

PSICOLOGIA CLÍNICA

*Maternidade, vicissitudes do desenvolvimento infantil
e redes de apoio*

33.2

PSICOLOGIA CLÍNICA

*Maternidade, vicissitudes do desenvolvimento infantil
e redes de apoio*

33.2

EDITORES RESPONSÁVEIS

Breno Sanvicente-Vieira
Esther Maria de M. Arantes

EDITORES ASSOCIADOS

Andrea Seixas Magalhães
Lidia Levy de Alvarenga
Luciana Fontes Pessôa
Perla Klautau
Rebecca Nonato Machado
Thomas Eichenberg Krahe

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: *Ingrop 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
Marta Gerez Amberlin, Universidad Nacional de Tucumán, San Miguel de Tucumán, Argentina
Nelson da Silva Junior, USP, São Paulo, Brasil
Pierre Benghazi, Université Paris 8 – Vincennes St Denis, Paris, França
Renato Mezan, PUC-SP, São Paulo, Brasil
Roland Gori, Université de Provence Aix-Marseille I, Marseille, França
Silvia Helena Koller, UFRGS, Porto Alegre, Brasil
Silvia Maria Abu-Jamra Zornig, PUC-Rio, Rio de Janeiro, Brasil
Teresa Cristina Carreteiro, UFF, Niterói, Brasil

Apoio:



Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da PUC-Rio

PSICOLOGIA CLÍNICA. Rio de Janeiro. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.
Centro de Teologia e Ciências Humanas. Departamento de Psicologia. v. 33 nº 2, mai-ago/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 enquadrem em alguma das seguintes categorias: relatos de pesquisa, estudos teóricos, revisões críticas da literatura, relatos de experiência profissional, notas técnicas e resenhas na área de psicologia clínica.

HOMEPAGE:

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

PERIÓDICO INDEXADO NAS BASES DE DADOS:

NACIONAIS:

INDEX PSI www.bvs-psi.org.br

LILACS/BIREME lilacs.bvsalud.org

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

INTERNACIONAIS:

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

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

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

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

EBSCO www.ebscohost.com/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 205

SEÇÃO TEMÁTICA – MATERNIDADE, VICISSITUDES DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL E REDES DE APOIO

THEMATIC SECTION – MOTHERHOOD, CHILDHOOD DEVELOPMENTAL CHANGES, AND SUPPORT NETWORKS

SECCIÓN TEMÁTICA – MATERNIDAD, VICISITUDES DEL DESARROLLO INFANTIL Y REDES DE APOYO

CHILDREN AND ADOLESCENTS' PSYCHOTHERAPY: EVIDENCES OF VALIDITY OF THE BRAZILIAN PORTUGUESE YOUTH OUTCOME QUESTIONNAIRE 2.01

Psicoterapia com crianças e adolescentes: Evidências de validade do Y-OQ 2.01 em português brasileiro

Psicoterapia con niños y adolescentes: Evidencias de validez para el Y-OQ 2.01 en portugués brasileño

Bruna Holst

Carolina Saraiva de Macedo Lisboa

Wagner de Lara Machado 211

INFÂNCIAS, TEORIAS QUEER, PSICANÁLISES: PARA ALÉM DO PRINCÍPIO DO PROGRESSO E DA HETERONORMATIVIDADE

Childhoods, queer theories, and psychoanalysis: Beyond the progress principle and heteronormativity

Infancias, teorías queer y psicoanálisis: Más allá del principio del progreso y de la heteronormatividad

Daniel Boianovsky Kveller

Rafael Cavalheiro

Léo Tietboehl 237

A CONSCIÊNCIA DO JOVEM UNIVERSITÁRIO: O GRUPO AMPLIANDO
POSSIBILIDADES DE SER

The young college student's conscience: The group expanding
possibilities of being

La conciencia del joven estudiante universitario: El grupo
expandiendo las posibilidades de ser

Carla Cristine Vicente

Barbara Cecilia Lima da Silva..... 257

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DE MÃES QUE TIVERAM FILHOS
ABUSADOS SEXUALMENTE

Coping strategies of mothers who had children sexually abused

Estrategias de afrontamiento de madres que tuvieron hijos abusados
sexualmente

Francieli Sufredini

Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré

Scheila Krenkel 277

VIVÊNCIA MATERNA FRENTE À SURDEZ DO FILHO SOB A PERSPECTIVA
DO NARCISISMO NA TEORIA PSICANALÍTICA

Maternal experience regarding the deafness of the child under the
perspective of narcissism in psychoanalytic theory

Vivencia materna frente a la sordera del hijo bajo la perspectiva del
narcisismo en la teoría psicoanalítica

Patrícia Cristine de Farias Guedes Wanderley

Ana Rodrigues Falbo

Clarissa Maria Dubeux Lopes Barros..... 301

MATERNIDADE E FORACLUSÃO: A EQUAÇÃO FILHO-KAKON

Maternity and forclusion: Son-kakon equation

Maternidad y forclusión: La ecuación hijo-kakon

Cristina Moreira Marcos

Marconi Martins da Costa Guedes

Juliana Motta 321

SEÇÃO LIVRE
FREE SECTION
SECCIÓN LIBRE

FERENCZI: POR UMA MULTIPLICIDADE DE MODOS DE EXPRESSÃO

Ferenczi: For a multiplicity of modes of expression

Ferenczi: Por una multiplicidad de modos de expresión

Leonardo Câmara

Regina Herzog..... 337

ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO E DIREITOS SOCIAIS: TERRITÓRIOS
EXISTENCIAIS E SUJEITO BIOPSICO-POLÍTICO-SOCIAL

Therapeutic Accompaniment and Social Rights: Existential territories
and biopsico-political-social subject

Acompañamiento Terapéutico y Derechos Sociales: Territorios
existenciales y sujeto biopsico-político-social

Daniel Dall'igna Ecker

Analice de Lima Palombini..... 357

DEPRESSIVE SYMPTOMS ASSOCIATED WITH THE EXPECTATION OF
SOCIAL SUPPORT IN THE ELDERLY: DATA FROM THE FIBRA-RJ STUDY

Síntomas depressivos associados à expectativa de apoio social em
idosos: Dados do Estudo FIBRA-RJ

Síntomas depresivos asociados con la expectativa de apoyo social en
los ancianos: Datos del estudio FIBRA-RJ

Pricila Cristina Correa Ribeiro

Felipe Cordeiro Alves

Roberto Alves Lourenço..... 379

EDITORIAL

A revista *Psicologia Clínica* apresenta seu nº 33.2, intitulado “Maternidade, vicissitudes do desenvolvimento infantil e redes de apoio”. Esta publicação se compõe de nove artigos, divididos em duas seções: uma temática e outra livre.

A seção temática leva o mesmo título do fascículo, em reconhecimento aos elementos condutores da maior parte dos trabalhos inclusos nesta edição; em particular, estudos sobre experiências relacionadas ao desenvolvimento da infância e juventude, bem como sobre a maternidade.

A seção temática abre esta edição do periódico, e o primeiro artigo, de autoria de Bruna Holst, Carolina Saraiva de Macedo Lisboa e Wagner de Lara Machado (todos da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, PUCRS) é intitulado *Children and adolescents' psychotherapy: Evidences of validity of the Brazilian Portuguese Youth Outcome Questionnaire 2.01*. O trabalho, escrito em inglês, em aderência a iniciativas de buscar visibilidade e internacionalização do conhecimento, é um estudo psicométrico sobre um instrumento para avaliação do processo e do resultado da psicoterapia em crianças e adolescentes. O instrumento, chamado Youth Outcome Questionnaire 2.01 também em português brasileiro, apresentou validade, de acordo com o estudo. O estudo aborda, em especial, um aspecto muito relevante da clínica psicológica e, por ser relevante para as vicissitudes da infância e adolescência, abre nosso número e a seção temática.

O segundo trabalho da seção tem o título *Infâncias, teorias queer, psicanálises: Para além do princípio do progresso e da heteronormatividade*. O artigo tem como autores Daniel Boianovsky Kveller e Léo Tietboehl (ambos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS) e Rafael Cavalheiro (da Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ), e é um estudo teórico sobre a infância, gênero e orientação sexual pelo olhar da psicanálise. É um estudo que revisita aspectos do desenvolvimento psicosexual, questionando posições anteriores que se alinhavam a uma visão heteronormativa, ou seja, reorganizando os conceitos de uma forma ajustada, compreensiva e adequada.

Na sequência, evoluindo cronologicamente após um artigo sobre a infância, apresentamos *A consciência do jovem universitário: O grupo ampliando possibilidades de ser*, de Carla Cristine Vicente e Bárbara Cecília Lima da Silva (ambas da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, UFRRJ). O estudo é uma descrição do acompanhamento terapêutico realizado com jovens universitários por meio da abordagem fenomenológica-existencial. Dessa forma, o estudo apresenta particularidades da experiência clínica em contato com o jovem durante esse período, cada vez mais descrito como de manifestações psicológicas.

O quarto artigo da seção aborda a maternidade. Em particular, o trabalho *Estratégias de enfrentamento de mães que tiveram filhos abusados sexualmente*, de Francieli Sufredini (University of Technology Sydney, Austrália), Carmen Leonтина Ojeda Ocampo Moré e Scheila Krenkel (ambas da Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC), investiga como mães enfrentam abusos sexuais sofridos pelos filhos. O estudo qualitativo se debruça sobre as estratégias que essas mães utilizam para lidar com momento tão delicado.

O tema da maternidade também faz parte do quinto artigo deste número. O trabalho das autoras Patrícia Cristine de Farias Guedes Wanderley (do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, IMIP, do Hospital da Mulher do Recife, HMR, e da Faculdade Pernambucana de Saúde, FPS), Ana Rodrigues Falbo (IMIP e FPS) e Clarissa Maria Dubeux Lopes Barros (FPS) é intitulado *Vivência materna frente à surdez do filho sob a perspectiva do narcisismo na teoria psicanalítica*. No estudo, mecanismos psicológicos, sob a luz da teoria psicanalítica, são utilizados para melhor entendimento da experiência materna com filhos com deficiência auditiva.

Fechando a seção temática, outro artigo com a temática da maternidade e psicanálise: *Maternidade e forclusão: A equação filho-kakon* é o título do trabalho de Cristina Moreira Marcos (da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, PUC Minas, e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais, FAPEMIG), Marconi Martins da Costa Guedes (do Instituto Raul Soares, Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, FHEMIG, da Faculdade de Minas, FAMINAS, e da PUC Minas) e Juliana Motta (da PUC Minas). O trabalho se vale de um caso clínico para trazer à discussão o mecanismo de forclusão durante a gestação.

Três trabalhos de temáticas distintas são apresentados na seção livre. O primeiro, *Ferenczi: Por uma multiplicidade de modos de expressão*, de Leonardo Câmara (da Universidade Federal de São Carlos, UFSCar) e Regina Herzog (da Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ), é um trabalho teórico, que resgata a teoria da expressão, de Sándor Ferenczi.

O segundo trabalho da seção livre leva o título de *Acompanhamento Terapêutico e Direitos Sociais: Territórios existenciais e sujeito biopsico-político-social*. O trabalho de Daniel Dall'Igna Ecker (da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, SMS/ESP/UDESC) e Analice de Lima Palombini (da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS) se vale de registros do trabalho de acompanhamento terapêutico para levantar o impacto que direitos sociais possam ter sobre processos terapêuticos. Daí emerge o termo sujeito biopsico-político-social.

Fechando esta edição, temos o artigo *Depressive symptoms associated with the expectation of social support in the elderly: Data from the FIBRA-RJ study*, de Pricila Cristina Correa Ribeiro e Felipe Cordeiro Alves (ambos da Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG) e Roberto Alves Lourenço (da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ). O estudo usa os dados de um projeto maior previamente realizado e, com uma amostra considerável, investiga como sintomas depressivos estão associados à expectativa de apoio social, com resultados que revelam a importância de considerar variações de humor no acompanhamento de idosos.

Breno Sanvicente-Vieira

SEÇÃO TEMÁTICA

Maternidade, vicissitudes do desenvolvimento
infantil e redes de apoio

Children and adolescents' psychotherapy: Evidences of validity of
the Brazilian Portuguese Youth Outcome Questionnaire 2.01

Infâncias, teorias queer, psicanálises: Para além do
princípio do progresso e da heteronormatividade

A consciência do jovem universitário:
O grupo ampliando possibilidades de ser

Estratégias de enfrentamento de mães que tiveram
filhos abusados sexualmente

Vivência materna frente à surdez do filho sob a
perspectiva do narcisismo na teoria psicanalítica

Maternidade e forclusão: A equação filho-*kakon*

CHILDREN AND ADOLESCENTS' PSYCHOTHERAPY: EVIDENCES OF VALIDITY OF THE BRAZILIAN PORTUGUESE YOUTH OUTCOME QUESTIONNAIRE 2.01

*PSICOTERAPIA COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: EVIDÊNCIAS
DE VALIDADE DO Y-OQ 2.01 EM PORTUGUÊS BRASILEIRO*

*PSICOTERAPIA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES: EVIDENCIAS
DE VALIDEZ PARA EL Y-OQ 2.01 EN PORTUGUÊS BRASILEÑO*

Bruna Holst ⁽¹⁾

Carolina Saraiva de Macedo Lisboa ⁽²⁾

Wagner de Lara Machado ⁽³⁾

RESUMO

É inquestionável a importância de intervenções precoces e efetivas na área da saúde mental com crianças e adolescentes, o que torna fundamental o desenvolvimento de ferramentas confiáveis para monitorar o êxito ou fracasso destas intervenções. O objetivo deste estudo é investigar as propriedades psicométricas da versão em português brasileiro do Youth Outcome Questionnaire 2.01, instrumento para avaliação de processo e resultado de psicoterapia com crianças e adolescentes a partir da perspectiva dos pais ou cuidadores. Após uma adaptação

⁽¹⁾ Psicóloga e Psicoterapeuta. Mestre e Doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Docente e supervisora do Curso de Formação em Psicoterapia Psicanalítica do ESIPP (Estudos Integrados de Psicoterapia Psicanalítica), Porto Alegre, RS, Brasil. bruholst@gmail.com

⁽²⁾ Psicóloga e Psicoterapeuta. Mestre e Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora da Graduação e da Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) e Coordenadora do Grupo de Pesquisa Relações Interpessoais e Violência (RIVI/PUCRS), Porto Alegre, RS, Brasil. lisboacaro@gmail.com

⁽³⁾ Psicólogo. Mestre e Doutor em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professor da Graduação e da Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) e Coordenador do Grupo de Pesquisa Avaliação em Bem-estar e Saúde Mental (ABES/PUCRS), Porto Alegre, RS, Brasil. wagner.machado@pucls.br

Este estudo foi financiado pela CAPES/PROSUP – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior / Apoio à Pós-Graduação de Instituições de Ensino Particular. O autor Wagner de Lara Machado é bolsista de produtividade 2 do CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

Este artigo é parte da tese de doutorado da primeira autora, intitulada Evidências de validade da escala Youth Outcome Questionnaire 2.01, versão pais e responsáveis legais, para o português brasileiro, apresentada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

transcultural, realizaram-se análises fatoriais confirmatória e exploratória e também uma análise de rede. A amostra foi composta por 341 pais ou responsáveis legais de crianças (172) e adolescentes (163) de 1 a 19 anos de idade; 51% dos jovens eram do sexo masculino. Foi observado que a análise fatorial confirmatória com base no modelo original não apresentou bons índices de ajuste, mas a análise fatorial exploratória apontou um modelo de dois fatores com bons índices de ajuste. Avaliando a Expected Influence entre os nós que compuseram a análise de rede, identificaram-se itens que parecem ativar redes de sintomas. Concluiu-se que existem evidências de validade para o Y-OQ 2.01 em português brasileiro, que poderá ser usado por psicoterapeutas brasileiros para planejar tratamentos e monitorar resultados psicoterapêuticos.

Palavras-chave: estudos de validação; psicometria; criança; adolescente; eficácia-efetividade de intervenções.

ABSTRACT

Early and effective interventions in the area of mental health of children and adolescents are of unquestionable importance. Thus, there is a great need to develop reliable tools to monitor the success or failure of these interventions. The goal of this study is to investigate the psychometric properties of the Brazilian Portuguese Youth Outcome Questionnaire 2.01, an instrument that seeks to evaluate the process and outcome of psychotherapy with children and adolescents from the perspective of the parents or legal guardians. After a cross-cultural adaptation, confirmatory and exploratory factor analysis and a network analysis were performed. The sample consisted of 341 parents or legal guardians of children (172) and adolescents (163) from 1 to 19 years old; 51% of the youths were male. It was observed that confirmatory factorial analysis based on the original model did not present good fit indexes, but the exploratory factorial analysis performed yielded a two-factor model which showed good fit indexes. Evaluating the expected influence among the nodes that composed the network analysis, items were identified that seem to activate symptom networks. The conclusion was that there is evidence of validity for the Brazilian Portuguese Youth Outcome Questionnaire 2.01, which can be used by Brazilian psychotherapists to plan treatments and monitor psychotherapeutic results.

Keywords: validation studies; psychometrics; child; adolescent; efficacy-effectiveness of interventions.

RESUMEN

Es incuestionable la importancia de intervenciones tempranas y efectivas en la salud mental de niños y adolescentes, lo que hace fundamental el desarrollo de herramientas confiables para monitorear el éxito o fracaso de intervenciones. Lo objetivo de este estudio es investigar las propiedades psicométricas del Youth Outcome Questionnaire 2.01 en portugués brasileño, instrumento para la evaluación del proceso y los resultados de la psicoterapia con niños y adolescentes desde la perspectiva de los padres o cuidadores. Después de una adaptación transcultural, se realizaron análisis factoriales confirmatorias y exploratorias, y también un análisis de red. La muestra fue compuesta por 341 padres o cuidadores de niños (172) y adolescentes (163) de 1 a 19 años de edad; 51% de los jóvenes eran chicos. Resultó que el análisis factorial confirmatoria basado en el modelo original no presentó buenos índices de ajuste, pero el análisis factorial exploratoria apuntó un modelo de dos factores con buenos índices de ajuste. Evaluando la Expected Influence entre los nodos que compusieron el análisis de red, se identificaron ítems que parecen activar redes de síntomas. La conclusión es que existen evidencias de validez del Y-OQ 2.01 en portugués brasileño, que puede ser utilizado por psicoterapeutas para planificar tratamientos y evaluar los resultados psicoterapéuticos.

Palabras clave: estudios de validación; psicometría; niño; adolescente; eficacia-efectividad de intervenciones.

Introduction

Human, financial and scientific resources in the area of children and adolescents' mental health are scarce in emerging countries, where there is a gap between needs and provision of mental treatments (World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation, 2014). Worldwide efforts have been made among academics and researchers to identify opportunities for improvements in youth mental health care, particularly in underdeveloped countries (Belfer, 2008; Klasen & Crombag, 2013). Fostering youth mental health is necessary to reduce the occurrence of early mental disorders, which have the potential to reduce educational and professional performance in adult life, aggravate legal problems, induce isolation or suicide, and increase physical frailty and other health problems (Costello & Maughan, 2015). Therefore, early and effective psychological interventions are extremely relevant for general human development.

Thus, the evaluation and measurement of these interventions are critical needs for researchers, psychologists, psychiatrists and the administrators of health systems. Outcome measures are valuable tools to monitor patient progress, which is essential in determining whether the intervention is working for that particular patient at that particular phase of the treatment (Burlingame et al., 2004). In addition, outcome measures are an important tool of evidence-based psychotherapy and are essential so that treatments can be adjusted according to the patient's response (American Psychological Association, 2006). In a study with 539 therapists of children and adolescents, regarding outcome assessment, 23% reported using standardized outcome measures with their adolescent patients (Bickman et al., 2000). The five main types of information that clinicians considered relevant to verify or identify the progress of psychotherapy and that emerged from these evaluations are the possibilities to investigate any history of abuse, evaluate past and present stressors, understand the patient's family functioning, observe the relationship quality between patients and their parents and evaluate therapeutic alliance strength (Bickman et al., 2000). However, the American Psychological Association (2008) reports a lack of reliable or valid measures to determine the efficacy and effectiveness of commonly applied therapeutic practices and that strengthening the evidence-based psychotherapy for children and adolescents requires the identification, measurement, and monitoring of psychotherapeutic processes and outcomes.

In Brazil, a systematic review conducted by Holst et al. (2018) sought to investigate research designs and instruments used in Brazilian studies describing psychotherapeutic interventions with children and adolescents. Five databases were surveyed, with no date limitation. The results showed that only 28 studies used some sort of instrument or assessment to measure results, which suggests the lack of research into mental health in this population. The most cited instrument to assess psychotherapy outcome was the Child Behavior Checklist (CBCL). Holst et al. (2018) also reported a lack of instrument descriptions by Brazilian studies in this field, which is essential for the evaluation of research methodological quality.

This result corroborates the study by Guimarães and Yoshida (2014) in Brazil, which sought to understand which factors are considered markers of progress by children's psychotherapists of different theoretical approaches. They pointed to the predominance of subjective evaluations of the process, mainly through the perception of the therapist, and the observation of children's play as the most common monitoring method, regardless of the psychotherapeutic approach. Although important, the therapist's subjective evaluation is not the only method to monitor psychotherapy and can be more easily biased, as it relies only on the therapist's perception.

Youth Outcome Questionnaire 2.01

Although the importance of psychotherapy for children and adolescents is evident, the process by which therapeutic change happens with this age group is still poorly studied (Kazdin, 2000). The study by McClendon et al. (2011) sought to examine the sensitivity to capture change process by comparing three commonly used instruments to assess child and adolescent treatment: the CBCL/6-18, the Behavior Assessment System for Children–2 (BASC-2) and the Youth Outcome Questionnaire 2.01 (Y-OQ 2.01). The results showed that, regarding measures that assess parents' perceptions, the Y-OQ 2.01 was the most sensitive instrument concerning symptom reduction, and the BASC-2 and CBCL were not significantly different from each other. This result can be traced back to the development methods of these scales: while the Y-OQ 2.01 was devised by clinicians, researchers, and health service administrators to assess psychotherapy change on a weekly basis, the CBCL and the BASC-2 were initially created to categorize and identify psychosocial problems and were then adapted as outcome measures, applied monthly. In addition, the Y-OQ 2.01 offers five variations of response, which allow greater sensitivity than the CBCL, with three variations on a Likert scale, and BASC-2, with four variations on a Likert scale (McClendon et al., 2011).

The original version of the Youth Outcome Questionnaire 2.01 provided adequate reliability indexes evidenced by Cronbach's alphas; the internal consistency analysis of the instrument in a nonclinical (N=1091) and clinical (N=2732) sample obtained a total score of 0.97 among the samples. Test-retest reliability investigation was also performed two and four weeks after a first application; interval scores produced a reliability coefficient of 0.83, and all correlations between the subscales on test-retest were significant ($p < 0.01$), ranging from 0.56 to 0.82. Criterion validity of the Y-OQ 2.01 was also investigated in two studies comparing the total score and each Y-OQ 2.01 subscale with scores from the Child Behavior Checklist (Achenbach & Rescorla, 2001) and the Connor's Parent Rating Scale (Connors, 1990), two measures for behavioral problems of children and adolescents. The results indicate a strong relationship between the Y-OQ 2.01 and these measures. The construct validity of the Y-OQ 2.01 was verified in studies with nonclinical and clinical samples (outpatient and inpatient); the instrument was successful in discriminating symptom levels among different populations (Burlingame et al., 2005).

