

PSICOLOGIA CLÍNICA

O fazer da psicologia no Brasil a partir de uma perspectiva psicanalítica: Clínica, pesquisas e políticas públicas

33.3

PSICOLOGIA CLÍNICA

O fazer da psicologia no Brasil a partir de uma perspectiva psicanalítica: Clínica, pesquisas e políticas públicas

33.3

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 Pessôa
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 Konicheckis, 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
Maria Gerez Amberlin, Universidad Nacional de Tucumán, San Miguel de Tucumán, Argentina
Nelson da Silva Junior, USP, São Paulo, Brasil
Pierre Benghozi, 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, UFF, Niterói, Brasil

Apoio:



Departamento de Psicologia
PUC-Rio

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. 33 nº 3, set-dez/2021
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 enquadram 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/titleLists/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	405
SEÇÃO TEMÁTICA – O fazer da psicologia no Brasil a partir de uma perspectiva psicanalítica: Clínica, pesquisas e políticas públicas	
THEMATIC SECTION – The practice of psychology in Brazil from a psychoanalytic perspective: Clinic, research and public policy	
SECCIÓN TEMÁTICA – La práctica de la psicología en Brasil desde una perspectiva psicoanalítica: Clínica, investigación y políticas públicas	
EXPERIÊNCIA DE MUTUALIDADE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL	
Mutual experience in the neonatal intensive care unit	
Experiencia de mutualidad en la unidad de cuidados intensivos neonatales	
<i>Raissa Hahn Saikoski</i>	
<i>Fabiana Faria Giguier</i>	
<i>Milena da Rosa Silva</i>	411
BURNOUT NA EDUCAÇÃO: PRECARIZAÇÃO E SUAS REPERCUSSÕES NA SAÚDE DO PROFESSOR DA REDE PÚBLICA	
Burnout in education: Precarization and its repercussions on the health of public school teachers	
<i>Burnout</i> en la educación: Precarización y sus repercusiones en la salud de los docentes de las escuelas públicas	
<i>Milânia Gomez</i>	
<i>Perla Klautau</i>	429

AS TRANSFORMAÇÕES DO MAL-ESTAR E O LUGAR DA PSICANÁLISE APÓS
A ERA DA TÉCNICA

The changes in the malaise and the place of psychoanalysis after the
technical era

Los cambios del malestar y el lugar del psicoanálisis después de la era
de la técnica

Cleyton Sidney de Andrade

Inácio Antonio Silva de Mariz 449

FIBROMIALGIA: IMPASSES DA DEMANDA PARA A CLÍNICA PSICANALÍTICA

Fibromyalgia: Impasses of demand for the psychoanalytic clinic

Fibromialgia: Los impasses de la demanda para la clínica
psicoanalítica

Tiago Humberto Rodrigues Rocha

Ludmila Madeira Jesus 467

DELINEAMENTO DE PESQUISA NO CAMPO PSICANALÍTICO:

UMA PROPOSIÇÃO SINTÉTICA

Research design in the psychoanalytic field: A synthetic proposition

Diseño de investigación en el campo psicoanalítico: Una propuesta sintética

Érico Bruno Viana Campos 487

EXPERIMENTATION AND PRUDENCE IN SÁNDOR FERENCZI'S CLINIC

Experimentação e prudência na clínica de Sándor Ferenczi

Experimentación y prudencia en la clínica de Sándor Ferenczi

Carlos Augusto Peixoto Junior 507

PSICANÁLISE E UTOPIA: DIÁLOGOS SOBRE ABORDAGENS DIVERGENTES

Psychoanalysis and utopia: Dialogues on divergent approaches

Psicoanálisis y utopía: Diálogos sobre enfoques divergentes

Thales Fonseca

Fuad Kyrillos Neto 519

SEÇÃO LIVRE
FREE SECTION
SECCIÓN LIBRE

ATENDIMENTO PSICOLÓGICO À PESSOA SURDA POR MEIO DA LIBRAS NO
BRASIL: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Psychological assistance to the Deaf subject through Libras in Brazil:
A literature review

Asistencia psicológica al sujeto sordo a través de Libras en Brasil:
Una revisión de la literatura

Jesaiás Leite Ferreira Junior

Henrique Jorge Simões Bezerra

Edneia de Oliveira Alves..... 537

HABILIDADES TERAPÊUTICAS INTERPESSOAIS: A RETOMADA DE
CARL ROGERS NA PRÁTICA DA PSICOLOGIA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Interpersonal therapeutic expertise: The re-establishment of
Carl Rogers in evidence-based practice in psychology

Habilidades terapéuticas interpersonales: La reanudación de
Carl Rogers en la práctica de la psicología basada en la evidencia

Lucia Marques Stenzel..... 557

EDITORIAL

A revista *Psicologia Clínica* apresenta seu número 33.3, com o título “O fazer da psicologia no Brasil a partir de uma perspectiva psicanalítica: Clínica, pesquisas e políticas públicas”. O fascículo inclui nove artigos, em duas seções, uma temática e outra livre. Com o mesmo título deste número da revista, a seção temática é composta de sete trabalhos, enquanto a seção livre tem dois.

A organização desta edição da revista, como de praxe, se inicia com a seção temática, seguida pela seção livre. A composição da seção temática levou em conta a predominância de temas ligados à teoria psicanalítica. Os trabalhos, com uma mesma raiz teórica (dentro da pluralidade do campo) apresentam olhares sobre contextos específicos da atuação e do papel terapêutico, como a área hospitalar, a educação, a clínica, a pesquisa e a discussão teórica.

O primeiro dos trabalhos sobre o fazer da psicologia sob uma perspectiva psicanalítica é focado no conceito de mutualidade da relação entre pais (ou cuidadores) e seu bebê, especificamente num contexto de hospitalização devido à prematuridade. O artigo, com o título de *Experiência de mutualidade na unidade de terapia intensiva neonatal*, versa sobre tema delicado e relevante, abordado principalmente segundo o olhar da teoria de Winnicott pelas autoras Raissa Hahn Saikoski (Instituto de Terapias Integradas de Porto Alegre, ITIPOA), Fabiana Faria Giguier (Faculdade de Desenvolvimento do Rio Grande do Sul, FADERGS) e Milena da Rosa Silva (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS).

O segundo trabalho envolve um olhar sobre o adoecimento psicológico ligado ao trabalho (o *burnout*) entre docentes da rede pública. O artigo é intitulado *Burnout na educação: Precarização e suas repercussões na saúde do professor da rede pública*, de autoria de Milânia Gomez (Universidade Veiga de Almeida, UVA) e Perla Klautau (Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, IP/UFRJ).

As transformações do mal-estar e o lugar da psicanálise após a era da técnica é o terceiro trabalho do fascículo e da seção temática. O trabalho foi produzido por Cleyton Sidney de Andrade e Inácio Antonio Silva de Mariz (ambos da Universidade Federal de Alagoas, UFAL) e envolve uma discussão teórica sobre a teoria psicanalítica e seu papel durante as transformações científicas e sociais que a sociedade experimentou desde o surgimento da teoria.

O quarto trabalho apresentado neste número é uma pesquisa empírica sobre a clínica psicanalítica em casos de fibromialgia. Chamado de *Fibromialgia: Impasses da demanda para a clínica psicanalítica*, o trabalho usa métodos da aná-

lise de conteúdo para discutir aspectos do tratamento psicoterápico envolvendo portadores dessa condição de saúde. Este trabalho foi produzido pelos autores Tiago Humberto Rodrigues Rocha (Universidade Federal do Triângulo Mineiro, UFTM) e Ludmila Madeira Jesus (Universidade Federal de Uberlândia, UFU).

Ainda na temática da psicanálise e para, além de utilizá-la em contextos, discutir sua transformação, foi possível contar com trabalhos dedicados ao desenvolvimento de pesquisas na área. O quinto trabalho, com o título *Delimitação de pesquisa no campo psicanalítico: Uma proposição sintética*, de Érico Bruno Viana Campos (Universidade Estadual Paulista, UNESP) é um dos exemplos dessa abordagem. No artigo, o autor sugere de forma embasada que pesquisas científicas considerem estudar a teoria, mas sempre levando em conta aspectos de validade externa, ligando-a a outros saberes. O artigo ressalta a necessidade e a importância de pesquisas na área atentarem também para estudos empíricos, mas sem abandonar discussões teóricas e metodológicas. Ou seja, vemos nesta edição o uso da teoria, porém aliado à preocupação em mantê-la atualizada e ciente das inovações científicas e sociais.

Avançando na perspectiva de utilizar o saber psicanalítico, atualizá-lo e constantemente testá-lo e adaptá-lo para que se torne mais adequado, o sexto artigo deste número é um trabalho teórico justamente sobre a experimentação para a formulação teórica na clínica. É um trabalho produzido por Carlos Augusto Peixoto Junior (Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, PUC-Rio) sobre Sándor Ferenczi e os conflitos do uso da experimentação para a construção de sua teoria dentro da psicanálise, que recebeu o título de *Experimentation and prudence in Sándor Ferenczi's clinic*, publicado em inglês na revista.

Fechando a seção temática, apresentamos um artigo de revisão de literatura que buscou relacionar conceitos da psicanálise e a ideia de utopia. Este trabalho, realizado pelos autores Thales Fonseca e Fuad Kyrillos Neto (ambos da Universidade Federal de São João del-Rei, UFSJ) leva o título *Psicanálise e utopia: Diálogos sobre abordagens divergentes*.

Na seção livre, temos dois artigos. O primeiro é uma revisão sistemática de trabalhos sobre o atendimento psicológico por meio de Libras a pessoas com deficiência auditiva. O estudo foi realizado por Jesaías Leite Ferreira Junior, Henrique Jorge Simões Bezerra e Edneia de Oliveira Alves (todos filiados à Universidade Federal da Paraíba, UFPB) e recebeu o título de *Atendimento psicológico à pessoa surda por meio da Libras no Brasil: Uma revisão de literatura*.

O último trabalho, que fecha a seção livre e este fascículo, tem o título *Habilidades terapêuticas interpessoais: A retomada de Carl Rogers na prática da psicologia baseada em evidências*. O artigo é de autoria de Lucia Marques Stenzel

(Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, UFCSPA) e investiga elementos, comuns a diferentes abordagens terapêuticas, que têm embasamento e proposição teórica na teoria de Carl Rogers. Em particular, ao apontar como os aspectos interpessoais são destacados como elemento chave nos mais diferentes processos terapêuticos, a autora apresenta tais evidências e pressupostos humanistas anteriormente defendidos por Carl Rogers como aspectos condicionais para o processo terapêutico.

Com o conjunto de trabalhos apresentados, a edição 33.3 de *Psicologia Clínica* fecha as publicações de 2021. Em especial, reforçamos os agradecimentos e os parabéns aos autores que se dedicam para produzir conhecimento na área e subsidiam conteúdo para nossa revista. Também fica o registro e os agradecimentos aos autores que submeteram artigos mas não os tiveram publicados na revista. O interesse e prestígio do periódico passa também por seus leitores e pelos autores interessados em publicar. Finalmente, um registro especial, em nome do conselho editorial, a todos os pareceristas que dedicaram seu tempo e atenção para contribuir com nossa revista.

Breno Sanvicente-Vieira

SEÇÃO TEMÁTICA

O fazer da psicologia no Brasil a partir de uma perspectiva psicanalítica: Clínica, pesquisas e políticas públicas

Experiência de mutualidade na unidade de terapia intensiva neonatal

Burnout na educação: Precarização e suas repercussões na saúde do professor da rede pública

As transformações do mal-estar e o lugar da psicanálise após a era da técnica

Fibromialgia: Impasses da demanda para a clínica psicanalítica

Delineamento de pesquisa no campo psicanalítico: Uma proposição sintética

Experimentation and prudence in Sándor Ferenczi's clinic

Psicanálise e utopia: Diálogos sobre abordagens divergentes

EXPERIÊNCIA DE MUTUALIDADE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

MUTUAL EXPERIENCE IN THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT

*EXPERIENCIA DE MUTUALIDAD EN LA UNIDAD
DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES*

Raissa Hahn Saikoski⁽¹⁾

Fabiana Faria Gieger⁽²⁾

Milena da Rosa Silva⁽³⁾

RESUMO

O objetivo deste estudo é aprofundar a compreensão sobre a experiência de mutualidade descrita por Donald Winnicott, especificamente quando essa experiência começa a ser vivida em um contexto de prematuridade e hospitalização. A mutualidade é uma comunicação primitiva que ocorre a partir da identificação da mãe, ou pessoa que cumpra essa função, com o recém-nascido. Essa comunicação envolve um contato mais silencioso – no sentido de a ênfase não estar nas palavras – e a criação de um ritmo pela dupla. O artigo busca uma discussão sobre os possíveis efeitos da prematuridade para o processo de identificação dos pais/cuidadores com seu bebê e para a experiência de mutualidade decorrente dessa identificação. Considera-se o tema relevante, já que no contexto citado a comunicação se desenvolve de forma singular e com especificidades. Para estabelecer a mutualidade, tanto os pais/cuidadores quanto o bebê necessitam de um tempo maior, devido ao contexto de internação e à condição clínica do recém-nascido. Apesar das dificuldades, os cuidadores costumam encontrar um modo singular

⁽¹⁾ Psicóloga, graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), cursando especialização em psicoterapia de orientação psicanalítica da infância e da adolescência no Instituto de Terapias Integradas de Porto Alegre (ITIPOA). Psicóloga Clínica, Porto Alegre, RS, Brasil. email: raissasaikoski@gmail.com

⁽²⁾ Psicóloga, graduada pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), Mestre em Psicanálise: Clínica e Cultura pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Docente da graduação em Psicologia da Faculdade de Desenvolvimento do Rio Grande do Sul (FADERGS), Porto Alegre, RS, Brasil. email: giegerfabiana@hotmail.com

⁽³⁾ Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Docente do Departamento de Pós-Graduação em Psicanálise: Clínica e Cultura da UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil. email: milenarsilva@hotmail.com

Este estudo teve o apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

de se comunicar com seu bebê, criando um ritmo próprio, e podem estabelecer a experiência de mutualidade com o recém-nascido e viver na intersubjetividade. *Palavras-chave*: mutualidade; prematuridade; UTI neonatal.

ABSTRACT

The goal of this study is to deepen the understanding of the mutuality experience described by Donald Winnicott, specifically when this experience begins to be lived in a context of prematurity and hospitalization. Mutuality is a primitive communication that occurs from the identification of the mother, or person who fulfills this function, with the newborn. This communication involves a quieter contact – in the sense that the emphasis is not on words – and the creation of a rhythm by the pair. The article pursues a discussion of the possible effects of prematurity on the process of identification between parents/caregivers and their baby and on the experience of mutuality resulting from this identification. The theme is considered relevant, since in the context cited communication develops in a unique way and with specificities. To establish mutuality, both parents/caregivers and the baby need more time, due to the context of hospitalization and the newborn's clinical condition. Despite the difficulties, caregivers usually find their particular way of communicating with their baby, creating their own rhythm, and are able to establish the experience of mutuality with the newborn and live in intersubjectivity. *Keywords*: mutuality; prematurity; neonatal ICU.

RESUMEN

El objetivo del estudio es profundizar la comprensión de la experiencia de mutualidad descrita por Donald Winnicott, específicamente cuando esta experiencia comienza a vivirse en un contexto de prematuridad y hospitalización. La mutualidad es una comunicación primitiva que se da a partir de la identificación de la madre, o persona que cumple esta función, con el recién nacido. Esta comunicación implica un contacto más silencioso – en el sentido de que el énfasis no está en las palabras – y la creación de un ritmo por el dúo. El artículo busca discutir los posibles efectos de la prematuridad en el proceso de identificación de padres/cuidadores con su bebé y en la experiencia de mutualidad resultante de esta identificación. El tema se considera relevante, ya que en el contexto mencionado la comunicación se desarrolla de una manera singular y con especificidades. Para establecer la mutualidad, tanto los padres/cuidadores como el bebé necesitan más tiempo, debido al contexto de hospitalización y la condición clínica del recién

nacido. A pesar de las dificultades, los cuidadores suelen encontrar una forma peculiar de comunicarse con su bebé, creando su propio ritmo, y pueden establecer la experiencia de mutualidad con el recién nacido y vivir en intersubjetividad.

Palabras clave: mutualidad; prematuridad; UCI neonatal.

Introdução

Sempre que nos deparamos com um recém-nascido também nos deparamos com a maternagem¹, pois um bebê não pode ser pensado sem alguém que exerça a função materna e sem um ambiente no qual possa se desenvolver física e psiquicamente (Winnicott, 1983/2007). Nesse período inicial, numa fase de dependência absoluta do lactente ao meio ambiente e aos pais, a comunicação ocorre de um modo em que predomina o contato não verbal. Tal modo peculiar de comunicação é nomeado por Winnicott (1969) como mutualidade.

As mães, ou quem cumpre essa função, podem geralmente exercer a maternidade sem maiores problemas e sem necessitar de intervenções (Winnicott, 1988/2006). Contudo, num contexto de hospitalização e prematuridade, a relação inicial pode ser marcada por alguns desencontros e pela dificuldade de estabelecer uma relação com o bebê. Segundo Oliveira (2011), para a psicanálise, todos os bebês são prematuros, em função da dependência que eles possuem em relação a outro ser humano. No entanto, o contexto de internação do recém-nascido e sua condição de extrema prematuridade são fatores que podem modificar a forma como o encontro dos pais com o bebê ocorre. Esta situação lhes impõe desafios específicos: o ambiente externo, a equipe médica e as máquinas que auxiliam a sobrevivência do recém-nascido.

Parentalidade e prematuridade

Ao nascer um bebê, nasce não somente uma dupla parental, mas também uma possibilidade de relacionamento entre o bebê, com seu psiquismo emergente, e um adulto que assume a função materna (Cunha, 2004). O nascimento de um filho requer um remanejamento psíquico profundo da família. Cada um dos pais vivencia esse acontecimento de forma diferente, dependendo de sua própria história como bebê (Wirth, 2000).

A maternidade e a paternidade são momentos únicos na vida dos pais e representam uma nova etapa que implica mudanças e adaptações. Assim, a chegada de um filho envolve uma necessária reorganização familiar (Mirra, 2017). Segundo Winnicott (1988/2006), as mães se preparam para uma tarefa

bastante especializada durante os últimos meses da gestação, chamada de preocupação materna primária. Nesse estado de sensibilidade extrema, elas desenvolvem uma grande capacidade de identificação com seu bebê, o que possibilita ir ao encontro das suas necessidades básicas. A mãe e o bebê têm uma relação recíproca e complementar, e pode-se pensar que um não existe sem o outro (Winnicott, 1988/2006).

O desenvolvimento do lactente só poderá ocorrer num ambiente suficientemente bom, no qual iniciará seu processo de desenvolvimento pessoal e real na presença da mãe ou de alguém que exerça essa função (Winnicott, 1983/2007). Se no período de dependência a maternagem não ocorrer de forma satisfatória, a criança se tornará um acumulado de reações à violação (Winnicott, 1993/2013).

O excesso de reações rompe com a continuidade, não provocando frustração, mas sim uma ameaça de aniquilamento (Winnicott, 1958/2000). É por meio da preocupação materna primária e dos processos identificatórios decorrentes dela que a mãe fica em posição de saber sobre o seu bebê. Esse processo inicia-se muito antes do nascimento do lactente (Szejer & Stewart, 1997; Mathelin, 1999; Almeida, 2004). Durante o período de gestação, pelos mecanismos de projeção e introjeção, a mãe realiza um trabalho de aproximação do bebê, tornando-o mais familiar e atribuindo-lhe características relacionadas à sua própria história infantil (Aragão, 2004). Nesse processo, os últimos meses da gravidez são extremamente importantes para a formação da criança e para a construção da mãe (Mathelin, 1999).

Quando a gestação é interrompida por algum motivo, levando a um parto prematuro, é preciso uma reorganização dos pais para lidar com essa realidade. Vários estudos destacam as dificuldades impostas devido à condição de prematuridade e hospitalização para a díade (Mathelin, 1999; Wirth, 2000; Esteves, 2009; Oliveira, 2011; Steibel, 2011; Fernandes & Silva, 2019; Marchetti & Moreira, 2015; Marciano, 2017; Fonseca, 2016; Mirra, 2017). Nesse contexto, o ambiente da UTI neonatal pode dificultar o estabelecimento de uma interação e de um encontro dos pais com seu bebê, já que ambos podem precisar de um tempo para consolidar a relação ou iniciar uma interação.

Devido à imaturidade e à instabilidade do recém-nascido, tanto ele quanto os pais sofrem várias restrições que podem dificultar o contato inicial. O nascimento pré-termo pode ser pensando como um dos fatores que mais afeta a experiência materna e paterna (Esteves, 2009). Existe um vazio de palavras e frases, já que ainda não há representação para essa experiência, devido à surpresa do nascimento prematuro (Marciano, 2017). A mãe pode vivenciar muita angústia devido à separação do seu bebê, pelas condições dele, que não pode responder aos

seus apelos por contato, e pela possibilidade de uma perda real (Oliveira, 2011). Ao lidar com essa situação, ela não tem tempo de organizar seu mundo representacional e criar um espaço mental para o bebê real, que acaba de nascer (Marchetti & Moreira, 2015).

O luto dos pais, que é comum a todo nascimento, pode ser intensificado ou impossibilitado quando o bebê precisa permanecer sob cuidados médicos intensos numa UTI neonatal (Krodi, 2008). Ao se deparar com as fragilidades do bebê real, o psiquismo materno é fortemente atingido em seu narcisismo, e pode ocorrer um enfraquecimento das fronteiras do ego da mãe. Diante disso, o bebê também é afetado, já que o ego materno sustenta o ego incipiente do recém-nascido (Rabello, 2004).

O bebê saudável, ao nascer, pode ser considerado ativo na relação com os pais. Desde o início, possui um aparato que o torna capaz de participar da relação (Bernardino, 2008). Contudo, devido à condição de prematuridade, o bebê pré-termo não nasce pronto para se adaptar ao ambiente extrauterino. Assim, a questão que se impõe na UTI neonatal é a de uma urgência que prioriza a sobrevivência do bebê e não a qualidade dos cuidados a ele (Braga et al., 2004). Toda essa situação exige da mãe ou substituto materno e do filho/a um esforço maior que o comum, para que consigam entrar em sintonia (Esteves, 2009; Anton et al., 2011).

Dessa forma, o processo de vinculação depende de como os pais consigam elaborar sua relação com o bebê. Muitos necessitam esperar uma garantia ou um sinal consistente para poder investir afetivamente na relação com o filho/a, sem tantas ameaças de perda (Braga et al., 2004). Para poder se identificar com o recém-nascido, a mãe ou substituto materno precisa dar um sentido à experiência de hospitalização e ao nascimento prematuro do filho/a que abra uma possibilidade de encontro e de comunicação entre ambos (Gomes, 2000). Assim, apesar das dificuldades impostas diante do parto prematuro, o cuidador pode encontrar estratégias para exercer a função materna com seu bebê e se vincular a ele, ainda que no contexto hospitalar (Fernandes & Silva, 2019).

Mutualidade: uma comunicação primitiva e silenciosa

A comunicação que ocorre entre a mãe ou substituto materno e o bebê num período inicial da relação da díade é abordada por alguns autores, em especial Winnicott e Guerra, o qual parte do pensamento winnicottiano para desenvolver sua teoria. Winnicott definiu essa comunicação específica como *mutu-*

alidade (Winnicott, 1969). A experiência de mutualidade ocorre num período de dependência absoluta, no qual o ambiente exerce um papel importantíssimo, sendo parte do bebê. Nesse momento, a comunicação envolve uma identificação da mãe ou substituto materno com o recém-nascido e é uma experiência vivida pela dupla que ocorre de forma não verbal, num encontro silencioso. Winnicott (1969) aponta que é o início de uma comunicação entre duas pessoas.

Mãe e bebê chegam à mutualidade de formas diferentes, visto que a mãe já foi um bebê, foi cuidada e teve experiências nesse sentido. Já o recém-nascido possui somente as características herdadas e tendências inatas para o crescimento e para o desenvolvimento (Winnicott, 1969). Assim, a identificação ocorre necessariamente de forma assimétrica. Enquanto a mãe pode identificar-se com seu bebê, mesmo antes do seu nascimento, ele traz consigo apenas uma capacidade em desenvolvimento de chegar a identificações cruzadas na experiência de mutualidade. Dessa forma, a mutualidade se relaciona à capacidade que a mãe tem de adaptar-se às necessidades do seu filho/a (Winnicott, 1969). Para isso, precisam estabelecer um contato mais silencioso e criar um ritmo da dupla. Para o autor, a mãe pode ou não falar com seu bebê; contudo, as palavras, em seu significado, não têm tanta importância nesse momento inicial (Winnicott, 1988/2006). É relevante destacar que a linguagem e a palavra são fundamentais para o desenvolvimento psíquico da criança. No entanto, Winnicott (1969), ao descrever o momento em que a mãe ou substituto materno e o bebê estabelecem a experiência de mutualidade, está se referindo a um tempo em que o significado das palavras ainda não pode ser compreendido pelo bebê. Quando o autor afirma que a linguagem não teria tanta importância (1988/2006), seria no sentido de que o conteúdo verbal não seria o mais relevante. O principal seria o ritmo criado pela dupla, que envolve todos os cuidados necessários ao recém-nascido, envolve o *holding* e a mutualidade e, posteriormente, a palavra. Afirma que “a constituição inicial do ego é, portanto, silenciosa” (1958/2000, p. 403).

A mutualidade ocorre quando a mãe se adapta às necessidades do seu bebê, por meio do *holding*. Winnicott (1969) relaciona ao *holding* toda a rotina de cuidados da mãe com o recém-nascido, em que há não somente uma sustentação corporal, mas principalmente psíquica. Segundo o autor, o protótipo de todos os cuidados com o bebê seria o ato de ser segurado por uma pessoa identificada com ele e que, por isso, possa lhe conferir os cuidados de forma adequada. É no ato de segurá-lo que as comunicações mais importantes ocorrem. Quando a mãe o segura, ela também lhe revela que é confiável, por saber do que ele precisa e por se preocupar com ele de forma amorosa (Winnicott, 1988/2006). Nesse sentido,

a psicologia envolve a comunicação em termos físicos, dos quais “a linguagem é a mutualidade na experiência” (Winnicott, 1969, p. 202).

Esse comunicar entre a mãe/ambiente e o recém-nascido é sutil até certo ponto. Para ele, a comunicação com o cuidador é o seu estar vivo. Dessa forma, a mutualidade é uma comunicação de confiabilidade que o protege de reações automáticas devidas a intrusões da realidade externa, reações essas que rompem sua linha de vida e constituem traumas² (Winnicott, 1969). O bebê não registra a comunicação, somente seus efeitos, e vai fazendo isso também ao longo do seu desenvolvimento. Só tem conhecimento sobre ela quando falha, tornando-se assim ruidosa, devido aos efeitos da falta de confiabilidade. São as várias falhas, seguidas pela comunicação que as corrige, que vão constituindo a comunicação do amor, relacionada ao fato de que há um ser humano que se preocupa (Winnicott, 1988/2006). Assim, a comunicação pode ocorrer de duas maneiras: ou é silente, sendo a confiabilidade um fato; ou traumática, produzindo a experiência da ansiedade impensável ou arcaica (Winnicott, 1969). As agonias primitivas vividas pelo bebê na situação traumática incluem a sensação de ser deixado cair, cair eternamente, de queda no vácuo, bem como todos os tipos de desintegração entre psique e corpo (Winnicott, 1958/2000) e de completo isolamento, devido à inexistência de qualquer forma de comunicação (Winnicott, 1988/2006).

A experiência de mutualidade ocorre pelo movimento da respiração da mãe, pelo calor de seu hálito, pelo seu cheiro, pelas batidas de seu coração, que é um som conhecido pelo bebê desde o ventre materno (Winnicott, 1988/2006). Essa experiência não se relaciona diretamente com as pulsões ou com a tensão instintual, uma vez que o principal é uma comunicação em “termos da anatomia e da fisiologia de corpos vivos” (Winnicott, 1969, p. 200). Ao descrever os fenômenos mais físicos que envolvem a comunicação silenciosa, Winnicott (1988/2006, p. 89) menciona que se trata de uma “questão de reciprocidade na experiência física”.

Uma das principais comunicações que podem ocorrer entre a díade é a experiência da amamentação. Quando a mãe e o bebê chegam a um acordo nessa situação, estão lançadas as bases de um relacionamento humano, no qual se estabelece o padrão de relação da criança com os objetos e com o mundo (Winnicott, 1988/2006). A amamentação é mais do que a satisfação física das necessidades do bebê, já que há uma comunicação que só pode ocorrer numa situação de alimentação mútua, na qual ele também alimenta a mãe, a qual, por sua experiência, sabe o que é ser alimentada (Winnicott, 1969). Dessa forma, só há comunicação quando se desenvolve uma troca entre mãe e bebê, que envolve uma alimentação recíproca, da ordem do corporal ao psíquico (Silva et al., 2017).

Também no uso que o bebê faz do rosto materno está implícita uma comunicação, já que o rosto da mãe ou substituto materno representa o protótipo de um espelho. Ao olhar o rosto do cuidador, na verdade o bebê está vendo a si mesmo (Winnicott, 1975). Segundo Graña (2012), o rosto da mãe tem um efeito para o *self* do recém-nascido, trazendo vida a ele, na medida em que o amor e a alegria da mãe são demonstrados, ou mortificando-o, ao deixar transparecer sua indiferença e sua tristeza. Graña (2012) diz que no espelhamento, na mutualidade e na identificação cruzada exercita-se a empatia que aprendemos nesse período, a partir das trocas com a mãe-ambiente.

Partindo das teorizações de Winnicott, Guerra se deteve em entender a importância da comunicação silenciosa, desenvolvendo sua teoria em torno da intersubjetividade. Segundo o autor, há formas de encontro e de captação da experiência emocional que beiram a palavra, mas adquirem valor de linguagem numa ancoragem corporal muda (Guerra, 2007)³. Dessa forma, o início da subjetividade ocorre a partir de um encontro com o outro, que parte do corpo e de uma experiência sensorial que cria uma música e um ritmo fundamentais para a constituição do *self* (Guerra, 2007, 2014). Depois disso, pode operar a palavra (Guerra, 2014).

Nessa perspectiva, conforme destacam Giarretta e Martins (2017), a constituição psíquica do recém-nascido acontece a partir do encontro de várias subjetividades. Envolve seus próprios traços inatos e potenciais, que se encontram com as subjetividades dos que lhe conferem cuidados. Desde o nascimento, o lactente está num território intersubjetivo, no qual participa ativamente. Entretanto, nesse momento, ainda não se pode falar numa subjetividade própria do recém-nascido, mas num princípio dela (Giarretta & Martins, 2017). A intersubjetividade é a língua universal dos seres humanos e é por meio dela que a subjetividade se desenvolve (Guerra, 2014). Ocorre num processo de co-construção de experiências a partir do encontro com o outro, unindo a subjetividade nascente do bebê mais a da mãe ou substituto materno (Guerra, 2014). Segundo Guerra, essa co-construção passa por uma comunicação especial:

Língua que se expressa no início da vida através dos códigos de comunicação não verbal, que incluem não apenas o conteúdo verbal da mensagem, mas todo o contexto, a prosódia, o ritmo, o tom da voz, o rosto, o olhar como espelho, a imitação e a empatia. (Guerra, 2014, p. 5)³

Nesse momento inicial, os pais se encontram com um bebê que é um desconhecido e precisam ter a ilusão de um saber sobre ele. De maneira geral, esse saber se desenvolve a partir de um diálogo em nível corporal, um “diálogo tônico” (Guerra, 2014, p. 219). Durante a rotina de cuidados, se estabelece um ritmo entre o bebê e a mãe-ambiente. A consequente criação desse ritmo é um fator fundante do sujeito e organizador de seu desenvolvimento (Guerra, 2015). Em relação a isso, o autor destaca a Lei Materna, que seria o princípio organizador da vida afetiva do recém-nascido, na qual a mãe se adapta ao seu ritmo e juntos co-criam uma ritmicidade conjunta (Guerra, 2016). Assim, o bebê não precisa se submeter a um ritmo imposto, mas pode desenvolver seu próprio ritmo, com o amparo do ambiente cuidador.

A harmonização dos ritmos marca a criação de uma linguagem própria, que acompanha o sujeito ao longo de sua vida e que se revive em momentos nos quais a palavra não funciona como forma de elaboração psíquica (Guerra, 2007)³. É pela co-criação da ritmicidade, da atenção conjunta e depois da narrativa conjunta que a subjetivação do bebê pode se constituir (Guerra, 2014). O modo como esse ritmo “silencioso” se estabelece é fundamental para o desenvolvimento físico e, principalmente, psíquico do bebê. No contexto de hospitalização e prematuridade, essa comunicação apresenta especificidades que precisam ser mais estudadas e compreendidas, visando a um melhor entendimento das particularidades da mutualidade na UTI neonatal.

Experiência de mutualidade na UTI neonatal

É no contexto de hospitalização que os bebês prematuros estabelecem suas primeiras formas de comunicação (Oliveira, 2011), vivendo situações muito diferentes do recém-nascido a termo. Nesse ambiente, os cuidados maternos se tornam divididos ou, às vezes, totalmente assumidos pela equipe hospitalar. Devido a isso, as experiências com os bebês transbordam para múltiplos cuidadores, que têm toques, cheiros, temperaturas e ritmos diferentes (Steibel, 2011). Conforme destacado por Winnicott (1969), as identificações cruzadas são a base da comunicação entre a mãe ou substituto materno e o bebê. Entretanto, no contexto da UTI neonatal, o jogo de identificações é ampliado para além da díade. Nesse sentido, é importante expandir a noção do ambiente puerperal, incluindo as rotinas da UTI, os outros recém-nascidos presentes, os cheiros, os barulhos, os procedimentos invasivos e outras inconsistências próprias desse local (Steibel, 2011).

Os recém-nascidos estão aptos a interagir com o meio ambiente a partir da 28ª semana de gestação, desde que estejam em boas condições clínicas (Almeida, 2004). Contudo, é difícil saber quando se tornam sensíveis o suficiente para perceber a presença do outro (Druon, 1997). A autora afirma que, para atingir um estado somático satisfatório, precisam alcançar em média 2.500g; somente após isso podem interagir com seu cuidador. No entanto, segundo Steibel (2011), a emocionalidade desses bebês, mesmo os de menor peso, já pode ser percebida por seu próprio corpo. Assim, mesmo prematuros têm uma grande competência para a interação, devido ao seu potencial de querer se vincular com seus cuidadores (Gomes, 2000; Esteves, 2009). Em suas buscas por contato e por comunicação, estão constantemente emitindo mensagens não verbais, que, de alguma forma, são captadas pelo ambiente.

Segundo Steibel (2011), quando estão evoluindo, despertam sentimentos de desejo pela vida e de luta por parte da equipe, e quando sua situação está mais crítica e sem evolução, despertam sentimentos agressivos e, muitas vezes, com conteúdos impensáveis, de morte. Além disso, a forma de comunicação utilizada pelos bebês pode ser difícil para os membros da equipe médica, pois estão acostumados com uma linguagem mais verbal (Mendes & Bonilha, 2003). Contudo, segundo os autores, a percepção de que há uma comunicação por parte do recém-nascido já modifica o modo como o membro da equipe realiza os procedimentos técnicos. A convocação por parte do bebê também exige que a equipe de saúde esteja mais atenta às mudanças e a suas particularidades. A partir disso, é possível para a equipe estabelecer uma comunicação que respeite o ritmo de cada bebê.

Para se comunicar com os recém-nascidos na UTI é necessário recorrer a níveis proto-mentais, disponibilizando o corpo e os órgãos como receptores de sensações extremamente primitivas (Lazar et al., 2006). Esse recurso somático seria uma das únicas maneiras de conseguir ter acesso a vivências ainda não passíveis de serem recebidas em forma de imagens, palavras ou pensamentos. Tais vivências são recebidas com mais facilidade pela mãe ou substituto materno que está em estado de preocupação materna primária e, dessa forma, mais identificada com o bebê. Segundo Mathelin (1999), todo ser humano tem necessidade de comunicação e a extrema imaturidade não impede que esses bebês busquem ser “compreendidos” pelo outro. Quando isso ocorre, e conseguem estabelecer com sucesso a comunicação com seus pais e cuidadores, um desenvolvimento típico se inicia.

No ambiente da UTI neonatal, tanto os pais quanto a equipe podem desenvolver a função de *holding*, descrita por Winnicott (1988/2006), com o recém-nascido. Contudo, em relação aos pais, essa função será desenvolvida de forma diferente do que com um bebê a termo, pelo menos até que ele adquira

uma condição clínica mais estável. Podem desenvolver o *holding* a partir dos cuidados mais sutis com seu bebê, cuidados esses que podem ser, muitas vezes, quase imperceptíveis para um observador. Nesse momento em que estão mais distantes do manejo físico dos filhos, os pais exercem o papel de zelar por sua proteção contra os excessos de descargas projetivas por parte de outros cuidadores (Steibel, 2011). Esta função torna-se vital, já que, na medida em que há alguém zelando pelo bebê, ocorre uma maior inibição dessas atuações. A presença da mãe ou de alguém que zele pelo recém-nascido é responsável por “funcionar como um para-raios destas descargas projetivas” (Steibel, 2011, p. 93). Além de proteger, os pais estabelecem contato de outras formas: podem oferecer o dedo para ele tocar ou segurar, podem tocar no filho/a. Contudo, precisam estar atentos para não usar mais de uma modalidade interativa, para não estimulá-lo excessivamente (Brasil, 2011). Também podem amamentá-lo e pegá-lo na posição canguru⁴, quando possível, permitindo-lhe vivenciar experiências gratificantes por meio da sua pele (Esteves, 2009).

Os membros da equipe também exercerão o *holding*, buscando uma continuidade dos cuidados. Podem, por exemplo, estar atentos ao pôr o bebê na balança na hora de pesá-lo ou quando o deitam na incubadora (Brasil, 2011). Podem exercer o *holding* durante toda a rotina de cuidados, como na hora de dar banho, de pegá-lo, de amamentá-lo, quando os pais não estão presentes. Dessa forma, tanto os pais quanto a equipe médica estão protegendo o recém-nascido da sensação de queda, já que ele ainda não adquiriu noção de tempo e de espaço. Cair momentaneamente significa, para ele, cair eternamente (Winnicott, 1988/2006).

Nesse momento em que não possui linguagem simbólica nem verbal, o bebê utiliza-se do corpo e das suas sensações para comunicar suas necessidades a seus cuidadores (Steibel, 2011). Segundo Pizzoglio (1999), o bebê mostra por meio de seu corpo que está mais apto à comunicação, permitindo que os pais tenham um contato mais íntimo com ele. Sua boca inicia a sucção, seu corpo fica mais solto, sua pele passa a ser fonte de contato e as buscas por interação se intensificam. Por meio de seu comportamento é possível identificar sua evolução. Nesse sentido, a forma de tocar o recém-nascido e seu manuseio têm particular importância durante a internação, já que a sensibilidade tátil é o primeiro sistema sensorial a se desenvolver e a amadurecer.

Na UTI neonatal esse manuseio é quase sempre responsabilidade da equipe, devido às condições clínicas do bebê. O manejo da equipe torna-se a porta de entrada para suas experiências corporais iniciais. Assim, é importante que a equipe esteja atenta às suas manifestações, observando sua pele, seu choro, as expressões que demonstram desgosto, buscando ajustar o manuseio aos sinais que o

bebê demonstra (Brasil, 2011). É fundamental que os procedimentos feitos sejam acompanhados, minimamente, por um olhar subjetivo (Steibel, 2011).

Na UTI neonatal, ao longo da internação, a alimentação é uma questão em destaque. Quando os pais podem estar envolvidos nesse processo, se proporciona uma possibilidade de aproximação. Segundo Gomes (2004), as mães fazem todo um esforço para entender as formas e a disponibilidade do seu bebê no que diz respeito à possibilidade de mamar. Contudo, Quiniou (1999) destaca que o bebê é mais nutrido do que alimentado durante sua internação, visto que todas as referências da relação inicial ficam alteradas e ele recebe a alimentação de forma mais passiva, sem ser parte implicada no fato de ser alimentado. Tanto o padrão de alimentação quanto a comunicação silenciosa decorrente podem demorar mais para se estabelecer. Nesse sentido, o autor destaca que o bebê e seus cuidadores encontram outras formas de se comunicar, de modo que alguma comunicação se inicia muito antes de se estabelecer um padrão de alimentação (Quiniou, 1999).

Em relação aos cuidados, cada mãe ou substituto materno desenvolverá seu próprio modo de fazer, de alimentar e de pegar seu filho/a, independente da internação, estabelecendo com ele/a um ritmo próprio. Como já destacado por Winnicott (1988/2006), o principal seria encontrar a melhor maneira de ser mãe para o seu bebê. Assim, a singularidade de cada dupla aparece de diferentes formas, como no jeito de dar as mamadas ou de executar o método canguru, por exemplo. Segundo Moreira et al. (2009), ao executar o método canguru de forma mais singular, as mães libertam-se das exigências da equipe e constroem o seu modo de ser mãe.

Apesar da internação e da prematuridade, há a possibilidade de a mãe ou substituto materno desenvolver a função materna, estar em estado de preocupação materna primária e encontrar vias possíveis de identificação com seu filho/a (Fernandes & Silva, 2019). A experiência de mutualidade pode se dar, portanto, mesmo na hospitalização. Esteves (2009), em seu estudo, destaca que as mães de bebês prematuros conseguiram atingir um bom nível de comunicação com seus filhos/as depois que se fortaleceram do primeiro contato com a prematuridade. Podiam entender os tipos de choro e os sinais de desconforto dos seus bebês, muitas vezes, antes mesmo da equipe médica. A autora destaca que o amadurecimento do recém-nascido e sua conseqüente capacidade de resposta aos estímulos maternos, assim como a construção na mãe de um sentimento de segurança, influenciaram diretamente na possibilidade de comunicação. Dessa forma, a “maioria das mães conseguiu ir adicionando riqueza ao mundo de seus filhos” (Esteves, 2009, p. 31). Portanto, para que haja a possibilidade de estabelecer a experiência de mutualidade com os bebês, os pais precisam se sentir em um ambiente acolhe-

dor e seguro, sendo necessário, por parte da equipe, que seja feito um *holding* aos pais. Mathelin (1999) destaca que o papel da equipe é, com o auxílio da tecnologia, tentar dar contorno às faltas vividas pelo recém-nascido e pela mãe ou substituto materno. Nesse sentido, cita que muitos bebês nascem prematuros e vivem junto com seus pais a experiência da internação e evoluem psicologicamente bem.

Para dar suporte aos pais, é fundamental a presença de psicólogos e psicanalistas nas UTI neonatais (Mathelin, 1999; Marchetti & Moreira, 2015). Mathelin (1999) afirma que o maior esforço desses profissionais, em relação à díade, relaciona-se à necessidade de manter o vínculo da mãe com seu filho/a. Vários estudos (Szejer & Stewart, 1997; Mathelin, 1999; Gomes, 2004; Esteves, 2009; Oliveira, 2011; Marchetti & Moreira, 2015; Marciano, 2017) aludem à importância de construir espaços para amenizar os efeitos causados pelo nascimento prematuro. Além disso, as experiências clínicas de duas das autoras do presente texto como psicólogas numa UTI neonatal apontam para tal importância. Como ilustração desse trabalho clínico, relatamos uma breve vinheta: A mãe de um bebê prematuro estabeleceu uma singular forma de comunicação com seu recém-nascido. Ela tinha o costume de segurar o pezinho de seu bebê enquanto o acompanhava ao lado de sua incubadora. Este foi o modo que a díade encontrou de estabelecer uma comunicação silenciosa, considerando que o peso e estado de saúde do bebê ainda não permitiam que ele ficasse seguro em seu colo. Em um dado momento, a psicóloga da unidade percebeu que aquele bebê estava desacompanhado, o que era pouco frequente. Ao se aproximar, observou que o bebê estava chutando o pezinho para cima como se estivesse buscando o contato e a confiabilidade de sua mãe. A psicóloga, ao ler essa comunicação e convocação do recém-nascido, pôde atender à sua necessidade enquanto profissional de saúde. Além disso, ao comunicar tal acontecimento à mãe, também foi possível favorecer e fortalecer a mutualidade da experiência da díade. Acreditamos que esse recorte clínico também demonstra o quanto é fundamental um lugar de escuta para os pais em uma UTI neonatal, para que possam falar sobre a experiência da prematuridade e as dificuldades dela decorrentes. Desse modo, é possível auxiliá-los a encontrar um sentido para essa história e a tecer um lugar simbólico para o seu bebê (Marciano, 2017).

Considerações finais

A forma como se desenvolve a relação inicial entre os pais/cuidadores e o bebê é de extrema importância para o desenvolvimento emocional da criança. Por

meio das identificações cruzadas, a mãe ou substituto materno e o bebê começam a viver juntos a experiência de mutualidade. Essa experiência proporciona não somente uma sustentação corporal, mas também psíquica ao recém-nascido, que deve ocorrer mesmo num contexto de hospitalização e de internação, proporcionando um ambiente confiável.

O contexto de prematuridade e da internação tem muitos efeitos sobre a relação da dupla parental com seu bebê. Pode dificultar a operação da função materna e da preocupação materna primária e a comunicação própria desse momento, que se estabelece, inicialmente, de forma silenciosa, em um ambiente confiável para o recém-nascido (Winnicott, 1969). Torna-se necessário, por parte dos pais, um esforço maior para que encontrem uma sintonia com seu bebê (Esteves, 2009; Anton et al., 2011). Tanto eles quanto o recém-nascido precisam de um tempo para consolidar a relação ou iniciar uma interação.

Na busca por contato, os bebês utilizam-se do corpo e de suas sensações para comunicar suas necessidades. Dessa forma, é fundamental que tanto os pais quanto a equipe da UTI neonatal, que desempenham as funções de *holding* e de *handling* (Winnicott, 1983/2007), busquem uma continuidade dos cuidados. É preciso salientar que muitos bebês, devido a sua grave condição clínica, não podem ser segurados ou ainda não estão em condições de ficar na posição canguru com seus pais e receber a alimentação no peito. Nesses casos, há outras vias de cuidado dos pais com seus filhos/as. Mesmo distantes do manejo físico, podem zelar por sua proteção e lhes proporcionar um ambiente confiável, mediante um *holding* mais psíquico: por exemplo, pelo olhar, pela voz e pela simples proximidade física.

Durante a internação, o recém-nascido tem múltiplos cuidadores, fazendo com que suas experiências não ocorram somente com seus pais (Steibel, 2011). Assim, a comunicação possivelmente ocorrerá de forma diferente entre a dupla parental com seu bebê e entre a equipe médica e o bebê. Consideramos que é necessário que seja dessa forma, pois é fundamental para a vinculação e para a identificação da dupla parental com seu bebê prematuro que se sintam autorizados a cuidar e que detenham um saber sobre seu filho/a. Para tanto, precisam estar identificados com ele/a, estabelecendo uma comunicação diferente da que a equipe institui.

O principal para a experiência de mutualidade é um cuidado singular, que considere a subjetividade emergente do recém-nascido e estabeleça uma comunicação não intrusiva. Assim, ele/a poderá desfrutar dos efeitos da confiabilidade (Winnicott, 1969) e viver na intersubjetividade (Guerra, 2014). Entretanto, para poder realizar esse cuidado voltado para a singularidade do recém-nascido, os pais

necessitam se sentir amparados em suas angústias. Para tanto, é fundamental a presença de profissionais especializados que possam realizar esse amparo e uma escuta diferenciada, fazendo circular os conteúdos mais primitivos que surgem a partir do nascimento prematuro e da hospitalização. Ao falar sobre suas experiências, se sentem mais apoiados e podem dar amparo aos filhos/as, identificando-se e vivendo com eles a experiência de mutualidade.

