeito [...].

Petúnia, mãe de gêmeos, um de cujos bebês foi a óbito durante a gestação, assim destaca:

Petúnia: [...] não sentia nada, *o médico* me apavorou, que o I. não ia aguentar, porque o coraçãozinho dele já estava ficando fraco [...].
(grifo nosso)

Salienta-se, no caso de Petúnia, o duplo trauma experienciado por ela, um pela notícia do falecimento de um dos seus bebês dentro do ventre e outro pela notícia da necessidade de realizar um parto antes do previsto. Ela assim descreve:

Petúnia: [...] ele era gêmeo, o outro irmãozinho dele veio a óbito dentro de mim ainda, eu não sabia. A gente veio fazer exame do coraçãozinho para ver como estava a situação deles, na hora que fez [o médico] viu que o do I. estava normal, só que o outro já tinha ido a óbito, na hora eu fiquei abalada, eu chorei muito, estava engasgada com tanta coisa ruim, o psicológico da gente fica abalado, fica muito abalado [...].

Logo, quando ela aponta que estava “engasgada” com tantos acontecimentos ruins, pode-se apreender o congelamento do deslizamento simbólico provocado pelo encontro com a situação de potencial traumático; faltam palavras que possam, de alguma forma, conferir qualquer significação aos fatos.

A essa fase impactante da notícia da necessidade de realizar o parto antes do previsto, somam-se as notícias diárias sobre a saúde do bebê a cada momento que as mães chegam ao setor de neonatologia, quando buscam por novidades, ou quando alguém da equipe vai até elas falar sobre algum procedimento. Algumas vezes, são notícias que as abalam psíquica e emocionalmente, como reatualizações das situações traumáticas, além do medo da iminente morte do bebê.

Sobre as notícias e os acontecimentos imprevistos, elas assim relatam:

Jasmim: [...] cada dia que a gente entra aqui é uma coisa diferente, porque é um dia após o outro [...].

Dália: [...] é aquele medo de você chegar e o que você vai encontrar, a gente vai embora e não sabe o que vai encontrar no dia seguinte [...].

Essas notícias e acontecimentos inesperados presentes num setor de reanimação neonatal promovem, nessas mulheres, um constante reencontro com a situação potencialmente traumática, em que as palavras parecem desaparecer.

Houve momentos na realização das entrevistas em que algumas mulheres estavam em choque e abaladas por alguma intercorrência recente com seu bebê, além da situação no parto antecipado, como apreendido pela fala de uma entrevistada, ao relatar, bastante angustiada, algo que acontecera no dia anterior:

Jasmim: [...] ele não estava trabalhando muito bem sozinho, já três vezes que ele teve essa queda e foi tudo na minha frente. Ele ficou roxinho, eu fiquei desesperada, não sabia se eu chorava, se eu pedia para Deus dar-me força, no dia que entubaram ele, ele não voltava e a enfermeira falando “volta, volta” e ele não voltava e eu escutando tudo isso, foi desesperador [...].

A respeito do constante medo do óbito dos bebês, as entrevistadas mostram-se sempre apreensivas e, por vezes, vivenciam cenas com seus filhos que as impactam significativamente. A esse respeito, elas relatam:

Amor-perfeito: [...] ele parou porque ele desentubou sozinho, deu uma parada, que desesperador que foi, eu tinha descido no banco de leite, aconteceu e na hora que eu voltei, todo mundo estava olhando assim para mim, como se tivesse alguma coisa acontecido e a hora que eu olhei, o tubo estava diferente, já comecei a chorar [...].

Hortência: [...] eu falo morreu, porque a enfermeira disse que era pra gente sair que ia reanimá-lo, para mim ele chegou a morrer e não foi só uma, várias vezes eu o vi morrer na minha frente, porque ele foi reanimado, eu sempre ficava com medo, até pensava “agora vai” e chorava [...].

Esses momentos de encontro com impossível de ser simbolizado, em que a pessoa se depara com a intrusão de um acontecimento impensável em sua organização simbólica, necessitam de um tempo de elaboração e de significação. Neles, pode ocorrer o congelamento do sujeito no instante de ver, quando ele se defronta com a notícia ou com o evento (Ansermet, 1999/2003).

Nas entrevistas realizadas, apreendem-se diversos acontecimentos nos quais há certa dificuldade dessas mulheres para pôr em palavras e conferir uma significação diversa para esses acontecimentos. Era comum, no decurso das entrevistas, que as participantes ficassem em silêncio diante de alguma pergunta feita pela pesquisadora ou apenas chorassem, o que nos confere indícios desse encontro com o impossível de ser simbolizado. Esse fato pode levar à dedução de que elas vivenciam psiquicamente uma região limítrofe entre o *instante de ver* e o *tempo de compreender*, ficando para depois, provavelmente, o *momento*

de concluir, como salientado por Berta (2015), visto que elucida a ocorrência de um curto-circuito entre os tempos de ver, de compreender e de concluir nas situações em que o trauma se faz presente.

Esse aspecto fica patente quando elas ressaltam, por exemplo:

Violeta: Não sei te explicar como que foi, não sei explicar porque tiraram ela antes [...].

Jasmim: Não sei nem o que explicar [...].

Na tentativa de recobrir essa dor sem nome e de buscar algum sentido para o inesperado que imperou, percebeu-se a presença do apego ao sobrenatural. Essas mães, durante o período de internação de seus bebês, precisam lidar com a incerteza no tocante à recuperação de seus filhos e com o pavor diante de todos os acontecimentos dentro de uma UTI neonatal. Lidam, portanto, com a castração e a finitude e apegam-se a um Deus onipotente, na tentativa de alcançar algum consolo nesse tempo de grande desamparo.

Utilizam, dessa forma, um recurso psíquico, como salientado por Freud (1927/2006), no qual, em face do desamparo incomensurável, é comum que o homem recorra ao sobrenatural, por considerá-lo detentor de todas as respostas, o qual tudo pode resolver. É possível encontrar esse aspecto nas mães entrevistadas, como bem demonstram os seguintes recortes:

Íris: [...] tem coisas que não dependem da gente, depende de Deus também, Deus pode fazer a obra nela hoje, e amanhã ela está bem [...].

Petúnia: [...] porque eu tive que entregar na mão de Deus, seja o que Deus quiser agora daqui para frente [...].

Klüber-Ross (1981/2018) destacou, em sua obra “Sobre a morte e o morrer”, que é comum as pessoas recorrerem à religião frente ao adoecimento de um ente querido, em busca de forças e de esperança para sua sobrevivência, como se pode perceber pelo discurso a seguir:

Hortência: [...] foi um choque, não tinha como eu ganhar agora, fiquei com medo na hora dele não viver, mas me apeguei em Deus e pedi força. Deus consola, dá força, Deus sabe o que faz [...].

Logo, essas mulheres buscam apoio na religião, tanto para encontrar uma explicação para a antecipação do parto, como também para o enfrentamento do evento traumático do nascimento prematuro e para a recuperação da saúde de seus filhos. A esse respeito, Vêras et al. (2010), destacam que, nesses casos, a religião oferece amparo à mãe, bem como uma suposta garantia da recuperação de seu filho.

Conclusões

A vivência do parto muito antecipado mostrou-se como evento de grande potencial traumático para essas mães que tiveram bebês muito prematuros ou extremos. O choque da notícia, comunicada pela equipe médica, de que seria necessário ou a internação imediata dessa gestante ou a realização urgente do parto pode ser compreendido como um momento de irrupção do Real, do impossível de ser simbolizado, em que se faz presente somente a falta de palavras que possam dar sentido a tudo o que ocorre.

É um momento caracterizado, assim, pela quebra da homeostase, não só da gestação orgânica, como também da gestação psíquica, tão importante para a construção enquanto mãe desse bebê. Somam-se a isso as diversas intercorrências enfrentadas por essas mulheres cotidianamente no setor de reanimação neonatal, em vista da condição de seus filhos, que as relançam sempre em novas reedições da situação traumática.

Portanto, um parto prematuro lança a mulher, em meio à ruptura de sua gestação, ao encontro com uma situação traumática, em que as palavras utilizadas para a expressar pouco conseguem conferir uma significação. Em meio ao desespero, ao inesperado que se deflagra e ao desamparo, recorre ao divino, onipotente, o qual pode conceder uma explicação para esse evento, além de resolvê-lo. O apelo ao sobrenatural confere, dessa forma, uma obturação da castração, do furo existente na trama do trauma.

A respeito do trauma, ao se considerar a temporalidade do inconsciente, quando um evento tornar-se-á ou não um trauma psíquico somente *a posteriori*, é necessário destacar a importância de realizar uma escuta das angústias dessa mulher, para que ela possa conferir um sentido outro a esses acontecimentos e atribuir-lhes uma significação que dê um contorno ao indizível do Real. Isso teria o propósito de não precipitar um trauma psíquico de outra ordem e lhe permitir criar novas possibilidades subjetivas sobre aquilo que lhe aconteceu, o que pode impactar sobremaneira na apropriação, bem como no exercício de sua maternidade com seu bebê, na ocasião hospitalizado.

Referências

- Ansermet, F. (1999/2003). *A clínica da origem: A criança entre a medicina e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Contra Capa.
- Ansermet, F. (2015). O traumatismo anterior ao nascimento. *Opção Lacaniana online*, 16(6), 1-8. <http://www.opcaolacanianana.com.br/nranterior/numero16/texto4.html>
- Berta, S. L. (2015). Localização da urgência subjetiva em psicanálise. *A Peste: Revista de Psicanálise e Sociedade e Filosofia*, 7(1), 95-105. <https://revistas.pucsp.br/index.php/apeste/article/view/30462/21073>
- Bittar, R. E.; Zugaib, M. (2009). Indicadores de risco para o parto prematuro. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 31(4), 203-209. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032009000400008>
- Bleger, J. (1980/2003). *Temas de psicologia: Entrevistas e grupos* (3ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Caldas, H. (2015). Trauma e linguagem: Acorda. *Opção Lacaniana online*, 6(16), p. 1-14. <http://www.opcaolacanianana.com.br/nranterior/numero16/texto5.html>
- Campos, C. J. G. (2004). Método de análise de conteúdo: Ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(5), 611-614. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000500019>
- Cintra, E. M. U. (2004). A questão da crença versus a questão da fé: Articulações com a Verleugnung freudiana. *Psicologia em Revista*, 10(15), 43-56. <http://ibict.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/195/206>
- Dias, M. (2006). Uma escuta psicanalítica em neonatologia. In: R. G. Melgaço (Org), *A ética na atenção ao bebê: Psicanálise, Saúde, Educação*, p. 137-147. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- ENSP / Fiocruz (2016). Taxa de bebês prematuros no país é quase o dobro do que em países da Europa. In: *Portal Fiocruz – Notícias*. <https://portal.fiocruz.br/noticia/taxa-de-bebes-prematuros-no-pais-e-quase-o-dobro-do-que-em-paises-da-europa>
- Freud, S. (1895/2006). Estudos sobre a histeria. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (trad. J. Salomão), vol. 2, p. 39-43. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1920/2006). Além do princípio de prazer. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (trad. J. Salomão), vol. 18, p. 2-42. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1926/2006). Inibição, sintoma e ansiedade. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (trad. J. Salomão), vol. 10, p. 48-110. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1927/2006). O futuro de uma ilusão. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. 21, p. 15-63. Rio de Janeiro: Imago.
- Klüber-Ross, E. (1981/2018). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: WMF Martins Fontes.
- Lacan, J. (1945/1998). O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada. In: *Escritos*, p. 197-213. Rio de Janeiro: Zahar.

- Laplanche, J.; Pontalis, J. (2001). *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Laurent, E. (2002). El revés del trauma. *Virtualia*, 6, 2-7. <http://www.revistavirtualia.com/articulos/696/destacados/el-reves-del-trauma>
- Laurent, E. (2004). O trauma ao avesso. *Papéis de Psicanálise*, 1.
- Mathelin, C. (1997/1999). *O sorriso da Gioconda: Clínica psicanalítica com bebês prematuros* (trad. Procópio Abreu). Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Miller, J.-A. (1997). *Lacan elucidado*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Minayo, M. C. S. (1993/1999). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde* (6ª ed.). São Paulo: Hucitec-Abrasco.
- MSaúde/CNS – Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde (2012). *Resolução nº 466, de 12/12/2012 – Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- MSaúde/CNS – Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde (2016). *Resolução nº 510, de 07/04/2016 – Normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais envolvendo dados obtidos de participantes ou informações identificáveis*. <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
- Netto, M. V. R. F.; Duarte, L. S. (2010). Frankenstein na UTI neonatal: O conflito entre o filho real e o filho imaginário. *Psicanálise e Barroco*, 8(1), 175-188. <http://www.seer.unirio.br/index.php/psicanalise-barroco/article/view/8783/7479>
- OMS – Organização Mundial da Saúde (2018). *Nacimientos prematuros* (nota descritiva). <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth/>
- Szejer, M.; Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida de uma mulher: Uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico qualitativa: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes.
- Uchitel, M. (2001). *Neurose traumática: Uma revisão do conceito de trauma*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Vanier, C. (2013/2015). *Premature birth: The baby, the doctor and the psychoanalyst* (transl. L. Watson). London: Karnac.
- Véras, R. M.; Vieira, J. M. F.; Morais, F. R. R. (2010). A maternidade prematura: O suporte emocional através da fé e religiosidade. *Psicologia em Estudo*, 15(2), 325-332. <https://www.scielo.br/j/pe/a/bqHmzXwkQJYRjR6KRYTpQQd/>

Recebido em 23 de maio de 2021

Aceito para publicação em 02 de outubro de 2021

A ESCUTA EM PSICANÁLISE: ABSTINÊNCIA E NEUTRALIDADE EM QUESTÃO

*LISTENING IN PSYCHOANALYSIS:
ABSTINENCE AND NEUTRALITY IN QUESTION*

*ESCUCHAR EN PSICOANÁLISIS:
ABSTINENCIA Y NEUTRALIDAD EN CUESTIÓN*

Kellen Evaldt Arrozi⁽¹⁾

Milena da Rosa Silva⁽²⁾

RESUMO

A escuta em psicanálise baseia-se em alguns conceitos fundamentais de operação clínica, a partir do manejo da transferência. Dois desses conceitos são os de abstinência e de neutralidade, os quais ainda protagonizam, por vezes, equívocos e confusões. Neste trabalho é realizado um percurso teórico com o objetivo de retomar as origens de tais conceitualizações, discutindo as formas como elas têm sido utilizadas e a importância de uma psicanálise implicada, tanto pela via da clínica quanto pela via da cultura. Sustentam-se as ideias de que a abstinência não corresponde a uma postura de passividade e de que a neutralidade não está relacionada a uma atitude de isenção ou desimplicação por parte do psicanalista. Assim, a repercussão de tais conceitos na prática analítica pode, sim, pautar-se em uma clínica sensível e em uma escuta atenta às vicissitudes do campo político e social nos sofrimentos e manifestações sintomáticas contemporâneas. Isso porque, além de subsídios para pensar a prática clínica, a abstinência e a neutralidade configuram-se também como conceitos políticos, marcando a importância de o psicanalista atentar nos movimentos contratransferenciais que, porventura, possam reverberar nas intervenções realizadas. *Palavras-chave:* psicanálise; abstinência; neutralidade.

⁽¹⁾ Psicóloga graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Pesquisadora do Núcleo de Estudos em Psicanálise e Infâncias (NEPIs) do Departamento de Psicanálise e Psicopatologia do Instituto de Psicologia da UFRGS. Porto Alegre, RS, Brasil. email: kellenevaldtarrosi@gmail.com

⁽²⁾ Psicóloga. Mestre e Doutora em Psicologia do Desenvolvimento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora do Departamento de Psicanálise e Psicopatologia do Instituto de Psicologia da UFRGS. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Psicanálise: Clínica e Cultura da UFRGS. Co-coordenadora do Núcleo de Estudos em Psicanálise e Infâncias (NEPIs). Porto Alegre, RS, Brasil. email: milenarsilva77@gmail.com

Não se declararam fontes de financiamento.

ABSTRACT

Listening in psychoanalysis is supported by some fundamental concepts of clinical operation stemming from the handling of transference. Two of these concepts are abstinence and neutrality, which still sometimes lead to misunderstandings and confusions. In this work, a theoretical course is followed with the aim of resuming the origins of such conceptualizations, discussing the ways they have been used and the importance of an involved psychoanalysis, both through the clinic and through the culture. Two ideas are upheld: that abstinence does not correspond to a passive posture, and that neutrality does not correlate to a stance of exemption or non-implication on the part of the psychoanalyst. Thus, the repercussion of such concepts in analytical practice can be guided by a sensitive clinic and by listening attentively to the vicissitudes of the political and social aspects in contemporary sufferings and symptomatic manifestations. This is because, in addition to subsidies for thinking about clinical practice, abstinence and neutrality are also configured as political concepts, stressing how important it is for the psychoanalyst to mind countertransference movements that may, perhaps, reverberate in the interventions performed.

Keywords: psychoanalysis; abstinence; neutrality.

RESUMEN

La escucha en psicoanálisis se basa en algunos conceptos fundamentales de la operación clínica, a partir del trabajo de la transferencia. Dos de estos conceptos son la abstinencia y la neutralidad, que a veces conducen a malentendidos y confusiones. En este trabajo se realiza un recorrido teórico con el objetivo de retornar a los orígenes de tales conceptualizaciones, para discutir cómo están siendo utilizadas y la importancia del psicoanálisis implicado, clínica y culturalmente. Se sostienen las ideas de que la abstinencia no corresponde a una postura de pasividad y de que la neutralidad no está relacionada a una actitud de exención o desimplicación por parte del psicoanalista. Así, la repercusión de tales conceptos en la práctica analítica puede guiar una clínica sensible y una escucha atenta a las vicisitudes del campo político y social en los sufrimientos y manifestaciones sintomáticas contemporáneas. Esto se debe a que, además de los subsidios para pensar en la práctica clínica, la abstinencia y la neutralidad también se configuran como conceptos políticos y marcan la importancia del psicoanalista tener en cuenta a los movimientos contratransferenciales que, quizás, puedan repercutir en las intervenciones realizadas.

Palabras clave: psicoanálisis; abstinencia; neutralidad.

Introdução

Este escrito parte de indagações a respeito das posições daqueles que fazem uso da psicanálise como ferramenta de trabalho. Ao considerar como ativas as posturas desses profissionais, vamos na contramão daquilo que se imagina, num primeiro momento, como o estereótipo de um psicanalista (passivo, neutro, silencioso). Isso porque, ao produzir uma intervenção, algo se introduz, reverbera e produz deslocamentos. Há sempre uma escolha de por onde intervir, o que implica em dizer que a subjetividade daquele que intervém está, de alguma maneira, também sempre colocada. Ainda é recorrente a ideia de que o analista deve “deixar sua subjetividade na porta” para uma adequada condução do processo analítico. Tal concepção pode ser lida de forma a se confundir com o princípio da abstinência em psicanálise e de certa neutralidade requerida ao psicanalista. A abstinência e a neutralidade, enquanto operadores teórico-clínicos, frequentemente servem como justificativas para a adoção de posturas de maior distanciamento por parte do profissional que opera a partir da psicanálise. Traçaremos este escrito a partir do tensionamento dessa ideia, pensando o encontro em psicanálise como aquele tecido de palavras, onde ambos os lados, em maior ou menor grau, mostram-se como suscetíveis a afetações.

Existem pacientes que não suportam uma frieza que muitas vezes é performada pelo analista agarrado a um princípio de abstinência entendido de forma crua. Por vezes, é necessário o empréstimo de sentido, a reconstrução de uma história, a afetividade encontrada na pessoa do psicanalista, para que uma experiência de ser se consolide e as bases do sentido possam ser adquiridas. Só depois intervenções na via da quebra de sentido serão possíveis e toleradas, sem que um estado ainda maior de desamparo se repita também na situação analítica. É imprescindível que o analista seja e esteja, mais do que nunca nessas situações, com o analisando de forma viva. A contemporaneidade coloca em cena outros modos de subjetivação e, com eles, novas manifestações sintomáticas. Portanto, a postura daquele que conduz o tratamento também necessita de constantes reinvenções.

Os conceitos de neutralidade e abstinência também são usados, por vezes erroneamente, como subsídios de práticas que se esquivam de pensar acerca da implicação do próprio psicanalista como alguém atravessado por um discurso, pela cultura, pelos valores e também por preconceitos enraizados em uma sociedade da qual ele, naturalmente, também faz parte. Mais do que isso, as próprias bases epistemológicas da psicanálise estão calcadas numa teoria que não deixa de carregar as especificidades de seu tempo. A máxima de se escutar o singular

de cada sujeito não deve nos eximir das discussões abarcadas pelo campo social. Norteadado por essas discussões, é possível ao psicanalista apreender em que medida marcadores sócio-histórico-culturais incidem nos sofrimentos individuais e coletivos, intervindo clinicamente com base em uma escuta capaz de captar tais vicissitudes. Enquanto uma teoria que em seus primórdios foi tida como revolucionária, a psicanálise precisa continuar atenta e participante de discussões que abarcam o amplo espectro da cultura, uma vez que esta não pode ser considerada como algo que permaneça de fora da atuação clínica; muito pelo contrário.

Como pode, dessa maneira, a subjetividade do psicanalista “permanecer na sala de espera”? A fim de problematizar essa questão, este trabalho se inicia por um percurso teórico acerca dos conceitos de abstinência e neutralidade em psicanálise, os quais ainda são protagonistas de algumas confusões e equívocos. Posteriormente, será discutida a importância de uma psicanálise implicada, tanto pela via da clínica quanto pela via da cultura, as quais, na realidade, não devem ser entendidas como separadas. Nesse contexto, evidencia-se a importância de um manejo clínico marcado pela sensibilidade de quem escuta e por uma postura aberta às possibilidades de criação em cada encontro.

A abstinência e sua não correspondência à passividade

Figurando-se como conceito fundamental da psicanálise, a abstinência aparece no texto freudiano de 1915, *Observações sobre o amor de transferência*, como uma postura por parte do analista de recusa à concessão de afetos pelos quais o paciente anseia. Tal postura configurar-se-á como princípio do tratamento psicanalítico, uma vez que se deve “deixar que a necessidade e o anseio continuem a existir, na paciente, como forças impulsionadoras do trabalho e da mudança” (Freud, 1915/2010, p. 218). Dessa forma, o encontro em análise se diferencia daqueles experienciados cotidianamente, já que uma das partes – no caso, o analista – abstém-se de funcionar como objeto de satisfação da repetição em ato dos modos de se relacionar do analisando.

Em *Recordar, repetir, elaborar*, Freud (1914/2010) se detém na questão da repetição, aventando que o analisando, em vez de recordar aquilo que foi esquecido ou reprimido, coloca em ato suas lembranças, repetindo-as sem consciência de que o faz. Tal modo peculiar de recordar transferirá situações de um passado esquecido para diversos aspectos da conjuntura atual de vida do paciente, incluída aí a relação com o terapeuta a partir do estabelecimento da transferên-

cia. Valendo-se da abstinência do analista e do manejo da transferência, torna-se possível que, no lugar da repetição, aos poucos a elaboração ocupe o seu lugar no processo de análise.

Em seu escrito *A dinâmica da transferência*, Freud (1912a/2010) coloca que todo indivíduo tem modos característicos de conduzir a vida – clichês –, os quais tendem a se repetir sempre do mesmo modo. A maneira como cada um constrói relações, solidifica vínculos, tece narrativas e se articula no encontro com o outro diz de um modo de subjetivação que será sempre singular. Tais formas de conduzir a vida também manifestar-se-ão na relação entre analisando e analista. Para Freud (1912a/2010), quando algo do material do complexo se presta para ser transferido à pessoa do analista, ocorre a transferência.

Daniel Kupermann (2008) aponta diferenças entre a transferência como atualização do inconsciente – repetição em ato na relação analítica –, presente na teoria freudiana, e a transferência como produção de sentido, na obra de teóricos como Ferenczi e Winnicott. Para estes, o campo transferencial é entendido muito mais como um plano de compartilhamento afetivo que, por meio do encontro lúdico e da presença sensível e marcada pela alteridade do psicanalista, abre espaço para a criação do novo (Kupermann, 2008). Tal posição, que privilegia a criação de sentido a partir de uma experiência compartilhada, se engendra em uma dimensão do *entre* proposta pelo conceito winnicottiano de *espaço transicional* (Winnicott, 1953/2019). Esse espaço se situa numa área intermediária, entre o eu e o outro, entre o interno e o externo, que permite sobreposições e um encontro singular do sujeito com o objeto. As vicissitudes de cada encontro e de cada experiência compartilhada dirão do campo transferencial produzido. Apesar das divergências acerca do foco dado ao conceito de transferência, operar com ela a partir de uma posição de abstinência é o que possibilita o estabelecimento de uma escuta subsidiada pelo campo teórico da psicanálise.