The Y-OQ 2.01 evaluates the behavior and psychological suffering of youth in a total score, composed of six subscales: Intrapersonal Distress, Somatic Distress, Interpersonal Relations, Social Problems, Behavioral Dysfunction,

and Critical Items. The Intrapersonal Distress subscale evaluates the emotional distress of children and adolescents through manifestations of anxiety, depression, fear, hopelessness or self-harm. The Somatic Distress subscale measures somatic symptoms such as headaches and joint pain, dizziness, nausea and muscle weakness. The items of the Interpersonal Relations subscale evaluate the relationship between the child/adolescent and parents, other adults and peers, patterns of interaction with friends, and levels of cooperation or aggressiveness. The Social Problems subscale evaluates behavioral problems, such as aggressive or delinquent behavior. Although aggressiveness is present in the Interpersonal Relations subscale, the Social Problems items assess more serious aspects of aggression, involving the breaking of social norms, such as school absenteeism, promiscuous sexual behavior, running away from home and substance abuse. The Behavioral Dysfunction subscale evaluates the ability of the child/adolescent to organize and complete tasks, focus, and assess moments of inattention, hyperactivity and impulsivity. Finally, the Critical Items subscale evaluates problems commonly seen in inpatients, such as paranoia, hallucination, delusions, suicide and eating disorders (Burlingame et al., 2005).

To qualify psychological interventions, the objective of this study is to adapt and investigate evidence of the validity and psychometric properties of the Youth Outcome Questionnaire 2.01 in Brazilian Portuguese. This instrument seeks to evaluate the process and result of psychotherapy with children and adolescents from the perspective of parents and legal guardians. This instrument was chosen due to the evidence of its reliability and validity in its original English version – both in its full form, answered by parents or legal guardians, which is the focus of this study (Burlingame et al., 2004) – as well as for its short version (Dunn et al., 2005) and patient's self-report (Ridge et al., 2009).

Method

Sample

A total of 341 parents or legal guardians of children (N=172) and adolescents (N=163) from 1 to 19 years old (M=9.44; SD=4.20) were surveyed. We considered adolescence as starting at ten years old, following the World Health Organization (1995). Of the 341 participants, 92.5% reported being the main caregiver of the youth. In addition to mothers (82.4%) and fathers (15.5%), seven legal guardians also completed the questionnaire (2.1%). Although the ques-

tionnaire does not reveal the kinship of guardians and minors, 5 legal guardians presented themselves as the main caregiver. The sample size consisted of 5.3 participants per item of the Y-OQ 2.01 and was based on parameters that considered larger samples as more likely to produce accurate solutions for factorial analyses and a minimum of 5 subjects per item to be considered adequate (Costello & Osborne, 2005; Pasquali, 2010). The sample presented an adequate distribution of gender, age group and between youth with and without a history of psychotherapy. The social and demographic information of the children/adolescents and their caregivers are described in Table 1, and the data in parentheses (n) refers to the number of participants who answered each item of the questionnaire.

Table 1 — Social and demographic information of children/adolescents and their caregivers

	N (%)
Child's and adolescent's gender* (n=335)	
Male	171 (51)
Female	164 (49)
Age group* (n=335)	
Children (1–9 years old)	172 (51.3)
Adolescents (10–19 years old)	163 (48.7)
Children/adolescents with history (past and current) of psychotherapy* (n=321)	171 (53.3)
Child's or adolescent's level of education* (n=308)	
Incomplete elementary school	257 (83.4)
Complete elementary school	7 (2.3)
Incomplete high school	39 (12.7)
Complete high school	5 (1.6)
Questionnaire' respondent* (n=335)	
Mother	276 (82.4)
Father	52 (15.5)
Legal guardian	7 (2.1)
Mother's age** (n=341)	39.8 ± 7.0
Father's age** (n=341)	42.7 ± 8.1

Note:

Presentation by: * frequency (%) or ** mean ± standard deviation

Measures

Two questionnaires were administered to participants. The first was a socio-demographic questionnaire developed for this study. The second was the Y-OQ 2.01, a 64-item questionnaire answered on a Likert scale of 1 to 5 by

parents or legal guardians of children or adolescents throughout the evolution of psychotherapeutic treatment. There is also a self-report version of the instrument, the Y-OQ Self-Report (Ridge et al., 2009). OQ Measures granted a license and authorization for the adaptation and investigation of the psychometric properties of the Y-OQ 2.01 in Brazilian Portuguese.

Procedures

Two local psychotherapy schools participated in this study and agreed to the terms of the research. Participants completed the questionnaires at the time of the search for care for their children, before the first interview with the therapist. Participants were also recruited through the snowball nonprobabilistic sampling methods (Breakwell et al., 2010) and by completing online questionnaires published in social media. Individually collected data took approximately 25 minutes to be completed. In accordance with the Guidelines and Regulatory Norms involving research with human beings described in Resolution nº 510 of the Brazilian Health Council (CNS, 2016) and Resolution nº 016/2000 of the Brazilian Council of Psychology (CFP, 2000), all participants agreed to participate in the study and signed the Free and Informed Consent Form. In accordance with both Resolutions, the anonymity and lack of any kind of harm to the participants were guaranteed. In addition, the study was approved by the University Ethics Committee (Protocol nº 2.383.625 / Ethical Appreciation Certificate – CAAE nº 76229317400005336).

Translation, transcultural adaptation and content validity evidence

The procedure adopted for the Y-OQ 2.01 cross-cultural translation and adaptation followed the standardized process recommended by OQ Measures and described by Wild et al. (2005). The first step consisted of two independent translations into Brazilian Portuguese from the original instrument, performed by Portuguese native speakers fluent in English, with previous experience in translating instruments and working in the clinical psychology area. A synthesis of the two translations was carried out by a third independent translator and was sent to a committee of four experts in clinical psychology and psychotherapy to investigate evidence of content validity. Afterwards, a final semantic adjustment was made based on the suggestions of

the expert committee. Then, backtranslation from Portuguese to English was completed and sent to the original authors for approval. Finally, operational equivalence was made for the Brazilian context, adjusting the questionnaire's format, the manner of giving instructions, and its correct administration based on the original instrument.

We sought to evaluate evidence of the content validity of the Y-OQ 2.01, such as clarity, relevance and representativeness of the instrument's items (Cassepp-Borges et al., 2010). For this purpose, we used the coefficient of content validity (CVC), proposed by Hernández-Nieto (2002) and cited by Cassepp-Borges et al. (2010), which assesses the strengths and weaknesses of instruments based on the opinion of at least three and at most five specialists. A committee of four experts – masters in psychology and specialists in the relevant clinical area – received the Portuguese version of the Y-OQ 2.01, along with a Likert-type questionnaire ranging from 1 (very unsatisfactory) to 5 (very satisfactory), with three categories for evaluation of the items: language clarity, practicality and theoretical relevance.

The CVC is calculated based on the average scores of each item attributed by the specialists, which is then divided by the maximum value that an item can reach. The measurement error (Pe) is then calculated to discount possible biases, which will subsequently be subtracted from the CVC value. Finally, the total CVC score of the scale uses the average CVCs of all questionnaire items, subtracted from the average errors of all items. The items that reach a $CVC > 0.8$ are considered adequate. The total instrument scored 0.97. For each category assessed, Y-OQ 2.01 scored 0.97 in language clarity, 0.99 in practical relevance and 0.98 in theoretical relevance. Only one of the 64 items scored below 0.8 in language clarity and was therefore rephrased (item 17, revised from *Seems tense, frequently easily frightened* to *Seems tense or easily frightened frequently*, after recommendations by the experts).

Investigation of psychometric properties

Several techniques were used to evaluate the psychometric properties of the Y-OQ 2.01. Using the SPSS statistical program, version 19.0 (IBM Corp., 2010), the frequencies, means, standard deviations and percentiles of the social and demographic data were calculated. Correlations between the Y-OQ 2.01 six subscales were also examined. Additionally, Y-OQ 2.01 construct validity evidence was investigated, defined as characteristics of an

instrument with respect to the measurement of a property or quality that has not yet been operationally defined (Pasquali, 2010). For this purpose, a confirmatory factorial analysis (CFA) was performed based on its original factorial structure, since previous studies suggest a strong single factor (total scale score) underlying the six factors that constitute the instrument's subscales (Burlingame et al., 2005). Subsequently, an exploratory factorial analysis (EFA) with oblique rotation was performed (Costello & Osborne, 2005). To investigate the number of factors to be retained, the parallel analysis technique was used (Horn, 1965; Timmerman & Lorenzo-Seva, 2011). The Kaiser-Meyer-Olkin (KMO=0.9) and Bartlett sphericity tests ($\chi^2 [2016] = 52083.63; p < 0.001$) assessed the adequacy of the sample for these analyses. As a criterion of good EFA indexes, factor loadings greater than 0.3 were considered in one or both factors (Costello & Osborne, 2005). Finally, CFA and EFA adjustment indexes were compared, and for the proposed model, Cronbach's alphas were calculated in order to verify the Y-OQ 2.01 internal consistency.

Afterwards, a network analysis applied to mental illness (Borsboom & Cramer, 2013; Schmittmann et al., 2011) was performed to investigate the pattern of relationship between the Y-OQ 2.01 items. The network is built in two stages. First, partial correlations between the network nodes (items) are estimated, controlling the effect of other variables or sets of variables. Subsequently, those conditionate relations are graphically represented, allowing the observation of the relationship pattern between the network's elements and the nodes. These nodes represent the symptoms described in the instrument's items, and the lines represent the relationships between the nodes. The premise of this analysis is that symptoms are not passive indicators of a disorder but active psychological variables capable of mutually influencing and contributing to the general network's activation (Schmittmann et al., 2011). From the network analysis, we focused on evaluating the expected influence (EI) metric (Robinaugh et al., 2016), proposed by the same authors. Instead of quantifying the influence of the node within the network (centrality measure), the EI measure is used to investigate the nature of this influence and identify its role in the activation, deactivation or persistence of the network. This analysis investigates whether lines connecting nodes are positive or negative, which provides information about the effect that line deactivations can have on the network. In this study, each node represents an item of the Y-OQ 2.01. Thus, it is observed how each symptom associates with the others in

terms of both first and second degree. This analysis was performed with the *qgraph* package in R (Epskamp et al., 2012).

Results

First, a confirmatory factorial analysis (CFA) was performed based on the Y-OQ 2.01 original structure; it consisted of a single factor (total scale score) underlying six factors – which correspond to the six subscales (Burlingame et al., 2005). We used the robust method to correct the chi-square values (χ^2) due to ordinal measurement level and nonnormality of the data distribution, thus presenting the value of Satorra-Bentler χ^2 (s-b χ^2 ; Satorra & Bentler, 2001). In addition to the s-b χ^2 test and the respective degrees of freedom (df), the following CFA adjustment indexes were considered: comparative fit index (CFI), Tucker-Lewis index (TLI), standardized root mean residual (SRMR) and the root mean square error of approximation (RMSEA) and its respective confidence interval. For these indexes, the following adaptation parameters were adopted (Hu & Bentler, 1999; Schreiber et al., 2006): s-b χ^2 /df less than 5 (preferably less than 3), SRMR less than 0.08, RMSEA less than 0.06 (with an upper confidence interval not greater than 1.00), and CFI and TLI values greater than 0.90 – preferably greater than 0.95.

The CFA adjustment indexes were insufficient to validate the original Y-OQ 2.01 model (s-b χ^2 /df=1.79, CFI=0.86, TLI=0.86, SRMR=0.109, RMSEA=0.055 [0.052–0.058]), contrary to the hypothesis that this factorial structure would work for the scale's Portuguese version. In addition, considering the original model, correlations were calculated between the six subscales based on participants who completed all Y-OQ 2.01 items (N=264). Pearson and Spearman correlations were calculated for this sample, but since the results and conclusions of the significance tests were similar, it was decided to present the Spearman correlations. As shown in Table 2, strong correlations ($p < 0.001$) were found between the Interpersonal Relations subscale and the Intrapersonal Distress and Behavioral Dysfunction subscales. Moderate correlations predominated among the subscales (all $p < 0.001$), with the exception of a weak correlation between Somatic Distress and Social Problems.

Table 2 — Spearman's correlations between the Y-OQ 2.01 subscales, which describe psychological and behavioral problems of children and adolescents

n=254	Intrapersonal Distress (ID)	Somatic (S)	Interpersonal Relations (IR)	Social Problems (SP)	Behavioral Dysfunction (BD)	Critical Items (CI)
Intrapersonal Distress (ID)	1					
Somatic (S)	0.589**	1				
Interpersonal Relations (IR)	0.749**	0.438**	1			
Social Problems (SP)	0.544**	0.379**	0.689**	1		
Behavioral Dysfunction (BD)	0.648**	0.424**	0.743**	0.649**	1	
Critical Items (CI)	0.663**	0.476**	0.570**	0.532**	0.601**	1

Note:

** Correlations were significant at p<0.001

An exploratory factorial analysis (EFA), using polychoric correlations and the minimum rank estimation method with oblique (direct oblimin) rotation, was later performed to investigate the elements of the factor load matrix in a free setting. The parallel analysis suggests that only two factors exhibited Eigenvalues greater than the simulated (Monte Carlo) and sample permuted values. The exploratory model had higher fit indexes than the confirmatory model and was structured with two major factors (TLI=0.95, RMSEA=0.08). Therefore, this model was used for the internal consistency and network analyses. The EFA result, which pointed to a two-factor model, agrees with other studies that investigated interrelationships between psychiatric disorders according to diagnostic manuals such as the DSM and that found a structure of two latent factors interpreted as internalizing and externalizing symptoms (Kotov et al., 2011; Krueger et al., 1998). Individuals in the first group tend to express pain internally, leading to depression and anxiety, while individuals in the second group tend to express their suffering to the outside world in an opposition manner, developing disorders such as substance abuse, conduct disorders, and/or antisocial behaviors. Factor loadings of the EFA are presented in Table 3, along with the items of the instrument, the subscales with items presented in the original six-factor structure and in the proposed two-factor structure, with the respective Cronbach's alphas and Guttman's lambda-6 coefficient.

The results of the Y-OQ 2.01 network analysis generated two graphical representations (Figure 1 and Figure 2) based on the two-factor structure that emerged in the EFA. These graphs show the expected influence (EI) metric analysis, which aims to identify the force of the nodes' influence in the networks of internalizing and externalizing symptoms. Positive EI scores (0 to 2) represent parallel activations between the nodes and the network – the activation of the node induces the activation of the network. Negative EI scores (-2 to 0) indicate opposite activations between the nodes and the network – the activation of the node leads to a deactivation of the network (Robinaugh et al., 2016).

Table 3 — Y-OQ 2.01 backtranslated items, exploratory factorial analysis' loadings and comparison with the six factors of the original model

Item – My son or daughter...	Factorial Loadings		Original Structure
	Factor 1	Factor 2	
	Internalizing	Externalizing	
			Six Factors
1. Wants to be alone more than other children/adolescents of the same age.	0.693	-0.122	ID
2. Complains of dizziness or headaches.	0.635	-0.072	S
3. Doesn't participate in activities that previously gave him/her pleasure.	0.603	-0.003	ID
4. Argues or is verbally disrespectful.	0.093	0.577	IR
5. Is more afraid than other children/adolescents of the same age.	0.419	0.010	ID
6. Doesn't want to go to school or skips classes.	0.406	0.230	SP
7. Cooperates or fulfills rules and expectations.	0.146	0.367	IR
8. Has difficulty completing tasks, or completes them without care.	0.079	0.487	BD
9. Complains or talks frequently about things being unfair.	0.304	0.263	ID
10. Has bowel problems such as constipation or diarrhea.	0.444	0.045	S
11. Fights physically with others of the same age or family.	0.061	0.623	IR
12. Is concerned and can't get certain ideas out of his/her head.	0.511	0.097	CI
13. Steals or lies.	0.132	0.517	SP
14. Is restless, agitated or hyperactive.	-0.333	0.862	BD
15. Seems frequently anxious or nervous.	0.158	0.566	ID
16. Communicates in a nice and appropriate way.	0.086	0.403	IR
17. Seems tense or easily frightened frequently.	0.390	0.157	ID
18. Urinates or defecates in his/her pants.	0.086	0.391	S
19. Is aggressive towards adults.	0.173	0.554	IR
20. Sees, hears and believes in things that are not real (does not apply to children's stories, fairy tales, cartoons or other activities involving fantasies, typical of childhood).	0.152	0.319	CI
21. Hurts himself/herself intentionally (example: cuts or scratches himself/herself, attempted suicide).	0.608	0.178	CI
22. Uses alcohol or other drugs.	0.510	-0.053	SP

continue...

...continuation

Item – My son or daughter...	Factorial Loadings		Original Structure
	Factor 1 Internalizing	Factor 2 Externalizing	
23. Seems unable to organize.	0.347	0.352	BD
24. Likes the relationship with family and friends.	0.423	0.046	IR
25. Seems sad or unhappy.	0.706	0.016	ID
26. Often presents pain or weakness in muscles or joints.	0.754	-0.221	S
27. Has a negative and distrustful attitude towards friends, family and other adults.	0.565	0.217	IR
28. Believes that others are trying to hurt him/her, even if they aren't.	0.391	0.375	CI
29. Threatens to run away or has run away from home.	0.373	0.346	SP
30. Feels intense emotions that change very fast.	0.287	0.536	BD
31. Violates rules, laws and expectations on purpose.	0.077	0.746	SP
32. Seems to be happy with himself/herself.	0.510	0.131	ID
33. Has bad mood, is sly, or cries more than other children/adolescents of the same age.	0.092	0.667	ID
34. Moves away from family and friends.	0.604	0.111	ID
35. Complains of stomach ache or feeling sick more than other children/adolescents of the same age.	0.643	-0.041	S
36. Has no friends or doesn't keep friends.	0.513	0.259	IR
37. Has friends that I don't approve of.	0.486	0.116	IR
38. Believes that others can hear his/her own thoughts or that he/she can hear the thoughts of others.	0.537	0.145	CI
39. Has inappropriate sexual behavior (example: molesting another family member or other persons; showing off; being sexually hyperactive).	0.519	0.175	SP
40. Has difficulty waiting for his/her turn to participate in activities and conversations.	0.228	0.746	BD
41. Has suicidal thoughts or says it would be better off to be dead.	0.638	0.213	ID
42. Complain of nightmares, difficulty falling asleep, sleeping too much or waking up earlier than intended.	0.422	0.185	S
43. Complains or challenge rules, expectations and responsibilities.	0.043	0.707	IR
44. Has moments of happiness outside of normal, or excess energy.	-0.011	0.719	CI
45. Deals appropriately with boredom and frustration.	0.038	0.498	BD
46. Is afraid of going mad.	0.704	-0.015	CI

continue...

...continuation

Item – My son or daughter...	Factorial Loadings		Original Structure
	Factor 2		
	Factor 1	Factor 2	
	Internalizing	Externalizing	Six Factors
47. Feels guilt properly when he/she does something wrong.	0.050	0.336	SP
48. Requires a lot of attention in an unusual way.	0.076	0.636	BD
49. Is cranky.	0.094	0.681	ID
50. Vomits or is sickened more than other children/adolescents of the same age.	0.582	-0.074	S
51. Gets angry to the point of being a danger to others.	0.289	0.485	CI
52. Seems to intentionally create problems when he/she is bored.	0.042	0.614	BD
53. Seems to be optimistic and hopeful in an appropriate way.	0.308	0.261	ID
54. Presents muscle spasms or involuntary movements in the face, arms or body.	0.535	0.052	S
55. Destroyed someone else's property on purpose.	0.266	0.484	SP
56. Has difficulty concentrating, thinking clearly or performing tasks.	0.105	0.539	BD
57. Speaks negatively, as if all the bad things were his/her fault.	0.563	0.191	ID
58. Lost weight significantly without medical reasons.	0.563	0.078	CI
59. Acts impulsively, without thinking of the consequences.	0.119	0.634	BD
60. Is usually calm.	-0.035	0.558	BD
61. Doesn't forgive himself/herself for past mistakes.	0.577	-0.044	ID
62. Doesn't have much energy.	0.758	-0.166	ID
63. Feels that he/she has no friends or that no one likes him/her.	0.601	0.156	ID
64. Gets upset easily or gives up something when frustrated.	0.259	0.459	ID
Cronbach's alphas	0.92	0.93	
Guttman's lambda-6 coefficient	0.94	0.95	

Notes

ID = Intrapersonal Distress; S = Somatic; IR = Interpersonal Relations; SP = Social Problems; BD = Behavioral Dysfunction; CI = Critical Items. The higher and relevant item's factor loadings related to each factor are presented in bold.

Figure 1 — Graph of the expected influence of the internalizing dimension – Factor 1 of the EFA

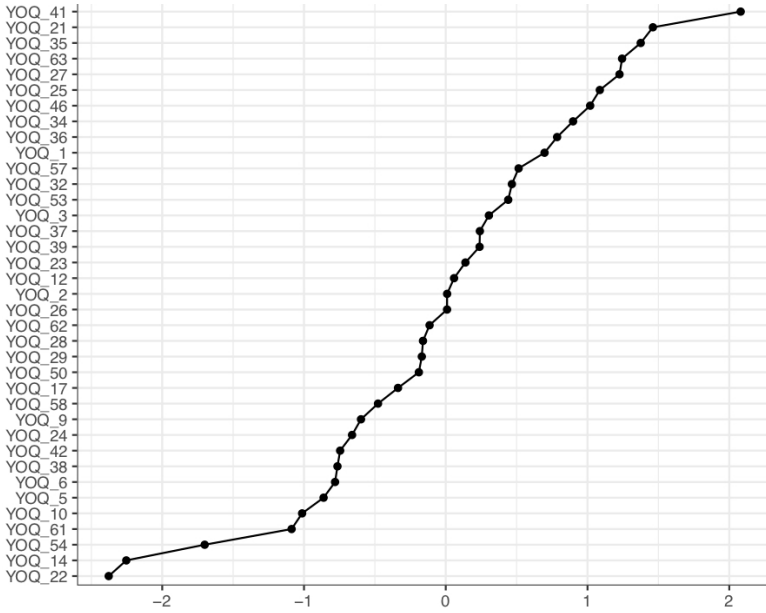
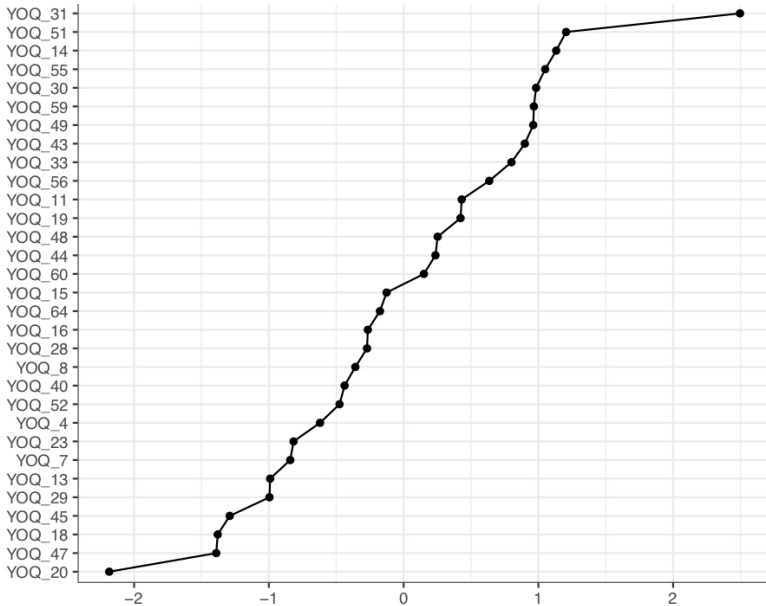


Figure 2 — Graph of the expected influence of the externalizing dimension – Factor 2 of the EFA



Discussion

The results suggested that the Youth Outcome Questionnaire 2.01 demonstrates evidence of validity for its Brazilian Portuguese version. The CVC analysis verified the instrument's content validity. The methods used (CFA, EFA and network analysis) to evaluate the psychometric properties of the Y-OQ 2.01 indicated that, for the Brazilian context, a two-factor structure has a greater capacity to explain the latent variable of the instrument. The reliability of this structure was evaluated by two different methods (Cronbach's alpha and Guttman's reliability coefficient), and the results were satisfactory. The model presented is based on the historical premise of psychoanalyst Karen Horney (1964), who proposed a differentiation between patients based on different psychological solutions used to resolve conflicts – both conflicts between individuals and the external world and conflicts between antagonistic internal attitudes. The classification of two different positions to deal with suffering is also present in traditional research on youth psychopathology (Achenbach & Edelbrock, 1978) and, as previously mentioned, is supported by studies on psychiatric disorders according to diagnostic manuals that also found a two-factor structure, which suggests a broader classification of internalizing and externalizing disorders (Kotov et al., 2011; Krueger et al., 1998).