Referências

- Almeida, M. L. B. V. (2004). Grupo criar-te: A criatividade em UTI neonatal. In: R. O. Aragão (Org.), *O bebê o corpo e a linguagem*, p. 191-200. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Anton, M. C.; Esteves, C. M.; Piccinini, C. A. (2011). Indicadores de preocupação materna primária na gestação de mães que tiveram parto pré-termo. *Psicologia Clínica*, 23(2), 75-99. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652011000200006
- Aragão, R. O. (Org.) (2004). *O bebê, o corpo e a linguagem*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bernardino, L. M. F. (2008). É possível uma clínica psicanalítica com bebês. In: M. C. Kupfer; D. Teperman (Orgs.), *O que os bebês provocam nos psicanalistas*, p. 13-30. São Paulo: Escuta.
- Braga, N. A.; Morsch, D. S.; Zornig, S. M. A. (2004). Os tempos da prematuridade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 2(4), 135-143. <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/JcHN3dHFzb87hwYMQXpkcKt/>
- Brasil – Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (2011). *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método canguru*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/atencao-humanizada-ao-recem-nascido-de-baixo-peso-metodo-canguru-2/> (acessado em 23/05/2018).
- Cunha, I. (2004). A mãe, o recém-nascido de muito baixo peso e a interação: Uma nova perspectiva para os cuidados da unidade de tratamento intensivo neonatal. In: R. O. Aragão (Org.), *O bebê, o corpo e a linguagem*, p. 211-223. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Druon, C. (1997). Como o espírito vem ao corpo em crianças em uma UTI neonatal. In: M. Lacroix; M. Moymanrant (Eds.), *A observação de bebês: Os laços do encantamento*, p. 139-148. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Esteves, C. M. (2009). *A preocupação materna primária em mães de bebês nascidos pré-termo* (dissertação de mestrado). Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).
- Fernandes, P. P.; Silva, M. R. (2019). Função materna no contexto da prematuridade: Uma revisão da literatura psicanalítica. *Psicologia em Revista*, 25(1), 1-18. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682019000100002

- Fonseca, M. C. S. (2016). *Humanização na relação mãe/pai/bebê prematuro em uma UTI neonatal: A separação precoce* (dissertação de mestrado). Curso de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea, Universidade Católica de Salvador (UCSal).
- Giaretta, V.; Martins, P. G. (2017). A função subjetivante do ritmo em um contexto de atendimento psicanalítico. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 19(2), 59-71. http://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=231
- Gomes, A. L. H. (2000). Vínculo mãe-bebê pré-termo: As possibilidades da interlocução na situação de internação do bebê. *Estilos da Clínica*, 4(2), 89-100. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282001000100008
- Gomes, A. L. H. (2004). A relação mãe-bebê na situação de prematuridade extrema: Possibilidades de intervenção da equipe multiprofissional. *Psicologia Hospitalar*, 2(2). http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092004000200004
- Graña, R. B. (2012). Mutualidade, comunicação silenciosa e identificações cruzadas. In: I. Sucar; H. Ramos (Orgs.), *Winnicott: Ressonâncias*, p. 181-198. São Paulo: Primavera.
- Guerra, V. (2007). *El ritmo en la vida psíquica: Entre perdida y re-encuentro*. <https://studylib.es/doc/3084952/el-ritmo-en-la-vida-ps%C3%ADquica-entre-perdida-y-reencuentro> (acessado em 14/04/2018).
- Guerra, V. (2014). Indicadores de intersubjetividad (0-12 meses): Del encuentro de miradas al placer de jugar juntos. *Revista Psicanálise (Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre)*, 16(1), 209-235. <http://sbpdepa.org.br/site/wp-content/uploads/2017/03/Indicadores-de-Intersubjetividad-0-12-Meses-del-encuentro-de-miradas-al-pdf>
- Guerra, V. (2015). El ritmo y la ley materna en la subjetivación y en la clínica in-fantil. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, (120), 133-152. <https://www.apuruguay.org/apurevista/2010/16887247201512009.pdf>
- Guerra, V. (2016). Formas de (des)subjetivação infantil em tempos de aceleração: Os transtornos de subjetivação arcaica. *Revista de Psicanálise da SPPA*, 23(1), 137-158. <http://revista.sppa.org.br/index.php/RPdaSPPA/article/view/231>
- Holanda, S. A. R. (2004). Bebês prematuros na UTI: A maternidade em questão. *Estilos da Clínica*, 9(16), 58-69.
- Krodi, P. (2008). Cuidados paliativos em neonatologia: À escuta do indizível. In: M. C. Kupfer; D. Teperman (Orgs.), *O que os bebês provocam nos psicanalistas*, p. 115-134. São Paulo: Escuta.
- Lazar, R. A.; Röepke, C.; Ermann, G. (2006). Aprender a ser: Observación de un bebé prematuro. *Revista Internacional de Observación de Lactantes y sus aplicaciones*, (5), 25-50.
- Marchetti, D.; Moreira, M. C. (2015). Vivências da prematuridade: A aceitação do filho real pressupõe a desconstrução do bebê imaginário?. *Revista Psicologia e Saúde*, 7(1), 82-89. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2015000100011

- Marciano, R. P. (2017). Representações maternas acerca do nascimento prematuro. *Revista SBPH*, 20(1), 143-164. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582017000100009
- Mathelin, C. (1999). *O sorriso da Gioconda: Clínica psicanalítica com os bebês prematuros*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Mendes, E. N. W.; Bonilha, A. L. L. (2003). Procedimento de enfermagem: Uma dimensão da comunicação com o recém-nascido. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 24(1), 109-118. <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23509/000397013.pdf>
- Mirra, P. I. S. (2017). *A experiência de ser mãe de um bebê prematuro* (projeto de graduação). Licenciatura em Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal. https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/6720/1/PG_27871.pdf
- Moreira, J. O.; Romagnoli, R. C.; Dias, D. A. S.; Moreira, C. B. (2009). Programa mãe-canguru e a relação mãe-bebê: Pesquisa qualitativa na rede pública de Betim. *Psicologia em Estudo*, 14(3), 475-483. <https://www.scielo.br/j/pe/a/rtQ8frdgR7QpsPLcthGwK7d/>
- Oliveira, M. G. (2011). *Função materna e a constituição subjetiva na condição de prematuridade* (dissertação de mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Pará (UFPA). <http://repositorio.ufpa.br/jspui/handle/2011/5159>
- Pizzoglio, Y. Q. (1999). Presença de um psicanalista em reanimação neonatal como auxiliar da vida psíquica. In: A. Guedeney; S. Lebovici, *Intervenções psicoterápicas pais-bebê*, p. 111-118. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Quiniou, U. Y. (1999). Alimentar, ser alimentado em UTI neonatal. In: D. B. Wanderley (Org.), *Agora eu era o rei: Os entraves da prematuridade*, p. 55-60. Salvador: Ágalma.
- Rabello, A. (2004). A função simbólica da UTI neonatal. In: R. O. Aragão (Org.), *O bebê, o corpo e a linguagem*, p. 176-189. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Silva, M. R.; Martins, P. G.; Lisboa, R. (2017). A experiência de mutualidade no processo terapêutico de uma dupla mãe-bebê. *Revista de Psicanálise da SPPA*, 24(2), 255-278. <http://revista.sppa.org.br/index.php/RPdaSPPA/article/view/218>.
- Steibel, D. (2011). *As vivências primitivas de um bebê nascido extremamente prematuro no ambiente da UTI neonatal: Uma aplicação do método Bick de observação* (dissertação de mestrado). Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).
- Szejer, M.; Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida da mulher: Uma aproximação psicanalítica da gravidez e do nascimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Winnicott, D. W. (1958/2000). *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1969). A experiência mãe-bebê de mutualidade. In: C. Winnicott (1989/2005), *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott*, p. 195-202. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.

- Winnicott, D. W. (1983/2007). *O Ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. W. (1988/2006). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (1993/2013). *A família e o desenvolvimento individual*. Porto Alegre: Artmed.
- Wirth, A. F. (2000). Aplicação do método de observação de bebês em uma UTI neonatal. In: N. A. Caron (Ed.), *A relação pais-bebê, da observação à clínica*, p. 207-231. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Notas

- ¹ Em função de seu contexto sociocultural, Winnicott geralmente se refere à mãe e à maternagem, para aludir aos cuidados com o bebê, tendo em vista que eram geralmente as mães as responsáveis por eles. Embora essa realidade não tenha sido substancialmente modificada, entendemos que se trata de uma função materna (e não especificamente de uma pessoa), a qual não precisa ser realizada somente pela mãe, mas pode ser exercida por outro adulto apto a realizar os cuidados com o bebê, não somente físicos, mas também afetivos e emocionais. Esta função é fundamental para a integração do *self* do recém-nascido, que requer grande dedicação e uma presença mais contínua.
- ² Trauma é aquilo contra o qual o bebê não possui defesa organizada. Ao viver essa experiência, um estado de confusão sobrevém, gerando uma angústia impensável, seguido por uma reorganização das defesas. Contudo, são defesas de um tipo mais primitivo do que as que eram suficientemente boas antes da ocorrência do trauma (Winnicott, 1969).
- ³ Tradução própria.
- ⁴ A posição canguru faz parte do Método Canguru. No Brasil, esse método compreende a posição canguru, a política de aleitamento materno e a política de alta precoce na posição canguru (Brasil, 2011). Esta posição consiste em manter o bebê sobre o peito em contato pele a pele, de forma precoce e crescente, determinado pelo sentimento de bem-estar tanto dos pais quanto do recém-nascido (Brasil, 2011). Visa ao fortalecimento do vínculo entre o bebê e seus cuidadores (Fonseca, 2016). A proposta é substituir, sempre que possível, a incubadora pelo contato pele a pele com os pais, aumentando as chances de sobrevivência do recém-nascido pré-termo (Holanda, 2004).

Recebido em 20 de dezembro de 2019

Aceito para publicação em 24 de junho de 2021

BURNOUT NA EDUCAÇÃO: PRECARIZAÇÃO E SUAS REPERCUSSÕES NA SAÚDE DO PROFESSOR DA REDE PÚBLICA

*BURNOUT IN EDUCATION: PRECARIZATION AND ITS
REPERCUSSIONS ON THE HEALTH OF PUBLIC SCHOOL TEACHERS*

*BURNOUT EN LA EDUCACIÓN: PRECARIZACIÓN Y SUS REPERCUSIONES
EN LA SALUD DE LOS DOCENTES DE LAS ESCUELAS PÚBLICAS*

Milânia Gomez ⁽¹⁾

Perla Klautau ⁽²⁾

RESUMO

A partir do aumento de licenças médicas e pedidos de exoneração na rede pública de ensino do estado do Rio de Janeiro, foi possível formular a hipótese de que, em muitos casos, a precarização e a desvalorização do trabalho do professor podem exercer impactos que atingem múltiplas esferas do fazer e do ser docente. Com um olhar psicanalítico, este artigo visa a discutir o estado de desamparo que, quando se torna traumático, repercute diretamente na saúde do professor, agravando a incidência de quadros de esgotamento profissional no campo da educação. Este tipo de adoecimento acarreta um aumento significativo de faltas e afastamentos, o que contribui para o aumento do déficit de profissionais em atividade e, conseqüentemente, causa prejuízo aos cofres públicos. Tal situação, geradora de mal-estar e sofrimento psíquico, também interfere no processo de ensino-aprendizagem. Diante do exposto, indagamos de que forma é possível compreender as especificidades do sofrimento docente – sua natureza, sua gênese e seus impactos sobre a experiência subjetiva desses profissionais.

Palavras-chave: educação; burnout; desamparo; psicanálise; precarização.

⁽¹⁾ Doutoranda em Psicanálise, Saúde e Sociedade na Universidade Veiga de Almeida (UVA), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. email: milania.gomez@gmail.com

⁽²⁾ Professora da Graduação em Psicologia e do Programa de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IP/UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. email: pklautau@uol.com.br

Não se declararam fontes de financiamento.

ABSTRACT

Upon considering the increase in sick leave and dismissal requests in the public school system of Rio de Janeiro state, it was possible to formulate the hypothesis that, in many cases, the precariousness and the devaluation of the teachers' work impact the teaching and the teachers themselves. In a psychoanalytic perspective, this paper discusses the state of helplessness that, when it becomes traumatic, directly impact on the teachers' health, aggravating with the incidence of professional exhaustion in the education field. This situation generates psychic suffering and interferes directly in the process of teaching and learning, as well as causing a financial drain for public funds. Such a situation, which generates malaise and psychic suffering, also interferes in the teaching-learning process. In view of the above, we inquire how it is possible to understand the specificities of teaching suffering – its nature, its genesis and its impacts on the subjective experience of these professionals.

Keywords: education; burnout; helplessness; psychoanalysis; precarization.

RESUMEN

A partir del aumento de las licencias médicas y de las solicitudes de despido en el sistema de escuelas públicas en el estado de Rio de Janeiro, fue posible formular la hipótesis de que, a menudo la precariedad y la desvalorización del maestro pueden ejercer impacto en la enseñanza y en el propio docente. Con una perspectiva psicoanalítica, este artículo quiere discutir el estado de impotencia que, cuando se vuelve traumático, repercute directamente en la salud del maestro, empeorando la incidencia de cuadros de agotamiento profesional en el campo de la educación. Este tipo de dolencia plantea un aumento significativo de faltas y de bajas médicas, contribuyendo así al aumento del déficit de profesionales en actividad y que, consecuentemente, también causa daños financieros a las arcas públicas. Tal situación, que genera malestar y angustia psicológica, también interfiere en el proceso de enseñanza-aprendizaje. En vista de lo anterior, preguntamos de qué manera es posible comprender las especificidades del sufrimiento docente – su naturaleza, su génesis y sus impactos en la experiencia subjetiva de dichos profesionales.

Palabras clave: educación; agotamiento; impotencia; psicoanálisis; precarización.

Mal-estar docente

Nas últimas décadas, o fazer docente na rede pública do estado do Rio de Janeiro tem se confrontado com a constante falta de sustentação do Estado, que faz com que profissionais convivam com a incerteza de seus ganhos, com as condições precárias das instituições de ensino, com a desestabilização da posição assumida e com salários não reajustados. Apesar disso, os professores enfrentam a cobrança de um bom desempenho e de resultados favoráveis, principalmente no que diz respeito ao rendimento dos alunos. A conjuntura descrita descortina alguns aspectos do processo de precarização na ambiência escolar pública que pode contribuir para a instauração de um mal-estar capaz de atingir diretamente a saúde do professor.

O Sindicato Estadual dos Profissionais de Educação do Rio de Janeiro, doravante SEPE-RJ, divulgou em seu Informativo (SEPE-RJ, 2017) resultados de uma pesquisa realizada por seu coletivo de saúde, com dados coletados em setembro de 2017, durante congresso da entidade. Os dados revelam que cerca de 90% dos participantes sofrem de cansaço mental permanente e 80% se sentem permanentemente exaustos. E mais: 65% dos profissionais que participaram da pesquisa não veem perspectivas de futuro na profissão e manifestaram o desejo de mudar de ramo profissional, relatando frustração com o magistério. Em um Informativo posterior (SEPE-RJ, 2018), edição concluída em 14/12/2018, o SEPE-RJ detectou que a precarização da educação levou milhares de profissionais ao adoecimento. A partir de dados obtidos junto à Secretaria de Saúde do estado, o SEPE-RJ constatou um aumento significativo de pedidos de exoneração por conta de quadros psicopatológicos e de licenças temporárias. Destas, consta que quase metade dos pedidos foi ocasionada por problemas psiquiátricos. Diante dos dados apresentados e a partir do cenário em que se insere a função de professor nos dias atuais, cabe indagar: de que forma podemos compreender as especificidades do mal-estar docente – sua natureza, sua gênese e seus impactos sobre a experiência subjetiva desses profissionais?

O encaminhamento de possíveis respostas só poderá ser feito a partir do esforço de articular diferentes campos de saber. Para isso, é necessário empreender uma reflexão interdisciplinar em torno do mal-estar que se manifesta no fazer docente a partir do processo de precarização dos laços que atinge a ambiência escolar pública e de suas possíveis repercussões na experiência de sofrimento psíquico apresentada pelos professores, marcada pelo esgotamento, pela impotência e pela insuficiência. Esse tipo de padecimento, no âmbito da saúde do trabalhador, vem sendo caracterizado como uma síndrome nomeada *burnout*.

Precarização e suas repercussões na saúde do professor da rede pública

Para um melhor entendimento do mal-estar que vem acometendo os professores da rede pública do estado do Rio de Janeiro, julgamos necessário, primeiramente, problematizar as mudanças de paradigmas da última década que suscitaram o processo de precarização que vem interferindo no exercício da profissão de professor. Elegemos como ponto de partida o contexto escolar concebido como disciplinar a partir da análise foucaultiana das instituições modernas. A escola contemporânea ainda mantém a estrutura erigida em conformidade com a lógica disciplinar, pois tem como meta o exercício do poder que busca docilizar e constituir sujeitos úteis, tal como apresentado por Foucault:

Esses métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade [...] A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos 'dóceis'. A disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência). (1975/2007, p. 118-119)

Essa forma de controle imposta pela lógica disciplinar contrasta com o que vem sendo observado por estudiosos da contemporaneidade. De acordo com Han (2017), atualmente observamos a transição de uma sociedade disciplinar para uma sociedade do desempenho. Na lógica do desempenho, a cena principal é ocupada por demandas de superprodução, superdesempenho, visibilidade e supercomunicação: "A mudança de paradigma da sociedade disciplinar para a sociedade do desempenho aponta para a continuidade de um nível. Já habita, naturalmente, o inconsciente social, o desejo de maximizar a produção." (Han, 2017, p. 25). A lógica do desempenho é muito bem simbolizada por Han (2017) por meio do *slogan* da campanha presidencial de Barack Obama: "Yes, we can!" – que traz em seu cerne o ideal de que todas as metas são alcançáveis. Tal pressuposto entra em conflito com a lógica disciplinar que ainda fornece a estrutura das escolas contemporâneas. Por carregar as características de uma escola do século passado, onde o que impera é a utilidade, a obediência e a produção de individualidades assujeitadas com pouco espaço de criação, as escolas hoje não tornam os sujeitos seguros para enfrentar a lógica do desempenho.

Tal descompasso coloca os professores da rede pública estadual do Rio de Janeiro diante de um paradoxo produzido pela modernidade: a exigência de autonomia que incide sobre o indivíduo na ausência de suportes socialmente disponíveis para que esse processo se dê (Castel, 1998; Ehrenberg, 2010; Han, 2017). Dessa forma, a responsabilidade de formar crianças e jovens sem o devido suporte do Estado capaz de possibilitar o atendimento das demandas de desempenho impostas como metas do fazer docente tem levado o professor à exaustão e ao esgotamento. Muitas vezes o quadro descrito culmina em diversos tipos de sofrimentos perpassados pela impotência e insuficiência, e pode conduzir à síndrome de *burnout*, que será discutida adiante.

Por enquanto, é importante ressaltar que, no contexto em questão, esse tipo de adoecimento também pode estar relacionado a formas precárias de trabalho e ao processo de precarização do serviço público que, por sua vez, contribui para fragilizar a função e a identidade dos professores da rede pública estadual do Rio de Janeiro (Borsoi, 2011; Druck, 2016). Deve ficar claro que esse não é um problema localizado somente no Rio de Janeiro: o estado representa uma microesfera que sofre os reflexos da macrosfera regida pela lógica neoliberal. Posto isto, é necessário considerar que condições precárias acompanham a história do trabalho e o modo de produção capitalista ao longo dos anos, enquanto que a precarização se configura como um processo recentemente generalizado, produzido pelo neoliberalismo e cada vez mais presente nas relações de trabalho contemporâneas (Borsoi, 2011; Cingolani, 2014; Antunes, 1995, 2018).

A precarização vem configurando um novo metabolismo social do trabalho que ultrapassa o uso da força laboral como mercadoria e atinge a subjetividade do trabalhador (Alves, 2011). De acordo com Aquino (Aquino, 2008; Aquino & Moita, 2018), uma das consequências da precarização na produção subjetiva do trabalhador é a falta de perspectiva frente ao amanhã, que pode produzir insegurança, incerteza, instabilidade e fragilidade a ponto de levar o trabalhador precário a perder a crença em si e na possibilidade de um futuro melhor. Isso revela como a precarização e a vulnerabilidade dos laços de pertencimento e coesão social impactam a posição e a experiência do trabalhador no mundo – interferindo nos processos de construção identitária (Bourdieu, 1993) e de inscrição do sujeito em estruturas portadoras de sentido (Castel, 1998).

Uma pesquisa realizada em 35 países pela Varkey Foundation (2018), fundação sediada na Inglaterra, criada para melhorar os padrões de educação e elevar o *status* e a capacidade dos professores em todo o mundo, foi divulgada em novembro de 2018, e os resultados obtidos apresentaram alguns dados baseados na opinião dos brasileiros. O resultado mais significativo para nossa discussão é

que o Brasil ocupa a última posição do *ranking* relativo ao prestígio de docentes. Os dados que levaram o país a ocupar essa posição foram: trabalho excessivo, salários menores do que o imaginado para os docentes, falta de respeito dos alunos e um dos piores sistemas educacionais do mundo. Vale lembrar que, na pesquisa anterior realizada, em 2013, pela mesma fundação, o país ocupava, no que diz respeito aos dados em questão, a penúltima posição dentre os 21 países pesquisados. Outro dado igualmente relevante para o nosso estudo e que coloca o nosso país na penúltima posição no *ranking* apresentado pela Varkey, perdendo apenas para Israel, é que 88% da população considera a profissão como sendo de *baixo status*. Diante de tal cenário, cabe-nos analisar como a desvalorização da profissão pode estar interferindo na percepção que esses profissionais têm de si, e mais: se esta causa repercussão na instauração da experiência de sofrimento psíquico apresentada pelos professores. Em outras palavras, é possível indagar: como a precarização e a desvalorização do trabalho do professor impactam o fazer e o ser docentes?

No Rio de Janeiro, a Secretaria de Estado de Planejamento (SEPLAG-RJ, 2015) informa que, entre janeiro de 2015 e abril de 2017, foram registradas 3.493 exonerações no serviço público estadual. Destas, 3.271 foram a pedido dos próprios servidores, o equivalente a 94% das demissões. Ainda, segundo dados da pasta, entre essas exonerações estão incluídos servidores de todas as áreas. Do total, 68% são da Secretaria Estadual de Educação (SEEDUC-RJ), 8% da Secretaria de Saúde, 7% da área militar e os outros 17% estão divididos entre os demais órgãos do Executivo.

No estado, é possível observar que o número de pedidos de licenças médicas entre os profissionais da educação é alarmante e tem chamado a atenção da sociedade, uma vez que já vem sendo denunciado pela grande mídia. A título de exemplos, em março de 2016, o jornal *O Globo* publicou que mais de 1.200 professores da rede estadual de ensino do Rio de Janeiro ficaram licenciados por depressão ou transtornos mentais durante o curso do ano de 2014. O número corresponde a 12,5% dos 9.680 docentes que tiraram licença médica no ano anterior. O afastamento por motivos psiquiátricos, segundo o jornal, é a segunda maior causa, perdendo apenas para os 33% por problemas ósseos e fraturas. Igualmente, em setembro de 2018, o portal do *G1* publicou que metade dos professores afastados na rede estadual pediu licença por problemas psiquiátricos e um número significativo deles sofreu agressões em sala de aula, de acordo com levantamento da Secretaria Estadual de Saúde.

Diante do exposto, parece-nos potente olhar para proteção e cuidados com a saúde física e psíquica do professor, em função do lugar que os professores ocu-

pam na sociedade, uma vez que carregam o ônus e o bônus de terem uma parcela de participação na preparação do aluno como cidadão, conforme estabelece a Organização Internacional do Trabalho (OIT, 1984/1988). Sob a mesma ótica, o Plano Nacional de Educação (Brasil, 2015), estratégia 7.31, estabelece ações efetivas especificamente voltadas para a promoção, prevenção, atenção e atendimento à saúde e à integridade física, mental e emocional dos profissionais da educação, como condição para a melhoria da qualidade educacional.

Na tentativa de fornecer cuidados e em consonância com o exposto acima, o SEPE-RJ manifestou, em seu Informativo de maio de 2017 (SEPE-RJ, 2017), preocupação com as doenças psicopatológicas e passou a organizar rodas de conversa com um pesquisador da área. Com respaldo do pesquisador responsável e embasado em dados estatísticos obtidos mediante pesquisas realizadas com professores da rede, o sindicato da categoria utiliza o termo epidemia para discutir as causas e os efeitos da síndrome do esgotamento profissional.

Temos, portanto, diante de nós, um cenário que proporciona a concepção da hipótese de que a precarização do sistema educacional pode estar contribuindo para o aumento da insatisfação dos professores e, também, gerando sofrimento psíquico. Com o intuito de iniciar uma investigação acerca desse tipo de sofrimento, torna-se necessário, primeiro, realizar uma discussão a respeito do fazer docente em nosso tempo.

O cotidiano escolar e as especificidades da profissão de professor hoje

O ato de educar é sustentado pelas relações estabelecidas entre professor e aluno. Nessas relações estão imbricados valores, vivências e experiências que impactam diretamente a vida dos envolvidos. É também pela via da afetividade que o professor desenvolve seu trabalho; por isso, não há como ignorar o fato de que o ambiente escolar, ante ao contexto familiar e social em que muitos estudantes estão inseridos, é visto como extensão da casa, e, por vezes, ampara mais que o próprio lar.

Nesse sentido, Esteve (1999) nos alerta que “assumir as novas funções que o contexto social exige dos professores supõe domínio de uma ampla série de habilidades pessoais que não podem ser reduzidas ao âmbito da acumulação do conhecimento” (p. 38). A perspectiva apresentada por Esteve configura a realidade da práxis docente, na qual o professor precisa transitar por vários papéis, ter um olhar sempre atento e estar disposto a atender às demandas da sala de aula, haja

vista que muitas vezes o educador perceberá que a última coisa que o aluno precisa naquele momento é de conteúdo programático. Ao levar em consideração as vicissitudes da sala de aula, possivelmente notará que se faz necessário um abraço, um gesto de carinho, ou até mesmo uma repreensão firme, pois o acolhimento e o reconhecimento desses alunos são de fundamental importância, uma vez que levam para a sala de aula suas carências físicas e emocionais.

Isso nos leva a notar que o desenvolvimento social está intimamente ligado ao desenvolvimento cognitivo e afetivo, formando uma espécie de elo: “A vida afetiva, como a vida intelectual, é uma adaptação contínua e as duas adaptações são não somente paralelas, mas interdependentes, pois os sentimentos exprimem os interesses e os valores das ações, das quais a inteligência constitui a estrutura.” (Piaget, 1971, p. 271). Assim, podemos inferir que não há como desvincular a afetividade da cognição. As trocas estabelecidas em sala de aula são carregadas de sentimentos e são fundamentais em qualquer convívio social, e a práxis pedagógica é estimulada pelas vivências, nas quais professor e aluno estabelecem vínculos de afeto.

Para melhor compreensão da relação professor-aluno, recorreremos ao campo psicanalítico. Apesar de haver divergências entre as estruturas teórico-epistemológicas referentes à educação e à psicanálise, os estudos mais recentes desenvolvidos em ambas as áreas vêm apostando em uma fértil interlocução entre esses dois campos do saber (Kupfer, 2010; Voltolini, 2011; Lajonquière, 2017; Pereira, 2017). O conceito de transferência, oriundo da clínica freudiana do final do século XIX, vem possibilitando o estabelecimento de um terreno comum para explorar a presença dos processos inconscientes no cotidiano escolar. Em suas pesquisas, Kupfer (1989, 2010) adota como ponto de partida a impossibilidade de fazer uma aplicação direta de conceitos psicanalíticos ao campo da educação e propõe como viável a transmissão ao educador de uma ética, um modo de observar, de problematizar e compreender sua prática educativa. É de acordo com essa lógica que pretendemos operar. A transferência, com base nos estudos freudianos, ocorre quando se projeta, inconscientemente, nas pessoas do convívio presente, elementos pertencentes ao passado. Tal tipo de relação é explicada por Laplanche e Pontalis (Laplanche, 1998) como um processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos no enquadre de um certo tipo de relação estabelecida entre eles. No que diz respeito ao cotidiano escolar, “podemos dizer que na relação professor-aluno, a transferência se produz quando o desejo de saber do aluno se aferra a um elemento particular, que é a pessoa do professor” (Kupfer, 1989, p. 90-91).

Para o aluno, o professor pode ser, ao mesmo tempo, objeto depositário de carinho ou de sua falta. Tal relação envolve uma gama de expressões afetivas que podem ir do amor ao ódio. Quando afetado positivamente, o aluno pode estabelecer um vínculo transferencial com o professor e este pode se tornar imbuído de confiança. Em casos assim, o estabelecimento de uma relação de confiança pode instaurar um espaço de investimento e, desse modo, para o aluno, estudar passa a ser uma forma de investir nesse vínculo. A partir de tal lógica, a transferência, para o professor, segundo Freud (1912/1996), pode, “de modo igualmente simples, servir para facilitar as confissões”, e é nesse espaço de confiança que o autor considera que “uma relação de dependência afetiva e dedicada pode (...) ajudar uma pessoa a superar todas as dificuldades de fazer uma confissão. Em situações reais análogas, as pessoas geralmente dirão: ‘Na sua frente, não sinto vergonha: posso dizer-lhe qualquer coisa.’” (p. 116). Em termos semelhantes, lugar de confissão é lugar de confiança. Por essa razão, a transferência é um aspecto inerente ao sujeito, pois perpassa os relacionamentos, e não seria diferente na relação professor-aluno. E os processos de transferência, além de singulares, são inconscientes; todavia, a depender das vivências do aluno, a transferência também pode ser negativa, e quando isso ocorre o professor é posto num lugar hostil.

Desse modo, presente no cotidiano educacional, o processo de transferência pode interferir tanto de forma positiva quanto negativa no processo de ensino-aprendizagem. A tarefa de despertar o desejo de aprender torna-se complexa, principalmente quando nos damos conta de que vivemos num mundo alicerçado pela velocidade de informações e por conhecimentos descartáveis, onde a escola se tornou um lugar no qual a indisciplina e a violência são indissociáveis da rotina e que as dificuldades de aprendizagem e os problemas psicológicos, comportamentais e sociais levam professores a enfrentar uma grande lista de desafios para que, na maioria das vezes, não estão preparados, mas sobre os quais precisam agir e reagir. Inúmeros são os desafios acerca do desejo de aprender. A psicanálise adota como premissa que os desejos são oriundos do inconsciente. Devido ao fato de os conteúdos inconscientes nem sempre se tornarem conscientes, é possível conceber que muitas vezes o aluno não tem ciência do que deseja, do que quer. Assim, é preciso considerar que a dimensão inconsciente perpassa a relação professor-aluno, interferindo diretamente no processo de ensino-aprendizagem.

Nesse entendimento, o fazer docente não pode ser pensado de forma reducionista, considerando apenas o trabalho realizado por um profissional. Em outras palavras, não cabe pensar o professor como mero transmissor de conhecimento, visto que o exercício da docência reflete em toda a sociedade quando atua na for-

mação do cidadão. Portanto, por mais consolidado que seja o papel do professor na sociedade, seu reconhecimento ainda fica aquém de sua importância, quer seja em questões salariais, quer em condições de trabalho e, conseqüentemente, na valorização da profissão. Diante desse cenário, que lugar o professor ocupa na sociedade?

Com esse questionamento, podemos retornar aos dados da Secretaria de Estado de Planejamento (SEPLAG-RJ) e da Varkey Foundation apresentados acima. A primeira informou que, dentre todas as secretarias do estado, a de educação é a que apresenta o maior percentual de pedidos de exoneração, o equivalente a 68%; e a segunda revelou dados nos quais o índice alcançado, com base na avaliação do brasileiro, colocou a profissão professor em último lugar no *ranking*. A percepção que os professores têm de si e a que a sociedade tem da profissão reflete a realidade de um estado que não prioriza a educação, que não valoriza seus profissionais, que não lhes dá condições dignas de trabalho e tampouco reconhece a importância deles na sociedade. Isso legitima, mesmo que implicitamente, a desvalorização da profissão de professor, tal como revelada pelos dados da Varkey Foundation.

Nas últimas décadas, foi possível assistir ao gradual enfraquecimento do Estado, pois à medida que ele não fornece garantias ao cidadão, deixa de ocupar o lugar de confiabilidade, esvazia-se do sentido antes proferido como Estado forte, capaz de prover sustentação e estabilidade aos trabalhadores. Vale salientar que o processo de enfraquecimento se deu a partir da retirada das *redes de proteção* e da adesão ao discurso neoliberal.

a ideologia neoliberal, ao mesmo tempo em que enfraquece a esfera pública a partir de um estado mínimo, dessolidarizante e moralista, engolfa o homem em uma multiplicidade de mandatos e obrigações cotidianas inatingíveis, fazendo-o sentir-se sempre atrasado, insuficiente, endividado e estulto. (Severiano et al., 2018, p. 195)

Diante de tais considerações, é possível perceber que um Estado enfraquecido deixa o sujeito à mercê, sem ancoragem, sem garantias; em outras palavras, deixa-o sem perspectiva de futuro. Essa perda da capacidade de crer contribui para conduzir o professor ao adoecimento, pois à medida que o Estado não ampara, valida os discursos de desvalorização, que ficam impressos no psiquismo como uma ferida. Tal marca, juntamente com a precarização, pode ser elencada como um dos elementos constitutivos do mal-estar docente.

Um olhar psicanalítico acerca do sofrimento do professor

É importante adotarmos como ponto de partida a ideia de que o processo de retirada das redes de proteção oferecidas pelo Estado em função da adesão, cada vez mais forte, ao discurso neoliberal tem efeitos na produção de sofrimentos que podem acometer o ser e o fazer docentes. Nesse contexto, a redução de amparo e garantias pode produzir sentimentos de menos valia, insegurança, incerteza, instabilidade e fragilidade capazes de influenciar o professor a perder a crença em si e na possibilidade de ser recompensado por sua profissão.

De acordo com Freud (1921/2011), quando os laços que sustentam as relações são dissolvidos, uma situação de desamparo se configura a partir do medo, do excesso de insegurança e de desproteção. Em 1895, em seu *Projeto para uma psicologia científica*, Freud (1895[1950]/1996) utilizou a palavra alemã *Hilflosigkeit*, traduzida para o português como desamparo, para nomear um estado de ausência de ajuda, de dependência, de insuficiência e de impotência que caracteriza a condição primordial de o ser humano estar no mundo. O bebê, extremamente frágil e desprotegido, nasce imaturo, incapaz de locomover-se ou alimentar-se por si só. Diante da incapacidade de realizar uma ação sem a ajuda de outrem, o recém-nascido encontra-se totalmente dependente de alguém que o auxilie na busca de satisfação das urgências provenientes das fontes somáticas. Nesse contexto, a função alteritária assume um papel fundamental, tornando o estado de dependência e a condição de desamparo do recém-nascido fatores que terão repercussões nas relações sociais. Assim, é possível perceber que a condição de impotência do ser humano não só o tornou incapaz de enfrentar os perigos sozinho, mas também fundou a necessidade de criar relações de dependência, imprimindo a presença da intersubjetividade como elemento crucial nos primórdios da construção do psiquismo.

A condição de desamparo designa o estado em que nascemos e também o estado no qual se vive em alguns momentos. Dessa forma, a situação de desamparo vai muito além de uma experiência do momento inicial da vida. Quando o desamparo se manifesta em sua função desestruturante, o funcionamento traumático assume a cena principal. Em seu texto *Inibição, sintomas e angústia*, Freud (1926/2014) concebe a vivência da angústia originária como algo que se reatualiza diante de situações semelhantes:

(...) a angústia se origina diretamente da libido, ou seja, estabelece-se aquele estado de desamparo do Eu ante uma enorme tensão gerada pela necessidade, o qual, como no nascimento resulta na geração de angústia; e nisso há novamente a possibilidade – plausível, mas pouco

relevante – de que justamente o excesso de libido não utilizada ache descarga na geração de angústia. (Freud, 1926/2014, p. 84)

A angústia originária pode ser entendida como algo que comparece, mais tarde, sob a forma de reprodução de um estado traumático primitivo, reatualizado diante de situações semelhantes. De acordo com Freud (1926/2014), a situação de desamparo do recém-nascido é revivida em circunstâncias de perigo. Dessa forma, além de poder se configurar como uma condição traumática ou um retorno a uma condição traumática, o desamparo também pode representar um perigo do qual o aparelho psíquico tenta se esquivar.

O que define o desamparo é a situação de total passividade em que se encontra o sujeito, na incapacidade de poder, com seus próprios recursos, encontrar saída para seus impasses. Somente quando o sujeito (seja ele criança ou adulto) vai aos poucos, passando do estado de total passividade para o de atividade, é que ele se torna capaz de reconhecer o perigo e de preveni-lo com o sinal de angústia. (Rocha, 2000, p. 130)

O sinal de angústia prepara para o perigo, alertando o eu e preparando-o para se defender da ameaça. Dessa forma, o sinal se apresenta como um meio de evitar que a angústia compareça como uma medida de defesa que paralisa o sujeito, tornando-o impotente diante do perigo a ser enfrentado. A exposição ao perigo reatualiza a insuficiência, característica da condição primitiva de desamparo, tornando-a desestruturante. Essa situação é vivida como traumática, marcada por um excesso, por um transbordamento que o aparelho psíquico não domina. Quando o aumento de excitação não pode ser contido, o princípio do prazer fracassa e produzem-se experiências traumáticas, promovendo um acúmulo de energias. Nas palavras de Freud (1920/2010):

Descrevemos como ‘traumáticas’ quaisquer excitações provindas de fora que sejam suficientemente poderosas para atravessar o escudo protetor. Parece-me que o conceito de trauma implica necessariamente numa conexão desse tipo com uma ruptura numa barreira sob outros aspectos eficaz contra os estímulos. (p. 192)

Desse modo, podemos entender que o colapso ocorre quando o excesso de estímulos externos ameaça as defesas, ultrapassando o “escudo protetor”, isto é, aquilo que é capaz de proteger o sujeito (Freud, 1920/2010, p. 45). Ao desenvolver

um entendimento acerca da metáfora do escudo protetor proposta por Freud e relacioná-la à concepção do fator traumático em Winnicott, Khan (1963/1984) propôs o conceito de trauma cumulativo. De acordo com Khan (1963/1984), o aspecto patogênico do trauma cumulativo só se instaura a partir do somatório de situações em que o ambiente não desempenhou a função de escudo protetor. Para o autor, quando o ambiente falha em sua função de escudo protetor, pequenas fendas são abertas, instaurando-se, ao longo do tempo, como feridas no eu. A abertura das fendas não pode ser considerada traumática no momento em que se instala; só adquire valor de trauma cumulativa e retrospectivamente. Isso significa que o caráter traumático não pode ser dado pelo acontecimento no momento de sua ocorrência, isto é, quando as fissuras são abertas. Ele se instala pela repetição e pelo acúmulo de pequenos sulcos, silenciosa e invisivelmente. Constituído pelo somatório das fissuras acumuladas no eu ao longo do tempo, o fator traumático só pode ser percebido como tal após a instalação dos efeitos patogênicos das feridas acumuladas.

A partir do entendimento das noções apresentadas, torna-se possível fazer uma incursão ao campo da educação para tecer algumas considerações acerca do sofrimento psíquico causado pelo fazer docente na rede pública do estado do Rio de Janeiro. É importante notar que o sofrimento experimentado pelos professores da rede pública não está relacionado a um único trauma, mas inclui uma série de pequenos eventos traumáticos provenientes de um conjunto de experiências relacionadas aos efeitos da precarização no cotidiano escolar, à falta de amparo e de investimento do Estado, aos sentimentos de menos valia, a instabilidades e fragilidades capazes de influenciar o professor a perder a crença em si e na possibilidade de ser reconhecido pelo exercício de sua profissão. A reunião dessas feridas, ao longo do tempo, culmina em diversos tipos de sofrimentos, perpassados por impotência e insuficiência.

Aguiar e Almeida (2006) nos alertam que, no contexto educacional, parece haver um mal-estar que comparece silenciosamente a partir do não dito. Ao não se expressar pela palavra, o mal-estar acaba se denunciando na saúde psíquica do professor. Uma das formas de manifestação vem sendo caracterizada, no âmbito da saúde do trabalhador, como uma síndrome nomeada *burnout*.

***Burnout* na educação: uma questão individual ou conjuntural?**

O termo *burnout* foi cunhado pelo psicólogo Herbert J. Freudenberger na década de 1970 e definido como um estado de esgotamento físico e mental, cuja causa está intimamente ligada à vida profissional. *Burnout* é uma expres-

são inglesa – *burn* (queimar), *out* (exceder) – que remete à ideia de algo que deixou de funcionar por exaustão, por esgotamento, que perdeu a energia, que chegou ao limite e, conseqüentemente, não tem mais condições de desempenho (Benevides-Pereira, 2002). Desde que foi caracterizado como um tipo de adoecimento, o *burnout* tornou-se objeto de pesquisa em diferentes áreas do conhecimento, com diferentes olhares, conservando um ponto convergente: o resultado de um esgotamento oriundo do trabalho. A partir de tal confluência, cabe dar um passo adiante e indagar: seria o *burnout* uma questão individual ou conjuntural?

Maslach e Leiter (1997) apresentam a ideia de que o “*burnout* não é um problema do indivíduo, mas do ambiente social no qual ele trabalha” (p. 45). Nessa perspectiva, Figueiredo (2018) vai além, ao afirmar que

a sociedade supostamente dividida entre os vencedores e os perdedores acaba sendo uma sociedade apenas de perdedores, cansados, tomados pela sensação de insuficiência e impotência: são sujeitos permanentemente vítimas da síndrome de *burnout*, e não apenas nas situações de trabalho profissional, mas na vida. (p. 96)

Tais considerações deixam claro que estamos diante de um mal-estar que acomete os sujeitos contemporâneos cujo regime de trabalho está atrelado à lógica neoliberal. Dessa forma, é possível conceber a síndrome de *burnout* como um mal-estar, oriundo da cultura, sujeito a sofrer atualizações conforme o tempo e espaço em que se encontra situado. Pereira (2017), ao discutir o mal-estar docente, destaca que muito se tem alardeado “mas nunca profunda ou suficientemente esclarecido sobre o padecimento psíquico de professores que se dizem cada vez mais deprimidos, estressados, esgotados, angustiados, hipermedicalizados, em pânico ou desistentes” (p. 71). Nesse sentido, vale enfatizar que o esgotamento profissional comparece no contexto educacional como um estado de diminuição de investimento no exercício da profissão, caracterizado por cansaço, sentimento de desamparo, desesperança, vazio emocional e pelo desenvolvimento de uma série de atitudes negativas frente ao trabalho, à vida e às pessoas (Pines et al., 1981; Carlotto, 2010). Para corroborar o que tem sido observado no campo da educação, torna-se oportuno lançar mão dos estudos desenvolvidos por Han (2017) sobre a sociedade do desempenho. Em suas considerações, o filósofo descreve um sujeito que

está cansado, esgotado de si mesmo, de lutar consigo mesmo. Totalmente incapaz de sair de si, estar lá fora, de confiar no outro, no mundo, fica se remoendo, o que paradoxalmente acaba levando

à autoerosão e ao esvaziamento. Desgasta-se correndo numa roda de hamster que gira cada vez mais rápida ao redor de si mesma. (p. 91)

Nos discursos da sociedade do desempenho imperam o excesso de positividade em que o sujeito é levado a competir consigo mesmo, a obedecer às suas ambições e lutar por metas inatingíveis, pois sempre que alcançadas, são içadas um pouco além. O sujeito do desempenho sofre com a pressão da *performance*, que o coloca em guerra consigo mesmo, e essa luta constante por um melhor desempenho está pautada em uma autocobrança destrutiva, que culmina em sujeitos esvaziados, desgastados, com perda de sentido si e do mundo, esgotados profissionalmente. Em tal estado, o sujeito sofre uma ruptura psíquica e, ao mesmo tempo, uma ruptura social (Castro, 2012).

Chegamos ao ponto em que é possível fazer uma articulação entre os aspectos conjunturais e individuais que perpassam o mal-estar docente. De acordo com a lógica do discurso neoliberal, que sustenta as práticas dos sujeitos imersos na sociedade do desempenho, tanto a precarização das relações de trabalho quanto o sofrimento psíquico apresentado pelo sujeito em situação de desamparo podem desembocar num quadro de esgotamento profissional ou, em outras palavras, na síndrome de *burnout*. Nessa perspectiva, podemos inferir que, ao longo do processo de esgotamento, o sujeito gradualmente acumula feridas impressas pelos efeitos da precarização, pela falta de sustentação do ambiente e pela desvalorização de si. A reunião dessas feridas ao longo do tempo culmina em diversos tipos de sofrimentos perpassados pela impotência e pela insuficiência que ultrapassam a capacidade de suportar, levando ao adoecimento ou à desistência da vida laboral.

Para finalizar, é importante considerar que saúde e trabalho não devem ser dissociados, posto que representam uma dimensão fundamental na vida de qualquer profissional, garantindo qualidade de vida e produção. Portanto, com base no que foi exposto, é possível afirmar que o adoecimento do professor pode provocar impactos negativos tanto no processo de ensino-aprendizagem como também aos cofres públicos, na medida em que o adoecimento colabora para o aumento significativo de faltas, afastamentos temporários e permanentes, contribuindo, assim, para a elevação do déficit de profissionais nesse segmento.

Considerações finais

Burnout na educação não é apenas uma questão individual, é também uma questão conjuntural. Isso significa que o processo de precarização dos laços nas relações de trabalho pode repercutir na saúde docente, instaurando uma situação

de vulnerabilidade capaz não só de impactar o fazer e o ser docente mas, sobretudo, de revelar um mal-estar que se manifesta de forma silenciosa. Tal padecimento acaba sendo denunciado a partir do adoecimento. Nesse contexto, faz-se necessário repensar a importância das políticas públicas de amparo à atividade docente, tendo em vista, principalmente, que o cuidado com a saúde do professor não deve ser desvinculado dos efeitos provocados pela adesão às práticas neoliberais. A gradual retirada das redes de proteção do Estado contribui para que os professores convivam com a incerteza de seus ganhos, com as condições precárias das instituições de ensino, com a desestabilização da posição assumida e com salários não reajustados. É desse modo que a precarização das relações de trabalho pode levar o professor a perder a crença em si e na possibilidade de ser reconhecido pelo exercício em sua profissão, tornando-o vulnerável ao adoecimento e sujeito a pressões constantes por melhor desempenho na ausência de suportes socialmente disponíveis para que esse processo ocorra.

Referências

- Aguiar, R. M. R.; Almeida, S. F. C. (2006). Professores sob pressão: Sofrimento e mal-estar na educação. *Psicanálise, Educação e Transmissão*, 6. http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000032006000100063
- Alves, G. (2011). Trabalho, subjetividade e capitalismo manipulatório: O novo metabolismo social do trabalho e a precarização do homem que trabalha. *Estudos do Trabalho*, ano V. <https://docplayer.com.br/10510502-Trabalho-subjetividade-e-capitalismo-manipulatorio-o-novo-metabolismo-social-do-trabalho-e-a-precarizacao-do-homem-que-trabalha.html> (acessado em 20/10/2021).
- Antunes, R. (1995). *Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. São Paulo: Cortez / Editora da UNICAMP.
- Antunes, R. (2018). *O privilégio da servidão: O novo proletariado de serviços na era digital* (1ª ed.). São Paulo: Boitempo.
- Aquino, C. A. B. (2008). O processo de precarização laboral e a produção subjetiva: Um olhar da desde a psicologia social. *O Público e o Privado*, 6(11), 169-178. <https://revistas.uece.br/index.php/opublicoeoprivado/article/view/2383>
- Aquino, C. A. B.; Moita, D. S. (2018). Uma reflexão sobre a precariedade laboral no âmbito da psicologia do trabalho. In: A. F. de Lima; I. M. P. Germano; I. B. de Sabóia; J. C. Freire (Orgs.), *Sujeito e subjetividades contemporâneas: Estudos do programa de pós-graduação em psicologia da UFC*, p. 303-334. Fortaleza: Edições UFC. <https://pospsi.ufc.br/wp-content/uploads/2019/03/livro-sujeito-e-subjetividades-contemporaneas-final.pdf>

- Benevides-Pereira, A. M. T. (2002). O processo de adoecer pelo trabalho. In: A. M. T. Benevides-Pereira (Org.), *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*, p. 21-91. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Borsoi, I. C. F. (2011). Vivendo para trabalhar: Do trabalho degradado ao trabalho precarizado. *Convergencia*, 18(55), 113-133. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-14352011000100005
- Bourdieu, P. (1993). *The field of cultural production*. New York: Columbia University Press.
- Brasil – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (2015). *Plano Nacional de Educação PNE 2014-2024: Linha de Base*. Brasília: INEP. <http://portal.inep.gov.br/documents/186968/485745/Plano+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+PNE+2014-2024++Linha+de+Base/c2dd0faa-7227-40ee-a520-12c6fc77700f>
- Carlotto, M. S. (2010). *Síndrome de burnout: O estresse ocupacional do professor*. Canoas: ULBRA.
- Castel, R. (1998). *As metamorfoses da questão social: Uma crônica do salário*. Petrópolis: Vozes.
- Castro, F. G. (2012). *O fracasso do projeto de ser: Burnout, existência e paradoxos do trabalho*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Cingolani, P. (2014). *The precariat and the plebeian principle: Independent and precarious workers: Paradoxes and emancipation issues*. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01291067/document> (acessado em 22/05/2020).
- Druck, G. (2016). A terceirização na saúde pública: Formas diversas de precarização do trabalho. *Trabalho, Educação e Saúde*, 14(suppl. 1), 15-43. <https://www.scielo.br/j/tes/al/ZzrBrfcK75czCSqYzjjhRgk/>
- Ehrenberg, A. (2010). *O culto da performance: Da aventura empreendedora à depressão nervosa*. Aparecida: Ideias & Letras.
- Esteve, J. M. (1999). *O mal-estar docente: A sala de aula e a saúde dos professores*. São Paulo: EDUSC.
- Figueiredo, L. C. (2018). Trauma e dissociação na ‘contemporaneidade’: De volta ao assunto vinte anos depois. *Cadernos de Psicanálise (Rio de Janeiro)*, 40(39), 91-108. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952018000200005
- Foucault, M. (1975/2007). *Vigiar e Punir: Nascimento da prisão* (34ª ed., trad. R. Ramalhete). Petrópolis: Vozes.
- Freud, S. (1895[1950]/1996). Projeto para uma psicologia científica. In: *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. I. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1912/1996). A dinâmica da transferência. In: *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1920/2010). Além do princípio do prazer. In: *Obras completas*, vol. 14. São Paulo: Companhia das Letras.