No *Dicionário de Psicanálise* de Roudinesco e Plon (1998), encontramos a seguinte conceitualização para a abstinência:

A regra de abstinência designa o conjunto dos meios e atitudes empregados pelo analista para que o analisando fique impossibilitado de recorrer a formas de satisfações substitutivas, em condições de lhe poupar os sofrimentos que constituem o motor do trabalho analítico. (p. 4)

Na mesma direção, no *Vocabulário de Psicanálise* de Laplanche e Pontalis (2001), a abstinência aparece como regra de direção do tratamento, a ser con-

duzido de modo que o analista faça uso da interpretação em vez de satisfazer as exigências libidinais do analisando, e que o paciente encontre o menos possível de satisfações substitutivas para seus sintomas. Mais do que princípio de condução do tratamento, a regra da abstinência é considerada como essencial para que ele aconteça. Ela funciona como estratégia para que o motor da análise – os sofrimentos do paciente e seus desejos insatisfeitos – continue operando.

Em *Caminhos da terapia psicanalítica*, de 1919, Freud reforça a ideia de que, no que concerne à relação com o analista, o paciente deve conservar a não realização de seus desejos, diferenciando a psicanálise de outras terapêuticas que visam a tornar as circunstâncias mais agradáveis para o doente. Isso porque, ao deixar que o sofrimento encontre um fim prematuro por meio de satisfações substitutivas, “corremos o perigo de nunca atingir senão melhoras modestas e pouco duradouras” (p. 213). Porém, o autor nos alerta que não se deve entender por abstinência a privação de toda e qualquer satisfação, ideia que se configura como irrealizável: “alguma concessão lhe deve ser feita, maior ou menor, segundo a natureza do caso e a peculiaridade do paciente” (Freud, 1919/2010, p. 214). Portanto, torna-se importante destacar a não equivalência entre abstinência e privação total das satisfações do paciente. Tal equívoco, por vezes, sustenta a ideia de um analista opaco, passivo, que a qualquer sinal de maior vivacidade poderia estar colocando em perigo a regra da abstinência.

Sándor Ferenczi, em 1920, ao discorrer sobre o desenvolvimento de sua *técnica ativa*, põe em pauta a mera aparência de uma passividade na prática psicanalítica da época, já que a própria interpretação se configuraria como uma “intervenção ativa na atividade psíquica do paciente; ela orienta seu pensamento em uma certa direção e facilita a emergência de ideias que, de outro modo, a resistência não teria deixado ingressar na consciência” (Ferenczi, 1920/2011, p. 118). Dessa maneira, a interpretação é posta ao lado da atividade que, partindo do analista, é capaz de promover movimentações e reposicionamentos subjetivos no analisando.

No texto *Elasticidade da técnica psicanalítica*, Ferenczi (1928/1992) destaca o conceito de *tato psicológico*, o qual define como a faculdade de “*sentir com*”:

Adquiri a convicção de que se trata, antes de tudo, de uma questão de *tato psicológico*, de saber quando e como se comunica alguma coisa ao analisando, quando se pode declarar que o material fornecido é suficiente para extrair dele certas conclusões; em que forma a comunicação deve ser, em cada caso, apresentada; como se

pode reagir a uma reação inesperada ou desconcertante do paciente; quando se deve calar e esperar outras associações; e em que momento o silêncio é uma tortura inútil para o paciente, etc. (Ferenczi, 1928/1992, p. 27)

A atividade anteriormente mencionada deve, portanto, vir acompanhada de uma sensibilidade do analista, e é capaz de captar as nuances de cada encontro e as necessidades de cada paciente. Nesse contexto, o autor parece estar falando a respeito do manejo clínico calcado na regra da abstinência, a qual não requer necessariamente uma postura passiva do psicanalista, mas sim uma abertura para a experiência e para a descoberta no caso a caso.

Conhecido por sua clínica voltada para a ludicidade e para a importância do ato criativo, Winnicott (1967/2019), em seu texto *A localização da experiência cultural*, destaca a importância das bases da tradição para que seja possível agir com originalidade. A criatividade estaria inserida nesse interjogo entre aceitação da tradição e oportunidade para a inovação a partir dela. Nesse sentido, para o autor, “qualquer fidelidade teórica corria o risco de se tornar um ato de submissão, de prevenção contra o pessoal e o inesperado” (Philips, 2006, p. 189). Encontramos em Winnicott, assim como em Ferenczi, ênfase sobre a importância da sensibilidade do analista no que diz respeito à espontaneidade e a inovações na técnica, sem, no entanto, deixar de considerar a abstinência como princípio. A regra da abstinência não diz respeito a um modo opaco de colocar-se na situação analítica, como sustentam alguns estereótipos. Agir de modo a não satisfazer os investimentos libidinais do paciente não significa sustentar uma posição de frieza.

Em Lacan, encontramos, no Seminário 6, que o analista deve ser aquele que se oferece como suporte para todas as demandas e que não responde a nenhuma (Lacan, 1958-1959/2016). Avista-se já aí o que o autor chamará de *desejo do psicanalista*, balizador das suas proposições éticas para a psicanálise ao longo do Seminário 7: um desejo advertido por considerar o analista como objeto de uma transferência, ao qual ele não deve responder a partir de seu lugar de sujeito – colocando em cena seus desejos próprios – mas sim de um lugar vazio (Lacan, 1959-1960/1988). Tal lugar, ao apontar para a falta que é constitutiva do humano, propiciará uma abertura para que o desejo singular do analisando advenha e possa, paulatinamente, ir afrouxando – sem, no entanto, desatar – sua amarração ao desejo do Outro.

No texto *A direção do tratamento e os princípios de seu poder*, Lacan (1958/1998) aponta que o analista deve situar-se mais na sua falta-a-ser do que

em seu ser, sustentando uma posição de escuta abstinente a partir desse lugar falto. Mais adiante, o autor coloca que “o analista é aquele que sustenta a demanda, não, como se costuma dizer, para frustrar o sujeito, mas para que reapareçam os significantes em que sua frustração está retida” (Lacan, 1958/1998, p. 624). Dessa forma, a teoria lacaniana entende que aquele que conduz um processo analítico – sustentado pelo *desejo do psicanalista* –, ao não responder à demanda do analisando, abre espaço para trabalhar com os significantes que giram em torno de questões centrais acerca da estruturação subjetiva daquele que procura tratamento. Promove-se, assim, a construção de um espaço em que reinvenções e ressignificações sejam possíveis.

Klautau (2002), a partir de uma interessante análise acerca dos encontros e desencontros entre as conceitualizações de *objeto transicional* em Winnicott e de *objeto a* em Lacan, destaca que essas duas concepções também apontarão para duas formas distintas de condução da prática clínica e, conseqüentemente, de posturas do psicanalista, norteado pela regra da abstinência. O *objeto transicional* serviria como metáfora da falta, ajudando o bebê a suportá-la, simbolizá-la, funcionando de modo a restabelecer uma continuidade que é ameaçada com a gradual – mas necessária – separação do outro materno. O *objeto a*, por sua vez, é entendido como a falta em si, marcando “o caráter irremediável de uma perda que estabelece uma distância intransponível entre o sujeito e o Outro” (Klautau, 2002, p. 131).

Na técnica analítica, tal diferenciação apontará, pelo lado de Lacan, para uma intervenção que privilegia a interpretação e a dimensão pulsional, calcada numa falta-a-ser do analista. Já pelo lado de Winnicott, a intervenção dará importância ao *holding* – que, a partir da relação de continuidade física e psíquica, proporcionará uma passagem da experiência de fusão eu-não-eu para o campo da diferenciação de um eu separado de um outro –, estabelecendo-se, a partir dessa diferenciação, o contato com a dimensão pulsional, do desejo e, conseqüentemente, da falta teorizada por Lacan (Klautau, 2002).

Transpondo a relação mãe-bebê para a relação estabelecida em análise, Winnicott (1956/2000) propõe mudanças do manejo clínico tido como tradicional, com ênfase na interpretação, para um fazer onde a ênfase se encontra no contexto. Nos casos em que esse deslocamento é necessário, dizemos que “o presente retorna ao passado, e é o passado” (p. 396). Assim, o analista precisa ser *suficientemente bom* para que o paciente possa experimentar um novo começo, agora sustentado por um ambiente atento às suas necessidades e que o auxilie na construção de sentidos para sua existência. Para que isso ocorra, por vezes, será necessária uma maior implicação – o que não

significa deixar a abstinência de lado – daquele que tradicionalmente se encontra em uma posição de escuta – a qual não se configura como sinônimo de passividade.

A quebra de sentido – pondo em cena a dimensão constituinte da falta na teoria e na clínica lacaniana – só será possível se uma continuidade – proposta pela clínica do *holding* winnicottiana – pôde ser experienciada pelo sujeito. Nesse sentido, Klautau (2002) aponta, marcando a importância de privilegiar o sujeito em análise em detrimento de qualquer fidelidade teórica, que:

[...] o processo analítico não é apenas construído a partir de excessos que precisam ser interditados, ou de faltas que precisam ser restituídas, mas sim que estas duas dimensões não podem ser dissociadas, embora se originem dos diferentes modos através dos quais Winnicott e Lacan elaboram o conceito de objeto. (Klautau, 2002, p. 134)

A fim de explorar o que se tem produzido a respeito do princípio da abstinência em psicanálise, foi realizada uma busca utilizando os descritores “psicanálise” e “abstinência” nas plataformas SciELO, IndexPsi e Lilacs. Encontraram-se 34 artigos, 4 deles repetidos. Dentre os 34, 16 têm relação com o tema deste escrito. Alguns trabalhos encontrados dizem respeito às modificações nos conceitos de abstinência e neutralidade articulados à prática psicanalítica (Falcão, 2007; Francischelli, 2012; Levy, 2005), bem como sobre a vinculação dessas conceitualizações com aspectos políticos (Conte & Hausen, 2009). Falcão (2007) realiza uma revisão e articulação teórica sobre a inclusão da mente do analista como parte fundamental do processo psicanalítico na atualidade. Já Francischelli (2012) interroga o excesso de presença do analista, pondo em questão a relação dual, pertencente ao campo do imaginário, que pode vir a se estabelecer nas análises contemporâneas. Nesse sentido, o autor reitera a importância da abstinência para que um tratamento psicanalítico não acabe caindo em aspectos sugestivos, pedagógicos ou de aconselhamento (Francischelli, 2012).

Propondo uma estratégia clínico-interpretativa de investigação com o método psicanalítico, Dockhorn e Macedo (2015) destacam que o psicanalista-pesquisador deve manter-se abstinente para ser capaz de “deixar-se surpreender pelo que lhe aparece no decorrer do estudo” (p. 530), mantendo-se aberto para o aparecimento da singularidade do fenômeno investigado. A abstinência no contexto de pesquisa, assim como na clínica, concerne ao não exercício da

sugestão e ao respeito ao desejo e à associação livre do sujeito (Dockhorn & Macedo, 2015).

O trabalho de Besset (2002) traz reflexões acerca das relações entre a angústia e o analista. A partir de uma leitura lacaniana, a autora aponta a coincidência do lugar da angústia com o lugar do analista num tratamento, em que ele é capaz de avaliar o quanto de angústia o sujeito pode suportar. Porém, não é da angústia *do psicanalista* que se trata na clínica, pois ele deve permanecer abstinente em relação a ela em meio ao fazer clínico (Besset, 2002). No escrito de Bucher (1990), a psicanálise é comparada a outras modalidades terapêuticas, delas diferenciando-se por se situar, a partir da regra da abstinência, numa ética que questiona o desejo e visa a verdade do sujeito.

Também há produções sobre a importância da obra de Sándor Ferenczi no movimento psicanalítico por ter sido um autor que se dedicou ao estudo das afetações advindas da pessoa do analista nos tratamentos que conduz (Vitorello & Kupermann, 2016), bem como sobre a relevância de suas proposições acerca da elasticidade da técnica para pensar a modalidade clínica do acompanhamento terapêutico (Gerab & Berlinck, 2012). Vitorello e Kupermann (2016) enunciam que o modelo tradicional da abstinência negou a espontaneidade do trabalho analítico, demonizou os processos subjetivos do analista e cortou qualquer tipo de afeto, e que foi Ferenczi quem rompeu com esse modelo em meio à comunidade psicanalítica ao adotar uma postura oposta ao do analista frio e neutro. Para os autores, Ferenczi tocou no âmago de uma questão que gera impasses e que os psicanalistas parecem ainda hoje não suportar: “a irredutível tensão entre a posição ou a função do analista e tudo o que ele presentifica, isto é, o seu ser” (Vitorello & Kupermann, 2016, p. 26).

É possível perceber, a partir do breve apanhado teórico realizado até aqui, que a abstinência, as concepções sobre o manejo da técnica e suas reverberações clínicas encontram-se profundamente entrelaçadas. Torna-se importante, assim, recuperarmos o que se concebe como neutralidade em psicanálise e iniciar uma discussão a respeito de como tal noção parece repercutir na prática psicanalítica.

A neutralidade e sua não correspondência à isenção

Freud (1912b/2010), em *Recomendações ao médico que pratica a psicanálise*, aponta, no início do escrito, que a técnica que apresentará revelou-se adequada à

sua individualidade, sem contestar outras possíveis atitudes frente aos pacientes e à tarefa a ser cumprida. Apesar dessa ressalva, encontramos ao longo do texto trechos, como o que se segue, que parecem bastante incisivos e que poderiam vir a subsidiar posturas enrijecidas dos psicanalistas:

Recomendo enfaticamente aos colegas que no trabalho psicanalítico tomem por modelo o cirurgião que *deixa de lado todos os afetos e até mesmo sua compaixão de ser humano* [...] A justificação para se requerer tal *frieza de sentimentos* do psicanalista está em que ela cria as condições mais vantajosas para as duas partes: para o médico, a desejável *proteção de sua própria vida afetiva*; para o doente, o maior grau de ajuda que hoje podemos dar. (Freud, 1912b/2010, p. 154, grifos nossos)

Aqui, temos a indicação freudiana de que o analista deve deixar de lado todos os afetos e a compaixão de ser humano, como se fosse possível despir-se completamente de quem se é em nome de uma dita neutralidade.

Em Laplanche e Pontalis (2001), encontramos indicações de elementos sobre os quais o analista deve ser neutro: quanto aos valores religiosos, morais e sociais; quanto às manifestações transferenciais e quanto ao discurso do analisando, sem privilegiar, em função de preconceitos teóricos, um determinado fragmento ou tipo de significações. São, portanto, diversos aspectos, passando dos culturais aos transferenciais, que devem conduzir o analista a uma postura de neutralidade.

Com os descritores “psicanálise” e “neutralidade”, ao realizar uma busca nas plataformas SciELO, IndexPsi e Lilacs, 41 trabalhos foram encontrados, 9 dos quais repetidos. O escrito de Oliveira (2017) aponta o esvaziamento dos psicanalistas, apoiados na noção de “neutralidade”, do espaço da política durante o período da ditadura militar brasileira. A autora evidencia um processo de exclusão da realidade externa ao *setting* analítico ancorado no discurso da neutralidade e do silêncio, o que servia de suporte para uma clínica desimplicada do social e da política durante tal período. A concepção era, portanto, a de que o psicanalista, embora inserido na cultura, deveria realizar um esforço para desvincular-se da realidade social (Oliveira, 2017).

Pires (2019) trabalha cinco fatores que explicam o fato de as concepções tradicionais de neutralidade, abstinência e anonimato em psicanálise não fazerem mais sentido na atualidade. O primeiro seria o fato de que a concepção de objetividade como não intervenção sobre o objeto de estudo tem sido posta em

causa pela filosofia das ciências; o segundo diz respeito à proliferação de escolas de psicanálise com entendimentos diversos sobre as necessidades dos paciente e sobre a participação do analista no tratamento; o terceiro fala da gradual admissão da contratransferência na prática analítica, considerando as dinâmicas e conflitos do analista na interação com os pacientes; o quarto expõe que o analista acaba se tornando conhecido pelo paciente, apesar de seus esforços para manter o anonimato; e o quinto fator diz respeito ao fato de a relação analítica ser inevitavelmente gratificante, pois não opera apenas na frustração das necessidades do paciente (Pires, 2019). O autor aventa, ainda, que “o receio de se revelar e a necessidade de se esconder podem mesmo desencadear em alguns pacientes desconfiança e incapacidade para se abrirem e exporem a sua maior intimidade” (Pires, 2019, p. 263).

Outro trabalho discute a importância da neutralidade como ferramenta que assegura a integridade do *setting* terapêutico sob ameaça de desestruturação nos casos dos chamados pacientes difíceis (Schestatsky, 2007). Já o texto de Salas (2014) tem como objetivo investigar a vulnerabilidade do analista ao se deparar com seus próprios limites, colocando em reconsideração a neutralidade e a ética que sustentam suas intervenções. Também há trabalhos que pensam a prática da psicanálise na contemporaneidade a partir de entrevistas com analistas acerca de importantes conceitos que atravessam a técnica psicanalítica, dentre eles a neutralidade (Silva et al., 2012). Os autores declaram que a neutralidade é um mito impossível de ser alcançado pelo simples fato de o psicanalista ser humano, já que, mesmo que não seja por meio da fala, algo sobre ele acaba sempre aparecendo, como, por exemplo, seu modo de vestir, de falar ou de se comportar (Silva et al., 2012).

Souza & Coelho (2012) apontam que Freud, em *Observações sobre o amor de transferência*, propõe a neutralidade como uma conduta não contratransferencial – ao dizer que a adquirimos por manter controlada a contratransferência –, bem como a relaciona com o princípio de abstinência:

Dizemos que a noção de neutralidade foi, portanto, proposta por Freud, apesar de que a discussão sobre a técnica não tenha sido desenvolvida sobre o conceito propriamente dito. Lemos em sua obra uma construção teórica que nos aponta a postura do analista, e que iremos, então, chamar postura neutra. (p. 96)

Diversos autores trabalham a questão da contratransferência em psicanálise. Timo e Ribeiro (2017), retomando o aparecimento do conceito na teoria psi-

canalítica, mostram que, na obra freudiana, a contratransferência aparece apenas em resposta a uma situação específica – o envolvimento de alguns dos colegas de Freud com pacientes do sexo feminino –, e que ela é, portanto, algo que deveria ser superado, a fim de não comprometer o tratamento.

Paula Heimann (1950/1995), motivada por sua experiência como supervisora de analistas que realizavam tentativas de serem insensíveis e imparciais frente a sentimentos percebidos em si na relação com seus pacientes, realizou um estudo sobre a contratransferência e propôs, a partir dele, novas nuances ao tema. A autora “propõe usar a contratransferência como um índice de atenção, como uma seta que aponta para os elementos mais insistentes na temática da associação livre” (Timo & Ribeiro, 2017, p. 283). Heimann considera a contratransferência como importante ferramenta de trabalho, e é o destino diferenciado dos sentimentos metabolizados do analista – com os quais ele entra em contato e reconhece por meio da própria análise – o que diferencia a relação analítica das demais relações. Dessa forma, a resposta emocional do analista funcionaria como ferramenta de acesso ao inconsciente do analisando. Para Zambelli et al. (2013), com essa concepção, a autora modifica o estigma de que o analista precisa ser uma figura distante e fria.

Em Ferenczi (1933/1992), já encontrávamos a ideia de que ignorar as sensações contratransferenciais gera insensibilidade – contrapartida da neutralidade – como defesa e resistência aos afetos mobilizados na relação analítica. Portanto, a contratransferência não precisa necessariamente ser dominada, muito menos mascarada, uma vez que, ao ser ocultada, acaba por inibir o processo de atenção equiflutuante e facilitar atuações contratransferenciais (Zambelli et al., 2013).

A inclusão dos afetos suscitados no psicanalista como parte de um encontro intersubjetivo não se restringe ao *setting* tradicional. É sabido que, ao longo dos anos, a psicanálise passou a se fazer presente nos mais variados contextos, operando como ferramenta de escuta e como método de pesquisa que ajuda a atentar para o singular de cada sujeito e para as tramas relacionais que se configuram dentro das instituições e para além delas. Essas tramas não excluem o psicanalista; pelo contrário, ele deve incluir-se como mais um elemento que compõe as práticas empreendidas em seu contexto de atuação. Diniz (2011), ao abordar o tema do método clínico de pesquisa em psicanálise, declara a implicação do pesquisador como fundamental no processo de trabalho, uma vez que “ter acesso aos elementos que lhe causam angústia em relação ao seu tema de investigação, bem como o que causa interesse em pesquisar determinado tema faz diferença na condução e na direção de uma possível descoberta” (p. 15).

Encontramos, desde Freud (1912b/2010), a imbricação entre experiência e investigação em psicanálise, já que nela tratamento e pesquisa coincidem. São nos encontros do psicanalista com o campo e com os sujeitos a ele pertencentes que a construção do conhecimento e do tratamento podem se dar. Pôr o psicanalista na cena dos encontros com aqueles que escuta e considerar as inerentes afetações daí advindas torna equivocado pensar numa neutralidade que se aproxima da noção de desimplicação ou de opacidade.

Souza & Coelho (2012) trabalham essa questão e destacam a diferença entre neutralidade científica e neutralidade analítica, apesar da filiação existente entre elas: “enquanto a primeira pauta-se na possibilidade de purificar os eventos e as variáveis, de controlar e eliminar o que pudesse interferir no processo, a segunda faz exatamente disso, da sujeira e do que pudesse interferir no processo, seus objetos maiores” (p. 97). Os elementos que podem interferir no processo são, então, tomados como aqueles que precisam ser olhados e trazidos à tona. Estar neutro não significaria, então, isentar-se, “mas sim poder suportar o que causa aversão, assim como questionar o que causa atração” (Souza & Coelho, 2012, p. 98).

Na mesma direção, Conte e Hausen (2009), num trabalho acerca da construção teórica e da confusão entre abstinência, neutralidade e sujeito apolítico em psicanálise, apontam que:

O modo de funcionar descompromissado com a responsabilidade social da nossa prática e regulado pelo próprio fazer é uma herança de uma leitura do pensamento anglo-saxão, que nos alienou por um longo tempo. A origem que está em jogo [...] não está sustentada no texto freudiano, mas no deslizamento do princípio da abstinência para o conceito de uma equivocada “neutralidade”, tanto na clínica psicanalítica quanto no distanciamento do analista do seu lugar social. (p. 10)

Não se deve, portanto, confundir a abstinência enquanto princípio com uma psicanálise que se abstém de pensar sobre a sua responsabilidade social. Ao fazer isso, compactua-se com um silêncio deslegitimador de discussões culturais, sociais e políticas em nome de uma dita neutralidade, como se o singular do sofrimento de cada sujeito se encontrasse desvinculado dos contextos e discursos sociais em que está inserido.

A psicanálise encontra-se situada dentro de uma história e, nela, situam-se também os psicanalistas. Eles, por sua vez, além da história cultural na qual

se inserem, carregam peculiaridades da história particular que os constitui individualmente. Levando isso em consideração, é impossível pensar num lugar absolutamente neutro, que lhes permita tecer narrativas ou interpretações desde um lugar de mero observador. Dizer-se neutro parece falar muito mais sobre estar ao lado de um entendimento hegemônico, tratado como norma – que de neutro não tem nada –, do que conseguir efetivamente suspender os afetos – contratransferenciais – que circulam na relação com a cultura, com seus objetos de pesquisa ou com seus analisandos.

Em 1939, Karen Horney já enfatizava o papel da cultura na formulação das teorias psicanalíticas, denunciando como muitas vezes atribuía-se à natureza humana aspectos que não passavam de traços culturais de uma determinada época.

É desnecessário dizer que ninguém, nem mesmo um gênio, pode se libertar completamente do seu tempo e que, apesar da agudeza da sua visão, o seu pensamento é, de muitas maneiras, influenciado pela mentalidade da sua época. Reconhecer esta influência na obra de Freud, não só é interessante do ponto de vista histórico, como é importante para aqueles que se esforçam para entender, com maior profundidade, a intrincada e aparentemente obscura estrutura das teorias psicanalíticas. (Horney, 1939/1996, p. 35)

Reconhecer que a psicanálise não escapa de um entendimento construído num determinado tempo, sobre valores específicos de uma época – e que, apesar das transformações sociais, esses ainda são balizadores utilizados para pensar intervenções clínicas – é reconhecer uma não neutralidade.

Essa não neutralidade é percebida e, assim, reconhecida, a partir do momento em que a atenção do psicanalista passa a ser dirigida também para as construções sociais e culturais de aspectos antes naturalizados, em uma perspectiva de desconstrução daquilo que antes era “dado *a priori*”. Como exemplo, é possível pensar nas reverberações das diferenças de gênero sobre a saúde mental dos indivíduos. Valeska Zanello (2018) faz uso do que ela chama de dispositivos amoroso, materno e de eficácia para entender como mulheres e homens são subjetivados de maneiras distintas a partir de configurações históricas – que passam por valores sociais, morais e religiosos –, e isso repercute nas formas gendradas de sofrimentos contemporâneos.

Adoecemos psiquicamente, também, por aquilo que nossa cultura prescreve como ideal e que, em contrapartida, prescreve como adoecedor. Para compreendermos esse processo, precisamos qualificar o sentido subjetivo do que acontece ao sujeito, lembrando sempre de seu caráter mediado pela cultura. As ciências psis criaram um cabedal de situações “ideais”, bem como outras “traumáticas”, as quais foram divulgadas e se fizeram entranhar na cultura popular. (Zanello, 2018, p. 144)

Nesse sentido, a autora coloca que os parâmetros como, por exemplo, “sexualidade exacerbada” ou “excesso de agressividade”, utilizados por médicos e profissionais da saúde em classificações diagnósticas, não são os mesmos para homens e mulheres: “é esse parâmetro, invisível, acrítico, profundamente gendrado, que precisa ser questionado, refletido, problematizado” (Zanello, 2018, p. 24).