The latent structure identified in this study also emerged in previous findings. In a longitudinal cohort study with a New Zealand epidemiological sample that evaluated ten common mental disorders through the Diagnostic Interview Schedule (DIS), Version III-R (Robins et al., 1989), using DSM-III-R classification, the results pointed to a model of two latent factors (internalization and externalization) underlying these ten disorders. This result highlights the diagnostic manuals' low sensitivity to capture comorbidities and adds to the discussion about the lack of specificities regarding predictors of psychopathology, proposing a broader understanding of these disorders based on different basic orientations towards the world (Krueger et al., 1998). Another study (Cosgrove et al., 2011) also found a latent two-factor model (internalization and externalization) to explain the interrelationships among six psychiatric disorders in adolescents – 1162 pairs of twins and 426 siblings. Genetic analyses of multivariate behavior were carried out, and it was concluded that the concomitant occurrence of internalizing and externalizing symptoms results from genetic and environmental influences.

Although this categorization is very recurrent in the literature (Connell & Goodman, 2002), it is known that comorbidities between internalizing and externalizing disorders in childhood exist and challenge the evaluation model

underlying the diagnostic manuals (Krueger et al., 2001). There are many reasons for the presence of comorbidities, such as shared diagnoses, evaluation biases, shared causal factor or genesis; depression may, in some cases, inhibit concern for the consequences of actions, increasing the risk for antisocial behavior, and antisocial behavior can lead to a recurrent state of anxiety (Lilienfeld, 2003). Thus, the overlap of some items of the Y-OQ 2.01 within the two dimensions is supported by the complexity that characterizes human behavior in general.

With regard to the expected influence metric derived from the network analysis, Figure 1 shows the pattern of influence of the internalizing nodes in the network. At the positive pole of the graph, which is composed of nodes that induce the activation of the network, the one with the greatest positive influence is item number 41 (Has suicidal thoughts or says it would be better off to be dead). Suicidal ideation is a diagnostic criterion for depression in the DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) and has a high prevalence among adolescents, even among the nonclinical population (Moreira & Bastos, 2015). Other nodes that positively influence the activation of the internalizing network describe symptoms of self-harm (21 – Hurts himself/herself intentionally), somatic (35 – Complains of stomach ache or feeling sick more than other children/adolescents of the same age) and social rejection (63 – Feels that he/she has no friends or that no one likes him/her). Although these items belong to three different subscales in the original Y-OQ 2.01 six-factor structure, they are all characteristic symptoms of internalizing conditions such as depression, anxiety, social isolation, and somatic or physical problems (Merrell, 2008).

Figure 1 also shows that in the negative pole of the graph, composed of nodes that induce the deactivation of the network and decrease the probability of internalizing manifestations, there are symptoms most related to the externalizing spectrum – but whose factor loadings were higher for Factor 1 in the EFA – such as substance use (22 – Uses alcohol or other drugs) and agitation and hyperactivity (14 – Is restless, agitated or hyperactive). The EI analysis seems to support that internalizing and externalizing manifestations, even when present within the same context – which is not uncommon (Krueger et al., 2001), remain two distinct psychological solutions to suffering that tend towards opposite directions. While hyperactivity and aggressive/antisocial behaviors are symptoms directed to the outside world and therefore easier to identify, internalized problems have an excessively controlled and secretive nature, which makes diagnosis difficult and increases the possibility of suffering negligence and noncomprehension (Merrell, 2008). The results of the EI metric demonstrate that for a young man prone to depression and anxiety, addressing such suffering to the outside world through

externalization may mitigate his suicidal potential. These data are reinforced by the EFA result (Table 3), in which item 14 (Is restless, agitated or hyperactive) had significant factorial loadings in both factors, but it is negative for Factor 1 – internalizing (-0.333), which can be interpreted again as a protective aspect of the item for the internalizing dynamic.

In evaluating the EI metrics of Factor 2 – externalizing (Figure 2), we observe that delinquent and antisocial behaviors (31 – Violates rules, laws and expectations on purpose; 51 – Gets angry to the point of being a danger to others; 14 – Is restless, agitated or hyperactive) represent the nodes of greatest activation of this network – which is characterized by little control or self-regulation of emotional behaviors and expressions (Merrell, 2008). Deactivation of this path, which culminates in behavior pathologies, seems to be related to a more regressive behavior and disconnection to the external environment (20 – Sees, hears and believes in things that are not real; 18 – Urinates or defecates in his/her pants) and the presence of guilt and responsibility in relation to one's own behavior (47 – Feels guilt properly when he/she does something wrong; 45 – Deals appropriately with boredom and frustration). It is observed that the disconnection from the external world, along with the presence of guilt and frustration tolerance, has the potential to deactivate the externalizing network. The relationship between the absence of guilt and impulsive/antisocial behavior is already widely described in the DSM-V (American Psychiatric Association, 2013).

The observed patterns of influence help clinicians understand how the symptomatic pattern manifests and which direction the course of the disorder may take, and based on the symptoms, they help clinicians to estimate the activation potential of the network. The network analysis also allows the identification of symptom directions. For example, in Figure 1, which presents the set of internalizing symptoms, the most influential item is linked to suicide (item 41), which, once activated, is more likely to trigger other internalizing symptoms. The lowest activation item is related to alcohol and substance use (item 22). Therefore, regarding internalized suffering, symptoms either evolve to self-harm or suicide-related symptoms or progress to substance abuse disorders, which will not necessarily trigger symptoms of classical depression such as suicide attempts. The same happens with the externalizing network. The item that involves the largest activation of the network is item 31 (Violates rules, laws and expectations on purpose). When enabled, other symptoms linked to the externalizing network are more likely to appear. However, when item 20 (Sees, hears and believes in things that are not real) is present, the network is heading towards a deactivation – and disorders that include delusions and hallucinations are likely to develop.

Although understanding the Y-OQ 2.01 in two factors is supported by studies that found two latent variables to explain mental disorders (Cosgrove et al., 2011; Kotov et al., 2011; Krueger et al., 1998), the six factors that comprise the original structure of the Y-OQ 2.01 reveal a richness of detail to outline the behaviors that should be considered by the clinician. Considering possible overlaps in both models, it is observed that the six factors of the original structure are organized in a coherent way between the two dimensions proposed by the EFA. For example, the subscale of Interpersonal Stress, which evaluates anxiety and depression (typically internalizing), was divided into 14 items in the internalizing dimension and only four in the externalizing dimension, and these four items (15, 33, 49, and 64) are clear behavior manifestations of anxiety and sadness. The subscale of Somatic Distress, typically an internalizing dimension (Dhossche et al., 2002; Merrell, 2008), was decomposed into seven items in the internalizing dimension and only one in the externalizing dimension, item 18 (Urinating or defecates in his/her pants), understood as an exteriorization of suffering. The items that belong to the other four subscales of the instrument's original structure also seem to have a logical division between the two proposed dimensions (as observed in Table 3).

The relevance of the original model's structure can also be observed through the correlation pattern presented in Table 2. Strong correlations were found between Interpersonal Relations (variable containing both externalizing and internalizing elements) and two subscales: Intrapersonal Distress (typically internalizing) and Behavioral Dysfunction (externalizing). In addition, moderate correlations predominated among the subscales (all $p < 0.001$), except for the weak correlation between Somatic Distress (typically internalizing) and Social Problems (externalizing). It is important to mention that these six dimensions were developed based on many methods of information gathering, such as meta-analytic analyses, focus groups with patients, parents, psychologists and psychiatrists, hospital registries, among others (Burlingame et al., 2005). Thus, the interpretation of the Y-OQ 2.01 based on six factors maintains a clinical relevance that must be considered in future studies.

Conclusion

This study demonstrated evidence of validity for the Brazilian Portuguese Y-OQ 2.01. Therapists seeking to evaluate psychotherapy outcomes and processes with children and adolescents may benefit from the use of this tool, especially given that this population has a lower capacity for self-observation of behavior

and depends on external observers to determine psychological triggers, motivators, extent of mental distress, and improvements. This instrument may be even more relevant for preverbal children, whose monitoring of treatment is impossible without parental input. In addition, the possibility of obtaining the perception of other people from the child's environment about the treatment's response makes it possible to detect maladjustments and complements the evaluation of the patient with multiple perspectives of their evolution. Specifically, for adolescents who are particularly vulnerable to disorders originating from untreated problems in childhood (Klasen & Crombag, 2013), assessing their parents' perception of the treatment strengthens the support network.

Limitations of this study are based on the use of a nonprobabilistic and nonrepresentative sample of the Brazilian population. In addition, subsequent studies containing larger and probabilistic samples, including samples from other Brazilian regions, should be conducted. The hypothesis that the factorial structure of the Brazilian Portuguese Y-OQ 2.01 would be similar to its original version, consisting of six factors, was not confirmed, and a two-factor solution was proposed. It is expected that other studies continue to use this instrument in Brazil and that the structure for this sample will continue to be tested. The strengths of this study are the adequate sample distribution regarding gender and age group, since there are significant theoretical differences regarding internalizing and externalizing manifestations between boys and girls and children and adolescents (Rescorla et al., 2007). Considering the limited number of Brazilian studies examining psychotherapy with children and adolescents that use instruments to evaluate results and the scarce use of quantitative assessments to measure psychotherapy outcome (Holst et al., 2018), this study intends to provide a tool that helps the scientific community to demonstrate results of psychotherapeutic interventions of any theoretical base and foster evidence-based psychotherapy.

References

- Achenbach, T. M.; Edelbrock, C. S. (1978). The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin*, 85(6), 1275-1301. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.85.6.1275>
- Achenbach, T. M.; Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms and profiles*. Burlington, VT: University of Vermont Research Center for Children, Youth, & Families.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

- American Psychological Association (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.
- American Psychological Association (2008). *Disseminating evidence-based practice for children and adolescents: A systems approach to enhancing care*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Belfer, M. L. (2008). Child and adolescent mental disorders: The magnitude of the problem across the globe. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 226-236. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01855.x>
- Bickman, L.; Lambert, E. W.; Andrade, A. R.; Penaloza, R. V. (2000). The Fort Bragg continuum of care for children and adolescents: Mental health outcomes over 5 years. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 710-716. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.4.710>
- Borsboom, D.; Cramer, A. O. J. (2013). Network analysis: An integrative approach to the structure of psychopathology. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 91-121. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185608>
- Breakwell, G.; Hammond, S.; Fife-Schaw, C.; Smith, J. A. (2010). *Método de pesquisa em psicologia* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Burlingame, G. M.; Cox, J.; Wells, G.; Latkowski, M.; Justice, D.; Carter, C.; Lambert, M. (2005). *The administration and scoring manual of the Youth Outcome Questionnaire*. Salt Lake City, UT: OQ Measures.
- Burlingame, G. M.; Wells, M. G.; Lambert, M. J.; Cox, J. C. (2004). Youth Outcome Questionnaire (Y-OQ). In: M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment: Instruments for children and adolescents*, p. 235-273. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cassepp-Borges, V.; Balbinotti, M. A. A.; Teodoro, M. L. M. (2010). Tradução e validação de conteúdo: Uma proposta para a adaptação de instrumentos. In: L. Pasquali e colaboradores (Orgs.), *Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas*, p. 506-520. Porto Alegre: Artmed.
- CFP – Conselho Federal de Psicologia (2000). *Resolução nº 16, de 20/12/2000. Dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos*. Brasília: CFP. <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-de-fiscalizacao-e-orientacao-n-16-2000-dispoe-sobre-a-realizacao-de-pesquisa-em-psicologia-com-seres-humanos>
- CNS – Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde (2016). *Resolução nº 510, de 07/04/2016. Normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais*. Brasília: Diário Oficial da União. https://www.in.gov.br/material/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22917581
- Connell, A. M.; Goodman, S. H. (2002). The association between psychopathology in fathers versus mothers and children's internalizing and externalizing behavior problems: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 128(5), 746-773. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.5.746>
- Connors, C. K. (1990). *Connor's rating scales manual*. North Towanda, NY: Multi-Health Systems.

- Cosgrove, V. E.; Rhee, S. H.; Gelhorn, H. L.; Boeldt, D.; Corley, R. C.; Ehringer, M. A. (2011). Structure and etiology of co-occurring internalizing and externalizing disorders in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(1), 109-123. <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9444-8>
- Costello, A. B.; Osborne, J. W. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, Research, & Evaluation*, 10, 1-9.
- Costello, E. J.; Maughan, B. (2015). Annual Research Review: Optimal outcomes of child and adolescent mental illness. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 324-341. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12371>
- Dhossche, D.; van der Steen, E.; Ferdinand, R. (2002). Somatoform disorders in children and adolescents: A comparison with other internalizing disorders. *Annals of clinical psychiatry*, 14(1), 23-31. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12046637/>
- Dunn, T.; Burlingame, G.; Walbridge, M.; Smith, J.; Crum, M. (2005). Outcome assessment for children and adolescents: Psychometric validation of the Youth Outcome Questionnaire 30.1. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12(5), 388-401. <https://doi.org/10.1002/cpp.461>
- Epskamp, S.; Cramer, A. O. J.; Waldorp, L. J.; Schmittmann, V. D.; Borsboom, D. (2012). Qgraph: Network visualizations of relationships in psychometric data. *Journal of Statistical Software*, 48, 1-18. <https://doi.org/10.18637/jss.v048.i04>
- Guimarães, L. P. M.; Yoshida, E. M. P. (2014). Criteria of progress in child psychotherapies according to psychotherapists. *Paidéia*, 24(57), 95-104. <https://doi.org/10.1590/1982-43272457201412>
- Hernández-Nieto, R. A. (2002). *Contribuciones al análisis estadístico*. Mérida, Venezuela: Universidad de Los Andes / IESINFO.
- Holst, B.; Lisboa, C. S. M.; Braga, A. Z.; Strey, A. M.; Souza, D. B. (2018). Systematic review on the use and description of measures to evaluate psychotherapeutic interventions with children and adolescents in Brazil. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 40(4), 342-351. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0067>
- Horn, J. L. (1965). A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika*, 30, 179-185.
- Horney, K. (1964). *Nossos conflitos interiores*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Hu, L.; Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- IBM Corp. (2010). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 19.0*. Armonk, NY: IBM Corp.
- Kazdin, A. E. (2000). Understanding change: From description to explanation in child and adolescent psychotherapy research. *Journal of School Psychology*, 38(4), 337-348.

- Klasen, H.; Crombag, A. C. (2013). What works where? A systematic review of child and adolescent mental health interventions for low and middle income countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(4), 595-611. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0566-x>
- Kotov, R.; Chang, S. W.; Fochtmann, L. J.; Mojtabai, R.; Carlson, G. A.; Sedler, M. J.; Bromet, E. J. (2011). Schizophrenia in the internalizing-externalizing framework: A third dimension? *Schizophrenia Bulletin*, 37, 1168-1178. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbq024>
- Krueger, R. F.; Caspi, A.; Moffitt, T. E.; Silva, P. A. (1998). The structure and stability of common mental disorders (DSM-III-R): A longitudinal-epidemiological study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(2), 216-227. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.107.2.216>
- Krueger, R. F.; McGue, M.; Iacono, W. G. (2001). The higher-order structure of common DSM mental disorders: Internalization, externalization, and their connections to personality. *Personality & Individual Differences*, 30(7), 1245-1259. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00106-9](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00106-9)
- Lilienfeld, S. O. (2003). Comorbidity between and within childhood externalizing and internalizing disorders: Reflections and directions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(3), 285-291. <https://doi.org/10.1023/A:1023229529866>
- McClendon, D. T.; Warren, J. S.; Green, K. M.; Burlingame, G. M.; Eggett, D. L.; McClendon, R. J. (2011). Sensitivity to change of youth treatment outcome measures: A comparison of the CBCL, BASC-2, and Y-OQ. *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), 111-125. <https://doi.org/10.1002/jclp.20746>
- Merrell, K. W. (2008). *The Guilford practical intervention in the schools series. Helping students overcome depression and anxiety: A practical guide* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Moreira, L. C. O.; Bastos, P. R. H. O. (2015). Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: Revisão de literatura. *Psicologia Escolar e Educacional*, 19(3), 445-453. <https://doi.org/10.1590/2175-3539/2015/0193857>
- Pasquali, L. (2010). Testes referentes a construto: Teoria e modelo de construção. In: L. Pasquali e colaboradores (Orgs.), *Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas*, p. 165-198. Porto Alegre: Artmed.
- Rescorla, L.; Achenbach, T. M.; Ivanova, M. Y.; Dumenci, L.; Almqvist, F.; Bilenberg, N.; ... Verhulst, F. (2007). Behavioral and emotional problems reported by parents of children ages 6 to 16 in 31 societies. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 15, 130-142. <https://doi.org/10.1177/10634266070150030101>
- Ridge, N. W.; Warren, J. S.; Burlingame, G. M.; Wells, M. G.; Tumblin, K. M. (2009). Reliability and validity of the Youth Outcome Questionnaire Self-Report. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 1115-1126. <https://doi.org/10.1002/jclp.20620>
- Robinaugh, D. J.; Millner, A. J.; McNally, R. J. (2016). Identifying highly influential nodes in the complicated grief network. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(6), 747-757. <https://doi.org/10.1037/abn0000181>

- Robins, L. N.; Helzer, J. E.; Cottier, L.; Goldring, E. (1989). *Diagnostic Interview Schedule, Version III-R* (unpublished manuscript). Washington University, St. Louis, MO.
- Satorra, A.; Bentler, P. M. (2001). A scaled difference chi-square test statistic for moment structure analysis. *Psychometrika*, 66(4), 507-514. <https://doi.org/10.1007/BF02296192>
- Schmittmann, V. D.; Cramer, A. O. J.; Waldorp, L. J.; Epskamp, S.; Kievit, R. A.; Borsboom, D. (2011). Deconstructing the construct: A network perspective on psychological phenomena. *New Ideas in Psychology*, 31, 43-53. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2011.02.007>
- Schreiber, J. B.; Stage, F. K.; King, J.; Nora, A.; Barlow, E. A. (2006). Reporting structural equation modeling and confirmatory factor analysis results: A review. *Journal of Educational Research*, 99(6), 323-337. <https://doi.org/10.3200/JOER.99.6.323-338>
- Timmerman, M. E.; Lorenzo-Seva, U. (2011). Dimensionality assessment of ordered polytomous items with parallel analysis. *Psychological Methods*, 16(2), 209-220. <https://doi.org/10.1037/a0023353>
- WHO – World Health Organization (1995). *Physical status: Use and interpretation of anthropometry*. Geneva: World Health Organization.
- WHO – World Health Organization & Calouste Gulbenkian Foundation (2014). *Social determinants of mental health*. Geneva: World Health Organization.
- Wild, D.; Grove, A.; Martin, M.; Eremenco, S.; McElroy, S.; Verjee-Lorenz, A.; Erikson, P. (2005). Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: Report of the ISPOR Task Force for translation and cultural adaptation. *Value in Health*, 8(2), 94-104. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x>

Recebido em 10 de março de 2019

Aceito para publicação em 13 de abril de 2021

INFÂNCIAS, TEORIAS QUEER, PSICANÁLISES: PARA ALÉM DO PRINCÍPIO DO PROGRESSO E DA HETERONORMATIVIDADE

*CHILDHOODS, QUEER THEORIES, AND PSYCHOANALYSIS:
BEYOND THE PROGRESS PRINCIPLE AND HETERONORMATIVITY*

*INFANCIAS, TEORÍAS QUEER Y PSICOANÁLISIS: MÁS ALLÁ DEL
PRINCIPIO DEL PROGRESO Y DE LA HETERONORMATIVIDAD*

Daniel Boianovsky Kveller ⁽¹⁾

Rafael Cavalheiro ⁽²⁾

Léo Tietboehl ⁽³⁾

RESUMO

Este artigo parte da relação entre gênero, sexualidade e psicanálise para propor uma reflexão acerca dos conceitos de trauma e de pulsão de morte. Em um primeiro momento, exploramos como a heteronormatividade pode ocasionar efeitos traumáticos. Para tanto, tomamos como referência o romance “O Fim de Eddy”, de Édouard Louis, e a leitura de Judith Butler sobre a teoria freudiana do trauma. A seguir, do ponto de vista de uma análise cultural, sublinhamos a potência disruptiva e desestabilizadora da queeridade em relação a algumas estratégias discursivas conservadoras que circulam pelo espaço público. Nessa segunda seção, dialogamos especialmente com os apontamentos de Lee Edelman sobre a pulsão de morte. Em seu conjunto, o artigo enfatiza o que pode se relacionar à ideia de criança queer, visto que é frequentemente em nome de uma suposta “infância saudável” e de um desenvolvimento psicosssexual “normal” que discursos heteronormativos e conservadores têm ganhado visibilidade no cenário político brasileiro contemporâneo.

Palavras-chave: psicanálise; teoria queer; infância; trauma.

⁽¹⁾ Doutorando em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil. dkveller@gmail.com

⁽²⁾ Doutorando em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. rafaelatler@gmail.com

⁽³⁾ Doutorando em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Mestre em Psicanálise: Clínica e Cultura pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil. leokt2@gmail.com

O primeiro autor é bolsista da CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior.

ABSTRACT

This article builds on queer studies and psychoanalysis to reflect upon the concepts of trauma and death drive. First, we examine the traumatic effects of heteronormativity. To do so, we engage with Édouard Louis' novel "The End of Eddy", and Judith Butler's reading of Freudian trauma theory. Then, in a broader cultural analysis, we suggest how queerness itself can disrupt and subvert conservative discursive strategies that have been circulating in the Brazilian public sphere. In this second section, we dialogue specifically with Lee Edelman's theorization of the death drive. Ultimately, we emphasize the idea of queer children, considering that these heteronormative discourses are articulated and reproduced in the contemporary Brazilian political context precisely in the name of a presumed "healthy" childhood and a "normal" psycho-sexual development.

Keywords: psychoanalysis; queer theory; childhood; trauma.