- Freud, S. (1921/2011). Psicologia das massas e análise do Eu. In: *Obras completas* (trad. P. C. de Souza), vol. 15. São Paulo: Companhia das Letras.
- Freud, S. (1926/2014). Inibição, sintoma e angústia. In: *Obras completas* (trad. P. C. de Souza), vol. 17. São Paulo: Companhia das Letras.
- Han, B. (2017). *Sociedade do cansaço / Byung-ChulHan* (2ª ed., trad. E. P. Giachini). Petrópolis: Vozes.
- Khan, M. (1963/1984). O conceito de trauma cumulativo. In: *Psicanálise: Teoria, técnica e casos clínicos*, p. 57-76. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Kupfer, M. C. M. (1989). *Freud e a educação: O mestre do impossível*. São Paulo: Scipione.
- Kupfer, M. C. M. (2010). O sujeito na psicanálise e na educação: Bases para a educação terapêutica. *Educação & Realidade*, 35(1), 265-281. <https://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/9371>
- Lajonquière, L. (2017). Elucidação comparativa dos estudos em psicanálise e educação na França e no Brasil: A psicanálise aplica-se à educação?. *Educar em Revista*, 33(64), 19-33. <https://revistas.ufpr.br/educar/article/view/49813>
- Laplanche, J. (1998). *Vocabulário da psicanálise: Laplanche e Pontalis* (sob a direção de Daniel Lagache) (3ª ed., trad. P. Tamen). São Paulo: Martins Fontes.
- Maslach, C.; Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout: How organizations cause, personal stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass.
- OIT – Organização Internacional do Trabalho (1984/1988). *A condição dos professores: Recomendação internacional de 1966: Um instrumento para a melhoria da condição dos professores*. Genebra: OIT/Unesco. <http://smeduquedecaxias.rj.gov.br/nead/Biblioteca/Forma%C3%A7%C3%A3o%20Continuada/Artigos%20Diversos/a%20condi%C3%A7%C3%A3o%20dos%20professores.pdf>
- Pereira, M. R. (2017). De que hoje padecem os professores da educação básica?. *Educar em Revista*, (64), 71-87. <https://doi.org/10.1590/0104-4060.49815>
- Piaget, J. (1971). *A formação do símbolo na criança: Imitação, jogo e sonho, imagem e representação*. Rio de Janeiro: LTC.
- Pines, A.; Aronson, E.; Kafry, D. (1981). *Burnout: From tedium to personal growth*. New York: Macmillan.
- Rocha, Z. (2000). Desamparo e metapsicologia: Para situar o conceito de desamparo no contexto da metapsicologia freudiana. *Síntese Revista de Filosofia*, 26(86), 331-346. <https://www.faje.edu.br/periodicos/index.php/Sintese/article/view/761>
- SEPE-RJ – Sindicato Estadual dos Profissionais de Educação do Rio de Janeiro (2017). *Informativo*. <https://www.seperj.org.br/wp-content/uploads/2021/03/boletim1611.pdf> (acessado em 24/10/2021).

- SEPE-RJ – Sindicato Estadual dos Profissionais de Educação do Rio de Janeiro (2018). *Informativo*. <https://www.seperj.org.br/wp-content/uploads/2021/03/boletim3341.pdf> (acessado em 24/10/2021).
- SEPLAG-RJ – Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão (2015). *Caderno de Recursos Humanos*, nº 15 (março/2015). <http://www.fazenda.rj.gov.br/sefaz/content/conn/UCMServer/uuid/dDocName%3aWCC214759> (acessado em 23/10/2018).
- Severiano, M. F. V.; Araújo, T. Q.; Queiroz, V. P.; Figueiredo, D. C. (2018). O 'tempo livre' produtivo: Ideais tecnológicos de um tempo acelerado. In: A. F. de Lima; I. M. P. Germano; I. B. de Sabóia; J. C. Freire (Orgs.), *Sujeito e subjetividades contemporâneas: Estudos do programa de pós-graduação em psicologia da UFC*, p. 171-201. Fortaleza: Edições UFC.
- Varkey Foundation (2018). *Brazil GTSI Statistics*. <https://www.varkeyfoundation.org/media/4833/gtsi-brazil-chart-findings.pdf> (acessado em 08/11/2019).
- Voltolini, R. (2011). *Educação e Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.

Recebido em 20 de março de 2020

Aceito para publicação em 04 de dezembro de 2020

AS TRANSFORMAÇÕES DO MAL-ESTAR E O LUGAR DA PSICANÁLISE APÓS A ERA DA TÉCNICA

THE CHANGES IN THE MALAISE AND THE PLACE OF PSYCHOANALYSIS AFTER THE TECHNICAL ERA

LOS CAMBIOS DEL MALESTAR Y EL LUGAR DEL PSICOANÁLISIS DESPUÉS DE LA ERA DE LA TÉCNICA

Cleyton Sidney de Andrade⁽¹⁾

Inácio Antonio Silva de Mariz⁽²⁾

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo discutir as mudanças na leitura psicanalítica do mal-estar e da neurose com o início da era da técnica e a instrumentalização da relação do sujeito com o mundo, e com a mudança do lugar social da ciência. Veremos como tanto a ideia de mal-estar como a de sujeito neurótico se transformam desde a leitura freudiana em sua época. Nesse sentido, discutiremos a pertinência da psicanálise para pensar essas transformações, considerando sua relação com a ciência e com uma ideia de racionalização, inclusive de racionalização do desejo, nos dias atuais.

Palavras-chave: psicanálise; neurose; mal-estar; ciência.

ABSTRACT

This article aims to discuss the changes in the psychoanalytic reading of malaise and neurosis with the beginning of the era of technique and the operationalization of the subject's relation with the world and with the change in the social place of science. We look at how both the idea of malaise and the neurotic subject have changed since Freudian reading in his time. Thus, the pertinence of

⁽¹⁾ Psicanalista. Doutor em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Linguística e Literatura da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Maceió, AL, Brasil. email: cleyton.andrade@ip.ufal.br

⁽²⁾ Psicólogo. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Maceió, AL, Brasil. email: inaciomariz@hotmail.com

Este trabalho é resultado de pesquisa de mestrado em Psicologia desenvolvida no Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFAL e foi subvencionado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

the psychoanalysis will be discussed in thinking about those changes, taking into consideration its relationship with science and with an idea of rationalization, including rationalization the desire, in our days.

Keywords: psychoanalysis; neurosis; malaise; science.

RESUMEN

Este artículo tiene como objetivo discutir las transformaciones en la lectura psicoanalítica del malestar y de la neurosis empezando con el comienzo de la era de la técnica y la instrumentalización de la relación del sujeto con el mundo, y con el cambio del lugar social de la ciencia. Veremos como tanto la idea del malestar como la de un sujeto neurótico se cambiaran desde la lectura de Freud en su tiempo. En este sentido, debatiremos la relevancia del psicoanálisis para pensar sobre estas transformaciones, considerando su relación con la ciencia y con una idea de racionalización, incluido de racionalización del deseo, hoy en día.

Palabras clave: psicoanálisis; neurosis; malestar; ciencia.

O sujeito neurótico como saída para o mal-estar

Desde Freud até hoje, a racionalidade que rege nossas vidas mudou. A razão neoliberal baseada no consumo e no mercado impõe-se na criação de normas e de formas de vida. Um dos maiores desafios da psicanálise atual, mais de cem anos depois de sua constituição, é rever preceitos angulares que a sustentam, já que “as sociedades democráticas do fim do século XX deixaram de privilegiar o conflito como núcleo normativo da formação subjetiva” (Roudinesco, 2000, p. 19), pressuposto chave para a fundamentação da teoria psicanalítica.

No período que se estende ao longo do século XX, a experiência entre o sujeito e a linguagem sofreu uma significativa transformação que, em termos heideggerianos, está relacionada com uma “modalidade específica de perceber e compreender o mundo” segundo uma gramática de extração e acúmulo (Silva Jr., 2017). Esse período em que uma linguagem instrumental se apropria da relação entre os sujeitos, envolvendo o mundo inteiro como uma rede, é que denominamos, assim como Silva Jr. (2017), a *era da técnica*. A consolidação desse período de integração do sujeito com uma gramática técnica para orientar e definir suas ações no mundo, “a nada permitindo que lhe escape” (Silva Jr., 2017), pôs em xeque a ideia psicanalítica do conflito como núcleo normativo constituinte da subjetividade.

No entanto, o fato de o conflito aparentemente deixar de responder como núcleo normativo das subjetividades não quer dizer que ele deixou de existir. A presunção mais elementar é que a organização estrutural do núcleo normativo que constitui o conflito tenha mudado a ponto de nos fazer intuir que o conflito não está mais ali, operando um ponto de clivagem na constituição psíquica dos sujeitos. As expressões do mal-estar e do sofrimento que perpassam as sociedades ao longo do tempo, por exemplo, seguem sendo a manifestação da validade dessa estrutura.

No que se refere a esse conflito, o que a psicanálise revela sobre os sujeitos de sua época é um antagonismo estrutural entre exigências pulsionais e processo civilizatório, que em um primeiro momento se revela na forma de resistência a costumes e principalmente a uma certa moral sexual burguesa, e que se traduz na constituição sintomática (Freud, 1908/2015).

Nesse sentido, o interior da sociedade burguesa deve ser compreendido como um campo específico da representação dessas “formações que visavam construir compromissos a respeito de disposições afetivas contraditórias referentes à mesma representação mental” (Safatle, 2008, p. 21) que resultam no sintoma. A psicanálise não se refere em nenhum momento a problemas do social que requeiram uma resposta universalista que busque sanar o conflito. Para a psicanálise, trata-se de um conflito interno que se refere aos “índices de uma contradição interna na determinação do valor de uma representação” (Safatle, 2008, p. 21), expressos socialmente pelo mal-estar de uma época.

Por meio da experiência clínica, na época de Freud e ainda hoje, podemos identificar como se expressa essa relação do sujeito, este sujeito neurótico, com a realidade. Verificamos como a neurose consistiu em uma “resposta individual à crise ética da modernidade” (Kehl, 2002, p. 76), que se funda entre a queda dos poderes e verdades patriarcais e a necessidade de, diante dessa queda, “fazer emergir as pequenas verdades singulares, recalçadas” (Kehl, 2002, p. 35). Ou seja, a psicanálise surge para interrogar o sujeito contemporâneo no seu desenraizamento, em suas dimensões indissociáveis de liberdade e conflito.

A importância do que Kehl (2002) aponta está na maneira como o sujeito moderno, superado o momento de servidão involuntária, teve de lidar com uma verdade sobre si, que se institui entre a queda da lei – na própria figura do Pai/soberano – e a restauração dessa lei – na simbolização do Pai ou de algo que ocupe seu lugar. Resumidamente, a importância da psicanálise é que ela supõe “uma instância interna de controle [...] responsável, a um só tempo, pelo desenvolvimento dos homens modernos como indivíduos diferenciados uns dos outros e pelo sofrimento que essa prática de auto-observação pode acarretar” (Kehl,

2002, p. 63-64). Assim, a partir da falta de referentes estáveis para a linguagem na modernidade, ao sujeito neurótico é possibilitado construir um saber seu, sobre sua verdade, só que sustentado naquilo que ele não sabe, que é da ordem de seu caráter clivado (pulsão, inconsciente, desejo).

Dessa forma, o sujeito psicanalítico contemporâneo chega à clínica descrevendo novos conflitos e expressando novas aparências para sua neurose. O dilema atual da psicanálise é reconhecer o sujeito do inconsciente, da falta e do conflito, diante de uma contemporaneidade que busca cada vez mais defini-lo como sujeito pleno, “idêntico a si mesmo e reconhecido pelo meio a que pertence pelas manifestações soberanas de sua vontade” (Kehl, 2002, p. 78).

As transformações na era da técnica e o sujeito neurótico

A análise do psiquismo por meio da neurose ocupou lugar central no pensamento de Freud. A neurose se refere ao conflito psíquico estrutural que funda os indivíduos, conflito esse relacionado ao sentimento de culpa ao qual estamos sujeitos. Mas não é sempre que Freud se utiliza do termo neurose para se referir a uma estrutura psíquica. Inicialmente, Freud falava sobre *as* neuroses, e não *a* neurose. Isso porque a hipótese inicial se referia às neuroses como dispositivos de defesa das experiências traumáticas da infância. Com o passar do tempo, a neurose é redescrita como “operação de reconstituição da força simbólica da paternidade” (Dunker, 2014, p. 88). A partir de 1924, o paradigma causal se altera e a neurose passa a ser compreendida como resultado do “processo de fusão e desfusão das pulsões, com a correlata clivagem do eu”, que teria a tarefa de “conciliar na estrutura dos sintomas o eu” (Dunker, 2014, p. 90). Paradigma que justifica a neurose no interior de uma diagnóstica do social que, com a apreensão da ciência pelo capitalismo, tende a avançar para além do aspecto conflitual da neurose entre sintoma e identidade.

Nos dias de hoje, essas experiências indeterminadas são produzidas no interior de uma racionalidade que opera para eliminar a potência criativa do sofrimento indeterminado, desconsiderando, assim, a importância de um diagnóstico psicanalítico em torno das neuroses. A razão contemporânea, especialmente por meio da medicação, tende a unificar a história de vida dos sujeitos, seus sintomas e sua personalidade (Dunker, 2016). Essa razão esvazia a potência do sintoma. Segundo Dunker (2018, p. 322):

a gramática normativa e a uniformização dos sintomas a sua forma ocidental contemporânea são um processo ideológico relevante tanto porque funcionam como neutralização do potencial crítico que os sintomas psicológicos trazem para a compreensão de um determinado estado social quanto pelo papel que os sintomas sempre tiveram, de produzir laços sociais específicos.

Esse esvaziamento do papel da neurose no interior de uma diagnóstica social também pode ser creditado à forma como o saber da neurociência tem cooptado o debate sobre as ditas patologias mentais. Atualmente, a narrativa do sujeito neurótico, suas metáforas e experiências de linguagem é facilmente alinhada a um vocabulário da neurociência que explica as alterações e variações nas histórias dos sujeitos pela relação imediata que essas mudanças têm com a distribuição e recepção de neurotransmissores (Dunker, 2016). As palavras singulares de cada sujeito são substituídas por termos como dopamina, serotonina e endorfina, exclusivos da explicação neurocientífica das modificações cerebrais. De certa forma, esse tipo de razão também reflete no efeito da experiência clínica sobre os sujeitos nos dias atuais, especialmente no que diz respeito à clínica das neuroses. Para Dunker (2016, p. 122):

O real prejuízo que temos com o sequestro da noção de neurose, para o tratamento de nossos pacientes, não é que agora eles não querem mais saber da arqueologia infantil, nem das conexões sexuais e esquecidas na gênese histórica de seus sintomas, mas que eles se vejam sancionados, por um dispositivo diagnóstico com força de lei e poder disciplinar, na desconexão entre seus próprios sintomas [...] A neurose opera a desconexão entre contextos narrativos, como que a dizer que a vida sexual é uma coisa, a profissional é outra, a familiar uma terceira coisa, os cuidados com o corpo algo à parte, as fases da vida um problema isolado.

A neurose é importante justamente por causar uma desconexão entre as narrativas das nossas vidas perante “o mal-estar que preside as insuficiências das articulações entre sofrer e ter um sintoma” (Dunker, 2016, p. 123). A resposta a essa desconexão e ao mal-estar vem com a elaboração de um vínculo das diversas narrativas sobre os sujeitos em uma nomeação singular de si mesmo (Dunker, 2016). Mas, em tempos de DSM¹, isso deixa de acontecer. O neoliberalismo contabiliza e equaliza o sofrimento, redefinindo-o em formalizações reducionis-

tas e enquadrando-o em manuais diagnósticos que o nomeiam com o intuito exclusivo de eliminá-lo por meio da supressão dos sintomas pela introdução dos psicofármacos, forma de tratamento reiterada principalmente pelo avanço das neurociências (Barreto & Iannini, 2018).

A mudança nos termos que sustentam a racionalidade atual, no que concerne ao sofrimento e ao mal-estar, fez autores como Dufour (2005, p. 20-21) afirmarem que o sujeito neurótico freudiano “com suas fixações compulsivas, e suas tendências à repetição, não oferece a melhor garantia da flexibilidade necessária às ‘conexões’ múltiplas no fluxo das mercadorias”, e que esse sujeito específico foi superado pela forma como o neoliberalismo dissolve o sujeito tradicional moderno em um sujeito esquizoide – aquele mesmo descrito por Deleuze (em Deleuze & Guattari, 2010).

Para Dufour (2005), as trocas, desde as afetivas, são representadas pela circulação incessante das mercadorias, e esse modo de circulação faz com que a razão neoliberal consiga causar efeitos na estrutura psíquica do sujeito. O mal-estar que poderia ser gerado pela compulsividade à repetição, possível efeito do fluxo das mercadorias, por exemplo, na cultura do consumo, tenderia a ser barrado pela eficácia do próprio modo de circulação em incitar a “reconfiguração contínua e a construção performativa de identidades” (Safatle, 2015, p. 214). Mas Dufour não é psicanalista e, como dito anteriormente, apesar de uma mudança na maneira como o conflito responde aos termos da racionalidade de uma época, mesmo que aparentemente radical ao ponto de tentar destituir a neurose do sujeito, isso não representa o fim desse sujeito.

Segundo Safatle (2015, p. 214), “o setor mais avançado da cultura do consumo [...] forneceria apenas a *forma vazia* da reconfiguração contínua de si que parece aceitar, dissolver e passar por todos os conteúdos”. Se na modernidade podíamos falar de uma forma de coerção que era ao mesmo tempo desejada e estruturante, e se podemos dizer que essa forma de coerção era responsável pela criação das neuroses, no neoliberalismo *basta* integrar a fantasia dos sujeitos ao próprio fluxo das relações mercantis como forma de resolver as queixas que as neuroses causam, como se houvesse agora uma *gestão* das neuroses. Dufour (2005) tenta marcar o que delimita a continuação do sujeito pensado por Freud para a sua integração à circulação e ao fluxo contínuo. Segundo ele,

é preciso que os fluxos de mercadorias circulem e eles circulam ainda melhor porque o velho sujeito freudiano, com suas neuroses e suas falhas nas identificações que não param de se cristalizar em

formas rígidas antiprodutivas, será substituído por um ser aberto a todas as conexões. (Dufour, 2005, p. 21)

Um ser aberto a todas as conexões. Assim se configura a nova estrutura constituinte do sujeito, que se identifica cada vez mais com as flutuações das identificações (Safatle, 2015). Se isso diz de uma franca mudança na forma como o discurso freudiano incide nas questões sobre o sujeito, efetivamente no tocante ao mal-estar e ao sofrimento, ao mesmo tempo percebemos que a mudança se dá principalmente na forma como os sujeitos são interpretados numa determinada época, ou seja, a maneira como a neurose, ou neste caso as neuroses, sofrem os efeitos da linguagem de uma determinada época. Trata-se mais de uma recuperação do dizer sobre o mal-estar, agora não apenas pela nomeação das neuroses, como também pela avaliação dos efeitos que a racionalidade de uma época faz incidir sobre o sujeito. O sujeito freudiano não seria tão velho assim, como afirma Dufour.

O lugar da psicanálise na era da técnica

Para Silva Jr. (2018, p. 39), no pós-guerra, “uma nova linguagem havia se apropriado da relação entre os sujeitos e o mundo, uma linguagem instrumental”, inaugurando uma nova era e uma nova gramática, e “essa nova gramática de extração e acúmulo, gramática na qual a existência passa a ser dita, seria ‘técnica’” (Silva Jr., 2018, p. 39). É a partir desse argumento heideggeriano (ver Heidegger, 2007) que Silva Jr. (2018, p. 35) defende que “o mal-estar na cultura atual é radicalmente diferente daquele diagnosticado por Freud”, ocasionando, consequentemente, uma mudança nos aspectos das neuroses.

No entanto, o fato de esse sujeito continuar forçando a criação de meios para expressar o mal-estar renova os desafios para a psicanálise, especialmente no que diz respeito às surpresas que as novas manifestações do mal-estar causam na teoria e práticas clínicas. Isso tudo só mostra como o mal-estar continua a oferecer uma potência disruptiva que permite compreender a insistência dos esforços civilizacionais, ao mesmo tempo em que expõe a violência oriunda desses esforços. Para Safatle (2018, p. 10):

Nossas sociedades realizaram o fim das neuroses, mesmo que isso não signifique uma liberação da vida de suas teias de culpabilidade, insatisfação e fixação temporal. Isso significou apenas a *elimina-*

ção de certas formas de narrativa, de certas dinâmicas de sofrimento, de certos modos de sintoma, inibição e angústia em prol de outros.
(grifos nossos)

De certa forma, a tarefa da psicanálise continua animada pelo caráter subversivo e contra-hegemônico do seu saber na investigação do inconsciente, no que concerne também a uma teoria clínica que se desdobra em torno da verdade dos sujeitos e à maneira como compreendemos a instituição e a organização dos laços sociais para além dos discursos vigentes. Isso quer dizer que, da mesma forma como Freud adotou o estudo das neuroses para construir as narrativas de sua época – vide textos como *A moral sexual civilizada* e as considerações de Freud sobre as neuroses de guerra, por exemplo –, interessa à psicanálise do nosso tempo acompanhar os efeitos causados pela racionalidade contemporânea no sujeito que conhecemos como neurótico, na medida em que é a vida pulsional que continua sendo do interesse da psicanálise, uma “vida que só poderia ser socializada por algo como sistemas de normas não funcionais, ou seja, que não visem determinar modelos gerais e estáveis de individualidade” (Safatle, 2015, p. 319). O mal-estar nos dias atuais, nesse sentido, serve como “um conceito central por descrever a existência de um sofrimento social maior, relativo não à desregulação das normas sociais, mas à própria normatividade dos processos de individuação e de personalização” (Safatle, 2015, p. 318).

Isso não quer dizer que a leitura do mal-estar prescinde da neurose como forma excelente e possível de nomeação. No entanto, o mal-estar não está intrinsecamente relacionado à saída pela neurose. O sujeito neurótico freudiano serviu principalmente para demonstrar como um sentimento de culpa foi constituinte do sujeito na modernidade (Kehl, 2002). Nesse sentido, a saída neurótica teria sido a interpretação mais adequada para Freud em sua época, e conforme mudaram as formas de repressão que causavam e ainda causam o conflito, o lugar da neurose no interior das relações sociais também foi modificado.

A era da técnica não representa o fim do sujeito neurótico, mas evidencia que, mais do que uma nomeação, o que está em jogo na constituição desse sujeito é o mal-estar que incide na sua relação com a cultura, já que essa noção freudiana continua sendo a expressão do excesso de onde se extrai a própria força motriz que guia a civilização. Além da manifestação radical das incongruências dos valores que circulam em determinado tempo da história, o mal-estar é a própria forma daquilo que, anterior a uma gramática, demanda desmedida e imperiosamente alguma inscrição, alguma *forma de registro*. É a essa exigência que a psicanálise desde seu princípio busca dar algum retorno. Interessa à psicanálise como “a no-

ção freudiana de mal-estar pode fornecer uma perspectiva de avaliação de patologias sociais distinta daquela baseada na hegemonia do diagnóstico de anomia” (Safatle, 2019, p. 319).

Mais do que compreender o conceito de mal-estar em psicanálise ontem e hoje, o que nos interessa é a forma como ela reconhece essa condição imanente na constituição do sujeito, que agora a razão contemporânea age para expropriar, por meio de sua integração às normas sociais profundamente mercantis e consumistas.

A psicanálise segue como um “terreno em que se articulam as linhas de força que produzem o sujeito desgarrado das grandes formações sociais estáveis” (Kehl, 2002, p. 60). Dessa forma, ela compromete a efetividade dos discursos que mantêm e reproduzem as relações no interior da racionalidade neoliberal, em dois sentidos especialmente: primeiro, no que diz respeito à própria condição de sujeito, pois para a psicanálise este é sempre clivado e indeterminado, em detrimento da razão neoliberal que busca determiná-lo de forma muito precisa; e segundo, no que concerne às particularidades de sua relação com a racionalidade, pela forma como ela mesma se constitui como saber que aponta para os impasses da razão em cada época.

Como vimos até agora, é possível resgatar com a psicanálise o reconhecimento de um sujeito que não se fecha em uma estrutura rígida ou que, diante da multiplicidade possível dos vínculos de identificações, não se submete pura e somente aos fluxos mercantis ou às narrativas que a neurose oferece nas formas do sintoma. Por isso, analisar esses resíduos identitários apenas por meio da modalidade das neuroses parece não ser mais suficiente para criar um campo de reconhecimento profícuo, como foi aquele do estudo das neuroses, imprescindível para entender as modalidades de sofrimento a partir do século XIX. De forma alguma isso quer dizer de uma impotência da psicanálise diante do impasse sobre as neuroses, mas, sim, a constatação de como a teoria psicanalítica avança como uma experiência clínica, com “a produção de um estilo, que responda à singularidade da relação do sujeito com o seu desejo [...] no lugar da compulsão do neurótico, de tudo conhecer / tudo explicar” (Kehl, 2002, p. 73).

A psicanálise põe-se diante de uma racionalidade que visa a contornar a indeterminação que está na fundação dos sujeitos com promessas de realização e de ganhos que a flexibilização das identidades e o “consentimento moral” (Safatle, 2015) a essa flexibilização podem oferecer. Contornar, nesse caso, refere-se mais à possibilidade de reconhecer essa indeterminação que se encontra fora do cálculo da racionalidade devido a sua forma antipredicativa, do que assumir o risco de

integrar essa indeterminação a uma gramática que integra, entre outras coisas, o caráter neurótico do sujeito.

Por isso, embora possa parecer contraditório, as noções de mal-estar e neurose, e as questões em que ambas se desdobram, continuam indispensáveis. A importância dessas noções pode ser ampliada na medida em que dirigimos nosso olhar para “fora” da psicanálise e consideramos que as mudanças da racionalidade científica a partir do início do século XX fazem com que as reflexões psicanalíticas alarguem-se para além dos limites que a época de Freud estipulava. Esse olhar para fora se refere à necessidade de refletir, como faz Silva Jr. (2017, 2018), sobre a indissociabilidade entre a psicanálise e a visão de mundo científica, esta última responsável por aproximar as narrativas neuróticas do campo das normatividades, esvaziando sua potência como chave de leitura para o mal-estar no interior da gramática psicanalítica.

A psicanálise e a visão de mundo científica

No que concerne à relação da psicanálise com a visão científica de mundo, é preciso reconhecer como a “elevação” do discurso psiquiátrico “a uma lógica industrial, indissociável da manipulação dos consumidores pelo *marketing*” (Silva Jr., 2017, p. 173) produziu “efeitos sobre os modos de narração do sofrimento, como a rarefação da figura do destino nas narrativas autobiográficas do sujeito” (Silva Jr., 2017, p. 174), relevantes às formulações psicanalíticas. Essa “elevação” dos discursos psiquiátricos à lógica mercantil é indício da *mudança do lugar social da ciência*, refletida em diversos campos do saber, incluindo a psicanálise. Para Silva Jr. (2017, 2018), uma profunda reflexão sobre a *mudança do lugar social da ciência* é imprescindível para uma revisão das formas de sofrimento psíquico que sirva novamente como uma potente gramática diagnóstica sobre o mal-estar nos dias de hoje.

Quando insiste na adoção de uma visão científica da época para sua epistemologia, Freud não toma a ciência como um saber totalizante. Não era esse o espírito científico da época. Pelo contrário, “trata-se de uma visão de ciência pautada pela busca paciente e fragmentária do saber” (Silva Jr., 2018, p. 35). A mudança do lugar social da ciência que ocorre no período pós-industrial, segundo Silva Jr., é responsável pelo “ponto cego” da teoria freudiana na análise dos “fenômenos psíquicos e os sofrimentos sociais da era da *Instalação*” (2018, p. 186-187, grifo do autor). Dessa forma,

a compreensão do atual funcionamento social da ciência é necessária para que se apreendam seus efeitos no sujeito enquanto novos *modos de subjetivação*, ou seja, de que modo o sujeito participa, ocupa seu lugar e resiste ao que lhe é oferecido como o ‘sentido do (seu) sofrimento’. (Silva Jr., 2018, p. 36, grifo do autor)

Se retomamos a maneira de pensar de Freud, vemos que até 1920 ele presume que o processo civilizatório requer uma renúncia à satisfação pulsional, e “tal renúncia é compensada seja por expressões deformadas da satisfação, a saber, os sintomas neuróticos, seja pela sublimação, isto é, por expressões culturalmente aceitáveis de sexualidade” (Silva Jr., 2017, p. 175). Mas, a partir de 1920, a constatação de Freud, especialmente com a noção de pulsão de morte, é que “toda sublimação exigiria uma regressão libidinal preliminar ao seu posterior desvio para novos objetos socialmente valorizados” (Silva Jr., 2018, p. 49), isto é, um retorno ao narcisismo. Esse retorno ao narcisismo teria como efeito uma “deserotização importante da libido” (Silva Jr., 2018, p. 49), fazendo com que “o mal-estar na civilização adquira[is]se] uma segunda faceta, ao lado daquela dos sintomas neuróticos, a saber, aquela da deserotização e da consequente liberação de forças pulsionais agressivas” (Silva Jr., 2017, p. 175).

Dessa forma, o mal-estar, além de produzir os sintomas neuróticos, teria relação com o conteúdo de verdade dos sujeitos que a agressividade pulsional preserva, mais precisamente com a “relação deficitária dos discursos com a verdade histórica dos sujeitos e de sua vida pulsional” (Silva Jr., 2017, p. 175), que é o que essa agressividade representa. A essa expressão do mal-estar é que se refere o “impasse entre pulsionalidade, cultura e patologia” (Silva Jr., 2017, p. 175) na teoria psicanalítica.

Diante do fato de que “as grandes narrativas de uma cultura, seus ideais, suas exigências morais, podem fazer adoecer na medida em que estabeleçam relações deficitárias dos seus sujeitos com a verdade de sua história e de seus desejos” (Silva Jr., 2017, p. 175), para Freud, apenas a *Weltanschauung*, a *visão de mundo* científica, poderia servir como registro de reconhecimento do conteúdo de verdade dos sujeitos, pois “em vez da totalidade e da imediatez, a *Weltanschauung* científica seria definida pela fragmentariedade, pela incompletude e pelo adiamento de sua relação com a verdade” (Silva Jr., 2017, p. 177). Nas palavras de Safatle (2015, p. 124):

O discurso científico em sua versão freudiana quebra a ilusão da providência por não assumir perspectivas teleológicas finalistas, pro-

duz o desamparo por não fornecer totalidades funcionais estáveis (como seria, ao menos segundo Freud, o objetivo do discurso filosófico) e nos colocar diante da irredutibilidade do contingente.

Em psicanálise, o discurso científico funcionaria como um efeito do qual resulta um saber não necessariamente formalizado. Assim, se por um lado a ciência exige uma nomeação, por outro ela produziria desamparo a partir da condição do sujeito diante da irredutibilidade da vida. Podemos afirmar, a partir da psicanálise, que aquilo que se refere ao irredutível do sujeito expressa sua verdade. Dessa forma, se em Freud “o discurso científico deve ser considerado como aquele que não cede sobre a verdade, isto é, não se sujeita às ilusões confortáveis, como o faz o discurso religioso” (Silva Jr., 2018, p. 52), a ciência emergiria sempre como a possibilidade de criação de um novo saber – um saber verdadeiro – sobre os sujeitos. Para Silva Jr. (2017, p. 188), “o que a *Weltanschauung* científica de Freud não chega assim a considerar é a possibilidade da própria racionalidade científica pudesse se transformar em discurso radicalmente operacional, e, contudo, simultaneamente moral”, o que de fato aconteceu e se radicalizou ao longo do tempo. Ainda conforme o autor:

Com efeito, esse inquietante funcionamento que o discurso científico assume na organização social não pode ser capturado pela crítica freudiana, apoiada em uma versão do discurso científico que estaria imune ao seu funcionamento no psiquismo na chave de depósito da totalidade da verdade. Tudo se passa como se a racionalização, figura tão familiar a Freud no âmbito da clínica psicanalítica, tivesse se transformado em uma nova moral cultural precisamente pelo seu caráter totalizante, isto é, na medida em que é tomada como a única forma de saber. (Silva Jr., 2017, p. 189)

Um dos encaminhamentos dados por Lacan para o problema da relação entre psicanálise e ciência é compreender o próprio saber científico como causa do mal-estar. Ele faz isso na medida em que articula ciência e saber como dois campos totalmente conciliáveis na modernidade (Lacan, 2008), dado que direciona o debate sobre o estatuto científico da psicanálise justamente para a questão do sujeito do capitalismo.

Segundo Lacan (2008, p. 38), “a realidade capitalista não tem relações muito ruins com a ciência”, especialmente pela forma como o mal-estar que reafirma a verdade dos sujeitos, e que Lacan definiu como *mais-de-gozar*, passou

a ter reconhecimento por meio do discurso marxista, que aproxima esse mais-de-gozar da mais-valia, na medida em que esta se torna o limite de apreender o valor de verdade do sujeito a partir da leitura marxista da relação do sujeito com a forma-mercadoria, ou seja, no interior do discurso de uma economia política (Žižek, 1996). Acontece que, para Žižek (1996, p. 301), “a mercadoria permanece, para a economia política clássica, como uma coisa misteriosa e enigmática”, incapaz de produzir pela mais-valia alguma expressão de verdade que possa se referir ao mais-de-gozar lacaniano.

Por isso, para Lacan (2008, p. 3), aproximar o mais-de-gozar e a mais-valia marxista no interior da razão capitalista tem como resultado apenas um saber “fruto dos meios de articulação que constituem o discurso capitalista”, e não uma experiência de fragmentariedade, incompletude e adiamento da verdade, a que se referia em outros tempos o pensamento freudiano, quando se reportava à visão científica. Logo, a mais-valia é *somente* a “incidência científica em algo que é da ordem do sujeito” (Lacan, 2008, p. 38). Ainda de acordo com Lacan (2008), é sobre discursos como esse que se funda o sujeito capitalista.

Para Lacan (2008), é como sendo um saber que a ciência conflui-se com uma racionalidade, na medida em que aquilo que é da ordem do gozo necessita inserir-se na linguagem, e isso acontece somente na forma de um saber científico que procura ser equivalente a uma verdade do sujeito. Assim, “o próprio processo pelo qual a ciência se unifica, no que ela extrai seu nó de um discurso consequente, reduz todos os saberes a um único mercado” (Lacan, 2008, p. 40).

No entanto, a psicanálise não procura uma localização coerente em relação ao saber científico de uma época. O próprio Lacan (2008, p. 19) aponta para isso, ao dizer que:

Se o mercado dos saberes, muito apropriadamente, está abalado pelo fato de a ciência lhe trazer essa unidade de valor que permite sondar o que acontece com sua troca, inclusive em suas funções mais radicais, certamente não é para que a psicanálise se faça presente por sua própria demissão, quando ela é perfeitamente capaz de articular algo a esse respeito. Todos os termos empregados a propósito disso, tais como ‘não conceituação’, toda a evocação de sabe-se lá que impossibilidade, designam apenas a incapacidade daqueles que os promovem.

Na medida em que esse mercado de saberes reconhece como mercadoria “um objeto qualquer do trabalho humano” (Lacan, 2008, p. 19), ele cria a

mais-valia, enquanto à psicanálise é possível reconhecer o mais-de-gozar como “função da renúncia ao gozo sob efeito do discurso” (Lacan, 2008, p. 19), renúncia necessária em razão da própria limitação do discurso científico. A ciência não é capaz de ir além disso, não é capaz de ir além do discurso.

Segundo Iannini (2008, p. 197), “as críticas feitas pela psicanálise à ciência dizem respeito à exigência de um fundamento suficiente, ao ideal de completude, e igualmente, à ideia segundo a qual a ciência poderia se erigir como ‘tribunal do verdadeiro’”. A recuperação da temática do sujeito feita por Lacan “consiste em subverter a teoria moderna do sujeito” (Iannini, 2008, p. 197), reconhecendo o sujeito marcado por uma divisão essencial como aquele que sofre efeitos advindos das ordens imaginária, simbólica e real, e não como fundamento do conhecimento que institui saberes ou ainda como sujeito da livre vontade.

O trabalho indissociável entre ciência e razão reflete na psicanálise porque dele resulta o sujeito sobre o qual a psicanálise opera, reconhecendo, entre outras coisas, as expressões de sofrimento que esse trabalho produz. Para Iannini (2008, p. 198), “a psicanálise nasce no Universo já constituído pela ciência moderna e não sonha com algum idílico estado de coisas anterior ao corte que a matematização e a infinitização do universo impuseram”. A psicanálise não é produto do trabalho da ciência, ela opera no sujeito produzido nesse universo científico sem submeter-se à razão e à cientificidade.

Como diz Roudinesco (2000, p. 125), “se a psicanálise realmente se formou numa ruptura com os saberes oficiais, ela extraiu sua força não de uma revalorização dos saberes ocultos, mas do conhecimento racional de fenômenos outrora marginalizados”. Esse conhecimento marginalizado tem a ver com a irredutibilidade do contingente a que se refere Safatle (2015), pois a psicanálise abriu todo um campo de investigação, que permanecerá aberto enquanto o inconsciente existir.

O desdobramento dessa transformação da leitura sobre a ciência desde Freud, chegando aos dias de hoje, em que o neoliberalismo captura a ciência como equivalente aos discursos institucionais e institucionalizantes, é uma ideia de inconsciente como sendo ele mesmo a representação do domínio do neoliberalismo sobre todos os aspectos da subjetividade humana – algo discutido por autores como Dardot e Laval (2015), uma vez que ganha força, segundo os autores, uma ideia de racionalidade capaz de atender aos desejos mais legítimos do sujeito.

Tudo acontece como se as liberdades e as escolhas dos sujeitos girassem em torno do próprio desejo. Para Dardot e Laval (2015, p. 333), esse regime que visa a que os sujeitos governem a si próprios “pressupõe todo um trabalho de racionalização até o mais íntimo do sujeito: uma *racionalização do desejo*”.

Segundo os autores, “trata-se agora de governar um ser cuja subjetividade deve estar inteiramente envolvida na atividade que se exige que ele cumpra. Para isso deve-se reconhecer nele a parte irreduzível do desejo que o constitui” (Dardot & Laval, 2015, p. 327). Essa pode ser uma forma de dizer que os indivíduos se sujeitam à *ethos* empresarial, como se essa *ethos* possibilitasse a experiência de um desejo legítimo.

A eficácia desse processo está em que “o ser desejanter não é apenas o ponto de aplicação desse poder; ele é o substituto dos dispositivos de direção das condutas” (Dardot & Laval, 2015, p. 327). Por isso nessa ética combinam tão bem o trabalho sobre a racionalização do desejo e as condutas do sujeito, isto é, seu desempenho e sua performance, como se a experiência de um desejo legítimo pudesse ser alcançada mediante um esforço, uma tentativa de superação, uma ação de risco que conduziria os sujeitos ao máximo desempenho e à mais alta performance como meios para alcançar o que desejam.

Mas há um sério problema quando se fala em racionalização do desejo, quando pensamos o desejo como um conceito psicanalítico. *A interpretação dos sonhos* de Freud, por exemplo, é uma gramática própria de interpretação do desejo – e gramática porque nada tem a ver com uma racionalização ou discurso –, na medida em que sonhar é o meio excelente de o inconsciente revelar o conteúdo recalcado que corresponderia justamente ao desejo do sujeito. Para Kehl (2002, p. 116), “o desejo é o impulso psíquico originado pela intervenção da linguagem nas primeiras satisfações parciais da pulsão”, isto é, o desejo corresponde a uma condição anterior aos discursos da racionalidade. Ambas assertivas indicam que o desejo é impossível de ser racionalizado. A psicanálise de Freud seria uma gramática do reconhecimento que se propõe a interpretar o desejo, ou aquilo que é da ordem do desejo. E esse reconhecimento só é possível fora do campo da razão e dos seus termos.

Considerações finais

Por fim, seja como uma teoria ou uma clínica das neuroses e do desejo, a psicanálise continua interessada pelo conflito estruturante que funda o sujeito ao longo do tempo, e que, na sua época, Freud nomeou de mal-estar. Como uma clínica do mal-estar, é possível dizer que a psicanálise de Freud produziu uma extensa diagnóstica em torno da neurose, que possibilitou, durante muito tempo, a compreensão da sociedade a partir de um trabalho entre clínica e crítica (Safatle, 2015).

Com o passar do tempo, especificamente com o início da chamada era da técnica, os discursos em torno do sujeito neurótico freudiano sofreram transformações – o que não quer dizer que esse sujeito ou que o conflito que o funda como neurótico deixaram de existir. A era da técnica, que corresponde ao período de instrumentalização da relação do sujeito com o mundo, representa uma virada da subjetividade e dos discursos dos sujeitos. Assim, Freud interpretou a neurose como a saída mais adequada para o conflito ocasionado pela repressão em razão do lugar social de certos discursos que conformaram o sujeito (Kehl, 2002) em sua época. Já a mudança do lugar social dos discursos da ciência, que são aqueles fundamentais para a constituição dos sujeitos, ocasionou efeitos e contornos no sujeito neurótico freudiano como o conhecíamos. Isto é, as neuroses se transformaram profundamente com o passar do tempo.

No entanto, apesar da mudança do lugar social da ciência, a psicanálise segue como um saber produzido para além das formações sociais estáveis (Kehl, 2002), comprometendo, dessa forma, a efetividade dos discursos no interior da racionalidade contemporânea, que busca determinar o sujeito e suas neuroses de forma muito precisa. Diante de uma ideia equivocada de *desejo racionalizado*, a psicanálise segue como saber capaz de realizar importante crítica à razão, pois como ela nos ensina, é impossível supor uma racionalização do desejo. O trabalho teórico e clínico de Freud demonstra como o desejo só pode ser compreendido como algo relacionado à verdade dos sujeitos, isto é, correspondente ao seu inconsciente.

Referências

- Barreto, F. P.; Iannini, G. (2018). Introdução à psicopatologia lacanianiana. In: A. Teixeira; H. Caldas (Orgs.), *Psicopatologia lacanianiana*, p. 35-54. Belo Horizonte: Autêntica.
- Dardot, P.; Laval, C. (2015). *A nova razão do mundo: Ensaio sobre a sociedade neoliberal* (trad. M. Echalar). São Paulo: Boitempo.
- Deleuze, G.; Guattari, F. (2010). *O anti-Édipo: Capitalismo e esquizofrenia*. São Paulo: Editora 34.
- Dufour, D.-R. (2005). *A arte de reduzir as cabeças: Sobre a nova servidão na sociedade ultraliberal* (trad. S. R. Felgueiras). Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Dunker, C. (2014). Estrutura e personalidade na neurose: Da metapsicologia do sintoma à narrativa do sofrimento. *Psicologia USP*, 25(1), 77-96. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642014000100009>

- Dunker, C. (2016). Psicanálise e contemporaneidade: Novas formas de vida?. *Stylus (Rio de Janeiro)*, 33, 119-137. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-157X2016000200010
- Dunker, C. (2018). Crítica da razão diagnóstica: Por uma psicopatologia não toda. In: V. Safatle; N. Silva Jr.; C. Dunker (Orgs.), *Patologias do Social: Arqueologia do sofrimento psíquico*, p. 317-351. Belo Horizonte: Autêntica.
- Freud, S. (1908/2015). A moral sexual ‘cultural’ e o nervosismo moderno. In: *Obras completas* (trad. P. C. Souza), vol. 8. São Paulo: Companhia das Letras.
- Heidegger, M. (2007). A questão da técnica (trad. M. A. Werle). *Scientiae Studia*, 5(3), 375-398. <http://www.revistas.usp.br/ss/article/view/11117/12885>
- Iannini, G. (2008). *Estilo e verdade na perspectiva da crítica lacaniana à metalinguagem* (tese de doutorado). Departamento de Filosofia, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo (USP).
- Kehl, M. R. (2002). *Sobre ética e psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Lacan, J. (2008). *O seminário, livro 16: De um Outro ao outro* (trad. V. Ribeiro). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Roudinesco, É. (2000). *Por que a psicanálise?* (trad. V. Ribeiro). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Safatle, V. (2008). *Cinismo e falência da crítica*. São Paulo: Boitempo.
- Safatle, V. (2015). *O circuito dos afetos: Corpos políticos, desamparo e o fim do indivíduo*. Rio de Janeiro: Cosac Naify.
- Safatle, V. (2018). Em direção a um novo modelo de crítica: As possibilidades de recuperação contemporânea do conceito de patologia social. In: V. Safatle; N. Silva Jr.; C. Dunker (Orgs.), *Patologias do social: Arqueologia do sofrimento psíquico*, p. 7-31. Belo Horizonte: Autêntica.
- Safatle, V. (2019). *Dar corpo ao possível: O sentido da dialética a partir de Theodor Adorno*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Silva Jr., N. (2017). Um ponto cego de “O mal-estar na cultura”: A ciência na era da instalação. In: *Estudos Avançados*, 31(91), p. 173-192. São Paulo. <https://doi.org/10.1590/s0103-40142017.3191014>
- Silva Jr., N. (2018). O mal-estar no sofrimento e a necessidade de sua revisão pela psicanálise. In: V. Safatle; N. Silva Jr.; C. Dunker (Orgs.), *Patologias do social: Arqueologia do sofrimento psíquico*, p. 35-58. Belo Horizonte: Autêntica.
- Žižek, S. (1996). Como Marx inventou o sintoma. In: S. Žižek (Org.), *Um mapa da ideologia* (trad. V. Ribeiro), p. 297-331. São Paulo: Contratempo.

Notas

¹ Sigla para *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, traduzido como *Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais*. “O DSM é a classificação construída para a era dos psicofármacos. Os diagnósticos são simplificados, e os sintomas, explicitados como alvos numa perspectiva sintonizada com as pesquisas e apropriada para o emprego clínico de tais medicamentos. A cada diagnóstico se busca fazer corresponder um tratamento específico: eis o princípio básico dos algoritmos terapêuticos. Passou a existir hegemonia ampla do método estatístico, em função do qual os dados são tratados sob o manto da generalização.” (Barreto & Iannini, 2018, p. 45)

Recebido em 18 de agosto de 2020

Aceito para publicação em 04 de dezembro de 2020

FIBROMIALGIA: IMPASSES DA DEMANDA PARA A CLÍNICA PSICANALÍTICA

*FIBROMYALGIA: IMPASSES OF DEMAND
FOR THE PSYCHOANALYTIC CLINIC*

*FIBROMIALGIA: LOS IMPASSES DE LA DEMANDA
PARA LA CLÍNICA PSICOANALÍTICA*

Tiago Humberto Rodrigues Rocha⁽¹⁾

Ludmila Madeira Jesus⁽²⁾

RESUMO

Este estudo tem por objetivo investigar quais os desafios da elaboração de uma demanda subjetiva para a clínica de pacientes com diagnóstico de fibromialgia, e parte da observação de que esses sujeitos frequentemente chegam à clínica psicanalítica por encaminhamento, marcados pelo discurso hegemônico biomédico e por queixas somáticas. Para tanto, seis mulheres com diagnóstico de fibromialgia foram entrevistadas. Os dados foram analisados segundo as diretrizes da análise de conteúdo temática, a partir do referencial teórico da psicanálise. A discussão foi dividida em três eixos temáticos: (I) dor e demanda; (II) fibromialgia e fenômeno psicossomático; e (III) o sujeito entre o discurso científico e a dor. Como resultado, notou-se a existência de uma dificuldade na elaboração de uma demanda para o acompanhamento psicológico no caso da fibromialgia. Essa dificuldade pode ser abordada pelo rechaço simbólico apresentado nos casos de dor crônica, que parece não articular um sintoma analítico ou elaboração psíquica. Ademais, ficou evidente a alienação das participantes ao discurso científico, o que as priva de um saber acerca do próprio sofrimento.

Palavras-chave: psicanálise; fibromialgia; demanda; dor crônica; discurso.

⁽¹⁾ Psicólogo, Psicanalista, Doutor em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo (USP), Doutor em Psicologia pela Université de Rennes 2 (França). Professor Adjunto do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, MG, Brasil. email: tiago.rocha@uftm.edu.br

⁽²⁾ Psicóloga, Mestranda em Psicologia pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Uberaba, MG, Brasil. email: ludmilamadeiraj@gmail.com

Não se declararam fontes de financiamento.

ABSTRACT

This study aims to investigate the challenges of developing a subjective demand for the clinic of patients diagnosed with fibromyalgia, starting with the observation that these subjects frequently arrive at the psychoanalytic clinic by referral, marked by biomedical hegemonic discourse and somatic complaints. To do so, six women diagnosed fibromyalgia were interviewed. Data were analyzed according to thematic content analysis guidelines, based on the psychoanalysis theoretical framework. The discussion was divided into three thematic axes: (I) pain and demand; (II) fibromyalgia and psychosomatic phenomenon; and (III) the subject between scientific discourse and pain. As a result, it was noticed that there is a difficulty in elaborating a demand for psychological care in the case of fibromyalgia. This difficulty can be addressed by the symbolic rejection that is noted in cases of chronic pain, which does not seem to articulate an analytic symptom or psychic elaboration. In addition, the alienation of the participants from the scientific discourse became evident, which deprives them of knowledge about their own suffering.

Keywords: psychoanalysis; fibromyalgia; demand; chronic pain; discourse.