Torna-se necessária, portanto, uma politização do sofrimento e uma não abstenção dos profissionais da psicologia e da psicanálise em refletirem acerca daquilo que diz respeito ao campo social, desconstruindo a ideia da neutralidade analítica como lugar de isenção e desimplicação. Foi na escuta da histeria (Freud, 1893-1895/2016), um sintoma rejeitado pelo laço social que denunciava os modos de subjetivação da época e sua extrema repressão à sexualidade feminina, que Freud encontrou os subsídios da sua invenção, a psicanálise. Apesar dessa origem subversiva – que fez com que a psicanálise surgisse ao mesmo tempo como método de apaziguamento do sofrimento e como ferramenta de denúncia de um contexto extremamente repressivo – nos dias atuais ainda se faz necessário um esforço para que marcadores de gênero, raça e classe façam parte do repertório de escuta de alguns analistas.

O sofrimento que acomete os pacientes que chegam para atendimento é singular na medida em que é seu, mas não se pode deixar de questionar sobre a forma com que o contexto político, econômico e social em que esse sujeito vive permeia a sua dor. Quando recebemos um paciente tomado de angústia, num quadro que se pode denominar como *burnout* ou esgotamento, é possível deter-se apenas na dimensão singular do seu sofrer, sem considerar o adoecimento causado por uma era de capitalismo selvagem e uma precarização em larga escala das relações de trabalho? Ao atender uma mulher que vive em um relacionamento que podemos denominar como abusivo, o quão interessante é atentar apenas para a sua posição passiva diante de um outro, para o seu possível ganho secundário ao ver-se como vítima, sem levar em

conta um contexto de exacerbada violência contra a mulher numa sociedade estruturalmente machista e opressiva para com elas? Recebendo um paciente depressivo, como não pensar seu mal-estar relacionado ao “fracasso” em responder às demandas infinitas da atualidade por produtividade, ao imperativo constante de felicidade e à necessidade de mostrar-se autêntico, ousado e original o tempo todo?

Inúmeros podem ser os exemplos da incidência cultural no sofrimento daqueles que escutam de maneira singular no contexto clínico. Atentar-se aos afetos suscitados a partir daquilo que se escuta e também ao que se deixa de escutar configura-se como uma postura ética, na medida em que impele o psicanalista a constantes reinvenções, desconstruções e questionamentos acerca de sua prática, retirando-o da posição confortável de uma neutralidade tida como isenta.

Caminhos para a escuta em psicanálise

Para que movimentações ocorram nos processos de formação e transmissão da psicanálise, é necessária uma postura de abertura para o novo e uma disponibilidade a deixar-se afetar pelos encontros. A partir de uma retomada histórica acerca da institucionalização da psicanálise e dos processos requeridos para se tornar psicanalista, Kupermann (2008) aponta para alguns estilos de formação que acabavam por “congelar” o analista. Tal fato ocorria, sobretudo, porque o candidato a psicanalista encontrava-se submetido à instituição da qual fazia parte e ao seu analista didata – que era o responsável pela decisão de ele tornar-se ou não psicanalista. A esse processo, Kupermann (2008) dá o nome de *alienação transferencial*, endereçada a um lugar único e ligada às figuras dos “mestres”.

Contemporaneamente há, em contrapartida, uma maior abertura ao pluralismo, o que possibilita um trânsito pelas teorias e abre espaço para a emergência de diferenças e movimentações. Temos, então, a assunção de uma *transferência nômade* (Kupermann, 2008) no campo psicanalítico, a qual permite um grande espaço de jogo para seu desenvolvimento:

A transferência nômade é a possibilidade de transferir de forma múltipla no âmbito institucional da psicanálise, permitindo assim a preservação da singularidade da experiência analítica no processo de formação. Por meio de um “embaralhamento” dos códigos, dos

contratos e das redes de compromisso estabelecidas pelas certezas adquiridas, um movimento de “desterritorialização” é criado de modo a que se reexperimente, em outros “lugares” transferenciais, a diferença e a angústia da incerteza que marcam a experiência psicanalítica em seu momento inaugural, e que devem marcar toda nova análise. (p. 54)

Essa possibilidade de descentralização na formação analítica remete à ideia trabalhada por Rodulfo (2012) de uma concepção psicanalítica que não faça centro. O autor propõe, tomando como ponto de discussão a relação entre pais e filhos, que

[...] mudou muito mais do que uma relação, boa ou má: mudou o solo mesmo onde ela poderia ter lugar; mudou também o lugar, mudou o *entre*, mesmo que se continue usando a palavra de sempre; mudaram as posições de enunciação [...] (Rodulfo, 2012, p. 26)

Tomando como exemplo as considerações de Rodulfo (2012) – que atenta nas mudanças nas configurações familiares e naquilo que as crianças tomam como enigma para a formulação de suas teorias –, é possível pensar que, para além de transformações teóricas, também se fazem necessárias variações no fazer psicanalítico acerca de “por onde escutar” – sem necessariamente privilegiar o Édipo como central –, bem como de “por onde intervir” – sem privilegiar uma postura fria e distanciada do psicanalista. As ideias de Kupermann (2008) sobre a *transferência nômade* e a *presença sensível* do analista nos ajudam a conceber uma forma de escuta que não corresponda a um “centralismo” ou ao estabelecimento de uma relação vertical entre analista e analisando, e descerram caminho para uma clínica “sem centro”, aberta às mutações culturais, sociais presentes no desenrolar de cada caso particular, como já apontava Ferenczi (1928/1992) a partir de sua formulação acerca do tato psicológico e da elasticidade da técnica.

Borges (2015), tomando Winnicott e Ferenczi como balizadores teóricos, tece uma crítica à verticalidade ainda presente nos processos de transmissão da psicanálise na atualidade, o que acaba por gerar “associações hegemônicas e combativas às diferenças singulares no exercício da clínica e consequente produção teórica” (p. 82). Ao discutir um modelo diferente de fazer psicanálise, a autora retoma posições ferenczianas que operaram um desvio ao projeto hegemônico da psicanálise ao valorizar o campo do encontro entre analista e analisando:

Suas contribuições fazem valer aspectos fundamentais da prática clínica em que o analista não se coloca como colonizador implicando seus conteúdos ideativos ao outro, mas, justamente, uma clínica que se realiza pelo encontro, na medida em que são os campos de afecção, que se manifestam via corporeidade, aqueles que oferecem os novos percursos para atingir um saber que pode produzir desvio ao instituído. (Borges, 2015, p. 84)

O reconhecimento da subjetividade do analista, encontra-se, aqui, como uma ferramenta de dupla função para o trabalho em análise: opera tanto para evitar que processos colonizadores, de juízo moral e o exercício de um poder se façam presentes – o que colocaria o analisando em posição de submissão frente àquilo que é considerado como ideal pelo analista – quanto para a produção de algo singular que se dá na dimensão do entre, no encontro entre duas subjetividades.

Discorrendo acerca da técnica analítica com pacientes que têm déficits em suas capacidades de significar e dar sentido às suas vivências, Safra (2005) retoma a ideia winnicottiana de que praticar psicanálise não era realizar interpretações espertas, mas sim devolver ao paciente o que ele traz de si mesmo, o que ele apresenta de seu ser na presença de um outro. Encontramos, dessa forma, um modo de intervir em psicanálise que auxilia a construir em vez de abrir sentidos, o que não significa utilizar uma forma de intervenção em detrimento de outra, mas sim saber o momento certo de optar por cada uma, reconhecendo a especificidade de cada caso. A abstinência, aqui, relaciona-se com os conceitos de implicação e reserva trabalhados por Figueiredo (2009), os quais põem em cena a importância da sensibilidade do analista frente ao uso que faz de sua própria presença dentro do *setting*.

A condução de um processo psicanalítico requer do analista a capacidade de manter-se, simultaneamente, como presença implicada e reservada.

É óbvia a insuficiência da pura reserva, entendida como neutralidade, indiferença e silêncio [...]. No entanto, seja na análise, seja na vida, e em qualquer experiência de cuidado, são inegáveis os malefícios da implicação pura. (Figueiredo, 2009, p. 141)

De acordo com o autor, o cuidador – ou o analista – precisa proporcionar um espaço vital desobstruído para que o sujeito possa criar o mundo na sua medida e de acordo com as suas possibilidades, exercitando sua capacidade para alu-

cinar, sonhar, brincar e pensar (Figueiredo, 2009). Encontra-se, nesse equilíbrio entre implicação e reserva, o princípio da abstinência em sua vertente de abertura para a criação, atentando na escuta daquilo que fundamenta a ética psicanalítica: a singularidade do sujeito.

Considerações finais

Muitas são as direções possíveis de serem seguidas quando se tem como objetivo refletir acerca da técnica em psicanálise. A abstinência e a neutralidade caracterizam-se por serem, além de subsídios para pensar a prática clínica, conceitos também políticos. As intervenções em contexto clínico exigem o exercício da sensibilidade do analista numa dupla vertente. Por um lado, para proporcionar um espaço afetivo de encontro e criação, disponibilizando-se à afetação mútua e acolhendo o outro em sua diferença (Kupermann, 2008); por outro, para qualificar o sentido subjetivo do que acontece ao sujeito, lembrando sempre de seu caráter mediado pela cultura (Zanello, 2018). Nesse sentido,

à psicanálise cabe um lugar social de responsabilidade onde a neutralidade não se confunde com a abstinência. A par da ferramenta abstinência se constituir como condição do tratamento psicanalítico, não é ela o operador da relação do psicanalista com o mundo, de tal forma que o desvincule de sua responsabilidade como cidadão; que o distancie da práxis de ser sujeito no mundo agregando resistências ao que podemos propor como uma cumplicidade no silêncio ou um silêncio cúmplice. (Conte & Hausen, 2009, p. 12)

Na mesma medida em que é essencial à prática da psicanálise que o analista não intervenha desde um lugar impositivo, vinculado a um modo de pensar que passa por sua própria subjetividade, é também de extrema importância produzir reflexões sobre a impossibilidade de isso se dar de maneira total. É necessário, portanto, atentar nos movimentos contratransferenciais que possam, porventura, reverberar nas intervenções realizadas.

Conte e Hausen (2009) destacam que é a dimensão paradoxal da abstinência que cria o espaço da ética e da escuta: “estar embebido do transferido pelo paciente, mas se abster de atribuir sentido ou julgamento” (p. 9). Nessa perspectiva, a ética pressupõe a intersubjetividade ou a alteridade que se dá de forma

relacional, evidenciando o espaço que contém a repetição e a produção de algo novo, construído conjuntamente: seja entre paciente e analista, entre campo de atuação e psicanalista, ou entre pesquisador e seu objeto de pesquisa.

Referências

- Besset, V. L. (2002). O analista e suas relações com a angústia. *Psicologia em Revista*, 8(11), 105-110. <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/141>
- Borges, H. M. O. C. (2015). Uma crítica à verticalidade em Winnicott e Ferenczi. *ECOS – Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, 5(1), 80-92. <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/1545/1163>
- Bucher, R. (1990). Psicoterapia versus psicanálise?. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 42(1), 3-21. <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abp/article/view/21730>
- Conte, B. S.; Hausen, D. C. (2009). Escuta: Quando a abstinência se constitui. *Revista do CEP-PA*, vol. 16, 141-153. <https://www.yumpu.com/pt/document/read/12712455/escuta-quando-a-abstinencia-se-constitui>
- Diniz, M. (2011). O método clínico e sua utilização na pesquisa. *Revista Espaço Acadêmico*, 10(120), 9-21. <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/13029>
- Dockhorn, C. N. B. F.; Macedo, M. M. K. (2015). Estratégia clínico-interpretativa: Um recurso à pesquisa psicanalítica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(4), 529-535. <https://doi.org/10.1590/0102-37722015042473529535>
- Falcão, L. (2007). Neutralidade e abstinência: Ontem e hoje. *Revista de Psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre*, 14(2), 289-303. <http://revista.sppa.org.br/index.php/RPdaSPPA/article/view/785>
- Ferenczi, S. (1920/2011). Prolongamentos da “técnica ativa” em psicanálise. In: *Psicanálise III* (2ª ed.). São Paulo: WMF Martins Fontes.
- Ferenczi, S. (1928/1992). Elasticidade da técnica psicanalítica. In: *Psicanálise IV* (1ª ed.). São Paulo: WMF Martins Fontes.
- Ferenczi, S. (1933/1992). Confusão de línguas entre adultos e crianças. In: *Psicanálise IV* (1ª ed.). São Paulo: WMF Martins Fontes.
- Figueiredo, L. C. (2009). *As diversas faces do cuidar: Novos ensaios de psicanálise contemporânea*. São Paulo: Escuta.
- Francischelli, L. A. (2012). Psicanalisar hoje: Algumas reflexões. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 46(1), 52-66. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0486-641X2012000100005
- Freud, S. (1893-1895/2016). Estudos sobre a histeria. In: *Obras completas* (1ª ed.), vol. 2. São Paulo: Companhia das Letras.

- Freud, S. (1912a/2010). A dinâmica da transferência. In: *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia ("O caso Schreber")*, artigos sobre a técnica e outros textos. São Paulo: Companhia das Letras.
- Freud, S. (1912b/2010). Recomendações ao médico que pratica a psicanálise. In: *Observações sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia ("O caso Schreber")*, artigos sobre a técnica e outros textos. São Paulo: Companhia das Letras.
- Freud, S. (1914/2010). Recordar, repetir, elaborar. In: *Observações sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia ("O caso Schreber")*, artigos sobre a técnica e outros textos. São Paulo: Companhia das Letras.
- Freud, S. (1915/2010). Observações sobre o amor de transferência. In: *Observações sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia ("O caso Schreber")*, artigos sobre a técnica e outros textos. São Paulo: Companhia das Letras.
- Freud, S. (1919/2010). Caminhos da terapia psicanalítica. In: *História de uma neurose infantil ("O Homem dos Lobos")*, além do princípio do prazer e outros textos. São Paulo: Companhia das Letras.
- Gerab, C. K.; Berlinck, M. T. (2012). Considerações sobre o enquadre na clínica do AT. *Estilos da Clínica*, 17(1), 88-105. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v17i1p88-105>
- Heimann, P. (1950/1995). Sobre a contratransferência (trad. Jussara Schestatsky Dal Zot). *Revista de Psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre*, 2(1), 171-177. <https://pdfcoffee.com/heimann-p-sobre-a-contratransferencia-paula-heimann-5-pdf-free.html> (acessado em 20/04/2022).
- Horney, K. (1939/1996). *Novos rumos na psicanálise*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Klautau, P. (2002). *Encontros e desencontros entre Winnicott e Lacan*. São Paulo: Escuta.
- Kupermann, D. (2008). *Presença sensível: Cuidado e criação na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Lacan, J. (1958/1998). A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Lacan, J. (1958-1959/2016). *O seminário, livro 6: O desejo e sua interpretação*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Lacan, J. (1959-1960/1988). *O seminário, livro 7: A ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Laplanche, J.; Pontalis, J. (2001). *Vocabulário da Psicanálise* (dir. D. Lagache) (4ª ed.). Rio de Janeiro: Martins Fontes.
- Levy, R. (2005). O setting na atualidade: É possível definir um essencial irreduzível?. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 7(2-3), 315-324.
- Oliveira, C. L. M. V. (2017). Sob o discurso da "neutralidade": As posições dos psicanalistas durante a ditadura militar. *História, ciência, saúde – Manguinhos*, 24(1), 79-90. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702017000400006>
- Philips, A. (2006). *Winnicott*. Aparecida, SP: Ideias & Letras.

- Pires, A. P. (2019). A mudança em psicanálise e a psicanálise em mudança. Parte I. *Tempo Psicanalítico*, 51(2), 244-269. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382019000200012
- Rodulfo, R. (2012). *Padres e hijos: En tiempos de la retirada de las oposiciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Roudinesco, E.; Plon, M. (1998). *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Safra, G. (2005). *A face estética do self: Teoria e clínica*. Aparecida, SP: Ideias & Letras.
- Salas, C. R. (2014). A vulnerabilidade no/do analista. *Revista de Psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre*, 21(2), 401-412. <http://revista.sppa.org.br/index.php/RPdaSPPA/article/view/160>
- Schstatsky, S. (2007). Neutralidade, setting e o paciente difícil. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 9(3), 322-331.
- Silva, L. S.; Souza, L. V.; Scorsolini-Comin, F. (2012). Questões contemporâneas (e não contemporâneas) sobre a prática clínica. *Vínculo – Revista do NESME*, 9(1), 34-46. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902012000100006
- Souza, C. R. A.; Coelho, D. M. (2012). O neutro em psicanálise: Da técnica à ética. *Fractal: Revista de Psicologia*, 24(1), 95-110. <https://periodicos.uff.br/fractal/article/view/4882>
- Timo, A. L. R.; Ribeiro, P. C. (2017). Contratransferência: Surgimento e evolução do conceito em teóricos das relações objetais. *Gerai: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 10(2), 275-293. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202017000200012
- Vitarello, D. M.; Kupermann, D. (2016). De tabu a Filotetes: Ferenczi e o movimento psicanalítico. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 68(3), 17-31. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672016000300003
- Winnicott, D. W. (1953/2019). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: *O brincar e a realidade*. São Paulo: Ubu.
- Winnicott, D. W. (1956/2000). Variedades clínicas da transferência. In: *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1967/2019). A localização da experiência cultural. In: *O brincar e a realidade*. São Paulo: Ubu.
- Zambelli, C. K.; Tafuri, M. I.; Viana, T. C.; Lazzarini, E. R. (2013). Sobre o conceito de contratransferência em Freud, Ferenczi e Heimann. *Psicologia Clínica*, 25(1), 179-195. <https://doi.org/10.1590/S0103-56652013000100012>
- Zanello, V. (2018). *Saúde mental, gênero e dispositivos: Cultura e processos de subjetivação*. Curitiba: Appris.

Recebido em 30 de junho de 2021

Aceito para publicação em 17 de novembro de 2021

ADESÃO E ABANDONO EM PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA NA PERSPECTIVA DE ADOLESCENTES

*ADHESION AND DROPOUT IN PSYCHOANALYTIC
PSYCHOTHERAPY FROM THE PERSPECTIVE OF ADOLESCENTS*

*ADHESIÓN Y ABANDONO EN PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA
DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS ADOLESCENTES*

Gabryellen Fraga Des Essarts ⁽¹⁾

Sofia Koch Hack ⁽²⁾

Leonardo Copello Valentini ⁽³⁾

Eduardo Brusius Brenner ⁽⁴⁾

Vera Regina Röhmeit Ramires ⁽⁵⁾

RESUMO

Há múltiplos fatores associados às altas taxas de abandono na psicoterapia de adolescentes, mas uma escassez de estudos que abordem o tema na visão desses jovens. Este estudo teve como objetivo analisar, com base na perspectiva de adolescentes, motivos que os fizeram abandonar ou permanecer em psicoterapia psicanalítica. Foi realizado um estudo qualitativo, exploratório, de levantamento, transversal. Participaram 23 adolescentes que receberam indicação de psicoterapia psicanalítica. Depois de sete meses, em média, 12 se mantinham em trata-

⁽¹⁾ Psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) e mestre em Psicologia Clínica pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos) no Núcleo de Pesquisa em Psicopatologia e Psicoterapia Psicanalítica (NuPePPP). RS, Brasil. email: gabryellen.essarts@gmail.com

⁽²⁾ Graduanda em Psicologia pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos) e bolsista PRATIC de iniciação científica no Núcleo de Pesquisa em Psicopatologia e Psicoterapia Psicanalítica (NuPePPP). RS, Brasil. email: sofiahack@gmail.com

⁽³⁾ Graduando em Psicologia pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), bolsista de iniciação científica PRATIC no Núcleo de Pesquisa em Psicopatologia e Psicoterapia Psicanalítica (NuPePPP). RS, Brasil. email: valentini0723@gmail.com

⁽⁴⁾ Graduando em Psicologia pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), Bolsista de iniciação científica UNIBIC no Núcleo de Pesquisa em Psicopatologia e Psicoterapia Psicanalítica (NuPePPP). RS, Brasil. email: edub.brenner@gmail.com

⁽⁵⁾ Psicóloga, doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, professora titular do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), São Leopoldo, RS, Brasil. email: vramires@unisinos.br

Não se declararam fontes de financiamento.

mento e 11 o interromperam. Foi realizada uma entrevista individual e semiestruturada com cada participante e posteriormente analisadas com base no método da análise temática. Foram identificados dois temas no grupo que se mantinha em psicoterapia: 'Relação terapêutica' e 'Mudanças resultantes da psicoterapia', e três temas nas entrevistas do grupo que abandonou o tratamento: 'Relação terapêutica', 'Defesas e resistências dos adolescentes' e 'Aliança terapêutica com os responsáveis'. Constatou-se a centralidade da relação terapêutica na experiência dos jovens, bem como a importância da manutenção de uma boa aliança com os pais para a manutenção da psicoterapia.

Palavras-chave: psicoterapia psicanalítica; adolescente; abandono; adesão.

ABSTRACT

There are several factors associated with the high dropout rates in adolescent psychotherapy, but there are only a few studies that address this topic from these patients' perspective. This study aimed to analyze, based on adolescents' view, reasons that made them dropout or remain in psychoanalytic psychotherapy. A qualitative, exploratory and cross-sectional study was conducted. In it, 23 adolescents with an indication of psychoanalytic psychotherapy took part. After seven months, on average, 12 remained on treatment and 11 interrupted. An individual and semi-structured interview was conducted with each participant and subsequently the data was analyzed based on the thematic analysis method. Two themes were identified in the group that remained in psychotherapy: 'Therapeutic Relationship' and 'Changes Resulting from Psychotherapy', and three themes in the interviews of the group that dropped out: 'Therapeutic Relationship', 'Adolescent Defenses and Resistances' and 'Therapeutic Alliance with Those in Charge'. The results point to the centrality of therapeutic relationship in young people's experience, as well as the importance of keeping a good alliance with parents in order to remain in psychotherapy.

Keywords: psychoanalytic psychotherapy; adolescent; dropout; adhesion.

RESUMEN

Son múltiples los factores asociados a las elevadas tasas de abandono en la psicoterapia de adolescentes, pero hay una escasez de estudios que aborden el tema en la visión de estos jóvenes. Este estudio tuvo como objetivo analizar, desde la perspectiva de los adolescentes, las razones que les hicieron abandonar o permanecer en la psicoterapia psicoanalítica. Se realizó un estudio cualitativo, explo-

ratorio, de tipo encuesta, transversal. Participaron 23 adolescentes que recibieron indicación de psicoterapia psicoanalítica. Después de siete meses, en promedio, 12 permanecieron en tratamiento y 11 lo interrumpieron. Se realizó una entrevista individual y semiestructurada con cada participante y luego se analizó con base en el método de análisis temático. Se identificaron dos temas en el grupo que permaneció en psicoterapia: ‘Relación terapéutica’ y ‘Cambios resultantes de la psicoterapia’, y tres temas en las entrevistas del grupo que abandonó el tratamiento: ‘Relación terapéutica’, ‘Defensas y resistencias del adolescente’ y ‘Alianza terapéutica con los responsables’. Se verificó la centralidad de la relación terapéutica en la experiencia de los jóvenes, así como la importancia de mantener una buena alianza con los padres para el mantenimiento de la psicoterapia.

Palabras clave: psicoterapia psicoanalítica; adolescente; abandono; adhesión.

Introdução

Existem evidências dos benefícios da psicoterapia psicanalítica para diferentes distúrbios psicológicos, embora ainda se perceba que muitos pacientes desistem do tratamento antes de finalizá-lo (Briggs et al., 2019; Midgley et al., 2017; Rabung & Leichsenring, 2012). O conceito de abandono merece atenção, pois há diversas definições para compreender esse fenômeno e, nesse sentido, diferentes entendimentos influenciam os preditores e as taxas encontradas nos estudos desenvolvidos (Haan et al., 2013). De forma geral, a definição de abandono pode ser entendida como a escolha do paciente em interromper o tratamento antes que seus objetivos sejam cumpridos (Lhullier et al., 2006). Assim, o abandono está diretamente relacionado à decisão unilateral do paciente em finalizar seu tratamento.

Percebe-se que a literatura sobre abandono do público adulto já é bastante consolidada, fornecendo *insights* importantes acerca dos motivos que levam os pacientes a tomarem essa decisão (Block & Greeno, 2011). A metanálise de Swift e Greenberg (2012) sobre abandono de psicoterapia de adultos analisou 669 estudos de diferentes abordagens psicoterápicas, encontrando duas variáveis consistentes para explicar o término: o diagnóstico do paciente, com taxas mais altas para transtornos alimentares e de personalidade, e a idade, com pacientes mais jovens apresentando maior probabilidade de abandonar o tratamento. As variáveis sexo, estado civil e escolaridade demonstraram ser preditoras em alguns estudos, mas não de forma geral. Numa edição atualizada da mesma metanálise, os autores acrescentaram que os fatores gravidade do diagnóstico e experiência de trauma na

infância também estão relacionadas com taxas mais altas de abandono (Swift & Greenberg, 2012).