RESUMEN

Este artículo parte de la relación entre género, sexualidad y psicoanálisis para proponer una reflexión acerca de los conceptos de trauma y pulsión de muerte. En primer lugar, exploramos cómo la heteronormatividad puede causar efectos traumáticos. Para ello, tomamos como referencia la novela "Para acabar con Eddy Bellegueule", de Édouard Louis, y la lectura de Judith Butler sobre la teoría freudiana del trauma. Asimismo, desde el punto de vista de un análisis cultural, subrayamos el poder disruptivo y desestabilizador de la queeridad con relación a estrategias discursivas conservadoras que circulan en el espacio público. En esta segunda sección, dialogamos especialmente con las notas de Lee Edelman sobre la pulsión de muerte. En su conjunto, el artículo enfatiza la idea de niños queer, ya que a menudo es en nombre de la supuesta "infancia sana" y del desarrollo psicosexual "normal" que los discursos heteronormativos y conservadores han ganado visibilidad en el escenario político brasileño contemporáneo.

Palabras clave: psicoanálisis; teoría queer; infancia; trauma.

Introdução

Embora as críticas dirigidas à psicanálise pelos estudos feministas e *queer*¹ contem pelo menos 60 anos, é recente a abertura dos psicanalistas brasileiros para uma reflexão significativa sobre suas implicações. Foi apenas nos últimos dez anos, e nos últimos cinco com mais intensidade, que assistimos a um crescimento

de pesquisas psicanalíticas brasileiras dispostas a sustentar um diálogo sério e politicamente implicado (Cavalheiro, 2019). Tal fresta, ainda que se faça com certo atraso e que provavelmente exija mais tempo para ultrapassar fronteiras acadêmicas, mostra ser de extrema importância. Devemos creditar-lhe a iniciativa de fazer perceptível o conservadorismo que dominou as instituições psicanalíticas ao longo do século XX e que foi responsável, por exemplo, pela exclusão de candidatos homossexuais à formação psicanalítica (Bulamah, 2016), pelo posicionamento público reacionário de psicanalistas contra pautas levantadas por movimentos sociais (Quinet, 2016) e pela distribuição moralista de diagnósticos que associavam apressadamente pacientes homossexuais e transexuais à perversão ou à psicose (Cunha, 2013; Ayouch, 2015).

Este escrito trabalha com dois conceitos que entendemos como complementares entre si e cruciais para pensarmos as sobreposições entre psicanálise, gênero e sexualidade: o trauma e a pulsão de morte. Num primeiro momento, exploramos as correlações entre a heteronormatividade² e seus efeitos traumáticos. A partir de uma análise sobre *O Fim de Eddy*, romance de Édouard Louis, debruçamo-nos sobre as possibilidades de uma elaboração desses efeitos a partir de sua própria repetição. Colocamos esta como peça chave e essencial de um processo de diferenciação, ao mesmo tempo que questionamos as chances de ver dissolvida tal intrinsecabilidade. A seguir, do ponto de vista de uma análise cultural, apontamos em que medida o *queer* pode ser pensado como uma figuração da pulsão de morte, e assinalamos a potência disruptiva e desestabilizadora dessa equação em relação a estratégias discursivas conservadoras que circulam pelo espaço comum.

Baseamos nossa análise nas teorizações de dois autores frequentemente associados aos estudos *queer* e fortemente influenciados pela psicanálise: Judith Butler e Lee Edelman. Sugerimos, por meio dessa escolha, que os estudos sobre gênero, sexualidade e psicanálise não devem se concentrar apenas em promover um diálogo entre os campos, mas também em apontar as conexões que já existem entre eles e, no limite, sua inseparabilidade. As abordagens de Butler e Edelman, embora sejam informadas por teorias e conceitos semelhantes, nesta análise funcionam pelo avesso uma da outra; esperamos que o tensionamento decorrente, mais do que uma conciliação teórica e política, possa transmitir algo do impasse e da irredutibilidade colocada tanto pelo termo *queer*, quanto pela própria teoria psicanalítica do trauma.

Enfatizamos a relação entre *queer* e infância porque é frequentemente em nome de uma suposta “infância saudável” e de um desenvolvimento psicosssexual “normal” que discursos conservadores e heteronormativos são articulados e reproduzidos. Esse é obviamente o caso do nosso país, como atestam polêmicas

envolvendo o fechamento de exposições de arte e a tentativa de proibir os debates sobre gênero em escolas públicas. Em ambos os casos, está em jogo a tentativa de evitar um desvirtuamento, uma suposta “perversão do desenvolvimento infantil” – o que revela, pelo seu avesso, a naturalização da heterossexualidade e da cisgeneridade como parâmetros de normalidade psíquica.

Injúria e trauma

O Fim de Eddy (Louis, 2018) é uma narrativa autobiográfica sobre a difícil infância e adolescência de Édouard Louis no vilarejo de Hallencourt, norte da França, durante os anos 1990 e início dos anos 2000. Trata-se de um romance curto em que momentos de recordações afetivas e fragmentos ensaísticos são costurados para descrever e analisar como a desigualdade econômica, a homofobia, o sexismo e a xenofobia interferiram diretamente no cotidiano da família do autor, construindo, de fato, seu cotidiano, suas formas de ver e de se relacionar com o mundo. O amálgama entre memória e ensaio, brilhantemente trabalhado por Louis, lembra outras obras contemporâneas de escritores franceses gays, como *Retour à Reims*, de Didier Eribon (2009). Essa conexão, como veremos a seguir, não é meramente casual.

A sexualidade é central nas recordações de Louis (2018). Devido aos traços afeminados, associados desde cedo pelos colegas e pela família à homossexualidade, Eddy sofreu inúmeras formas de rejeição e agressão, as quais, na condição de leitores, somos convidados a testemunhar. Logo nas primeiras páginas do capítulo de abertura, o autor descreve uma cena vivida na escola onde estudava, quando dois rapazes mais velhos se aproximam e o interpelam:

Me fizeram a pergunta que eu em seguida passei a me repetir incansavelmente, por meses, por anos, *É você o veado?* Quando a pronunciaram eles a inscreveram em mim para sempre, como um estigma, aquelas marcas que os gregos infligiam a ferro em brasa ou a faca no corpo dos indivíduos desviantes, perigosos para a comunidade. E percebi a impossibilidade de me desfazer desse estigma. (p. 15)

Em outra cena, um dos rapazes cospe em seu rosto:

O escarro desceu lentamente pelo meu rosto, amarelo e espesso, como esses catarros ruidosos que obstruem a garganta dos idosos ou doentes, de cheiro forte e nauseabundos. As risadas agudas,

estridentes dos dois garotos *Olha lá pegou a cara toda do filho da puta*. O catarro escorre do meu olho até os meus lábios, quase entrando na minha boca. Não ousou limpar. Eu poderia fazer isso, bastaria uma esfregada de manga. Bastaria uma fração de segundo, um gesto minúsculo para que o escarro não entrasse em contato com meus lábios, mas eu não o faço, por medo de que eles se ofendam, por medo de que eles se irrite ainda mais. (p. 13)

Ao iniciar pela cena humilhante de um insulto que é recebido de forma aparentemente passiva, a narrativa destaca a importância da injúria na vida de crianças que desafiam normas de gênero e sexualidade. A cena se alinha com algumas reflexões de Didier Eribon (1999/2008, p. 25), autor que define o universo homossexual como um “mundo de injúrias”. Mais precisamente, Eribon afirma que a injúria é o começo desse mundo, seu marco fundacional, já que termos pejorativos como “bicha” e “sapatão” não somente descrevem uma realidade já dada, mas, no próprio momento em que são proferidos, constituem o sujeito desviante e o mundo hostil ao seu redor. O “insulto é um veredito. É uma sentença quase definitiva, uma condenação perpétua com a qual vai ser preciso viver” (p. 28); nas palavras de Louis (2018, p. 15), “a gente nunca se acostuma às ofensas”. Segundo Eribon (1999/2008), a injúria não é um enunciado meramente comunicativo ou constativo. Aquele que insulta o faz em um exercício de dominação, ciente de que sua palavra terá o poder de inscrever sobre o sujeito-alvo a marca indelével da vergonha e da anormalidade.

Em seu comentário sobre a injúria, Eribon (1999/2008) reporta-se ao trabalho de Judith Butler, filósofa que também se dedicou a analisar o poder performativo da linguagem e, em especial, a capacidade dos discursos de ódio de ferir. Em *Excitable Speech: A politics of the performative* (1997), ela analisa de onde emana e o que sustenta esse poder; se a virulência desses discursos é inerente às suas expressões; se ela é de alguma forma conferida por alguém ou alguma instituição; se depende de quem pronuncia o discurso, de seu endereçamento, ou, ainda, do contexto social dos sujeitos envolvidos. A autora reflete acerca das propostas de proibição e punição legal para aqueles que repetem discursos de ódio, e questiona se a censura seria, de fato, uma maneira eficiente de barrar ou interromper as violências que se exercem por meio da linguagem. Por vias que guardam afinidades com as colocações de Michel Foucault (1976/2011) sobre a “hipótese repressiva”, Butler argumenta que impor o silêncio não faria senão conferir ainda mais potência e visibilidade aos discursos de ódio. É no ensejo dessas associações que ela sugere que os sentidos ofensivos dessas palavras e expressões sejam, em vez de

reprimidos, *subvertidos*: tal como a própria palavra *queer* foi apropriada e ressignificada até se tornar uma expressão de luta e de afirmação política da diferença.

A própria filósofa reconhece, no entanto, a aporia sob a qual se estabelecem tais proposições: se fosse simples subverter o sentido das expressões e palavras, por que ainda estaríamos nos deparando com incessantes repetições de discursos de ódio? Por que persiste sua capacidade de ferir? Butler (1997) responde a essas perguntas afirmando que a resistência à ressignificação se relaciona à história que os discursos de ódio e palavras ofensivas inevitavelmente carregam consigo. Não simplesmente a história do termo injurioso de acordo com diferentes tempos, contextos e desígnios, mas uma historicidade interna ao próprio insulto, uma sedimentação dos usos que se tornaram parte de si, uma repetição que congela e que confere ao insulto sua virulência. Nas palavras da autora, “não há nenhuma linguagem que seja capaz de se livrar de seu resíduo traumático, assim como não há nenhuma outra maneira de lidar com o trauma a não ser através do esforço árduo exigido para dirigir o rumo de sua repetição” (p. 38, tradução nossa).

As discussões sobre o trauma atravessam a obra freudiana, mas é em *Além do Princípio do Prazer* (Freud, 1920/2016) que encontramos as teorizações mais densas sobre o assunto. Nesse texto, publicado em 1920, Freud propõe como modelo um organismo primitivo, cujo aparelho psíquico é envolto por uma espécie de escudo que o protege de estímulos externos por meio de processos de bloqueio e filtragem. O trauma, entretanto, mostra sua particularidade pelo fator surpresa que lhe é intrínseco: o evento traumático gera um excesso de desprazer que rompe as capacidades para-excitatórias do escudo e termina por adentrar o aparelho psíquico de maneira inassimilável, como um corpo estranho. O aparelho psíquico passa a trabalhar pelas vias de uma repetição compulsiva na tentativa de promover ligações entre esse evento e a constelação de representações, e assim constituir um sentido propriamente dito para a vivência traumática.

A psicanálise sustenta um paradoxo ao considerar que a repetição do trauma pode oferecer as próprias possibilidades de sua elaboração: em um percurso de análise, *é preciso repetir para que se possa parar de repetir*, ou, ainda, *é preciso repetir para que possa advir uma diferença*. De forma análoga, Butler (1997) sustenta que é preciso que o discurso de ódio seja verbalizado – e não reprimido – para que ele possa ser subvertido. Como em um tratamento analítico, esse processo depende de um denso trabalho de elaboração e de uma disposição para perceber, *na* ou *pela* repetição mesma, as outras perspectivas ou formas narrativas que ela propicia.

Vale lembrar que, para Butler (1993), a própria abjeção tem efeitos traumáticos. Segundo a autora, o funcionamento da norma e da identidade heterossexual depende de um processo de exclusão constitutiva, ou seja, da criação

simultânea de zonas abjetas em direção às quais são repelidos os sujeitos cujos corpos, identidades e desejos não se conjugam totalmente de acordo com o padrão normativo. A violência física e linguística é uma iteração materializante da própria condição ontológica dessa abjeção; ela opera como repetição do traçado das linhas de inteligibilidade que confere àqueles às suas margens a condição de não-ser. Em outras palavras, o que está em jogo na violência física ou linguística – no caso da injúria – é a repetição/reiteração das fronteiras que delimitam o que pode ser reconhecido como humano, uma vida digna de ser vivida. O “abjeto designa aqui precisamente aquelas zonas ‘inóspitas’ e ‘inabitáveis’ da vida social, que são, não obstante, densamente povoadas por aqueles que não gozam do *status* de sujeito, mas cujo habitar sob o signo do ‘inabitável’ é necessário para que o domínio do sujeito seja circunscrito” (p. 3, tradução nossa).

No testemunho de Édouard Louis (2018), a repetição se materializa em diversos momentos. A mais óbvia, sem dúvida, é o fato de que Eddy continua se encontrando com seus dois colegas que o espancam sem demonstrar qualquer resistência: “eu fazia do silêncio meu melhor aliado e, de certa forma, cúmplice daquela violência” (p. 35). A única condição que Eddy estipula para continuar encontrando os dois alunos (uma condição combinada apenas consigo mesmo, evidentemente) é que esses encontros não sejam testemunhados por mais ninguém, uma vez que o fato de se “oferecer” como vítima é, para ele, um sentimento de sua condição de “bicha”, “maricas”. Parece-lhe suficiente apanhar escondido desde que o estigma não se espalhe entre outros colegas.

Outras reverberações da injúria são sua dificuldade em fazer amigos na escola – “o estigma era contagioso; ser visto como amigo do *veado* causaria má impressão” (Louis, 2018, p. 30, grifo do autor) –, a repulsa e a vergonha que sente do próprio corpo quando começa a sentir desejo por outros homens e, sobretudo, suas tentativas frustradas de tentar se ajustar às normas, forçando encontros amorosos com mulheres – ainda que não notasse qualquer desejo heterossexual – e vigiando minuciosamente seus modos de andar e falar para evitar a expressão de trejeitos afeminados. Um dos trechos mais impactantes da narrativa fala justamente sobre esta última questão:

Eu me repetia exatamente aquela frase, como se faz com uma oração, com aquelas exatas palavras – *Hoje eu vou ser um cara durão* (e eu choro enquanto escrevo estas linhas: choro porque eu acho essa frase ridícula e horripilante, essa frase que, durante anos, me acompanhou e que de certa forma ocupou, não creio que haja exagero em dizer isso, o centro da minha vida). (p. 131-132, grifo do autor)

Passa a acompanhar Eddy uma constante vigilância para não expressar um desejo proibido, o medo recorrente de ser descoberto e rejeitado, um jogo de visibilidade e invisibilidade que termina por cindir sua própria experiência entre aquilo que pode ser mostrado e vivido com honra e aquilo que deve ser escondido do passeio público, a vergonhosa “perversão” que não tem lugar na esfera social e, portanto, não deveria nem mesmo existir. O autor vive por anos nessa situação, acreditando que o esforço para criar um novo personagem para si poderia, em algum momento, efetivamente trazê-lo à vida: “a mentira era a única possibilidade para fazer surgir uma nova verdade” (Louis, 2018, p. 132).

Ao final do livro, Eddy é aprovado em uma escola de ensino médio e finalmente consegue sair de seu vilarejo. Não sabemos exatamente o que acontece após a fuga; podemos imaginar, apenas, que ele realizou o ensino médio e isso provavelmente lhe garantiu a continuidade do estudo nas esferas de graduação e pós-graduação. Algum tempo depois, ele troca seu nome, escreve *O Fim de Eddy* e compartilha suas lembranças, talvez como uma tentativa de ressignificar o sofrimento que elas lhe causaram na infância e na adolescência.

Existem muitos outros elementos sociológicos e literários a serem discutidos à luz desse curto e pungente romance. Nossas considerações apontam na direção de pensar o livro como uma tentativa de escritura do trauma; isto é, como uma tentativa de conferir um sentido, mesmo que transitório, capaz de bordejar a experiência de abjeção. A escritura é, em si mesma, uma repetição da violência, mas uma repetição que permite a Édouard Louis produzir uma reflexão que, apesar da aparência acadêmica, tem seu maior valor no movimento afetivo em direção ao seu passado e ao passado de sua própria família.

O diálogo entre *O Fim de Eddy*, a psicanálise freudiana e as considerações de Judith Butler conduz, assim, à explicitação do caráter performativo do trauma: trata-se de uma experiência que não é plenamente reconhecida pelo sujeito como *sua*; o sujeito não detém controle sobre a experiência traumática, mas é a experiência que exerce um controle oblíquo e imprevisível sobre o próprio sujeito por meio das suas repetições literais e intempestivas. Só é possível ter notícias da experiência original em *après-coup*, mediante um movimento de elaboração que envolve um processo de transformação dessa experiência pelo próprio sujeito. Nesse sentido, podemos dizer que a repetição da vivência traumática funciona de maneira análoga à repetição das normas de gênero e sexualidade na teoria butleriana. Para Judith Butler (1990/2017), o sujeito não *tem* gênero – porque o gênero não é uma substância passível de posse ou mesmo uma identidade a ser revelada –, mas deve fazer referências gestuais, corporais e linguísticas às normas de gênero para que se torne inteligível. Nesse processo de referência imperati-

vo e, por vezes, violento, o sujeito não só assimila o gênero, como também o transforma – daí a aposta de Butler na paródia como estratégia política. Como a repetição do trauma, a repetição do gênero é ao mesmo tempo uma citação e uma transformação de um elemento original inacessível. Em ambos os casos, o sujeito não pode ser pensado de maneira anterior à repetição, mas como aquilo que emerge justamente nesse limiar de indiscernibilidade. No caso específico de *O Fim de Eddy*, sugerimos que o sujeito em questão não é o autor do livro, Édouard Louis, nem mesmo seu “personagem”, Eddy, mas o que se produz justamente na tentativa, tanto necessária quanto impossível, de substituir este por aquele. O relato traumático excede a própria capacidade de narração, tornando o processo opaco, vacilante, incompleto e pondo em questão a própria distinção entre autor e personagem (Butler, 2015).

A nosso ver, as questões de sexualidade e gênero podem ser (re)pensadas na psicopatologia psicanalítica à luz da leitura butleriana da teoria do trauma. Não se trataria mais de investigar a natureza da sexualidade humana ou seus supostos desvios homo ou transexuais. Como se viu ao longo do século XX, tal atitude acaba por reforçar estigmas, colando sujeitos em diagnósticos e enrijecendo a escuta. Parece-nos mais proveitoso discutir os efeitos constitutivos da violência que atinge aqueles que desafiam as normas de inteligibilidade de uma dada cultura, e como a escuta psicanalítica pode oferecer a possibilidade de um reposicionamento subjetivo diante da agressão, da injúria e das tentativas de exclusão simbólica; uma possibilidade de inscrição política no laço social e de tensionamento das fronteiras da abjeção (Kveller, 2019).

Ademais, se retomarmos os apontamentos de Butler (1997) sobre as possibilidades de subversão linguística, devemos inquirir se a clínica psicanalítica – que, entre outras coisas, propõe um movimento de “elaboração” – poderia aportar uma possibilidade de subverter a virulência da injúria e dos discursos de ódio. O que isso significaria do ponto de vista clínico? Como exatamente uma pessoa que tenha passado por uma experiência traumática de preconceito, discriminação e/ou violência associadas à diversidade de orientação sexual e de identidade/expressões de gênero pode ressignificá-la em análise? Seria a transferência um espaço de deslocamento e subversão política dos efeitos dessas violências?

Assumir essa proposta implica colocar-se de maneira atenta aos riscos de que se opere uma identificação imobilizante do sujeito com a posição de vítima, a qual não disporia de outros meios de reconhecimento social senão a revivência constante dos efeitos da violência. Reconhecemos que tal deslize poderia tornar a análise do trauma um reforço moral do processo de vitimização (Fassin & Rechtman, 2010), suturando o inabitável e inacessível do trauma com a identida-

de fixa e monolítica da vítima. Encontramos em *O Fim de Eddy*, contudo, justificativas para apostar em outras possibilidades mais produtivas: que o traumático pode não apenas ser repetido, mas também subvertido, mesmo que de maneira instável, ambígua e sem garantias de apaziguamento.

Desafiando o progresso

No mês de setembro de 2017, duas polêmicas envolvendo exposições artísticas tomaram conta das manchetes de grandes tabloides brasileiros. Ainda na primeira quinzena, a exposição *Queermuseu – Cartografias da Diferença na Arte Brasileira*, que estava em cartaz há quase 30 dias no Santander Cultural, em Porto Alegre, foi cancelada após uma série de protestos em redes sociais. A mostra reunia 270 trabalhos de 85 artistas que, percorrendo o período de meados do século XX até os dias de hoje, abordavam temáticas relacionadas à diversidade sexual e de gênero. Algum tempo depois, no Museu de Arte Moderna de São Paulo, o registro audiovisual da performance *La Bête*, que envolve a participação de um homem nu, gerou controvérsias: próxima à apresentação havia uma criança, de cerca de quatro anos, que chegava a tocar o pé do artista.

Em ambos os casos, a polêmica acabou desdobrando-se em manifestações inflamadas e lideradas por uma parceria no mínimo inusitada: grupos religiosos e um movimento organizado de ativismo político que, paradoxalmente, de acordo com sua autodescrição, visa a mobilizar cidadãos em favor de uma sociedade mais *livre*. O ponto central nos argumentos daqueles que clamavam pelo fechamento das exposições foi o perigo que o conteúdo das obras supostamente poderia representar para as crianças. De acordo com os protestantes, tanto as imagens de crianças travestidas e afeminadas pintadas por Bia Leite na série *Criança Viada*, quanto a performance realizada por um artista nu, fariam apologia à pedofilia e à pornografia infantil.

Esses são exemplos recentes de uma estratégia discursiva cada vez mais prevalente no convulsionado cenário político brasileiro, e que traz questões da infância para o centro dos debates sobre gênero e sexualidade³. Trata-se de uma tática que opera pela produção de medo e pânico moral, que descontextualiza e mobiliza informações falsas para sugerir que os movimentos ligados à defesa da livre expressão da sexualidade estão na verdade impondo uma ideologia, convertendo pacíficas crianças em transexuais perversos e estimulando-as a se experimentarem em relações pedofílicas e homossexuais (Miskolci & Campanara, 2017). Como sublinha Miskolci (2007, p. 112), junto ao pânico moral advém uma sensação de

que algo deve ser feito, normalmente relacionado com o fortalecimento do controle social, que varia desde promulgação de novas leis até a “condenação pública a determinados estilos de vida”.

A infância aparece como vetor privilegiado e catalisa os discursos movidos por pânico moral – e essa é uma das razões pela qual nos ocupamos de teorizar sobre infâncias *queer*. Ao referir-se aos estudos da infância, Megg Rayara Oliveira (2017) argumenta que há uma concentração importante da literatura na projeção da infância como assexuada, branca e heterossexual, de modo que as infâncias “desviantes”, além de serem subteorizadas, são lidas como perigosas. De acordo com a autora, “um menino afeminado coloca em risco um projeto de futuro, um empreendimento fadado ao fracasso. O futuro que importa anunciado por uma criança só pode ser aceitável se corresponder à norma cis heterossexual branca” (p. 114).