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo investigar los desafíos del desarrollo de una demanda subjetiva para la clínica de pacientes diagnosticados de fibromialgia, y parte de la observación de que estos sujetos frecuentemente llegan a la clínica psicoanalítica por derivación, marcados pelo discurso hegemónico biomédico y quejas somáticas. Por lo tanto, se entrevistó a seis mujeres diagnosticadas con fibromialgia. Los datos se analizaron de acuerdo con las directrices de análisis del contenido temático, basadas en el referencial teórico del psicoanálisis. La discusión se dividió en tres ejes temáticos: (I) dolor y demanda; (II) fibromialgia y fenómeno psicósomático; y (III) el sujeto entre el discurso científico y el dolor. Como resultado, se notó que hay una dificultad en el desarrollo de una demanda de asistencia psicológica en el caso de la fibromialgia. Esta dificultad puede abordarse mediante el rechazo simbólico que aparece en los casos de dolor crónico, que no parece articular un síntoma analítico o elaboración psíquica. Además de eso, era evidente que los participantes estaban alienados del discurso científico, lo que les priva del conocimiento de su propio sufrimiento.

Palabras clave: psicoanálisis; fibromialgia; demanda; dolor crónico; discurso.

Introdução

Atualmente, é frequente surgirem na clínica pacientes que apresentam dificuldades em articular pela via da palavra o que lhes ocorre, o que indica a forma como o sujeito da contemporaneidade vivencia seu mal-estar (Fernandes et al., 2017). Ao que parece, a grande marca das patologias atuais relaciona-se a uma fragilidade dos recursos simbólicos. Como desdobramento, as perturbações psíquicas acabam se expressando no corpo, pela dor ou pelo ato (Santos & Rudge, 2014).

As patologias que até então foram afastadas da palavra – exceto a palavra de pesquisa do médico – são capturadas pela psicanálise (Miller, 1998), que tem seu saber teórico-clínico desafiado por esses pacientes que chegam apresentando diagnósticos aparentemente vazios de sentido e convidam os psicanalistas a um contínuo esforço de formalização (Besset, Zanotti et al., 2010). Dentre esses casos, pode-se localizar a dor crônica existente na fibromialgia.

Nosologicamente, a fibromialgia tem etiologia desconhecida, sendo caracterizada por dor musculoesquelética difusa e crônica. A síndrome acomete principalmente mulheres e tem como principais sintomas a fadiga, disfunções do sono, rigidez matinal e distúrbios psicológicos, como ansiedade e depressão (Britto et al., 2014). O diagnóstico surgiu no campo da reumatologia; entretanto, com a ausência de lesões orgânicas e o aumento das hipóteses de síndrome funcional, transtorno somatoforme ou “problema psicológico”, a psiquiatria e os profissionais da área *psi* passaram a se interessar progressivamente por essa patologia.

Para a psicanálise, a dor crônica não é vista apenas como algo que remete aos mecanismos fisiológicos e anatômicos aos quais a medicina se volta. As manifestações corporais são lidas com base numa distinta noção de corpo. O corpo psicanalítico se coloca em um universo de representações, investido numa relação de significação e construído em seus fantasmas. É um corpo com valor simbólico (Avelino, 2014). É também corpo-imagem e corpo imaginário (Fernandes et al., 2015). Sobretudo, trata-se de um corpo afetado pelo gozo que, desde que se insere na linguagem, tem como causa o significante.

As pesquisas no campo psicanalítico trazem várias contribuições acerca da compreensão da fibromialgia, bem como a respeito da postura do analista nesses casos e a forma de condução da análise. Surgem várias formulações sobre a patologia, e os autores assumem posições teórico-clínicas diversas. Existe a aproximação da fibromialgia ao feminino e ao diagnóstico psicanalítico de histeria (Costa, 2013); a dor crônica como sinal de presença do corpo (Fortes 2013);

como signo do excesso pulsional (Medeiros & Fortes, 2017); ou como estratégia de sobrevivência psíquica frente a um trauma (Santos & Rudge, 2014). Aparecem também hipóteses que se voltam para a psicossomática psicanalítica (Fernandes et al., 2015) e para a visão do corpo como destino privilegiado do que não pode ser representado (Santos & Rudge, 2014). Dupim (2014) discute ainda que a fibromialgia poderia ser uma tentativa de localizar no corpo os excessos do gozo feminino que se apresentam como devastação nas parcerias amorosas.

Dessa forma, é possível afirmar que a fibromialgia pode se circunscrever em uma variedade de situações clínicas: pode aparecer no sintoma, na neurose, ou como modo de gozo em qualquer estrutura clínica (Besset, Gaspard et al., 2010). Além disso, é notável que a patologia apresenta-se como um desafio tanto para a medicina quanto para a psicanálise. O limite demarcado pelo esgotamento de recursos médicos e farmacológicos interpela outras áreas do conhecimento, tanto para a investigação quanto para o tratamento da síndrome.

Apesar disso, os pacientes diagnosticados que chegam aos profissionais da área *psi* por encaminhamento médico parecem não possuir demanda própria, restando alojados no discurso científico que, por vezes, os culpabiliza pelo próprio adoecimento. Segundo Avelino (2014), usualmente esses sujeitos apresentam um discurso mecânico, voltado para a descrição da realidade externa, com ausência de conteúdo afetivo e com baixo investimento objetal. Quanto a isso, assemelham-se aos pacientes com fenômenos psicossomáticos, que frequentemente foram marcados como “não analisáveis”. Atualmente, considera-se que se trata mais de compreender as dificuldades de acesso a esses pacientes, para assim nortear o trabalho analítico, do que de tachá-los como inacessíveis.

No caso da fibromialgia, sabe-se que a análise deve apoiar a enunciação do sujeito em sua tentativa de construir uma teoria pessoal, um saber para sua dor, bem como possibilitar que essas manifestações somáticas não elaboradas transformem-se em enigma para o sujeito. Essas manobras, apesar de profícuas, tornam-se um desafio na clínica com pacientes que têm diagnóstico de fibromialgia, devido às dificuldades iniciais em articular uma demanda que permita o desenvolvimento do trabalho. Torna-se complexo e necessário compreender a relação do sujeito com essa patologia (Fernandes et al., 2016).

Diante do exposto, este estudo teve por objetivo caracterizar a relação do sujeito com a fibromialgia, com o intuito de investigar os desafios da elaboração de uma demanda subjetiva por esses pacientes. Buscou-se ainda compreender a posição dos participantes em relação ao diagnóstico e ao tratamento médico/psicoterápico.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de natureza exploratória, qualitativa e de corte transversal. O instrumento utilizado foi uma entrevista semiestruturada, cujo roteiro foi elaborado a partir de uma adaptação do roteiro contido no estudo realizado por Dupim (2014). Este compreendeu cinco eixos temáticos: apresentação do sujeito; dor e corpo (relação da entrevistada com o corpo e as dores que manifesta); função da dor (relação do sujeito com o corpo voltado para o gozo relacionado à dor e sofrimento); diagnóstico e tratamento (posição sobre o tratamento médico e psicoterápico); e vida afetiva e sexual.

Os participantes foram recrutados na clínica-escola de psicologia de uma universidade federal. A seleção foi intencional (via prontuários e fichas de entrada) e compreendeu sujeitos diagnosticados com fibromialgia por médico especialista (reumatologista, neurologista ou ortopedista), independente do sexo/gênero. Os voluntários deveriam ter mais de dezoito anos e haver recebido o diagnóstico há mais de um ano. No total, foram entrevistadas seis mulheres com idades entre 34 e 72 anos. Ao longo do texto, as participantes serão identificadas por nomes fictícios: Regina (52 anos), Sandra (45 anos), Márcia (36 anos), Vera (46 anos), Lúcia (34 anos) e Simone (72 anos).

As entrevistas foram realizadas na clínica-escola, audiogravadas e transcritas na íntegra. Os dados foram analisados sob as diretrizes da análise de conteúdo (Turato, 2008) e a categorização executada segundo critérios semânticos. Os resultados obtidos foram discutidos com base no referencial teórico psicanalítico de orientação lacaniana. Foram acrescentados ainda fragmentos clínicos, fruto de um acompanhamento psicoterápico feito pela pesquisadora durante um ano e meio com Regina, que foi entrevistada na ocasião de sua entrada na clínica.

Quanto aos aspectos éticos, esta pesquisa está amparada na Resolução nº 466, de 12/12/2012, do Conselho Nacional de Saúde, e foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da universidade de origem do trabalho. Todos os participantes formalizaram sua anuência mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e discussão

Das seis mulheres entrevistadas, quatro chegaram ao serviço-escola a partir de encaminhamento médico. As outras duas, apesar da indicação médica, apontaram outros motivos para a procura do serviço. Uma delas buscou a continuação

do processo psicoterápico que já havia feito anteriormente e a última procurou por recomendação de colegas de trabalho. Uma vez que a pesquisa foi realizada em contexto de um serviço-escola numa universidade, vale ressaltar que o acompanhamento das participantes estava sujeito às normas da instituição e às diferentes abordagens adotadas pelos estagiários. Em vista disso, duas das participantes haviam sido desligadas do serviço recentemente em decorrência de excesso de faltas, o que é contrário às normas da clínica-escola.

A partir da análise das entrevistas realizadas e de vinhetas clínicas do caso de Regina, buscou-se discutir o impasse clínico referente à elaboração da demanda nos casos de fibromialgia a partir de três eixos temáticos: (1) Dor e demanda; (2) Fibromialgia e fenômeno psicossomático: uma aproximação possível; e (3) O sujeito entre o discurso científico e a dor.

Dor e demanda

*A verdadeira demanda de análise é o desejo
de desvencilhar-se de um sintoma.*
(Lacan, 1975/2016)

Nasio (1999) coloca que é essencial saber o motivo que levou o paciente a buscar o analista, pois no início do tratamento deve-se observar a relação que o sujeito mantém com seus sintomas. Trata-se de uma relação de sentido, de forma que a primeira intervenção do analista é realizada no nível da relação do Eu do sujeito com o seu sofrimento. A relação do Eu com o sintoma começa nessa primeira iniciativa de recorrer a um outro. A retificação subjetiva se dá na medida em que se intervém com o intuito de restituir ao paciente alguma coisa da relação que ele tem com seu sofrimento, a teoria que ele apresenta sobre isso e sobre a possibilidade de reescrever formas distintas para seu mal-estar.

No caso da fibromialgia, como exposto, as participantes relataram procurar o psicoterapeuta por recomendação médica: “Porque... a médica, na época que eu descobri que tinha fibromialgia, me indicou” (Lúcia). De forma consonante, Regina coloca, no primeiro atendimento: “O doutor falou que é somatiforme o que eu tenho e que eu preciso de um acompanhamento com psicólogo”. Ela é aposentada e foi diagnosticada com fibromialgia há mais de vinte anos. Nunca seguiu a recomendação médica de fazer psicoterapia; contudo, buscou o serviço ao ser encaminhada novamente por um psiquiatra. Traz con-

sigo uma longa lista de remédios e diagnósticos. Não sabe dizer por que precisa ser atendida, tampouco apresenta alguma teoria voltada ao psíquico a respeito da etiologia de suas dores crônicas.

A respeito disso, observa-se que, apesar de as entrevistadas estabelecerem uma relação entre o aparecimento das dores e aspectos psicológicos e emocionais “Porque quando eu estou num nível muito alto de ansiedade eu sinto muita dor de cabeça, me dá muita dor” (Márcia), essa associação parece não ser de fato simbolizada. Isso porque, simultaneamente, o trabalho é frequentemente descrito como possível causador das dores: “Dor generalizada no corpo, devido a trabalhar demais, ficar fazendo muito movimento” (Vera) e “Se eu fiquei doente foi de trabalhar” (Sandra). Ademais, lesões ortopédicas que para a medicina apenas coexistem com os sintomas de fibromialgia também foram apontadas como explicação para o surgimento das dores: “Se melhorar essas dor reumática, (...) aí eu tenho impressão que a fibromialgia vai embora. Entendeu?” (Vera). Para as participantes, o sofrimento parece estar localizado apenas no corpo, visto que afirmam que não buscariam a psicoterapia caso não tivessem fibromialgia: “Eu acho que não procuraria (psicólogo) não” (Regina).

Quinet (1991), ao discutir sobre as funções das entrevistas preliminares no início do processo analítico, aponta a demanda como fator primordial para o trabalho. A demanda de análise se estabelece na medida em que um sintoma analítico é também elaborado. O sujeito pode se apresentar queixando-se de seu sintoma e desejando livrar-se dele, mas é preciso que essa queixa se transforme em demanda endereçada ao analista (como suposição de saber) e que o sintoma tenha um estatuto de questão para o sujeito, que passa a interessar-se em decifrá-lo. “O sintoma, aparecendo como um significado do Outro – s(A) –, é endereçado pela cadeia de significantes ao analista, que está no lugar do Outro – (A) –, cabendo-lhe transformar esse sintoma na questão que Lacan denomina ‘Que queeres?’ (*che vuoi?*)” (Quinet, 1991, p. 13).

Partindo da relação estabelecida entre sintoma analítico e demanda, é imprescindível pensar a questão do sintoma nos casos de fibromialgia. Freud (1900/2019, 1926/2014) trouxe os sintomas como expressões particulares de conflitos psíquicos. Com estatuto de formação inconsciente, portam uma mensagem cifrada, endereçada ao Outro e passível de interpretação. Já na obra de Lacan, o sintoma é abordado de três maneiras: como mensagem endereçada ao Outro, como gozo, e como produção e invenção do sujeito (Maia et al., 2012). Para este trabalho, destaca-se o primeiro momento de seu ensino, no qual o sintoma é colocado como uma mensagem que pode ser interpretada na ordem do significante. Dessa forma, comporta um saber que o sujeito recusa reconhecer, saber esse que

comporta a verdade do sujeito (Maia et al., 2012). Assim, é possível afirmar que na clínica o sintoma surge como aquilo que o sujeito sabe que lhe pertence, mas não sabe o que é, nem por que isso lhe concerne. Como aponta Quinet (1991), é transferindo isso que desconhece a um sujeito, colocado como aquele que comporta um saber, que o sintoma se sustenta como sintoma analítico. Mais que isso, para sustentar-se dessa maneira, é necessário um enlaçamento ao simbólico para que adquira função de significante, ganhe valor de enigma e seja passível de interpretação (Rinaldi et al., 2013).

Com base nessas conceptualizações, é possível apontar que a dor crônica implicada na fibromialgia não se coloca como um sintoma no sentido analítico, que é essencial para a instauração da demanda. A partir das entrevistas realizadas, percebe-se que as manifestações somáticas existentes na fibromialgia são endereçadas ao psicoterapeuta em forma de queixa física, estão suprimidas do registro simbólico e não servem como enigma. Assim, na dor crônica, não se trata de um funcionamento que põe em jogo o recalque, o sintoma ou a elaboração psíquica (Santos & Rudge, 2014). Diante da não existência de um sintoma analítico no caso da fibromialgia, deve-se discutir do que se trata essa dor que está fora da dimensão simbólica, e o que ocorre com a demanda nesses casos. Para tal, é possível tecer uma aproximação com os fenômenos psicossomáticos (FPS) sem, contudo, defini-la como tal.

Fibromialgia e fenômeno psicossomático: uma aproximação possível

De acordo com Drumond, “o fenômeno psicossomático é caracterizado por ser uma doença de cunho orgânico que atinge o real do órgão” (2016, p. 13). Porém, não existem dados anatomopatológicos que justifiquem o aparecimento, evolução ou extinção dos sintomas apresentados. Assim, estão postas semelhanças fundamentais com a fibromialgia, entre elas a questão do mistério etiológico existente nos dois casos e a abertura para classificações médicas de somatização, transtorno psicológico ou síndrome funcional. Além disso, ambas as manifestações se apresentam como fenômenos transestruturais, que podem se circunscrever em qualquer estrutura clínica (Besset, Gaspard et al., 2010, p. 1260).

Dentre as várias formas de localizar a dor crônica a partir da psicanálise, Fernandes et al. (2017) a situaram como gozo localizado no corpo. Isso a aproxima dos FPS, pois ambos os casos envolvem pacientes que se calam e ao mesmo tempo têm o corpo agitado por “um gozo maciço que não cede facilmente ao tratamento analítico” (Besset, Gaspard et al., 2010, p. 352).

A despeito das semelhanças, é importante evidenciar a principal diferença entre essas duas manifestações corporais: enquanto no fenômeno psicossomático existe uma lesão observável (tem-se como exemplo as lesões na pele causadas pela psoríase), na fibromialgia não existe uma lesão que explique os sintomas, ainda que esteja presente um afetamento das vias nervosas. Desse modo, apesar de todo gozo ser silencioso, no FPS “trata-se do gozo em seu silêncio pulsional mais radical, ao ponto de causar uma lesão no corpo” (Fernandes et al., 2017, p. 369).

Na psicossomática psicanalítica, a ausência da possibilidade de angústia ganha destaque como responsável pelas manifestações somáticas, uma vez que a angústia surge como defesa contra o real (Fernandes et al., 2015). De forma consonante, isso foi percebido na fibromialgia. Apesar das constantes queixas de dores, inicialmente não se nota angústia no que tange a outros aspectos da existência do sujeito, sendo essa a propulsora do trabalho analítico. Durante os atendimentos de Regina, isso ganha uma tonalidade muito especial – além da descrição das dores sentidas ao longo da semana e das idas e vindas às consultas médicas, é imperceptível a localização na angústia: “Tirando as dores, tá tudo bem, tudo normal.” Mesmo os relatos que se aproximavam de alguma queixa logo eram contornados por ela: “Mas tá bom, não me importo não. Tá tudo bom.”

Ademais, observa-se uma repressão dos afetos, que se liga à perceptível dificuldade de nomeá-los. Regina tenta transmitir o que lhe acontece usando gestos e expressões faciais. Segundo ela, não existem palavras adequadas: “Parece que eu... não sei. Não define, não consigo articular.” Com a angústia fora de cena, o destino dos afetos parecem ganhar expressão por meio das formações somáticas. Essa aparente desafetação ficou evidente também nas entrevistas. Tem-se como exemplo Simone, que sinaliza e demonstra em sua fala reprimir seus sentimentos (que seriam as modulações sociais dos afetos): “Memória triste? (...) Não tenho, fui criada pra ser forte. Então tristeza, saudade, dor no peito eu não tenho.” Assim, pode-se considerar que os casos de pacientes com dor crônica e fenômenos psicossomáticos dizem respeito a manifestações que se encontram aquém do sintoma e da angústia (Fernandes et al., 2017), estão elididas do simbólico e concernem ao real (Lacan, 1954-1955/2010).

No caso da fibromialgia, existe um rechaço simbólico como no FPS, porém ele aparece com um menor nível de intensidade. No início dos atendimentos, Regina apresentava um funcionamento muito próximo ao observado nos pacientes que apresentam fenômenos psicossomáticos, que indicava uma pobreza de associações subjetivas, limitações das capacidades simbólicas e carência de elaboração fantasística e produção onírica. Sua fala mostrava-se voltada aos acontecimentos diários, semelhante à aderência ao imaginário existente nos FPS. As tentativas de

historicizar o discurso ou apontar para algum enigma que causasse um estranhamento e uma possível demanda recebiam como respostas: “não sei”, “não lembro não”, e “não consigo pensar em nada não”.

Ainda que existisse uma dificuldade associativa presente, com o tempo percebeu-se que o maior desafio residia no fato de que ela resistia em saber de suas questões, existindo uma recusa ao tratamento, como colocado por ela: “Eu não quero pensar em nada disso, lembrar pra quê? Quero pensar que tenho uma vida normal.” Sobre as faltas constantes¹ aos atendimentos, ela diz: “Eu sei que preciso vir, mas quando falo eu volto lá atrás, e é difícil... eu não quero.” Pode-se pensar que nesse período sua presença nos atendimentos visava a cumprir a recomendação do psiquiatra, como se comparecer à psicoterapia fosse submeter-se a mais um dos procedimentos ofertados pela medicina: “Eu disse para o psiquiatra que estava vindo na terapia sim, mas que não estava tendo resultado (...) daí ele perguntou se eu tava faltando muito (risada). Eu disse que não.”

Em estudo sobre a condução clínica no caso do fenômeno psicossomático, Rinaldi et al. (2013) trazem experiências de análise e levantam vários aspectos sobre os pacientes com FPS no que diz respeito aos obstáculos ao trabalho analítico. Tais desafios também puderam ser observados nas mulheres com fibromialgia entrevistadas.

O primeiro deles seria a fixação do sujeito ao diagnóstico médico e a aposta de que a medicina pode fornecer uma resposta para o seu mal (ainda que as participantes tenham relatado por vezes a ineficácia dos tratamentos): “Preciso de um tratamento, de um acompanhamento, psicólogo, eu preciso do neuro, eu preciso do psiquiatra” e “Eu vou no médico buscando a cura, é tudo que eu quero” (Vera). Embora exista uma identificação com o diagnóstico como resposta aos sintomas antes não explicados pela medicina, percebe-se uma resistência em apreender a fibromialgia como doença ligada a aspectos psicológicos ou etiologicalamente relacionada à própria história de vida: “Não sei se tem relação com o emocional igual dizem” (Vera). Assim como nos pacientes com FPS, na fibromialgia parece que “o sujeito não faz, de início, um estranhamento daquilo de que padece, e, por isso mesmo, não se indaga sobre algo que tocara o inexplicável, de modo a endereçar uma demanda ao analista” (Rinaldi et al., 2013, p. 98).

As histórias trazidas pelas participantes são marcadas por eventos narrados como potencialmente traumáticos (abuso sexual, violência doméstica, internações hospitalares com procedimentos invasivos), e esses eventos frequentemente estão ligados cronologicamente ao surgimento das dores; todavia, nenhuma associação é feita por elas em relação a isso. Como exemplo, cabe citar Lúcia, que afirmou não ter passado por nenhuma dificuldade na época do aparecimento da fibromialgia, para somente depois recordar que no mesmo

ano sofreu um aborto. A retirada do útero, logo em seguida, encerrou a possibilidade de gerar a tão sonhada “menina-mulher” que, para ela, seria sua fiel “companheira”: “Meu sonho sempre foi ter uma menininha-mulher. Quando eu descobri que era menina-mulher eu fiquei toda eufórica. Então eu achei muito bom. Aí quando eu perdi, perdi ela... então eu senti muito assim... senti muita... senti... impotente, sabe assim?” Esses eventos não são apresentados inter-relacionados, e sim como contingências isoladas que, quando recordadas, surgem desprovidas de investimento afetivo.

Tal particularidade é frequentemente relatada nos casos de FPS, nos quais, ainda que a narrativa tenha todos os elementos necessários para constituir-se como um mito neurótico, não existem associações que confirmam de fato essa construção: trata-se de uma amarração que parece fazer cadeia, entretanto não remete um significante ao outro (Rinaldi et al., 2013). Na entrevista de Lúcia, ela traz uma série de relatos referentes a adoecimento e dor sem estabelecer qualquer encadeamento entre eles: a queda de uma escada como primeira memória da infância, que culminou em vários ferimentos; internações hospitalares quando criança devido à hemofilia; sentir dores nas juntas e não poder brincar por ser considerada uma criança adoecida (hemofílica); o cuidado excessivo dos pais devido à doença; o aborto; a retirada do útero; o aparecimento da fibromialgia; o cuidado excessivo do marido.

Essa ausência da função significante como tal no caso dos FPS foi tematizada por Lacan (1964/2008), de maneira escassa, ao longo de seu ensino. O psicanalista francês realizou colocações pontuais a respeito de tais fenômenos e não dedicou qualquer trabalho exclusivamente a tal temática (Fernandes et al., 2015). É possível pensar as elaborações lacanianas para o campo da psicossomática em três direções: a dimensão narcísica, a dimensão do significante e a dimensão do gozo (Rinaldi et al., 2013). Interessa-nos aqui a dimensão do significante, a partir da qual podemos trabalhar por meio do conceito de holófrase, com a devida ressalva de que o termo se aplica ao campo da psicossomática, do qual, ainda que estabeleça semelhanças, a dor crônica não faz parte.

O termo holófrase indica os casos (autismo, psicose, debilidade e FPS) nos quais há uma gelificação dos significantes primordiais S1 e S2. Ou seja, o primeiro par de significantes se holofraseia e como resultado não há intervalo na cadeia significante (Vorcaro, 1999). Uma vez que o significante S2, que representaria o sujeito para o significante S1, aparece de forma singular, o mecanismo de holófrase implica um ataque à metáfora subjetiva, não ocorrendo a afânise, tampouco a queda do objeto *a* (Drumond, 2016). Como consequência, há uma falha na

operação de separação e o sujeito fica à mercê do desejo inquestionável do Outro (Drumond, 2016).

Jean Guir (1988) expõe consequências clínicas implicadas nesse congelamento dos significantes primordiais ao discutir a holófrase no caso específico dos fenômenos psicossomáticos. Uma delas é o mencionado não estabelecimento da cadeia associativa. Além disso, devido à holófrase, a operação transferencial nos pacientes com FPS é particularmente difícil. A abertura para o desejo do Outro é precária. Dessa maneira, existe uma dificuldade de instauração da transferência, posto que o analista encarna o objeto *a*.

Essa mesma dificuldade no estabelecimento da transferência pôde ser observada nos relatos das participantes sobre a realização de psicoterapia: “Eu parei porque não quis vir mais, (...) mas as menina (estagiárias) foi muito boa pra mim, conversou comigo muito, uma educação. Essa última que me atendeu agora, nem lembro o nome dela...” (Vera). De maneira semelhante, Regina diz que no início dos atendimentos foi muito difícil falar: “Era muito ruim. Eu pensava: pra que eu vou falar das minhas coisas pra um estranho? Não tem porquê.” Ao que parece, destituído de seu lugar, o analista acaba na posição de espectador da descrição dos tratamentos e do sofrimento corporal que constituem grande parte do que foi verbalizado nas entrevistas.

Rinaldi et al. (2013), por sua vez, apontam que, nos atendimentos de sujeitos com FPS, existe a dificuldade de abrir espaço para dialetizações no que diz respeito à doença. Ao que tudo indica, seus corpos estão à mercê da medicina e de seus procedimentos, e não há implicação do sujeito nas lesões que carrega. No caso da fibromialgia, as participantes relataram estarem “acostumadas” à dor crônica. A fibromialgia é retratada como algo “externo”, que está forçosamente inserido em sua convivência diária. Duas das entrevistadas chegam a descrevê-la uma como *amiga* e outra como um *monstro*: “Não... hoje eu já falo que ela é minha amiga (...) Ela tá comigo né? Tá sempre comigo, nas horas boas, nas horas ruins, tá sempre comigo” (Lúcia) e “A gente sentir dores vinte e quatro horas por dia... então eu vejo mesmo a fibromialgia como se ela fosse um monstro” (Márcia).

No lugar de um enigma que possa dizer algo a respeito de alguma questão subjetiva, a fibromialgia é relatada pelas participantes como um outro, estabelecendo outra semelhança com os FPS: diferente do sintoma neurótico, que funciona como defesa frente ao desejo do Outro, as lesões que ocorrem nos FPS surgiriam diante de imperativos superegoicos do Outro em um corpo condicionado e sem defesa (Fernandes et al., 2015). Há no FPS um contorno do Outro do significante, e observa-se que o corpo é tomado como Outro.

Assim, observou-se neste estudo que as pacientes com fibromialgia por vezes apresentam um funcionamento semelhante ao que é visto nos sujeitos com fenômenos psicossomáticos. Os desafios no manejo evidenciados no caso dos FPS implicam diretamente a dificuldade de construção de uma demanda subjetiva e a necessidade de realização de manobras clínicas durante o período inicial de atendimento, numa tentativa de furar o discurso científico, fazer com que a angústia entre em cena e que alguma questão possa ser endereçada ao analista. Foram observadas dificuldades similares nas entrevistas. Ainda que as formulações teóricas desenvolvidas no campo da psicossomática psicanalítica não possam ser transpostas aos casos de fibromialgia com estatuto de equivalência, é possível observar que tal aproximação, embora complexa, é significativa no que se refere à questão da demanda.

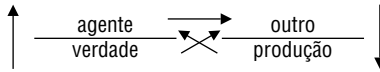
O sujeito entre o discurso científico e a dor

A reprodução do discurso médico, aqui considerado como um dos efeitos do discurso científico, apresentou grande destaque na fala das participantes entrevistadas, o que anuncia o grande impacto que o saber da medicina e os profissionais que dele utilizam causam em suas rotinas e subjetividade. Assim, cabe discutir quais os efeitos da possível aderência a esse discurso, bem como sobre seus impactos na formulação da demanda e no trabalho analítico. Tais questões serão abordadas com base na teoria lacaniana dos discursos.

Lacan (1969-1970/1992) traz os discursos como formas de estruturação do laço social. Forjado na linguagem, o discurso garante um locus social ao sujeito a partir do qual ele pode se reconhecer como integrado ao liame social. Assim, o discurso serve ao impossível, a saber, balizar o mal-estar inerente à falta introduzida pela linguagem. Dessa forma, os discursos são modos pelos quais a linguagem ordena o gozo, e são inevitavelmente marcados por um ponto de fracasso: uma barreira de gozo, visto que este não pode ser dominado.

Destarte, no seminário *O avesso da psicanálise* (1969-1970/1992), Lacan formaliza os quatro discursos, qual sejam: mestre, universitário, histórica e analítico, sob a forma de matemas (Figura 1). Cada um deles é elaborado a partir de quatro elementos: o S_1 (significante-mestre), o S_2 (saber), o $\$$ (sujeito dividido) e o objeto a (mais-de-gozar). Eles são dispostos em quatro lugares, respectivamente: agente, verdade, outro e produção. O aparelho discursivo é colocado em movimento no sentido horário, “por meio de um agente que se dirige a um outro para que o mesmo trabalhe tendo por finalidade a produção” (Castro, 2015).

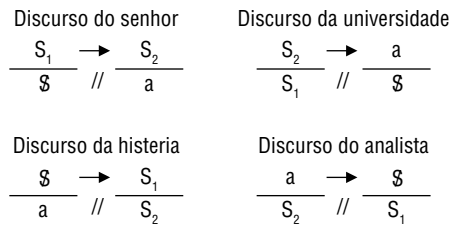
Figura 1 — Estrutura dos discursos



Fonte: Lacan, 1969-1970/1992.

Ramos e Nicolau (2013) sugerem que a medicina opera do lugar do discurso do mestre (Figura 2), no qual o significante mestre está no lugar de agente e assim acaba por submeter o outro a seu discurso. Isso porque, diferentemente da psicanálise, as políticas de saúde são regidas pela ética do cuidado e operam com um saber constituído, no qual a palavra categórica do médico que detém esse saber sobre o adoecimento coloca aquele que sofre como depositário das práticas e técnicas desenvolvidas. O sujeito acaba reduzido a uma doença e uma série de sintomas. Com isso, espera-se que o paciente siga as recomendações de tratamento apresentadas, para que o sintoma seja eliminado e a maquinaria biológica volte a funcionar apropriadamente. Ao operar, tal modalidade subtrai da escuta clínica a singularidade subjetiva.

Figura 2 — Estrutura interna dos discursos



Fonte: Lacan, 1969-1970/1992.

Nesse caso, como trazido por Scheid (2016), trata-se de um discurso marcado pela mestria, autoridade, ordem e comandos verbalizados pelos médicos. Sob essa perspectiva, tem-se nas entrevistas uma longa série de ordens e comandos médicos destinados a fazer com que o outro produza/funcione, no caso as pacientes com fibromialgia: “É o que eles falam, eu tenho que fazer uma atividade física pra ajudar” (Sandra); “Ele disse: Não! Você precisa (de psicoterapia)” (Regina); e “Disse que eu teria que, primeira coisa, partir pra uma terapia” (Márcia).

Nesse contexto, a realização da psicoterapia coloca-se como uma das principais recomendações/ordens impostas, não só pelos médicos, mas pelos demais profissionais que atendem essas pacientes e que também se aloca em tal discurso: “O fisioterapeuta perguntou (...) tá fazendo tratamento com psicólogo?” (Sandra). No entanto, constatou-se que as entrevistadas não sabem por que esse acompanhamento é indicado para elas, tal como no relato de Vera: “Não sei o porquê. Isso eu não vou saber te falar.” As tentativas de fazer com que algo surja além do “não sei” suscitaram falas que reproduziram as explicações médicas a respeito da correlação entre fatores psíquicos e o surgimento das dores. Tais esclarecimentos sobre a necessidade do atendimento psicológico ora são assimilados por elas superficialmente: “Ah! Pode ser por que... igual te falei pode estar ligado ao psicológico, né? Talvez...” (Sandra), ora são interpretados como se os médicos estivessem se isentando do tratamento: “Ele (o médico) disse que é impossível sentir dor com o tanto de remédio que eu tomo. Que vou acabar com meus rins desse jeito. O que tinha para me passar ele já me passou... Agora é psiquiatra e terapia” (Regina). Nota-se que, depois de prescrita a medicação, a psicoterapia entra em cena como forma de auxiliar na diminuição dos sintomas (ansiedade e depressão) e oferecer escuta às queixas frequentes.

Nesse contexto, é possível observar a mencionada dificuldade de apreensão da fibromialgia como algo concernente ao psíquico, como é evidenciado por Regina. Em uma sessão, conta estar com muita dor no rosto e nos dentes, devido ao bruxismo: “Aparece em pessoas tensas. Dizem que tem fundo emocional né?” Questionada sobre isso, afirma não acreditar de fato nessa relação: “Não acredito nisso não. Eu repito porque os médicos falam muito.”

Dupim (2014) também relata que, em sua prática clínica com casos de dor crônica, notou que o médico frequentemente encarna o discurso do mestre, portando um saber autoritário, *a priori*, sobre o sujeito: “Me falou que é isso, vou estar sempre em tratamento” (Sandra). No caso de Regina, o psiquiatra chega a localizar e apresentar os eventos em sua vida que culminaram no surgimento das dores: “Ele foca muito no suicídio do meu pai né? No tumor que eu tive também.”

Ao que parece, em vez de sensibilizar e instigar as pacientes a pensar sobre a etiologia da doença, tal postura discursiva acaba por ser determinista e não abre espaço para que o sujeito se interesse em descobrir por si próprio as causas de seu sofrimento. Essas explicações deterministas sobre uma possível causa psicológica para as dores não instigam as pacientes a pensar sobre a etiologia da doença. Ao que parece, atuam apenas oferecendo respaldo às

ordens referentes ao tratamento psicológico (medicação e psicoterapia). No discurso da mestria, só há espaço para a ordem do comando. Assim, não se abrem possibilidades para que o sujeito produza nada a respeito de seu sofrimento. Além disso, frequentemente essas colocações são sentidas pelas pacientes com um caráter de culpabilização, como se as dores fossem algo “da sua cabeça”, uma mera invenção, e que pudessem ser controladas com “força de vontade”: “Eu tento controlar, mas eu não consigo” e “Ele falou como se eu tivesse inventando” (Vera). Isso foi observado principalmente nas entrevistas em que foram mencionados questionamentos dos médicos quanto à veracidade dos sintomas, e o psicólogo foi descrito como um “último recurso”. É necessário colocar que o psicólogo (dependendo da orientação teórica e de sua prática) também pode utilizar tal discurso, como foi relatado por Sandra: “Ela (psicóloga) me explicou que são pós-traumas que fica com a gente, que pode vir de criança, que vão acumulando e se tornam dores que se espalham pelo corpo.”

Para a medicina, alocada na posição de discurso de mestria, a dor como sintoma representa uma falha a ser reparada por meio do uso desse saber constituído sobre a doença, diferente da psicanálise que, com o discurso do analista (Figura 2), opera com um saber que inclui a falha e atribui ao sintoma a verdade do sujeito (Dupim, 2014). Nesse contexto, fica demarcado que, ao chegar à psicoterapia, essas pacientes estão habituadas a um discurso que se opõe ao discurso do analista, que por sua vez opera interpelando o sujeito a atingir o significante mestre como produção. Ao se depararem com o “convite” a produzir sua própria verdade, seus próprios S1, continuam esperando que essa seja entregue pelo psicoterapeuta: “O que que tem a ver com dor (psicoterapia)? Ah! Não sei, eu acho que você vai poder me explicar” (Regina).

Sob uma perspectiva distinta, Castro e Rinaldi (2017), ao discutirem o caso de um paciente psicossomático, trabalham com o discurso universitário para pensar a posição do sujeito nesses casos. No discurso universitário (Figura 2), o paciente estaria na posição de objeto *a*, que está no lugar do outro. Já o doutor estaria posicionado como saber (lugar de agente), e o significante mestre como verdade. A reabilitação está localizada no lugar da produção, onde se tem como resultado “não necessariamente o indivíduo recuperado” (Castro & Rinaldi, 2017, p. 270), mas o sujeito dividido em uma lógica que não mantém relação alguma com a verdade. É também o caso da fibromialgia, que se insere em uma lógica na qual se almeja o reestabelecimento da saúde física das pacientes, enquanto a psicoterapia fica destinada apenas a controlar os sintomas de ansiedade e depressão.

As participantes chegaram à clínica com uma grande dificuldade em formular alguma questão diferente do que foi previamente colocado pela medicina acerca de sua condição: “O médico falou disso (...) eles sabem o que eles falam pra gente” (Lúcia). Inseridas no discurso universitário, sua existência acaba reduzida e determinada pela ciência. Nesse discurso se instaura a tirania do “tudo” saber, que opera como um empuxo normatizador e tem como produto um sujeito objetificado e com sua verdade excluída.

As narrativas se referem a um corpo objeto da medicina, que é submetido a uma infinidade de procedimentos e tratamentos. Fisioterapia, psicoterapia, alongamentos, hidroginástica, acupuntura: “Tudo que eles pediram pra fazer eu fiz” (Lúcia). Observa-se então uma obediência às recomendações médicas e uma presença constante nas consultas. Os tratamentos que visam unicamente à remissão dos sintomas e à readaptação podem vir a tamponar o que é do inconsciente. Quando questionada: “O que você pensa disso que ele (reumatologista) fala?”, Lúcia responde que: “Ah... tipo assim... eu acredito, né? Porque ele é médico, então ele sabe melhor do que eu.” De maneira semelhante, Regina coloca que não sabe ou busca saber nada sobre medicação ou diagnósticos: “Nem tenho que saber... quem sabe disso é o médico. Eu só sigo.”

Perante o exposto, pode-se concluir que, enquanto a psicanálise atribui o sintoma à verdade do sujeito, a noção de sintoma que opera pelo discurso médico faz silenciar a subjetividade. As participantes demonstram localizar-se no laço social a partir da posição do outro (objeto) no discurso do mestre, encarnado pela figura do médico e sua práxis. Dessa maneira, tem sua singularidade excluída e apresentam dificuldades em articular um saber acerca do próprio sofrimento. Quando pensado o laço do discurso universitário, sua existência é reduzida ao saber da ciência sobre a doença e sua verdade elidida. Os efeitos desses discursos presentes nos contextos de atendimento em saúde no caso da fibromialgia acabam por dificultar ao sujeito o acesso à sua verdade, o que pode aparecer na clínica como dificuldade na elaboração da demanda.

Considerações finais

Toda dor pode ser suportada, se você puder colocá-la em uma história; ou contar uma história sobre ela.
(Blixen, 1957)

Apesar de todos os desafios etiológicos e clínicos impostos pela fibromialgia, os pesquisadores que trabalham com psicanálise não recuam diante desses pacientes e trazem várias contribuições no que concerne a essa forma de sofrimento, visto a grande variabilidade de articulações teórico-clínicas possíveis para sua investigação e tratamento. No entanto, o baixo engajamento no trabalho clínico e a dificuldade na formulação de uma demanda subjetiva colocam-se como entraves ao avanço das elaborações a respeito da fibromialgia. Além disso, fazem com que esses sujeitos distanciem-se dessa possibilidade de atendimento que propõe a escuta do que é singular em detrimento do olhar da medicina sobre um corpo objetificado.

A aposta na capacidade do sujeito em dizer de si mesmo e do que lhe acontece, e assim encontrar suas próprias soluções subjetivas, permite que a dor possa falar e assim deslocar-se da carne à palavra. Entretanto, a dificuldade dos pacientes em apreender a dor crônica como algo que diz de si mesmo, o rechaço simbólico e as dificuldades de dialetização da doença, bem como a adesão ao discurso científico observados nos casos de fibromialgia, atuam dificultando a elaboração da demanda e, por consequência, o trabalho analítico.

A interface entre psicanálise e dor crônica implica uma grande pluralidade e complexidade, que exige cuidado na atuação clínica. Dessa forma, cabe dizer que os eixos teóricos desenvolvidos a partir deste trabalho não conseguem abranger a totalidade da discussão acerca dos impasses da demanda nesses casos, nem tampouco se propõem a isso. Ainda assim, a apresentação e discussão de dificuldades de manejo comuns a esse sofrimento, que resiste em inscrever-se no campo da palavra, podem contribuir para esse terreno desafiador que é a dor crônica.

Referências

- Avelino, S. E. R. C. (2014). *O corpo na psicanálise: O caso da fibromialgia* (dissertação de mestrado). Pontifícia Universidade Católica de Goiás.
- Besset, V. L.; Gaspard, J.; Doucet, C.; Veras, M.; Cohen, R. H. P. (2010). Um nome para a dor: Fibromialgia. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 10(4), 1245-1269.
- Besset, V. L.; Zanotti, S. V.; Tenenbaum, D.; Schmidt, N.; Fischer, R.; Figale, V. (2010). Corpo e histeria: Atualizações sobre a dor. *Polêmica*, 9(4), 35-42.
- Blixen, K. (1957). Entrevista com Bent Mohn. *The New York Times Book Review*, November 1957. <https://www.nytimes.com/1957/11/03/archives/talk-with-isak-dinesen.html> (acessado em 20/03/2020).

- Britto, M. G. A.; Santos, N. O.; Lucia, M. C. (2014). Evento traumático, fibromialgia e complicações de saúde: Um estudo de caso. *Psicologia Hospitalar*, 12(1), 26-46.
- Castro, J. L. (2015). *A clínica psicanalítica com 'psicossomáticos' em um centro de reabilitação* (dissertação de mestrado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).
- Castro, J. L.; Rinaldi, D. (2017). A psicossomática no discurso. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 20(2), 263-277.
- Costa, J. B. (2013). *Fibromialgia: Histeria da atualidade?* (dissertação de mestrado). Universidade Veiga de Almeida (UVA), RJ.
- Drumond, T. M. (2016). *Fenômeno psicossomático, holófrase, objeto a e letra: Um roteiro de estudo* (dissertação de mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).
- Dupim, G. V. S. (2014). *Angústia, corpo e dor: Particularidades nas escolhas amorosas* (tese de doutorado). Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).
- Fernandes, C. O.; Fares, A. R.; França, W. L. P. (2017). Fibromialgia e fenômeno psicossomático. In: V. L. Besset; S. V. Zanotti (Orgs.), *A face crônica da dor*. Maceió: Edufal.
- Fernandes, C. O.; Melo, C.; Besset, V. L.; Bicalho, P. P. (2016). Biopolitics and pain: Approximations between Foucault and Lacanian psychoanalysis. *Psico-USF*, 21(1), 189-196.
- Fernandes, C. O.; Reys, B. N.; Besset, V. L.; Veras, M. F. A. S. (2015). Corpo e fenômeno psicossomático na clínica psicanalítica. *Psicologia em Revista*, 21(3), 547-561.
- Fortes, I. (2013). A dor como sinal de presença do corpo. *Tempo Psicanalítico*, 45(1), 287-301.
- Freud, S. (1900/2019). A interpretação dos sonhos. In: *Obras completas*, vol. 4. Companhia das Letras.
- Freud, S. (1926/2014). “Inibição, sintoma e angústia”, “Futuro de uma ilusão” e outros textos. In: *Obras completas*, vol. 17. Companhia das Letras.
- Guir, J. (1988). *A psicossomática na clínica lacanianiana*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1954-1955/2010). *O seminário, livro 2: O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1964/2008). *O seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1969-1970/1992). *O seminário, livro 17: O avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1975/2016). Entrevista com os estudantes na Yale University. In: F. Denez; G. C. Volaco (Orgs.), *Lacan in North Armorica*. Porto Alegre: Fi.
- Maia, A. B.; Medeiros, C. P.; Fontes, F. (2012). O conceito de sintoma na psicanálise: Uma introdução. *Estilos de Clínica*, 17(1), 44-61.
- Medeiros, C.; Fortes, I. (2017). Dor crônica: Signo do excesso pulsional. In: V. L. Besset; S. V. Zanotti (Orgs.), *A face crônica da dor*. Maceió: Edufal.
- Miller, J.-A. (1998). El sintoma y el cometa. In: Fundación del Campo Freudiano (Org.), *El sintoma charlatán*. Buenos Aires: Paidós.

- Nasio, J. D. (1999). *Como trabalha um psicanalista?*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Quinet, A. (1991). *As 4+1 condições da análise* (8ª ed.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Ramos, D. C.; Nicolau, R. F. (2013). Notas sobre “Um Discurso sem Palavras”: A psicanálise na instituição de saúde. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 13(3-4), 797-814. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482013000200016
- Rinaldi, D.; Nicolau, R. F.; Pitanga, C. E. G. A. (2013). Do fenômeno psicossomático ao sintoma: A aderência do sujeito ao diagnóstico médico e o trabalho analítico. *Ágora*, 16, 95-108.
- Santos, N. A.; Rudge, A. M. (2014). Dor na Psicanálise: Física ou psíquica?. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 17(3), 450-468.
- Scheid, B. E. (2016). *Um corpo: Dois discursos* (monografia). Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí.
- Turato, E. R. (2008). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis: Vozes.
- Vorcaro, A. (1999). Da holófrase e seus destinos. In: *Crianças na psicanálise: Clínica, instituição, laço social*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

Notas

¹ A paciente foi desligada da clínica-escola devido às faltas constantes aos atendimentos. Desde o início, demonstrava dificuldade em comparecer à clínica pelo menos uma vez na semana. Tal situação foi observada de forma frequente nas pacientes com fibromialgia que faziam acompanhamento no serviço.

Recebido em 20 de outubro de 2020

Aceito para publicação em 02 de junho de 2021

DELINEAMENTO DE PESQUISA NO CAMPO PSICANALÍTICO: UMA PROPOSIÇÃO SINTÉTICA

*RESEARCH DESIGN IN THE PSYCHOANALYTIC
FIELD: A SYNTHETIC PROPOSITION*

*DISEÑO DE INVESTIGACIÓN EN EL CAMPO
PSICOANALÍTICO: UNA PROPUESTA SINTÉTICA*

Érico Bruno Viana Campos ⁽¹⁾

RESUMO

Este ensaio visa a revisar a problemática metodológica inerente ao campo psicanalítico e apresentar orientações que norteiem a elaboração de pesquisas com essa abordagem, considerando o contexto atual do paradigma qualitativo de pesquisa em ciências humanas e da saúde. Propõe-se que o critério fundamental seja a utilização ou não do método psicanalítico e sua associação a outros meios de investigação, configurando três grupos de delineamentos: (1) pesquisa sobre psicanálise, que ocorre sem o recurso ao método psicanalítico, onde se localizam os estudos teóricos ou documentais que abordam no âmbito da investigação da história e epistemologia das ideias psicanalíticas ou de sua dimensão sociocultural e filosófica; (2) pesquisa em psicanálise, que compreende os estudos empíricos que utilizam o método psicanalítico, onde se localizam os estudos tradicionais de casos clínicos no modelo psicoterápico e os estudos baseados em práticas ampliadas para contextos grupais, institucionais e socioculturais no âmbito da saúde, educação, trabalho ou comunidade; (3) pesquisa com psicanálise, onde se encontram os delineamentos de pesquisa empírica que utilizam os fundamentos teórico-metodológicos da psicanálise associados a estratégias metodológicas de outros campos para a coleta e análise de dados clínico-qualitativos.

Palavras-chave: psicanálise; metodologia; pesquisa qualitativa.

⁽¹⁾ Psicólogo, mestre e doutor em Psicologia pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP). Professor assistente doutor do Departamento de Psicologia da Faculdade de Ciências de Bauru da Universidade Estadual Paulista (UNESP), Bauru, SP, Brasil. email: erico.bv.campos@unesp.br

Não se declararam fontes de financiamento.

ABSTRACT

This essay aims to review the methodological problems inherent to the psychoanalytic field and present guidelines for research development with this approach, considering the current state of the qualitative research paradigm in the humanities and health sciences. It is proposed that the fundamental criterion is the use or not of the psychoanalytic method and its association with other means of investigation, outlining three groups of designs: (1) research on psychoanalysis, which occurs without the use of the psychoanalytic method, which comprises theoretical or documental studies that approach it in the context of investigating the history and epistemology of psychoanalytic ideas or their socio-cultural and philosophical dimension; (2) research in psychoanalysis, which includes the empirical studies that use the psychoanalytical method, comprising traditional studies of clinical cases in the psychotherapeutic model and studies based on extended practices for group, institutional and socio-cultural contexts in the scope of health, education, work or community; (3) research with psychoanalysis, which covers empirical research designs that use the theoretical and methodological foundations of psychoanalysis associated with methodological strategies from other fields for the collection and analysis of clinical-qualitative data.

Keywords: psychoanalysis; methodology; qualitative research.