A taxa média de abandono não se diferenciou conforme as abordagens terapêuticas, mas aumentou nos pacientes atendidos em clínicas universitárias (Swift & Greenberg, 2012). O fator institucional demonstra ser pertinente, pois muitas pesquisas são feitas em clínicas com profissionais ainda em formação, que não têm uma vivência consolidada na área, o que pode influenciar nos resultados bem-sucedidos, ou não, dos tratamentos (Benetti & Cunha, 2008).

Na direção dos estudos sobre abandono de psicoterapia de adolescentes, a literatura aponta uma taxa alta de interrupção, com índices entre 28,4% a 69%, (Baruch et al., 2009; Haan et al., 2013; O’Keeffe et al., 2018). Assim como no público adulto, a maior parte dos estudos pesquisou fatores sociodemográficos e clínicos. Os achados sociodemográficos sugerem que ser do gênero feminino sinaliza maior propensão para manter o tratamento, na fase inicial (Midgley & Navridi, 2007). Em contrapartida, um estudo verificou que ser do gênero feminino aumentava a probabilidade do abandono antes do encerramento do tratamento (Haan et al., 2015). Níveis baixos de inteligência intelectual, menor escolaridade, baixos níveis socioeconômicos e vulnerabilidade social também demonstraram ser preditores de abandono nessa faixa etária (Haan et al., 2015; Flisher et al., 1997; O’Keeffe et al., 2018). Quanto à idade, os resultados são díspares, com um estudo tendo encontrado que adolescentes mais novos têm mais chance de interromper prematuramente (Baruch et al., 2009) e outros indicando que pacientes com mais idade foram os que mais abandonaram (O’Keeffe et al., 2018; Rubin et al., 2016).

Sobre as variáveis clínicas, pacientes jovens com sintomatologias mais graves, funcionamento intrapsíquico mais frágil e estilos de apego do tipo evitativo ou ansioso mostraram-se como fatores de risco para a interrupção do tratamento (Benetti et al., 2017; Delgado & Strawn, 2012; Rubin et al., 2016). O comportamento antissocial e delinquente demonstrou um alto nível de predição do abandono, independentemente da idade (Baruch et al., 2009; O’Keeffe et al., 2018). Percebe-se que mais pesquisas precisam ser realizadas para preencher as lacunas e controvérsias frente aos resultados encontrados até o momento.

A opinião dos pais também demonstra contribuir significativamente na decisão da interrupção da psicoterapia. No estudo de Garcia e Weisz (2002), a percepção deles de que o psicoterapeuta não estava ajudando na melhora efetiva dos problemas do filho e a sensação de falta de investimento do profissional na família demonstraram ser motivos fortes para o abandono. Questões financeiras

e decepção com o serviço prestado pela instituição escolhida também estavam associados à interrupção.

Em contraste, quando os pais conseguem acesso aos atendimentos para o adolescente, parece haver uma ambivalência sobre o desejo do início da psicoterapia: em parte, por fantasia e medo sobre o que o jovem poderia contar ao psicoterapeuta, e, por outro lado, por falta de consciência sobre os reais problemas do filho (Midgley & Navridi, 2007). Nesse sentido, os profissionais precisam estar atentos à transferência dos pais, bem como aos aspectos mais conscientes do processo, como a motivação e participação deles no tratamento (Delgado & Strawn, 2012).

O relacionamento terapêutico e os fatores que implicam maior envolvimento dos pacientes também se evidenciam como essenciais para a adesão (Bolton Oetzel & Scherer, 2003). Entre esses fatores, a Aliança Terapêutica (AT) mostra-se com papel fundamental, visto que a formação de uma AT de qualidade é um fator protetivo importante contra o abandono (Lhullier et al., 2006). Desde a etapa inicial do tratamento, a formação do vínculo entre a dupla e o estabelecimento claro dos objetivos e tarefas para o processo terapêutico podem favorecer maior adesão, pois os jovens tendem a abandonar o tratamento já nesse momento (Bordin, 1979; Roos & Werbart, 2013).

O surgimento do conceito de aliança terapêutica remonta aos escritos de Freud (1912/1996), que percebeu a necessidade do terapeuta de se tornar um colaborador do paciente e compreendeu esse achado como um fenômeno da transferência. Mais tarde, os psicanalistas do ego foram assumindo a importância da colaboração consciente entre terapeuta e paciente, tendo sido Zetzel quem cunhou o termo “aliança terapêutica” (Barber et al., 2013; Flückiger et al., 2018). Etchegoyen (1987), discutindo a teoria de Zetzel, destaca que para esta autora a AT depende de uma autonomia secundária do ego, e esta de uma boa relação de objeto com a mãe.

Entretanto, os limites entre a AT e a transferência podem ser muito tênues. Conforme Greenson (1981), que utilizava o termo “aliança de trabalho”, a aliança seria um fenômeno de transferência relativamente racional, dessexualizado e desagressivizado. A transferência, por sua vez, designaria o processo pelo qual desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos, no cenário de certo tipo de relação estabelecida entre eles, especialmente no quadro da relação analítica (Freud, 1916-1917/1996). Nesse sentido, a transferência implica uma repetição de protótipos infantis experimentados com um sentimento de atualidade significativa.

Algumas características por parte dos psicoterapeutas parecem influenciar positivamente o desenvolvimento da AT com os adolescentes, tais como empatia, autenticidade, disponibilidade emocional e sinceridade (Bolton Oetzel & Scherer, 2003). A literatura aponta que os jovens desejam estabelecer uma relação terapêutica mais igualitária, com abertura e franqueza no discurso dos terapeutas (Haan et al., 2014; Zack et al., 2007). Assim, o profissional que consegue equalizar a dinâmica relacional, estabelecer os limites do sigilo e desenvolver um trabalho colaborativo provavelmente promoverá uma aliança mais forte (Block & Greeno, 2011; Hawks, 2015). Uma AT de boa qualidade também favorece o desenvolvimento da transferência, primordial para as psicoterapias de orientação psicanalítica (Etchegoyen, 1987).

No campo da psicoterapia psicanalítica, estudos têm sido desenvolvidos comprovando a eficácia dessa abordagem e seus resultados no tratamento de adolescentes (Goodyer et al., 2017; Milrod et al., 2013; Seiffge-Krenke, 2020). Entretanto, ainda se observa uma escassez de estudos brasileiros nessa área, que contemplem apenas adolescentes e com foco na abordagem psicanalítica. Tendo em vista as peculiaridades próprias da adolescência, os aspectos que envolvem o desenvolvimento e manutenção do processo terapêutico com esses jovens e a alta taxa de abandono nessa faixa etária, esta pesquisa teve por objetivo compreender, a partir da perspectiva dos adolescentes, os fatores que os fazem abandonar ou permanecer em tratamento.

Método

Foi realizado um estudo de abordagem qualitativa, de levantamento, exploratório, transversal.

Participantes

Participaram deste estudo 23 adolescentes com idade entre 12 a 17 anos, que buscaram psicoterapia numa clínica privada, localizada na cidade de Porto Alegre. Durante um período de dez meses, 45 pacientes dessa faixa etária iniciaram psicoterapia na referida clínica e foram convidados a participar do estudo. Desses, 23 pacientes aceitaram participar, dos quais 12 permaneciam em tratamento e 11 haviam deixado de comparecer à psicoterapia antes da terceira sessão. Os pacientes que permaneciam em tratamento estavam,

em média, há 7,25 meses em psicoterapia, com desvio-padrão de 2,26 meses. A definição de abandono utilizada foi que o tratamento tivesse sido interrompido por decisão unilateral do paciente e/ou dos responsáveis, sem que os objetivos e metas estabelecidos com o terapeuta tivessem sido cumpridos em sua totalidade.

A instituição onde a coleta de dados foi realizada tem por finalidade oferecer diversos tipos de atendimento psicológico e psiquiátrico à comunidade de classe média e média-baixa, além de oferecer especialização em psicoterapia psicanalítica. Nesse sentido, é importante destacar que os psicoterapeutas que realizaram os atendimentos são profissionais graduados e em formação na instituição.

Instrumentos

Além da ficha de dados sociodemográficos da instituição e dos dados de prontuário dos adolescentes, no período que o estudo abrangeu, foi utilizada uma entrevista individual, semiestruturada, por telefone. Questões norteadoras foram utilizadas com os dois grupos. Com o grupo que se mantinha em psicoterapia, as questões foram:

1. Como está sendo a experiência de fazer a psicoterapia?
2. O que acha bom (o que gosta) da psicoterapia? (caso não mencione: no que te ajuda?)
3. Tem alguma coisa que tu não gostas ou não achas bom? Se sim, o quê?
4. O que da psicoterapia mais gosta? (o que mais ajuda, na tua opinião?)

Com o grupo que interrompeu a psicoterapia, as questões foram:

1. Podes me contar da experiência dos primeiros atendimentos?
Como foi para ti?
2. O que achou bom? O que não foi bom? O que não gostou?
3. Por que tu desististe de ir (de continuar o tratamento)?

Procedimentos de coleta de dados e procedimentos éticos

Foi feito um contato telefônico inicial com os pais/responsáveis para explicar o objetivo da pesquisa e o procedimento da entrevista com os adolescentes, solicitando sua permissão para conversar com o paciente. Com a autorização, um novo contato era realizado com o jovem, explicando o motivo do estudo e, mediante sua concordância, a entrevista era realizada. Os adolescentes também foram consultados sobre a permissão para a gravação das entrevistas, que tiveram a duração de 10 a 20 minutos. Os pesquisadores não tinham vínculo com a instituição onde a coleta de dados foi realizada, seja como psicoterapeutas, seja como docentes.

Este estudo foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição dos pesquisadores. Assim, tanto os pais/responsáveis como os adolescentes já haviam assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Assentimento (TA), respectivamente. Além disso, haviam assinado o TCLE da instituição onde a psicoterapia aconteceu, que se caracteriza também como instituição de pesquisa e segue diretrizes de um Comitê de Ética em Pesquisa. Foi assegurado aos participantes que a realização da entrevista era voluntária, sem prejuízo ao tratamento que realizavam ou a futuros atendimentos na clínica. Questões de sigilo foram reforçadas, de forma a deixar os jovens confortáveis com a entrevista.

Análise de dados

Todas as entrevistas foram transcritas e submetidas à análise temática (Braun & Clarke, 2006; Braun et al., 2019). A análise foi realizada separadamente para os dois grupos. Foi efetuada por dois juízes, de maneira independente, e posteriormente discutida. As categorias temáticas finais foram estabelecidas por consenso.

Resultados e discussão

Os dados sociodemográficos do grupo que abandonou a psicoterapia e daqueles que se mantinham em tratamento são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 — Dados sociodemográficos dos participantes do estudo

	Abandono	Em tratamento
	N = 11	N = 12
Sexo		
Feminino	7 (63,6%)	6 (50,0%)
Masculino	4 (36,4%)	6 (50,0%)
Média de idade dos adolescentes	13,55 (DP=1,864)	14,42 (DP=1,564)
Média de idade das mães	44,18 (DP=8,76)	44,82 (DP=8,95)
Média de idade dos pais	49,89 (DP=10,01)	51,90 (DP=12,87)
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	7 (63,6%)	9 (75,0%)
Ensino médio incompleto	4 (36,4%)	3 (25,0%)
Cidade em que reside		
Porto Alegre	9 (81,8%)	12 (100%)
Região metropolitana	2 (18,2%)	—
Com quem reside		
Ambos os pais	3 (27,3%)	3 (25,0%)
Somente a mãe	5 (45,5%)	5 (41,7%)
Somente o pai	1 (9,1%)	1 (8,3%)
Mãe e padrasto	1 (9,1%)	1 (8,3%)
Avós	1 (9,1%)	2 (16,7%)
Faixa de renda familiar		
Até 1 salário mínimo	1 (9,1%)	1 (8,3%)
De 2 a 3 salários mínimos	5 (45,5%)	6 (50,0%)
De 4 a 6 salários mínimos	2 (18,2%)	3 (25,0%)
De 7 a 10 salários mínimos	2 (18,2%)	2 (16,7%)
Mais de 10 salários mínimos	1 (9,1%)	—

Nota: DP = Desvio Padrão

Na Tabela 2 são apresentadas informações clínicas dos dois grupos.

Tabela 2 — Dados clínicos dos participantes do estudo

	Abandono	Em tratamento
	N = 11	N = 12
Encaminhamento		
Familiar	3 (27,3%)	1 (8,3%)
Médico	1 (9,1%)	5 (41,7%)
Escola	4 (36,4%)	4 (33,3%)
Por conta própria	1 (9,1%)	2 (16,7%)
Amigo	2 (18,2%)	—
Motivo da consulta		
Ansiedade/depressão	4 (36,4%)	6 (50,0%)
Retraimento/depressão	3 (27,3%)	3 (25,0%)
Problemas de relacionamento	—	2 (16,7%)
Problemas de atenção	—	1 (8,3%)
Comportamento opositor	4 (36,4%)	—
Psicoterapia prévia		
Sim	6 (54,5%)	7 (58,3%)
Não	5 (45,5%)	5 (41,7%)

A análise temática das entrevistas gerou dois temas no grupo de adolescentes que se manteve em psicoterapia e três temas no grupo que abandonou o tratamento. O tema “Relação Terapêutica” foi comum aos dois grupos e incluiu dois subtemas, como sintetiza o Quadro 1.

Quadro 1 — Temas e subtemas resultantes da análise das entrevistas

Adolescentes em psicoterapia		Adolescentes que abandonaram o tratamento	
Relação Terapêutica	Aliança Terapêutica	Relação Terapêutica	Aliança Terapêutica
	Transferência		Transferência
Mudanças resultantes da psicoterapia		Defesas e resistências do paciente	
		Aliança terapêutica com os responsáveis	

Adolescentes que permaneciam em psicoterapia

A análise das entrevistas desses jovens permitiu identificar que sua permanência em psicoterapia podia ser explicada por dois fatores: a relação terapêutica e uma percepção de mudanças resultantes da psicoterapia. Entre os aspectos descritos pelos adolescentes como positivos acerca do tratamento, a maior parte dizia respeito ao relacionamento terapeuta-paciente. Muitos desses aspectos se referiam ao que tem sido descrito na literatura como AT.

“Foi boa e tá sendo boa... Eu achei bom, por causa que ela me explicou o que acontecia, o que que ela achava. E ela tava me ajudando nisso... Eu gosto do tipo, como é que eu posso te explicar, eu gosto do jeito que ela me explica as coisas. Tipo, eu consigo entender muito.” E10

“Eu gosto do jeito que é mostrado pra mim, do jeito que me ajuda, que não é algo forçado e também não é algo que... É o que me dá ânimo pra ir aí e poder me ajudar. Eu gosto do jeito que me ajuda... Acho que são os jogos que jogo com ela.” E12

Uma AT de qualidade possibilita que o terapeuta se alie à parte sadia do paciente, que passa a ser capaz de tolerar suas resistências e defesas, inevitáveis na psicoterapia, possibilitando assim que os conflitos sejam experimentados (Zimmerman, 2007). As falas seguintes ilustram a compreensão dos pacientes acerca do processo:

“... é algo mais voltado pra perguntar o que tá acontecendo, seja bom ou ruim, e aí ver o que te incomoda e, a partir disso, tu tentar entender o porquê acontece. Não tentar resolver, mas sim tentar entender o porquê acontece e, então, tentar procurar soluções, talvez, que eu acabo dando ou acho acessível ou aceitável.” E4

“... eu posso desabafar e meus problemas eu divido, compartilho o que tá acontecendo e eu acho que é o principal: a ajuda pra resolver alguns problemas que eu tinha antes de consultar com um psicólogo.” E1

Observou-se que as alianças foram bem avaliadas em todas as suas dimensões por esses pacientes, demonstrando que havia um entendimento sobre os objetivos do tratamento, como alcançá-los e um bom vínculo estabelecido entre

a dupla. Tais achados corroboram a literatura, que destaca a importância dos profissionais investirem na relação terapêutica. Uma vez que ela é assimétrica, ao terapeuta cabe a responsabilidade de trabalhar intencionalmente em sua formação e manutenção (Roos & Werbart, 2013).

No tema “Relação Terapêutica”, muitas falas referiram-se a elementos da dinâmica psíquica dos jovens, que extrapolavam a experiência que eles estavam tendo no aqui e agora. A transferência se refere aos sentimentos do paciente em direção ao terapeuta. A análise das entrevistas evidenciou que transferências positivas predominavam nesses casos. Esse tipo de transferência diz respeito aos sentimentos afetuosos e amistosos que o paciente direciona ao terapeuta (Zimmerman, 2007).

“... Humm, não sei, acho que é interessante o jeito que a psicóloga consegue transformar um assunto qualquer entrar na minha cabeça, eu acho bem legal isso.” E3

“Eu acho bom, quando eu tô sozinha, assim, dentro de casa, eu não tenho ninguém pra conversar, entendeu? E quando eu tô com ela eu posso conversar, eu posso desabafar, eu posso falar, eu posso conversar com ela.” E10

O estabelecimento da transferência positiva desses adolescentes se mostrou como um fator que auxiliou na adesão. Esses aspectos podem ter sido essenciais para a manutenção da psicoterapia e para o enfrentamento dos momentos de resistência no processo.

Um segundo tema com esse grupo se destacou e foi formulado como “Mudanças resultantes da psicoterapia”. Esse tema revelou-se como um fator capaz de fortalecer a AT e também contribuir para a adesão. As seguintes falas ilustram esse tema:

“Com certeza, os problemas que eu tenho na escola, porque no ano passado, quando eu comecei, tava tudo muito horrível, tava com uma vontade imensa de mudar de escola e agora eu consegui me encaixar, tô conseguindo resolver as coisas sozinha... Porque antes eu tinha muito medo de fazer algumas coisas, então eu acho que me ajudou principalmente nisso.” E1

“Essa experiência está sendo maravilhosa, por causa que eu tô me sentindo bem melhor do que eu era, entendeu? Por causa que tipo,

eu não me sentia muito confortável, então, eu conversando com a terapeuta eu tô muito melhor do que eu tava... Tipo, eu era muito fechada, agora eu tô mais aberta, eu converso mais com as pessoas.” E10

Na psicoterapia psicanalítica, a mudança psíquica está relacionada à possibilidade de ampliação do conhecimento da realidade psíquica e da realidade externa, ao aumento da organização das funções mentais, maior tolerância à frustração, capacidade de pensar antes de agir e uso de mecanismos de defesa mais maduros (Romanowski et al., 2015; Zimmerman, 2007). As falas dos pacientes refletem mudanças esperadas nessa abordagem terapêutica e dão sustentação aos seus relatos acerca de como vivenciavam seus tratamentos.

Entre os critérios de mudança de uma psicoterapia estão a melhora dos sintomas e o progresso de relações interpessoais mais estáveis (Delgado & Strawn, 2012). Nas falas destacadas, tais mudanças ficaram evidenciadas. Quando os afetos negativos começam a ser melhor assimilados e o jovem se torna mais capaz de tolerá-los, há o desenvolvimento da capacidade de lidar com seus conflitos internos (Delgado & Strawn, 2012). Outro fator importante é a capacidade de *insight* do adolescente, ou seja, de compreender e atribuir significado sobre aspectos da sua vida psíquica de que antes não tinha consciência (Zimmerman, 2007). As entrevistas dos pacientes que continuavam em tratamento revelaram os avanços que a psicoterapia estava proporcionando nesse sentido.

Adolescentes que abandonaram a psicoterapia

No grupo de adolescentes que abandonaram a psicoterapia, também foi possível identificar uma categoria temática relacionada à “Relação Terapêutica”, que envolveu as dimensões da AT e da transferência, mas com nuances diferentes em relação ao grupo que permanecia em tratamento. No que diz respeito à AT, as seguintes falas ilustram isso:

“Ahm... não sei, eu acho que a gente podia ter procurado outra forma de eu conseguir me expressar.” E13

“Eu não me senti muito à vontade depois de um tempo.” E15

“Então eu acho que eu meio que nunca sabia como começar a contar assim. Se eu começava contando, se eu... não sei o que eu faria

direito. Então, eu acho que pra melhorar o atendimento seria legal se tipo o psicólogo chegasse e tipo perguntasse se tá tudo bem, como foi a semana, se teve algum conflito, porque isso meio que ajuda a gente tipo a falar assim.” E18

Considerando que esses adolescentes abandonaram o tratamento em suas sessões iniciais, deve-se considerar também que, em realidade, parece não ter havido uma adesão à psicoterapia. A AT pode não ter se estabelecido como seria esperado, já que a literatura aponta que até a terceira sessão já é possível identificar uma boa aliança (Bickman et al., 2004; Murphy & Hutton, 2018; Shirk et al., 2011; Zorzella et al., 2015).

Além dos aspectos relacionados à dinâmica psíquica própria desses jovens, e ao fator de que a maioria deles foi encaminhada para psicoterapia, deve-se considerar também questões relativas à técnica psicoterápica e à abordagem dos terapeutas em direção a esses jovens. As falas acima remetem a aspectos relacionados a uma falta de confiança no vínculo com os terapeutas (Bordin, 1979).

Bordin (1994) conceitualizou a AT como um constructo multidimensional. Esse autor descreveu a aliança como envolvendo três aspectos fundamentais: os objetivos, estabelecidos por consenso entre paciente e terapeuta; a tarefa, relativa às atividades para alcançar tais objetivos; e o vínculo, referente aos aspectos afetivos e relacionais da dupla terapeuta-paciente (Bordin, 1979). Analisando-se as falas dos adolescentes, uma hipótese para explicar a fragilidade da AT observada nesse grupo de participantes é que as dimensões “objetivo” e “tarefa” podem não ter sido abordadas de modo suficiente no período inicial do tratamento. É importante comunicar ao adolescente como a psicoterapia vai funcionar, e isso pode ser ainda mais relevante quando ele veio encaminhado por um terceiro. A dimensão “objetivo” tem especial complexidade, pois pode haver expectativas diferentes sob a perspectiva de quem encaminhou, do jovem e da família. Soma-se a isso que os jovens têm uma tendência a atribuir às situações externas os motivos de suas dificuldades; logo, o paciente pode não demonstrar motivação para a mudança ou, de acordo com essa hipótese, não assumir sua responsabilidade por sua melhora no tratamento (Block & Greeno, 2011). De acordo com Zack et al. (2007), isso pode ocorrer porque os adolescentes ainda estão desenvolvendo os recursos psicológicos mais elaborados.

Curiosamente, também foi possível identificar a experiência de uma boa AT nesse grupo, especialmente no que diz respeito ao vínculo:

“Eu gostei bastante, eu achei uma experiência boa e eu desabafei bastante com ela.” E15

“Ela conseguia tipo dizer o que eu tava sentindo, e isso me ajudava e entender o que eu tava sentindo.” E18

“Bem amigável. O jeito que a conversa funcionava, ela falava como se ela tivesse no mesmo nível que eu. Era como se fosse um diálogo entre pessoas iguais. Não era uma pessoa em cima e a outra embaixo, eram as duas no mesmo nível.” E22

Embora possa haver um elemento subjacente a essas falas, decorrentes de desejabilidade social (eram adolescentes sendo entrevistados por uma pessoa adulta, perguntando sobre o tratamento que eles interromperam), deve-se considerar a hipótese de que a AT também continha elementos positivos, especialmente no que diz respeito ao vínculo que parecia estar se estabelecendo nessas duplas. Isso sugere que a qualidade da AT, por si só, não explica a continuidade ou a interrupção da psicoterapia, pelo menos no grupo de adolescentes entrevistados neste estudo.

Na psicoterapia psicanalítica, a AT e a transferência são fenômenos interligados, já que a AT, nessa perspectiva, tem aspectos inconscientes. Os aspectos transferenciais identificados nos relatos desses adolescentes evidenciaram que o fenômeno da transferência negativa teve impacto e influenciou na decisão pela interrupção. Nessa direção, Samardžić e Nikolić (2014) examinaram a relação entre a AT e a transferência, e sugeriram que a qualidade da AT pode estar diretamente relacionada aos padrões de relacionamento interpessoal dos pacientes e, conseqüentemente, à relação transferencial que o paciente estabelece com o terapeuta.

Na psicoterapia psicanalítica, a AT é parte da transferência e, mesmo que tenha uma parte consciente, faz parte da dinâmica transferencial, com aspectos racionais e irracionais (Etchegoyen, 1987). A análise das entrevistas do grupo que abandonou sugere um predomínio da transferência negativa. Entende-se, então, que não ficou favorecido o desenvolvimento de uma AT suficientemente robusta nos encontros iniciais, para que os jovens seguissem em tratamento.

A transferência se constitui como central na técnica psicanalítica e pode ser entendida como uma forma de relação que vai além de uma relação interpessoal dita comum, que se desenvolve no percurso da psicoterapia, remontando, inconscientemente, às experiências relacionais primárias (Tyson & Eizirik, 2015).