Um ponto interessante a ser destacado nessa estratégia discursiva – e o que nos leva a sublinhá-la num texto psicanalítico – é que argumentos de natureza similar já foram usados por psicanalistas para se opor a propostas levadas a cabo pelo movimento LGBT, como a autorização de pedidos de adoção feitos por casais homossexuais. Como aponta Quinet (2016, p. 194-195), os psicanalistas que tomavam essas posições falavam a partir da teoria psicanalítica para justificar sua posição: “estou convencido de que a criança se constrói pensando que ela é o resultado de um encontro entre um homem e uma mulher”, sustenta um psicanalista. Um segundo afirma que filhos de pais homossexuais não passariam pela “crise edipiana”. Outro, ao responder a um jornalista, pergunta “se algo lhe acontecesse, você concordaria que seus filhos fossem entregues a um casal homossexual?”, e profetiza: “em 15 anos teríamos processos judiciais de filhos de homossexuais contra o Estado” (p. 194-195).

A ideia de que o avanço das pautas defendidas pelo movimento LGBT pode configurar um risco às fundações da cultura, como uma chaga que se prolifera perigosamente, talvez seja um dos motivos que levaram outros psicanalistas, dessa vez brasileiros, a retirar a transexualidade do rol das psicoses para pensá-la como uma “epidemia” – o que nos parece, diga-se de passagem, igualmente equivocado e politicamente desastroso (Jorge & Travassos, 2017). Tal posição demonstra que os argumentos citados por Quinet (2016) não indicam uma lógica superada, mas algo que resta, ainda, no funcionamento contemporâneo da psicanálise.

Contrassensos à parte, o ponto fundamental a ser analisado, na esteira das contribuições de Lee Edelman (2004), é que a estratégia discursiva em questão, ao projetar essa imagem específica da infância na base das condições de desenvolvimento e progresso da civilização – uma Criança gerada por um casal heteros-

sexual e que supostamente se tornará, se tudo correr como o esperado, também heterossexual, cisgênera e reprodutiva –, acaba delimitando e enquadrando o próprio terreno do que é pensável e discutível na arena política.

Não se trata de uma questão contemporânea. De acordo com o autor (Edelman, 2004), há um consenso entre diversos historiadores que a imagem da infância serviu amiúde como repositório de uma variedade de identificações culturais, incorporando, assim, o *telos* da ordem social e vindo a ser vista como aquela a quem essa própria cultura deve ser confiada perpetuamente. Por meio dessa “universalização coercitiva” (p. 11, tradução nossa), a Criança imaginária – que não deve ser confundida com as próprias crianças de carne e osso – serve como uma espécie de regulação *estrutural* do debate político, obrigando os discursos que o compõem a aderir antecipadamente à realidade de um futuro que nunca pode ser posto em questão. Afinal, o que significaria não lutar pelas crianças, se delas dependemos para a transmissão dos fundamentos da cultura? Como alguém poderia lutar contra o futuro e o progresso da civilização? Como tomar uma posição que ameaçaria a própria possibilidade de tomar posições? Para Edelman, “a *queeridade* [*queerness*] é o que nomeia o lado daqueles que não estão ‘lutando pelas crianças’, o lado exterior ao consenso por meio do qual toda política confirma o valor absoluto do futurismo reprodutivo” (p. 3, tradução nossa).

Tomando a Criança como estandarte da transmissão e da cultura, discursos conservadores – por vezes proferidos por psicanalistas – alocam o *queer* nesse “outro lado”, um território alienígena supostamente fora da cultura. É esperado que a política tenha seus altos e baixos, seus períodos e espaços de tensão e até mesmo de exceção, mas o *queer* representaria uma ameaça ainda mais radical, uma espécie de *Thanatos* da ordem social, espaço de abjeção que é preciso ser constantemente recusado e excluído na tentativa de reafirmação de uma identidade cultural. Como uma pressão constante e contraposta ao próprio social, um excesso que o desmantela por dentro e por fora, o *queer* seria uma das figurações da pulsão de morte que, como dissidência, é chamado a nomear a negatividade oposta a qualquer forma de instituição cultural (Edelman, 2004).

O entendimento da *queeridade* como uma figuração da pulsão de morte nos leva outra vez até *Além do princípio do prazer* (Freud, 1920/2016). Um dos problemas enfrentados por esse texto é a reformulação do conflito pulsional que Freud acreditava até então organizar a vida psíquica. A emblemática observação de seu neto que jogava o carretel no berço, na ausência do objeto cuidador, enquanto balbuciava *fort-da* (indicando presença/ausência); juntamente à escuta dos soldados que reexperimentavam em suas atividades oníricas os cenários de caos e destrutividade vividos na guerra, traziam à tona o enigma do trauma e da compulsão

à repetição, e assim punham em xeque a suposição de que o aparelho psíquico é regulado exclusivamente pelo princípio de busca e obtenção do prazer. É a partir desse impasse que Freud propõe uma das viradas conceituais mais importantes da história da psicanálise: o aparelho psíquico deixa de ser circunscrito ao princípio do prazer e passa a ser compreendido a partir da dualidade pulsão de vida e pulsão de morte. A primeira seria responsável pela tendência de realizar ligações entre diferentes representações, manter unidades vitais existentes e contribuir para a construção de unidades cada vez maiores. A segunda buscaria justamente o contrário: desfazer ligações, dissolver agregados e destruir as unidades vitais na direção de um suposto retorno ao estado anterior por sua regressividade extintiva.

Essa parte da teoria psicanalítica tem um impacto crucial nos estudos *queer*. O foco da leitura de Judith Butler, como vimos na seção anterior, recai sobre a ambiguidade entre repetição e diferenciação que marca a vivência traumática, e que reflete a atuação conflitiva das pulsões de vida e morte. A autora entende o processo de elaboração de maneira instável e não linear, mas aposta ainda assim em um desdobramento positivo; isto é, ela acredita que esse movimento de elaboração propicie uma subversão e uma expansão das normas que governam determinados regimes de inteligibilidade. Já Edelman, por outro lado, não confia na elaboração como estratégia política, porque, para ele, a *queeridade* é aquilo que marca especificamente o polo negativo do embate entre vida e morte, aquilo que nunca pode ser elaborado, já que qualquer “elaboração” ou “subversão” produz necessariamente um novo exterior constitutivo e, portanto, uma nova exclusão. Ao associar a *queeridade* à pulsão de morte, Edelman se distancia de perspectivas teóricas que exaltam a vivência harmônica da diversidade. Para o autor, o culto à Criança será sempre violento em relação a qualquer diferença, visto que toda diferença será automaticamente entendida como uma expressão da pulsão de morte que ameaça dissolver e desintegrar a promessa de futuro projetada nessa Criança. Tal promessa de futuro, como podemos ver, não é nada mais do que a manutenção do presente.

Edelman e Butler também se distinguem em relação à crítica à própria teoria psicanalítica. Butler sustenta uma filiação ambígua a Freud. Ela usa alguns de seus conceitos, mas sempre a partir de uma revisão teórica e política. Já Edelman, embora utilize a psicanálise para pensar o estatuto do *queer* como figuração da pulsão de morte, omite em seu texto o próprio papel da psicanálise na reiteração do culto à Criança e ao futurismo reprodutivo. A nosso ver, a atuação normativa da psicanálise responde justamente à maneira pela qual a questão do desenvolvimento psicosssexual se relaciona com os ideais de “progresso” e “futuro” criticados por Edelman.

Ao longo das obras de Freud, podem ser encontradas duas formas radicalmente distintas de se pensar a psicopatologia: a patoanálise e a psicogênese (Van Haute & Geyskens, 2016). A primeira representa de fato uma ruptura da psicanálise com as formas tradicionais que fixam a patologia como negativo da saúde psíquica. Por meio dessa perspectiva, Freud indica que apenas podemos compreender a subjetividade humana se a estudarmos à luz de suas variações patológicas; isso porque a patologia expressaria, de maneira excessiva, as forças e tendências que atuam “normalmente” em nossas vidas. Parece-nos que o trauma se situa nos limites dessa mediação, onde a repetição se produz justamente no deparar-se com um excesso. Em contrapartida, a partir da perspectiva da psicogênese, as diferentes neuroses e patologias devem ser pensadas como distúrbios de um desenvolvimento normal predeterminado. Nesse caso, Freud introduz na teoria psicanalítica uma tendência normalizadora e um critério normativo claro e ideal de “desenvolvimento normal”; o que é feito, majoritariamente, pela formulação da centralidade do complexo de Édipo e do seu resultado ideal, o alcance da cisgeneridade e da heterossexualidade.

A distinção entre duas maneiras de pensar a psicopatologia ajuda a entender como a psicanálise pôde abrir caminhos tão divergentes em relação à multiplicidade sexual; como pôde ter sido simultaneamente subversiva – ao apontar a perversão polimorfa e o caráter disruptivo da pulsão de morte analisada por Edelman (2004), por exemplo – e normativa – ao subjugar esses conceitos ao primado de um desenvolvimento genital orientado pelo percurso edipiano. Face às críticas que generalizam a psicanálise apressadamente, podemos apontar que é apenas quando professa o culto à Criança, patologizando tudo aquilo que possa comprometer seu desenvolvimento rumo à heterossexualidade, que a psicanálise se torna de fato normativa. Entretanto, há diversos outros caminhos passíveis de serem trilhados a partir da teoria psicanalítica, os quais levam não apenas a uma postura de maior respeito à diversidade sexual, mas sobretudo ao reconhecimento das potencialidades ameaçadoramente subversivas do seu caráter desviante.

Quiçá tais formulações pareçam banais 30 anos após a publicação de *Problemas de Gênero* (Butler, 1990/2017), mas ainda não nos parece que tenhamos de fato conseguido sustentar uma posição condizente com a radicalidade dos estudos *queer*. Muitas vezes, o que se busca para contrapor a estratégia retórica de discursos homofóbicos é uma tentativa de incluir as sexualidades desviantes nesse projeto, expondo que *não*, famílias gays e trans não colocarão em risco o futuro da civilização ocidental. Do ponto de vista *queer*, contudo, isso não vai muito além de uma captura liberal, de um enclausuramento da potência disjuntiva da abjeção pela continência dos discursos de tolerância (Brown, 2009). Reconhecemos que a

“inclusão” é certamente uma demanda necessária, especialmente àqueles e àquelas que têm direitos essenciais negados. Todavia, indagamos se, ao lutar exclusivamente pelo reconhecimento das sexualidades desviantes no rol da normalidade, estaríamos deixando de questionar não apenas os parâmetros que regem essa normalidade, mas também as noções de futuro e progresso que a subjazem.

Antes de nos levantarmos contra o conservadorismo e o fundamentalismo religioso para reivindicar pluralidade e tolerância, antes de assegurarmos a legitimidade do amor homossexual e das identidades trans, antes de invocarmos – como fez o próprio Freud (1951) – as gloriosas contribuições de sujeitos que tiveram práticas homossexuais ao longo da história, talvez devêssemos parar por um instante e, seguindo a sugestão de Edelman (2004), considerar que é possível que os discursos conservadores tenham algo de verdadeiro: o *queer* precisa e *deve* ameaçar a cultura, *deve* ameaçar o que entendemos por suas bases fundacionais, inclusive colocando em xeque a imagem que projetamos sobre o passado da infância na promessa de um futuro imaginário, mas que a rigor é, possivelmente, nada mais do que isso, a regulação das formas de vida no presente.

A estratégia política proposta por Edelman (2004) é que não trabalheemos apenas para desmistificar a retórica conservadora, mas que abracemos e façamos jus à pulsão de morte projetada sobre os sujeitos sexualmente desviantes. Trata-se de uma provocação polêmica e sobretudo *irônica*, mais do que uma proposta pragmática – dado que, no limite, é impossível fazer jus à pulsão de morte. Não há onde se sustentar nessa posição, visto que a pulsão de morte atua justamente para decompor qualquer possível base de sustentação. Ainda assim, há consequências materiais a serem consideradas. O encontro entre a psicanálise e os estudos *queer* traçado por Edelman nos leva a apostar menos em uma lógica das fases do desenvolvimento e mais no imprevisível e irrepresentável do traumático e da pulsão de morte; menos na criança edípica que deve obedecer à linearidade da organização genital dos prazeres e mais na criança que brinca com o carretel em *Além do Princípio do Prazer* (Freud, 1920/2016) e que é muitas vezes esquecida nos debates sobre psicanálise, gênero e sexualidade. Esta segunda criança, em um vai e vem aparentemente sem sentido, explora uma temporalidade não linear para tentar elaborar a ausência de sua “mãe” sem qualquer promessa de redenção. Juntamente aos casos dos soldados que voltam da guerra e que dividem com ela as páginas desse grande texto freudiano, a criança e seu carretel expõem que a questão fundamental na dualidade pulsão de vida / pulsão de morte não são os parâmetros de normalidade e anormalidade de um roteiro de desenvolvimento predeterminado, mas a vida que habita o limiar entre repetição e subversão, entre violência e sobrevivência.

Considerações finais

A escrita deste artigo foi motivada por um princípio ético e político: mais do que buscar uma etiologia das dissidências sexuais e de gênero, mais do que constituir um saber sobre a diferença, acreditamos ser fundamental nos interrogarmos sobre as repercussões da violência que atinge aqueles e aquelas que desafiam as normas de inteligibilidade de um dado contexto cultural.

Entendemos a violência não como um fenômeno isolado e repressivo, mas como algo articulado ao funcionamento da heteronormatividade e parte do processo de constituição do próprio sujeito “desviante”. No brincar da criança, nos pesadelos dos soldados, na escritura de Édouard Louis e nas polêmicas envolvendo manifestações artísticas, assinalamos as repercussões dessa violência nas tentativas oblíquas de narração de experiências traumáticas; possibilidade reais, mas nunca peremptórias e conclusivas, de tornar-se sujeito, e não assujeitado, de histórias que não cessam de não se inscrever.

O título que escolhemos evoca uma aposta na pluralidade: há diversas infâncias, teorias *queer* e psicanálises. Na primeira seção, falamos de uma criança em particular, Eddy, que futuramente passaria a se chamar Édouard. Sugerimos que a própria escritura de suas memórias tem um papel fundamental nessa transição aporética – hipótese que exploramos a partir da leitura de Judith Butler sobre as noções de trauma e performatividade. Já na segunda seção, falamos de uma Criança imaginária que, embora guarde relação com crianças de carne e osso, como Eddy, é constituída muito mais como garantia de proteção às identidades dos adultos. Para essa análise, apoiamos-nos nas proposições de Lee Edelman, autor que busca sustentação teórica nas mesmas fontes que Butler, mas que extrai delas outras implicações. Conforme já declaramos, não temos como objetivo sobrepor ou fazer prevalecer qualquer dos referenciais que aqui se elucidam, mas pensar meios pelos quais ambos podem, cada um à sua maneira, contribuir para a invenção de outros caminhos para os corpos que subvertem a linearidade do sistema sexo/gênero/desejo.

Entendemos ser possível conceber diálogos entre psicanálise e teoria *queer* que operem no tensionamento irreduzível de duas linhas de raciocínio – pensando, por um lado, na indecidibilidade entre reiteração e subversão, repetição e elaboração; por outro, tomando aquilo que desvia não tanto como fragilidade, mas como potência de ruptura. O que ambas as premissas parecem compartilhar é o princípio de que esses processos não podem ser reduzidos à dimensão individual, visto que se articulam, seja assertiva ou negativamente, às condições históricas, materiais e linguísticas que precedem, acompanham e excedem o sujeito.

Nesse sentido, ao passo que nos debruçamos sobre as possibilidades de legitimar e inscrever em um regime de reconhecimento os modos de existência que desviam das prescrições heteronormativas, também procuramos denunciar a arbitrariedade dos valores que sustentam essa mesma heteronormatividade, fazendo ver seu inevitável fracasso. Com efeito, o fracasso talvez se mostre um ponto de articulação fundamental neste artigo: a elaboração do trauma e a subversão do gênero, afinal, só existem porque há fracassos; fracassos do aparelho psíquico, das normas regulatórias, de um projeto de futuro. Eddy fracassou em suas tentativas de se adaptar ao entorno violento, e a Criança imaginária também deve fracassar em cumprir as promessas nela projetadas. Por aquilo que movimenta, pela potência frustrante que carrega *em si*, o fracasso talvez seja o que há de mais *queer* em todos esses casos, em todas essas teorias.

Referências

- Ayouch, T. (2015). Da transexualidade às transidentidades: Psicanálise e gêneros plurais. *Percurso*, 54, 23-32.
- Bento, B. (2014). O que pode uma teoria? Estudos transviados e a despatologização das identidades trans. *Florestan*, 1(2), 46-66.
- Berlant, L.; Warner, M. (1998). Sex in public. *Critical Inquiry*, 24(2), 547-566.
- Brown, W. (2009). *Regulating Aversion: Tolerance in the age of identity and empire*. Princeton University.
- Bulamah, L. C. (2016). *História de uma regra não escrita: A proscrição da homossexualidade masculina no movimento psicanalítico*. São Paulo: Annablume.
- Butler, J. (1990/2017). *Problemas de gênero: Feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Butler, J. (1993). *Bodies that matter: On the discursive limits of sex*. New York: Routledge.
- Butler, J. (1997). *Excitable Speech: A politics of the performative*. New York: Routledge.
- Butler, J. (2015). *Relatar a si mesmo: Crítica da violência ética*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Cavalheiro, R. (2019). *Caos, norma e possibilidades de subversão: Psicanálise nas encruzilhadas do gênero* (dissertação de mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicanálise: Clínica e Cultura, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Cunha, E. L. (2013). Sexualidade e perversão entre o homossexual e o transgênero: Notas sobre psicanálise e teoria Queer. *Revista Epos*, 4(2).
- Edelman, L. (2004). *No future: Queer theory and the death drive*. Durham: Duke University.
- Eribon, D. (1999/2008). *Reflexões sobre a questão gay*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Eribon, D. (2009). *Retour à Reims*. Paris: Fayard.

- Fassin, D.; Rechtman, R. (2010). *L'empire du traumatisme: Enquête sur la condition de victime*. Paris: Flammarion.
- Foucault, M. (1976/2011). *História da sexualidade I: A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal.
- Freud, S. (1920/2016). *Além do princípio do prazer*. Porto Alegre: L&PM.
- Freud, S. (1951). Historical notes: A letter from Freud. *American Journal of Psychiatry*, 107(10), 786-787.
- Jorge, M. A. C.; Travassos, N. P. (2017). A epidemia transexual: Histeria na era da ciência e da globalização? *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 20(2), 307-330.
- Kveller, D. B. (2019). Clínica e abjeção: Por um retorno à questão do reconhecimento. In: A. Quinet; S. Alberti (Eds.), *Sexuação e identidades*, p. 201-206. Rio de Janeiro: Atos e Divás.
- Lionço, T.; Alves, A. C. D. O.; Mattiello, F.; Freire, A. M. (2018). Ideologia de gênero: Estratégia argumentativa que forja cientificidade para o fundamentalismo religioso. *Revista Psicologia Política*, 18(43), 599-621.
- Louis, É. (2018). *O Fim de Eddy*. São Paulo: Planeta do Brasil.
- Miskolci, R. (2007). Pânicos morais e controle social: Reflexões sobre o casamento gay. *Cadernos Pagu*, 28, 101-128.
- Miskolci, R.; Campana, M. (2017). “Ideologia de gênero”: Notas para a genealogia de um pânico moral contemporâneo. *Sociedade e Estado*, 32(3), 725-747.
- Oliveira, M. R. (2017). *O diabo em forma de gente: (R)Existências de gays afeminados, viados e bichas pretas na educação*. Curitiba: Prisma.
- Pelúcio, L. (2014). Traduções e torções ou o que se quer dizer quando dizemos queer no Brasil? *Revista Periódicus*, 1(1), 68-91.
- Pereira, P. P. G. (2015). Queer decolonial: Quando as teorias viajam. *Revista Semestral do Departamento e do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFSCar*, 5(2), 411.
- Quinet, A. (2016). Homofobias psicanalíticas na psicologização do Édipo. *Stylus*, 33, 191-199.
- Van Haute, P.; Geyskens, T. (2016). *Psicanálise sem Édipo? Uma antropologia clínica da histeria em Freud e Lacan*. Belo Horizonte: Autêntica.

Notas

¹ A tradução do termo “queer” para o português tem sido alvo de debates entre diferentes autoras e autores brasileiros nos últimos anos (Pelúcio, 2014; Bento, 2014; Pereira, 2015). Neste artigo, optamos por utilizar o termo em inglês para manter dois sentidos complementares que se perdem ou se dissociam em traduções já propostas na literatura: a designação de sujeitos cujos corpos, identidades, expressões e desejos não se conjugam de acordo com padrões heteronormativos; e a indicação do próprio caráter abjeto da diferença incorporada por esses sujeitos (*queeridade*).

²“Por heteronormatividade entendemos as instituições, estruturas de compreensão e operações práticas que fazem com que a heterossexualidade pareça não apenas coerente – isto é, organizada como sexualidade – mas também privilegiada... [A heteronormatividade] consiste menos em regras que poderiam ser compiladas no corpo de uma doutrina do que em um senso de retidão produzido em manifestações contraditórias – às vezes inconscientes, imanentes à prática ou às instituições” (Berlant & Warner, 1998, p. 548, tradução nossa).

³Para uma análise histórica desse processo e sua relação com a expressão “ideologia de gênero”, ver o trabalho de Lionço, Alves, Mattiello e Freire (2018).

Recebido em 07 de janeiro de 2020

Aceito para publicação em 22 de setembro de 2020

A CONSCIÊNCIA DO JOVEM UNIVERSITÁRIO: O GRUPO AMPLIANDO POSSIBILIDADES DE SER

*THE YOUNG COLLEGE STUDENT'S CONSCIENCE:
THE GROUP EXPANDING POSSIBILITIES OF BEING*

*LA CONCIENCIA DEL JOVEN ESTUDIANTE UNIVERSITARIO:
EL GRUPO EXPANDIENDO LAS POSIBILIDADES DE SER*

Carla Cristine Vicente ⁽¹⁾

Barbara Cecilia Lima da Silva ⁽²⁾

RESUMO

Este estudo objetivou acompanhar um grupo de psicoterapia breve na abordagem fenomenológico-existencial com adultos jovens universitários e observar como se dá o aumento da consciência de si e o ganho de responsabilização, que permitisse a superação de crises e a elaboração de angústias. Realizou-se uma pesquisa qualitativa, por meio do método fenomenológico, na qual sete universitários participaram de 13 sessões psicoterapêuticas grupais. O processo grupal se mostrou um espaço no qual os participantes puderam compartilhar experiências de vida, compreender-se, aceitar-se e acolher-se mutuamente. Na prática clínica, foi necessário compreender significados e sentimentos dos membros do grupo sobre sua percepção do mundo, entrando na relação terapêutica de forma empática, permitindo que o processo constituísse uma oportunidade de as pessoas se reconhecerem e se colocarem a partir do que sentiam. Durante as sessões, em clima de empatia e coesão entre os participantes, foi possível observar o desenrolar do projeto de ser de cada jovem e as inúmeras autodescobertas que alteraram os níveis de consciência dos jovens participantes, de modo não sequencial e irregular. *Palavras-chave:* psicoterapia breve; existencialismo; consciência; jovem; grupos.