RESUMEN

Este ensayo tiene como objetivo revisar los problemas metodológicos inherentes al campo psicoanalítico y presentar pautas que orienten el desarrollo de la investigación en este enfoque, considerando el contexto actual del paradigma de la investigación cualitativa en las humanidades y las ciencias de la salud. Se propone que el criterio fundamental es el uso o no del método psicoanalítico y su asociación con otros medios de investigación, configurando tres grupos de diseños: (1) investigación sobre el psicoanálisis, que se da sin el uso del método psicoanalítico, donde se encuentran los estudios teóricos o documentales que abordan en el contexto de la investigación de la historia y epistemología de las ideas psicoanalíticas o su dimensión sociocultural y filosófica; (2) investigación en psicoanálisis, que incluye los estudios empíricos que utilizan el método psicoanalítico, donde están los estudios tradicionales de casos clínicos en el modelo psicoterapéutico y los estudios basados en prácticas extendidas para contextos grupales, institucionales y socioculturales en el ámbito de la salud, la educación, trabajo o comunidad; (3) investigación con psicoanálisis, donde se encuentran los diseños de investigación empírica que utilizan los fundamentos teóricos y metodológicos del psicoanálisis asociados a estrategias metodológicas de otros campos para la recolección y análisis de datos clínico-cualitativos.

Palabras clave: psicoanálisis; metodología; investigación cualitativa.

Introdução

Este artigo, de caráter ensaístico, visa a revisar a problemática metodológica inerente ao campo psicanalítico, considerando o contexto atual da pesquisa e da formação no âmbito científico-acadêmico e profissional na área da psicologia, em que se destacam o paradigma qualitativo em ciências sociais e da saúde, o movimento das práticas baseadas em evidências e as demandas éticas de pesquisa e comunicação científica. Seu objetivo é apresentar referências e parâmetros que norteiem a elaboração de delineamentos de pesquisa no campo de uma forma sintética, com intuito didático e como forma de oferecer subsídios para um consenso na área. Trata-se de uma proposta de discussão dos modelos vigentes no âmbito da literatura brasileira e da realidade da psicanálise que se faz na universidade e na psicologia, baseada na experiência acumulada do autor como docente, pesquisador e orientador no âmbito da graduação e pós-graduação em psicologia. Nesse sentido, este artigo retoma e amplia as discussões e proposições de um trabalho apresentado há cerca de dez anos (Campos, 2008), a partir de referências atualizadas.

A justificativa para a escrita deste artigo veio da percepção que a questão sobre a metodologia de pesquisa no campo psicanalítico ainda é pertinente e atual. A formação de competências de pesquisa é um aspecto importante da formação. Silva et al. (2020), por exemplo, em seu relato de experiência, trazem um pertinente destaque para a relevância da discussão do trabalho de pesquisa no ensino de graduação e pós-graduação, mostrando como essa interlocução tem sido feita em alguns espaços acadêmico-universitários. Contudo, ainda encontramos dificuldade em encontrar apresentações didáticas e sistemáticas de fundamentação metodológica em psicanálise, tanto específicas na literatura psicanalítica quanto em manuais de metodologia de pesquisa. Além disso, a própria abrangência da problemática de pesquisa no campo psicanalítico tem se transformado em relação à forma como se circunscreveu inicialmente na formação em psicologia no país.

Desde os fundamentos freudianos entende-se que a psicanálise é constituída por um método que é simultaneamente terapêutico e investigativo, bem como por uma teoria derivada da aplicação desse método. Esse método é essencialmente clínico e interpretativo, definido pela chamada regra fundamental da associação livre como condição da emergência da transferência como eixo central do trabalho psicanalítico. Apesar de todas as particularidades do enquadre analítico padrão, é na singularidade da escuta analítica que se fundamenta a especificidade do método psicanalítico (Campos, 2010). Assim, a emergência do objeto da psicanálise, o inconsciente, é função da constituição de uma escuta específica,

instrumentada por um método próprio. Nesse sentido, o método psicanalítico é essencialmente um só. O que varia é sua instrumentação técnica, em diferentes enquadres e com estratégias variadas.

No que concerne à estrutura do campo psicanalítico, Mezan (1988, 2014) indica que há necessariamente quatro níveis de teorização: a metapsicologia, o desenvolvimento, a psicopatologia e a teoria da técnica. É nesse último nível que se localizam propriamente as discussões metodológicas, que incluem não só as questões inerentes ao modelo psicoterápico, mas toda e qualquer caracterização dessa natureza no campo. Além disso, a psicanálise se assenta em três fontes distintas, que precisam ser igualmente consideradas e integradas na compreensão das problemáticas que lhe são inerentes: a clínica, a teoria e a cultura. Nesse sentido, qualquer abordagem aos fenômenos do campo psicanalítico deveria contemplar essas três dimensões, consistindo em uma diretiva metodológica de base para a presente proposição.

A psicanálise e as metodologias clínica e qualitativa

Por muito tempo, tendeu-se a tomar a escuta psicanalítica como uma condição exclusiva do enquadre clínico padrão, embora a própria obra freudiana atestasse o contrário. A sua aplicação e ampliação para além de seu nicho de origem precisou do reforço de uma série de desenvolvimentos teóricos e práticos para ganhar um estatuto de legitimidade para a psicanálise e, principalmente, para a comunidade científica em geral. Há uma história importante de ampliações clínicas durante a era das escolas pós-freudianas, que se apoia inicialmente nas inovações técnicas para o enquadre da psicoterapia infantil e para o trabalho com pacientes psicóticos, mas logo se desdobra em adaptações para o trabalho em instituições e em grupos. Do mesmo modo, a ampliação para uma crítica da cultura e das instituições sociais se efetivou durante esse mesmo período, com destaque para a teoria crítica, o culturalismo e o lacanismo. Particularmente ali houve a transição para uma concepção de subjetividade assentada nas estruturas discursivas e nas relações intersubjetivas, e não tanto na dimensão intrapsíquica do jogo de pulsões e representações, ou seja, na passagem de um paradigma pulsional para o subjetal e objetal (Mezan, 2014). Esse movimento de passagem do psiquismo individual para uma concepção de subjetividade que inclui a dimensão sociocultural e intersubjetiva foi fundamental para o reconhecimento da dimensão inconsciente que se produz onde houver sentido humano e não apenas no âmbito restrito da psicoterapia individual. Assim, por meio das diferentes ver-

tentes majoritárias da tradição psicanalítica, constituíram-se até meados dos anos 1970 modelos mais elaborados e consistentes para sustentar um movimento em direção à *clínica ampliada* e à *psicanálise aplicada*, que vão marcar a psicanálise contemporânea (Campos, 2010).

Embora tenha uma longa tradição, o método psicanalítico e sua aplicação estiveram majoritariamente circunscritos ao campo da prática psicoterápica e suas variações interventivas na área da saúde mental. Sua origem eminentemente clínica e seu contexto institucional próprio marcou um desenvolvimento em paralelo com a discussão metodológica nas ciências humanas e da saúde. Historicamente, a psicanálise origina uma abordagem clínica de caráter psicoterápico, de início inclusive muito circunscrita às especialidades médicas – decorrem daí as controvérsias em torno da análise leiga desde os anos 1920 até os anos 1950, em todos os momentos de sua consolidação em países e regiões específicas. As diferentes posições em relação a essa restrição à prática médica foi um divisor de águas nos caminhos das tradições regionais. Porém, o mais importante é que a psicanálise se constituiu como a matriz para praticamente todas as psicoterapias. Todos os grandes movimentos de inovação na psicoterapia e na psicologia clínica até meados dos anos 1960 se originam de dissidências e controvérsias nas fileiras psicanalíticas, criando a pluralidade das chamadas abordagens humanistas, centradas na vertente dos aportes fenomenológico-existenciais, mas em um mosaico muito variado de práticas corporais e expressivas. Nos Estados Unidos e em sua esfera mais imediata de influência, esse movimento constituiu a chamada terceira força entre uma psicanálise ortodoxa calcada na psiquiatria e uma psicologia acadêmica calcada nas abordagens funcionalistas e comportamentalistas. Já na Europa, esse embate não foi tão dicotômico e polarizado, com interlocuções importantes entre essas tradições. De todo modo, em ambas as regiões se produziu também, até meados dos anos 1970, um leque muito variado de práticas terapêuticas centrado em uma abordagem essencialmente clínica para a subjetividade (Jacó-Vilela et al., 2013).

Isso quer dizer que, embora variassem em termos de mais ou menos estruturadas e mais ou menos ativas em suas técnicas, todas valorizavam a dimensão interpretativa e expressiva que poderia se dar nas condições do trabalho terapêutico, negando uma abordagem de caráter pedagógico ou de administração tecnicista da subjetividade. Valorizavam, portanto, a dimensão do sentido e uma epistemologia histórico-compreensiva, em detrimento do naturalismo científico padrão, mas, particularmente, estavam centradas na singularidade narrativa que se produzia e constituía caso a caso. Por isso, embora tivessem suas questões internas, as tradições psicanalítica e humanista formavam em conjunto um contra-

ponto muito forte às abordagens naturalistas em psicologia e medicina, criando uma vertente própria, centrada em uma proposição metodológica estritamente e originalmente clínica. Nesse sentido, tenho denominado esse eixo de *clínico*, dada a abordagem singularizada a partir do sofrimento e sua vinculação histórica às instituições de cuidado à saúde.

Esse eixo constituiu então uma oposição importante às abordagens metodológicas de cunho empírico quantitativo e experimental no contexto da saúde. Isso quer dizer também que, até meados dos anos 1970, no âmbito das disciplinas de saúde e principalmente no reino “psi”, a oposição fundamental era entre metodologias clínicas e metodologias experimentais ou psicométricas. Desse modo, a questão do “qualitativo” dependeu de um novo aporte, vindo de outra tradição, fruto de um desenvolvimento específico no campo das ciências humanas e sociais a partir da crítica aos modelos positivistas tradicionais que partiam de um modelo baseado nas ciências naturais. Essa crítica inicialmente foi embasada nos estudos da fenomenologia, da etnometodologia, do marxismo e do construtivismo social, remontando às próprias origens das ciências sociais, por conta da questão epistemológica que lhe é inerente. Contudo, o movimento se constitui e ganha ímpeto entre os anos 60 e 70 do século XX, vindo majoritariamente do campo das ciências sociais e adentrando inicialmente no âmbito da educação. Nos Estados Unidos e em sua esfera de influência da língua inglesa, esse movimento ganhou uma estrutura mais convergente, além de uma denominação que indica um ponto de ruptura estrutural: *paradigma* qualitativo de pesquisa (Denzin & Lincoln, 2006).

Paradigma nesse caso é tomado na acepção de um modelo geral de concepções teóricas e estratégias metodológicas que medeiam a inteligibilidade e a operação sobre a realidade. De fato, há uma série de aspectos que são partilhados pelas diversas perspectivas qualitativas em pesquisa que estão relacionados à compreensão do ser humano como um ser social, o que implica, fundamentalmente, reconhecer a realidade como construção social e as próprias teorias como construções sociais, de forma que estas são necessariamente imbuídas de ideologias e de poder. Nesses termos, a sociedade é tomada como uma multiplicidade de processos sociais que atuam simultaneamente e em temporalidades diferenciadas, compondo uma totalidade e a dinâmica da sociedade é dada por forças da ação individual e grupal, em que a ação grupal é preponderante. Além disso, os atores sociais são considerados agentes dotados de capacidade simbólica e de consciência histórica, de forma que a posição de sujeito e objeto de conhecimento precisa ser relativizada na figura do pesquisador, que passar a construir o conhecimento por meio da interação social.

Esse caminho foi endossado por uma série de desdobramentos no campo da psicologia, principalmente em sua vertente social e educacional, tais como a teoria das representações sociais, a análise de discurso, as metodologias da pesquisa-ação e da pesquisa interventiva. Cabe destacar que o aporte maior, principalmente na psicologia brasileira, se deu a partir de modelos fundamentados no materialismo histórico-dialético, dentro do movimento específico de nosso contexto de uma emergência dessa abordagem a partir da redemocratização, implicando uma reorientação acadêmica e profissional em direção a um *diálogo com o social* (Jacó-Vilela et al., 2013). Devido ao peso e centralidade do viés marxista, costumo caracterizar essa tradição da pesquisa qualitativa de *pesquisa social* (Minayo et al., 2015), em uma vertente *sócio-histórica*, na qual se alinha boa parte da produção nos campos social, pedagógico e da saúde (Minayo, 2013). O fato é que, atualmente, temos um campo bastante diversificado de proposições metodológicas e mesmo de teorias na área da sociologia e da psicologia social sob esse paradigma multifacetado.

Essa tradição também é a mais reconhecida e abordada no campo acadêmico nas ciências sociais e humanas hoje, incluindo as vertentes alinhadas a essas áreas no campo das psicologias. A consolidação e sistematização de um paradigma qualitativo de pesquisa no âmbito científico-acadêmico brasileiro se deu ao longo dos anos 1990, momento em que também o movimento ganha força no âmbito das ciências da saúde, passando a ser reconhecido e sistematizado a partir de escolas de formação e pesquisa em ciências médicas. Foi nesse período que emergiram dois grandes expoentes das tentativas de aplicação e integração do paradigma qualitativo à área de saúde, cujos manuais são referência até hoje: Minayo (2013) e Turato (2003). Este último propõe uma integração mais ampla e eclética das diversas vertentes do paradigma qualitativo em uma perspectiva também pragmática, incluindo aquela vertente que não emergiu na tradição das ciências sociais e sim da tradição clínica da medicina e das psicoterapias de extração psicanalítica e humanista. Nesse sentido, sua proposta está epistemologicamente e metodologicamente mais fundamentada na crítica fenomenológica do que na crítica oriunda do materialismo histórico-dialético, além de compor melhor com a pluralidade das abordagens próprias do campo das psicologias e, no que nos interessa, a psicanálise. Decorre daí a terminologia específica: metodologia *clínico-qualitativa* aplicada às ciências humanas e da saúde (Turato, 2003).

O propósito desse resgate do percurso pelos modelos da metodologia científica foi mostrar que há dois eixos de contraposição ao modelo das ciências naturais e às metodologias quantitativas e experimentais de pesquisa, um *clínico* e um *sócio-histórico* ou *social*. Embora ambos sejam “qualitativos”, a rigor é no con-

texto do segundo que emerge a concepção de um *paradigma* de pesquisa próprio, que é mais recente e que tem retroagido sobre o primeiro no âmbito científico-acadêmico. Por conta disso é que proponho que a caracterização da natureza da metodologia de pesquisa em psicanálise no contexto atual, tanto profissional quanto científico-acadêmico, seja referido a uma abordagem *clínico-qualitativa* de pesquisa. Agora resta compreender como se deu especificamente esse percurso e debate na comunidade psicanalítica brasileira.

Delineamentos de pesquisa no campo psicanalítico no Brasil

A psicanálise consolidou-se institucionalmente no Brasil somente a partir do pós-guerra, ao longo dos anos 1950 e 1960, de uma forma muito ligada ao campo médico-psiquiátrico. Embora teorias psicanalíticas fossem ensinadas na medicina e na pedagogia, foi só com a constituição da profissão da psicologia e os cursos de formação que ela começou a ganhar uma transmissão na academia, ligada a uma fundamentação teórica e metodológica básica para o exercício da psicologia clínica. Não obstante, a formação própria e especializada, bem como o foro privilegiado de produção teórica e inovação técnica, continuava restrita às sociedades de psicanálise ligadas à Associação Psicanalítica Internacional (IPA). Embora haja algumas iniciativas pioneiras de formação não alinhada, é só a partir dos anos 1980, com a consolidação do movimento lacanianiano, que a formação muda de figura. Em primeiro lugar, porque sai do âmbito restrito das sociedades psicanalíticas para institutos independentes do movimento lacanianiano, mas também porque começa a migrar de forma mais significativa para a esfera de influência da psicologia e ganhar abrigo e lugar nos cursos de pós-graduação em psicologia e filosofia que vão surgindo. Na sequência, há um incremento muito consistente de docentes formados nas fileiras dos programas de pós-graduação na França, levando ao amadurecimento de uma comunidade importante de psicanalistas na universidade, fazendo formação e pesquisa. Isso levou, ao longo dos anos 1990, a um embate e discussão madura sobre o que podia e cabia à psicanálise na universidade.

O que interessa destacar é que a discussão nesse período ainda estava muito assentada na questão do que pode ser transmitido ou que nível de formação pode se dar na universidade, retomando a via dos apontamentos de Freud (1919/1996) sobre o ensino dogmático de psicanálise na academia. Além disso, no que interessa à presente discussão, também tratava da legitimação das estratégias de investigação próprias da psicanálise – basicamente os estudos de caso clínico e os ensaios

teóricos – no âmbito acadêmico, ou seja, sua fundamentação e caracterização no formato de dissertações e teses.

Esse foi o germe de um segundo embate, pois colocou a formação de âmbito mais “psi” e suas estratégias metodológicas de pesquisa e intervenção em diálogo com outro movimento, o paradigma qualitativo de pesquisa que se constituiu no país a partir dos anos 1990. Para isso foi importante também uma mudança no âmbito das práticas profissionais e das políticas públicas, com a constituição de novos dispositivos de atenção à saúde, dentro da abordagem psicossocial. Essa mudança na forma de organização do trabalho, promovendo práticas multiprofissionais e intersetoriais, bem como posturas interdisciplinares, foi fundamental para um salto qualitativo e de complexidade crescente nas pesquisas desenvolvidas na comunidade acadêmica. Dos anos 2000 em diante, cresceu exponencialmente a entrada da psicanálise nesse movimento de ampliação da clínica, bem como sua interface com a educação, o trabalho e a dimensão sociopolítica. Esse desenvolvimento se dá no esteio das abordagens qualitativas e em um movimento de inovação e criação crescente de estratégias singularizadas. Da articulação inicial com os instrumentos da psicologia, como a avaliação psicológica e as estratégias psicodiagnósticas, passa a haver uma bricolagem mais significativa com estratégias da pesquisa social, começando a criar delineamentos mais híbridos, em que a psicanálise compõe o método de pesquisa junto com outros métodos, estratégias, instrumentos e categorias de análise. Essa hibridez e multiplicidade é um novo passo na progressão das questões metodológicas do campo psicanalítico, que merece ser melhor circunscrito e discutido, pois vem diluir perspectivas muito dicotômicas e de divisão clara entre o que é psicanálise e o que não é psicanálise.

A definição de uma metodologia de pesquisa psicanalítica passa, necessariamente, pela discussão da especificidade de seu saber e de seu método para, em seguida, apresentar os diferentes delineamentos de pesquisa possíveis. A produção de conhecimento em psicanálise pressupõe um método que enseje a transferência, operacionalizado no âmbito de um *setting*, onde o inconsciente pode emergir. Diante disso, a verdadeira pesquisa em psicanálise seria aquela que emerge da clínica psicanalítica, e a própria teoria psicanalítica é fruto de seu método. Essa posição clássica estabeleceu-se desde a reflexão freudiana sobre o ensino de psicanálise nas universidades, em que esse deveria ser concebido com o intuito de divulgação das proposições psicanalíticas e de forma *dogmático-crítica* (Mezan, 1994). É encontrada também em autores que são taxativos em afirmar que a pesquisa acadêmica em psicanálise não pode consistir em uma pesquisa empírica, sendo necessariamente de caráter teórico (Garcia-Roza, 1994). Posições menos restritivas procuram marcar que, apesar da pesquisa propriamente psicanalítica

ser necessariamente de tipo *clínico* (Mezan, 1998), isso não quer dizer que outras formas de aplicação do método e das categorias psicanalíticas sejam vedadas. Nota-se então que a questão sempre se configura em torno do método psicanalítico e da escuta clínica como fundamentos para qualquer balizamento. Nesse sentido é que cabe repor, retomando esse debate dos anos 1990 na psicanálise acadêmica brasileira, a distinção proposta por Garcia-Roza (1994) entre pesquisa *em* psicanálise e pesquisa *sobre* psicanálise.

O primeiro grupo é o da psicanálise em sua dimensão original, que encontrou dificuldades para se firmar e legitimar em âmbito acadêmico a partir de seus próprios parâmetros metodológicos, centrado no *estudo de caso* como referência fundamental. Na academia brasileira, a consolidação das estratégias clínicas encontrou um ponto alto nesse momento, no qual se destacam alguns trabalhos que se preocuparam em responder às críticas metodológicas mais tradicionais, tais como a objetividade e a generalização (Eizirik, 2001), mas também desenvolver parâmetros para sua redação em termos de seu caráter de construção retrospectiva e para o desenvolvimento do chamado *raciocínio clínico* (Safra, 1993).

Essa perspectiva de uma distinção fundamental entre o uso ou não do método psicanalítico se mantém até hoje em trabalhos como o de Figueiredo e Minerbo (2006), além de estar presente ainda hoje na discussão reiterada e renovada sobre a construção de casos clínicos no âmbito da formação e da pesquisa (Val & Lima, 2014; Dunker et al., 2017). Além das discussões específicas sobre a estrutura e escrita de casos, ou sua convergência com outros aportes sobre casuística, como casos múltiplos ou estudos de caso em abordagens antropológicas (Carneiro, 2018), encontram-se também esforços de instrumentalização da escuta psicanalítica em sua disposição essencialmente clínica para formatos que não o caso. Nesse sentido cabe destacar a proposição de Silva e Macedo (2016), de uma estratégia metodológica específica para o trabalho com *fatos* clínicos em psicanálise, com um recorte para pesquisas e caráter acadêmico. Contudo, embora tenham o mérito de ampliar a caracterização dos fatos clínicos e seu trabalho para além do estudo de caso clássico, não chegam a propor técnicas específicas ou muito inovadoras, fazendo sobretudo a mesma retomada que está sendo feita aqui do debate em torno da diferença fundamental entre as pesquisas que tomam a psicanálise do ponto de vista eminentemente teórico e aquelas que o fazem com o método psicanalítico.

De todo modo, as pesquisas em psicanálise no Brasil se instituíram a partir da chamada clínica padrão, em seu modelo psicoterápico tradicional, calcado fortemente na clínica individual adulta e infantil. Os anos 1990 trazem a consolidação desse percurso, com o respaldo das contribuições da psicanálise contemporâ-

nea na ampliação do campo psicanalítico a partir da distinção operada por Lacan (1967/2003) entre psicanálise em *intensão*, baseada na aplicação do método em seu contexto clínico e a doutrina dela derivada, e psicanálise em *extensão*, que diz respeito à escuta psicanalítica em contextos grupais, institucionais e sociais, articulando a prática psicanalítica com ciências afins (Plon, 1999).

Uma outra vertente que se consolidou de forma bastante significativa na universidade nesse período e marcou uma inflexão importante no próprio campo psicanalítico brasileiro foi a das pesquisas que se efetivaram a partir da filosofia e das ciências sociais. Esse movimento foi fundamental para estabelecer a tradição de pesquisa *sobre* psicanálise. Esse tipo de pesquisa, que não utiliza o método psicanalítico como referencial essencial, diz respeito à investigação das ideias psicanalíticas no plano exclusivamente teórico-conceitual. Ela pode acontecer tanto em uma perspectiva longitudinal ou histórica, focando nos desenvolvimentos conceituais de aspectos da disciplina, quanto em uma perspectiva mais transversal e estrutural de determinada problematização, no que ganha um caráter mais propriamente epistemológico (Mezan, 2002; Monzani, 1989).

Esse tipo de trabalho normalmente é desenvolvido na forma de *ensaios teóricos* e *revisões de literatura*, a depender da tradição mais humanística ou naturalista envolvida, mas também pautados por estratégias de diferentes extrações hermenêuticas. Nesse sentido se observa desde posições mais objetivas e racionalistas, até perspectivas mais dialógicas e construtivistas. Também há a contribuição mais contemporânea de estratégias sustentadas em concepções não essencialistas ou diferenciais sobre o sentido, oriundas de vertentes de estudos linguísticos e literários, em que a dimensão pragmática e performativa da linguagem e uma abordagem desconstrutiva dos discursos é ressaltada (Campos & Coelho Jr., 2010). Portanto, há uma série de variações dentro das estratégias hermenêuticas que embasam estudos teórico-conceituais, e isso implica uma diversificação na forma como esse tipo de trabalho pode se desenvolver hoje no campo psicanalítico. Além disso, é importante considerar que, embora no geral se possa demarcar que nas pesquisas sobre psicanálise a experiência empírica e seu método não são centrais, não é possível dizer que eles estão de todo excluídos.

O principal motivo é que, diante da ampliação da concepção de subjetividade trazida pela revolução das ciências da linguagem, a própria noção de inconsciente se espraia para as formações discursivas e, portanto, para os textos. Nesse sentido a contribuição francesa foi particularmente notável, mas no âmbito estritamente psicanalítico cabe destacar o debate de extração lacaniana sobre a *transmissão* da psicanálise e sua implicação, a forma como se trabalha textos nesse campo. Apesar de que nessa perspectiva o lugar da experiência clínica e a constru-

ção do caso ainda sejam o fundamento para produção de um saber retrospectivo e em nível formal sobre o inconsciente e a transferência (Nogueira, 2004), entende-se também que algo se transmite da experiência psicanalítica e dessa abertura ao sujeito inconsciente que não pode ser formalizado ou explicitado, pois escapa ao sentido e na verdade opera subjacente aos sentidos possíveis como uma negatividade. Nesse contexto se integra a concepção do *passé* como dispositivo de formação e autorização da posição de analista, bem como das formas discursivas como condição da produção do laço social. Isso implicou passar a considerar o relatório de pesquisa na forma de texto como testemunho e resposta a uma elaboração que não se esgota, mas se comunica. Decorre daí também a caracterização de diferentes âmbitos e modos de comunicação da psicanálise: seu ensino, sua transmissão e sua difusão (Castro, 2013). De todo modo, na esteira do aporte laciano, categorias como o desejo do analista, a transferência com a pesquisa e a condição de analisante do pesquisador (Moreira et al., 2018) passam a colocar em questão a isenção objetiva do pesquisador em seu percurso, a ponto de se converter em um verdadeiro *caso* metodológico (Queiroz & Silva, 2002).

Ainda na perspectiva francesa, Laplanche (1992) traz uma proposta metodológica mais definida e explícita de trabalho com textos a partir da escuta psicanalítica. Ele propõe que sejam quatro os lugares possíveis da experiência analítica: a clínica, com o tratamento padrão; a psicanálise extramuros, onde estão as variações técnicas e diferentes inserções institucionais; a teoria; e a história. É nesses dois últimos âmbitos que se encontram as possibilidades de uma escuta psicanalítica das formações discursivas, em que uma espécie de leitura flutuante busca as expressões dos fenômenos psicanalíticos (condensações, deslocamentos, supressões, lapsos) como parâmetro para uma leitura interpretativa do que é explicitamente colocado na ordem das razões de um texto. Isso vem a consolidar uma proposição hermenêutica propriamente psicanalítica no campo acadêmico (Campos & Coelho Jr., 2010), que sinaliza para a permanência de um resto não assimilável às tentativas racionais de apreensão da experiência do inconsciente, bem como para uma compreensão não linear ou progressiva sobre a construção do conhecimento em psicanálise e, sobretudo, para uma posição ética de reconhecimento da negatividade que põe em questão as concepções epistemológicas neopositivistas (Queiroz & Silva, 2002). Portanto, a questão de uma pesquisa sobre psicanálise como pesquisa teórica precisa ser entendida a partir dessas relativizações.

Além disso, a questão do alcance da compreensão psicanalítica sobre a subjetividade a partir de uma visada eminentemente teórica se desdobra num segundo grupo de delineamentos, que diz respeito à interpretação psicanalítica dos

fenômenos sociais e culturais. Esse âmbito não é mais o da clínica ou mesmo da saúde, começando a fazer parte da psicanálise extramuros ou em extensão.

O termo original freudiano é *psicanálise aplicada*, que diz respeito à aplicação do método psicanalítico ao âmbito dos fenômenos sociais e culturais, incluindo sua dimensão clínica (Mezan, 1994, 2002; Plon, 1999). A ideia de uma “aplicação” da teoria psicanalítica não deve ser entendida nos mesmos moldes da distinção entre pesquisa básica e pesquisa aplicada em ciências naturais, já que a teorização em psicanálise emerge do seu próprio método e nele se efetiva, congregando de forma simultânea pesquisa e investigação. Além disso, como enfatiza Mezan (2014), a psicanálise parte, desde seus fundamentos freudianos, da articulação intrínseca entre suas três fontes: clínica, teoria e cultura. Contudo, houve, no início, a questão de se a transposição para fenômenos não clínicos seria legítima, mas foi algo ultrapassado na história de ampliação progressiva do campo psicanalítico. O que ainda permanece é se esse tipo de trabalho pode prescindir ao método e se resumir a uma aplicação de categorias conceituais como grade de análise para fenômenos não clínicos. Decorre daí uma discussão sobre o caráter *implicado* desse tipo de trabalho, ou seja, que há uma implicação subjetiva do intérprete, que faz com que ele responda de posição e em uma relação intersubjetiva. Esse tipo de discussão acontece em ambas as vertentes mais relevantes dessa tradição: na dimensão estética da interpretação de obras de arte e literatura (Frayze-Pereira, 2005) e na dimensão sociopolítica das instituições culturais (Rosa, 2004; Rosa et al., 2017).

Independente do debate terminológico, o fato é que há uma dimensão legítima e consolidada de trabalhos de psicanálise no âmbito sociocultural, que o fazem prioritariamente a partir de uma discussão teórica ou a partir da análise e interpretação de obras materiais e documentos. Nesse sentido, tal vertente de aplicação pode ser enquadrada dentro dos delineamentos de *pesquisa sobre psicanálise*. Já aqueles estudos que não se apoiam na análise de obras e se voltam mais para a consideração da dimensão sociopolítica do sofrimento nas instituições ou na cultura costumam ter uma postura mais implicada de atuação e, nesse sentido, podem ser caracterizados como pesquisa *com* ou mesmo *em* psicanálise. O critério nesses casos seria novamente da ordem de o trabalho se configurar como uma reflexão teórica ou avançar na dimensão prática da atuação e intervenção, bem como a exclusividade do uso do método psicanalítico ou não. Todavia, é importante apontar que esses delineamentos dizem respeito apenas a uma parte do movimento de ampliação e extensão da psicanálise para além de sua inserção teórico-clínica original.

A outra vertente é justamente aquela que faz a ampliação a partir da prática profissional, ou seja, que utiliza o método e a escuta psicanalítica em seu trabalho

de assistência e intervenção em diferentes contextos. Nessa vertente se alinhariam também os trabalhos de psicanálise implicada na vertente sociopolítica anterior. Portanto, trata-se da psicanálise em extensão, na medida em que se amplia a prática clínica para outras modalidades e dispositivos de trabalho, na saúde, mas também na educação, no trabalho, na assistência social e na vida comunitária. É nesse contexto que se dão as variações técnicas, modificações de enquadre e de finalidades de intervenção que têm sido também uma marca da ampliação do campo de atuação profissional de psicólogos e psicanalistas nas últimas décadas no país.

Cabe destacar nesse contexto a contribuição importante e original de Fabio Herrmann (2001, 2002) de uma *clínica extensa* como uma vertente importante de renovação da tradição psicanalítica, marcada por uma relação dogmática e idealizada com as teorias. Sua *teoria dos campos* retoma a problematização do método psicanalítico a partir das ideias de princípio do absurdo e de ruptura de campo para pensar uma escuta psicanalítica além da clínica padrão, pois tomará o inconsciente como uma produção contextual de sentido, evidenciado pelo ato interpretativo. Essa contribuição é fundamental para operar no âmbito de uma psicanálise não lacaniana a ampliação para uma concepção mais ampla de subjetividade e de trabalho psicanalítico, em que as práticas discursivas encarnadas nas relações sociais possam ser legitimadas como campo de atuação e de pesquisa.

O uso do termo extensão se justifica pela proposta dessas duas tradições, a lacaniana, de expressão internacional, e, no âmbito nacional, a contribuição específica da teoria dos campos. Além disso, o termo tem a vantagem de se associar a uma dimensão importante das atividades universitárias e acadêmicas, que é a relação mais ampla entre a instituição acadêmica-universitária e a sociedade, por meio da difusão dos saberes e conhecimentos, na vertente dos cursos e atividades culturais, mas também nas práticas assistenciais e desenvolvimento de tecnologia social. Os próprios estágios de formação profissionalizante em graduação e a atuação dos serviços-escola são atividades de caráter extensionista onde o trabalho da psicanálise na universidade tem destaque.

No âmbito dessa clínica extensa é que se relacionam também as propostas de práticas psicanalíticas na investigação de fenômenos sociais e políticos, bem como as propostas de clínica ampliada. Aqui não só há uma aproximação maior com o campo e as técnicas da pesquisa social, como também das propostas intersetoriais próprias do campo da saúde. A rigor, clínica ampliada é uma denominação de política pública de assistência à saúde, onde a psicanálise vem se integrar às propostas e dispositivos do modelo de atenção psicossocial. Aqui se destacam as propostas de uma psicanálise alinhada a essas práticas, o que implica

a manutenção do método psicanalítico como referência e, portanto, não apenas suas categorias teórico-conceituais, mas suas estratégias de escuta, interpretação e intervenção. É nesse sentido que encontramos propostas de instrumentalizar a observação participante e as estratégias de entrevista a partir da consideração dos fenômenos transferenciais e da posição subjetiva própria da psicanálise nesses contextos específicos (Rosa & Domingues, 2010).

Esse é o movimento mais recente de desdobramentos dessas questões no campo psicanalítico, que ganha força particularmente nas duas últimas décadas. Embora muitas propostas nesse sentido sejam fundamentalmente psicanalíticas, também já não é possível dizer que elas sejam exclusivamente psicanalíticas em suas estratégias metodológicas e que em proporções maiores ou menores já esteja em jogo algo da ordem da bricolagem e da hibridez. São particularmente notáveis propostas de pesquisa que fazem associações entre categorias de análise metodológicas e outras técnicas de coleta e mesmo interpretação de dados, como entrevistas que não são necessariamente instrumentadas psicanaliticamente, práticas grupais de outras extrações. É assim que a psicanálise vem se associando a pesquisas de representações sociais e variadas formas de análise de conteúdo ou de discurso. Esse tipo de delineamento, inclusive, é muito comum em pesquisas que acontecem em nível de graduação em psicologia e constitui exemplo muito claro de associação entre a tradição metodológica do campo propriamente psicanalítico e o paradigma da pesquisa qualitativa. A questão não parece ser a de manter um certo purismo ou identidade da psicanálise, mas antes reconhecer sua articulação e integração nesse contexto mais amplo, em uma perspectiva mais propriamente interdisciplinar. É nesse sentido que venho propor uma terceira categoria de delineamento para o campo psicanalítico, além daqueles dois mais bem estabelecidos desde os anos 1990: a *pesquisa com psicanálise*. Esse delineamento diz respeito àquelas pesquisas empíricas em que há mais uma associação entre método psicanalítico e outras estratégias do que propriamente uma integração original ou ampliação do campo psicanalítico no sentido de incorporá-las ou transformá-las.

Considerações finais

Após passarmos em revista a diversidade e complexidade das possibilidades de articulação do saber e do método psicanalíticos com as exigências das metodologias de pesquisa clínicas e qualitativa em ciências humanas e da saúde, é possível esboçar uma proposta de síntese, conforme o Quadro 1.

Quadro 1 — Delineamentos de pesquisa no campo psicanalítico

Natureza da Pesquisa	Tipo de Delineamento	Parâmetro Diferenciador	Subtipo	Definição
Teórica ou Documental	Pesquisa sobre psicanálise	Sem o uso do método psicanalítico	Teórica-conceitual e revisão de literatura	Investigações teórico-conceituais no horizonte interno do saber psicanalítico
			Sociocultural ou aplicada	Articulação das categorias psicanalíticas com seu horizonte sociocultural externo
Empírica na abordagem clínico-qualitativa	Pesquisa em psicanálise	Com o uso do método psicanalítico	Clínica intensa ou padrão	Modelo psicoterápico tradicional em suas variações de enquadre (individual, casal, grupos)
			Clínica extensa ou ampliada	Trabalho de escuta e intervenção em contextos sociais e institucionais diversos
	Pesquisa com psicanálise	Uso associado do método psicanalítico	Híbrida ou associada	Articulação de estratégias e categorias psicanalíticas com estratégias e técnicas de outras abordagens de pesquisa empírica

Fonte: elaborado pelo autor.

Trata-se de uma proposta com fins prioritariamente didáticos e esquemáticos, que visa a nortear definições terminológicas para a fundamentação metodológica de pesquisas no campo psicanalítico, principalmente diante das exigências do meio acadêmico e universitário. Está particularmente assentada no percurso próprio da história do movimento psicanalítico brasileiro e tem a pretensão de reconhecer os avanços que têm ocorrido em direção à ampliação e associação da psicanálise com outras perspectivas de atuação e pesquisa no campo das humanidades e saúde. Essa articulação acena para pautas interdisciplinares e intersetoriais próprias do contexto contemporâneo.

Sua principal contribuição está no sentido de ampliar o escopo estabelecido em meados dos anos 1990 e presente de certa forma até hoje, principalmente no âmbito da pesquisa psicanalítica que se desenvolve nas instituições universitárias. A questão não mais pode ser resumida a uma oposição clara entre uso ou não uso do método, nem entre pesquisa de caráter teórico ou pesquisa empírica, muito menos em uma caracterização restrita de clínica. Nesse sentido é que se propõe tanto a noção de uma clínica *extensa* ou *ampliada* e uma *associação* do método psicanalítico com outros métodos de forma *híbrida* como uma catego-

ria própria de delineamentos. Embora a distinção entre essas duas categorias de delineamentos possa ser difícil de caracterizar em alguns casos, entendo há vantagens em discriminá-las. De todo modo, ambas correspondem ao reconhecimento do que há de novo na pesquisa e no trabalho psicanalítico nas últimas décadas, justificando então sua incorporação na configuração de uma proposição sintética ao campo.

Por fim, a própria questão sobre a manutenção de uma identidade clara do que é o campo psicanalítico, principalmente em termos de reconhecimento profissional e institucional, foi algo que se relativizou muito desde o começo do século XXI, na medida em que a psicanálise que se faz na universidade é hoje uma parcela importante do campo psicanalítico, em conjunto com a pluralidade de instituições de formação e difusão em psicanálise, de forma que as instituições tradicionais respondem menos pela sua expressividade, embora mantenham um lugar importante em sua legitimação profissional e também em sua dimensão teórica.

Referências

- Campos, E. B. V. (2008). A pesquisa qualitativa e o método psicanalítico. In: *Anais da II Jornada Internacional de Pesquisa em Psicanálise e Fenomenologia – Pesquisa qualitativa na saúde mental: Perspectivas psicanalíticas e fenomenológicas*, p. 153-160. Campinas: Programa de Pós-Graduação em Psicologia, PUC Campinas.
- Campos, E. B. V. (2010). A posição singular da psicanálise no campo dos saberes e práticas psicológicas. In: A. A. L. Ferreira (Org.), *A pluralidade do campo psicológico: Principais abordagens e objetos de estudo* (1ª ed.), p. 143-179. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ.
- Campos, E. B. V.; Coelho Jr., N. (2010). Incidências da hermenêutica para a metodologia da pesquisa teórica em psicanálise. *Estudos de Psicologia*, 27(2), 247-257. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2010000200012>
- Carneiro, C. (2018). O estudo de casos múltiplos: Estratégia de pesquisa em psicanálise e educação. *Psicologia USP*, 29(2), 314-321. <https://doi.org/10.1590/0103-656420170151>
- Castro, J. E. (2013). Difusão, ensino e transmissão da psicanálise sob a ótica da teoria laciana dos discursos. *Analytica*, 1(2), 142-161.
- Denzin, N. K.; Lincoln, Y. S. (Orgs.) (2006). *O planejamento da pesquisa qualitativa: Teorias e abordagens* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Dunker, C. I. L.; Ramirez, H. A.; Assadi, T. C. (Orgs.) (2017). *A construção de casos clínicos em psicanálise: Método clínico e formalização discursiva* (1ª ed.). São Paulo: Annablume.

- Eizirik, C. L. (2001). Psicanálise e universidade: Pesquisa. *Psicologia USP*, 12(2), 221-228. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642001000200019>
- Figueiredo, L. C.; Minerbo, M. (2006). Pesquisa em psicanálise: Algumas ideias e um exemplo. *Jornal de Psicanálise*, 39(70), 257-278. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352006000100017
- Frayze-Pereira, J. A. (2005). *Arte, dor: Inquietações entre estética e psicanálise* (2ª ed.). São Paulo: Ateliê.
- Freud, S. (1919/1996). Sobre o ensino da psicanálise nas universidades. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. XVII, p. 183-190. Rio de Janeiro: Imago.
- Garcia-Roza, L. A. (1994). Pesquisa de tipo teórico. *Psicanálise e Universidade*, 1, 9-32.
- Herrmann, F. (2001). Psicanálise e universidade: Integração. *Psicologia USP*, 12(2), 161-170. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642001000200013>
- Herrmann, F. (2002). Da clínica extensa à alta teoria: A história da psicanálise como resistência à psicanálise. *Percursos: Revista de Psicanálise*, 15(29), 15-20.
- Jacó-Vilela, A. M.; Teixeira A. A. L.; Portugal, F. T. (2013). *História da psicologia: Rumos e percursos* (3ª ed.). Rio de Janeiro: Nau.
- Lacan, J. (1967/2003). Proposição de 09/10/1967 sobre o psicanalista na Escola. In: *Outros escritos*, p. 248-264. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Laplanche, J. (1992). *Novos fundamentos para a psicanálise* (1ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Mezan, R. (1988). Problemas de uma história da psicanálise. In: J. Birman (Org.), *Percursos na história da psicanálise* (1ª ed.), p. 15-41. Rio de Janeiro: Taurus.
- Mezan, R. (1994). Pesquisa teórica em psicanálise. *Psicanálise e Universidade*, 2, 51-76.
- Mezan, R. (1998). Sobre a pesquisa em psicanálise. *Psychê: Revista de Psicanálise*, 2(2), 87-97.
- Mezan, R. (2002). *Interfaces da psicanálise* (1ª ed.). São Paulo: Companhia das Letras.
- Mezan, R. (2014). *O tronco e os ramos: Estudos sobre história da psicanálise* (1ª ed.). São Paulo: Companhia das Letras.
- Minayo, M. C. de S. (2013). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde* (13ª ed.). São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M. C. de S.; Deslandes, S. F.; Cruz Neto, O.; Gomes, R. (Orgs.) (2015). *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade* (34ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Monzani, L. R. (1989). *Freud: O movimento de um pensamento* (2ª ed.). Campinas: UNICAMP.
- Moreira, J. de O.; Oliveira, N. A.; Costa, E. A. (2018). Psicanálise e pesquisa científica: O pesquisador na posição de analisante. *Tempo Psicanalítico*, 50(2), 119-142.
- Nogueira, L. C. (2004). A pesquisa em psicanálise. *Psicologia USP*, 15(1-2), 83-106. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642004000100013>
- Plon, M. (1999). A face oculta da análise leiga. *Ágora: Estudos em psicanálise*, 2(1), 91-108.

- Queiroz, E. F.; Silva, A. R. R. (2002). *Pesquisa em psicopatologia fundamental* (1ª ed.). São Paulo: Escuta.
- Rosa, M. D. (2004). A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: Metodologia e fundamentação teórica. *Revista mal-estar e subjetividade*, 4(2), 329-348. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v4n2/08.pdf>
- Rosa, M. D.; Domingues, E. (2010). O método na pesquisa psicanalítica de fenômenos sociais e políticos: A utilização da entrevista e da observação. *Psicologia & Sociedade*, 22(1), 180-188. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822010000100021>
- 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. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v22i3.35354>
- Safra, G. (1993). O uso de material clínico na pesquisa psicanalítica. In: M. E. L. Silva (Org.), *Investigação e psicanálise* (1ª ed.), p. 119-132. Campinas: Papirus.
- Silva, C. M.; Macedo, M. M. K. (2016). O Método psicanalítico de pesquisa e a potencialidade dos fatos clínicos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(3), 520-533. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001012014>
- Silva, I. G.; Bechara, L. C.; Hentz, R. D.; Pizzimenti, E. C.; Aguiar, G. M. R. (2020). A relevância da transmissão da pesquisa científica em psicanálise para a graduação. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 40, e198099. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003198099>
- Turato, E. R. (2003). *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas* (1ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Val, A. C.; Lima, M. A. C. (2014). A construção do caso clínico como forma de pesquisa em psicanálise. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 17(1), 99-115. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982014000100007>

Recebido em 21 de novembro de 2020

Aceito para publicação em 19 de agosto de 2021

EXPERIMENTATION AND PRUDENCE IN SÁNDOR FERENCZI'S CLINIC

EXPERIMENTAÇÃO E PRUDÊNCIA NA CLÍNICA DE SÁNDOR FERENCZI

*EXPERIMENTACIÓN Y PRUDENCIA EN LA
CLÍNICA DE SÁNDOR FERENCZI*

Carlos Augusto Peixoto Junior⁽¹⁾

RESUMO

Conhecido como *enfant terrible* da psicanálise pelas constantes experimentações no seu trabalho clínico, Ferenczi nem por isso deixou de ser rigoroso na criação de conceitos técnicos que buscaram aperfeiçoar e ampliar a capacidade terapêutica das intervenções psicanalíticas. Tomando os conceitos de experimentação e prudência à luz da filosofia de Deleuze e Guattari como referência balizadora, o presente artigo objetiva mostrar em que sentido a ousadia da clínica ferencziana não significou, em nenhum momento de sua produção, descuido teórico ou despreocupação irresponsável para com seus pacientes. Muito pelo contrário, tratava-se, antes de tudo, em seu caso, de uma imensa capacidade criativa colocada sempre a serviço da redução do sofrimento subjetivo daqueles que o procuravam para uma análise.

Palavras-chave: experimentação; prudência; clínica; Ferenczi.

ABSTRACT

Known as the *enfant terrible* of psychoanalysis for the constant experimentations in his clinical work, Ferenczi did not fail to be rigorous in the creation of technical concepts that sought to improve and expand the therapeutic capacity of psychoanalytic interventions. Taking the concepts of experimentation and prudence in the light of the philosophy of Deleuze and Guattari as a guiding reference, this article aims to show in what sense the daring of Ferenczi's clinic did not mean, at any time of its production, theoretical carelessness or irresponsible

⁽¹⁾ Psicanalista. Professor do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), RJ, Brasil. email: cpeixotojr@terra.com.br

Não se declararam fontes de financiamento.

unconcern towards his patients. On the contrary, it was, above all, in his case, an immense creative capacity always placed at the service of reducing subjective suffering of those who sought him for analysis.

Keywords: experimentation; prudence; clinic; Ferenczi.

RESUMEN

Conocido como el *enfant terrible* del psicoanálisis por las constantes experimentaciones en su trabajo clínico, Ferenczi no ha desistido de ser riguroso en la creación de conceptos técnicos que buscaban mejorar y ampliar la capacidad terapéutica de las intervenciones psicoanalíticas. Tomando los conceptos de experimentación y prudencia a la luz de la filosofía de Deleuze y Guattari como referencia, este artículo pretende mostrar en qué sentido la osadía de la clínica ferencziana no significaba, en ningún momento de su producción, descuido teórico o despreocupación irresponsable hacia sus pacientes. Por el contrario, fue, sobre todo, en su caso, una inmensa capacidad creativa siempre puesta al servicio de reducir el sufrimiento subjetivo de quienes lo buscaban para un análisis.

Palabras clave: experimentación; prudencia; clínica; Ferenczi.

Introduction

In view of how radical Ferenczi's relationship was with the psychoanalysis of his time, specifically as regards the clinical practice, which earned him a reputation as an *enfant terrible*, and also his relevant contributions to our times, a word seems to sum up his project as well as his works: experimentation. This is because, in our view, this would no doubt be a hallmark in the process leading to the technical innovations in the Ferenczian clinic, given their sustained concern with the possibility, or rather the need, to broaden the therapeutic reach of psychoanalytical interventions, notably in the tougher cases. Taking into account the importance of the notion of experimenting in Ferenczi's clinical practice, in its drifts and farther reaches, together with the need to connect it, as will be seen later, to the notion of prudence, without which it cannot actually proceed, let us examine what can be thought about it with the goal of highlighting the Hungarian psychoanalyst's main contributions.

In its dictionary sense, an experiment is a scientific essay intended to ascertain a physical phenomenon. This is also a commonly given definition in scientific methodology manuals: the experimental method – rooted in positiv-

ist philosophy – is concerned with the identification of variables, handled in a preestablished manner, with their effects suitably controlled by the researcher in the observation of the study. It is presented, thus, with the aim of constituting a rational and systematic knowledge that reveals aspects of reality. The term experimentation, which arose at the dawn of experimental sciences, is introduced in Francis Bacon's *Novum organum*, in 1620, as a way of attesting the true axioms and causes, as a means of testing experimentally a set of theories so as to corroborate it or rule it out. In common parlance, however, experimentation means only the act of experimenting, to engage in some sort of experiment. Unlike in the scientific field, it may take place at random, with no particular goal. In common to both domains, its result is always something unprecedented or unusual.

Undoubtedly, this unusual aspect is also a fundamental trait of Ferenczian technique. But it is in the field of contemporary French philosophy, not in science or common sense, that an issue is found that seems more relevant when discussing experimentation in the Ferenczian clinic, as follows.

Experimentation and prudence in Deleuze and Guattari

In *A Thousand Plateaus*, Gilles Deleuze and Félix Guattari resume their arguments about the need to replace orthodox psychoanalytical interpretation with experimentation, which becomes its fundamental counterpoint. Not the phantom interpretation as in the model of classic psychoanalysis, but the experimentation in a program. Giving up the most reactive bias of the critic, as they had proposed in *Anti-Oedipus* (Deleuze & Guattari, 1972/1976), in *A Thousand Plateaus* (1980/1986) it becomes at once more propositive and incisive.