Na clínica com adolescentes, a transferência demonstra ser um desafio para os profissionais, tendo em vista a complexidade de conflitos intersubjetivos dessa fase:

“Achei um pouco fraca [a terapeuta]. Eu achei que ela podia ter explorado um pouco mais.” E15

“Ah, sei lá, é que ela era muito repetitiva. Era sempre a mesma.” E16

“Eu não sabia como é que era aquilo, mas no início eu achei meio estranho, porque eu falava, falava e falava com a pessoa, assim, e a pessoa só me escutava, sabe? Claro, me ajudava, mas eu achava estranho.” E17

Os exemplos sugerem vivências de frustração, atribuída às terapeutas, que não suprimiram os pacientes da forma como eles esperavam. A transferência negativa pode ser entendida como um tipo de relação inconsciente, que remonta às vivências passadas do paciente e que se atualizam com o terapeuta, por meio de sentimentos de hostilidade e agressão (Zimerman, 2007). Mesmo com supostas boas alianças, a transferência negativa se impôs com mais intensidade e demonstra ter contribuído para a interrupção do atendimento.

Bornholdt (2009) aponta que, com adolescentes, o terapeuta precisa observar os conteúdos enigmáticos, as identificações projetivas envolvidas e os sentimentos contratransferenciais como material de escuta e compreensão dos conflitos. O papel do terapeuta passa a ser, ao mesmo tempo, de objeto transferencial e real. Essa capacidade de discriminação entre a dupla é possível para o terapeuta, que precisa ser capaz de suportar os mecanismos mais primitivos para transformar a ação comunicativa mais concreta em palavra e simbolismo (Lewkowicz & Brodacz, 2015). Para tanto, características específicas do profissional demonstram ser importantes, como paciência, firmeza e tolerância.

O segundo tema identificado nesse grupo foi o das “Defesas e resistências do paciente”, que são aspectos fundamentais e que integram o processo terapêutico. É esperado que o paciente utilize as defesas do ego, e elas não podem ser entendidas apenas como resistências, mas como fonte de informação sobre o funcionamento do paciente (Zimerman, 2007). O paciente adolescente se depara com conflitos internos opostos. Esse jogo ambivalente o acompanha durante a adolescência e isso também aparece na psicoterapia. Uma das formas de a resistência aparecer é o jovem se defender por medo da mudança, mesmo quando ele a deseja:

“Eu acho... por talvez não ter sentido muita diferença, daí eu achei que... Eu tinha um pouco [de expectativa]. Na verdade, quem escolheu ir fui eu. Eu pedi pros meus pais, mas daí depois eu cansei... eu acho um pouco difícil de falar, de conversar... humm, não sei, eu acho que essa questão de ter dificuldade de falar. Então eu não senti que fez tanta diferença assim.” E13

“No caso não é que não foi bom, é que no caso, sei lá, eu resolvi parar, é que tava sendo um “dinheirão”. Ah, sei lá, às vezes atrapalhava e eu tinha que fazer algumas coisas na hora da psicóloga e sei lá. Eu tava, é que começou a ficar chato, sabe. No começo era legal, mas daí começou a ficar chato e eu enjoiei, eu só enjoiei.” E16

“Quando eu desabafei tinha várias coisas que eu não queria mais falar, mas eu achei que precisava e eu fiquei bem triste com algumas coisas.” E15

Os relatos ilustram processos defensivos como uma noção de estagnação do tratamento e de racionalizações acerca do impedimento que a psicoterapia está ocasionando, que podem representar dificuldades dos jovens para entrar em contato com seus conflitos. O conflito entre desejar que o adulto possa fazer algo por ele e, ao mesmo tempo, resistir a esse movimento marca a fantasia de ameaça de que, ao ceder, estaria abrindo mão de sua própria autonomia (Delgado & Strawn, 2012).

O uso de mecanismos de defesas mais primitivos no início da psicoterapia psicanalítica foi identificado em um estudo brasileiro realizado com pacientes adultos. O estudo de Hauck et al. (2007) teve como objetivo analisar fatores associados ao abandono precoce, isto é, tratamentos interrompidos antes dos três meses. Entre os diferentes fatores analisados, o estilo defensivo dos pacientes foi examinado. Os resultados mostraram que os pacientes que abandonaram apresentaram maior uso de mecanismos de defesas imaturos, o que pode indicar maior dificuldade de lidar com a realidade e enfrentar problemas externos e internos.

Bronstein (2000) sinalizou que, na adolescência, a capacidade de lidar com as ansiedades próprias da fase depende dos recursos internos do jovem e a função do *setting*, e do terapeuta, é tolerar as tensões e angústias geradas na contratransferência. Embora não tenha sido examinada neste estudo, a contratransferência também pode ter impactado nas psicoterapias analisadas, e constitui uma ferramenta valiosa dos profissionais para lidar com as vicissitudes da psicoterapia de adolescentes.

Por fim, identificou-se que outro aspecto presente nas decisões pelas interrupções do tratamento foi a “Aliança terapêutica com os responsáveis”. De acordo com as entrevistas, evidenciou-se nas falas dos pacientes a influência dos pais na decisão da interrupção. Em alguns casos, a opinião deles parece ter contribuído para o abandono, embora o discurso dos jovens também deixasse entrever suas dúvidas em relação à psicoterapia. Assim, o movimento dos pais parece cancelar a decisão, com base na atribuição de motivos externos, como dificuldades financeiras.

“A gente começou a ter dificuldades financeiras e achamos melhor cortar algumas coisas. A gente falou com ela que a gente tava com dificuldade com dinheiro e a gente teve que parar naquele momento.” E14

“Era tipo um algo a mais assim que ela não tava esperando assim. Então acho que ela não tava muito preparada pra pagar por muitos meses a psicóloga.” E18

“Na verdade, não foi bem eu. Foi a minha mãe, ela achou que... assim, acho que a minha família em si sempre achou que saúde emocional não é tããão importante quanto saúde física... enfim, eu acho que ela pensou que já tava bom, que eu não precisava mais e que a gente já conseguiria resolver sozinhas. Porque, tipo, na visão dela, isso era muito das brigas que a gente sempre teve assim, eu e ela. E aí ela achou que a gente conseguiria resolver isso sozinha, mas acho que a psicóloga ajudava bastante assim.” E18

Mesmo com a possibilidade da presença de dificuldades financeiras reais, é importante também considerar os aspectos inconscientes e resistenciais familiares, além da possibilidade de uma AT frágil com esses pais, pois a adolescência dos filhos mobiliza sentimentos importantes neles. Esse momento pode trazer dificuldades para os pais, que precisam abdicar do filho infantil e fornecer a passagem para que o jovem adquira suas próprias conquistas (Aberastury, 1981). Eles podem ser dominados por sentimentos de culpa e inveja ao perceberem as melhoras que a psicoterapia está proporcionando ao filho, posto que eles se deparam com suas próprias falhas narcísicas. Pode também acontecer uma rivalidade edípica com o psicoterapeuta, que passa a ocupar o lugar transferencial adulto para o jovem e desempenhar o papel de reparação das dificuldades.

Adicionalmente, a participação dos pais na psicoterapia dos adolescentes poderá ser imprescindível, pois são eles que garantem a manutenção do tratamen-

to. Midgley e Navridi (2007) apontaram que a motivação e expectativa deles em relação ao tratamento, aliada à capacidade de pensar sobre os próprios sentimentos e os do filho, tiveram impacto na não continuidade da psicoterapia dos jovens em seu estudo.

O estudo de Garcia e Weisz (2002) chegou à conclusão de que os problemas associados ao relacionamento terapêutico foram o que mais influenciou o abandono do tratamento, isto é, a percepção dos responsáveis de que o terapeuta não estava ajudando adequadamente na resolução dos problemas. O julgamento que os pais podem formular também parece influenciar na continuidade da psicoterapia. Assim, os estudos concluíram que estabelecer uma AT sólida e de boa qualidade com os pais pode ser crucial para a adesão (Delgado & Strawn, 2012; Garcia & Weisz, 2002; Midgley & Navridi, 2007).

O terapeuta precisa formar um vínculo com esses pais por meio de uma escuta atenta, acolhendo possíveis angústias e fantasias. Os objetivos do tratamento e a forma de trabalho precisam ser informados, assim como entender suas expectativas em relação à psicoterapia. É possível que, em alguma medida, uma aliança frágil com os pais dos adolescentes entrevistados constitua uma hipótese para a não adesão desses jovens à psicoterapia, com base no que foi identificado nas entrevistas.

Considerações finais

Este estudo teve o objetivo de compreender os motivos que levam os adolescentes a permanecer ou abandonar a psicoterapia psicanalítica, de acordo com a perspectiva desses jovens. Foi possível constatar o papel central da relação terapêutica nos dois grupos entrevistados. Duas dimensões da relação terapeuta-paciente foram evidenciadas. A qualidade da AT e o tipo de transferência predominante. Para os adolescentes que continuavam em tratamento, observou-se uma AT caracterizada por uma boa qualidade, em geral, enquanto no grupo que interrompeu o tratamento essa aliança era mais ambivalente, abrangendo elementos menos favoráveis e indicativos de fragilidades.

Quanto à transferência, no grupo que permanecia em tratamento a transferência positiva parece ter predominado, enquanto uma transferência negativa foi identificada no grupo que abandonou. Ficou evidenciado que o uso de defesas mais rígidas e a resistência foram fenômenos mais presentes no grupo de jovens que não se manteve na psicoterapia. Além disso, ATs mais frágeis com os pais também apareceram entre os motivos para a interrupção. Já no grupo de

adolescentes que se mantinha na psicoterapia foi observada uma percepção de mudanças positivas promovidas pelo tratamento. Esses jovens revelaram se sentir ajudados pela psicoterapia, o que fortalecia sua AT e a motivação para a continuidade do atendimento.

O estudo deixou em evidência a centralidade da relação terapêutica para os adolescentes entrevistados. Esse achado pode servir como alerta para os clínicos que trabalham com adolescentes, apontando para um elemento do processo terapêutico que pareceu suplantar, pelo menos nesse grupo, as questões da técnica e das intervenções utilizadas. Além disso, o estudo mostra a importância dos pais na psicoterapia psicanalítica de adolescentes, indicando que uma boa aliança terapêutica com eles, ou sua ausência, pode ser decisiva para a manutenção ou descontinuidade do tratamento.

Fica evidente a atenção especial que os psicoterapeutas devem dar à transferência do adolescente. Especialmente aos indicadores de transferência negativa que, neste estudo, mostraram-se como importantes fatores de risco para a interrupção da psicoterapia, e que podem comprometer, inclusive, uma boa aliança terapêutica.

É importante destacar que a psicoterapia psicanalítica de adolescentes é desafiadora para os terapeutas, assim como a adolescência é complexa e desafiadora para os jovens e para seus pais. Nesse sentido, há elementos do processo terapêutico não examinados neste estudo, como a contratransferência, por exemplo, além de outros fatores do terapeuta, como características de personalidade, estilo de apego e estilo defensivo, que podem ter um impacto no processo e no desfecho da psicoterapia com jovens.

As limitações deste estudo devem ser destacadas. O tema da continuidade ou abandono da psicoterapia foi examinado apenas da perspectiva dos adolescentes, por meio de entrevistas realizadas via telefone, com pacientes atendidos numa única instituição. Examinar a perspectiva dos familiares e dos terapeutas, com base em instrumentos diversificados e abrangendo uma diversidade maior de participantes, pode contribuir para a elucidação do fenômeno.

É significativo o número de jovens que interrompem suas psicoterapias, como mostra a literatura. Da mesma forma, são significativos os problemas de saúde mental apresentados por essa população e que requerem tratamento. É importante que esforços sejam canalizados no sentido de identificar as melhores estratégias e abordagens para o atendimento psicoterápico desse grupo. De acordo com este estudo, especial atenção deve ser dedicada à relação terapêutica, ao estabelecimento de um enquadre claro e definido com o jovem e à formação de uma AT sólida com seus pais.

Referências

- Aberastury, A. (1981). O adolescente e o mundo atual. In: A. Aberastury; M. Knobel, *Adolescência normal*, p. 88-90. Porto Alegre: Artmed.
- Barber, J. P.; Muran, J. C.; McCarthy, K. S.; Keefe, J. R. (2013). Research on dynamic therapies. In: M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, p. 443-494. New York: Wiley.
- Baruch, G.; Vrouva, I.; Fearon, P. (2009). A follow-up study of characteristics of young people that dropout and continue psychotherapy: Service implications for a clinic in the community. *Child and Adolescent Mental Health*, 14(2), 69-75. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2008.00492.x>
- Benetti, S. P.; Cunha, T. R. (2008). Abandono de tratamento psicoterápico: Implicações para a prática clínica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60(2), 48-59. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2290/229017549006>
- Benetti, S. P.; Mattos, M. C. V.; Silva, N. B.; Bittencourt, A. A. (2017). Avaliação de processo em psicoterapia psicanalítica na adolescência. *Psico*, 48(2), 130-139. <http://doi.org/10.15448/1980-8623.2017.2.24820>
- Bickman, L.; Vides de Andrade, A. R.; Warren Lambert, E.; Doucette, A.; Sapyta, J.; Boyd, A. S.; Rumberger, D. T.; Moore-Kurnot, J.; McDonough, L. C.; Rauktis, M. B. (2004). Youth therapeutic alliance in intensive treatment settings. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 31(2), 134-148. <https://doi.org/10.1007/BF02287377>
- Block, A. M.; Greeno, C. G. (2011). Examining outpatient treatment dropout in adolescents: A literature review. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 28(5), 393-420. <https://doi.org/10.1007/s10560-011-0237-x>
- Bolton Oetzel, K.; Scherer, D. G. (2003). Therapeutic engagement with adolescents in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40(3), 215-225. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.40.3.215>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260. <http://doi.org/10.1037/h0085885>
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. In: A. O. Horvath; L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice*, p. 13-37. Oxford: Wiley & Sons.
- Bornholdt, I. M. (2009). Adolescência: Fôlego. *Revista de Psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre*, 16(2), 247-260. <https://revista.sppa.org.br/RPdaSPPA/article/view/728>
- Braun, V.; Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

- Braun, V.; Clarke, V.; Hayfield, N.; Terry, G. (2019). Thematic analysis. In: P. Liamputtong (Ed.), *Handbook of research methods in health social sciences*, p. 843-860. Penrith, Australia: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-981-10-5251-4>
- Briggs, S.; Netuveli, G.; Gould, N.; Gkaravella, A.; Gluckman, N.; Kangogyere, P.; Lindner, R. (2019). The effectiveness of psychoanalytic/psychodynamic psychotherapy for reducing suicide attempts and self-harm: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 214(6), 320-328. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.33>
- Bronstein, C. (2000). Working with suicidal adolescents. In: I. Wise (Ed.), *Adolescence*, p. 21-39. London: Karnac.
- Delgado, S. V.; Strawn, J. R. (2012). Termination of psychodynamic psychotherapy with adolescents: A review and contemporary perspective. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 76(1), 21-52. <https://doi.org/10.1521/bumc.2012.76.1.21>
- Etchegoyen, R. H. (1987). *Fundamentos da técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artmed.
- Flisher, A. J.; Kramer, R. A.; Grosser, R. C.; Alegria, M.; Bird, H. R.; Bourdon, K. H.; Narrow, W. E. (1997). Correlates of unmet need for mental health services by children and adolescents. *Psychological Medicine*, 27(5), 1145-1154.
- Flückiger, C.; Del Re, A. C.; Wampold, B. E.; Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316-340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Freud, S. (1912/1996). A dinâmica da transferência. In: *Obras completas*, vol. XII, p. 109-122. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1916-1917/1996). Conferências introdutórias sobre psicanálise – Conferência XXVII: Transferência. In: *Obras completas*, vol. XVI, p. 287-539. Rio de Janeiro: Imago.
- Garcia, J. A.; Weisz, J. R. (2002). When youth mental health care stops: Therapeutic relationship problems and other reasons for ending youth outpatient treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 439-443. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.2.439>
- Goodyer, I. M.; Reynolds, S.; Barrett, B.; Byford, S.; Dubicka, B.; Hill, J.; Holland, F.; Kelvin, R.; Midgley, N.; Roberts, C.; Senior, R.; Target, M.; Widmer, B.; Wilkinson, P.; Fonagy, P. (2017). Cognitive behavioural therapy and short-term psychoanalytical psychotherapy versus a brief psychosocial intervention in adolescents with unipolar major depressive disorder (IMPACT): A multicentre, pragmatic, observer-blind, randomised controlled superiority trial. *The Lancet Psychiatry*, 4(2), 109-119. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30378-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30378-9)
- Greenson, R. R. (1981). *A técnica e a prática da psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago.
- Haan, A. M.; Boon, A. E.; Jong, J. T. V. M. de; Geluk, C. A.; Vermeiren, R. R. (2014). Therapeutic relationship and dropout in youth mental health care with ethnic minority children and adolescents. *Clinical Psychologist*, 18(1), 1-9. <https://doi.org/10.1111/cp.12030>

- Haan, A. M.; Boon, A. E.; Jong, J. T. V. M. de; Hoeve, M.; Vermeiren, R. R. (2013). A meta-analytic review on treatment dropout in child and adolescent outpatient mental health care. *Clinical Psychology Review*, 33(5), 698-711. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.04.005>
- Haan, A. M.; Boon, A. E.; Vermeiren, R. R. J. M.; Hoeve, M.; Jong, J. T. V. M. de (2015). Ethnic background, socioeconomic status, and problem severity as dropout risk factors in psychotherapy with youth. *Child & Youth Care Forum*, 44(1), 1-16. <https://doi.org/10.1007/s10566-014-9266-x>
- Hauck, S.; Kruehl, L. R. P.; Sordi, A. O.; Sbardellotto, G.; Cervieri, A.; Moschetti, L.; Schestatsky, S.; Freitas Ceitlin, L. H. M. (2007). Fatores associados a abandono precoce do tratamento em psicoterapia de orientação analítica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(3), 265-273. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082007000300005>
- Hawks, J. M. (2015). *Exploring the therapeutic alliance with adolescents and their caregivers: A qualitative approach* (dissertação de mestrado). University of Kentucky, USA.
- Lewkowicz, A. B.; Brodacz, G. (2015). Abordagem psicanalítica na adolescência. In: C. L. Eizirik; R. W. de Aguiar; S. S. Schestatsky (Orgs.), *Psicoterapia de orientação analítica: Fundamentos teóricos e clínicos*, p. 755-771. Porto Alegre: Artmed.
- Lhullier, A.; Nunes, M. L.; Horta, B. (2006). Preditores de abandono de psicoterapia em pacientes de clínica-escola. In: E. Silveiras (Org.), *Atendimento psicológico em clínicas-escola*, p. 229-246. Campinas: Alínea.
- Midgley, N.; Navridi, E. (2007). An exploratory study of premature termination in child analysis. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 5(4), 437-458. <https://doi.org/10.1080/15289160701382360>
- Midgley, N.; O'Keeffe, S.; French, L.; Kennedy, E. (2017). Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: An updated narrative review of the evidence base. *Journal of Child Psychotherapy*, 43(3), 307-329. <https://doi.org/10.1080/0075417X.2017.132945>
- Milrod, B.; Shapiro, T.; Gross, C.; Silver, G.; Preter, S.; Libow, A.; Leon, A. C. (2013). Does manualized psychodynamic psychotherapy have an impact on youth anxiety disorders?. *American Journal of Psychotherapy*, 67(4), 359-366. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2013.67.4.359>
- Murphy, R.; Hutton, P. (2018). Practitioner Review: Therapist variability, patient-reported therapeutic alliance, and clinical outcomes in adolescents undergoing mental health treatment: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(1), 5-19. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12767>
- O'Keeffe, S.; Martin, P.; Goodyer, I. M.; Wilkinson, P.; IMPACT Consortium; Midgley, N. (2018). Predicting dropout in adolescents receiving therapy for depression. *Psychotherapy Research*, 28(5), 708-721. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1393576>
- Rabung, S.; Leichsenring, F. (2012). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: First meta-analytic evidence and its discussion. In: R. Levy, J. Ablon, H. Kächele (Eds.),

- Psychodynamic psychotherapy research: Evidence-based practice and practice-based evidence*, p. 27-49. Totowa, NJ: Humana. https://doi.org/10.1007/978-1-60761-792-1_3
- Romanowski, R.; Escobar, J. R.; Sordi, R. E.; Campos, M. S. (2015). Níveis de mudança e critérios de melhora. In: C. L. Eizirik; R. W. de Aguiar; S. S. Schestatsky (Orgs.), *Psicoterapia de orientação analítica: Fundamentos teóricos e clínicos*, p. 376-397. Porto Alegre: Artmed.
- Roos, J.; Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychotherapy Research*, 23(4), 394-418. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.775528>
- Rubin, A.; Dolev, T.; Zilcha-Mano, S. (2016). Patient demographics and psychological functioning as predictors of unilateral termination of psychodynamic therapy. *Psychotherapy Research*, 28(5), 672-684. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1241910>
- Samardžić, L.; Nikolić, G. (2014). Transference patterns and working alliance during the early phase of psychodynamic psychotherapy. *Vojnosanitetski Pregled*, 71(2), 175-182. <https://doi.org/10.2298/VSP1402175S>
- Seiffge-Krenke, I. (2020). Depressive and anxious adolescents: Do they profit from psychodynamic therapy?. *Psychology*, 11(4), 563-571. <https://doi.org/10.4236/psych.2020.114037>
- Shirk, S. R.; Karver, M. S.; Brown, R. (2011). The alliance in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 17-24. <http://doi.org/10.1037/a0022181>
- Swift, J. K.; Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 547-559. <https://doi.org/10.1037/a0028226>
- Tyson, R.; Eizirik, C. L. (2015). Transferência. In: C. L. Eizirik; R. W. de Aguiar; S. S. Schestatsky (Orgs.), *Psicoterapia de orientação analítica: Fundamentos teóricos e clínicos*, p. 287-299. Porto Alegre: Artmed.
- Zack, S. E.; Castonguay, L. G.; Boswell, J. F. (2007). Youth working alliance: A core clinical construct in need of empirical maturity. *Harvard Review of Psychiatry*, 15(6), 278-288. <https://doi.org/10.1080/10673220701803867>
- Zimerman, D. E. (2007). *Fundamentos psicanalíticos: Teoria, técnica, clínica – Uma abordagem didática*. Porto Alegre: Artmed.
- Zorzella, K. P. M.; Muller, R. T.; Cribbie, R. A. (2015). The relationships between therapeutic alliance and internalizing and externalizing symptoms in Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. *Child Abuse & Neglect*, 50, 171-181. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.08.002>

Recebido em 22 de outubro de 2020

Aceito para publicação em 04 de fevereiro de 2022

LA TELEPSICOTERAPIA DURANTE EL COVID-19: REPERCUSIONES DE LA CAPACITACIÓN Y DEL ÁMBITO LABORAL DE LAS/LOS TERAPEUTAS

*A TELEPSICOTERAPIA DURANTE A COVID-19: REPERCUSSÕES
DA CAPACITAÇÃO E DO ÂMBITO LABORAL DOS TERAPEUTAS*

*TELEPSYCHOTHERAPY DURING COVID-19: REPERCUSSIONS
OF TRAINING AND SECTOR OF EMPLOYMENT OF THERAPISTS*

Maximiliano Azcona ⁽¹⁾

Luis Ángel Roldán ⁽²⁾

Lucía Soria ⁽³⁾

Ramiro Garzaniti ⁽⁴⁾

Celeste Labaronnie ⁽⁵⁾

Fernando Manzini ⁽⁶⁾

Lardizábal Maite ⁽⁷⁾

Maria del Pilar Bolpe ⁽⁸⁾

RESUMO

Este artigo se propõe a caracterizar o exercício da psicoterapia à distância sustentada por profissionais psicólogos e psiquiatras durante os primeiros meses de isolamento social preventivo e obrigatório (ASPO) na cidade de La Plata e arredores (Buenos Aires, Argentina), em decorrência da pandemia do novo coronavírus. Para tanto, foi realizado um estudo descritivo transversal não experimental.

⁽¹⁾ Doctor. CONICET – Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata, Argentina. email: azconamaxi@gmail.com

⁽²⁾ Doctor. CONICET – Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata, Argentina. email: aroldan@psico.unlp.edu.ar

⁽³⁾ Licenciada y Profesora en Psicología. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata, Argentina. email: luciasoria.psi@gmail.com

⁽⁴⁾ Licenciado y Profesor en Psicología. CONICET – Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata, Argentina. email: ramiro.garzaniti.unlp@gmail.com

⁽⁵⁾ Doctora. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata, Argentina. email: celelab@gmail.com

⁽⁶⁾ Licenciado y Profesor. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata, Argentina. email: ferchomanzini@gmail.com

⁽⁷⁾ Licenciada y Profesora en Psicología. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata, Argentina. email: maite_lardizabal@hotmail.com

⁽⁸⁾ Doctora. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata, Argentina. email: mariadelpilbolpe@gmail.com

No hubo fuentes de financiación.