⁽¹⁾ Psicóloga. Pós-Doutora pela Universidade de São Paulo (USP) e Doutora em Psicologia Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Professora Associada do Curso de Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ), Seropédica, RJ, Brasil. carlasi.ufrrj@gmail.com

⁽²⁾ Psicóloga Clínica. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Psicologia na Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ), Seropédica, RJ, Brasil. barbaraceciliasilva@gmail.com

Agradecemos a Rubia Araujo da Silva Nascimento, psicóloga e coterapeuta do grupo desta pesquisa. Sua sensibilidade e comprometimento foram essenciais no processo psicoterapêutico.

ABSTRACT

This study aimed to follow a brief psychotherapy group, with young undergraduate adults, using the existential-phenomenological approach. It also aimed to observe how the improvement of self-awareness and gains of accountability arise, which allowed overcoming crises and the elaboration of anguish. A qualitative survey was carried out through the phenomenological method, in which seven university students took part in 13 group psychotherapeutic sessions. The group process proved to be a space in which participants could share life experiences, understand each other, accept themselves, and care for each other. In clinical practice, it was necessary to understand group members' meanings and feelings about their perception of the world, entering into the therapeutic relationship in an empathic way, allowing the process to be an opportunity for them to recognize themselves and to talk about how they felt. During the sessions, in an atmosphere of empathy and cohesion between the participants, it was possible to observe the unfolding of each young person's project of being and the innumerable self-discoveries that altered the participants' awareness levels, in a non sequential and irregular way.

Keywords: brief psychotherapy; existentialism; consciousness; youngster; groups.

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo acompañar a un grupo de psicoterapia breve en el enfoque fenomenológico-existencial con jóvenes universitarios y observar cómo hay un aumento de la autoconciencia y la ganancia de responsabilidad, lo que permitió la superación de las crisis y la elaboración de la angustia. Se realizó una investigación cualitativa a través del método fenomenológico, en el que siete estudiantes universitarios participaron en 13 sesiones grupales de psicoterapia. El proceso grupal resultó ser un espacio en el que los participantes podrían compartir experiencias de la vida, entenderse, aceptarse y darse la bienvenida. En la práctica clínica, era necesario comprender los significados y sentimientos de los miembros del grupo sobre su percepción del mundo, entra en la relación terapéutica de una manera empática, permitiendo que el proceso sea una oportunidad para que las personas se reconozcan y se pongan en función de lo que sintieron. Durante las sesiones en un clima de empatía e cohesión entre los participantes, fue posible observar el desarrollo del proyecto de ser de cada joven y los innumerales autodescubrimientos que alteraron los niveles de conciencia de los jóvenes participantes, de manera no secuencial e irregular.

Palabras clave: breve psicoterapia; existencialismo; conciencia; joven; grupos.

Introdução

Compreendemos que a juventude é um momento de diversas mudanças nas esferas sociais, biológicas e psíquicas, que podem acarretar aumento de ansiedade, dificuldades de adaptação e sensação de estar perdido. No Brasil, temáticas voltadas para aspectos relacionais e afetivos durante a etapa de transição para a vida adulta ainda são pouco exploradas (Leme et al., 2016). Portanto, a ideia inicial deste estudo foi proporcionar um espaço de suporte psicológico ao adulto jovem universitário por meio da psicoterapia de grupo, no qual pudéssemos observar se as intervenções seriam capazes de aumentar a consciência de si, ressignificações de conteúdos angustiantes e organização interna. Assim, o presente estudo teve como objetivo acompanhar um grupo de psicoterapia breve com adultos jovens universitários.

Primeiro, consideramos como relevante a compreensão da perspectiva de Sartre sobre a concepção do *nada*, que nos remete à máxima de que o homem é aquilo que faz consigo mesmo e isso significa que não há definição anterior. Ele é o ser das possibilidades, que se distancia do passado e se lança para o futuro, livre para fazer escolhas e se construir a partir das experiências diárias (Santos, 2016). A liberdade significa ação intencional e autonomia para escolher, sem, contudo, ir em direção da ideia de alcançar exatamente aquilo que se quer, isto é, obter o que se deseja independentemente das circunstâncias históricas, políticas e morais (Sartre, 1943/2002). Compreende-se que existe uma leitura particular que o sujeito faz da realidade que o permeia, uma vez que a liberdade é dada em situação, ou seja, intrinsecamente manifestada dentro de um campo de possibilidades das circunstâncias vivenciadas pelo ser ao longo da vida em relação com os outros (Teixeira, 2016). A liberdade é, portanto, própria da estrutura humana, abertura que permite à pessoa transcender, isto é, “ser o ser das ações possíveis” (Teixeira, 2016, p. 83).

Assim, a liberdade e o *nada* são aspectos principais da constituição da existência humana, competindo a cada um conceber a si mesmo a partir das expectativas e significados construídos frente às situações que se apresentam em seu contexto. Estes atributos próprios da vida permitem a criação do *projeto*, que na perspectiva sartriana é aquilo que o ser elege na consciência como possível de alcançar para si e que nunca ficará completo, pois sempre vai se fazendo na medida em que se vive, porquanto a liberdade pressupõe que o destino de alguém não está cristalizado (Santos, 2016).

O *projeto* do homem não é inconsciente, pois é eleito na consciência e se manifesta em cada ato do indivíduo: suas emoções, pensamentos, escolhas etc.

Não há uma escolha do *projeto* fundamental para então acontecer às ações do sujeito, porque o próprio *projeto* é a efetivação das ações do ser. Ele se distancia do passado; a consciência é o lançar desse *projeto* para o futuro, isto é, o vislumbrar de suas possibilidades. A palavra invenção nos serve bem ao buscar definir o que é a consciência do ponto de vista existencial de Sartre. O homem é protagonista de sua própria história e a invenção é a característica principal de sua subjetividade (Santos, 2016).

O indivíduo é quem dá sentido a sua realidade, que não é nada a não ser o movimento que o próprio sujeito se impõe (Santos, 2016). A realidade é dialética e dinâmica, se dá dentro do contexto sociocultural por meio de um processo de socialização e reconhecimento do outro, constituído ao longo da história de forma constante e recíproca, e, dessa forma, as concepções de mundo são também delimitadas pelos vínculos afetivos com os grupos sociais. Assim, a personalidade se dá por meio da relação entre a sociabilidade e a materialidade com o ser, suas particularidades emocionais, de imaginação e intenções (Schneider, 2011).

A consciência dessa interlocução entre uma existência sem um roteiro preestabelecido e a liberdade são a gênese da angústia humana. O peso da responsabilidade de ter que se construir a cada momento e enfrentar um futuro incerto faz com que o homem necessite dar sentido à sua vida, o que pode vir a tornar-se desconcertante (Santos, 2016). Para lidar com a consciência de seu desamparo frente à realidade, o sujeito pode tentar em vão atribuir à sua existência um aspecto fixo e totalizado, rejeitando sua responsabilidade na busca por um destino seguro. Assim, a *má-fé* se manifesta quando o ser foge de sua angústia, liberdade e de seu *projeto*, ou seja, é uma mentira que o homem conta para si mesmo visando a abafar a angústia existencial. Portanto, quando o indivíduo escolhe não escolher, tenta eleger um *projeto* com valores prontos e inquestionáveis, colocando-se numa posição passiva e de objeto frente ao outro, uma vez que não toma para si a responsabilidade de suas decisões (Teixeira, 2017).

A *má-fé* torna o ser inautêntico, porque é uma atitude da consciência de fuga, negação e autoengano. No entanto, na acepção existencial, o fracasso do homem, que o torna faltoso e incompleto, lhe permite ir ao encontro da autenticidade. Uma vida autêntica se dá na “constatação de que o homem é uma liberdade que se projeta e se constitui nas possibilidades abertas” (Teixeira, 2016, p. 94). Sartre (1943/2002) afirma que o homem está condenado a ser livre e, portanto, é responsável por si mesmo. Os inconvenientes e atos atrozos presentes na história da humanidade são conseqüências da liberdade e nenhuma atitude poderia se constituir como situação inumana: “devo sem remorso nem pesares, assumir como sou, sem desculpa, pois desde o instante de meu surgimento ao ser, carrego

o peso do mundo totalmente só, sem que nada nem ninguém possa aliviá-lo” (Sartre, 1943/2002, p. 680). Contudo, esse “peso do mundo inteiro” (p. 678), como afirma o autor, faz com que, na maior parte do tempo, o ser busque a fuga da angústia pela *má-fé*.

No processo psicoterapêutico é papel do terapeuta compreender empaticamente o cliente, em sua totalidade, de forma holística, abstraindo-se de valores pessoais e tornando-se um espelho que reflete o que capta (Erthal, 2013). O ponto de partida é a experiência, percebendo que cada ato humano não é em vão, e sim carregado de sentidos que precisam ser clarificados (Sartre, 1943/2002), com o objetivo primário de possibilitar ao sujeito que se torne autor de sua própria história (Schneider, 2011).

O processo de ampliação da consciência segue alguns níveis, dos quais o primeiro se refere à escuta atenta ao que o cliente relata e à abstenção de si, isto é, um “mergulho” na pessoa ali presente. Só assim será possível fazer a captação eidética (*epoché*), permitindo a ampliação e dedução dos possíveis mecanismos que mantêm os problemas. Por fim, o cliente consegue descobrir quem ele é e o que deseja tornar-se, chegando à autenticidade (Erthal, 2013).

Na perspectiva existencial, entende-se que a escolha é responsável, dependente de variáveis psicológicas, biológicas e culturais. E, quando a pessoa se permite entrar no movimento autêntico de buscar sua própria verdade, agirá dialeticamente em relação às convenções e regras sociais. Estas poderão ser encaradas de outra maneira, de forma que, possibilidades outras serão visualizadas com maior clareza, a partir da maior capacidade criativa e de posicionar-se de forma flexível junto aos outros. Sobre o ser, Teixeira (2018) coloca que sua existência ocorre em dado lugar, com um sistema econômico e de valores estabelecidos, mas que, ainda assim, não é retirada da pessoa sua condição de responsabilidade: “esse sujeito humano experimenta a sua liberdade, na medida em que se engaja em sua história, assume o seu tempo e se torna autor dos processos de ressignificação de sua situação” (p. 117).

Erthal (2013) separou didaticamente os estágios do processo terapêutico e relatou que os níveis de ampliação da consciência dependem do desdobramento de três estágios na psicoterapia, que são usualmente interrelacionados. O primeiro se refere ao *para-outro*, onde os relatos são mais superficiais e os problemas são vistos como externos ao sujeito, a consciência é vaga e pré-reflexiva. O cliente ainda tem dificuldade de manter-se no presente e tende a racionalizar as experiências. Sartre afirmou: “Quaisquer que sejam os obstáculos que venham a fazê-lo fracassar, o projeto da sinceridade é o menos concebível” (Sartre, 1943/2002, p. 128).

O segundo consiste no *para-si*, estágio no qual os problemas são mais explorados e há um aumento de responsabilidade; o cliente utiliza a si mesmo como ponto de referência e não mais o outro. Começa a questionar seus valores e descobre-se como criador de sua própria história (Erthal, 2013). A liberdade é o fundamento do *para-si*, que não se preocupa em definir uma essência, torna-se abertura para o mundo (Santos, 2016).

O último estágio é chamado de *para-si-para-outro*, que é o momento mais autêntico da pessoa, no qual a maior percepção de si modifica seu *ser-no-mundo*, há o desenvolvimento do autorrespeito e clarificação acerca dos mecanismos que impedem o experienciar da liberdade. A maior autoconsciência permite a compreensão de como a pessoa se construiu enquanto sujeito, das suas possibilidades e limitações (Erthal, 2013).

Metodologia

O método fenomenológico existencial em pesquisas de caráter qualitativo aceita as relativas perspectivas sobre o saber, compreendendo que o fenômeno se apresenta de diversas maneiras dependendo de como se olha para ele. A construção do conhecimento na fenomenologia questiona o método científico natural ou metafísico, que se caracteriza como um conhecimento previsível, padronizado e controlável, no qual há a predominância da razão e da verdade absoluta. Dessa forma, os procedimentos nas pesquisas fenomenológico-existenciais não estão definidos, e, portanto, as formas de registros dos dados podem ser diversas, e nenhum deles dará conta da totalidade do objeto investigado (Silva & Santos, 2017).

Neste estudo qualitativo, as reflexões foram realizadas pelo método fenomenológico, a partir da redução fenomenológica que toma os objetos tais como são, abstendo-se da atitude natural. Coube à pesquisadora o envolvimento existencial, penetrando na vivência espontânea e profundamente, e depois se colocando em distanciamento reflexivo a fim de captar, compreender e descrever os significados atribuídos às experiências (Forghieri, 2012a). O papel do pesquisador não é de neutralidade, mas de abertura para o inesperado, pois a linguagem, expressão da existência humana, é única e impossível de ser explicada mediante pressupostos estáveis e generalistas (Silva & Santos, 2017).

O grupo psicoterápico breve com estudantes do curso de medicina veterinária foi ofertado durante seis meses e delimitado com duração de 2 horas semanais, no Instituto de Medicina Veterinária da UFRRJ, localizado em Seropédica, RJ. Os estudantes se inscreveram voluntariamente. Os encontros foram facilitados

tados por duas estagiárias do curso de Psicologia, que utilizaram como recurso as dinâmicas de grupo e intervenções psicoterapêuticas baseadas no referencial teórico fenomenológico-existencial.

Foram realizadas 13 sessões, e os discentes se comprometeram a comparecer a no mínimo 8 encontros. Participaram do grupo sete adultos jovens, um homem e seis mulheres, com idades entre 18 e 30 anos. Para coleta de dados foram utilizados um diário de campo e um gravador de áudio.

O material do estudo foi a observação participante do fenômeno grupal e a relação entre os clientes e as duas terapeutas em estágio supervisionado, visando a compreender como ocorre o processo da tomada de consciência, superação de crises e elaboração das angústias. Devido ao caráter sigiloso da pesquisa, os nomes dos participantes foram trocados pelas iniciais B.C., B.S., I.P., L.O., M.B., M.S. e T.S. Estabeleceu-se um contrato psicoterápico, que consistia no acordo de sigilo grupal, ausência de julgamento, necessidade da presença para formação efetiva do grupo, número máximo de faltas e limites para atrasos.

Em atenção à Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2012), que estabeleceu diretrizes e normas regulamentares sobre pesquisas que implicam a obtenção de informações a respeito de seres humanos, todos os procedimentos éticos foram respeitados. O projeto deste estudo foi submetido e teve a aprovação da Comissão de Ética na Pesquisa (COMEP) da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ), processo nº 23083.027281/2017-27. Solicitamos aos participantes o preenchimento de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que tivessem ciência da finalidade da pesquisa e aceitassem participar da investigação, sendo informados de que poderiam desistir da participação a qualquer tempo, sem que isso lhes trouxesse qualquer consequência. O coordenador do curso de Medicina Veterinária assinou um Termo de Consentimento Institucional.

Resultados e discussão

As angústias iniciais: o mundo como carrasco e a má-fé

No primeiro encontro, observamos que o nível de consciência do grupo estava no *para-outro*. Apesar de todos relatarem que tinham como expectativa buscar o crescimento pessoal, ajuda para lidar com adversidades do dia a dia e pressões do ambiente universitário, as queixas foram centradas em conflitos com os professores e demais figuras de autoridades presentes na universidade. No de-

correr do tempo, ainda vimos o quanto o curso era motivo de queixa do grupo. M.S., 19 anos, relatou: “*A gente vive a Veterinária a todo o momento*” e L.O., 28 anos: “*Eu tenho muita coisa pra falar, estou morrendo de raiva do professor*”. Na contemporaneidade, a dor é vista como sofrimento pelas especialidades modernas e midiáticas que buscam eliminar quaisquer frustrações ou mal-estar, projetando uma existência que luta contra todos os desapontamentos da vida. Contudo, a dor faz parte da existência humana; quanto mais se tenta fugir dela, maior ela fica (Feijoo, 2017). Quando ouvimos esses relatos no grupo, refletimos o quanto nos parecia que os problemas enfrentados pelos clientes estavam voltados para fora, isto é, as tensões eram vistas como unicamente externas aos participantes, pois se colocavam de forma passiva frente às adversidades do dia a dia.

Na prática clínica, quando o sujeito chega à psicoterapia, a procura pela adaptação às circunstâncias sociais pode ser mais relevante do que viabilizar um projeto de ser autêntico e construído em liberdade. De acordo com Santos (2016), uma das formas de lidar com a angústia própria do existir humano é pela *má-fé*, concebida quando o ser foge de sua liberdade e de seu *projeto*. Assim, a *má-fé* surge como uma tentativa de encobrir a angústia existencial, na qual a pessoa tenta enganar a si mesma (Teixeira, 2017), ou seja, é constituída como uma “apreensão pré-reflexiva (da) consciência” (Sartre, 1943/2002, p. 94), delimitada como uma fala que indica a consciência de primeiro grau alienada e sem reflexão (Schneider, 2011).

Para lidar com a consciência de seu desamparo frente à realidade, o sujeito pode tentar em vão dar à sua existência um aspecto fixo e totalizado, rejeitando sua responsabilidade na busca por um destino seguro (Teixeira, 2017). Como apontamos no título desta discussão, o mundo torna-se carrasco, já que aquilo que o sujeito é, sente e vive não é visto como uma decisão da consciência; ao contrário, ele se revolta e resigna-se frente a seu destino por meio da *má-fé* (Sartre, 1943/2002).

No estágio *para-outro*, a pessoa não compreende a extensão de sua liberdade e possibilidades: “sou responsável até pelo meu próprio desejo de livrar-me das responsabilidades; fazer-me passivo no mundo, recusar a agir sobre as coisas e os Outros, é também escolher-me” (Sartre, 1943/2002, p. 680). Na pré-reflexão, o mundo externo é tido como o principal culpado pelos problemas que afetam a pessoa. Munido de uma consciência voltada para fora, possui dificuldades de permanecer no tempo presente, tendências à racionalização das experiências e relatar as coisas de forma superficial (Erthal, 2013).

Os participantes compartilharam com os demais aquilo que era motivo de sofrimento e as queixas eram semelhantes. Ao examinarmos suas falas, pudemos

perceber que elas apontavam para uma responsabilização do outro e, dessa forma, indicavam um estágio pré-reflexivo. Os membros usaram expressões como “as pessoas” e “todo mundo”, mas quando indagamos a quem se referiam, os participantes respondiam de forma generalista novamente, como se de fato as expressões pudessem não estar se referindo a ninguém.

Durante a quinta sessão, surgiu o posicionamento de que até seus sentimentos eram passíveis de serem julgados, e nossa intervenção foi no sentido de clarificar quem seriam os julgadores. Uma cliente expôs: *“Ah, os meus [sentimentos], não sei. Ninguém. Talvez [alguém] me julgue nas minhas costas, mas eu não sei assim, ainda não identifiquei alguém que está me julgando pelos meus sentimentos.”* (T.S., 26 anos). Quando indagamos a quem a cliente se referia, nos dirigimos para além da objetividade do relato, pois investigamos como a experiência do conflito *cliente-outro* se mostrava e existia **para** a pessoa. Se partirmos do princípio que a consciência é sempre intencional, como mostrou Husserl, percebemos que, nesse estágio pré-reflexivo, ou imediato, a consciência posiciona-se para o mundo externo (Sartre, 1943/2002).

Outro aspecto que nos indicou a falta de autorresponsabilização foi o fato de os clientes terem relatado que se sentiam julgados pelas pessoas, mas, apesar disso, não conseguiram elencar quem os julgava: *“Eu acho que o ser humano julga tudo, cara.”* (T.S., 26 anos) e *“Acho que todo mundo ouve uma coisa, tem um julgamento daquilo, tem uma opinião sobre aquilo.”* (L.O., 28 anos). Reconhecemos esse posicionamento em Sartre: *“Ela [a consciência imediata] não conhece minha percepção, não a posiciona: tudo que há de intenção na minha consciência atual acha-se voltado para fora, para o mundo”* (Sartre, 1943/2002, p. 24). Por isso, observamos que a percepção do próprio significado de julgar era primordialmente voltada para compreensão de que qualquer pessoa deliberaria sobre o que vê e, portanto, lhe atribuiria valor: *“Ah, mas até psicólogo, eu já fiz também terapia [individual], até psicóloga pode me julgar e não expressar”* (L.O., 28 anos). Esse relato nos mostrou como o olhar da cliente para aquilo que é julgamento era vago e superficial, expressando um nível de consciência *para-outro*. Sua contribuição nos apontou que o simples olhar de outrem já poderia significar uma crítica negativa para ela ou sobre quem ela é. Sobre o *ser-visto*, Sartre (1943/2002) apontou que existem reações subjetivas dos sujeitos frente ao olhar do outro. Assim, a escravidão do ser está presente “enquanto sou objeto de valores que vêm me qualificar sem que eu possa agir sobre essa qualificação ou sequer conhecê-la” (p. 344). A escravidão é, portanto, o sentimento de restrição e alienação das possibilidades e também a assunção da crença de que é verdadeiro o conteúdo que o outro percebe.

A família, um dos principais grupos estudados por Sartre, é um núcleo que propicia a formação das pessoas. Nesse grupo primário são produzidas expectativas para os sujeitos desde a infância, e são essas amarras sociais que fomentam a personalização (Schneider, 2011). Os membros de nosso grupo também trouxeram queixas relacionadas à sua vida familiar, de forma que as histórias do passado ainda lhes incomodavam no presente, expressados por sentimentos angustiantes. Na *má-fé* o indivíduo busca tornar a existência estática, permanente e inquestionável, tornando-se alguém passivo frente às situações da vida (Teixeira, 2017). O relato da cliente B.S., 24 anos, exemplifica essa discussão:

“Essa pressão familiar em geral te exige coisas que você não quer fazer, não necessariamente vai ser bom pra você, mas você acaba indo nessa [direção] porque vai te deixar mais confortável, te deixar mais à vontade naquele meio, a pressão vai acabar. Você acaba fazendo uma coisa que não é bem o que você queria.”

Em sociedade, diversos papéis sociais são possíveis, o meio e suas diferentes oportunidades e percalços colaboram no ato fundamental de escolher. T.S., 26 anos, se percebeu como alguém que assumiria muitas responsabilidades futuramente em relação ao cuidado com sua irmã doente e, por isso, preocupava-se em ser bem sucedida na carreira/trabalho para poder ajudá-la. Seu *projeto* nos pareceu se desenrolar no sentido de limitar possibilidades de outros modos de ser, devido à pressão que sentia cair sobre si. Contou-nos: *“E meu pai também, acho que conta só comigo. Tipo assim, por causa do meu jeito e tal. Na minha família todo mundo também conta comigo”*. Em algumas famílias, os projetos individuais podem não se concretizar quando se constroem concepções determinísticas, cobranças morais, fomento do medo pela dissolução e exigência de uma falsa unidade (Schneider, 2011). Mas, frente a essas reflexões, é importante retomar que a consciência é invenção, isto é, uma abertura às diversas formas de existir.