This is what needs to be done, say the authors: get installed on a stratum, experiment the opportunities it offers, look in there for a suitable place, eventual de-territorialization movements, possible escape ways, to live them, ensure here and there a convergence of flux, try each segment for sets of intensities, to always have a small chunk of a new land. It is by following a meticulous relation to the strata that one manages to release the escape ways, to overcome and evade joint fluxes, release continuous intensities (Deleuze & Guattari, 1980/1986).

In fact, since the end of the 1960s, from his study about Spinoza and his practical philosophy (Deleuze, 1981/2002), any method, according to Deleuze, could be presented as a form of vital experimentation with which to increase or decrease our power to know. Knowledge, in this sense, improves our ability to act. The shifting of questions or the creation of other fields for questioning does

not constitute here a mere methodological particularity, but assumes vital connotations. Any and every experience, scientific or artistic, can then be understood as a vital experimentation. Since we don't know beforehand what affections can potentialize our life, say the authors, what we can do is to experiment.

As each living being is defined by the affections it experiences, and none of them share with another exactly the same affections, it is up to each one to live its own joys and sorrows. Each has to undertake its own experiencing according to the circumstances one is involved in. No prior judgment can be made about what is suitable or not for a being existing in a singular situation; there is no pre-established path to get to know oneself properly (Vinci, 2018).

But the notion of experimentation in Deleuze and Guattari is followed by that of prudence, which evokes the Spinozan caution, the living being's own way to handle its ability to affect and be affected, its own way to remain in existence (*conatus*). It is thus a strategic attitude to guides experimentation. Prudence as a dosage, as a rule immanent to experimentation (Deleuze & Guattari, 1980/1986). To Spinoza, the prudent man is not the one able to refrain from action or the one who measures the consequences of each move before acting. In the Spinozan view, the potency, to be able to act or not, does not precede the action, but is immanent to it. The more a being experiences, the more susceptible to the joys it is, and therefore the more potency for acting it may acquire (Spinoza, 1677/2009).

This relation between experimentation and prudence seems fundamental in Ferenczi's specific case, for he was often unfairly accused of imprudence about his innovations in the field of psychoanalytic technique. In our view, these charges are baseless, as we intend to demonstrate.

The prudent experimentation in Ferenczian clinic

In the first phase of Ferenczian experimentation, the active technique, so supported and admired by Freud, is mainly a matter of frustration; in subsequent phases, its clinical interest is related to the possibilities of gratification as a factor of progress in analytic therapy. But at all times, as shown by André Haynal, the research that supported it was totally coherent and prudent: Ferenczi "sought to understand the role of the analyst – a taboo topic hitherto – and its implications in the therapeutic process" (Haynal, 1988/1995, p. 23).¹

In the active technique, the aim was to intervene through interdictions and injunctions, always contrary to the principle of pleasure. The heightened ten-

sion brought about by the displeasure unleashed by such interventions resulted in a libidinal displacement that would bring to surface the unconscious matter to be interpreted. In the 1921 article about “extensions” of that technique (Ferenczi, 1921/1993), the main idea was to intervene straight and immediately on the body, while in the book about the “Perspectives of psychoanalysis” (Ferenczi, 1924/1993), jointly published with Otto Rank, it was about stimulating repetition, valued as such in its dimension of the therapeutic experience, in contrast to remembering. Here it still was mainly about interpreting, about the active technique as an aid to interpretation, but Ferenczi was already mindful of the importance of the prudence that should attend this experimental activity, as is made clear in the 1926 article about “Contraindications” (Ferenczi, 1926/1993).

Ferenczi can be seen as starting a 180-degree turn in his method in 1929, when he moves the emphasis away from active technique and develops the principle of relaxation and neocatharsis (Ferenczi, 1929/1992), which did not please Freud at all. He realized that the active technique ended up, after all, raising resistance, and that, by prodding the patient to change their behavior, he was often inviting them to relax.

The experiment with relaxation involved a reduction of tension and frustration in the analytic setting, by empathic interventions rather than by interpretation, by displays of true care and affection, by sincerity and honesty on the part of the analyst, by reducing the need of power and control in the relationship, and by mutuality in interaction when needed. That is, it was, above all, about employing empathy instead of an active confrontation of resistance, as happened in the classic and active techniques previously devised.

According to Lewis Aron, if for Freud the analysis was a struggle, a kind of metaphoric clash, for Ferenczi, from then on, psychoanalysis became essentially an act of motherly tenderness, an experience of affective collaboration (Aron, 1996). Lessening tension instead of building it up did not imply an analysis conducted by attempts to erase every instance of anxiety, tension, frustration or deprivation. Ferenczi made clear his view of ambivalence in relaxation therapy by introducing a new notion: that of “economy of suffering”. What was at stake was the real need to lead the patient to suffer more than necessary along the analytic path.

The experimentation with relaxation was not only a conceptual innovation in the exchange between therapist and patient, but a means to emphasize the analyst’s contribution to the therapeutic process. It basically highlighted the idea of a psychology by two people, as Balint (1968/1992) put it. The analyst’s procedures, interpretation style, personality and ability were presented in a dual

perspective, side by side with the analysand's workings. The analyst's inclination to nurture a mutual and democratic ambience for interchange in the analytic setting helped mitigate the harmful effects of issues such as power and control, which are inherent to the analyst's place of supposed authority (Rachman, 1997).

Ferenczi is known as the first psychoanalyst to employ his countertransference reactions as a meaningful tool to understand the analytic process, which could also decisively assist in the therapeutic setting. His concern for empathy, his work with challenging cases, his emotional openness and his dedication to treatment and healing effectively contributed to push him towards understanding that countertransference analysis was a central aspect of analytic therapy. The concern with empathy meant the most relevant aspect of analysis was the two-way relationship, in which the analyst's interventions were examined to allow understanding, say, a negative reaction of the patient in transference. This change, absolutely fundamental for the technique, from resistance explanation to empathic understanding signaled a notable transformation in the comprehension of the psychoanalytic bond.

Starting from the countertransferential reaction, the analysis of countertransference suggested by Ferenczi not only acknowledges the analyst's emotional reaction as an integral element of the analytic setting, but encourages him to explore it as part of his contribution to the therapeutic process. Replacing the analyst that chiefly interprets the patient's inner world, there is now the one who works together with him.

The affirmative view of countertransference also allowed the analysand to freely express his every feeling towards the analyst, obviously including the negative ones. According to William Rachman, no analyst before Ferenczi, and few after him, so openly supported patients to be as demanding towards analysts as the Hungarian psychoanalyst. As he wouldn't respond with a defensive distance, disregard and silence, as an orthodox analyst, or with retaliation, the patient could use him to contain his hatred and assorted negative feelings, as proposed later by Bion (1959/1993). In such circumstances, the empathic bond faced its toughest test when the analyst struggled to accept, understand and respond therapeutically to the patient's open and direct hostility. Ferenczi even suggested to analysts to take such attacks as relevant statements about the emotional state of the therapeutic setting, instead of as resistance inherent to transference relations (Rachman, 1997).

The key to therapeutic success was an ongoing empathic relation by monitoring the countertransferential reaction. And the key to working with the countertransferential reaction was a willingness to grant that the analyst had emotional

reactions to the patient; that these emotions could be positive or intensely negative; that such negative reactions could be noticed by the patient, even at times when the analyst was not aware of them; and that the analysis would greatly benefit if he were to admit his negative reaction to the patient.

Ferenczi's experiments with mutual analysis are known to have comprised the most controversial and perhaps the least understood of his technical innovations. In this case it concerned a radical clinical experimentation, that went together with an open and daring thinking, full of rich and vital relational elements, as Spinoza demanded, which compels us to reassess the very nature of the analytic relationship (Aron, 1996).

Mutual analysis was grounded above all on the idea that the analysand can offer the analyst something valuable at times when the latter is unable to provide an adequate interpretation or even an empathic response. The least the analyst can do in such circumstances, said Ferenczi, is to be sincere about his inadequacy, conceding his blind spots and countertransference weaknesses.

He must be willing, intellectually and emotionally, to keep a humble and inquisitive stance that allows questioning his theoretical considerations, method, therapeutic intervention techniques and personal contribution for the effective advancement of the analysis. That is, to be apt once more to inspect his inner emotional workings as reflected in the analysand's reactions.

But Ferenczi did not undertake his clinical experiments with mutual analysis unaware of the attending problems and hazards, for, as mentioned before, there was always prudence on his part, and it wouldn't happen otherwise here. He knew that, by placing himself in the hands of his patient, he ran a considerable risk. Nevertheless, he was willing to risk his own emotional safety in order to keep an empathic affective connection with the analysand (Rachman, 1997).

Even so, in her preface to the *Clinical Diary*, Judith Dupont warns us not to throw away the baby with the bathwater: Ferenczi, she says, found that mutual analysis is a resource that, for want of something better, became necessary due to analyses that did not reach deep enough. From this discarded technique, though, something remains: the countertransference interpretations.

In fact, maybe all the experimentation of mutual analysis is essentially the result of didactic analyses as performed then, including Ferenczi's and Freud's (...). But anyway, the question posed (...) is still pertinent, even in an era of courses carefully elaborated and of multiple supervisions: namely, how can the analyst manage his own weakness and blindness? (Dupont, 1985/1990, p. 23)¹

To search prudently for the reaches of empathic consonance was, undoubtedly, an essential element of mutual analysis, in spite of all its inherent difficulties. Ferenczi was essentially trying to find a way to respond to the analysand, in a moment of therapeutic crisis, that wouldn't blame him for the dilemma experienced in transference/countertransference; an extremely sensitive task, especially while handling hard cases.

According to Franco Borgogno, mutual analysis may be seen currently as what foreshadows the analyst's actual ability to sustain and elaborate, along the sessions and in the long term analytical process, a reversal of roles that is an inevitable stepping stone to attain an apprehension of vanished or dispersed elements of the patient's personality (Borgogno, 2015).

Final considerations

Ferenczi's clinical experiments with mutuality, as well as his theoretical and technical revisions based on the rehabilitation of the crucial relevance of trauma to subjectivation processes, are certainly among the most important innovations in the history of psychoanalysis. His therapeutic inquiries led to theoretical, clinical and technical discoveries regarding not only trauma, but also to dissociation, the use of countertransference, and the workings of the transference-countertransference matrix, as we have seen. These ideas, still disputed, remain at the heart in contemporary debates about psychoanalysis and psychoanalytic technique in its many forms. Ferenczi's labor in opening towards countertransference, that led to mutual analysis, remains to this day a daring, unrivalled accomplishment.

As we know, most of his work was for decades stifled and forsaken by the psychoanalytical mainstream, scorned for his renewed interest in the etiological importance of external trauma, and because he was seen, even by Freud in the early 1930s, as someone who inspired "dangerous regressions" in his patients, besides trying to cure them through affection (Freud & Ferenczi, 1920-1933/2000). One of the great tragedies in the history of psychoanalysis was, alas, the suppression for more than half a century of the experiments reported in his *Clinical Diary* (Ferenczi, 1932/1990), as well as his correspondence with Freud.

As we see, Ferenczi's therapeutic endeavor concerns extensively the heart of the analytical setting, the core of its therapeutic possibilities, that is, the relationship between patient and analyst. His discoveries happened precisely in these areas which now attract the keenest attention of contemporary analysts, both

theoretical and practical. In many respects, Ferenczi, in his disagreements and debates with Freud, admired mentor, established the agenda of nearly every controversy in the current psychoanalytical arena: the emphasis on technique vis-à-vis metapsychology; on experimentation rather than interpretation; on empathy instead of neutrality; on the intersubjective above the intrapsychic.

In a memorable symposium on Nietzsche that took place in France in 1973, Deleuze said about Winnicott some well-known words that in our view apply exactly to Ferenczi, a kind of unconscious mentor, so to speak, of the British psychoanalyst: “a psychoanalyst like Winnicott”, as Deleuze said, or like Ferenczi, we say,

keeps really at the edge of psychoanalysis because one feels this procedure will no longer be adequate at a certain point. There is a moment when it is not anymore about translating, interpreting, spelling out as phantasms, converting in signifiers or significant, no, it's not that. There is a time when it will be necessary to share, to be in tune with the patient, one needs to go to him and share his state. (Deleuze, 1973/1985, p. 59-60)¹

In a brief article that paid homage to Ferenczi fifteen years after his death, Balint recognized some relevant aspects regarding his master's clinical experimentation:

His many technical experiments were the reaction to this demand for help. These experiments in many respects belong now to the history of psycho-analysis, and particularly of our therapeutic technique. They are fairly well known, especially in respect of all that can be criticised in them. This much admitted, I am still sure that the day will come when analysts will begin to study them again, not to criticise them but to learn from them. (Balint, 1948/1973, p. 246)

In our view, the job of the theory of Ferenczian clinic, yesterday, today and for ever, has been and still is that of rattling, however lightly, the dogmatic image of psychoanalysis, allowing us to experience other ways of acting and feeling in our practice, beyond those enforced by orthodoxies and neo-orthodoxies of psychoanalytic schools and systems. And, of course, always having in mind the prudence that must attend that endeavor.

References

- Aron, L. (1996). *A meeting of minds*. New York: Routledge.
- Balint, M. (1948/1973). Sándor Ferenczi. In: *Problems of human pleasure and behavior*. New York: Liveright.
- Balint, M. (1968/1992). *The basic fault: Therapeutic aspects of regression*. Northwestern University Press.
- Bion, W. R. (1959/1993). Attacks on linking. In: *Second thoughts: Selected papers on psychoanalysis*. London: Jason Aronson.
- Borgogno, F. (2015). 'Venir de loin' et 'devenir pour um temps le patient sans le savoir': Deux conditions inhérentes au travail psychanalytique selon Ferenczi. In: *Le Coq-Héron, n° 223 – Présence de Ferenczi*. Paris: Érès.
- Deleuze, G. (1973/1985). Pensamento nômade [Nomad thinking]. In: S. Marton, *Nietzsche hoje? [Nietzsche today?]*. São Paulo: Brasiliense.
- Deleuze, G. (1981/2002). *Espinosa: Filosofia prática [Spinoza: Practical philosophy]*. São Paulo: Escuta.
- Deleuze, G.; Guattari, F. (1972/1976). *O Anti-Édipo [Anti-Oedipus]*. Rio de Janeiro: Imago.
- Deleuze, G.; Guattari, F. (1980/1986). *Mil platôs [A Thousand Plateaus]*, vol. 3. Rio de Janeiro: Editora 34.
- Dupont, J. (1985/1990). Prefácio [Foreword]. In: S. Ferenczi, *Diário clínico [Clinical Diary]*. São Paulo: Martins Fontes.
- Espinoza [Spinoza], B. (1677/2009). *Ética [Ethics]*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Ferenczi, S. (1921/1993). Prolongamentos da 'técnica ativa' em psicanálise [Further development of active technique in psychoanalysis]. In: S. Ferenczi, *Obras completas [Complete works] III*. São Paulo: Martins Fontes.
- Ferenczi, S. (1924/1993). Perspectivas da psicanálise [Perspectives in psychoanalysis]. In: S. Ferenczi, *Obras completas [Complete works] III*. São Paulo: Martins Fontes.
- Ferenczi, S. (1926/1993). Contraindicações da técnica ativa [Contraindications of active technique]. In: S. Ferenczi, *Obras completas [Complete works] III*. São Paulo: Martins Fontes.
- Ferenczi, S. (1929/1992). Princípio de relaxamento e neocatarse [The principle of relaxation and neocatharsis]. In: S. Ferenczi, *Obras completas [Complete works] IV*. São Paulo: Martins Fontes.
- Ferenczi, S. (1932/1990). *Diário clínico [Clinical Diary]*. São Paulo: Martins Fontes.
- Freud, S.; Ferenczi, S. (1920-1933/2000). *Correspondance 1920-1933: Les années douloureuses [The painful years]*. Paris: Calmann-Lévy.
- Haynal, A. (1988/1995). *A técnica em questão: Controvérsias em psicanálise de Freud e Ferenczi a Michael Balint [The technique at issue: Controversies in psychoanalysis from Freud and Ferenczi to Michael Balint]*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Rachman, W. (1997). *Sándor Ferenczi: The psychotherapist of tenderness and passion*. New Jersey: Jason Aronson.
- Vinci, C. F. R. G. (2018). O conceito de experimentação na filosofia de Gilles Deleuze [The concept of experimentation in the philosophy of Gilles Deleuze]. In: *Sofia*, 7(2), 322-342. <https://periodicos.ufes.br/sofia/article/view/20467>

Notes

¹ Translated from the edition in Portuguese listed in the References section.

Recebido em 24 de junho de 2021
Aceito para publicação em 23 de setembro de 2021

PSICANÁLISE E UTOPIA: DIÁLOGOS SOBRE ABORDAGENS DIVERGENTES

*PSYCHOANALYSIS AND UTOPIA: DIALOGUES ON
DIVERGENT APPROACHES*

*PSICOANÁLISIS Y UTOPIA: DIÁLOGOS SOBRE
ENFOQUES DIVERGENTES*

Thales Fonseca ⁽¹⁾

Fuad Kyrillos Neto ⁽²⁾

RESUMO

O presente artigo propõe uma revisão de literatura que objetiva mapear a relação entre psicanálise e utopia. Mais especificamente, que busca situar brevemente o que psicanalistas e autores que se utilizam da psicanálise versam sobre o tema da utopia no Brasil, sem a intenção de, com isso, fazer uma descrição exaustiva dessas diferentes abordagens do problema, mas assimilando-as à nossa maneira. Para tanto, foram compilados um total de onze ensaios, dos quais cinco são artigos publicados em periódicos acadêmicos e os outros seis são capítulos de livro. Os ensaios que compõem esta revisão se voltam para articulações conceituais da ideia de utopia que em alguma medida passem pela teorização psicanalítica, de modo que o foco está no conceito em si, e não nas diferentes manifestações de uma discursividade utópica. Destaca-se, das diferentes abordagens, a ambivalência que envolve a relação da psicanálise com a utopia, que a constitui um profícuo campo de diálogo e debate.

Palavras-chave: psicanálise; utopia; revisão de literatura; política; impossível.

⁽¹⁾ Psicólogo, Mestre e Doutorando pela Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), São João del-Rei, MG, Brasil. email: thalesalberto94@gmail.com

⁽²⁾ Doutor em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Docente do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), São João del-Rei, MG, Brasil. email: fuadneto@ufs.br

Este trabalho recebeu apoio da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ) e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

ABSTRACT

This article proposes a literature review that aims to map the relationship between psychoanalysis and utopia. More specifically, it seeks to briefly situate what psychoanalysts and authors who use psychoanalysis say about the theme of utopia in Brazil, without meaning to carry out an exhaustive description of these different approaches to the problem, but assimilating them in our own way. For this purpose, a total of eleven essays were compiled, of which five are articles published in academic journals and the other six are book chapters. The essays that make up this review focus on conceptual articulations of the idea of utopia that to some extent pass through psychoanalytic theorization, so that the focus is on the concept itself, and not on the different manifestations of a utopian discourse. The ambivalence surrounding the relationship between psychoanalysis and utopia stands out from the different approaches, which make it a rich field for dialogue and debate.

Keywords: psychoanalysis; utopia; literature review; policy; impossible.

RESUMEN

Este artículo propone una revisión de literatura que tiene como objetivo mapear la relación entre el psicoanálisis y la utopía. Más específicamente, busca ubicar brevemente lo que psicoanalistas y autores que usan el psicoanálisis tratan sobre el tema de la utopía en Brasil, sin la intención de hacer una descripción exhaustiva de estos diferentes enfoques del problema, pero asimilándolos a nuestra manera. Para ello, se recopilaron un total de once ensayos, los cuales cinco son artículos publicados en revistas académicas y los otros seis son capítulos de libro. Los ensayos que componen esta revisión se centran en las articulaciones conceptuales de la idea de utopía que, en cierta medida, pasan por la teorización psicoanalítica, de modo que el foco está en el concepto en sí mismo, y no en las diferentes manifestaciones de un discurso utópico. De los diferentes enfoques, se destaca la ambivalencia que implica la relación del psicoanálisis con la utopía, que la constituye como un campo fructífero de diálogo y debate.

Palabras clave: psicoanálisis; utopía; revisión de literatura; política; imposible.

Introdução

O presente artigo é fruto de um recorte da pesquisa de doutorado intitulada *Forçar a elipse: uma razão utópica para um mundo periférico*¹, cujo mote é a

retomada do conceito de utopia. Levando em consideração que a referida investigação tem como eixo teórico de base a psicanálise, propomos aqui um breve retrato da relação entre a teoria e o objeto da pesquisa. Isto é, no caso deste artigo, um retrato da relação entre a psicanálise e a utopia em pesquisas desenvolvidas no Brasil.

Partimos, portanto, da convicção de que não é inútil mapear previamente o campo em que se adentra, como quem molha as pontas dos pés antes de um mergulho. Afinal, “mergulhar de cabeça” não condiz com a prudência que consideramos ser uma virtude fundamental àquele que pesquisa. É assim que, seguindo a boa tradição acadêmica, apresentaremos isso que no léxico dos pesquisadores é conhecido como revisão de literatura. No nosso caso, procuraremos, da maneira mais breve e menos enfadonha possível, retratar a literatura psicanalítica que trata da problemática da utopia. Vale lembrar que tal prudência acadêmica não deixa de ser também freudiana: o fundador da psicanálise, ao escrever sua mais importante obra, *A interpretação dos sonhos* (Freud, 1900/2001), destinou o primeiro capítulo inteiramente à descrição da literatura científica que tratava do problema dos sonhos.

Para tanto, compilamos um total de onze ensaios, dos quais cinco são artigos publicados em periódicos acadêmicos (Konder, 1998; Peixoto Jr., 1998; Pisani, 2006; Sousa, 2017; Miranda & Sousa, 2018) e os outros seis compõem, no formato de capítulos, o livro *Utopia e mal-estar na cultura: Perspectivas psicanalíticas* (Silveira, 1997; Frayze-Pereira, 1997; Goldenberg, 1997; Naffah Neto, 1997; Costa, 1997; Cardoso, 1997). Como se pode ver, apesar de não termos definido previamente um marco temporal enquanto critério de inclusão/exclusão dos ensaios que compõem esta revisão, constatamos que eles espontaneamente se situam na virada do milênio, entre os três últimos anos do século XX e as duas primeiras décadas do século XXI. Que o interesse psicanalítico pelo tema da utopia tenha aflorado nesse período de tempo não deixa de ser uma ironia digna de nota, sobretudo se levarmos em consideração que o final do século passado, com a queda do muro de Berlim e o colapso de boa parte dos Estados socialistas, tenha sido marcado pelo suposto fim das utopias e que o nosso século, frente à sangrenta experiência legada pelo anterior, seja parido numa intensa descrença com os projetos radicais de transformação social.

Os artigos foram encontrados nos indexadores SciELO (Scientific Eletronic Library Online) e PePSIC (Periódicos Eletrônicos em Psicologia), a partir dos descritores “utopia” e “psicanálise”. Primeiramente foram encontrados 20 artigos (10 em cada plataforma), dos quais 15 foram excluídos mediante análise cuidadosa, por não se mostrarem pertinentes à nossa proposta. O critério de inclusão

foi a busca de pesquisas que manejavam ou descreviam o conceito de utopia em si, tomando como um de seus fundamentos teóricos a psicanálise. De um modo geral, os artigos excluídos² tinham como mote a interpretação de determinada atividade como veiculando uma perspectiva utópica (como, por exemplo, diferentes expressões artísticas ou obras de arte específicas, atos subversivos de adolescentes, esportes de alto rendimento etc.) ou buscavam uma prática dita utópica em contextos específicos (como o educacional ou empresarial), não se adequando, portanto, ao critério estabelecido. Isto é, enquanto nossa preocupação estava voltada para a articulação conceitual da ideia de utopia que em alguma medida passasse pela teorização psicanalítica, os artigos excluídos se ocupavam de diferentes manifestações de certa discursividade utópica. Como se pode ver, em nosso caso o foco está no conceito, enquanto que os artigos não incluídos se debruçavam sobre sua expressão.

Quanto aos capítulos do livro supracitado, não poderíamos partir da psicanálise – que, como evidencia Lacan (1964/2008), é uma práxis que possibilita operar com o real não mediado (não simbolizado) por meio, paradoxalmente, de uma mediação simbólica – e nos servirmos de um critério que não levasse em conta algum nível de contingência acadêmica. O livro que agora compõe esta revisão de literatura chegou às nossas mãos durante a escrita da dissertação de mestrado intitulada *Psicose e CAPS: Entre a metapsicologia, a clínica e a política* (Fonseca, 2018). Já naquele trabalho, ao fazer uma crítica a ideais institucionais que, como tais, se apresentam como ideais políticos, vimo-nos na perigosa tentativa de relegar todo e qualquer ideal à categoria de um processo ideológico que, ao ocultar o mal-estar (inerente à cultura, é a lição freudiana), impede as manifestações genuínas do sujeito e gera um certo cerceamento. Tanto Freud como Lacan mantinham-se sempre desconfiados diante de um ideal ao perceberem, com bastante astúcia, que idealizar implica, em grande medida, escravizar-se a tal ideal e à alteridade (o que Lacan chama de grande Outro) que ele engendra. Em suma, ser fiel a um ideal é facilmente convertido em fidelidade a um mestre. Foi assim que chegamos ao impasse de criticar os ideais, sem querer, com isso, flertar com qualquer niilismo político. Foi nesse momento, aliás, que surgiu o primeiro rudimento do problema fundamental da investigação da qual este artigo é um desdobramento: como repensar a utopia para além do ideal e da ideologia?

Desta feita, extrairemos de cada um desses textos uma “tese” ou “premissa”, seja a partir de uma aproximação ou de um afastamento, que estabeleça de maneira mais ou menos esquemática a forma como pretendemos retomar o conceito de utopia. Nesse sentido, ainda que estejamos propondo um retrato da intervenção de outros pesquisadores sobre o tema, não temos a pretensão de produzir uma

descrição puramente objetiva – na qual nós, enquanto sujeitos-pesquisadores, nos enveredamos num esforço de autoanulação – de modo que em momento algum assumimos uma postura neutra ou vazia diante das investigações. Assim, cada seção numerada a seguir faz referência a um dos textos que compõem esta revisão de literatura. A ideia de deduzir uma “tese” de cada um dos ensaios se inspira na sistematização realizada por Marx (1845/1978) ao estabelecer as bases de seu materialismo histórico e dialético, em contraposição ao hegelianismo de Feuerbach. Que cheguemos igualmente a onze teses, visto que são onze ensaios, não passa de mera coincidência fortuita. Trata-se de um modo de situar brevemente o que psicanalistas e autores que se utilizam da psicanálise versam sobre o tema da utopia no Brasil sem a intenção de, com isso, fazer uma descrição exaustiva dessas diferentes abordagens do problema, mas assimilando-as à nossa maneira.

Tese 1

Contra a visão comum da utopia como imagem imperativa de um lugar onde os caminhos já foram exaustivamente indicados, prescritos e regulamentados, a psicanálise apresenta uma potência, qual seja: a possibilidade de “ler o texto das cinzas”, de medir os efeitos do recalcado na história e, assim, recusar-se a um só tempo a esquecer o passado e a se submeter à sua lógica de repetição. Desse modo, a psicanálise, ao engendrar uma capacidade de historicização e elaboração de traumas passados, se constitui como uma forma de reação ao *continuum* inerte da história, como a quebra do ciclo de repetições que nos interdita o futuro (Sousa, 2017). Clara referência, ainda que não plenamente explicitada pelo autor, à concepção benjaminiana de história, o que naturalmente desvela uma já conhecida via de diálogo entre psicanálise e crítica marxista quando o assunto é a busca utópica por transformação social.

Tese 2

Mas, se a psicanálise é dotada de uma vocação utópica, trata-se de uma “utopia iconoclasta”, distinta, portanto, de uma vulgar concepção projetista. Ou seja, a vocação utópica da psicanálise se refere à perspectiva de um ideal que não pode ser colocado como imperativo, mas que aciona algo que ainda não se sabe: um vazio, uma brecha que nos movimenta para o novo. Uma utopia desajante que, contra a promessa, propõe a aposta. Ora, uma tal concepção de utopia

está intimamente relacionada à mensagem conflitante veiculada pela psicanálise, que se coloca, nesse sentido, como “vigilante da falta”, que se constitui no esforço contínuo de responsabilização do sujeito e da sociedade pelo seu mal-estar (Miranda, & Sousa, 2018). Resta saber como recuperar uma utopia assim concebida sem se restringir a fazer mera poesia da falha³, a um eterno apontar para falta constitutiva de todo ser falante no qual a iconoclastia converte-se em resignação.

Tese 3

Há uma íntima relação entre a obra freudiana e o tema da utopia na história do pensamento ocidental, cuja realização máxima é certamente a intervenção teórica de Herbert Marcuse⁴. A assimilação marcusiana da psicanálise, ainda que se faça do ponto de vista de uma interpretação filosófica do pensamento de Sigmund Freud, tem a virtude de contribuir sobremaneira no que se refere ao papel da psicanálise em sua articulação crítica com outros campos, como a teoria social e a própria filosofia – questão importante para a tradição frankfurtiana na qual o filósofo alemão se insere. Nesse sentido, partindo de uma concepção de que a teoria psicanalítica é, em si mesma, social e política, Marcuse propunha um certo horizonte de emancipação (subjéctiva e social) que almejava à liberdade de uma sexualidade polimórfica numa sociedade não repressiva, tanto no aspecto social como metapsicológico do termo. É justamente tal imagem de um indivíduo concreto, pois impensável fora do social, que constitui sua utopia materialista de matiz psicanalítica, como o retrato de uma sociedade transformada (Konder, 1998).

Tese 4

Ora, a contribuição histórica do pensamento freudiano ao tema da utopia aparece em Marcuse por meio da inegável contradição entre uma certa imagem de satisfação não reprimida e o peso de uma realidade de não realização de tal imagem. Trata-se, portanto, para enunciar de maneira um tanto tautológica, de enxergar uma potência de crítica ao princípio de realidade (e de suas exigências de adaptação) na própria assunção de tal contradição. O desafio, para Marcuse, é tornar a liberdade e o prazer uma realidade mediante a eliminação da repressão inerente à sociedade capitalista. Para tanto, seria necessária a formação de novas relações não alienadas de trabalho diante da criação de novos destinos pulsio-

nais em uma sociedade transformada, em que o princípio de realidade seria não repressivo. É importante frisar que, se tal concepção utópica incorre em uma certa impostura de idealizar uma sociedade não repressiva, é certo que Marcuse estava plenamente prevenido de um certo revisionismo (presente, por exemplo, em Fromm), que suprimia o conceito de pulsão de morte. O filósofo alemão, portanto, acolhe a imanência da pulsão de morte proclamada por Freud, buscando, por outro lado, desativar seu caráter regressivo por meio de uma sociedade transformada, em que reinaria um estado pleno de satisfação (Pisani, 2006). Saída um tanto questionável, pois implicaria que tal estado de satisfação sexual desse fim à tensão do aparelho psíquico mediante uma espécie de curto-circuito pulsional que, inesperadamente, não incorresse no conhecido atalho destrutivo da pulsão de morte – um certo malabarismo metapsicológico que, como podemos ver, acaba por se sustentar no recurso a um futuro utópico que, justamente por ainda não existir fora de um vir-a-ser, torna-se irrefutável.

Tese 5

Em todo caso, a tradição freudo-marxista, que tem um dos seus pontos altos em Marcuse, mas que também remete a autores como Wilhelm Reich e Erich Fromm, tem a virtude de criticar um suposto pessimismo cultural de Freud. Porém, esses três pensadores acabaram por escrever certo por linhas tortas (ou torto por linhas certas) ao desembocar no tão criticável otimismo imputado aos utopistas⁵. Em termos teóricos, recaíram na já suficientemente criticada concepção de utopia como inexistência de mal-estar que, enquanto tal, seria exclusivo da sociedade burguesa⁶. Em todo caso, trata-se de ver o desamparo não como primordial (ou ontológico), como propõe Freud, mas apreendido socialmente⁷, o que se expressa em noções como mais-repressão (Marcuse), recalque socialmente necessário (Fromm) e na ideia de uma repressão sexual própria à dominação fascista (Reich). Uma utopia em psicanálise, todavia, não passa por uma libertação sexual irrestrita, visto que depende do reconhecimento da castração como condição de possibilidade do desejo, em que o sujeito renuncia às suas narcísicas fantasias de onipotência – e, portanto, a qualquer possibilidade de exclusão do mal-estar ou do desamparo. Trata-se, assim, de buscar constituir uma verdadeira “coletividade de sujeitos” que, longe de uma versão harmonizadora de utopia, acolha a singularidade e a diferença, articule o particular e o universal (Peixoto Jr., 1998).

Tese 6

Pois é justamente no campo de problemas da universalidade que se articula uma das críticas mais comuns à discursividade dos utopistas, tida como uma modalidade do chamado discurso do mestre. A premissa é de que o ideal utópico engendra uma exigência do universal que muito facilmente desembocaria num processo de segregação enquanto índice da subordinação da diferença. Isto é, que a universalidade só se realizaria por meio de um discurso totalitário cujos limites são justamente os que dele são segregados. Ora, a posição desta crítica não é bem a de que a utopia suprimiria o mal-estar ou dele se apropriaria como motor, mas de que ela mesma o produziria. Trata-se de relegar a utopia ao que em psicanálise chamamos de recalque, sendo os segregados do discurso utópico universal o excesso que retorna na forma de mal-estar. Aqui, a renitente demanda social por uma utopia se apresenta como demanda por um mestre, organizada em função de um horizonte ideal de reencontro com o paraíso perdido (Goldenberg, 1997). O risco, nesse caso, é o de confundir uma crítica obviamente necessária à utopia com o abandono da busca por um universal (mesmo que não-todo) importante a qualquer luta por emancipação – o sujeito do inconsciente não é afinal uma forma de universalidade? –, recaindo no eterno jogo das diferenças que paradoxalmente se converte em um identitarismo sectário (ele mesmo uma forma de segregação) tão presente em nosso cotidiano narcisismo das pequenas diferenças.

Tese 7

Aliás, pode-se dizer que a clássica crítica psicanalítica aos ideais configura-se, muito provavelmente, como uma das mais relevantes contribuições de Freud para o pensamento político. Assimilando aspectos dessa crítica, há a contribuição de Jurandir Freire Costa para o tema – não diretamente, mas decerto implicitamente, política – da utopia amorosa e sexual. E, de todo modo, se o tema em si não é explicitamente político, o tratamento dado a ele na interseção entre Marcuse e Foucault certamente o é. É nesse íterim que encontramos uma crítica contundente a qualquer ideal de felicidade que constranja a liberdade humana e suas expressivas possibilidades de reinvenção. Assim, uma utopia – pensada seja no plano da ética da amizade foucaultiana como prática de libertação que escapa à lógica disciplinar, seja no escopo da erotização total marcusiana enquanto contraponto crítico ao bem-estar alienado do capitalismo que coisifica a sexualidade – deve ser radicalmente pluralista (Costa, 1997). Aqui, o narrativismo⁸ que norteia

a intervenção de Freire Costa na psicanálise, com seu foco na potência libertadora da reinvenção subjetiva e na crítica a um certo ontologismo positivo, reificador e essencialista ostenta a virtude de apostar na irredutibilidade do sujeito a modelos (utópicos ou ontológicos) preconcebidos.

Tese 8

Ainda na esteira da desconfiança psicanalítica com os ideais, há a produção de um tipo específico de utopia que divide o mundo entre homens bons e maus, como forma de nos proteger da ambivalência que nos constitui⁹. Não perceber esse tipo de contradição constitutiva do ser humano moderno implica recair numa visão estreita de subjetividade como recurso à dicotomia metafísica entre Bem e Mal. O destino de tal estratégia, como era de se esperar, é uma espécie de niilismo ressentido como fruto inexorável da idealização. Trocando em miúdos: quanto mais alto o salto, maior o tombo; quanto maior o ideal, mais ressentido o niilismo. A boa utopia, nesse sentido, deve se estabelecer como uma crítica da metafísica – no caso de Naffah Neto, uma crítica da metafísica de matiz nietzschiana – que desde sempre serviu de fundamento de nossas utopias ocidentais: desde o mundo das ideias platônico, passando pelo paraíso cristão, para desembocar enfim nas modernas utopias revolucionária, científica ou tecnológica. Aqui, torna-se tarefa fundamental da psicanálise que pretende assumir sua vocação de para além da clínica fazer uma crítica ao solo metafísico em que ela mesma está assentada¹⁰ (Naffah Neto, 1997).

Tese 9

Ora, uma utopia de base psicanalítica como crítica da metafísica tem obviamente um alvo bem delimitado: a metafísica do sujeito deduzida do “gnosticismo” que caracterizou a abordagem filosófica clássica. E como os resquícios da filosofia, enquanto disciplina-mãe, não se extinguiram na tendência à especialização e formação de novos campos de estudo (dito científicos) a partir do século XIX, é possível conceber também um certo gnosticismo presente no indivíduo sociológico. Se tomarmos a teoria lacaniana do significante, veremos assim uma suposta correspondência “gnóstica” entre estruturas que transcendem e determinam a subjetividade, que vão de Deus, passando pelo Estado moderno, para desembocar enfim na estrutura inconsciente do Outro. Pois é neste ponto que se

encontra a possibilidade de ruptura com o gnosticismo colocada pela psicanálise, visto que o sujeito do inconsciente (*je*) não se restringe à roupagem imaginária e simbólica do eu (*moi*)¹¹, isto é, não se restringe a uma estrutura que o transcende e determina (tal como o indivíduo sociológico ou seu ancestral direto, o sujeito filosófico tradicional), mas advém do que é da ordem do impossível, da existência irreduzível de um furo na estrutura significativa do Outro; em suma, advém do desejo. Com isso, a psicanálise parece conseguir forjar uma concepção de subjetividade que não se vê inteiramente subordinada a qualquer estrutura (seja ela encarnada na figura de Deus, do Estado, da linguagem ou do inconsciente). Isso obviamente possui uma relevância política: se a ideologia tem, por um lado, a função de encobrimento da falta no Outro, de totalização das significações, de constituição de um sistema fechado de ideias e valores, quer se refiram ao presente ou ao futuro, a utopia, por outro lado, deve surgir da falta de lugar do sujeito, de uma ética do desejo como confronto à ideologia individualista (Silveira, 1997). E, acrescentamos, como confronto à metafísica da subjetividade.

Tese 10

O curioso é que tal perspectiva da irreduzibilidade negativa do sujeito para a recuperação da utopia pode apresentar-se como uma espécie de “faca de dois gumes”. Não à toa, vemos a partir dela uma contundente recusa à utopia enquanto matriz de produção e fechamento de sentido – e, portanto, uma leitura que propõe que a utopia tem uma função semelhante à da ideologia. É dessa maneira que, sobrevoando parte da história da arte moderna, encontra-se uma expressiva crítica da identidade por meio de temas como o da introdução da contradição e do vazio que leva a um esquecer-se de si mesmo; da busca incessante de si tornando-se outro; da procura por uma identidade inencontrável; da realização de experiências tão profundas que se tornam independentes do eu; da arte como forma de operar com o absurdo, o impensável e o impossível. Em suma, temas que dizem respeito tanto à arte quanto à psicanálise e que implicam no adentrar em um “não-lugar” de onde surgem todos os lugares, uma espécie de estética do vazio que, se por um lado nos aproxima da aniquilação, por outro gera a abertura de um caminho criativo: uma verdadeira acrobacia da identidade, perpetuamente reinventada (Frayze-Pereira, 1997). Mas o mais interessante é que, na recusa mesma da utopia – inclusive de seu termo, que quase não aparece no ensaio de Frayze-Pereira –, vemos surgir com frequência uma expressão que remete à própria raiz etimológica da palavra: “não-lugar” (ou seja: u-topia, do grego *ou*,

prefixo de negação, e *topos*, que denota lugar). Como dissemos, uma faca de dois gumes que, com ou sem intenção do autor, contrapõe à utopia uma versão outra um tanto desavisada de u-topia que, longe do fechamento de sentido, faz dela índice de abertura e invenção.

Tese 11

Mas se a reinvenção subjetiva, fundamental a toda utopia que se preze, é importante para a psicanálise justamente porque esta engendra uma forma particular de simbolização como abertura de sentido, vivemos em tempos pouco simpáticos – tanto para a psicanálise, quanto para a utopia. Assim, assistimos ao século XXI ser inaugurado num estranho estado de miséria simbólica. E sem simbolização não há historicização, não há memória social e não há, enfim, a temporalização necessária ao processo de singularização dos sujeitos que cria uma abertura para sequências diferentes e conclusões desconhecidas. Que possibilita, enfim, a distensão do tempo e da própria subjetividade. É assim que nos vemos confinados a um presentismo imediato – inclusive no sentido literal de “não mediado” simbolicamente. Desse modo, operar sobre a psicanálise e a utopia em nosso tempo tem exigido um esforço não natural (Cardoso, 1997). Uma antiga intervenção política, marcada na história (e nos muros de Paris de 1968), agora faz eco: *soyez realistes, demandez l'impossible*.

Considerações finais

É verdade que tais palavras de ordem francesas, assim como os destinos da explosão revolucionária de maio de 1968, podem conter um sentido ambíguo. É o que em alguma medida explora Pacheco Filho (2015), ao se questionar sobre a existência ou não de uma aproximação possível entre o *slogan* da Adidas, “*impossible is nothing*”, e o referido “seja realista, exija o impossível”.

Diante desse paradoxo, podemos deduzir a tarefa de contrapor o impossível utópico às infinitas possibilidades do consumo de nosso tempo pós-moderno, globalizado, neoliberal e, claro, antipático à mudança social – afinal, se nada é impossível, não há porque sequer almejar uma transformação radical. Em outros termos, fica a tarefa de defender a utopia política que vislumbra um mundo supostamente impossível contra a utopia consumista de um mundo em que tudo é possível (mas, é claro, apenas aos poucos que têm real poder de compra sem

endividamento). Curiosamente, o paradoxo que envolve a noção de impossível expressa bem a ambivalência que, igualmente, envolve a relação da psicanálise com a utopia, cujo rastro procuramos seguir neste breve artigo. Destaca-se, portanto, das diferentes abordagens, elogiosas ou críticas, a certeza de um profícuo campo de diálogo e debate.

Referências

- Amaral, I. E.; Sousa, E. L. (2019). História, narrativa, resistência e utopia em Georges Perec. *Cadernos de Psicanálise (CPRJ)*, 41(41), 77-102.
- Cardoso, I. (1997). A narrativa silenciada. In: I. Cardoso; P. Silveira, *Utopia e mal-estar na cultura: Perspectivas psicanalíticas*, p. 169-196. São Paulo: Hucitec.
- Connell, R. (2013). Masculinidade corporativa e o contexto global: Um estudo de caso de dinâmica conservadora de gênero. *Cadernos Pagu*, 40, 323-344.
- Costa, J. F. (1997). Utopia sexual, utopia amorosa. In: I. Cardoso; P. Silveira, *Utopia e mal-estar na cultura: Perspectivas psicanalíticas*, p. 117-167. São Paulo: Hucitec.
- Costa-Moura, F.; Lo Bianco, C. (2009). Escrever nas coisas: A utopia contemporânea na linguagem dos adolescentes. *Estilos da Clínica*, 14(27), 92-111.
- Dias, M. H.; Sousa, E. L. A. (2012). Esporte de alto rendimento: Reflexões psicanalíticas e utópicas. *Psicologia & Sociedade*, 24(3), 729-738.
- Dunker, C. I. L. (2007). Ontologia negativa em psicanálise: Entre ética e epistemologia. *Discurso*, 36, 214-239.
- Dunker, C. I. L. (2019). The forgetfulness of ontology and the metaphysical tendencies of contemporary lacanism. *Crisis and Critique*, 6, 4-14.
- Fonseca, M. C. B. (2012). Escuta psicanalítica do sujeito na empresa: Utopia ou realidade possível?. *Reverso*, 34(63), 75-82.
- Fonseca, T. (2018). *Psicose e CAPS: Entre a metapsicologia, a clínica e a política* (dissertação de mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ).
- Frayze-Pereira, J. A. (1997). Acrobacias da identidade: O artista e seus duplos na modernidade. In: I. Cardoso; P. Silveira, *Utopia e mal-estar na cultura: Perspectivas psicanalíticas*, p. 49-90. São Paulo: Hucitec.
- Freud, S. (1900/2001). *A interpretação dos sonhos*. Rio de Janeiro: Imago.
- Goldenberg, R. (1997). Demanda de utopias. In: I. Cardoso; P. Silveira, *Utopia e mal-estar na cultura: Perspectivas psicanalíticas*, p. 91-97. São Paulo: Hucitec.
- Hur, D. U.; Mendonça, G. S. (2016). Educação física e formação: O grupo operativo como um dispositivo de avaliação. *SPAGESP*, 17(2), 96-107.

- Ketzer, E. N.; Sousa, E. L. A. (2012). Lágrimas nas profundezas: Alegorias utópicas em “Moby Dick” e o nominalismo na obra de William de Ockham. *Ágora*, 15(2), 273-288.
- Konder, L. (1998). Marcuse, revolucionário. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, 8(1), 15-28.
- Lacan, J. (1964/2008). *O seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Proferido em 1964).
- Machado, A. P.; Sousa, E. L. A. (2015). Oswald de Andrade: Poesia e psicanálise. *Revista Polis e Psique*, 5(3), 119-134.
- Marsillac, A. L. M. (2014). Aberturas utópicas: Pesquisa, arte e psicanálise. *Cadernos de Psicanálise (CPRJ)*, 36(31), 11-31.
- Marsillac, A. L. M.; Sousa, E. L. A. (2017). Conexões: Transformações do objeto da arte. *Ágora*, 20(2), 321-335.
- Marx, K. (1845/1978). Teses contra Feuerbach. In: J. A. Giannotti (Org.), *Os Pensadores: Marx*, p. 49-53. São Paulo: Abril Cultural. (Escrito em 1845).
- Matthiesen, S. Q. (2003). Educação de educadores: Pressuposto psicanalítico ou utopia reichiana?. *Psicologia USP*, 14(2), 17-34.
- Medeiros, M. P.; Sousa, E. L. A. (2020). Um país das maravilhas! O infantil da utopia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 23(1), 135-156.
- Miranda, A. B.; Sousa, E. L. A. (2018). Psicanálise: Uma vocação utópica. *Psicologia USP*, 29(1), 106-115.
- Naffah Neto, A. (1997). Violência e ressentimento: Psicanálise diante do niilismo contemporâneo. In: I. Cardoso; P. Silveira, *Utopia e mal-estar na cultura: Perspectivas psicanalíticas*, p. 99-116. São Paulo: Hucitec.
- Pacheco Filho, R. A. (2015). Compra um Mercedes Benz prá mim?. *Psicologia Revista*, 24(1), 15-44.
- Peixoto Jr., C. A. (1998). Sobre a crítica da perversão social em Reich, Fromm e Marcuse. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, 8(1), 101-121.
- Pisani, M. M. (2006). Utopia e psicanálise em Herbert Marcuse. *Trans/Form/Ação*, 29(2), 203-217.
- Seger, D. F.; Sousa, E. L. A. (2013). Composições possíveis: Psicanálise, música e utopia. *Tempo psicanalítico*, 45(1), 61-73.
- Silveira, P. (1997). A gênese extramundana do indivíduo: A ideologia moderna em Dumont. In: I. Cardoso; P. Silveira, *Utopia e mal-estar na cultura: Perspectivas psicanalíticas*, p. 9-48. São Paulo: Hucitec.
- Sousa, E. L. A. (2008). Um pódio de palavras. *Ide*, 31(47), 94-97.
- Sousa, E. L. A. (2017). Atravessar desertos: Psicanálise e utopia. *Psicologia Clínica*, 29(1), 23-30.
- Sousa, E. L. A.; Goldmeier, P. (2008). Juventude em tempos de violência. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 8(4), 991-1020.
- Žižek, S.; Daly, G. (2006). *Arriscar o impossível*. São Paulo: Martins Fontes.