A amostra foi composta por 247 psicólogos e psiquiatras de instituições públicas ou privadas, que responderam a um questionário autoaplicável composto por 31 itens, entre os meses de agosto e setembro de 2020. Embora o projeto possua maior extensão e ainda esteja em andamento, os resultados parciais que aqui se apresentam mostram que as condições intrínsecas aos diferentes âmbitos laborais (público ou privado) influenciam a avaliação dos profissionais. Terapeutas que atuam no setor privado percebem, em um percentual maior do que os que atuam no setor público, nenhuma ou pouca diferença entre o trabalho presencial e à distância. Em relação ao retorno ao trabalho presencial, quando permitido, observou-se um maior percentual de profissionais que retornaram ao trabalho presencial no setor público. Surpreendentemente, não foram encontradas associações significativas entre a capacitação em telepsicoterapia e o retorno ao atendimento presencial, quando este foi permitido, nem entre o treinamento em telepsicoterapia e a percepção diferencial dos resultados psicoterapêuticos (presencial ou remoto). Abordagens como essas permitem registrar como os terapeutas percebem as estratégias de assistência remota implementadas e contribuem para a discussão sobre sua eficácia em saúde.

Palavras-chave: Covid-19; telepsicoterapia; telepsicologia; treinamento; saúde mental.

ABSTRACT

This study aims to characterize the practice of remote therapy as provided by psychologists and psychiatrists during the first months of preventive and compulsory social isolation (ASPO) due to the Covid-19 pandemic, in the city of La Plata and its surroundings (Buenos Aires, Argentina). To that end, a non-experimental cross-sectional study was carried out. The sample consisted of 247 psychologists and psychiatrists from the public or private sector, who answered a self-administered questionnaire made up of 31 items, between September and October 2020. This paper presents and discusses partial results regarding the use of remote assistance and training in telepsychotherapy. The results show that the different work environments (public or private) are associated with the professional assessment of remote psychotherapy. Therapists who work in the private sector perceive, in a higher percentage than those who work in the public sector, none or little difference between in-person therapy and remote therapy. In relation to the return to face-to-face work, when it was allowed, it was observed that a higher percentage of professionals that have returned to work in the public healthcare system. Remarkably, no significant associations were found between

telepsychotherapy training and the return to face-to-face attention, once it was allowed, or between telepsychotherapy training and the perception of treatment results (face-to-face or remote). It is concluded that approaches such as the present one allow us to record how therapists perceive the remote assistance strategies implemented during the Covid-19 pandemic, and contribute to the discussion about their effectiveness in healthcare matters.

Keywords: Covid-19; telepsychotherapy; telepsychology; training; mental health.

RESUMEN

El artículo se propone caracterizar el ejercicio de la psicoterapia a distancia sostenida por profesionales psicólogos y psiquiatras durante los primeros meses de aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO) resultado de la pandemia por coronavirus, en la ciudad de La Plata y Gran La Plata (Buenos Aires, Argentina). A tal fin, se realizó un estudio no experimental, transeccional descriptivo. La muestra estuvo compuesta por 247 psicólogos y psiquiatras, provenientes de ámbitos públicos o privados, que realizaron entre los meses de agosto y septiembre de 2020 un cuestionario autoadministrable compuesto por 31 ítems. Se comunican aquí resultados parciales referidos al ámbito de ejercicio profesional y a la capacitación para la telepsicoterapia como aspectos relevantes en la aplicación de las estrategias en psicoterapia remota en el contexto de estudio. Los resultados muestran que los distintos ámbitos laborales (público o privado) están asociados a la valoración que los profesionales hacen de la psicoterapia a distancia. Los terapeutas que trabajan en el sector privado perciben, en un mayor porcentaje que los que trabajan en el sector público, ninguna o poca diferencia entre el trabajo presencial y a distancia. Respecto al retorno al trabajo presencial, cuando este fue permitido, se observó un mayor porcentaje de profesionales que han vuelto al trabajo presencial en el sector público. Llamativamente, no se encontraron asociaciones significativas entre la capacitación en telepsicoterapia y el retorno a la atención presencial, una vez que estuvo permitido, ni entre la capacitación en telepsicoterapia y la percepción diferencial de los resultados psicoterapéuticos (presenciales o remotos). Se concluye que abordajes como el presente permiten registrar cómo perciben los terapeutas las estrategias de asistencia remota implementadas durante la pandemia por Covid-19, y aportar a la discusión sobre su eficacia en materia sanitaria.

Palabras clave: Covid-19; telepsicoterapia; telepsicología; capacitación; salud mental.

Introducción

Ante la emergencia sanitaria declarada por la Organización Mundial de la Salud debido a la propagación pandémica del virus SARS-CoV-2, el 20 de marzo de 2020 el gobierno nacional argentino adoptó una serie de medidas extraordinarias a través del Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU) 297/2020 “Aislamiento social preventivo y obligatorio” (ASPO). Desde ese momento y a lo largo de los meses sucesivos, se dio lugar a una administración del aislamiento de la población que fue adoptando modalidades diversas de acuerdo a las condiciones diferenciales de cada jurisdicción nacional. Entre las restricciones estipuladas, se limitó el ejercicio de la casi totalidad de las actividades laborales que implicaran el traslado y el encuentro con otras personas de modo presencial, salvo aquellas actividades y servicios declarados esenciales en la emergencia. De esta manera, y en consonancia con lo ocurrido en otras latitudes, gran parte de las prácticas en psicoterapia presencial – que no se computaban entre las causantes de excepción – se vieron interrumpidas. En el caso del territorio de la Provincia de Buenos Aires, cinco meses después del inicio del ASPO (18/08/2020) se autorizó el retorno a la presencialidad de las actividades vinculadas al campo de la psicología. Para el caso de la atención psicoterapéutica brindada por médicos psiquiatras, la habilitación de la práctica presencial, con las correspondientes medidas de bioseguridad, estaba posibilitada desde finales del mes de abril, si bien desalentada para casos que no revistieran urgencia. De esta manera, entre el inicio del ASPO y la vuelta a la presencialidad (aún hoy en proceso), los¹ profesionales a cargo de tratamientos psicoterapéuticos se encontraron ante la necesidad de hallar estrategias que permitieran sostener, y en muchos casos iniciar, el trabajo con pacientes de manera remota.

Para comprender este fenómeno es necesario tener en cuenta las particularidades del sistema de salud argentino. En Argentina, gozar de salud física y mental constituye un derecho humano sustentado jurídicamente por pactos internacionales con rango constitucional (ONU, 1966; Argentina, 1994). Por esta razón, existe un sistema de salud que alcanza a toda la población. Sin embargo, el sistema se subdivide en tres formas de prestación diferentes que pueden o no exigir pagos por parte de los usuarios: medicina prepaga, obras sociales y sistema público. En la práctica, se observan grandes diferencias entre quienes tienen una prepaga (seguro de salud que cada usuario debe solventar de manera particular), una obra social (cobertura de salud para trabajadores registrados, a cargo de los sindicatos) y el sistema público (sin costo extra para los usuarios). Mario Rovere (2012) califica esas diferencias teniendo en cuenta que en ellas se articula históricamente la dimensión de clase: salud para ricos (prepagas), salud para trabajadores

(obras sociales) y salud para pobres (sistema público). Las personas que cuenten con una prepaga u obra social suelen atenderse en el sistema privado, quedando el sistema público para quienes no pagan seguro de salud (Ballesteros, 2016).

En lo concerniente a la habilitación para el ejercicio de la psicoterapia, en Argentina, tanto los profesionales psicólogos y como psiquiatras se encuentran habilitados para su realización, sea en instituciones de salud pública y/o privada. En el caso del subsistema privado, al ser la psicología y la psiquiatría profesiones liberales, pueden desarrollarse sin necesidad de un empleador, es decir, en consulta privada o bien en clínicas u hospitales privados sin estar en relación de dependencia. Teniendo en cuenta estos aspectos, se buscó indagar la existencia o no de diferencias en la percepción de la telepsicoterapia en cada ámbito, considerando que (al menos desde una dimensión clasista) acceden a estos servicios distintas poblaciones.

En el transcurso del año 2020, los profesionales debieron apelar a modalidades de ejercicio de la psicoterapia hasta entonces poco frecuentes, mediadas por entornos virtuales y/o dispositivos telefónicos. De este modo, las telecomunicaciones adquirieron una relevancia inusitada y provocaron un vuelco masivo de la atención psicoterapéutica hacia estos soportes, tanto en el ámbito público de salud como en el privado. Ante este panorama internacional, se comenzó a hablar del movimiento hacia las prácticas en telepsicoterapia como una revolución en salud mental (Pierce et al., 2021).

Sin embargo, la posibilidad de atención psicoterapéutica remota en el contexto de la pandemia acarrea dificultades y desafíos que no se reducen a la consecución del ejercicio laboral por parte de los profesionales. Resulta preciso ver en estas prácticas en salud mental una estrategia sanitaria fundamental de contención y afrontamiento de las circunstancias disruptivas tanto a nivel individual como colectivo. La emergencia de anteriores brotes epidémicos ha permitido observar las graves consecuencias psicosociales asociadas, que no se circunscriben al momento de crisis sanitaria y que pueden sostenerse en el tiempo (Brooks et al., 2020; Hawryluck et al., 2004). Algunos estudios locales recientes evidencian los efectos psicológicos perjudiciales que el contexto sin precedentes de la pandemia provoca en diversos conjuntos poblacionales, especialmente en lo referente al aumento en indicadores de depresión, ansiedad (López-Morales et al., 2021; Del Valle et al., 2020) y riesgo de suicidio (López Steinmetz et al., 2020). A su vez, la atención psicoterapéutica a distancia implica diversos, nuevos e importantes desafíos para la práctica clínica. Entre ellos, cabe destacar la importancia que reviste tanto la capacitación específica en torno a la atención remota, como las condiciones del lugar de trabajo en donde dicha práctica se lleva a cabo.

Pese a su eclosión con la pandemia, la atención psicoterapéutica remota hizo su aparición mucho antes (Pierce et al., 2021), y cuenta en la actualidad

con importante evidencia en favor de su efectividad (Poletti et al., 2021). Según la Asociación de Psicología Norteamericana (APA), en términos más amplios, la *telepsicología* es el uso de cualquiera de una serie de tecnologías de la telecomunicación para brindar servicios psicológicos (APA, 2013). En ese sentido, podemos afirmar que la telepsicoterapia consiste en un campo más restringido dentro de ese conjunto de servicios, a la vez que, en Argentina, supone el solapamiento de prácticas psicológicas y médicas.

Desde sus inicios, la capacitación y entrenamiento específicos en telepsicoterapia han sido determinantes del tipo de opinión que los psicoterapeutas se forman sobre ella. Visto en perspectiva histórica, la práctica presencial fue durante mucho tiempo concebida como ‘la regla’ y la práctica a distancia vista como una excepción utilizable sólo cuando circunstancias especiales lo requirieran. Como sucede con la gran mayoría de las experiencias nuevas, la psicoterapia a distancia nació y creció bajo una mirada generalizada de desconfianza, temor y renuencia (Van Daele et al., 2020; Pierce et al., 2019). Pero sabemos que esa perspectiva negativa suele cambiar en aquellas personas que reciben capacitación y entrenamiento específico en esta modalidad de tratamiento (Ehrlich, 2019; Rodríguez-Díaz et al., 2020; Korecka et al., 2020).

La capacitación en atención psicoterapéutica a distancia es crucial, porque promueve el desarrollo de competencias para una correcta gestión de las tecnologías de la comunicación necesarias, el manejo de las vicisitudes técnicas en un contexto no presencial y el resguardo seguro de la información. En un estudio reciente, se observó que la falta de experiencia o capacitación previa en psicoterapia remota es uno de los factores asociados a la interrupción de los tratamientos a distancia; y también que la experiencia o capacitación previa constituye un predictor favorable (Boldrini et al., 2020). Junto a la existencia y disponibilidad de pautas claras de apoyo institucional, constituyen dos importantes predictores de aprobación de la telepsicoterapia por parte de los terapeutas (Poletti et al., 2021; Pierce et al., 2021). Debido a la pandemia, diversas asociaciones e instituciones que ofrecían formación clínica están actualmente incluyendo entrenamiento específico sobre atención clínica remota y debatiendo sobre sus implicancias y posibilidades (Richardson et al., 2020; Pierce et al., 2021).

Por otro lado, el ámbito de desempeño profesional se ha visto profundamente trastocado durante el 2020. La telepsicoterapia, que tiempo atrás podía ser una opción, ante el brote pandémico y las medidas de aislamiento, se configuró, para la gran mayoría de los casos, en la única alternativa. Dado que no fue posible una transición progresiva o un período de prueba para su implementación masiva, se hicieron evidentes de manera abrupta una serie de requisitos y adaptaciones

específicas necesarias para hacer frente a los cambios. Entre ellas, la disponibilidad de un equipamiento apropiado, incluidas una eficiente conexión a internet, dispositivos adecuados y herramientas tecnológicas (especialmente, las aplicaciones o entornos requeridos). Del mismo modo, disponer de un espacio físico que cumpla con la privacidad indispensable para sostener los encuentros (tanto para terapeutas como para usuarios) constituye un factor condicionante para su aplicación (Poletti et al., 2021).

En conjunto, es posible afirmar que el contexto actual reviste un enorme reto para las prácticas de cuidado y prevención en salud, al tiempo que plantea oportunidades para el despliegue de estrategias en atención remota. En la serie de recomendaciones para la regulación y el ejercicio de la telepsicoterapia y de estrategias en e-salud mental (*e-mental health*) elaboradas por Van Daele et al. (2020) desde la EFPA (Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos), se hace referencia a las posibilidades del actual contexto para incrementar no únicamente la difusión de la telepsicoterapia entre practicantes y usuarios de las prestaciones en salud mental, sino además para el desarrollo de herramientas y servicios digitales, así como de las necesarias pautas regulatorias.

Hasta el presente, los estudios locales abordaron los efectos de la pandemia en sectores poblacionales específicos, destacando su importancia a nivel socio-sanitario. No hallamos, al momento, trabajos que analicen desde el punto de vista de los psicoterapeutas de qué modo se ha virado hacia la asistencia remota, las dificultades y/o ventajas halladas en este proceder, así como las perspectivas futuras para esta modalidad de atención². Si tomamos en consideración los antecedentes existentes en otros contextos, que muestran la importancia de la capacitación específica, las pautas o guías institucionales claras y las condiciones necesarias para el ejercicio de la telepsicoterapia, podemos preguntarnos qué valor revisten estas variables en el contexto local. A su vez, la particularidad del sistema de salud argentino introduce consideraciones específicas en el ejercicio de las prácticas psicoterapéuticas que resultan relevantes para indagar lo acontecido en este terreno. De allí el interés por caracterizar el ejercicio de la psicoterapia remota sostenida por profesionales psicólogos y psiquiatras en el marco de los primeros meses de ASPO en la ciudad de La Plata y alrededores. A estos fines, se diseñó un cuestionario autoadministrable compuesto por 31 ítems, que abordó cuatro áreas de indagación: (1) características de los psicoterapeutas; (2) características del tipo de trabajo psicoterapéutico comúnmente realizado; (3) características de los tratamientos psicoterapéuticos durante la pandemia y el ASPO; y (4) perspectivas a futuro sobre el ejercicio de la psicoterapia. A continuación, se caracteriza el proceder de la indagación, y se presentan y discuten resultados parciales referidos prioritariamente a los vínculos entre

la capacitación específica y el ámbito de desempeño laboral respecto de las prácticas en telepsicoterapia. Se concluye que análisis de este tipo pueden permitir, a su vez, registrar cómo son estimadas por los profesionales las prácticas de asistencia remota implementadas, y aportar a la discusión sobre su alcance en términos de estrategia sanitaria ante el contexto de emergencia y más allá de este.

Metodología

Diseño

Se trata de un estudio *no experimental, transeccional descriptivo*. El diseño *no experimental* se caracteriza por la observación de fenómenos sin una manipulación deliberada de variables. Dentro de este, el diseño *transeccional* o *transversal* recolecta información en un único tiempo; es *descriptivo* en tanto que se propone indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población determinada (Hernández Sampieri et al., 2014).

Participantes

Se utilizó el siguiente criterio de inclusión muestral: profesionales psicólogos y psiquiatras que ejercen su actividad psicoterapéutica en centros de salud pública de la ciudad de La Plata (hospitales, salas, centros de prevención, etc.) o en ámbitos privados (fundaciones, centros de día, consultorios particulares) y den su consentimiento informado. En base a ello, se constituyó una muestra de 247 participantes, de los cuales 208 se identificaron con el género femenino, 35 con el masculino y 4 con otro género. El rango etario prevalente se ubicó entre los 30 y los 39 años. La muestra se compuso de psicólogos, licenciados en psicología (en conjunto, 94,3%) y psiquiatras (5,7%) que realizan su ejercicio psicoterapéutico en ámbitos públicos o privados de la ciudad de La Plata y Gran La Plata. El 93% de los profesionales se identificó con la corriente psicoanalítica. La mayoría de los profesionales encuestados (61,5%) contaba entre uno y diez años de experiencia como psicoterapeuta al momento de contestar la encuesta. El 87,9% de los sujetos no tenía experiencia en psicoterapia virtual. El muestreo fue no probabilístico, por cuotas: se relevó información de psicoterapeutas de 25 instituciones públicas de salud³ (35,6%), y de 7 instituciones privadas de salud⁴ y consultorios particulares (64,4%).

Instrumentos

Se diseñó una encuesta autoadministrable con 31 ítems para relevar información vinculada con cuatro áreas: (1) características de los psicoterapeutas; (2) características sobre el tipo de trabajo psicoterapéutico comúnmente realizado; (3) características de los tratamientos psicoterapéuticos durante la pandemia y el ASPO; y (4) perspectivas a futuro sobre el ejercicio de la psicoterapia. Se utilizó la plataforma de Google Forms para organizar y administrar el instrumento.

Procedimiento

Se convocó a los participantes a partir de referentes institucionales⁵ y redes sociales. Se les solicitó que prestaran consentimiento informado y que realizaran el cuestionario on-line de forma individual. El cuestionario tuvo un tiempo de realización promedio de 15 minutos y estuvo habilitado para recibir respuestas durante los meses de septiembre y octubre de 2020.

Análisis de los datos

La información obtenida con el cuestionario fue volcada a una base de datos y procesada estadísticamente. Se analizó el comportamiento y relación de un conjunto de variables de diversa naturaleza. En el presente, se comunican hallazgos basados en el análisis de las siguientes variables: formación profesional y capacitación en psicoterapia a distancia (área temática 1 que releva el instrumento); ámbito laboral de trabajo psicoterapéutico (privado y/o público) (área 2); momento de inicio de la psicoterapia remota; percepción de la diferencia de los resultados de la psicoterapia a distancia respecto de la psicoterapia presencial (área 3); perspectivas futuras sobre la atención remota (área 4). Las variables mencionadas, cuya asociación hallada aquí se reporta y discute, pertenecen a las cuatro áreas que abarcó el instrumento diseñado. La búsqueda de asociación entre tales variables se orientó por la información disponible en la literatura y por el juicio teórico-clínico de los investigadores, que también ejercen la psicoterapia.

Para analizar la asociación entre las variables categóricas se utilizó la prueba de Ji Cuadrado. Cuando no se cumplían los requisitos para aplicar dicho estadístico, se calculó la prueba exacta de Fisher. Además, cuando las asociaciones resultaron significativas, se calculó el grado de asociación mediante Phi o v de Cramer.

Todos los análisis fueron realizados con el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) en su versión 25.

Resultados

Atención remota según ámbito de trabajo de los terapeutas

El análisis de los datos muestra que la capacitación en psicoterapia a distancia no está asociada de forma significativa con el ámbito donde trabajan los profesionales $\chi^2_{(1)}=3,518, p=0,06$.

Por otra parte, el momento en el que los profesionales inician la psicoterapia remota está asociado de forma significativa con el ámbito donde se desempeñan laboralmente (Prueba exacta de Fisher, $p=0,005$; v de Cramer =0,215). Así, un mayor porcentaje de terapeutas del sector privado inició procesos de psicoterapia a distancia *antes del ASPO*, o bien *después de un mes o más del comienzo* de dicha medida. Los profesionales del sector público registran un mayor porcentaje de inicio de la atención remota *durante el primer mes de aislamiento*. Por último, una proporción pequeña nunca realizó atención telepsicológica (Tabla 1).

Tabla 1 — Porcentaje de terapeutas por momento de inicio de la atención remota según ámbito

Momento de inicio de la psicoterapia a distancia	Ámbito de trabajo	
	Privado	Público
Antes del ASPO	15,9	3,9
Durante el primer mes de comenzado el ASPO	60,0	76,6
Después de un mes o más de comenzado el ASPO	23,5	16,9
Nunca realizó psicoterapia a distancia	0,6	2,6

El ámbito donde realizan su trabajo los terapeutas se asocia de forma significativa con la percepción de la diferencia de los resultados de la psicoterapia remota $\chi^2_{(1)}=4,42, p=0,035, \text{Phi}=0,147$. De esta manera, los terapeutas que trabajan en el sector privado perciben, en un mayor porcentaje, *ninguna o poca diferencia* entre el trabajo presencial y a distancia (Tabla 2).

Tabla 2 — Porcentaje de terapeutas por momento de inicio de la atención remota según ámbito

Percepción de las diferencias	Ámbito de trabajo	
	Privado	Público
Nada o poco diferentes	90,0	79,2
Bastante o muy diferentes	10,0	20,8

La vuelta a la presencialidad, una vez que estuvo permitida, nuevamente se asoció de forma significativa con el ámbito de trabajo de los psicoterapeutas ($\chi^2_{(1)}=17,600$, $p<0,001$, $\Phi=0,276$); así, se observa un mayor porcentaje de profesionales que han retornado al trabajo presencial en el sector público (Tabla 3).

Tabla 3 — Porcentaje de terapeutas: vuelta a la atención presencial y ámbito

Vuelta a la presencialidad	Ámbito de trabajo	
	Privado	Público
No	67,1	37,7
Si	32,9	62,3

Finalmente, se encontró una asociación significativa en la intención de continuidad de la atención a distancia más allá de la pandemia y el ámbito de desempeño de los profesionales $\chi^2_{(1)}=32,664$, $p\leq 0,001$, v de Cramer = 0,364. Un mayor porcentaje de terapeutas que se desempeñan en el ámbito privado seguirán realizando atención remota con seguridad o de forma probable. Mientras que un mayor número de los que trabajan en el sector público no lo hará de ninguna manera o aún no lo ha decidido (Tabla 4).

Tabla 4 — Porcentaje de terapeutas que seguirán realizando atención remota según ámbito

Continuidad del trabajo a distancia	Ámbito de trabajo	
	Privado	Público
Con seguridad realizaré atención a distancia	31,2	9,1
De ninguna manera	4,1	16,9
Es probable que lo haga	54,1	45,5
No lo he pensado	10,6	28,6

Al ser consultados por los principales obstáculos para el ejercicio de la psicoterapia a distancia (el ítem habilitaba la selección múltiple a partir de algunas opciones preestablecidas y el agregado de campos), tanto en el sector público como en el sector privado, la *mala conectividad a internet* es la razón más frecuentemente seleccionada (72,3% en público, 51,6% en privado). La *escasez de dispositivos para la atención a distancia* se ubica segunda en frecuencia en el sector público (55,4%), pero presenta mucha menor relevancia en el caso del ámbito privado, donde aparece en sexto lugar (6,9%). La *falta de espacio físico para generar la intimidad adecuada* es indicada como una dimensión obstaculizante por un 54,2% en el ámbito público, mientras que la misma razón es señalada por un porcentaje significativamente menor (26,1%) en el caso de la actividad privada. Por otra parte, en el sector público se ubica en cuarto lugar en razón de su frecuencia (44,6%) la *reasignación de tareas profesionales debidas a la situación de pandemia*, que no tiene injerencia en el ámbito privado. A su vez, la referencia a *dificultades de adherencia de los pacientes a la modalidad a distancia* presenta también una frecuencia mayor en el sector público (34,9%) que en el privado (18,6%). Sólo un 2,4% de los profesionales que se desempeñan en el sector público considera que *no hay obstáculos nuevos* para el ejercicio de la psicoterapia a distancia, frente al 19,7% que manifiesta lo mismo en el ámbito privado. A su vez, en el caso de la práctica privada, emergen otros obstáculos, que no aparecen mencionados por los terapeutas que se desempeñan en el sector público: *dificultades domésticas y/o familiares debidas a la situación de pandemia* (27,1%); *dificultades vinculadas a la obra social o cobertura de salud de los pacientes* (6,9%); *dificultades en la coordinación del pago de los honorarios* (1%); *limitación en las intervenciones posibles* (0,5%).

Atención remota según formación en telepsicoterapia declarada por los terapeutas

El 59,1% de los terapeutas manifiesta haber consultado guías o recomendaciones para la práctica de la atención psicoterapéutica a distancia. Sólo un 16,2% ha realizado algún tipo de capacitación específica acerca del uso de tecnologías destinadas al ejercicio de la psicoterapia remota. Un total de 91,5% de los participantes consideran nula o insuficiente la información recibida por sus colegios profesionales referida a la atención a distancia durante la pandemia.

A diferencia de lo que sucede con el ámbito de trabajo, el momento de inicio de la atención remota no se asocia de forma significativa con la capacita-

ción en atención mediada por tecnologías declarada por los profesionales: prueba exacta de Fisher, $p=0,889$ (Tabla 5).