Sinto, logo reflito

As emoções são parte da constituição fundamental do psiquismo humano e por isso um fenômeno da consciência, e como esta é intencional, as emoções são uma das formas possíveis de se estabelecer relações com o mundo (Schneider, 2011). Na psicoterapia breve, nosso movimento como terapeutas estagiárias caminhou no sentido de compreender o grupo como único, suspendendo tem-

porariamente os conhecimentos psicológicos preestabelecidos sobre os encontros de grupo a fim de permitir que os fenômenos se apresentassem como eles eram organizados por aqueles que os vivenciavam. Afinal, o modo como a experiência aparece para cada membro é singular e inesgotável, configurando-se apenas como perspectivas diferentes (Alves, 2013). Essa postura terapêutica significa vincular-se empaticamente ao cliente, apoiando-se na compreensão daquilo que o sujeito sente e atento às expressões e sentimentos que aparecem na relação, trocando ideias e questionando valores e metas pessoais (Erthal, 2013). Assim, buscamos nos aproximar dos significados, valores, crenças e sentimentos presentes nas falas das pessoas em relação à sua percepção do mundo.

Na quinta sessão, o grupo conversou sobre como ouviam alguns colegas dizerem que a época da universidade seria a melhor de suas vidas, uma vez que o tempo como estudante seria único e repleto de experiências diferentes de tudo aquilo que já viveram. Contudo, os clientes não se sentiam dessa forma naquele momento e estranhavam o fato de ouvirem esse tipo de relato das outras pessoas. O foco do problema foi explorado e a ampliação de consciência se tornou possível a partir do momento que fizemos a *epoché*, objetivando compreender **a quem** de fato os participantes se referiam: “*Quem são essas pessoas que falam que a universidade vai ser a melhor época da vida de vocês?*” (facilitadora). “*Os estudantes.*” (L.O., 28 anos). “*Acho que todo mundo! Eu não sei dizer quem.*” (T.S., 26 anos).

Por fim, uma das participantes conseguiu pontuar a quem se referia: “*Por exemplo, eu conheço pessoas que já se formaram, fantasiam que a universidade é um mundinho maravilhoso. Eu não sinto isso.*” (B.S., 24 anos). Intervimos mostrando que os profissionais a que se referiam poderiam sentir que a época de universidade foi melhor porque estavam em outro momento de suas vidas, diferente das pessoas do grupo que ainda experienciavam um espaço e um tempo diferentes, mais distantes do mundo das responsabilidades e desafios adultos. Para os universitários, a proximidade com os pais pode ir de encontro ao desejo de independência e exploração de oportunidades. Já os jovens trabalhadores tendem a valorizar mais o apoio emocional frente às adversidades, devido à saída do ambiente estudantil e à entrada no mercado de trabalho. Estes têm mais habilidades para realizar tarefas domésticas e maior sensibilidade para cuidar dos outros, pois possivelmente estão menos centrados na experiência universitária do que os estudantes, que se encontram voltados para o desenvolvimento e a exploração de habilidades laborais e afetivas (Andrade, 2016). Foi importante nesse momento a cliente expor que não “sentia isso”, pois essa frase nos mostrou um início da tomada de responsabilização, pois ela não colocou que a afirmação não é uma verdade, mas disse que o que ouviu não é uma verdade para ela.

Uma das clientes apresentou sua timidez nos encontros. Estar no grupo, olhar e ser olhada pelo outro não a impediu de contribuir quando convidada a expressar-se. Relatou que na adolescência sua timidez era pior e disse como se sentia ao enfrentar esse problema: “*Me sinto desconfortável, mas é pra sair dessa zona de conforto, justamente. Então, vendo como eu melhorei, assim, eu me sinto feliz, sabe? Eu vejo que eu posso mudar as coisas.*” (B.C., 23 anos). Uma das condições necessárias para a mudança num processo psicoterapêutico é a disposição para autorrevelação, que poderá ser favorecida pelo clima amistoso promovido pelos participantes (Bechelli & Santos, 2005). Embora em nosso grupo ocorressem mudanças terapêuticas nos modos de *ser-no-mundo*, nós nos restringimos a compreender e acompanhar o seu *projeto de ser*.

O segundo estágio da psicoterapia consiste no *para-si*, no qual se aprofunda a compreensão dos problemas e há um aumento de avocação de responsabilidade. O cliente se autorreferencia e não mais exclusivamente o outro, começa a avaliar seus valores e percebe-se como autor de sua própria história (Erthal, 2013). Em um dos encontros, dialogando sobre o modo como os clientes faziam escolhas em suas vidas, uma das participantes falou acerca daquilo que vivenciava a partir de seu sentimento: “*Eu sinto também que às vezes a gente deixar as coisas rolar, deixar a vida me levar, também é uma escolha que a gente faz. É uma escolha deixar as coisas acontecerem, não escolher nada.*” (L.O., 28 anos). Nesse relato, percebemos um aprimoramento do nível de consciência pela autorresponsabilização presente no conteúdo da fala e porque sua colocação partiu do princípio do que ela sentia. Assim, vemos que a cliente tomou a si mesma e suas experiências como referência no momento de expressar o modo como enxergava o mundo externo e as outras pessoas.

No *para-si*, o problema começa a ser visto fazendo parte da pessoa, e a relação *eu-mundo* pode ser mais bem explorada (Erthal, 2013). O grupo proporcionou espaço para que uma das clientes admitisse sua preocupação com a imagem que os outros criavam dela. Quando indagada sobre como se sentia quando não era aceita pelas outras pessoas, respondeu: “*Sinto vontade de ser [aceita], mas eu não posso mudar o que as pessoas acham. Eu acho que eu também não posso me forçar a uma situação.*” (B.S., 24 anos). Nesse trecho percebemos que B.S. reconheceu a liberdade do outro, pois ela compreendeu que os sentimentos e as ações das pessoas ao seu redor são diversos, e que não lhe cabia a função de modificá-los. Por isso, nos pareceu que a cliente expôs saber que seu bem-estar estava diretamente associado à sua autopercepção.

O ser-com: ampliando possibilidades

Uma vez que a dor e a angústia fazem parte da existência humana (Feijoo, 2017), formas de enfrentar essa condenação podem ser construídas. Ao mesmo tempo em que a angústia advém da liberdade de ser e da necessidade da invenção em um mundo sem receita pronta para a felicidade, ela também é catalisadora de movimentos criativos e benéficos. Durante os encontros os participantes se depararam com experiências de vida semelhantes às suas e isso contribuiu para que pudessem demonstrar compreensão e empatia ao que o outro trazia. É na relação constituída como uma unidade entre homem e objetos que o indivíduo dá sentido ao que lhe aparece na consciência. É, portanto, na interação com o mundo circundante que o sujeito adquire condições necessárias para descobrir quem ele é, por meio da consciência de si e do autoconhecimento (Forghieri, 2012b). M.S., de 19 anos, compartilhou com o grupo:

“Eu gosto bastante de todos os encontros que tem aqui. Gosto porque dá pra você se identificar com as pessoas. Você vê que não é o único que passou por isso. [...] É bom porque aí eu vejo o outro lado, tipo, outro jeito de pensar, outra opção. Acaba abrindo a sua mente pra muitas coisas.”

As relações sociais são mediadoras para todo o processo de construção de si mesmo, ou seja, o contorno de quem o sujeito é será influenciado pela socialização: “O outro é mediador entre mim e mim mesmo” (Schneider, 2011, p. 147). Um grupo organizado se caracteriza quando promove impacto diretamente no *projeto de ser* da pessoa e superação da solidão, induzem a reciprocidade, compartilhamento de ações, pensamentos e sentimentos (Schneider, 2011). Quando B.S., 24 anos, expôs ao grupo seu medo de não ser compreendida pelas demais pessoas, após falar sobre a pressão que sente para atender pedidos de familiares, I.P., de 26 anos, pontuou: “*Eu compartilho do seu sentimento [...] Consegui entender onde você estava querendo chegar*”. Aqui, vimos um exemplo de empatia, na qual a angústia da cliente foi compreendida por I.P. Nesse caso, o apoio constituiu ferramenta essencial para fortalecer a coesão grupal e o afeto tornou-se elemento básico para proporcionar acolhimento. Em grupo, atitudes como essas são possíveis, onde o terapeuta não é o único a proporcionar *feedbacks* de aceitação e empatia com o cliente, pois cada participante também facilita o processo de descoberta do outro.

A cliente B.S., 24 anos, queixou-se do afastamento e da indiferença que seu pai tinha em relação aos seus sentimentos desde a sua infância, e como isso a magoou e fez com que ela própria se distanciasse e a impediu de perdoá-lo. Ela

indagou ao grupo quais as alternativas para lidar com tal situação, pois não via outra forma de se colocar nessa relação que não fosse manter-se longe. O grupo contribuiu perguntando se a cliente já havia expressado para o pai seus sentimentos de frustração e mágoa. Na sessão seguinte a esse acontecimento, a participante contou que durante a semana sentiu tristeza e que naquele momento estava com raiva. Dividiu com o grupo:

“Eu fiquei pensando muito: será que o problema foi eu não ter falado? Conforme fui pensando nisso eu fui percebendo que eu acho que não tem nada a ver com isso. [...] Eu não acho que o problema foi eu não ter contado [o que sentia], não ter conversado. Daí que surgiu a [minha] raiva, porque o negócio não é comigo!”

Essa situação específica dentro do grupo nos convidou a refletir que, para a participante, problematizar sobre as formas de se relacionar com aquilo que é esperado dentro de determinado laço social lhe permitiu olhar para si mesma, lidar com os limites entre o *eu-outro* e os tensionamentos frente à proximidade com o pai. Estar junto com as pessoas é um desafio, pois os sujeitos que estão à nossa volta são mediadores da nossa existência e, devido a essa aproximação, as relações são permeadas por tensões. A recusa da liberdade e responsabilidade poderá colocar o ser numa posição de objeto frente ao outro, onde a relação é sustentada na *má-fé* e na alienação. O temor de lidar com uma existência que é faltosa faz com que o sujeito busque ser preenchido pelo outro e possa lhe entregar sua existência de forma passiva (Teixeira, 2017).

Após o relato dela, os demais participantes disseram que percebiam que B.S. poderia mudar esta situação, pois valorizavam sua capacidade de se colocar dentro das relações de modo mais satisfatório. M.S., 19 anos, direcionou essa fala para B.S.: *“Acho que o que o grupo quis te passar é que agora você pode fazer alguma coisa a respeito [sobre esta situação]”*. Ao terapeuta cabe garantir espaço para expressão dos sentimentos, sejam eles afetuosos ou hostis, permitindo que cada pessoa se coloque dentro do grupo sem censura e desaprovação. Isso contribui para o processo de autocompreensão e modificação de si próprio. À medida que esse ambiente terapêutico é cultivado, é possível a integração entre os participantes, a criação de identificações e todos passarem a trabalhar em conjunto. Quando a pessoa percebe que os companheiros de grupo a escutam com interesse e compreensão, consegue ouvir a si própria: *“o diálogo possui um componente interior e subjetivo que propicia a reflexão”* (Bechelli & Santos, 2005, p. 251). Constatamos nesse grupo como os sentimentos de B.S. foram acolhidos e compreendidos,

de maneira que as pessoas conseguiram dar um *feedback* à participante de forma objetiva, valorizando sua força de autogestão, sem lançar mão de julgamentos.

Quando os clientes foram convidados a expressar o que tiravam da experiência com o grupo, trouxeram em comum o relato de como foi para eles olhar os colegas e constatar semelhanças ou simplesmente perceber realidades diferentes: “*Eu tiro [dos encontros] autoconhecimento [...] porque a gente acaba vendo que não é o único que tem os problemas.*” (M.S., 19 anos). É no encontro com o outro, captando as diversidades dentro do grupo, que cada um pode perceber seus modos de ser e abre-se a possibilidade de que novas formas de se relacionar sejam pensadas (Alves, 2013). A participante M.B., 26 anos, relatou: “*Eu tiro daqui empatia, porque eu comecei a olhar os colegas de outra maneira. Olhar os outros estudantes, os outros alunos, de outra maneira.*”. Para nós, foi interessante observar que a participante trouxe como foi ressignificar sua percepção sobre os universitários, e por isso vemos que seu *ser-no-mundo* já se apresentou diferente após os encontros. Compreendemos que o vislumbrar de diferenças e semelhanças amplia o nível de consciência, uma vez que os significados que damos às nossas relações são fundamentais para delimitar quem somos.

Durante a experiência grupal, percebemos que houve momentos em que o grupo se voltava para um nível pré-reflexivo e ocasiões em que os membros caminhavam para uma maior compreensão de sua liberdade e responsabilidade. Com isso, concluímos que a cada encontro os clientes perpassavam, de modo não sequencial, pelos estágios de ampliação de consciência descritos por Erthal (2013): *para-outro, para-si e para-si-para-outro*. Constatamos que os estágios foram vivenciados de forma não linear, com muitas idas e retornos através das relações.

I.P., 26 anos, relatou sobre como viveu o processo de perdão que conseguiu dar à sua mãe. Segundo o cliente, ela não se enquadrava nos padrões sociais esperados para uma mulher durante a maternidade: não era carinhosa e acolhedora para com o filho. O participante relatou que sua mãe não mudou, mas ele teve uma mudança de percepção sobre ela, o que o ajudou a compreendê-la melhor e se permitir perdoar: “*Mudou o que eu penso [sobre a mãe]. Eu tentei enxergar o lado dela, sabe? Tentei me colocar no lugar dela, tentei enxergar melhor a situação.*”. O cliente nos trouxe a contribuição de que se tornou protagonista de sua própria história, de maneira que o passado não mais delimitava quem ele queria ser e como iria vivenciar o relacionamento, permitindo-se experienciar outras possibilidades.

Contudo, I.P., no penúltimo encontro, nos mostrou sua insegurança ao relatar que percebe em si mesmo a ocorrência de pensamentos autodepreciativos: “*Meus pensamentos negativos: que eu não sou bom o suficiente, não vou passar em concurso, residência [de Medicina Veterinária]*”. Esse é um exemplo de como a

psicoterapia se revelou um espaço onde captamos aspectos da existência e possibilitamos a expressão de quem a pessoa é, a fim de que ela própria defina seus caminhos. À vista disso, a psicoterapia é uma construção e não um procedimento sequencial linear. Para Sartre (1943/2002), na acepção existencial, o fracasso do homem é que o torna faltoso e incompleto e lhe permite ir ao encontro da autenticidade. Por isso, percebemos que não coube à psicoterapia encontrar soluções finais para problemas, mas sim facilitar o processo de descoberta do outro, olhando atentamente para cada movimento da relação que as pessoas do grupo estabeleceram com o próximo e consigo mesmas. O bem-estar social, espiritual, material e psíquico depende fortemente dos relacionamentos estabelecidos dentro dos grupos a que os sujeitos pertencem, pois é coletivamente que as pessoas têm possibilidade de desenvolver habilidades interpessoais e solucionar problemas. Dessa forma, o próprio grupo é instrumento para promover mudanças, possibilitar alívio para o sofrimento mental, encorajar o desenvolvimento e modificar comportamentos (Bechelli & Santos, 2005).

Assim, a questão de como se experiencia o tempo na psicoterapia foi algo importante de ser refletido. É na relação do homem com o mundo que a temporalidade se manifesta, pois ele é uma totalização em curso. Isso significa que o sujeito é quem estabelece as relações entre os elementos *ek-státicos* passado, presente e futuro, e se projeta, localizando-se no tempo, escolhendo agir, fugir, aprender, amar, sofrer etc., de acordo com a correlação noética (de afetação do sujeito) entre esses elementos. A dinâmica psicológica é concretizada a partir dessa dinâmica temporal, em que as pessoas definem-se pelo que são (passado) e pelo que ainda pretendem vir a ser (futuro), estando presentes no mundo e criando a cada momento seu *projeto de ser* (Schneider, 2011).

Cada escolha diária define o *projeto* de uma pessoa, ou seja, suas ações, atitudes e afetos são escolhas que o dirigem a partir de um *desejo de ser*. Esse desejo move o homem e se apresenta nas experiências relacionais, emocionais e intelectuais, a todo momento (Schneider, 2011). Em nossa atuação clínica, o tempo para que cada descoberta dos participantes acontecesse se mostrou sem a relação de antes-depois, isto é, sem uma sucessão de fatos, mas o que vimos foram os desdobramentos das escolhas originais diárias que caracterizavam seus *projetos*.

Considerações finais

Neste trabalho, valorizamos as contribuições do filósofo Jean-Paul Sartre e da psicoterapeuta Tereza Erthal para refletir sobre alguns conteúdos que

emergiram na psicoterapia de grupo breve. Buscamos utilizar o conceito de níveis de consciência para analisar a fala dos participantes, a fim de perceber como aconteceram as modificações na percepção de si e na autenticidade das pessoas do grupo.

Percebemos que os sujeitos chegaram à psicoterapia buscando adaptação às circunstâncias sociais, de forma que o movimento tendia ao de responsabilização do outro e de posicionamento passivo frente aos tensionamentos das relações do dia a dia. Assim, a consciência se posicionava para o mundo externo, mostrando um nível pré-reflexivo, apontando para a restrição e alienação das possibilidades. Como terapeutas estagiárias, partindo do princípio terapêutico da *epoché*, buscamos compreender significados e sentimentos dos participantes sobre sua percepção do mundo, entrando na relação de forma empática e abstando-nos de uma atitude natural. Com esse processo, percebemos que os participantes do grupo reconheceram e se colocaram a partir do que sentiam e constatamos um aprimoramento do nível de consciência pela autorresponsabilização presente nas falas, pois observamos que eles puderam tomar a si mesmos e suas experiências como referência para expressar os significados de sua existência. Destarte, neste estágio do *para-si*, a percepção sobre o mundo pôde ser mais bem explorada, de forma que os problemas começaram a ser vistos como fazendo parte dos sujeitos.

Buscamos compreender e acompanhar o desenrolar dos *projetos de ser* dos participantes e como eram criados seus *ser-no-mundo* por meio do estabelecimento das relações em seus contextos. Vimos que durante os encontros o grupo compartilhou experiências de vida semelhantes, o que contribuiu para que pudessem demonstrar empatia ao que outro trazia, auxiliando no suporte às angústias. Atitudes de compreensão e aceitação constituíram ferramenta essencial para fortalecer a coesão grupal, e o afeto tornou-se elemento básico para proporcionar acolhimento. Essa ação de captar diversidades dentro do grupo abriu caminhos para modificações no *ser-no-mundo* de cada membro, caracterizando-se como elemento fundamental do estágio do *para-si-para-outro*. Compreendemos que a dinâmica estabelecida nesse grupo de reconhecer diferenças e semelhanças colaborou para expandir a percepção que cada participante tinha de si, facilitando o processo de autodescoberta e consequentemente ampliando o nível de consciência.

A psicoterapia de grupo breve destacou-se como um processo constante de descoberta sobre si, sem, contudo, se caracterizar de modo sequencial linear progressiva. Por isso, percebemos a presença desses níveis de consciência em todos os encontros.

Referências

- Alves, P. E. R. (2013). O método fenomenológico na condução de grupos terapêuticos. *Revista SBPH*, 16(1), 1-16. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582013000100009
- Andrade, C. (2016). A construção da identidade, auto-conceito e autonomia em adultos emergentes. *Psicologia Escolar e Educacional*, SP, 20(1), 137-146. <https://doi.org/10.1590/2175-353920150201944>
- Bechelli, P. P. C.; Santos, M. A. (2005). O terapeuta na psicoterapia de grupo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(2), 249-254. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000200018>
- CNS – Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde (2012). *Resolução nº 466, de 12/12/2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Brasília: Diário Oficial da União. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- Erthal, T. C. S. (2013). *Trilogia da existência: Teoria e prática da psicoterapia vivencial*. Curitiba: Appris.
- Feijoo, A. M. L. (2017). Dor, sofrimento: Do homem grego ao homem moderno. In: A. M. L. Feijoo (Org.), *Interpretações fenomenológico-existenciais para o sofrimento psíquico* (2ª ed.), cap. 1, p. 7-32. Rio de Janeiro: IFEN.
- Forghieri, I. C. (2012a). Contribuições da fenomenologia para a pesquisa em psicologia. In: *Psicologia fenomenológica: Fundamentos, método e pesquisa*, cap. 4, p. 58-75. São Paulo: Cengage Learning.
- Forghieri, I. C. (2012b). Enfoque fenomenológico da personalidade. In: *Psicologia fenomenológica: Fundamentos, método e pesquisa*, cap. 3, p. 23-55. São Paulo: Cengage Learning.
- Leme, V. B. R.; Fernandes, L. M.; Jovariani, N. V.; Falcão, A. O.; Moraes, G. A. (2016). Percepções de jovens sobre a transição para a vida adulta e as relações familiares. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 9(2), 182-194. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202016000200003
- Santos, T. T. (2016). Sartre e a realidade humana: Uma compreensão fenomenológica da existência do para-si enquanto liberdade. *Sapere Aude*, 16(12), 479-496. <http://periodicos.pucminas.br/index.php/SapereAude/article/view/P.21776342.2016v7n13p479/9977>
- Sartre, J. P. (1943/2002). *O ser e o nada: Ensaio de ontologia fenomenológica* (11ª ed.), (trad. Paulo Perdigo). Petrópolis: Vozes.
- Schneider, D. R. (2011). *Sartre e a psicologia clínica*. Florianópolis: UFSC.
- Silva, E. F. G.; Santos, S. E. B. (2017). Fenomenologia existencial como caminho para pesquisa qualitativa em psicologia. *Revista Nufen: Phenomenology and Interdisciplinarity*, 9(3), 110-126. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912017000300008

- Teixeira, T. (2016). A tensão da existência: Uma relação entre autenticidade e inautenticidade em Jean Paul-Sartre e Simone de Beauvoir. *Pensar – Revista Eletrônica da Faje*, 7(1), 79-96. <http://faje.edu.br/periodicos/index.php/pensar/article/view/3524>
- Teixeira, T. (2017). Desafios contemporâneos sob a luz do existencialismo humanista em Sartre. *Sapere Aude*, 8(16), 457-468. <http://periodicos.pucminas.br/index.php/SapereAude/article/viewFile/15953/12763>
- Teixeira, T. (2018). O outro e a solidariedade: O existencialismo sartriano como percepção do cisma ético contemporâneo. *VirtuaJus*, 3(4), 116-127. <http://periodicos.pucminas.br/index.php/virtuajus/article/view/17783>

Recebido em 07 de novembro de 2019
Aceito para publicação em 30 de abril de 2020

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DE MÃES QUE TIVERAM FILHOS ABUSADOS SEXUALMENTE

*COPING STRATEGIES OF MOTHERS WHO
HAD CHILDREN SEXUALLY ABUSED*

*ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE MADRES
QUE TUVIERON HIJOS ABUSADOS SEXUALMENTE*

Francieli Sufredini ⁽¹⁾

Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré ⁽²⁾

Scheila Krenkel ⁽³⁾

RESUMO

O reconhecimento das estratégias utilizadas pelos cuidadores de crianças e adolescentes abusados sexualmente configura-se como um fator decisivo para o tratamento das vítimas. Este estudo qualitativo objetivou identificar estratégias de enfrentamento de mães que tiveram filhos abusados sexualmente e estavam em acompanhamento por serviços públicos de assistência social. Foram entrevistadas 12 mães que residiam em um município da região Sul do Brasil. Os dados foram organizados e analisados utilizando os princípios da Grounded Theory, com auxílio do software Atlas-ti 7.0. Observaram-se: (1) estratégias de enfrentamento interpessoais, com destaque para o apoio institucional da rede de suporte; (2) estratégias centradas na criança ou adolescente, como a interação cotidiana com os filhos e atendimento especializado fornecido pelas instituições; e (3) estratégias centradas na mãe, tais como crença religiosa, envolvimento laboral, cuidados com a saúde, isolamento, evitação e negação do fenômeno. Considera-se que este estudo contribui para profissionais compreenderem as singularidades das estratégias utilizadas pelas mães para auxiliar na intervenção com os envolvidos na situação de abuso sexual.