Notas

- ¹ Pesquisa que contou com o fomento da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ) e atualmente conta com o da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).
- ² Ao leitor atencioso que, porventura, queira conferir o rigor de nosso critério de exclusão, seguem os artigos não incluídos nesta revisão: Amaral & Sousa (2019), Connell (2013), Costa-Moura & Lo Bianco (2009), Dias & Sousa (2012), Fonseca (2012), Hur & Mendonça (2016), Ketzer & Sousa (2012), Machado & Sousa (2015), Marsillac (2014), Marsillac & Sousa (2017), Matthiesen (2003), Medeiros & Sousa (2020), Seger & Sousa (2013), Sousa (2008), Sousa & Goldmeier (2008).
- ³ “... o Real lacaniano não é o Real-come-impossível no sentido de não poder acontecer, ou de nunca podermos deparar com ele ... Lacan não é esse tipo de poeta da falha. A coisa verdadeiramente traumática é que milagres – não no sentido religioso, mas no sentido de atos livres – acontecem, só que é muito difícil nos havermos com eles. É por isso que devemos rejeitar a ideia de uma poesia da falha. Para Lacan, o Real não é esse tipo de Coisa-em-si da qual não possamos nos aproximar; é antes, a liberdade como um corte radical na textura da realidade.” (Žižek & Daly, 2006, p. 204-205)
- ⁴ Mas que, ressaltamos, também pode ser percebida em menor grau em Ernst Bloch e, mais recentemente, em Frederic Jameson.
- ⁵ Crítica a um certo otimismo utópico à parte, é inegável a relevância desses grandes pensadores para tornar o pensamento freudiano consequente no que tange à reflexão política e social. Sobretudo de Wilhelm Reich, pelo pioneirismo e significativas contribuições na articulação entre psicanálise e marxismo.
- ⁶ O que, apesar de problemático, não deixa de ser uma forma arrevesada de afirmar a centralidade do mal-estar como o que movimenta em direção a um futuro emancipatório.
- ⁷ Marcuse, no já comentado malabarismo metapsicológico para sustentar o conceito de pulsão de morte, incorreu menos que Fromm e Reich em tal impostura.
- ⁸ Sobre o narrativismo enquanto chave de assimilação da psicanálise em Jurandir Freire Costa, ver Dunker (2007).
- ⁹ Estratégia presente de maneira massiva no Brasil contemporâneo, dividido entre sujeitos supostamente unos: os bandidos e os cidadãos de bem.
- ¹⁰ Aqui, fica mais do que evidente que simplesmente reproduzir o gesto freudiano de criticar as diferentes *Weltanschauungen* (religiosa, filosófica ou política) sem perceber que ele mesmo se encontrava no interior de uma *Weltanschauung* científica (possivelmente newtoniana) não é o bastante (Dunker, 2019).
- ¹¹ Processo de identificação que na teoria althusseriana da ideologia é conhecido como interpelação e que Silveira (1997), a partir da teoria do antropólogo francês Louis Dumont,

assimilou à gênese extramundana do indivíduo (o referido gnosticismo que deriva completamente a individualidade ou subjetividade de uma estrutura que o determina). O sujeito do inconsciente, nesse caso, apresentaria uma faceta para além da interpelação ideológica e, portanto, parece além do gnosticismo.

Recebido em 25 de agosto de 2020

Aceito para publicação em 24 de março de 2021

SEÇÃO LIVRE

Atendimento psicológico à pessoa surda por meio da
Libras no Brasil: Uma revisão de literatura

Habilidades terapêuticas interpessoais: A retomada de
Carl Rogers na prática da psicologia baseada em evidências

ATENDIMENTO PSICOLÓGICO À PESSOA SURDA POR MEIO DA LIBRAS NO BRASIL: UMA REVISÃO DE LITERATURA

*PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE TO THE DEAF SUBJECT
THROUGH LIBRAS IN BRAZIL: A LITERATURE REVIEW*

*ASISTENCIA PSICOLÓGICA AL SUJETO SORDO A TRAVÉS
DE LIBRAS EN BRASIL: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA*

Jesaias Leite Ferreira Junior ⁽¹⁾

Henrique Jorge Simões Bezerra ⁽²⁾

Edneia de Oliveira Alves ⁽³⁾

RESUMO

A partir do modelo social, considera-se a deficiência um fenômeno interacional, emergente na relação entre o indivíduo e o seu meio. Assume-se a saúde mental como um direito humano, sendo dever do Estado e da comunidade os esforços para inclusão de todos os cidadãos. A pesquisa almejou verificar se a Psicologia tem se debruçado sobre a inclusão da pessoa surda, se há registros acadêmicos de atendimento em língua brasileira de sinais (Libras) e se a fluência dos psicólogos é suficiente para realizá-lo. A metodologia baseou-se numa revisão sistemática da literatura científica e numa análise bibliométrica e qualitativa dos dados. A partir dos resultados, é possível enxergar um crescente movimento de atendimento psicológico a pessoas surdas com uso da Libras desde 2015. Entretanto, considera-se necessária uma maior proximidade dos profissionais da psicologia clínica com a Libras e a cultura surda.

Palavras-chave: inclusão; Surdos; atendimento psicológico; Libras.

⁽¹⁾ Graduado em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, PB, Brasil. email: ferreirajunior.jl.work@gmail.com

⁽²⁾ Mestre e Doutor em Psicologia Cognitiva pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), com Pós-Doutorado em Filosofia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professor Associado do Departamento de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, PB, Brasil. email: henriquejsimoes@gmail.com

⁽³⁾ Graduada em Licenciatura em Letras pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Mestre e Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Departamento de Língua de Sinais da UFPB, João Pessoa, PB, Brasil. email: edneiaalvesufpb@gmail.com

Não se declararam fontes de financiamento.

ABSTRACT

From the social model, disability is considered an interactional phenomenon, emerging in the relationship between the individual and his environment. Mental health is assumed to be a human right, and it is the duty of the state and the community to endeavor to include all citizens. The research aimed to verify if Psychology has been focusing on the inclusion of the Deaf, if there are academic records of attendance in Brazilian sign language (Libras) and if the fluency of the psychologists is sufficient to carry it out. The methodology was based on a systematic review of the scientific literature, and on a bibliometric and qualitative analysis of the data. Based on the results, it is possible to see a growing movement for psychological assistance to deaf people using Libras since 2015. However, it is considered necessary to bring professionals from clinical psychology closer to Libras and deaf culture.

Keywords: inclusion; Deaf; psychological support; Libras.

RESUMEN

Desde el modelo social, la discapacidad se considera un fenómeno de interacción, emergiendo en la relación entre el individuo y su entorno. Se asume que la salud mental es un derecho humano y es deber del Estado y de la comunidad esforzarse por incluir a todos los ciudadanos. La investigación tuvo como objetivo verificar si la Psicología se ha centrado en la inclusión de la persona sorda, si existen registros académicos de asistencia en lengua de signos brasileña (Libras) y si la fluidez de los psicólogos es suficiente para llevarla a cabo. La metodología se basó en una revisión sistemática de la literatura científica y en un análisis bibliométrico y cualitativo de los datos. Con base en los resultados, es posible ver un movimiento creciente de asistencia psicológica a las personas sordas que usan Libras desde 2015. Sin embargo, se considera necesario acercarse a los profesionales de la psicología clínica a Libras y la cultura sorda.

Palabras clave: inclusión; Sordo; apoyo psicológico; Libras.

Introdução

Segundo o art. 6º da Constituição da República Federativa do Brasil, a saúde é um direito social (Brasil, 1988). Com avanços legais significativos, como a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), promulgada pelo Decreto nº 6.949, de 25/08/2009 (Brasil, 2009) e a promulgação da Lei

nº 13.146, de 06/07/2015 (Brasil, 2015), denominada Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI), esse direito tem sido reafirmado para pessoas com deficiência, particularmente os Surdos¹, a fim de que essa comunidade seja contemplada em suas especificidades.

Sabendo disso, o psicólogo que pretende realizar atendimento psicoterapêutico aos Surdos tem um imperativo a ser cumprido, pois segundo o código de ética da categoria é seu dever respeitar o sigilo profissional para proteger a intimidade de qualquer indivíduo que tenha acesso ao seu serviço (CFP, 2005). E, segundo a CDPD, os Estados partes também devem observar essa regra relativa aos dados pessoais e relacionados à saúde e à reabilitação de pessoas com deficiência (Brasil, 2009). Logo, o psicólogo está diante de um desafio que requer comprometimento pessoal de sua parte. Pois, partindo do modelo social da deficiência e de acordo com a LBI, é um dever assegurar o acesso da pessoa com deficiência, por meio da remoção de barreiras – nesse caso, prioritariamente comunicativas –, a fim de garantir os direitos constitucionais dos indivíduos em suas especificidades (Brasil, 2015).

Para tanto, o atendimento por parte do profissional ouvinte ao paciente Surdo, a fim de respeitar a ética profissional e as leis vigentes sobre a inclusão da pessoa com deficiência, deve ser por meio da Libras. Por esse motivo, optou-se por realizar uma revisão de literatura sobre o tema, com o objetivo de verificar a produção científica em relação ao atendimento psicológico da população surda no Brasil. A partir desse objetivo geral, alguns objetivos específicos foram elencados: (a) verificar se há produção acadêmica a respeito do atendimento psicológico com uso da Libras; (b) investigar se há uma busca da comunicação fluente em Libras pelo profissional de psicologia; e (c) averiguar se há discussões acerca da necessidade de conhecimento não apenas da língua, mas das peculiaridades da cultura surda para a prestação de um serviço eficaz.

Surdez e Libras

De acordo com o Decreto nº 5.626, “considera-se uma pessoa surda aquela que, por ter perda auditiva, compreende e interage com o mundo por meio de experiências visuais, manifestando sua cultura principalmente pelo uso da Língua Brasileira de Sinais – Libras” (Brasil, 2005). Esse decreto regulamenta a Lei nº 10.436 (Brasil, 2002), que reconhece a Libras como uma língua, dotada de um sistema linguístico de natureza visual-motora, com estrutura gramatical própria.

O aspecto mais pujante da cultura surda é a visualidade da experiência e da construção de sua língua e de sua identidade. Pela imersão em uma semiologia totalmente visuo-espacial em contraste à oral-auditiva, os Surdos, ainda que vivam no Brasil, têm especificidades habituais e comunicativas que os caracterizam como um povo distinto. Tais aspectos são manifestos em suas relações, nos locais frequentados por eles e no convívio diário (Vieira & Peixoto, 2018).

A formação da subjetividade do indivíduo é mediada pela apropriação de uma língua, quer oral, quer de sinais, e a interação com seu meio. Essa aproximação com a língua lhes permite desenvolver sua subjetividade e identidade a partir do reconhecimento dos pares e da pertença em um grupo que se comunica e constrói o mundo de modo peculiar (Lopes & Leite, 2011). No entanto, muitos Surdos são criados por pais ouvintes e têm contato tardio com a língua de sinais. E a exigência de que um indivíduo inserido numa semiologia visuo-espacial aprenda a se comunicar por uma língua oral-auditiva para ter acesso a seus direitos acarreta efeitos deletérios. Além de suprimir a cultura surda, traz consigo a violência simbólica ao buscar adequar o Surdo ao padrão de “normalidade” vigente, fenômeno nomeado de “ouvintismo” (Strobel, 2008).

Modelos da deficiência

Esta pesquisa tem por base o modelo social da deficiência; portanto, considera a deficiência um fenômeno social, emergente na relação entre o indivíduo e o seu meio. Amparada nessa lógica, a LBI, em seu art. 2, afirma:

Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. (Brasil, 2015)

Ao longo da história a deficiência foi um tema abordado a partir de quatro paradigmas: exclusão, segregação, integração e inclusão (Fernandes et al., 2011). Contudo, focaremos nos dois últimos para a compreensão desta pesquisa.

O modelo médico é o representante do *paradigma da integração*. A partir desse modelo, a deficiência passou a ser concebida como uma condição unicamente biológica, causa de todas as limitações de ordem social e laboral e, portanto, das experiências de segregação vivenciadas, devido à inabilidade para a

vida produtiva (Diniz, 2007). Com a Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU, o modelo médico tem se esforçado para integrar as pessoas com deficiência à sociedade. Contudo, esse conceito não preconiza a adaptação da sociedade para a recepção das diferenças, mas a modificação e reabilitação dos indivíduos para que se adequem ao padrão de “normalidade” vigente (Fernandes et al., 2011).

Por outro lado, o *modelo social* aborda a deficiência em termos de exclusão social, uma forma particular de opressão, reconhecendo a responsabilidade social pela incorporação de adaptações razoáveis às diferenças. Para tal modelo, a *lesão* é a ausência parcial ou total de um membro, ou um membro, organismo ou mecanismo corporal disfuncional; e a *deficiência* é um fenômeno que emerge da relação entre um corpo com lesão e um contexto pouco sensível à diversidade, que gera, conseqüentemente, a segregação de indivíduos que habitam corpos lesionados (Diniz, 2007). A partir dessa perspectiva, assume-se o *paradigma da inclusão*, que preconiza um processo de ajuste mútuo, em que o sujeito busca participação social plena e a sociedade implementa ajustes e providências necessárias que possibilitem o acesso e a convivência no espaço comum, não segregado (Aranha, 2001).

Ao observar o fenômeno da surdez, o modelo médico é estritamente ligado ao fator biológico, enquanto o modelo social da deficiência situa-se num ponto intermediário entre natureza (a faceta biológica) e cultura. Ou seja, o corpo tem uma característica (a lesão) e a deficiência tem outra, mediada socialmente, como experiência subjetiva que emerge do contato com a sociedade insensível à diferença. Desse modo, a experiência da desigualdade não está ligada aos atributos sensoriais do Surdo, mas à estrutura social excludente e discriminatória. A partir do modelo social da deficiência, tem-se uma perspectiva de diversidade humana, em que as características do corpo formam apenas modos diferentes de estar no mundo, contrariando o modelo médico que enxerga o corpo com limitações sensoriais como alvo de uma reabilitação de cunho curativo e corretivo, a fim de equalizar o diferente a partir de uma perspectiva de normalidade (Diniz et al., 2009).

Há uma outra via, que também se opõe ao modelo médico, distinta do modelo social da deficiência por sua ênfase majoritária no caráter cultural da surdez. Esse terceiro modelo é conhecido como modelo social da surdez ou *modelo antropológico da surdez* (Mello, 2006).

O modelo antropológico trouxe o conceito de *cultura surda*, que coloca a surdez como uma diferença, o que, até certo ponto, coadunaria com o modelo social da deficiência. Contudo, o modelo antropológico desloca a surdez do registro

da deficiência. De acordo com ele, a surdez é uma diferença cultural/linguística. A cultura surda é o modo de o sujeito Surdo entender e modificar o mundo para torná-lo acessível e habitável, abrangendo a língua, as ideias, crenças, costumes e hábitos do povo Surdo (Strobel, 2008).

É a partir de uma perspectiva multiculturalista que a cultura surda se constitui, com base na ideia de que o Surdo convive com a cultura e faz parte do povo brasileiro, mas, ao mesmo tempo, em sua situação de biculturalidade e bilinguismo, integra também o povo Surdo, com suas lutas e histórias. Dessa relação surgem os artefatos da cultura surda, que estão ligados não apenas à língua brasileira de sinais, mas à visualidade, assim como às formas de estar no mundo decorrentes desse padrão diferenciado de apreender a realidade (Vieira & Peixoto, 2018).

Portanto, é possível vislumbrar uma tensão entre surdez e deficiência, visto que, para o modelo antropológico, a surdez é apenas uma diferença linguístico-cultural; portanto, assumi-la como uma deficiência é adotar um modelo clínico-terapêutico (médico) de surdez centrado na cura do problema auditivo e na correção dos defeitos da fala pela aprendizagem da língua oral. Tal tendência faz referência ao “ouvintismo” mencionado, e configura-se como uma forma de opressão da identidade cultural dos Surdos (Bisol & Sperb, 2010). Essa discussão conceitual a respeito da surdez a partir das três perspectivas supracitadas é importante para que a prática dos psicoterapeutas não seja ingênua diante dos processos de exclusão e inclusão presentes nas lutas sociais do povo Surdo.

Saúde mental e psicoterapia

Não há consenso a respeito da definição de saúde mental. Contudo, a saúde tem sido reconhecida em suas múltiplas dimensões definidas a partir da integralidade do ser humano, que é um ser biopsicossocial. A partir desse reconhecimento, a saúde tem sido tratada pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1946/2006, p. 1) como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. Apesar de esse conceito considerar a integralidade do ser humano e sua experiência no mundo, a exigência de completude do bem-estar é algo difícil de alcançar, tornando o conceito um tanto idealizado.

Com base nos princípios do modelo social da deficiência e considerando a saúde mental uma dimensão da saúde humana, este trabalho concebe a saúde como a capacidade de um indivíduo usufruir a vida socialmente, ter prazer em

viver e conquistar a qualidade de vida (Nájera, 1992, citado por Paim & Almeida Filho, 2014). Essa concepção traz para a psicologia, em sua atuação na saúde, o dever de garantir aos Surdos o acesso ao atendimento psicoterapêutico, para que gozem plenamente de seus direitos.

No que tange à psicoterapia, de acordo com o art. 1º da Resolução do exercício profissional nº 10, de 20/12/2000:

A Psicoterapia é prática do psicólogo por se constituir, técnica e conceitualmente, um processo científico de compreensão, análise e intervenção que se realiza através da aplicação sistematizada e controlada de métodos e técnicas psicológicas reconhecidos pela ciência, pela prática e pela ética profissional, promovendo a saúde mental e propiciando condições para o enfrentamento de conflitos e/ou transtornos psíquicos de indivíduos ou grupos. (CFP, 2000, p. 1)

A psicoterapia como uma atividade profissional surge entre o final do século XIX e o início do século XX (Castanheira et al., 2019). Seu método principal de estudo era a observação clínica, em vez da experimentação controlada em laboratório (Schultz & Schultz, 2019). A partir da visibilidade que a psicopatologia obteve com essa abordagem metodológica, várias escolas de pensamento surgiram. Desde então, a psicoterapia passou a ser uma atividade praticada por profissionais com formações de duração variada, partindo de diversos enfoques teóricos (como as abordagens cognitivas, comportamentais e fenomenológicas) e técnicos. Apesar dessa diversidade, há características comuns a todas essas perspectivas, tais como a relevância da relação terapêutica para o tratamento, o acolhimento, a escuta empática e o suporte diante dos conflitos de ordem psicológica (Castanheira et al., 2019).

Método

Este estudo é uma revisão sistemática de literatura, com base em técnicas bibliométricas descritivas, a partir das seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO); Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PePSIC); Index Psi Periódicos; Portal de Periódicos Capes/MEC; e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD). A bibliometria tem sido conceituada como uma análise quantitativa das características, funcionamento e produtividade dos aspectos da comunicação escrita (Mahapatra, 2000, citado

por Naseer & Mahmood, 2009), que é comumente utilizada na gestão de bibliotecas e instituições envolvidas com o tratamento de informação (Santos & Kobashi, 2009).

Para a seleção dos descritores, foi realizada uma consulta na Biblioteca Virtual em Saúde: Descritores em Ciências da Saúde (BVS Decs) e selecionados seis, a saber: psicologia clínica; psicoterapia; saúde mental; surdez; deficiência auditiva; língua de sinais. Então, foi feita uma busca nas bases de dados supracitadas, com as combinações divididas entre nove pares, sempre assim: descritor referente à psicologia clínica + descritor referente aos Surdos. Os critérios de inclusão para que os achados fossem incorporados ao material da pesquisa foram: (a) trabalhos feitos por brasileiros; (b) disponíveis na íntegra; e (c) relacionados à saúde mental e/ou a teorias psicológicas voltadas à psicoterapia do Surdo. Para checar se cada um dos achados satisfaria os critérios, foi feita uma leitura dos títulos e resumos.

Partindo dos indicadores e técnicas supracitados, os seguintes dados da coleta foram levantados: (a) ano de publicação; (b) autores; (c) instituição de ensino; (d) nome da revista; e (e) *qualis* da revista. Após a coleta e tabulação dos dados, foi realizada também uma leitura integral de todos os achados e uma meta-análise qualitativa deles. No que se refere a estudos qualitativos, o produto final usualmente se obtinha por meio de interpretações e análises dos dados primários, ou seja, uma meta-análise qualitativa com integração dos dados, a fim de compreender, de modo mais claro, o que os autores dizem e como o dizem (Bicudo, 2014). Para tanto, partiu-se da observação mais detalhada de: (a) fundamentação teórica; (b) objetivos; (c) método; e (d) principais resultados e apontamentos desses achados.

Resultados

Consultas bibliográficas

As buscas com os descritores foram realizadas em todas as bases supracitadas. Contudo, algumas não trouxeram resultados, seja por inadequação aos critérios ou por repetição das seleções anteriores. A Tabela 1 pode ser consultada para visualização da pesquisa com descritores. Ao todo, foram incorporados quatro artigos na SciELO, três dissertações e duas teses na BDTD e três artigos na plataforma Capes, totalizando 12 trabalhos: sete artigos, três dissertações e duas teses.

Tabela 1 — Relação da pesquisa de acordo com descritores e bases de dados

Descritores	SciELO	PePSIC	Index Psi	BDTD	Periódicos Capes	Total
Psicologia clínica e surdez	4 (2)	0	1 (0)	22 (5)	26 (0)	7
Saúde mental e surdez	2 (1)	0	1 (0)	5 (0)	54 (0)	1
Psicoterapia e surdez	0	0	1 (0)	4 (0)	6 (1)	1
Psicologia clínica e deficiência auditiva	1 (0)	0	0	12 (0)	47 (1)	1
Saúde mental e deficiência auditiva	12 (1)	0	0	17 (0)	160 (1)	2
Psicoterapia e deficiência auditiva	0	0	1 (0)	1 (0)	4 (0)	0
Psicologia clínica e língua de sinais	0	0	0	18 (0)	21 (0)	0
Saúde mental e língua de sinais	0	0	0	7 (0)	56 (0)	0
Psicoterapia e língua de sinais	0	0	0	2 (0)	3 (0)	0
Selecionados	4	0	0	5	3	12

Nota:

O primeiro número representa os achados da pesquisa, enquanto aquele entre parênteses representa os trabalhos selecionados. Os totais são apenas dos selecionados.

Dados bibliométricos*Fluxo de publicações*

Os dados coletados mostraram baixa frequência de publicações ao longo dos anos, com frequência comumente de um por ano, mas com uma pequena variação em 2012, que teve duas publicações, e uma variação mais acentuada em 2018, que teve três. De 2009 a 2013, apenas artigos foram publicados, e de 2014 a 2018 predominaram teses e dissertações, com a presença de apenas um artigo em 2017.

Artigos, teses e dissertações

Nas Tabelas 2 e 3, podem ser observados, respectivamente, dados bibliométricos dos artigos publicados e dados das teses e dissertações. Cabe ressaltar que não houve nenhuma repetição autoral ou de revistas nas publicações, com apenas uma repetição institucional da UFRGS e a predominância de publicações de São Paulo e do Rio Grande do Sul.

Tabela 2 — Dados bibliométricos dos artigos

Revista	Qualis	Ano	Instituição de Origem	Local de Produção
Estudos de Psicologia (Campinas)	A1	2012	PUC de Campinas	São Paulo
Psicologia: Teoria e Pesquisa	A1	2010	UFRGS	Rio Grande do Sul
Cadernos de Saúde Pública	A2	2009	ULBRA	Rio Grande do Sul
Psicologia Clínica	A2	2013	Université de Paris Diderot	Paris (FR)
Revista CEFAC: Atualização Científica em Fonoaudiologia e Educação	B1	2017	UNIMONTES	Minas Gerais
Revista SPAGEP	B1	2012	UNIFRAN	São Paulo
Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva	B2	2011	UNESP-FC	São Paulo

Nota:

O *Qualis* refere-se ao quadriênio 2013-2016.

Tabela 3 — Dados bibliométricos de teses e dissertações

Gênero Acadêmico	Ano	Instituição de Origem	Local de Produção
Tese	2015	UnB	Brasília (DF)
Tese	2018	PUC-SP	São Paulo
Dissertação	2014	UFRN	Rio Grande do Norte
Dissertação	2018	UFRGS	Rio Grande do Sul
Dissertação	2018	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto	São Paulo

Dados qualitativos***Fundamentação teórica***

Quanto às bases dos trabalhos encontrados, sete deles apresentaram a psicanálise como fundamento, dentre os quais três são de abordagem freudiana (Bisol & Sperb, 2010; Neves, 2018; Silva et al., 2012); outros três têm perspectiva lacanianiana (Camargos, 2018; Halabe, 2018; Pinto, 2013); e um baseia-se numa abordagem winnicottiana (Buzar, 2015).

Na perspectiva existencial, houve dois trabalhos, um deles de base fenomenológica existencial de Heidegger (Oliveira, 2014) e outro na concepção humanista existencial de Emilio Romero (Yamada & Bevilacqua, 2012). Dos três trabalhos restantes, dois foram orientados por uma perspectiva de saúde pública

(Freire et al., 2009; Souza et al., 2017) e um estava ligado à psicologia do desenvolvimento e à psicometria (Sanchez & Gouveia Jr., 2011).

Objetivos

O trabalho de Sanchez e Gouveia Jr. (2011) teve por objetivo comparar a ansiedade relatada conforme a Escala Analógica de Humor (EAH) no teste da simulação do falar em público em adolescentes Surdos e ouvintes. Nos dois trabalhos voltados para a discussão da saúde pública, os objetivos foram avaliar tanto as dificuldades no acesso à saúde por pessoas surdas (Souza et al., 2017) como as diferenças entre o acesso de Surdos e ouvintes a esses serviços em um município específico (Freire et al., 2009).

Nos dois trabalhos de cunho existencial, havia os objetivos de averiguar a dimensão afetiva de pacientes com surdez adquirida antes e depois de implante coclear (Yamada & Bevilacqua, 2012) e de discutir a escuta clínica na atitude fenomenológica na psicoterapia fenomenológico-existencial com pessoas surdas (Oliveira, 2014).

Nas obras psicanalíticas, os objetivos variaram entre discutir diferentes abordagens teóricas que têm orientado o estudo da surdez (Bisol & Sperb, 2010); abrir um canal de reflexão e compreensão a respeito da clínica com sujeitos Surdos em sofrimento psíquico grave (Buzar, 2015); verificar a relação entre o desencadeamento psicótico e o implante coclear (Pinto, 2013); analisar o processo de construção psíquica em sujeitos Surdos usuários da língua de sinais e sua relação com seu desenvolvimento linguístico, e indicar possíveis considerações para o trabalho psicoterápico com essa população (Camargos, 2018); avaliar as possíveis modificações no método e na formação do analista que possibilitem ao sujeito Surdo ser “escutado” por meio da análise (Halabe, 2018); descrever as características e as adaptações técnicas que caracterizam o atendimento em psicoterapia psicanalítica realizada por profissionais ocupados com o universo da surdez (Neves, 2018); e compartilhar a experiência prática de grupoterapia com as crianças e seus familiares em grupos distintos, mas concomitantes (Silva et al., 2012).

Métodos

Os trabalhos teóricos foram baseados em revisão de literatura (Bisol & Sperb, 2010), na prática clínica (Pinto, 2013) e na revisão integrativa de litera-

tura (Souza et al., 2017). Dentre os trabalhos empíricos, houve três trabalhos com uso de método quantitativo estatístico: um transversal de base populacional (Freire et al., 2009); um comparativo após intervenção em amostra (Yamada & Bevilacqua, 2012); e outro experimental por meio de teste de simulação de falar em público e da aplicação da Escala Analógica de Humor, ambos adaptados, com o teste de falar em público sinalizado pelo Surdo e o instrumento de autoaplicação trilingue, contendo os termos em português, Libras e alfabeto digital, mas apesar da adaptação do instrumento autoaplicável, os autores não são claros quanto à forma de instrução do teste de falar em público, isto é, se havia intérprete ou algum aplicador fluente em Libras (Sanchez & Gouveia Jr., 2011).

Os demais trabalhos foram de cunho empírico, contudo em modalidade qualitativa. Um deles foi baseado numa pesquisa fenomenológica (Oliveira, 2014); um se utilizou de análise dos relatos de participantes após grupoterapia (Silva et al., 2012); dois foram análises extraídas de estudos de caso clínico (Buzar, 2015; Camargos, 2018); e os outros dois foram realizados com entrevistas, um com clínicos psicanalistas que têm experiência de atendimento a Surdos (Neves, 2018); outro com entrevistas de clínicos psicanalistas, Surdos e intérpretes (Halabe, 2018).

Principais resultados

A pesquisa de cunho experimental não encontrou diferenças significativas entre os grupos de Surdos e ouvintes na comparação de ansiedade relatada pela escala EAH (Souza et al., 2017). Das obras fenomenológicas, uma menciona o predomínio de sentimentos negativos em indivíduos com surdez adquirida no período de surdez, e predominância de sentimentos positivos após o implante coclear (Yamada & Bevilacqua, 2012), enquanto outra destaca a necessidade da fluência em Libras e a necessidade de conhecimento da cultura surda (Oliveira, 2014).

Dentre os trabalhos voltados para a saúde pública, um deles mostra que os Surdos tiveram 1,5 vezes mais prevalência de consulta para problema de nervos e 4,2 vezes mais prevalência de internação em hospital psiquiátrico (Freire et al., 2009). Numa revisão integrativa de literatura, as dificuldades enfrentadas pelas pessoas surdas quando buscam atendimento em saúde são ligadas à comunicação, bem como ao desconhecimento de Libras por grande parte dos profissionais de saúde (Souza et al., 2017).

Nas obras psicanalíticas, destacam-se a crescente influência da psicanálise e dos estudos da narrativa na discussão da surdez (Bisol & Sperb, 2010), assim como a surdez enquanto base imaginária favorecedora de uma identidade que, por sua vez, contribui para a existência de um laço social determinado, que pode ser desfeito com o implante coclear e a passagem de uma experiência semiótica espaço-visual para uma oral-auditiva (Pinto, 2013). No contexto de grupoterapia, houve mudanças positivas nas relações entre mães e filhos, e conflitos concernentes à deficiência auditiva e a relações familiares puderam ser trabalhados (Silva et al., 2012).

Nos trabalhos que se orientaram por análises de estudos de casos com atendimentos à pessoa surda e/ou entrevistas com profissionais, Surdos e intérpretes, houve unanimidade quanto às necessidades de fluência em Libras e de conhecimento da cultura surda (Buzar, 2015; Camargos, 2018; Halabe, 2018; Neves, 2018). Destes, os trabalhos de Buzar (2015) e Camargos (2018) atentam, respectivamente, para os perigos da pressão por normalização para a saúde mental dos Surdos, e para a compreensão das diferenças na construção simbólica da experiência visual deles como necessária para compreensão de sua cultura.

Discussão

De acordo com o fluxo de publicações, houve um aumento na produção em 2018. É possível que esse aumento repentino possa estar ligado à grande repercussão da LBI e seus impactos sociais, pois houve também uma grande quantidade de decretos relacionados aos direitos das pessoas com deficiência emitidos nesse ano, alguns revisando pontos da LBI. Ao final do ano, foi promulgado o Decreto nº 9.656/18, que atualizou o de nº 5.626/05, que trata da lei de Libras, como disciplina curricular e da garantia de direitos da população surda.

Não há hipóteses a respeito da predominância de publicações nos estados de São Paulo e do Rio Grande do Sul. Mas outros estudos mostram que a maioria da produção sobre o tema está no eixo Sudeste-Sul. No que se refere às relações entre autoria e instituições, não há repetições na amostra. Dentre as revistas em que os artigos foram publicados, também não há repetições. A partir disso, pode-se inferir uma dispersão entre grupos de pesquisa e uma necessidade de comunicação e integração de suas investigações. No que tange às áreas das revistas, apenas duas foram de saúde geral, enquanto outras cinco foram revistas específicas de psicologia. Apesar de ser o esperado com base na estratégia de coleta, isto pode indicar um interesse coletivo da psicologia em relação ao tema, ainda que com pouca expressão atualmente.

Após uma leitura integral das obras, foi possível notar a presença do trabalho de Bisol e Sperb (2010) nas referências de todos os trabalhos posteriores relacionados à prática clínica, com exceção do artigo de Tereza Pinto (2013), que se faz presente, inclusive, nas referências de três trabalhos psicanalíticos posteriores. Ambos estão alinhados com os princípios do modelo antropológico ao se referirem à Libras como fundamental na constituição de uma identidade e cultura surda e a necessidade do respeito às diferenças, alertando para os perigos de um movimento normalizador por parte dos ouvintes (Strobel, 2008).

Entre 2009 e 2012, houve predominância de perspectivas quantitativas e comparativas entre Surdos e ouvintes. As perguntas que os autores queriam responder estavam ligadas, majoritariamente, a simples diferenças entre amostras, e que, embora de forma sutil, tais diferenças pudessem ter questões de exclusão como possíveis justificativas; o cerne não era a inclusão e potencialidade da pessoa surda, exceto em Bisol e Sperb (2010). Com isso, é possível inferir que, no referido período, ainda havia um certo alinhamento entre o modelo médico de reabilitação e o paradigma da integração. A discussão do tema pode ter sido influenciada pela chegada da CDPD em 2008/2009, mas as comparações e tensões entre normalidade e diferença ainda se faziam presentes, ou seja, uma prática de pesquisa ancorada em preconceitos que colocam Surdos como incapazes ou com desvantagens cognitivas.

Após o artigo de Pinto (2013), o qual discutia os perigos do implante coclear em Surdos e o desencadeamento de surtos psicóticos, e a publicação da LBI, em 2015, todos os trabalhos posteriores traziam uma perspectiva voltada à inclusão e à valorização da Libras e da cultura surda. Não que haja uma causalidade direta entre o artigo supracitado e esse efeito, mas é possível perceber uma mudança progressiva do *zeitgeist* nessa década com a chegada da LBI. Ainda que os trabalhos posteriores não abraçassem de forma militante o modelo antropológico da surdez, fica clara a simpatia ao modelo, bem como a distinção das obras antes e depois de 2013.

Ainda que alguns dos trabalhos coletados tenham resquícios de concepções que reduzem a surdez a um fator desumanizador e incapacitante, há uma alteração positiva nessa perspectiva, com base nos resultados dos próprios pesquisadores, a exemplo de Halabe (2018), que trata da total viabilidade do atendimento a partir de uma simples diferença comunicativa, e de Buzar (2015), que aborda o adoecimento psíquico dos Surdos como influenciado pelas imposições de padrões normativos.

Um fator importante para a mitigação dos preconceitos nos resultados desses trabalhos foi a exposição que Buzar (2015) faz a respeito do trabalho de Maria

Cristina Petrucci Solé, no qual é revelado que as queixas que os Surdos levavam a ela na psicoterapia não estavam relacionadas à surdez. A partir do próprio estudo de caso, Buzar (2015) corrobora esse achado e defende que a surdez não carrega consigo um potencial psicopatológico imanente, mas as relações familiares conflituosas, a imposição de uma “cura” via oralização e cirurgias, bem como a solidão vivenciada por indivíduos Surdos na infância e adolescência antes do contato com a comunidade surda é que seriam facilitadores do sofrimento psíquico. Essas características das relações familiares acabam prejudicando o desenvolvimento da própria autonomia dos indivíduos, que “podem sofrer um prolongamento de sua adolescência, e na pior das hipóteses da infância, dada a dependência que a família alimenta no Surdo que não é apresentado à língua de sinais no tempo adequado” (Solé, 2005, citado por Buzar, 2015).

A mudança no pensamento dos autores e a elucidação da dúvida sobre a possibilidade do atendimento pode ser percebida pelas palavras de Halabe (2018) na discussão de seus resultados: “questionar a possibilidade de atendimento por causa da forma de comunicação reflete menos no fato de haver algo diferente nos sujeitos Surdos que não possa ser analisado como os ouvintes e implica mais na formação do analista para o atendimento” (p. 66). Ao perceberem que os Surdos são apenas pessoas que se comunicam em uma língua diferente, os autores que tiveram contato com o atendimento por estudo de caso (Oliveira, 2014; Buzar, 2015; Camargos, 2018) ou por entrevistas com profissionais que realizaram atendimentos a pessoas surdas (Halabe, 2018; Neves, 2018) foram unânimes na constatação de que é necessário incluir os Surdos por meio do aprendizado da Libras, mas apenas o domínio da língua seria insuficiente.

Isso se deve ao fato de que as línguas de sinais se apresentam numa modalidade diferente dos sistemas semióticos de representação orais-auditivos, por serem sistemas visuais-espaciais (Strobel & Fernandes, 1998). Essa diferença determina o uso de mecanismos de representação específicos, e esses mecanismos psíquicos de representação nos levam a estruturas morais e culturais de um povo, resultando no desenvolvimento por esses indivíduos de língua, cultura e normas distintas da cultura majoritária em que estão inseridos (Camargos, 2018).

Esses dados respondem satisfatoriamente aos objetivos da pesquisa, pois, entre 2014 e 2018, há evidências de que a psicologia tem se debruçado sobre a inclusão dos Surdos, visto que há atendimentos psicoterapêuticos realizados por meio da Libras. Indiretamente, é possível afirmar que existem profissionais de psicologia buscando de forma independente a fluência nessa língua, visto que todos os profissionais envolvidos com esses atendimentos no recorte temporal da pesquisa eram fluentes, porém ressaltada a insuficiência dessa fluência

por todos eles (Oliveira, 2014; Buzar, 2015; Camargos, 2018; Halabe, 2018; Neves, 2018).

Apesar da mudança de perspectiva percebida ao longo do tempo nas publicações, o modelo social da deficiência não foi assumido por nenhum dos autores. Sempre que há um abandono do modelo médico, a tendência é apoiar-se no modelo antropológico da surdez, o que já fora destacado anteriormente ao se tratar da discrepância entre os trabalhos antes e depois de 2013. Resultados semelhantes foram encontrados numa revisão de literatura feita por Camargos e Ávila (2019): apesar de embasar toda a legislação vigente em relação à inclusão, a partir da literatura científica, o modelo social não é levado em consideração nos debates e pesquisas realizados sobre a surdez. Essa tendência ao modelo antropológico e a ausência do modelo social podem ser associadas ao destaque que o modelo antropológico tem em questões culturais e sociais, em detrimento das orgânicas e corporais, que podem ser vistas de forma reducionista como ligadas ao modelo médico.

A partir do modelo social da deficiência é possível observar, nas falas dos autores analisados, que as mudanças de perspectiva se deram pela constatação de que a lesão (atributo sensorial) não desumaniza, diminui ou incapacita os indivíduos surdos, mas que as barreiras atitudinais (pressupostos, preconceitos e desconhecimento da cultura surda) e comunicativas (ausência da Libras) evocam o fenômeno da deficiência. Tal fenômeno, uma vez evocado, bloqueia o acesso dos Surdos ao direito de serem atendidos em suas demandas psicológicas, o que, segundo a reflexão acurada de Halabe (2018), tem mais relação com a formação profissional. Mas as conquistas sociais e legais, o reconhecimento dos Surdos como indivíduos detentores de direitos políticos e civis e capazes de conquistar autonomia parecem ter trazido à memória de alguns pesquisadores o compromisso social preconizado pelo CFP, da garantia da universalização do acesso da população aos serviços da profissão.

Diante das informações obtidas nos artigos analisados, foi possível verificar que os impedimentos para a realização do atendimento são o domínio da língua e uma compreensão das vicissitudes da cultura dos indivíduos. Isso exige esforço e dedicação para a apropriação da língua e os processos de construção subjetiva dos Surdos, a fim de fazer cair por terra as barreiras comunicativas e atitudinais que impedem sua inclusão.

Como a oralização coercitiva na maioria dos casos é considerada por membros da comunidade surda como uma forma de violência, aprender Libras em vez de exigir tal integração seria uma forma de realizar as “adaptações razoáveis” e a “universalização do acesso” que a LBI e o CFP preconizam. É nesse movimento

pautado pela igualdade das condições de acesso e pelos direitos humanos que se pode perceber o cerne do que representa o modelo social da deficiência, a inclusão dos indivíduos a partir da derrubada das barreiras que nos separam.

De acordo com o modelo social, a surdez não é uma deficiência, mas uma diferença. Contudo, o Surdo é considerado uma pessoa com deficiência, porque esta não se dá na surdez em si, mas em sua interação, enquanto lesão, com as barreiras que privam o Surdo do acesso aos seus direitos constitucionais. Desse modo, seria adequado dizer que o Surdo é uma pessoa em situação de deficiência, visto que, na retirada das barreiras e no pleno gozar de direitos, ser Surdo ou ouvinte seriam apenas características de indivíduos com participação social plena.

É preciso que haja mais diálogo entre os proponentes dos modelos de inclusão, a saber, o modelo social da deficiência e o modelo antropológico da surdez. Pois, mesmo contrariando o modelo médico, ainda diferem no que tange ao traço biológico da surdez e na categorização minoritária, isto é, se são apenas uma minoria cultural ou se também se encaixam na categoria de pessoas com deficiência. Tal discussão é importante para a prática clínica dos psicólogos, esclarecimentos relativos à legislação e políticas públicas de inclusão, já que a CDPD e a LBI partem do modelo social da deficiência e não parece claro ou unânime o posicionamento da comunidade surda nessa discussão conceitual.

As dificuldades enfrentadas na pesquisa foram a escassez de material e a inviabilidade de aprofundar a discussão de forma sistemática, dadas as limitações espaciais do modelo de trabalho. As conquistas legais a respeito da inclusão das pessoas com deficiência são muito recentes no país; portanto, era esperado que houvesse pouco material produzido no Brasil. Realizar esse tipo de pesquisa de forma ampliada para avaliar a produção internacional pode ser profícuo. Por fim, vale ressaltar a importância da busca por uma maior interação entre pesquisadores da área, pois os trabalhos encontrados durante esta pesquisa tiveram pouca comunicação entre si.

Referências

- Aranha, M. S. F. (2001). Paradigmas da relação da sociedade com as pessoas com deficiência. *Revista do Ministério Público do Trabalho*, Ano XI, nº 21, p. 160-173. <http://cape.edunet.sp.gov.br/textos/textos/11.doc> (acessado em 03/02/2020).
- Bicudo, M. (2014). Meta-análise: Seu significado para a pesquisa qualitativa. *Revista Eletrônica de Educação Matemática – REVEMAT*, 9(Edição Temática), 7-20. <https://doi.org/10.5007/1981-1322.2014v9nespp7>

- Bisol, C.; Sperb, T. M. (2010). Discursos sobre a Surdez: Deficiência, diferença, singularidade e construção de sentido. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(1), 7-13. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000100002>
- Brasil (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- Brasil (2002). *Lei nº 10.436, de 24/04/2002 – Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais (Libras) e dá outras providências*. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10436.htm
- Brasil (2005). *Decreto nº 5.626, de 22/12/2005 – Regulamenta a Lei nº 10.436, de 24/04/2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais (Libras), e o art. 18 da Lei nº 10.098, de 19/12/2000*. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/decreto/D5626.htm
- Brasil (2009). *Decreto nº 6.949, de 25/08/2009 – Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30/03/2007*. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/D6949.htm
- Brasil (2015). *Lei nº 13.146, de 06/07/2015 – Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência)*. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/L13146.htm
- Buzar, E. A. S. (2015). *Da Libras ao silêncio: Implicações do olhar winnicottiano aos sujeitos surdos em sofrimento psíquico grave* (tese de doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília (UnB).
- Camargos, G. S. (2018). *A atuação da palavra no desenvolvimento psicogenético do sujeito surdo e seu atendimento psicoterápico: Neurose, plasticidade cerebral e outros abismos* (dissertação de mestrado). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), SP.
- Camargos, G. S.; Ávila, L. A. (2019). A interface da psicologia com a surdez: Uma revisão sistemática. *Revista de Psicologia*, 10(2), 148-158. <http://www.periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/view/32445>
- Castanheira, N. P.; Grevet, E. H.; Cordioli, A. V. (2019). Aspectos conceituais e raízes históricas das psicoterapias. In: A. V. Cordioli; E. H. Grevet (Orgs.), *Psicoterapias: Abordagens atuais* (4ª ed.), cap. 1, p. 3-24. Porto Alegre: Artmed.
- CFP – Conselho Federal de Psicologia (2000). *Resolução CFP nº 10, de 20/12/2000 – Especifica e qualifica a Psicoterapia como prática do Psicólogo*. <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-10-2000-especifica-e-qualifica-a-psicoterapia-como-pratica-do-psicologo-2000-12-20-versao-original>
- CFP – Conselho Federal de Psicologia (2005). *Resolução CFP nº 10, de 21/07/2005 – Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo*. <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-10-2005-aprova-o-codigo-de-etica-profissional-do-psicologo>
- Diniz, D. (2007). *O que é deficiência*. São Paulo: Brasiliense.

- Diniz, D.; Barbosa, L.; Santos, W. R. (2009). Deficiência, direitos humanos e justiça. *Sur – Revista Internacional de Direitos Humanos*, 6(11), 65-77. <https://doi.org/10.1590/S1806-64452009000200004>
- Fernandes, L. B.; Schlesener, A.; Mosquera, C. (2011). Breve histórico da deficiência e seus paradigmas. *Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia – InCantare*, 2, 132-144. <http://periodicos.unespar.edu.br/index.php/incantare/article/view/181>
- Freire, D. B.; Gigante, L. P.; Béria, J. U.; Palazzo, L. S.; Figueiredo, A. C. L.; Raymann, B. C. W. (2009). Acesso de pessoas deficientes auditivas a serviços de saúde em cidade do Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(4), 889-897. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000400020>
- Halabe, D. J. E. (2018). *A psicanálise realizada em Libras: Demandas e desafios da clínica com pacientes surdos* (tese de doutorado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).
- Lopes, A. M. C.; Leite, L. P. (2011). Concepções de surdez: A visão do surdo que se comunica em língua de sinais. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 17(2), 305-320. <https://doi.org/10.1590/S1413-65382011000200009>
- Mello, A. G. (2006). O modelo social da surdez: Um caminho para a surdolândia?. *Mosaico Social*, ano III, nº 3, 55-75. <https://cienciassociais.ufsc.br/publicacoes/mosaico-social/edicoes/mosaico-social-ano-iii-n-3-2006/>
- Naseer, M. M.; Mahmood, K. (2009). Use of bibliometrics in LIS research. *LIBRES: Library of Information Science Research e-journal*, 19(2), 1-11. <https://www.libres-ejournal.info/546/>
- Neves, J. T. P. (2018). *Psicoterapia psicanalítica com pacientes surdos: Um estudo qualitativo sobre características e adaptações técnicas da prática* (dissertação de mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).
- Oliveira, D. H. D. (2014). *Escuta clínica e atitude fenomenológica no atendimento à pessoa surda: Reflexões sobre um processo psicoterápico* (dissertação de mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).
- Paim, J. S.; Almeida Filho, N. (Orgs.) (2014). *Saúde coletiva: Teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook.
- Pinto, T. (2013). Relações possíveis entre desencadeamento psicótico e implante coclear: Reflexões a partir do contexto clínico francês. *Psicologia Clínica*, 25(2), 33-51. <https://doi.org/10.1590/S0103-56652013000200003>
- Ramos, P. (2018). A educação para a Diversidade em busca de uma apreensão intercultural da Surdez. *Cadernos de Gênero e Diversidade*, 4(3), 222-243. <https://periodicos.ufba.br/index.php/cadgendiv/article/view/27557>
- Sanchez, C. N. M.; Gouveia Jr., A. (2011). O Teste da Simulação do Falar em Público não gera ansiedade em adolescentes surdos ou ouvintes. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 13(2), 21-32. <http://rbtcc.webhostusp.sti.usp.br/index.php/RBTCC/article/view/451>

- Santos, R. N. M.; Kobashi, N. Y. (2009). Bibliometria, cientometria, infometria: Conceitos e aplicações. *Tendências da Pesquisa Brasileira em Ciência da Informação*, 2(1), 155-172. <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/10089>
- Schultz, D. P.; Schultz, S. E. (2019). *História da psicologia moderna* (4ª ed., trad. da 11ª ed. americana). São Paulo: Cengage.
- Silva, N. M.; Paiva, F. C.; Silveira, C. A. B. (2012). Grupoterapia e deficiência auditiva infantil: Trabalhando com mães e crianças. *Revista da SPAGESP*, 13(2), 56-67. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702012000200007
- Souza, M. F. N. S.; Araújo, A. M. B.; Sandes, L. F. F.; Freitas, D. A.; Soares, W. D.; Vianna, R. S. M.; Sousa, A. A. D. (2017). Main difficulties and obstacles faced by the deaf community in health access: An integrative literature review. *Revista CEFAC*, 19(3), 395-405. <https://doi.org/10.1590/1982-0216201719317116>
- Strobel, K. L. (2008). *As imagens do outro sobre a cultura surda*. Florianópolis: Editora da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).
- Strobel, K. L.; Fernandes, S. (1998). *Aspectos linguísticos da língua brasileira de sinais*. Curitiba: SEED/SUED/DEE.
- Vieira, M. R.; Peixoto, J. A. (2018). O olhar dos surdos sobre sua própria cultura. In: J. A. Peixoto; M. R. Vieira (Orgs.), *Artefatos culturais do povo surdo: Discussões e reflexões*, p. 8-18. João Pessoa: Sal da Terra.
- WHO – World Health Organization (1946/2006). *Constitution of the World Health Organization*. https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
- Yamada, M. O.; Bevilacqua, M. C. (2012). Dimensão afetiva da pessoa com surdez adquirida, antes e após o implante coclear. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29(1), 63-69. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2012000100007>

Notas

¹ O termo “Surdo” com o uso do “S” maiúsculo é um uso político comum na área. Demarca uma separação do conceito de surdo da limitação sensorial e o coloca como um sujeito ativo e político, participante da cultura surda (Ramos, 2018).