Tabla 5 — Porcentaje de terapeutas por momento de inicio de la atención remota según formación específica

Momento de inicio de la psicoterapia a distancia	Formación	
	Sin formación	Con formación
Antes del ASPO	11,6	15,0
Durante el primer mes de comenzado el ASPO	65,2	65,0
Después de un mes o más de comenzado el ASPO	21,7	20,0
Nunca realizó psicoterapia a distancia	1,4	0,0

En el mismo sentido, tampoco se observa una asociación significativa entre la percepción de diferencias de la psicoterapia remota frente a la terapia presencial en función de la capacitación específica $\chi^2_{(1)}=2,567$, $p=0,109$, ver Tabla 6.

Tabla 6 — Porcentaje de terapeutas por momento de inicio de la atención remota según formación específica

Percepción de las diferencias	Formación	
	Sin formación	Con formación
Nada o poco diferentes	88,4	77,5
Bastante o muy diferentes	11,6	22,5

La capacitación declarada no se asoció significativamente con la vuelta a la atención presencial una vez que estuvo permitida $\chi^2_{(1)}=0,865$, $p=0,352$, ver Tabla 7.

Tabla 7 — Porcentaje de terapeutas según su vuelta a la atención remota y formación específica

Vuelta a la presencialidad	Formación	
	Sin formación	Con formación
No	59,4	50,0
Si	40,6	50,0

Finalmente, la intención de sostener la atención a distancia más allá de la situación de emergencia tampoco se asoció de forma significativa con la capacitación específica declarada $\chi^2_{(3)}=2,317, p=0,514$ (Tabla 8).

Tabla 8 — Porcentaje de terapeutas que seguirán realizando atención remota según formación específica

Continuidad del trabajo a distancia	Formación	
	Sin formación	Con formación
Con seguridad realizaré atención a distancia	24,2	25,0
De ninguna manera	7,2	12,5
Es probable que lo haga	53,1	42,5
No lo he pensado	15,5	20,0

Discusión

En los resultados alcanzados se evidencia que la enorme mayoría de los psicoterapeutas (98,8%) ha realizado psicoterapia remota en algún momento durante el ASPO y sólo una parte pequeña la había realizado antes del ASPO (12,1%). De modo consistente con lo esperado, en el contexto del estudio (La Plata y Gran La Plata) la situación de la emergencia sanitaria y el aislamiento obligatorio motivaron la virtualización de los tratamientos en alto porcentaje.

Si bien hay estudios previos a la pandemia informando que los psicoterapeutas generalmente percibían los tratamientos de videoconferencia como posiblemente menos efectivos que las terapias cara a cara (Gordon et al., 2015, 2016; Schulze et al., 2019), este relevamiento, realizado entre los meses de septiembre y octubre de 2020, indica que la mayoría no percibe diferencias significativas entre la psicoterapia remota y la psicoterapia presencial; esta observación concuerda con lo que arrojan investigaciones durante la pandemia en otras latitudes (Békés et al., 2020). Que la percepción de *ninguna* o *poca diferencia* se dé con más frecuencia en los terapeutas que trabajan en el sector privado podría deberse al tipo de problemáticas que se atienden generalmente en un ámbito y el otro, así como también a factores ligados al lugar de trabajo (de usuarios y profesionales) y a las condiciones en que se ha podido continuar realizando psicoterapia remota. Si tenemos en cuenta que, en términos generales, en el ámbito público se asiste a sectores poblacionales socioeconómicamente vulnerables, que presentan condiciones laborales y habitacionales más precarias, a la vez que se asocian con una mayor prevalencia de pre-

sentaciones psicopatológicas agudas y/o complejas (en comparación a los usuarios del sector privado, mayoritariamente de clase media y con cobertura prepaga de salud u obra social) (Ballesteros, 2016; Saforcada et al., 2020), entonces se puede suponer que la atención psicoterapéutica remota que se ha llevado adelante en instituciones públicas de salud durante la pandemia y el ASPO se ha visto enfrentada con obstáculos psicosociales diferentes de los que se han tenido que sortear en los ámbitos privados de atención. Quizás de allí provenga la percepción diferencial sobre el resultado de los tratamientos por parte de los terapeutas, mejor considerados en el caso de quienes se desempeñan en el ámbito privado. A los condicionantes psicosociales de la población destinataria de la atención pública se añaden las dificultades propias de las condiciones materiales disponibles en los servicios públicos. Si nos detenemos a contemplar los principales obstáculos para el ejercicio de la psicoterapia remota que mencionan los profesionales del sector público, podemos apreciar que los tres primeros en orden de frecuencia corresponden a limitaciones en los recursos materiales disponibles (*mala conectividad a internet; escasez de dispositivos para la atención remota; falta de espacio físico para generar la intimidad adecuada*). También las *dificultades de adherencia de los pacientes a la modalidad a distancia*, que aparece ubicada en quinto lugar, podría considerarse asociada a las condiciones limitantes tanto de los usuarios como de los profesionales antes referidas, dado que en el sector privado su injerencia resulta considerablemente más baja (34,9% frente a 18,6%). Las diferencias con el ámbito privado se tornan más notorias ante la opción que propone que *no hay obstáculos nuevos*, elegida por un llamativo 19,7% en el ámbito privado frente a un mínimo 2,4% en el público.

Estos datos parecieran abonar a la configuración de una lectura diferencial de las prácticas en telepsicoterapia fuertemente condicionada por el ámbito de inserción profesional de los terapeutas. Pese a lo plausible de estas conjeturas, se necesita de más investigación para disponer de datos que las confirmen o refuten.

Por otro lado, el hecho de que esa percepción de las diferencias entre los resultados terapéuticos obtenidos (en ambas modalidades de atención) no se asocie con la capacitación recibida, habilita a suponer que quizás sea la experiencia de varios meses de atención remota lo que ha contribuido a que la mayoría de los clínicos haya abandonado algunos prejuicios previamente existentes. Eso explicaría por qué aunque el 87,9% no había realizado psicoterapia remota antes de la pandemia, y pese a que sólo el 16,2% ha recibido alguna capacitación específica y que el 91,5% considera nula o insuficiente la información recibida por sus colegas profesionales, no obstante el 75,7% de los participantes planea, en mayor o menor medida, realizar atención no presencial después de la pandemia. Es decir, la experiencia de realizar forzosamente atención psicoterapéutica no presencial

durante el ASPO parece haber contribuido a una valoración positiva de la misma. De todas maneras, esta afirmación podrá sostenerse o rechazarse sobre la base de indagaciones específicas respecto de las percepciones, creencias y actitudes en torno a las diferencias que presentan los entornos virtuales y presenciales, tanto en profesionales como usuarios de tales prácticas en salud mental.

Pese a que más de la mitad de los encuestados (59,1%) ha podido consultar guías o recomendaciones para la práctica de la atención psicoterapéutica a distancia, una porción muy menor declara haber recibido capacitación específica en telepsicoterapia (16,0%). Que esta evidente falta de preparación no esté asociada de forma significativa con el ámbito donde trabajan los profesionales refleja no sólo la escasa utilización de la telepsicoterapia en momentos previos a la pandemia, sino también la ausencia de ofertas educativas y jerarquización de estos contenidos, en los ámbitos público y privado.

Una vez que estuvo permitido, ha sido el sector público el que mayoritariamente ha retornado al trabajo psicoterapéutico presencial (62,3%, contra 32,9% del ámbito privado). Esto refleja una mayor necesidad de trabajo presencial en las instituciones públicas, que se empalma con la *percepción de los resultados diferenciales* anteriormente analizada. En la misma dirección parecen ir los datos registrados sobre la intención de continuidad de la atención remota: un mayor porcentaje de terapeutas que se desempeñan en el ámbito privado planea seguir realizando atención remota *con seguridad o probablemente*, mientras que un mayor número de los que trabajan en el sector público no lo hará *de ninguna manera o aún no lo ha decidido*.

Teniendo en cuenta que los psicoterapeutas del ámbito público perciben mayores diferencias de resultado terapéutico entre ambos tipos de atención, que han vuelto antes a la presencialidad y que declaran menor intención de trabajar remotamente en el futuro, podrían plantearse diversos interrogantes sobre las características específicas que presenta el funcionamiento de la telepsicoterapia en los diversos ámbitos de atención. Puesto que el lugar donde se lleva a cabo parece contribuir significativamente a las posibilidades y condiciones de realización de la psicoterapia remota, resulta necesario avanzar hacia una comprensión más detallada de estos hallazgos.

Finalmente, cabe mencionar algunas limitaciones del presente estudio. Por tratarse de un estudio transeccional descriptivo, como tal sólo permite observar asociaciones estadísticamente significativas en variables medidas en un sólo momento. Sería valioso complementar este tipo de análisis con una fase cualitativa, basada en indagaciones específicas con otro tipo de instrumentos de recolección de datos, que podrían triangularse a los fines de enriquecer la mirada de los fenó-

menos en cuestión. Además, al ser un estudio no experimental y con un muestreo no probabilístico, podemos señalar una limitación importante en la eventual representatividad de la muestra. Contar con una muestra en la que más del 94% de los participantes son licenciados en psicología, deja a los profesionales psiquiatras con muy poca representación, sesgando considerablemente la muestra obtenida.

Conclusiones

Aunque previo a la pandemia por Covid-19 la atención remota era efectuada sólo por un sector muy menor de psicoterapeutas, el contexto del ASPO ha derivado en una masificación inusitada. De lo previo se desprende que existen importantes deudas en lo referido a la disponibilidad de pautas y marcos institucionales para el ejercicio de la telepsicoterapia en el contexto abordado. Si consideramos que este factor se ha demostrado asociado, en la bibliografía, a un mayor grado de aprobación de las prácticas en telepsicoterapia por parte de los profesionales, es posible suponer que coordinadas más claras abonarán a su continuidad. En la medida en que psicoterapeutas y pacientes continúen apreciando cada vez más su valor, parece plausible suponer que la atención remota seguirá existiendo en un futuro cercano y en un grado mucho más significativo que el registrado antes del Covid-19. Así como hay situaciones para las que no es posible o recomendable la atención remota, hay otras para las cuales resulta sumamente ventajosa; de modo que probablemente estemos ante una modalidad de práctica de la salud que ha llegado para quedarse y para complementar la atención presencial tradicional. Si esto es así, la capacitación específica requerida, así como las condiciones materiales y simbólicas del ámbito en donde se practique, constituirán dos de los aspectos que demandarán gran atención por parte de instituciones de formación y atención en psicoterapia.

Referencias

- APA – American Psychological Association (2013). *Guidelines for the practice of telepsychology*. <https://www.apa.org/practice/guidelines/telepsychology>
- Argentina – Asamblea Nacional Constituyente (1994). *Constitución Argentina*. Santa Fe, Argentina.
- Ballesteros, M. S. (2016). Profesionales de la salud en el primer nivel de atención de la Argentina: Un análisis sobre las desigualdades jurisdiccionales. *Geograficando*, 12(2), e015. <http://www.geograficando.fahce.unlp.edu.ar/article/view/Geoe015>

- Békés, V.; Aafjes-van Doorn, K.; Prout, T. A.; Hoffman, L. (2020). Stretching the analytic frame: Analytic therapists' experiences with remote therapy during Covid-19. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 68(3), 437-446. <https://doi.org/10.1177/0003065120939298>
- Boldrini, T.; Schiano Lomoriello, A.; Del Corno, F.; Lingiardi, V.; Salcuni, S. (2020). Psychotherapy during Covid-19: How the clinical practice of Italian psychotherapists changed during the pandemic. *Frontiers in Psychology*, 11, article e591170. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.591170>
- Brooks, S. K.; Webster, R. K.; Smith, L. E.; Woodland, L.; Wessely, S.; Greenberg, N.; Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Del Valle, M. V.; Andrés, M. L.; Urquijo, S.; Yerro-Avincetto, M.; López-Morales, H.; Canet-Juric, L. (2020). Intolerance of uncertainty over Covid-19 pandemic and its effect on anxiety and depressive symptoms. *Interamerican Journal of Psychology*, 54(2), 1-17. <https://doi.org/10.30849/ripijp.v54i2.1335>
- Ehrlich, L. T. (2019). Teleanalysis: Slippery slope or rich opportunity?. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 67(2), 249-279. <https://doi.org/10.1177/0003065119847170>
- Gordon, R. M.; Tune, J.; Wang, X. (2016). What are the characteristics and concerns of high and low raters of psychodynamic treatment to Chinese students over VCON?. *Psychoanalysis and Psychotherapy in China*, 2, 86-96. https://www.researchgate.net/publication/309783450_What_are_the_characteristics_and_concerns_of_high_and_low_raters_of_psychodynamic_treatment_to_Chinese_students_over_VCON
- Gordon, R. M.; Wang, X.; Tune, J. (2015). Comparing psychodynamic teaching, supervision, and psychotherapy over videoconferencing technology with Chinese students. *Psychodynamic Psychiatry*, 43(4), 585-599. <https://doi.org/10.1521/pdps.2015.43.4.585>
- Hawryluck, L.; Gold, W. L.; Robinson, S.; Pogorski, S.; Galea, S.; Styra, R. (2004). SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infectious Diseases*, 10(7), 1206-1212. <https://doi.org/10.3201/eid1007.030703>
- Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C.; Baptista Lucio, M. del P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta. ed.). McGraw-Hill / Interamericana. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Korecka, N.; Rabenstein, R.; Pieh, C.; Stippl, P.; Barke, A.; Doering, B.; Gossmann, K.; Humer, E.; Probst, T. (2020). Psychotherapy by telephone or internet in Austria and Germany which CBT psychotherapists rate it more comparable to face-to-face psychotherapy in personal contact and have more positive actual experiences compared to previous expectations?. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), article e7756. <http://doi.org/10.3390/ijerph17217756>

- López-Morales, H.; Del Valle, M. V.; Canet-Juric, L.; Andrés, M. L.; Galli, J. I.; Poó, F.; Urquijo, S. (2021). Mental health of pregnant women during the Covid-19 pandemic: A longitudinal study. *Psychiatry Research*, 295, e113567. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113567>
- López Steinmetz, L. C.; Dutto Florio, M. A.; Leyes, C. A.; Fong, S. B.; Rigalli, A.; Godoy, J. C. (2020). Levels and predictors of depression, anxiety, and suicidal risk during Covid-19 pandemic in Argentina: The impacts of quarantine extensions on mental health state. *Psychology, Health & Medicine*, 27(1), 13-29. <http://doi.org/10.1080/13548506.2020.1867318>
- ONU – Organización de las Naciones Unidas (1966). *Pacto internacional de los derechos económicos, sociales y culturales*. Asamblea de la Organización de las Naciones Unidas, 16/12/1966.
- Pierce, B. S.; Perrin, P. B.; McDonald, S. D. (2019). Path analytic modeling of psychologists' openness to performing clinical work with telepsychology: A national study. *Journal of Clinical Psychology*, 76(6), 1135-1150. <https://doi.org/10.1002/jclp.22851>
- Pierce, B. S.; Perrin, P. B.; Tyler, C. M.; McKee, G. B.; Watson, J. D. (2021). The Covid-19 telepsychology revolution: A national study of pandemic-based changes in U.S. mental health care delivery. *The American Psychologist*, 76(1), 14-25. <http://doi.org/10.1037/amp0000722>
- Poletti, B.; Tagini, S.; Brugnera, A.; Parolin, L.; Pievani, L.; Ferrucci, R.; Compare, A.; Silani, V. (2021). Telepsychotherapy: A leaflet for psychotherapists in the age of Covid-19. A review of the evidence. *Counselling Psychology Quarterly*, 34(3-4), 352-367. <https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1769557>
- Richardson, J.; Cabaniss, D.; Cherry, S.; Halperin, J.; Vaughan, S. (2020). Emergency remote training in psychoanalysis and psychotherapy: An initial assessment from Columbia. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 68(6), 1065-1086. <https://doi.org/10.1177/0003065120980489>
- Rodríguez-Díaz, G.; Reyes-Estrada, M.; Cepeda-Hernández, S. (2020). Experiencias y consideraciones para el adiestramiento clínico en programas de psicología profesional en tiempos de Covid-19. *Ciencias de la Conducta*, 35(1), 119-156. <https://cienciasdelaconducta.org/index.php/cdc/article/view/35>
- Rovere, M. (2012). Atención primaria de la salud en debate. *Saúde em Debate*, 36(94), 327-342. <https://www.scielo.org/article/sdeb/2012.v36n94/327-342/es/>
- Saforcada, E.; De Lellis M.; Morales Calatayud, F.; Moreira Alves, M. (2020). *El factor humano en salud pública*. Nuevos Tiempos.
- Schulze, N.; Reuter, S. C.; Kuchler, I.; Reinke, B.; Hinkelmann, L.; Stöckigt, S.; Siemoneit, H.; Tonn, P. (2019). Differences in attitudes toward online interventions in psychiatry and psychotherapy between health care professionals and nonprofessionals: A survey. *Telemedicine and e-Health*, 25(10), 926-932. <https://doi.org/10.1089/tmj.2018.0225>
- Van Daele, T.; Karekla, M.; Kassianos, A. P.; Compare, A.; Haddouk, L.; Salgado, J.; Ebert, D. D.; Trebbi, G.; Bernaerts, S.; Van Assche, E.; De Witte, N. A. J. (2020). Recommendations for policy and practice of telepsychotherapy and e-mental health in Europe and beyond. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 160-173. <https://doi.org/10.1037/int0000218>

Notas

¹ En este artículo, todas las referencias a los terapeutas, pacientes, médicos, psicólogos, usuarios, trabajadores, etc. se deben entender como incluyendo a personas que se autoperciben con diversas categorías sexo-genéricas. El respeto por el canon vigente, utilizando el pronombre masculino para referir a todos los casos, es una decisión editorial de la revista.

² Se realizaron búsquedas bibliográficas hasta febrero del 2021. Combinando diversos términos descriptores con operadores booleanos, se indagó en el buscador Google Académico, en bases como PsychInfo y Psycodoc, así como en la red de autores ResearchGate, sin hallar reportes de investigación que analizaran específicamente los aspectos mencionados.

³ Instituciones públicas de salud de La Plata y Gran La Plata contempladas en el muestreo: Hospital Interzonal General de Agudos “General San Martín”; Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos “Dr. Alejandro Korn”; Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría “Sor María Ludovica”; Hospital Interzonal Especializado en Toxicología y Salud Mental (ex Reencuentro); Hospital Subzonal Especializado “Elina de La Serna de Montes de Oca”; Hospital Interzonal General de Agudos “San Roque”; Hospital Interzonal Especializado de Agudos y Crónicos “San Juan de Dios”; Hospital Interzonal General de Agudos Prof. “Dr. Rodolfo Rossi”; Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Mario V. Larrain”; Hospital Zonal Especializado en Crónicos “El Dique”; Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Horacio Cestino”; Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Ricardo Gutiérrez”; Hospital Zonal Especializado “Dr. Noel H. Sbarra”; Centros de Atención Primaria de la Salud y Centros Provinciales de Atención en Salud Mental y Adicciones.

⁴ Se trata de instituciones privadas de distinto alcance: fundaciones, centros de día y clínicas de la ciudad de La Plata o Gran La Plata.

⁵ Se trata de actores institucionales que oficiaron de enlace para el contacto con los profesionales que se desempeñan laboralmente en las instituciones relevadas.

Recebido em 12 de março de 2021

Aceito para publicação em 28 de outubro de 2021

ESPECIAL

Departamento de Psicologia da PUC-Rio: 68 anos
de uma história de pioneirismo e inovação

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA DA PUC-RIO: 68 ANOS DE UMA HISTÓRIA DE PIONEIRISMO E INOVAÇÃO

*DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY AT PUC-RIO:
68 YEARS OF A PIONEERING AND INNOVATIVE HISTORY*

*DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA PUC-RIO:
68 AÑOS DE UNA HISTORIA PIONERA E INNOVADORA*

Terezinha Féres-Carneiro ⁽¹⁾

RESUMO

Este artigo narra um pouco da história dos 68 anos do Departamento de Psicologia da PUC-Rio, ressaltando seu pioneirismo, suas iniciativas inovadoras e sua considerável resiliência nas atividades de formação de profissionais e produção do conhecimento. Em 1953, Hanns Lippmann criou, no Instituto de Psicologia Aplicada (IPA) da PUC-Rio, o primeiro curso de formação de psicólogos do país, que começou a ser ministrado nas enfermarias da Santa Casa de Misericórdia. Em 1957, o curso foi transferido para o recém-inaugurado campus da Gávea. Em 1966, o Departamento de Psicologia implantou o primeiro curso de mestrado em psicologia do Brasil. O curso de doutorado foi iniciado em 1985. Com grande tradição na área da psicologia clínica e com incontestável liderança no cenário nacional, o Departamento de Psicologia da PUC-Rio foi mais uma vez pioneiro, implantando, em 2021, o primeiro o Curso de Graduação em Neurociências do país.

Palavras-chave: psicologia; graduação; mestrado; doutorado; neurociências.

ABSTRACT

This article narrates some of the 68 years' story of the Psychology Department at PUC-Rio, emphasizing its pioneer character, its innovative initiatives

⁽¹⁾ Doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP), com pós-doutorado em Psicoterapia de Casal e Família pela Universidade Paris Descartes. Professora titular da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. email: referca@puc-rio.br

Não houve financiamento para a pesquisa.

and its considerable resilience in the formation of professionals and production of knowledge. In 1953, Hanns Lippmann created, in the Institute for Applied Psychology (IPA), the first training course for psychologists in the country, which had classes then in the Santa Casa wards. In 1957, the course was transferred to the newly opened campus in Gávea. In 1966, the Department implemented the first masters course in psychology in Brazil. The PhD course commenced in 1985. With great tradition in the field of clinical psychology and undisputed leadership in the national scenario, the Department of Psychology was once again a pioneer, establishing, in 2021, the first neuroscience undergraduate course in the country.

Keywords: psychology; undergraduate; masters; PhD; neuroscience.

RESUMEN

Este artículo narra un poco de los 68 años de historia del Departamento de Psicología de la PUC-Rio, destacando su carácter pionero, sus iniciativas de innovación y su considerable resiliencia en la formación de profesionales y producción de conocimiento. Creado en 1953 por Hanns Lippmann, en el Instituto de Psicología Aplicada (IPA), el curso de formación de psicólogos fue el primero en el país. Sus clases se impartían entonces en los pabellones de la Santa Casa. En 1957, el curso se trasladó al campus recién inaugurado en Gávea. En 1966, el Departamento implementó el primer curso de maestría en psicología en Brasil. El curso de doctorado inició en 1985. Con gran tradición en el campo de la psicología clínica y con un liderazgo indiscutido en el escenario nacional, el Departamento de Psicología fue nuevamente pionero, implementando, en 2021, la primera carrera de pregrado en neurociencias del país.

Palabras clave: psicología; graduación; maestría; doctorado; neurociencia.

Introdução

Para mim, Terezinha Féres-Carneiro, professora do Departamento de Psicologia já faz algumas décadas, é uma grande honra e uma genuína alegria publicar este texto, que é a narrativa da história do Departamento de Psicologia da PUC-Rio. Ele foi escrito com base na palestra proferida na ocasião do lançamento do curso de graduação em neurociências do Departamento de Psicologia da PUC-Rio, em 1º de março de 2021, para dar as boas-vindas aos alunos da

primeira turma do curso e àqueles que virão. Aqui, narro um pouco da história do Departamento, em seu longo percurso de formação e de construção do conhecimento.

O pioneirismo na psicologia, antes da departamentalização das unidades acadêmicas

Anteriormente ao processo de departamentalização das unidades da PUC-Rio, o nosso departamento era denominado Instituto de Psicologia Aplicada (IPA), no qual, em 1953, o professor Hanns Lippmann criou o primeiro curso de psicologia do país. O curso, que tinha a duração de três anos e meio, era ministrado no período noturno, nas enfermarias da Santa Casa de Misericórdia, e o corpo docente era formado por médicos, filósofos e educadores.

Quatro anos depois, em 1957, o curso foi transferido para o campus da Gávea, recém-inaugurado, passando a ser ministrado no período diurno, sob a direção do Padre Antonius Benkő, um jesuíta, húngaro, chegado ao Brasil em 1954. Dos 43 alunos da primeira turma, apenas sete concluíram o curso, em dezembro de 1956. Entre eles, Aroldo Rodrigues, que veio a ter um importante papel em sua história.

Pe. Benkő, que ficou na direção do nosso departamento por 10 anos, juntou-se a membros de outras instituições, unindo esforços em busca da regulamentação da profissão de psicólogo, com a elaboração de propostas ao Legislativo. Em agosto de 1962, a Lei nº 4.119 institucionalizou a formação e a profissão de psicólogo no país. Nos anos seguintes, o Pe. Benkő foi chamado para integrar a Comissão responsável pelo registro dos psicólogos, evidenciando, assim, a importância e a representatividade do IPA na época. Essa relevância e pioneirismo, que nosso Departamento teve nos primórdios de sua construção, se mantiveram ao longo de toda a sua história.

O primeiro mestrado da PUC-Rio foi implantado em 1963, pela Engenharia Elétrica. Três anos depois, em 1966, sob a direção do professor Aroldo Rodrigues, a Psicologia implantou o primeiro curso de mestrado da área no país. A primeira dissertação, intitulada “Homeostase psíquica e agradabilidade”, foi defendida, em 20 de dezembro de 1968, por Leonel Correa Pinto, sob a orientação do professor Carlos Paes de Barros.

A formação do Departamento de Psicologia e de sua pós-graduação

Em 1967, com as mudanças na estrutura da universidade, ocorreu a departamentalização das unidades da PUC-Rio, quando foi criado o Departamento de Psicologia. A partir de então, o IPA passou a se dedicar apenas às atividades de estágio e pesquisa.

Em 1968 (ano em que entrei como aluna no Departamento de Psicologia), o regime de créditos, implantado anteriormente no Centro Técnico Científico (CTC), foi estendido ao Centro de Teologia e Ciências Humanas (CTCH), ao qual o Departamento de Psicologia está vinculado. Nos anos que se seguiram, foram criados no Departamento, sob a direção do professor Carlos Paes de Barros, vários setores com diferentes enfoques teóricos, numa tentativa de incentivar o desenvolvimento de abordagens clínicas diferentes da psicanálise, que predominava na época.

Em 1972, quando apenas seis cursos de mestrado na área da psicologia eram oferecidos no Brasil, nosso curso foi a o primeiro a ser credenciado pelo Conselho Federal de Educação. Tal credenciamento o tornou uma referência na área.

Em 1976, sob a direção do professor Aroldo Rodrigues, o Departamento de Psicologia implantou um curso de doutorado conjunto com o Departamento de Educação. A primeira turma desse curso foi composta por cinco alunos da Psicologia e cinco alunos da Educação. Participamos dessa primeira turma, como alunos da Psicologia, Bernard Rangé, Cílio Ziviani, Maria Euchares Motta, Vera Lemgruber e eu. Posteriormente, esse curso desvinculou-se do Departamento de Psicologia, permanecendo apenas como um doutorado em educação, e, dos cinco alunos de Psicologia da primeira turma, apenas Maria Euchares nele se doutorou. Os outros colegas e eu fizemos o doutorado em outras instituições.

Em julho de 1977, em meio a uma crise instalada no Departamento de Psicologia, o então reitor, Pe. João Augusto MacDowell, me fez um convite para assumir a direção. Num primeiro momento, hesitei e pedi alguns dias para pensar. Como eu, uma jovem que tinha apenas concluído o mestrado, iria dirigir um departamento com vários professores doutores, meus grandes e admirados mestres: Aroldo Rodrigues, Angela Biaggio, Carlos Paes de Barros, Charles Esbérard, Maria Helena Novaes, Monique Augras, dentre outros? Mas, apesar da apreensão, aceitei o desafio, agradecendo ao Pe. MacDowell pela confiança em mim depositada.

Os desafios rumo à consolidação do Departamento de Psicologia

Exerci a função de diretora do Departamento de 1977 a 1981 e trabalhei muito com professores, supervisores e alunos para promover várias mudanças em sua estrutura. Entendia que a supervisão, ministrada na época nas áreas clínica, escolar e do trabalho, era uma atividade docente; todavia, os supervisores de estágio eram contratados como técnicos, e não como professores. Propus, então, que os técnicos psicólogos passassem a ser contratados como docentes pelo Departamento, ministrando, além do estágio supervisionado, disciplinas em suas respectivas áreas de especialização. Incentivei que cursassem o mestrado, e propus que o IPA passasse a ser denominado Serviço de Psicologia Aplicada (SPA).

Até 1978, o curso de mestrado era oferecido em duas áreas de concentração: psicologia teórico-experimental e psicologia clínica. Embora, em muitos momentos, ele tenha sido considerado centro de excelência, em 1978, com a saída de vários professores do programa, o processo de recredenciamento, feito pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), considerou o corpo docente limitado em número para duas áreas de concentração, e o parecer foi desfavorável.

Como as áreas de especialização dos docentes eram diversas e não havia uma concentração em nenhuma delas, o programa optou naquele momento, para atender à exigência do MEC através da Comissão de Recredenciamento, por um mestrado numa única área, que foi então denominada Processos Motivacionais. A escolha dessa área, excessivamente ampla, refletiu a constituição do corpo docente da época.

Tendo em vista que, já em sua origem, essa área de concentração apresentava problemas, decidimos proceder a uma reavaliação dela. Considerávamos que a delimitação de uma única área de concentração deveria refletir uma real articulação e não apenas se constituir numa solução artificial para atender a uma exigência do recredenciamento. Tornava-se necessária então uma delimitação de objetivos mais específicos e uma concentração na contratação de recursos humanos para a consecução de tais objetivos.

Em 1982, quando o professor Bernard Rangé dirigia o Departamento de Psicologia e eu coordenava a pós-graduação, a área de concentração Psicologia Clínica voltou a ser implantada, com três linhas de pesquisa, tendo em vista a grande tradição do Departamento e a enorme demanda para essa área. Tal reformulação levou o programa a recuperar sua excelência e a ser avaliado, em 1984, com conceito A pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Nessa ocasião, ainda como coordenadora, eu tinha uma ideia determinada de implantar o doutorado, para tirarmos o atraso dos anos anteriores. Fui a Brasília, inúmeras vezes, discutir, na CAPES, com Rosana Arcoverde, então responsável pela área de avaliação, o projeto de implantação do doutorado, que foi aprovado nesse mesmo ano, e iniciado em março de 1985.

Em agosto de 1986, quando a professora Maria Elizabeth Ribeiro se encontrava na direção do Departamento e a professora Maria Helena Novaes na coordenação da pós-graduação, foi lançado o primeiro número da nossa revista *Psicologia Clínica*, hoje muito bem avaliada no Qualis da CAPES.

Nos oito anos que se seguiram, o Programa de Psicologia Clínica da PUC-Rio manteve o conceito A na CAPES. Todavia, nas avaliações de 1992-93 e 1994-95, o conceito caiu novamente para B, tendo em vista que os prazos para a conclusão dos cursos, sobretudo do doutorado, voltaram a ficar muito longos, e que houve também uma queda na produção bibliográfica do corpo docente.

Nesse mesmo período, na gestão da professora Maria Euchares Motta, houve uma mudança significativa no currículo da graduação, buscando adequar o curso às novas demandas da realidade social. Nos anos de 1997 e 1998, foi construído o anexo ao prédio Cardeal Leme, ampliando consideravelmente o espaço físico do Departamento. Somos todos muito gratos à professora Maria Euchares, cuja ousada iniciativa nos propiciou um ambiente de trabalho confortável e um convívio agradável, na nossa copinha, onde, entre uma aula e outra, podemos tomar um cafezinho ou almoçar em meio ao papo descontraído com os colegas.

No início do ano de 1996, recebi da então diretora, Maria Euchares, e dos colegas do programa insistentes solicitações para que assumisse, mais uma vez, o cargo de coordenadora de pós-graduação e pesquisa. Havia nessas solicitações dos colegas a esperança de que pudéssemos recuperar a tradição de excelência, perdida nas duas avaliações anteriores.

Aceitei o desafio, passando a discutir com os professores a grande importância da produção docente e discente no processo de recuperação da excelência do programa. Discutimos mais uma vez uma proposta de reformulação dos cursos de mestrado e doutorado, com vistas, sobretudo, à redução dos prazos de defesa das dissertações e teses e à articulação das disciplinas com as quatro linhas de pesquisa propostas. Reduzimos o número de disciplinas obrigatórias, que se tornaram apenas disciplinas metodológicas e instrumentais para o desenvolvimento das dissertações e teses, e articulamos melhor as eletivas com os temas das pesquisas desenvolvidas por professores e alunos. Tais medidas tornaram a produção do programa mais consistente e articulada.

O regulamento interno da universidade, na época, estabelecia o prazo de três anos para a conclusão do mestrado, com dois possíveis pedidos de prorrogação, ou seja, o mestrando poderia fazer o curso em quatro anos. O prazo do doutorado, até essa data, era de seis anos, com duas possíveis prorrogações, com o que o doutorando podia completar o curso em sete anos. Na época, era preciso ser mais realista que o rei para reduzir tais prazos.

Uma das principais críticas recebidas pelo programa, na ocasião, era a de que nossos prazos de conclusão do mestrado e do doutorado eram extremamente longos. Argumentamos várias vezes com a Coordenação Central de Pós-graduação e Pesquisa da PUC-Rio que era preciso mudar os prazos da Universidade para as defesas de dissertações e teses. Tentamos mostrar que prazos tão dilatados eram um desserviço que a Universidade prestava aos programas, na medida em que a política de pós-graduação do país estabelecia prazos muito mais curtos para as defesas. O fato é que, menos de dois anos depois dessas insistentes conversas, a PUC-Rio reduziu de três para dois anos o prazo de defesa das dissertações, e de seis para quatro anos o das teses, preservando a possibilidade de duas prorrogações, de seis meses cada. Com o trabalho conjunto de professores e alunos, reduzimos os prazos de defesa de dissertações e teses, e aumentamos a produção qualificada docente e discente, recuperando assim a avaliação 5 na CAPES, no biênio 1996-97.

Entretanto, no triênio seguinte (1998-2000), o programa ampliou o prazo médio de defesas, sobretudo das teses de doutorado, tendo em vista que o novo regulamento da universidade passou a ter vigência apenas para os alunos que ingressaram a partir de 1999. Além disso, o programa teve a produção docente reduzida; foi ressaltado pela CAPES que uma das linhas de pesquisa apresentava produção bibliográfica muito baixa.

De 1998 a 2000, o Departamento foi dirigido pela professora Claudia Garcia, que organizou, em 2000, a comemoração dos 40 anos do SPA. Tivemos a imensa alegria e a grande honra da presença do Pe. Benkö nesse evento. Na ocasião, o SPA teve seu campo de ação ampliado, com a abertura de novas áreas de estágio e com a criação das Jornadas Clínicas Anuais do SPA, que permanecem até hoje.

A modernização do Departamento de Psicologia

Nos seis anos que se seguiram (2000-2006), o Departamento, dirigido pela professora Ana Maria Rudge, ampliou o número de equipes clínicas de

diferentes abordagens no SPA, além de promover a reforma de seu espaço físico e a informatização de seus arquivos. Em 2001, a professora Ana Maria Rudge e os colegas da pós-graduação insistiram para que eu aceitasse a Coordenação de Pós-graduação e Pesquisa, mais uma vez, com o objetivo de recuperar o papel de liderança que o Programa de Psicologia Clínica da PUC-Rio, por tantos anos, exerceu no cenário nacional da pós-graduação no país. E, pela terceira vez, aceitei o desafio.

O Departamento de Psicologia teve, nesse momento, mais uma posição inovadora na universidade. Discutimos, nas reuniões do corpo docente, a necessidade de implantarmos no programa o procedimento de credenciamento para orientação na pós-graduação, não apenas para a entrada dos docentes no PPG, mas também para sua permanência nele. Tal procedimento foi aprovado pelo conjunto dos professores, que elegeram uma Comissão de Credenciamento composta por quatro docentes (dois professores associados e dois professores titulares).

Como resultado desse trabalho, no final de 2001, os professores que não apresentaram a produção bibliográfica considerada necessária por essa Comissão não foram credenciados para orientar na pós-graduação e, assim, não receberam novos alunos. Fazer isso foi, certamente, uma experiência difícil e dolorosa, pois implicou na saída de alguns colegas da pós-graduação, mas essa era a única alternativa para recuperarmos o programa e sua tradição de excelência. Tal procedimento passou posteriormente a vigorar no regulamento dos programas de pós-graduação da PUC-Rio, evidenciando o pioneirismo e a capacidade de inovação do PPG em psicologia clínica.

Mais uma vez, os esforços envidados pelo corpo docente e pelo corpo discente da pós-graduação, no sentido, sobretudo, de incrementar a produção bibliográfica e de reduzir os prazos de defesa das dissertações e teses, foram coroados com o resultado da avaliação da CAPES referente ao triênio 2001-2003, na qual nosso programa recuperou a avaliação 5. No segundo semestre de 2004, um novo arranjo das linhas de pesquisa foi discutido e proposto, visando à entrada na pós-graduação de professores com produção bibliográfica de qualidade que se encontravam atuando apenas na graduação.

De 2006 a 2010 a professora Maria Elizabeth Ribeiro dirigiu o Departamento pela segunda vez, implantando os estágios básicos no curso de graduação e dando início ao processo de renovação do corpo docente. Em 2008, sob a liderança do Professor J. Landeira-Fernandez, uma outra revista foi criada no Departamento, *Psychology & Neuroscience*, hoje editada pela APA (American Psychological Association), e muito bem avaliada no Qualis da CAPES.

A busca pela contínua evolução do Departamento de Psicologia

Em 2012, o professor J. Landeira-Fernandez assumiu a direção do Departamento, cargo que ocupou com muito sucesso até o 2021. Em sua gestão, promoveu uma nova reforma no espaço físico, sobretudo a grande reforma ocorrida no SPA, e deu continuidade ao processo de renovação do corpo docente, devido à saída de alguns professores.

Em 2013, graças ao empenho da direção, da coordenadora da graduação, professora Luciana Pessôa, e do trabalho conjunto de professores e alunos, o curso recuperou a nota 4 no ENAD. Nesse mesmo ano, o Departamento de Psicologia comemorou seus 60 anos. O professor Aroldo Rodrigues proferiu a conferência de abertura e recebeu, ao seu final, uma homenagem especial, pela relevante colaboração ao Departamento nos primórdios de sua história.

Na sessão de abertura do evento comemorativo dos 60 anos do Departamento, ocorrida em 01/11/2013, exibimos um vídeo gravado com o Pe. Benkö, especialmente para aquela ocasião. Foi muito emocionante acompanhar a mensagem de boas-vindas e de sucesso para nosso evento proferida por ele, quando já estava com 93 anos. Nessa mensagem, o Pe. Benkö ressaltou o quanto devemos, para além do nosso sucesso pessoal como psicólogos, estar atentos às necessidades emocionais e espirituais do outro. Treze dias depois, em 24/11/2013, Pe. Benkö nos deixou. A ele, nossa imensa e eterna gratidão!

Quanto ao curso de graduação, a penúltima mudança curricular tinha ocorrido em 2009. A partir de 2013, sob a direção do professor J. Landeira-Fernandez e a coordenação da professora Luciana Pessôa, teve início no Departamento uma discussão que apontou a importância de uma nova reforma curricular do curso de graduação. A proposta de reformulação encaminhada foi consequência de um longo processo de debate, envolvendo todo o corpo docente, bem como diferentes instâncias da Universidade. Ao longo de quatro anos, foram realizados diversos seminários internos e reuniões sistemáticas do núcleo docente estruturante, nos quais foram debatidos temas variados, tendo sido também convidados grupos de professores para discutir questões relativas à necessidade de renovação do currículo vigente na época. A partir desse longo processo de debates e reflexões, constatou-se a necessidade de reformular o currículo, no sentido de aumentar o número de disciplinas obrigatórias, com o objetivo de fortalecer a formação básica de nossos alunos. Detectamos também a necessidade de práticas de laboratório em várias dessas disciplinas, bem como a prática de atividade de pesquisa envolvendo metodologias quantitativas e qualitativas.

O debate sobre a reforma curricular constatou também a importância de aumentar o número de disciplinas relacionadas aos estágios profissionalizantes de nossos alunos, para lhes permitir um maior fortalecimento de sua futura atuação profissional. Assim, os alunos passaram a ter maior oportunidade de trocas profissionais ao longo da formação, vivenciando a importância de manter constantes diálogos entre a teoria e a prática profissional.

O novo currículo, implantado em 2018, adotou o sistema de núcleos, ou seja, conjuntos de disciplinas com objetivos específicos comuns, com variados graus de interdependência mútua. Assim, ele ficou organizado em cinco núcleos: Núcleo de Formação Religiosa; Núcleo de Formação Básica do Centro de Teologia e Ciências Humanas (CTCH); Núcleo de Disciplinas Obrigatórias em Psicologia; Núcleo de Disciplinas Eletivas em Psicologia; e Núcleo de Disciplinas Eletivas Livres.

O currículo vigente teve aumento da carga horária de 150 horas, que passaram a totalizar 4.260 horas de aulas teóricas e práticas; porém, em número de créditos o aumento foi de apenas 2 créditos, passando de 240 para 242 créditos, o que não produziu qualquer acréscimo no custo financeiro do curso em relação ao currículo anterior, uma vez que a mensalidade paga pelo aluno é determinada pelo número de créditos cursados, e não pela respectiva carga horária.

Quanto à pós-graduação, implantamos em 2021, também sob a direção do professor J. Landeira-Fernandez e a coordenação do professor Jean Natividade, um novo currículo. Foi um prazer e uma alegria para mim ter podido colaborar com o professor Jean no ano de 2020, na coordenação adjunta do PPG, visando sobretudo à elaboração e implantação do novo currículo.

A área de concentração do nosso curso de pós-graduação é a Psicologia Clínica. Numa época em que a interdisciplinaridade é fundamental, por ser facilitadora das experiências na multiplicidade de suas dimensões, e em que os saberes se articulam uns aos outros para além de suas fronteiras, a Psicologia Clínica, do modo como se configura em nosso programa, tem buscado responder a essas demandas contemporâneas. As perspectivas translacionais surgidas nos últimos anos, uma tendência global das ciências, ressaltam a importância da articulação entre pesquisa e clínica, objetivo sempre presente em nosso PPG, que tem consolidado sua identidade, priorizando o estudo dos aspectos contextuais envolvidos nas experiências subjetivas, conforme as diferentes teorias e práticas do campo clínico.

Nosso programa de pós-graduação está organizado em cinco linhas de pesquisa: Psicanálise: clínica e cultura; Psicologia social: indivíduo e sociedade;

Família, casal e criança: teoria e clínica; Clínica e neurociências; e Saúde e desenvolvimento humano.

Como vimos na história do nosso programa, sua área de concentração foi intitulada, ao longo do tempo, de formas distintas, predominando Psicologia Clínica, como também ocorreram várias mudanças em suas linhas de pesquisa. Todavia, desde 1996, nenhuma reformulação significativa na estrutura curricular, sobretudo no que diz respeito à distribuição de disciplinas obrigatórias e eletivas, foi realizada. A última modificação, ocorrida em 2013, foi relacionada principalmente a um novo arranjo das linhas de pesquisa. Em vista da extensa renovação do quadro de docentes do programa (metade dos professores ingressou após 2013), da qual derivou o aprofundamento da reflexão mais geral sobre o projeto político-pedagógico do PPG e sobre a função da psicologia no campo das humanidades, uma mudança mais significativa na estrutura curricular se fez necessária.

No novo currículo são propostos três tipos de disciplinas: obrigatórias, optativas e eletivas. Tal proposta busca dar aos mestrandos e doutorandos uma formação sólida, tendo em vista suas atividades futuras enquanto docentes e pesquisadores. Uma das novas disciplinas introduzidas no currículo, epistemologia, obrigatória para os níveis de mestrado e doutorado, busca desenvolver a capacidade de reflexão crítica sobre os impasses epistemológicos constitutivos da psicologia, com o fim de formar pesquisadores abertos para a interlocução com outros saberes que compõem o campo das humanidades. No mestrado, o aluno deverá cursar um total de 24 créditos, e no doutorado, 42 créditos. Com a nova organização curricular, queremos formar, tanto no nível de mestrado como no de doutorado, docentes-pesquisadores com sólidos conhecimentos teóricos e metodológicos, que possam responder com excelência às demandas da sociedade contemporânea.

Novamente o pioneirismo no Departamento de Psicologia: graduação em neurociências

Em relação ao Curso de Graduação em Neurociências, cuja abertura em nosso Departamento celebramos no início de 2021, quando compilei este histórico, podemos dizer que ele era, há alguns anos, um sonho acalentado pelo professor Daniel Mograbi e que agora se torna realidade, graças ao seu empenho e à sua dedicação. O crescimento do campo da neurociência e o consequente aumento da demanda por formação nessa área levaram à abertura de cursos de graduação em diferentes países, sobretudo nos EUA (onde há cerca de 100 cursos) e em

vários países desenvolvidos da Europa Ocidental. No Brasil, existe hoje um curso de bacharelado em neurociências, oferecido pela Universidade Federal do ABC (UFABC) como extensão do bacharelado em ciência e tecnologia. Além desse, há dois outros cursos no país com propostas semelhantes. Um deles é oferecido pela Universidade Federal Fluminense (UFF), no âmbito do curso de graduação em ciências biológicas com ênfase em neurociências; outro, pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), ministrado nos mesmos moldes.

O curso de graduação em neurociências proposto pelo Departamento de Psicologia da PUC-Rio tem como objetivo formar profissionais que associem o conhecimento acadêmico de excelência advindo das neurociências às particularidades atualmente encontradas na sociedade, em especial no contexto brasileiro. Assim, os egressos estarão capacitados para ingressar no mercado de trabalho, principalmente em áreas relacionadas ao ensino e à pesquisa, bem como com tecnologia, economia, educação e saúde, entre outras, com foco claro na produção de progresso social por meio do conhecimento.

Desse modo, o curso pretende suprir uma demanda crescente do mercado de trabalho por profissionais voltados para as interações do ser humano com o ambiente, considerando aspectos neuropsicológicos, biológicos, humanos e sociais do indivíduo e como eles interagem com os recursos naturais e os produtos tecnológicos. De natureza interdisciplinar, o curso tem caráter altamente pioneiro e inovador. Sua estrutura curricular evidencia que os objetivos formulados serão atingidos com sucesso. Tal estrutura está distribuída em oito períodos semestrais, com carga horária total de 3.315 horas, e 221 créditos. As disciplinas do grupo de conteúdos básicos são oferecidas entre o primeiro e o quinto períodos, e se distribuem pelas grandes áreas de conhecimento: psicologia, biologia, filosofia, letras, química, física e informática. A partir do sexto semestre, têm início os estágios supervisionados e, ao longo dos dois últimos semestres, o aluno deverá escrever sua monografia.

O graduado em neurociências que tiver interesse em seguir com sua formação numa graduação em psicologia terá a opção de completar a grade do curso com mais 112 créditos específicos do curso de psicologia, que podem ser integralizados em quatro semestres. Da mesma forma, o psicólogo que almejar uma graduação em neurociências terá a opção de completar o curso acrescentando as disciplinas associadas aos outros departamentos, assim como a monografia e os estágios supervisionados, totalizando 83 créditos, integralizáveis em três semestres. O corpo docente do curso é altamente qualificado, composto por 22 professores, dos Departamentos de Psicologia, Química, Letras, Filosofia, Física, Biologia e Teologia, todos, exceto um, detentores do grau de doutor.

Na ocasião da minha palestra, terminei dizendo, aos calouros da primeira turma do curso de Neurociências: “Assim, parablenizo vocês, alunos da primeira turma de um curso marcado pela excelência, por seu caráter interdisciplinar e altamente pioneiro e inovador, pela consistência de sua estrutura curricular face aos propósitos formulados, pela excelente qualificação do seu corpo docente, e o louvável objetivo de formar profissionais que respondam a uma demanda da sociedade contemporânea.”.

O futuro reserva ainda muito para o Departamento de Psicologia

Como vimos, ao longo da história do nosso Departamento, foram necessárias muitas reformulações e muitas experiências inovadoras, além de muitos procedimentos pioneiros, para que o Departamento de Psicologia da PUC-Rio, com seu curso de graduação em psicologia, seu recém-implantado curso de graduação em neurociências, e seu programa de pós-graduação em psicologia clínica, pudesse cumprir, nestas quase sete décadas, a tarefa de produzir conhecimento e de formar psicólogos e neurocientistas, mestres e doutores de forma competente para continuar exercendo o papel de liderança que sempre lhe coube no cenário da psicologia no Brasil.

Sinto-me orgulhosa de ter participado tão intensamente e por tanto tempo desta história. São 54 anos, desde que entrei no Departamento, em 1968, como aluna, e 49 anos, desde que, em 1972, passei a integrar seu corpo docente. Foi com a alegria daqueles que exercem prazerosa e apaixonadamente seu ofício que desempenhei todos os cargos da estrutura acadêmico-administrativa do Departamento de Psicologia: fui coordenadora de graduação, coordenadora geral de estágios do SPA, coordenadora de pós-graduação e pesquisa, diretora do departamento e membro de várias de suas comissões. E é com muita emoção que, em nome de todos nós, professores, alunos e funcionários, presto ao Departamento de Psicologia da PUC-Rio uma merecida homenagem, parablenizando todos aqueles que colaboraram na construção da sua história.

Agradecimentos e homenagens

Para finalizar, gostaria de parablenizar o professor Daniel Mograbi, o professor J. Landeira-Fernandez, a professora Luciana Pessôa e todos os professores que colaboraram na elaboração do curso de graduação em Neurociências, pela qualidade da proposta, pelo pioneirismo e pela inovação.

Gostaria também de prestar uma homenagem especial aos nossos mestres, alguns dos quais já falecidos, que foram pioneiros na implantação do curso de graduação em psicologia e do programa de pós-graduação em psicologia no Brasil, e que compartilharam conosco, em várias ocasiões, suas inquietações e seus projetos para a psicologia brasileira. Eles, pioneiros e inovadores, nos deixaram uma preciosa herança, e nos ensinaram também, amorosamente, que a herança pode ser transformada, levando-nos como discípulos a não ter medo de ousar e de inovar, legado que, também nós, devemos deixar aos nossos alunos, em nossa função de formá-los para o exercício profissional, para ensino e para a pesquisa.

Muito obrigada!

Recebido em 09 de fevereiro de 2022

Aceito para publicação em 10 de fevereiro de 2022