Recebido em 07 de setembro de 2020
Aceito para publicação em 02 de abril de 2021

HABILIDADES TERAPÊUTICAS INTERPESSOAIS: A RETOMADA DE CARL ROGERS NA PRÁTICA DA PSICOLOGIA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

*INTERPERSONAL THERAPEUTIC EXPERTISE: THE RE-ESTABLISHMENT
OF CARL ROGERS IN EVIDENCE-BASED PRACTICE IN PSYCHOLOGY*

*HABILIDADES TERAPÉUTICAS INTERPERSONALES: LA REANUDACIÓN DE
CARL ROGERS EN LA PRÁCTICA DE LA PSICOLOGÍA BASADA EN LA EVIDENCIA*

Lucia Marques Stenzel ⁽¹⁾

RESUMO

A habilidade terapêutica interpessoal é um dos elementos centrais da *expertise* clínica para a prática psicoterápica baseada em evidências. Pesquisas recentes demonstram uma maior valorização dos fatores relacionais envolvidos no processo psicoterápico, como, por exemplo, o atual valor dado à compreensão empática como elemento facilitador da psicoterapia. Este trabalho tem por objetivo demonstrar a existência de uma convergência entre os pressupostos rogerianos e essas recentes evidências. Para tanto, propõe-se a análise dessa confluência a partir da retomada das condições necessárias para a psicoterapia postuladas por Carl Rogers, detalhadas em três elementos que envolvem a complexidade das habilidades terapêuticas interpessoais: a pessoa do terapeuta; a forma como o cliente percebe as atitudes do terapeuta; e a relação terapêutica em si. Por fim, aponta-se para o potencial da abordagem humanista e principalmente dos pressupostos rogerianos, que evidenciam uma proposta de alteridade e dialogicidade do processo psicoterapêutico, para compreensão e efetivação dos fatores relacionais na prática clínica, como passaram a endossar até mesmo as mais recentes evidências científicas de eficácia em psicoterapia, presentes nas últimas recomendações da APA, válidas, portanto, para toda a clínica psicológica, independentemente da abordagem teórica de escolha do terapeuta.

Palavras-chave: habilidades terapêuticas interpessoais;

prática da psicologia baseada em evidências; expertise clínica.

⁽¹⁾ Doutora em Psicologia. Professora Associada do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), Porto Alegre, RS, Brasil. email: lstenzel@ufcsa.edu.br

Não se declararam fontes de financiamento.

ABSTRACT

Interpersonal expertise is one of the central elements of clinical expertise for evidence-based practice in psychology. Recent research shows a greater appreciation of the relational factors involved in the psychotherapeutic process, such as, the value currently given to empathic understanding as a facilitator of psychotherapy. This work aims to demonstrate the existence of a convergence between the Rogerian assumptions and these recent evidences. To this end, it is proposed to analyze this confluence based on the resumption of the necessary conditions for psychotherapy postulated by Carl Rogers, as detailed in three elements that involve the complexity of interpersonal therapeutic skills: the person of the therapist; the way the client perceives the therapist's attitudes; and the therapeutic relationship per se. Finally, it points to the potential of the humanistic approach and mainly of Rogerian assumptions, which show a proposal of alterity and dialogicity for the psychotherapeutic process, for understanding and effecting relational factors in clinical practice, as newly endorsed even by the most recent scientific evidence of effectiveness in psychotherapy, present in the latest recommendations of the APA, valid, therefore, for the entire psychological clinic, regardless of the theoretical approach or choice of the therapist.

Keywords: interpersonal therapeutic expertise; evidence-based practice in psychology; clinical expertise.

RESUMEN

La capacidad terapéutica interpersonal es uno de los elementos de la experiencia clínica central para la práctica psicoterapéutica basada en la evidencia. Investigaciones recientes muestran una mayor apreciación de los factores relacionales involucrados en el proceso psicoterapéutico, como, por ejemplo, el valor actual que se le da al entendimiento empático como facilitador de la psicoterapia. Este trabajo tiene como objetivo demostrar la existencia de una convergencia entre los supuestos rogerianos y esta evidencia más reciente. Para este fin, se propone analizar esta confluencia con base en la reanudación de las condiciones necesarias para la psicoterapia postulada por Carl Rogers, detallada en tres elementos que involucran la complejidad de las habilidades terapéuticas interpersonales: la persona del terapeuta; la forma en que el cliente percibe las actitudes del terapeuta; y la relación terapéutica en sí misma. Finalmente, señala el potencial del enfoque humanista y principalmente de los supuestos rogerianos, que evidencian una propuesta de alteridad y dialogicidad para el proceso psicoterapéutico, para comprender y afectar los factores relacionales en la práctica clínica, ya que incluso comenzaron a

respaldar más evidencia científica reciente de efectividad en psicoterapia, presente en las últimas recomendaciones de la APA, válidas, por lo tanto, para toda la clínica psicológica, independientemente del enfoque teórico de elección del terapeuta.

Palabras clave: habilidades terapéuticas interpersonales;

práctica de la psicología basada en la evidencia; experiencia clínica.

Introdução

No campo da prática psicoterápica, a *expertise* clínica vem sendo cada vez mais relacionada aos níveis de eficácia; ou seja, a habilidade e competência profissional dependem dos níveis de sucesso terapêutico (Hill et al., 2017). No entanto, percebe-se certa controvérsia na literatura quanto aos elementos e fatores que compõem tais habilidades e competências. Alguns autores defendem que o conhecimento técnico e racional do terapeuta são os critérios mais importantes (Hill et al., 2017). Em oposição a essa visão mais tecnicista da *expertise* clínica, Norcross e Karpiak (2017) advogam por uma *expertise* mais alinhada com a habilidade terapêutica interpessoal do que com o domínio intelectual de uma técnica psicoterápica ou método específicos. Eles defendem que o termo “*expertise*” deveria ser reservado para terapeutas que tenham habilidades para reparar alianças rompidas, respondam empaticamente às experiências do cliente, tenham competência para tratar com sucesso clientes difíceis e que possuam capacidade de gerenciar a contratransferência, demonstrando flexibilidade para lidar com as diferentes características e contextos de inserção dos clientes.

Sem desprezar a complexidade do tema e os diferentes polos do debate, percebe-se que a clínica psicológica vem caminhando na direção de uma maior valorização dos fatores comuns implicados no processo psicoterápico (Elkins, 2019). Os fatores comuns referem-se às variáveis que transcendem as opções e orientações teóricas, bem como as prescrições psicoterápicas. São, portanto, em sua maioria referentes à relação terapêutica (como, por exemplo, a empatia, a aliança, a consideração positiva e a congruência), mas também fatores relacionados ao terapeuta (os chamados efeitos do terapeuta, como por exemplo fluência verbal, a capacidade de criar expectativas positivas e a persuasão) e ao cliente isoladamente (como, por exemplo, as expectativas do cliente com o tratamento) (Parrow et al., 2019; Wampold, 2015). Já os fatores específicos referem-se ao tipo de tratamento administrado, às diferentes abordagens, à aderência ao protocolo e às técnicas específicas; ou seja, concentram-se em prescrições de tratamento típicas de cada abordagem teórica.

Como será demonstrado neste trabalho, desde os anos 2000 percebe-se um enfraquecimento da valorização dos fatores específicos e um conseqüente enaltecimento dos fatores humanos e relacionais – os fatores comuns – como elementos que propiciam resultados terapêuticos mais efetivos (Elkins, 2019; Norcross & Lambert, 2018; Norcross & Wampold, 2018; Wampold, 2015). Em consequência dessa mudança de foco, a preocupação com as habilidades terapêuticas interpessoais passou a ser um importante eixo de pesquisa e treinamento de novos profissionais da psicologia (Barrett-Lennard, 2015; Parrow et al., 2019). No Brasil, entretanto, o investimento empírico e prático nesse campo ainda é incipiente se comparado aos estudos internacionais. Segundo Pieta e Gomes (2017), são poucos os estudos no país sobre a relação terapêutica; “a maior parte das investigações tem sido conduzida no exterior e é necessário examinarmos como a relação entre aliança e resultados se comporta no contexto brasileiro” (Pieta & Gomes, 2017, p. 136-137). Independentemente da abordagem teórica, os autores sugerem que o foco da pesquisa e da prática psicoterápica no Brasil deve também se voltar para o desenvolvimento de habilidades interpessoais, no sentido de estabelecer, manter, acompanhar, avaliar e redirecionar a aliança terapêutica.

Internacionalmente, o estopim para essa mudança de interesse na direção da valorização da relação terapêutica foi um relatório elaborado em 2005 por membros de diferentes correntes teóricas e divisões da Associação Americana de Psicologia (APA). Em 2005, a APA instituiu uma força-tarefa na elaboração de um documento que descreve o compromisso fundamental da psicologia com as evidências científicas, bem como serve de orientação para a prática profissional e a pesquisa em psicologia (APA, 2006). O relatório faz referência a três importantes elementos que exigem atenção por parte de pesquisadores e profissionais da psicologia no âmbito da clínica: a pesquisa; a *expertise* clínica; e as características, cultura e preferências do cliente (APA, 2006). Como será detalhado posteriormente, as habilidades terapêuticas interpessoais aparecem nesse relatório como um elemento central da *expertise* clínica; colocando o vínculo e a aliança terapêutica como focos prioritários do treinamento clínico de novos profissionais.

Dentre as habilidades terapêuticas interpessoais, fatores como empatia, congruência e consideração positiva incondicional vêm sendo apontados pelas pesquisas e recomendações da APA como habilidades fundamentais para bons desfechos em psicoterapia (Wampold, 2015). Como será demonstrado neste trabalho, tais habilidades foram postuladas por Carl Rogers já na década de 1950. Pioneiro na descrição das “atitudes facilitadoras”, Rogers (1957) descreveu as condições necessárias para a relação psicoterápica, propondo um olhar sobre as

questões relativas à interação da díade terapeuta-cliente – o que foi inovador no contexto da clínica da época.

Sugere-se, portanto, a partir da literatura internacional, que emerge uma convergência entre a obra de Rogers e a prática da psicologia baseada em evidências (PPBE), não somente na descrição e na pesquisa das atitudes facilitadoras, mas também no modelo relacional por ele proposto. Nas últimas décadas, o campo da PPBE vem se voltando para a obra do autor, produzindo uma confluência entre as abordagens humanistas e a prática baseada em evidências, mesmo entre teóricos que não se filiam originalmente ao campo humanista. No cenário internacional, diferentes pesquisadores de diversas correntes do campo humanista e existencial vêm colaborando de forma exponencial para a pesquisa em psicoterapia baseada em evidências, atualizando e resignificando os pressupostos da teoria rogeriana (Barrett-Lennard, 2015; Bozarth, 2012; Elkins, 2019; Hoffman et al., 2012; Angus et al., 2015; Murphy & Joseph, 2016; Parrow et al., 2019).

Este trabalho tem por objetivo demonstrar essa convergência entre os postulados de Carl Rogers e as mais recentes orientações da APA para a investigação e prática psicoterápica baseada em evidências, especialmente no que concerne ao campo da *expertise* clínica, e mais especificamente às habilidades terapêuticas interpessoais. Apesar da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), criada por Rogers, ser considerada uma das mais conhecidas e influentes correntes psicoterápicas no Brasil entre pesquisadores humanistas (Branco et al., 2017), curiosamente a convergência entre a PPBE e os pressupostos rogerianos é uma discussão ainda rara entre pesquisadores brasileiros.

Nas décadas de 1940 e 1950, a obra de Rogers abalou a autoridade do terapeuta, questionou o modelo médico tecnicista hegemônico na psicologia, desviou a atenção dos sintomas e das categorias diagnósticas para um modelo humano, relacional e igualitário. Suas ideias atravessaram culturas e diferentes gerações em distintos momentos históricos da psicologia e ainda hoje têm um potencial que transcende abordagens teóricas específicas (Bozarth, 2012). Neste momento em que a APA se volta para um modelo relacional, o que vem acontecendo nos últimos 25 anos, ao incentivar uma postura de alteridade na psicologia, alertando para a necessidade de uma relação terapêutica baseada no diálogo e na valorização das diferenças existentes, é urgente a retomada do referencial teórico rogeriano, já que sua maior contribuição foi a de alertar para os riscos de uma prática da psicologia pautada na hierarquia, no tecnicismo e na objetificação do outro.

Antes do debate mais específico sobre a convergência da obra de Rogers e a PPBE – a descrição de pressupostos e conceitos que perfazem essa confluência

– faz-se necessário um breve apanhado histórico sobre o ressurgimento das habilidades terapêuticas interpessoais como importante eixo de interesse e de compreensão do processo psicoterápico.

A valorização da relação terapêutica pela PPBE: contribuições dos teóricos humanistas

O movimento da prática baseada em evidências começa nos Estados Unidos no início do século XX, mas só se instaurou com força no campo da psicologia nas últimas décadas. O debate polêmico e controverso entre Eysenck e Strupp na década de 1950 questionava a eficácia das intervenções psicológicas e a possibilidade da psicologia demonstrar, mediante evidências científicas, “o que efetivamente funciona” em psicoterapia (Wampold, 2013). Eysenck e Strupp estavam preocupados em defender cada um suas posições teóricas: terapia comportamental e terapia psicodinâmica, respectivamente. Porém, segundo Wampold (2013), mesmo que o centro da discussão estivesse restrito à luta de cada um em evidenciar a superioridade de sua abordagem, o debate acabou por motivar pesquisadores na busca por uma maior sofisticação das pesquisas sobre processos e resultados psicoterápicos.

Segundo Hoffman et al. (2015), até há bem pouco tempo, os métodos específicos de avaliação psicoterápica que objetivavam evidenciar a eficácia da prática da psicoterapia estavam muito associados à investigação de técnicas específicas para transtornos específicos; ou seja, durante um longo tempo a preocupação com o tipo de técnica que funciona para qual paciente foi o foco central das investigações em psicoterapia. Na virada dos anos 1990 para os anos 2000, essa ênfase na técnica enfraqueceu; percebeu-se que não são os fatores específicos que determinam bons desfechos psicoterápicos, mas sim os fatores comuns (humanos e relacionais) que levam o tratamento a resultados efetivos (Elkins 2019; Jardim et al., 2009; Norcross & Lambert, 2018; Norcross & Wampold, 2018; Wampold, 2015).

Foi então, em 2005, que, numa tentativa de integração entre ciência e prática, uma força tarefa de membros da APA elaborou o relatório que descreve o compromisso fundamental da psicologia com a PPBE (APA, 2006). Quase dez anos depois, em agosto de 2012, o Conselho de Representantes da APA, órgão de formulação de políticas, votou por adotar uma resolução sobre o reconhecimento das pesquisas que evidenciam a eficácia da psicoterapia. Nesse documento foram indicadas sugestões quanto à pesquisa, às políticas de saúde

e à necessidade de considerar as diversidades sociais e culturais nas práticas psicoterápicas (APA, 2012).

Desde a publicação desses documentos, há pouco questionamento sobre a afirmação de que os fatores humanos e relacionais são mais capazes de influenciar os resultados clínicos em psicoterapia se comparados aos fatores específicos (Mourato, 2019; Norcross & Wampold, 2018; Norcross & Lambert, 2018; Wampold, 2015). Segundo Mourato (2019) e Pieta e Gomes (2017), é inegável a associação positiva entre a qualidade da relação terapêutica e os benefícios para a psicoterapia; entretanto, “as técnicas específicas de cada abordagem têm um impacto consideravelmente menor nos resultados psicoterapêuticos, representando cerca de 15%, o que reforça a ideia de que os fatores comuns poderão explicar melhor estes resultados” (Mourato, 2019 p. 14).

A qualidade da relação terapêutica depende em grande parte de uma postura empática e respeitosa do terapeuta para com o cliente. Norcross e Wampold (2018), membros da APA, afirmam que não é mais possível uma postura de autoridade do terapeuta que prescreva uma forma específica de psicoterapia para um cliente passivo. Ao contrário, é preciso ter como modelo um terapeuta empático que crie colaborativamente um relacionamento ideal com um cliente ativo, tomando como base sua singularidade, sua cultura, seus valores e suas crenças. Segundo os autores, os terapeutas devem se esforçar para oferecer um tratamento que, para além do diagnóstico, se adapte às características da pessoa, além de levar em conta suas tendências e visão de mundo. A emergência de um mundo contemporâneo cada vez mais complexo e plural parece estar servindo de base e estímulo a uma postura mais preocupada com a alteridade nas orientações para a pesquisa e prática psicoterápica da própria APA.

Este modelo terapêutico pautado no diálogo e na postura de alteridade tem sido o grande foco das abordagens humanistas ao longo de sua história e tradição. Hoje os pesquisadores humanistas têm sido reconhecidos como tendo uma importância singular para a construção de uma prática clínica pautada na relação e na alteridade (Angus et al., 2015). Até mesmo pesquisadores originalmente não filiados à abordagem reconhecem o potencial de contribuição dos teóricos humanistas para a construção de uma base sólida de pesquisa que passou a evidenciar o papel e a importância da relação terapêutica em termos de eficácia clínica (Elkins, 2019). Entretanto, nem sempre foi assim; a história científica e acadêmica retrata momentos em que as abordagens humanistas foram por vezes menos ou mais valorizadas. De uma crescente ascensão entre os anos 1950 e 1970, perderam força nos anos 1980, quando a pesquisa em psicoterapia se voltava para transtornos e diagnósticos específicos (Elkins, 2016; Murphy & Joseph, 2016). Quando as

técnicas terapêuticas passaram a ser largamente valorizadas e os fatores relacionais foram considerados secundários às técnicas, o campo humanista passou a ocupar um lugar marginal nas pesquisas e práticas psicoterápicas. O domínio do modelo tecnicista e biologicista priorizou determinadas abordagens em detrimento de outras, o diagnóstico tomou lugar de destaque e os fatores produzidos pela díade terapeuta-cliente foram considerados coadjuvantes no tratamento. A partir dos anos 1980, a produção científica de todo o mundo, inclusive a brasileira, concentrou-se na pergunta sobre “quais técnicas terapêuticas funcionam para quais transtornos”. Foi somente nos anos 2000, alavancados pelos trabalhos da APA, e mais especificamente pela valorização dos fatores comuns pela PPBE, que o cenário se modificou. Desde então, teóricos humanistas voltaram das sombras para recuperar a credibilidade de sua abordagem tanto no campo da pesquisa como da prática clínica.

A seguir será abordado como as contribuições da obra de Carl Rogers repercutem mais especificamente na PPBE. A pesquisa internacional demonstra que a convergência entre os pressupostos rogerianos e as evidências de eficácia psicoterápica se deve a dois movimentos que aconteceram de forma concomitante, intensificando a confluência entre esses dois campos: de um lado, o aumento de evidências científicas que reforçam e reafirmam o modelo terapêutico relacional postulado pela abordagem humanista rogeriana; e, por outro lado, a participação e o investimento crescente de teóricos humanistas em pesquisas sobre os fatores relacionais em psicoterapia (Angus et al., 2015).

Habilidades interpessoais: convergência da PPBE com os postulados rogerianos

A APA (2006) define três grandes eixos centrais de reflexão: (1) pesquisa; (2) competência ou *expertise* clínica; e (3) características, cultura e preferências do cliente. Neste trabalho dar-se-á maior atenção à *expertise* clínica e, mais especificamente, às habilidades terapêuticas interpessoais. A *expertise* clínica é definida como a competência alcançada pelos psicólogos por meio de formação, treinamento e experiência, resultando numa prática eficaz. Para a PPBE, o treinamento em psicologia deve promover um conhecimento clínico baseado em pressupostos científicos, permitindo que o psicólogo entenda e integre também a literatura científica para enquadrar e testar hipóteses e intervenções na prática, agindo como um “cientista clínico local” (APA, 2006).

É importante ressaltar que a *expertise* clínica definida pela PPBE não está vinculada a uma abordagem terapêutica específica; ao contrário, propõe-se a explorar e definir competências terapêuticas que se mostrem apropriadas e eficazes para qualquer abordagem teórica, dando maior atenção a fatores comuns da psicoterapia – fatores transversais a qualquer abordagem terapêutica em psicologia (Hoffman et al., 2015).

A *expertise* clínica, de acordo com o documento da APA (2006), refere-se a uma série de competências que promovem resultados terapêuticos positivos. Essas habilidades terapêuticas incluem, entre outros itens, a avaliação, o julgamento diagnóstico, o planejamento de tratamento, o monitoramento do progresso do cliente e o uso adequado de evidências de pesquisa. As habilidades terapêuticas interpessoais compõem o terceiro item da *expertise* clínica definida pela PPBE e vêm se destacando entre os pesquisadores contemporâneos, mesmo os não filiados à abordagem humanista, em função das evidências de eficácia psicoterápica (Campbell et al., 2013; Elkins, 2019; Mourato, 2019; Norcross & Lambert, 2018; Norcross & Wampold, 2018; Wampold, 2015). Os autores mencionam que as potencialidades produzidas pela relação terapêutica podem se tornar um importante elemento de auxílio no exercício dos outros fatores que compõem a *expertise* clínica. Segundo o documento da PPBE (APA, 2006), estas habilidades interacionais envolvem a capacidade do terapeuta de codificar e decodificar as respostas verbais ou não verbais e responder empaticamente às experiências e preocupações explícitas ou implícitas do cliente. A competência interpessoal está relacionada à flexibilidade para lidar com clientes de diversas origens, dando atenção à singularidade de cada pessoa.

As habilidades interpessoais são extremamente complexas, pois não dependem apenas do conhecimento intelectual, nem do esforço exclusivo do terapeuta. Por serem habilidades provocadas pela interação – e “cada relação é uma relação” –, exigem do terapeuta uma capacidade de lidar com a imprevisibilidade característica dos encontros interpessoais. Este é um item da *expertise* clínica que impõe ao terapeuta competência para suportar, por exemplo, situações de resistência do cliente com relação ao processo psicoterápico, e sua resposta a tal desafio influenciará o desfecho clínico.

Os estudos de Carl Rogers sobre a complexidade da relação terapêutica convergem com essas preocupações e orientações da APA para a *expertise* clínica. Para a compreensão da prática psicoterápica, Rogers (1957) sugeriu tanto o estudo sistemático da pessoa do terapeuta, que chamou de atitudes facilitadoras, quanto o estudo dos sentimentos do cliente com relação ao processo psicoterápi-

co – uma compreensão e investigação da forma como o cliente percebe a interação e as atitudes do terapeuta para com ele.

A partir daqui serão exploradas as características desses dois agentes – terapeuta e cliente – que constituem a relação terapêutica *per se* e que representam importantes eixos de convergência entre a PPBE e os pressupostos rogerianos: (a) o terapeuta, suas características e esforços no exercício das habilidades terapêuticas interpessoais; e (b) o cliente, sua colaboração para o processo psicoterápico e principalmente sua percepção sobre as habilidades interpessoais do terapeuta.

O terapeuta no exercício das habilidades interpessoais

A variável do terapeuta, e a forma como ele pode influenciar o processo e os resultados terapêuticos, ainda é pouco estudada pela literatura; porém, a constatação de que existem psicoterapeutas melhores que outros não pode ser ignorada (Mourato, 2019). Isso se deve ao fato de que existe uma maior variabilidade dos resultados terapêuticos entre psicoterapeutas do que, comparativamente, entre psicoterapias. Ou seja, “é mais importante ter em conta quem está a fazer terapia e como a faz, do que propriamente a intervenção ou modelo teórico desse mesmo terapeuta, até porque esta diferença se encontra em terapeutas com a mesma orientação teórica” (Mourato, 2019, p. 15). Sabe-se que a variabilidade dos resultados terapêuticos entre terapeutas não está relacionada a características pessoais como idade, gênero e etnia, nem tampouco a características relacionadas ao tempo de formação, supervisão ou mesmo orientação teórica. Conforme Mourato (2019), que faz uma extensa revisão teórica de estudos internacionais sobre “os efeitos do terapeuta” no processo e resultados da psicoterapia, as variáveis do terapeuta que predizem melhores resultados são justamente aquelas que se referem às capacidades interpessoais facilitadoras do processo psicoterápico.

Essas constatações levaram pesquisadores contemporâneos a um resgate dos pressupostos rogerianos, pois o modelo terapêutico proposto por Rogers se concentra justamente na função do terapeuta em “promover o desenvolvimento do cliente em uma atmosfera desprovida de ameaça, isto é, sob condições facilitadoras” (Moreira, 2010). Em 1957, quando Rogers buscava respostas para a eficácia da psicoterapia, deparou-se com a importância das atitudes terapêuticas que ele chamou de atitudes facilitadoras. Partindo de um interesse bastante pragmático e operacional, ele se questionava: “É possível afirmar, em termos claramente definidos e mensuráveis, as condições psicológicas necessárias e suficientes para gerar uma mudança de personalidade?” (Rogers, 1957, p. 95). Quando

Rogers se questionou sobre as condições necessárias para a psicoterapia, acabou encontrando e desenvolvendo elementos majoritariamente relacionados à pessoa do terapeuta. Esses elementos, porém, estavam sempre ligados ao exercício dialógico, à expressão da alteridade e a como eles eram percebidos pelo cliente, o que é exposto pelo autor em um de seus textos mais importantes sobre as condições necessárias para a psicoterapia: (1) que duas pessoas estejam em contato psicológico; (2) que a primeira (o cliente) esteja num estado de incongruência (vulnerável); (3) que a segunda pessoa (terapeuta) esteja congruente ou integrada na relação; (4) que o terapeuta experiencie uma consideração positiva incondicional pelo cliente; (5) que o terapeuta experiencie uma compreensão empática do esquema de referência interno do cliente e se esforce por comunicar essa experiência ao cliente; e (6) que a comunicação com o cliente da compreensão empática e da consideração positiva incondicional seja efetuada num grau mínimo.

No primeiro item, Rogers (1957) refere-se à condição básica para a relação terapêutica, a presença de duas pessoas em contato psicológico; no segundo item, o teórico faz referência ao estado de vulnerabilidade do cliente que o predispõe à relação de ajuda; do terceiro item em diante, Rogers (1957) dedica-se a apresentar as habilidades terapêuticas interpessoais, que ele chamou de atitudes facilitadoras: congruência, consideração positiva incondicional e empatia.

A primeira atitude facilitadora definida por Rogers (1957) refere-se à habilidade do terapeuta em ser, dentro dos limites do relacionamento terapêutico, uma pessoa congruente, genuína e integrada. Isso significa que na relação com o cliente, o terapeuta deve sentir-se livre para “ser o que é”; o oposto de uma apresentação sob fachada, fingindo “ser o que não é” ou “sentir o que não sente”. Não é necessário (nem possível) que o terapeuta seja um modelo ideal que demonstre esse grau de integração em todos os aspectos de sua vida. É suficiente que ele seja “exatamente ele mesmo” no contexto da relação terapêutica.

Quando o terapeuta experimenta uma aceitação calorosa de cada aspecto da experiência do cliente, está experimentando uma consideração positiva incondicional – segunda atitude facilitadora postulada por Rogers (1957). Isso significa que o terapeuta não impõe condições para a aceitação do outro. Não se trata de uma aceitação seletiva condicionada a algo; ao contrário, envolve sentimentos de aceitação pela expressão do cliente diante de qualquer atitude ou sentimento. Por exemplo, o terapeuta aceita o cliente quando ele expressa sentimentos negativos, ruins, dolorosos, medrosos e defensivos, na mesma medida de quando expressa sentimentos bons, otimistas e alegres. Segundo Rogers (1957), a consideração positiva incondicional significa cuidar do cliente, mas não de maneira possessiva ou simplesmente para satisfazer as necessidades do próprio terapeuta; significa cuidar

do cliente como uma pessoa separada, com permissão para ter seus próprios sentimentos e suas próprias experiências.

Por fim, a empatia, ou compreensão empática, refere-se à capacidade do terapeuta de experimentar uma compreensão precisa e empática da consciência do cliente sobre sua própria experiência (Rogers, 1957). Seria como sentir o mundo privado do cliente como se fosse o seu, mas sem nunca perder a qualidade de “como se”. Por exemplo, sentir a raiva, o medo ou a confusão do cliente “como se” fosse seu, mas sem sua própria raiva, medo ou confusão. Segundo Barrett-Lennard (2015), existem dois aspectos que envolvem a compreensão empática: o reconhecimento e a inferência empática. O reconhecimento experiencial empático envolve a percepção dos sentimentos comunicados de forma mais direta pelo cliente; já a inferência empática envolve a capacidade de detectar ou inferir o conteúdo implícito ou indiretamente expresso pelo cliente. Segundo o autor, em geral, esses dois aspectos ocorrem juntos no processo empático, mas seu equilíbrio varia de um relacionamento para outro.

É nesses postulados rogerianos sobre a relação terapêutica que encontramos sua maior convergência com a PPBE. As chamadas habilidades terapêuticas interpessoais da *expertise* clínica giram em torno desses elementos, que Rogers identificou nos anos 1950 e que ainda hoje orientam a pesquisa e a prática profissional da abordagem humanista. Wampold (2015), pesquisador e membro da APA não filiado à abordagem humanista, bem como Parrow et al. (2019), ao constatarem os fatores de interação terapêutica que possuem maior relevância científica em termos de eficácia, chegam justamente às atitudes facilitadoras postuladas por Rogers (1957) anteriormente descritas. Parrow et al. (2019), em consonância com a classificação de Wampold (2015), identifica oito fatores diretamente relacionados à interação terapêutica que têm maior relevância científica em termos de eficácia, denominados “fatores relacionais baseados em evidência” (*Evidence-based Relationship Factors* – EBRFs): (1) congruência; (2) consideração positiva incondicional; (3) compreensão empática; (4) humildade cultural; (5) aliança; (6) ruptura e reparo; (7) transferência; e (8) monitoramento de progresso.

Embora todas as atitudes facilitadoras postuladas por Rogers venham ganhando reconhecimento empírico em termos de eficácia, a que se mostra mais relevante é a compreensão empática (Parrow et al., 2019; Norcross & Wampold, 2018; Wampold, 2015). São vários os benefícios provocados pela compreensão empática no processo psicoterápico. Elliott et al. (2011), num estudo de meta-análise sobre empatia, citam alguns elementos que funcionam como potentes mediadores para o bom desfecho terapêutico. Para os autores, sentir-se compreendido empaticamente aumenta a satisfação do cliente com a terapia, a adesão

ao processo psicoterápico e facilita a abertura do cliente, intensificando os sentimentos de segurança com a relação, proporcionando uma menor resistência para abordar áreas pessoais de mais difícil acesso e reconhecimento pelo cliente. Também existem evidências de que a empatia está correlacionada à permanência na terapia, em oposição ao término prematuro.

Wampold (2015) também conduziu um estudo de meta-análise para a identificação e compreensão das evidências de eficácia psicoterápica, encontrando um conjunto de elementos que se relacionam a bons desfechos em terapia. Tal estudo corrobora a conclusão de que os fatores comuns (humanos e relacionais) são importantes para produzir benefícios diversos em psicoterapia. Wampold (2015) demonstra que os construtos rogerianos – consideração positiva incondicional e congruência – demonstram fortes evidências de eficácia, junto a construtos como aliança e empatia, os quais para o autor são os mais significativos.

Em consonância com esses estudos, a APA (2006) reafirma a importância de tais habilidades interpessoais para o exercício da *expertise* clínica; no entanto, acrescenta: não basta que o terapeuta possua tal competência de interação, é preciso saber comunicá-la. Assim também pensava Rogers. No texto intitulado *A prática das atitudes*, Rogers e Kinget (1965/1977) retomam as condições relativas ao terapeuta, ressaltando a preocupação com o diálogo e a expressão da alteridade, por meio de orientações sobre como essas atitudes deveriam ser comunicadas ao cliente. Eles então sugerem alguns pontos a serem perseguidos pelo terapeuta: buscar sempre o ponto de referência interno do cliente ao invés do externo (não se guiar pelos seus próprios interesses e sim pelos interesses do outro/cliente); deter-se nos sentimentos e não nos fatos; abordar a pessoa e não o problema; e exercer a consideração em vez da perspicácia. Todo esse rol de preocupações com a forma de comunicar está relacionado à tentativa de fazer com que o cliente perceba as intenções do terapeuta, para que, assim, possa sentir-se aceito e respeitado por ele. Essa forma de comunicar desenvolvida por Rogers pode ser relacionada às recentes recomendações da APA aos terapeutas: humildade cultural (*cultural humility*); não autoridade; atenção à experiência do cliente; e valorização da pessoa em vez da técnica e do diagnóstico (APA, 2006; Norcross & Wampold, 2018). O documento da APA é bem claro ao declarar: “é importante conhecer a pessoa que tem o distúrbio além de conhecer o distúrbio que a pessoa tem” (APA, 2006, p. 279).

Apesar da ampla gama de evidências científicas apontando para a prática das atitudes interpessoais como fundamentais para o bom desfecho psicoterápico, Angus et al. (2015) ressaltam que a maioria dos programas de treinamento concentram-se no aprimoramento exclusivo da avaliação diagnóstica: como me-

lhor identificar “o que o cliente tem”. Segundo os autores, a formação ainda está bastante voltada para a doença e pouco conectada com as mais recentes evidências científicas, pois não parecem estar dando prioridade aos aspectos humanos e relacionais que envolvem o processo psicoterápico. Se a investigação empírica vem demonstrando que a presença de um terapeuta empático, atento e genuíno, independentemente da técnica que utiliza, produz efeitos psicológicos mais significativos, é preciso dar mais atenção a essas competências na formação do clínico (Barrett-Lennard, 2015; Elliott et al., 2018; Wampold, 2015). Por essa razão, o treinamento de habilidades terapêuticas interpessoais vem ganhando um crescente interesse de pesquisa, pois sabe-se hoje que terapeutas mais eficazes são os mais capazes de promover uma boa ligação emocional com diferentes tipos de clientes (Baldwin et al., 2007).

Até aqui foi possível descrever as habilidades terapêuticas interpessoais mais relevantes em termos de eficácia psicoterápica e da importância do terapeuta em saber como comunicá-las, ambas postuladas por Rogers e endossadas pelas mais recentes pesquisas ligadas à PPBE. Resta ainda um elemento a ser discutido: a forma como o cliente percebe essa comunicação e a expressão de atitudes de empatia, consideração e respeito para com ele. Como foi dito anteriormente, as habilidades interpessoais não dependem do esforço exclusivo do terapeuta; por serem habilidades provocadas pela interação, dependem também da colaboração ativa do cliente e da forma como ele percebe e responde ao contexto de interação.

A percepção do cliente sobre a relação terapêutica

Historicamente, a percepção do cliente sobre o terapeuta e a terapia eram consideradas suspeitas e distorcidas pela crença de que ela estava submetida a psicopatologias subjacentes. Hoje essa visão mudou radicalmente; estudiosos da PPBE passaram a valorizar a percepção do cliente em função de recentes descobertas que demonstram a forte correlação entre a percepção do cliente e os resultados terapêuticos (Bohart & Tallman, 2010).

O nível e a qualidade da participação do cliente no processo psicoterápico têm sido apontados como determinantes nos resultados clínicos, mais do que atitudes, comportamentos ou técnicas do terapeuta (Pieta & Gomes, 2017; Norcross & Lambert, 2018). Conforme Bohart e Tallman (2010), o cliente não é um sujeito passivo, tampouco submisso à intervenção; ele opera ativamente no processo psicoterápico, transformando as informações e experiências em mudanças efetivas. Por essa razão, a necessidade de monitorar a forma como o

cliente percebe a aliança, bem como a necessidade de encorajá-lo a expressar sentimentos sobre a terapia, devem ser objetivos centrais do processo psicoterápico (Pieta & Gomes, 2017).

A percepção do cliente sobre as atitudes do terapeuta sempre foi uma preocupação presente nos trabalhos de Rogers e vem sendo, ao longo de várias décadas, endossada por pesquisadores humanistas. No entanto, com as novas recomendações da APA, todo e qualquer terapeuta, independentemente da abordagem teórica, vem sendo estimulado a dar atenção à percepção e à colaboração ativa do cliente no processo psicoterápico (APA, 2006, 2012). Essas recomendações vêm alavancando o retorno aos pressupostos rogerianos, que já nos anos 1950, na contramão de outras abordagens teóricas, colocavam o cliente – e sua percepção sobre a relação e o processo psicoterápico – no centro da análise dos efeitos da psicoterapia.

O interesse de Rogers não se concentrava somente na prática das atitudes do terapeuta, apesar de esse elemento ser altamente relevante para o autor, como foi visto anteriormente, mas também na compreensão de como o cliente experimenta a relação com o terapeuta. Para avaliar o efeito da congruência, da consideração positiva incondicional e da empatia, Rogers (1957) sugeria a inclusão da percepção do cliente acerca dessas atitudes facilitadoras do terapeuta, dando origem, inclusive, a instrumentos de medida para a avaliação dessa percepção. A criação do Barrett-Lennard Relationship Inventory (BLRI), desenvolvido por Barrett-Lennard em 1962, totalmente inspirado nos postulados rogerianos e aprimorado ao longo das últimas décadas, é um exemplo de medida para avaliação da percepção do cliente sobre a relação terapêutica (Barrett-Lennard, 2015). A versão OS-40 da escala do BLRI, que avalia a percepção do cliente sobre a interação com o terapeuta, tem sido reconhecida como uma das melhores escalas de avaliação das habilidades terapêuticas interpessoais e uma das poucas que investigam a percepção do cliente sobre o processo psicoterápico no que tange à avaliação do vínculo e aliança terapêutica (Elliot et al., 2011). Segundo Barrett-Lennard (2009), a importância da atenção empírica à percepção do cliente sobre a relação é fundamental, pois, se a relação for percebida pelo cliente como genuína e respeitosa, ele sentir-se-á livre e capaz de se autoexplorar e se tornar mais aberto à sua experiência, resultando assim em melhores desfechos terapêuticos.

As recentes recomendações da APA aos profissionais da clínica os incentivam a monitorar rotineiramente a satisfação e o conforto dos pacientes com a relação terapêutica, pois esse monitoramento conduz a resultados mais efetivos no tratamento (Norcross & Wampold, 2018). Ao descreverem o resumo das conclusões da força tarefa da APA (2006) sobre psicoterapia, Norcross e Wampold

(2018) revelam o valor da evidência de cada elemento que compõe a interação terapeuta-cliente, salientando os elementos mais e menos efetivos em termos de eficácia. Dentre esses elementos, a colaboração e o *feedback* do cliente encontram-se entre os itens de maior evidência, junto a fatores como a aliança terapêutica, a empatia e a consideração positiva.

Pesquisas que envolvem a avaliação da percepção do cliente sobre o processo de tratamento também são comuns no âmbito da saúde. Estudos sobre autonomia e empoderamento do paciente têm sido cada vez mais incentivados em outras profissões, como na medicina e enfermagem (Castro et al., 2016). A autonomia em saúde está relacionada ao exercício ativo de si, e vem sendo considerada um dispositivo promotor não só da saúde emocional, mas também física. A autonomia do paciente em contextos de saúde implica uma valorização maior do sujeito, da sua singularidade e de suas impressões não só sobre o processo saúde/doença, como também sobre o processo de tratamento ao qual está sendo submetido, promovendo melhores desfechos (Damion & Moreira, 2018).

Por um lado, conhecer a percepção do cliente sobre o processo psicoterápico contribui para o aumento do vínculo e da aliança terapêutica, pois o cliente sente-se valorizado e compreendido. Por outro lado, como consequência dessa valorização e compreensão por parte do terapeuta, o cliente experimenta uma maior autonomia e motivação com a psicoterapia, auxiliando, portanto, o terapeuta na condução do processo. Isso demonstra como os fatores comuns se “retroalimentam”: tanto fatores relacionados ao terapeuta, como fatores relacionados ao cliente – e o produto dessa interação, que é a relação terapêutica – contribuem na direção de um melhor desfecho psicoterápico. Conforme Scheel (2011), clientes motivados e autônomos são mais colaborativos com seus terapeutas, e a colaboração, por sua vez, gera níveis mais altos de autonomia e motivação. Na prática, a qualidade da aliança terapêutica influencia a motivação e autonomia do cliente, e essa motivação e autonomia, por sua vez, influenciam a formação da aliança. É preciso abordar esses fatores como interdependentes; o grande desafio, porém, segundo Scheel (2011), é promover uma maior valorização da percepção e colaboração do cliente no processo psicoterápico, pois, mesmo diante das recomendações da APA, esse é um fator geralmente negligenciado nas pesquisas e na prática clínica.

Considerações finais

A consolidação de uma prática clínica que se volte para as habilidades terapêuticas interpessoais do terapeuta se mostra urgente, como bem sugere a APA

ao se referir à *expertise* clínica (2006). Neste trabalho foi possível demonstrar que o desenvolvimento dessas habilidades depende de uma clara compreensão de todos os elementos que envolvem a díade terapeuta-cliente: a variável do terapeuta no exercício de sua prática; a participação ativa do cliente no processo psicoterápico; e, como resultado dessa ação colaborativa entre ambos, a constituição de condições necessárias para uma relação psicoterápica promotora de suporte e mudança terapêutica.

Nessa direção, foi demonstrada a necessidade de uma convergência entre os pressupostos rogerianos e a PPBE. Como foi apontado no artigo, a literatura internacional demonstra que na obra de Carl Rogers estão contidos muitos elementos considerados fundamentais para a pesquisa e desenvolvimento das habilidades terapêuticas interpessoais. As chamadas atitudes facilitadoras, postuladas por Rogers nos anos 1950, ganham cada vez mais o reconhecimento empírico-científico em termos de eficácia. Tal reconhecimento reforça e reafirma o valor do modelo terapêutico relacional postulado pela abordagem humanista rogeriana, evidenciando a necessidade de as atitudes facilitadoras servirem como condições fundantes de uma relação terapêutica propulsora de bons desfechos clínicos.

Contudo, neste artigo foi explorada a confluência entre a PPBE e o campo humanista exclusivamente sob a perspectiva rogeriana, o que pode ser legitimamente considerado como uma importante limitação deste estudo, já que, como dizem Hoffman et al. (2015), a PPBE pode convergir com outras abordagens. Segundo o autor, a recente abertura da pesquisa científica dominante em psicoterapia para a temática da relação terapêutica permitiu um maior engajamento nessa discussão não só de pesquisadores humanistas, mas também daqueles ligados às perspectivas fenomenológicas e existenciais. Sugere-se, portanto, que futuros estudos explorem não só a tradição da escola rogeriana, mas também escolas psicoterápicas de bases epistemológicas fenomenológicas e existenciais. Ainda com relação a propostas de estudos futuros, revisões sistemáticas recentes, como a de Pieta e Gomes (2017) revelam uma escassez na produção empírica brasileira no que tange à relação terapêutica. Assim, sugere-se também a realização de pesquisas empírico-formais que explorem, por meio de estudos sobre o processo psicoterápico, evidências de eficácia dos elementos ligados à relação terapêutica.

Por fim, julga-se que colocar a relação interpessoal no centro da discussão sobre a prática clínica rompe radicalmente com a polarização que caracterizou a tradição investigativa da ciência psicológica por longas décadas. A tradicional prioridade colocada no polo das habilidades técnicas do terapeuta – e não nas habilidades interpessoais – acabou por afastar também o cliente de um papel ativo no processo, enfraquecendo a possibilidade de uma relação efetivamente

intersubjetiva e dialógica e fortalecendo, assim, uma postura psicoterápica tecnicista, prescritiva e objetificante. Como afirma o documento produzido pela APA (2006) sobre a PPBE, cada participante na relação terapêutica exerce influência sobre o processo e o resultado psicoterápico; portanto, a relação intersubjetiva estabelecida entre terapeuta e cliente é particularmente importante. Por essa razão, estudos que visem a estimular as habilidades terapêuticas interpessoais como parte da formação e aperfeiçoamento do profissional da psicologia restauram as bases de uma relação terapêutica fundada na alteridade e no respeito mútuo, tal como preconizado por Carl Rogers em sua contribuição decisiva para a compreensão do processo psicoterápico e o desenvolvimento da clínica psicológica.

Referências

- Angus, L.; Watson, J. C.; Elliott, R.; Schneider, K.; Timulak, L. (2015). Humanistic psychotherapy research 1990-2015: From methodological innovation to evidence-supported treatment outcomes and beyond. *Psychotherapy Research*, 25(3), 330-347. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.989290>
- APA – American Psychological Association (2006). Evidence-based practice in psychology: APA presidential task force on evidence-based practice. *American Psychologist*, 61(4), 271-285. <https://www.apa.org/pubs/journals/features/evidence-based-statement.pdf>
- APA – American Psychological Association (2012). *Recognition of psychotherapy effectiveness*. <https://www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy>
- Baldwin, S. A.; Wampold, B. E.; Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 842-852. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.842>
- Barrett-Lennard, G. T. (2009). From Personality to Relationship: Path of thought and practice. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 8(2), 79-93, <https://doi.org/10.1080/14779757.2009.9688482>
- Barrett-Lennard, G. T. (2015). *The relationship inventory: A complete resource and guide*. Wiley Blackwell.
- Bohart, A. C.; Tallman, K. (2010). Clients: The neglected common factor in psychotherapy. In: B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold; M. A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy*, p. 83-111. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12075-003>

- Bozarth, J. (2012). 'Nondirectivity' in the theory of Carl R. Rogers: An unprecedented premise. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 11, 262-276. <https://doi.org/10.1080/14779757.2012.740317>
- Branco, P. C. C.; Matos, G. N.; Sampaio, A. G. S.; Amaral, B. R. (2017). Formação do psicólogo humanista: Revisão sistemática. *Perspectivas em Psicologia*, 21(1), 73-92. <http://www.seer.ufu.br/index.php/perspectivasempsicologia/article/view/38925>
- Campbell, L. F.; Norcross, J. C.; Vasquez, M. J. T.; Kaslow, N. J. (2013). Recognition of psychotherapy effectiveness: The APA resolution. *Psychotherapy*, 50(1), 98-101. <https://doi.org/10.1037/a0031817>
- Castro, E. M.; Van Regenmortel, T.; Vanhaecht, K.; Sermeus, W.; Van Hecke, A. (2016). Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Education and Counseling*, 99(12), 1923-1939. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.026>
- Damion, M.; Moreira, M. C. (2018). Percepção do paciente sobre sua autonomia na unidade de terapia intensiva. *Contextos Clínicos*, 11(3), 386-396. <https://doi.org/10.4013/ctc.2018.113.09>
- Elkins, D. N. (2016). *The human elements of psychotherapy: A nonmedical model of emotional healing*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14751-000>
- Elkins, D. N. (2019). Common factors: What are they and what do they mean for humanistic psychology?. *Journal of Humanistic Psychology*. <https://doi.org/10.1177/0022167819858533>
- Elliott, R.; Bohart, A. C.; Watson, J. C.; Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48(1), 43-49. <https://doi.org/10.1037/a0022187>
- Elliott, R.; Bohart, A. C.; Watson, J. C.; Murphy, D. (2018). Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 399-410. <https://doi.org/10.1037/pst0000175>
- Hill, C. E.; Spiegel, S. B.; Hoffman, M. A.; Kivlighan, D. M.; Gelso, C. J. (2017). Therapist expertise in psychotherapy revisited. *The Counseling Psychologist*, 45(1), 7-53. <https://doi.org/10.1177/0011000016641192>
- Hoffman, L.; Dias, J.; Soholm, H. C. (2012). *Existential-humanistic therapy as a model for evidence-based practice*. 120th Annual Convention of the American Psychological Association, Orlando, FL, United States. https://www.academia.edu/1843926/Existential-Humanistic_Therapy_as_a_Model_for_Evidence-Based_Practice
- Hoffman, L.; Vallejos, L.; Cleare-Hoffman, H. P.; Rubin, S. (2015). Emotion, relationship, and meaning as core existential practice: Evidence-based foundations. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 45(1), 11-20. <https://doi.org/10.1007/s10879-014-9277-9>
- Jardim, A. P.; Souza, M. L.; Gomes, W. B. (2009). O self dialógico e a psicoterapia: Uma compreensão dialógica da relação terapeuta-paciente. *Contextos Clínicos*, 2(1), 1-10. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822009000100001

- Moreira, V. (2010). Revisitando as fases da abordagem centrada na pessoa. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 27(4), 537-544. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2010000400011>
- Mourato, J. A. C. (2019). *A persuasão do terapeuta como capacidade preditora de resultados clínicos em psicoterapia* (tese de mestrado). Instituto Superior de Psicologia Aplicada. <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/7388/1/23539.pdf>
- Murphy, D.; Joseph, S. (2016). Person-centered therapy: Past, present, and future orientations. In: D. J. Cain; K. Keenan; S. Rubin (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice*, p. 185-218. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14775-007>
- Norcross, J. C.; Karpik, C. P. (2017). Our Best Selves: Defining and Actualizing Expertise in Psychotherapy. *The Counseling Psychologist*, 45(1), 66-75. <https://doi.org/10.1177/0011000016655603>
- Norcross, J. C.; Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303-315. <https://doi.org/10.1037/pst0000193>
- Norcross, J. C.; Wampold, B. E. (2018). A new therapy for each patient: Evidence-based relationships and responsiveness. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1889-1906. <https://doi.org/10.1002/jclp.22678>
- Parrow, K. K.; Sommers-Flanagan, J.; Cova, J. S.; Lungu, H. (2019). Evidence-based relationship factors: A new focus for mental health counseling research, practice, and training. *Journal of Mental Health Counseling*, 41(4), 327-342. <https://doi.org/10.17744/mehc.41.4.04>
- Pieta, M. A. M.; Gomes W. B. (2017). Impacto da relação terapêutica na efetividade do tratamento: O que dizem as metanálises?. *Contextos Clínicos*, 10(1), 130-143. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822017000100011
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>
- Rogers, C. R.; Kinget, G. M. (1965/1977). *Psicoterapia e Relações Humanas* (trad. M. Bizzoto), vol. 1. Belo Horizonte: Interlivros.
- Scheel, M. J. (2011). Client common factors represented by client motivation and autonomy. *The Counseling Psychologist*, 39(2), 276-285. <https://doi.org/10.1177/0011000010375309>
- Wampold, B. E. (2013). The good, the bad, and the ugly: A 50-year perspective on the outcome problem. *Psychotherapy*, 50(1), 16-24. <https://doi.org/10.1037/a0030570>
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270-277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>

Recebido em 28 de julho de 2020

Aceito para publicação em 11 de março de 2021