Palavras-chave: abuso sexual; abuso da criança; enfrentamento; mães.

⁽¹⁾ Psicóloga. Doutoranda em Saúde pela University of Technology Sydney, NSW, Austrália. Mestra em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil. franpoulain@gmail.com

⁽²⁾ Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), com Pós-Doutorado em Psicologia Social pela Universidade Autônoma de Barcelona e em Psicologia pela Universidade de Lisboa. Professora titular do Departamento de Psicologia, docente da Graduação e do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil. carmenloom@gmail.com

⁽³⁾ Psicóloga clínica. Doutora e pós-doutoranda em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil. scheilakrenkel@gmail.com

ABSTRACT

Recognizing the coping strategies employed by the carers of sexually abused children and adolescents is a crucial factor for the victims' treatment. This qualitative study aims to identify coping strategies of mothers who had children sexually abused while under the assistance of public welfare services. Twelve mothers in a city in the Southern region of Brazil were interviewed. Data obtained was organized and analyzed by Grounded Theory principles, with Atlas-ti 7.0 software help, resulting in three major categories: (1) interpersonal coping strategies, emphasizing institutional network support; (2) child/adolescent-centered coping strategies, such as daily interaction with children; and (3) mother-centered coping strategies, such as religious beliefs, labor involvement, health self-care, isolation, avoidance and denial of the violence. It is important for professionals to understand the particularities of mothers' coping strategies, so they can properly assist all involved in the sexual abuse situation.

Keywords: sexual abuse; child abuse; coping; mothers.

RESUMEN

El reconocimiento de las estrategias utilizadas por los cuidadores de niños y adolescentes abusados sexualmente se configura como un factor decisivo para el tratamiento de las víctimas. Este estudio cualitativo tuvo como objetivo identificar estrategias de afrontamiento de madres que tuvieron hijos abusados sexualmente y estaban siendo monitoreadas por servicios públicos de asistencia social. Se entrevistaron a 12 madres que residían en un municipio de la región Sur de Brasil. Los datos fueron organizados y analizados utilizando los principios de la Grounded Theory, con ayuda del software Atlas-ti 7.0. Se observaron: (1) estrategias afrontamiento interpersonal, con destaque al apoyo de la red institucional configurada; (2) estrategias centradas en el niño o adolescente, como la interacción cotidiana con los hijos y atención especializada proporcionada por las instituciones; y (3) estrategias centradas en la madre, tales como creencias religiosas, participación laboral, cuidados con la salud, aislamiento, evitación y negación del fenómeno. Se considera que este estudio contribuye a profesionales a comprender las singularidades de las estrategias utilizadas por las madres para auxiliar en la intervención con los involucrados en la situación de abuso sexual.

Palabras clave: abuso sexual; abuso de niños; afrontamiento; madres.

Introdução

O abuso sexual infanto-juvenil compreende qualquer forma de prática sexual ou erótica com crianças e adolescentes perpetrada por pessoas que estão em estágios de desenvolvimento psicossocial mais adiantados que elas. A criança ou adolescente é usado para fins de satisfação sexual de um adulto ou adolescente mais velho, incluindo desde a prática de carícias, manipulação de genitálias, mamas ou ânus, exploração sexual, voyeurismo, pornografia, exibicionismo, até o ato sexual, com ou sem penetração (López & Bartolomé, 2012).

Considerado um grave problema de saúde pública devido à elevada incidência epidemiológica, estima-se que o abuso sexual infanto-juvenil afete de 11,8% a 27% da população mundial (Finkelhor et al., 2014; Jenny et al., 2013; Stoltenborgh et al., 2011). O abuso sexual infanto-juvenil é frequentemente subnotificado e esses números podem ser ainda maiores, já que as vítimas são emocionalmente manipuladas e envolvidas numa trama de conspiração de silêncio (Hugill et al., 2017; Vermeulen & Greef, 2015).

As consequências dessa modalidade de violência podem ser severas e ter efeitos duradouros ao longo do ciclo de desenvolvimento das vítimas. Em crianças, a violência sexual pode causar baixa autoestima, isolamento, alterações nos padrões de sono, problemas de comportamento, ansiedade, regressão, comportamento sexualizado, problemas escolares e também nutricionais (Van Toledo & Seymour, 2016; Wohab & Akhter, 2010). Na adolescência, o abuso sexual é um forte preditor de uso de cigarros, maconha e álcool (Sartor et al., 2013). Na vida adulta, essa violência pode levar a sintomas depressivos, episódios de pânico, transtornos de ansiedade, dependência de álcool e drogas ilícitas (Allen et al., 2014; Dolan & Whitworth, 2013; Fergusson et al., 2013; Haileye, 2013; Ulibarri et al., 2015). Além disso, adultos com histórico de abuso sexual infanto-juvenil demonstram menor nível de satisfação com seus parceiros amorosos, relacionamentos instáveis, maior risco de se envolver em relacionamento sexual de risco e de contrair HIV (Dolan & Whitworth, 2013; Godbout et al., 2014; Sanjeevi et al., 2018).

Diversos fatores confluem para o prognóstico da violência sexual e são descritos como atenuantes ou agravantes, tais como idade de início do abuso, duração da vivência de abuso, grau de violência ou ameaça empregadas, grau de segredo, estreitamento afetivo entre o autor da violência e a vítima e ausência de figuras parentais protetoras e de apoio social (Amazarray & Koller, 1998; Farinatti et al., 1993; Sanderson, 2005). Entre todos estes fatores, o suporte oferecido pelos cuidadores tem sido descrito como o principal fator responsável pela capacidade de as crianças e adolescentes lidarem com a experiência de abuso sexual,

e as mães são, frequentemente, a figura afetiva a quem a criança revela a violência (Amazarray & Koller, 1998; Baía et al., 2014; Cyr et al., 2013; Santos & Dell’Aglío, 2013).

A vivência de violência por parte de um dos integrantes da família pode afetar todo o ciclo de desenvolvimento familiar, assim como os ciclos individuais das crianças e adolescentes vítimas, dos irmãos, das mães e até mesmo do autor da violência (Moré & Krenkel, 2014). Entre os familiares, são as mães que se destacam em termos de impactos oriundos da violência sexual vivenciada por seus filhos, pois são as que apresentam menor satisfação e bem-estar após o encerramento dos processos judiciais – menor até mesmo que as próprias vítimas (Pincolini & Hutz, 2012). Estudos têm encontrado níveis de estresse significativos entre as mães de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, além de quadros de transtorno de estresse pós-traumático, isolamento e ideação suicida (Masilo & Davhana-Maselesele, 2017; Tavkar & Hansen, 2011).

As mães de crianças que vivenciam abuso sexual costumam se deparar com uma diversidade de perdas: de seu companheiro (caso este seja o autor do abuso) e da autoestima em função de terem se envolvido com uma pessoa capaz de cometer tamanha violência. Além disso, a segurança material também pode ser uma perda significativa, já que o companheiro abusador pode ser também o principal provedor do sustento da família (Masilo & Davhana-Maselesele, 2017; Santos & Dell’Aglío, 2013).

As mães têm ainda que se adaptar à nova rotina de acompanhamentos psicológicos e depoimentos em delegacias, bem como à ameaça da ocorrência de outros episódios de violência (Dobke et al., 2010; Inoue & Ristum, 2010). Elliott e Carnes (2001) consideram que as mães que tiveram filhos abusados sexualmente experienciam sentimentos e vivências semelhantes aos de mães de crianças com doença crônica, notadamente com relação à perda do filho ideal e saudável, à adaptação à nova realidade e aos novos cuidados exigidos.

Em meio a esse complexo contexto, as mães de crianças e adolescentes que vivenciaram abuso sexual desenvolvem estratégias para enfrentar a nova realidade. Tal enfrentamento acontece frente a um nível de estresse e requer ações que não são comumente utilizadas por elas, haja vista que as respostas cotidianas não são suficientes para lidar com a situação (Inoue & Ristum, 2010). As estratégias e atitudes adotadas pelas mães são importantes, pois o modo pelo qual os cuidadores compreendem o fenômeno da violência sexual e lidam com sua ocorrência e consequências influencia diretamente o tratamento das vítimas (Anggraini et al., 2018; Cyr et al., 2013; Daignault et al., 2018; Lima & Alberto, 2016; Van Toledo & Seymour, 2016).

Em termos conceituais, “enfrentamento” tem sido descrito como o conjunto de estratégias utilizadas pelas pessoas para se adaptarem a circunstâncias adversas ou estressantes (Antoniazzi et al., 1998). É considerado um processo transacional entre a pessoa e o ambiente, resultante de esforços cognitivos e comportamentais, sem que seja possível prever respostas situacionais a partir do estilo típico de enfrentamento de uma pessoa, haja vista a variabilidade nas reações individuais (Folkman & Lazarus, 1980; Lazarus & Folkman, 1984; Antoniazzi et al., 1998).

Folkman e Lazarus (1980) propõem dois tipos de estratégias de enfrentamento, as quais podem mudar durante os estágios de uma mesma situação estressante. A primeira delas, focalizada na emoção, é o esforço para regular o estado emocional que é associado ao estresse, com o objetivo de alterar o estado emocional do indivíduo frente a uma determinada situação ou evento estressor. Assim, fumar um cigarro, tomar um tranquilizante, assistir a uma comédia na TV, sair para correr, são exemplos de estratégias dirigidas a um nível somático de tensão emocional, com a função de reduzir a sensação física desagradável de um estado de estresse. A segunda estratégia é a focalizada no problema, a partir do esforço para atuar sobre a situação que deu origem ao estresse, tentando modificá-la. A função dessa estratégia é alterar o problema existente na relação entre a pessoa e o ambiente que está causando a tensão. Quando o enfrentamento focalizado no problema é dirigido para uma fonte externa de estresse, inclui estratégias tais como negociar para resolver um conflito interpessoal ou solicitar ajuda prática de outras pessoas. Quando é dirigido internamente, pode incluir reestruturação cognitiva, como a redefinição do elemento estressor (Folkman & Lazarus, 1980).

Embora seja imprevisível a adoção de um ou outro tipo de estratégia de enfrentamento, algumas tendências têm sido observadas. Em situações avaliadas pelo sujeito como modificáveis, o enfrentamento focalizado no problema tende a ser empregado. O enfrentamento focalizado na emoção, por sua vez, tende a ser mais utilizado nas situações avaliadas como inalteráveis (Antoniazzi et al., 1998; Folkman & Lazarus, 1980).

Outro tipo de estratégia, proposta por Coyne e DeLongis (1986), é a focalizada nas relações interpessoais, em que o sujeito busca apoio nas pessoas do seu círculo social para a resolução da situação estressante. A busca pela rede de relações interpessoais como recurso de enfrentamento contribui na medida em que são geradoras de autoestima e autoconfiança, o que, conseqüentemente, afeta a percepção das situações geradoras de estresse e a escolha e uso de determinadas estratégias de enfrentamento (Antoniazzi et al., 1998; Moos & Holahan, 2003).

Outras estratégias de enfrentamento utilizadas por mães de crianças ou adolescentes abusados sexualmente são evidenciadas no estudo de Hiebert-Murphy (1998), o qual utilizou o modelo de Moos (1990), que, por sua vez, divide as estratégias de enfrentamento em reações de aproximação ou evitação. As reações de aproximação referem-se a analisar logicamente o problema (de modo objetivo e pensando em diferentes maneiras de lidar com ele), reavaliar positivamente a situação (pensar sobre como esse evento poderia mudar a sua vida de uma forma positiva, por exemplo), procurar orientação e suporte (conversar com familiares, amigos e profissionais, ou rezar) e tentar solucionar o problema (definindo um plano de ação e seguindo-o). Já as reações de evitação envolvem evitar cognitivamente o problema (não pensar nisso, tentar esquecer), aceitação/resignação (aceitar que nada pode ser feito e deixar o tempo passar), buscar recompensas alternativas (distrair-se e envolver-se em outras atividades) e descarga emocional (descontar a raiva nos outros, chorar, gritar, se afastar). Cabe mencionar que reações evitativas estão associadas a adaptações piores (Moos, 1990).

Inoue e Ristum (2010), em um estudo com mulheres brasileiras, constataram que mães de vítimas de violência sexual utilizam basicamente dois tipos de estratégias de enfrentamento: focalizadas na criança ou focalizadas na mãe. As estratégias focalizadas na criança são caracterizadas por ações que visam a proteger a criança do contato com o autor da violência ou com pessoas desconhecidas que possam representar risco de revitimização, no sentido de novas ocorrências de violência sexual. As ações que visam a atenuar ou reparar o dano causado pela experiência de violência, como buscar tratamento profissional, ser mais cuidadosa e afetiva e até mesmo controlar comportamentos e atitudes da criança que possam ser interpretadas como sexualmente provocativas, são também consideradas como estratégias focalizadas na criança. Já as estratégias focalizadas nas mães são as ações que buscam minimizar ou extinguir os efeitos danosos da revelação da violência sobre elas próprias, como busca de auxílio espiritual, participação em grupos de suporte terapêutico e o autocuidado, que pode ser tanto relativo à aparência pessoal (arrumar-se, maquiarse, vestir-se bem), como fazer um curso de qualificação (Inoue & Ristum, 2010).

No contexto das diferentes concepções de enfrentamento, verifica-se que há estratégias que têm como foco ações direcionadas ao problema, às emoções e/ou às relações interpessoais. Outras, ainda, são centradas nos efeitos sobre a mãe e criança envolvidas, bem como aquelas centradas em torno das reações de aproximação e evitação da situação. No entanto, analisando a produção de conhecimento a respeito da temática em recente revisão sistemática no contexto brasileiro, Sufredini et al. (2016) encontraram apenas um estudo referente às estratégias de enfrentamento adotadas pelas mães que tiveram filhos vítimas de violência sexual.

Isso mostra a necessidade de maior produção científica no contexto da violência sexual contra crianças e adolescentes.

Diante do exposto e da lacuna encontrada na literatura sobre o tema, o presente estudo teve como objetivo identificar estratégias de enfrentamento de mães que tiveram filhos abusados sexualmente e estavam em acompanhamento por serviços públicos de assistência social. Estima-se que os resultados obtidos possam fornecer subsídios para atuação dos profissionais que trabalham com o atendimento a situações de abuso sexual infanto-juvenil, com vistas ao melhor acolhimento das mães e prevenção dos efeitos da violência no ciclo de desenvolvimento dos envolvidos.

Método

Participantes

Este é um estudo qualitativo, do qual participaram 12 mães cujos filhos vivenciaram situação de abuso sexual. O número de participantes foi definido considerando informações de um criterioso estudo de Guest et al. (2006), em que o objetivo foi definir parâmetros para o estabelecimento do número adequado de participantes em pesquisa qualitativa. Os critérios para inclusão foram: (a) idade igual ou maior de 18 anos; (b) estar em acompanhamento por serviço da assistência social do município, por motivo de denúncia de abuso sexual contra seus filhos; e (c) não apresentar transtorno grave de humor, ansiedade ou outro sofrimento psíquico intenso (conforme parecer dos técnicos que acompanhavam a família no momento da coleta de dados).

As participantes deste estudo tinham idade entre 27 e 68 anos, com média de 42,5 anos. A renda familiar mensal variou entre sem renda alguma (uma mãe vivia de doações dos familiares) e R\$1.336,00, com média de R\$449,85 por família. Para fins de comparação, o rendimento médio por família foi de R\$329,63 no ano e no estado brasileiro em que foi realizado o estudo (IBGE, 2015). Assim, percebe-se que a média de rendimento das famílias das participantes era R\$120,22 a mais que a maior parte da população brasileira no mesmo estado e período.

Das doze participantes, cinco não tinham completado o ensino fundamental, quatro estudaram até o ensino médio, duas fizeram ensino técnico e apenas uma cursava o ensino superior. Seis participantes eram casadas, das quais três moravam com o pai de seus filhos e outras três faziam parte de famílias recasadas. As outras seis participantes se declararam solteiras ou separadas, vivendo de modo que elas eram as principais responsáveis por seus filhos.

Instrumentos e técnicas de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de um roteiro de entrevista semi-estruturada, com o objetivo de provocar a narrativa das participantes e também de controlar o fluxo do diálogo em torno do foco principal de investigação (Moré, 2015). O roteiro de entrevista foi composto por dados sociodemográficos e questões desenvolvidas com base no objetivo deste estudo e incluiu (mas não se restringiu) as seguintes perguntas: Como você enfrentou e enfrenta essa situação que aconteceu na tua família? Tem algo que te ajuda a enfrentar isso? Tem alguma pessoa que te ajudou a lidar com esses sentimentos? Como ela ajudou?

Procedimentos

Após autorização da instituição responsável, as profissionais (psicóloga e assistente social) que atendiam os casos de abuso sexual infanto-juvenil realizaram o contato inicial com cada possível participante para convidá-la a participar do estudo. Quando as mães aceitavam participar da pesquisa, as profissionais repassavam o contato para a pesquisadora principal do estudo, que explicava os objetivos da pesquisa e agendava horário, data e local, conforme a preferência das participantes. Foram convidadas um total de 16 mães para participar desta pesquisa: três não compareceram no momento agendado para a entrevista e uma quarta mãe, ao ser abordada pela pesquisadora para agendar a entrevista, informou que estava muito ocupada nos próximos meses e que entraria em contato caso sobrasse algum tempo. Assim, 12 participantes aceitaram ser entrevistadas. Nove delas foram ouvidas no próprio serviço assistencial em que eram atendidas, duas preferiram ser entrevistadas em suas casas e uma mãe escolheu seu local de trabalho (uma clínica) para a entrevista. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio para posterior transcrição e análise.

Considerações éticas

Todos os procedimentos estavam de acordo com os preceitos éticos previstos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2012) e receberam aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do estado de Santa Catarina, sob o parecer substanciado nº 1002922. Para preservar o sigilo das informações e o anonimato das 12 participantes, cada uma

delas foi identificada pela letra P seguida do número estabelecido pela ordem de entrevista (P1, P2, P3 e assim sucessivamente). Além disso, os nomes dos familiares foram substituídos por nomes fictícios.

Procedimentos de organização e análise dos dados

Os dados foram organizados e analisados com base na Grounded Theory, na perspectiva construtivista proposta por Charmaz (2006), com o auxílio do *software* Atlas-ti 7.0. Inicialmente realizou-se a codificação aberta, que consiste na identificação um conjunto de elementos comuns e diferenciais entre todos os dados obtidos. Em seguida foi feita a codificação axial, pela qual os elementos identificados na codificação aberta foram reagrupados de forma a possibilitar a relação das categorias com as subcategorias de análise de acordo com suas especificidades. Por meio da codificação seletiva, os dados foram integrados e refinados com base nos itens identificados, possibilitando relacionar as subcategorias e elementos de análise que contribuíram para a sustentação da categoria principal (Strauss & Corbin, 2008). Essas categorias, subcategorias e elementos de análise podem ser observados na Tabela 1.

Tabela 1 — Categoria, subcategorias e elementos de análise

Categoria	Subcategorias	Elementos de análise
Estratégias de enfrentamento de mães que tiveram filhos abusados sexualmente	Estratégias focalizadas nas relações interpessoais	Apoio da rede comunitária Apoio da rede institucional
	Estratégias focalizadas na criança/adolescente	Atuação de profissionais especializados Sobrevivência do filho ao abuso sexual Convivência com os filhos
	Estratégias focalizadas na mãe	Crença religiosa Crença de “um sentido oculto” Envolvimento laboral e autocuidado
		Isolamento / Evitação / Negação Restrição do tema ao âmbito doméstico Saber que outras famílias/pessoas também vivenciaram o fenômeno

Resultados

Para melhor compreensão dos resultados obtidos por meio das entrevistas, a categoria principal foi dividida em três subcategorias: (1) Estratégias focalizadas

nas relações interpessoais; (2) Estratégias focalizadas na criança/adolescente; e (3) Estratégias focalizadas na mãe. A primeira delas diz respeito ao conjunto de estratégias utilizadas pelas mães que envolveram a participação dos familiares, amigos, vizinhos, comunidade e instituições que acompanhavam a família. A segunda subcategoria compreende as estratégias que envolveram ações ou atitudes com foco no filho que foi sexualmente abusado. A última subcategoria descreve as estratégias utilizadas pelas participantes que envolveram apenas elas próprias, seja por meio de ações, seja por pensamentos.

Estratégias de enfrentamento focalizadas nas relações interpessoais

O *apoio da rede institucional* que passou a acompanhar a família após a revelação do abuso sexual infanto-juvenil foi mencionado como fundamental para enfrentar a situação. Entre essas instituições figuraram o hospital infantil e os serviços de assistência social do município onde foi realizado o estudo. Uma participante verbalizou acerca da importância da escuta qualificada desses profissionais especializados, ponderando que, mesmo sendo dolorido lembrar e falar da situação de violência, tal processo a ajudou a se sentir melhor e dar continuidade à sua vida:

Então a gente tá nesse suporte. Toda vez que eu vou nessas pessoas que me ouvem, com tanta paciência, na verdade, né, vai tirando a dor. É dolorido lembrar e falar. Mas depois eu vou ficar melhor, né. Eu vou chegar em casa, vou tomar um banho, vou chorar mais um pouco, mas amanhã eu vou estar bem melhor. Eu vou levantar, eu vou sorrir, eu vou trabalhar... porque alguém me ouviu. (P1, 37 anos)

O *apoio da rede comunitária* também foi mencionado pelas participantes. Foi possível observar que essa rede é formada por familiares (pais, companheiros, irmãs, sobrinhas), o círculo de amigos (madrinhas, amigos) e a comunidade local (vizinhos, grupos de igreja). Esse apoio ocorreu por meio de comportamentos como conversar, orientar, ou simplesmente ouvir e estar perto em momentos de lamentação e choro. A rede social significativa das participantes também conta com a função de esclarecer e orientar sobre o Conselho Tutelar, delegacias especializadas, unidades de saúde, hospital e Fórum. Da mesma forma, a rede de suporte pôde acompanhar nos procedimentos que se fazem necessários, como registro de boletim de ocorrência, efetivação da denúncia, exame de corpo de delito, acompanhamento às consultas e atendimentos, comparecimento em audiências.

A narrativa de uma das participantes revela um aspecto importante acerca da rede de suporte: embora a mãe reconheça a importância desse suporte, ela “dosa” seu uso com receio de incomodar seus familiares e amigos:

Tem a madrinha do Pablo que tá sabendo, que ela mora ali com a gente. Então o meu suporte é ela, ali perto da minha casa. Quando eu tô muito ruim, muito ruim, eu vou lá. Ela não diz nada, sabe? Eu vou lá, rio um pouco com ela. Às vezes eu choro, ela chora junto... ela diz que vai passar. Conto, desabafo, passo uma hora, duas, depois eu já vou pra casa. Mas é raro, assim. Porque eu sei que ela também trabalha, né? Tem a vida dela. E eu não quero trazer mais coisas. Mas ela é uma pessoa importante que eu tenho pra contar. (P1, 37 anos)

Uma das mães se queixou de que não recebeu esse apoio por parte da sua família e ficou bastante emotiva falando sobre isso durante sua entrevista:

Eu tava na pior, também, que eu não tive apoio da minha família, sabe? Nossa família mora no pátio, mora eu, minha mãe e minha irmã. Só que tipo assim, não tem aquele amor, sabe? De ver se a outra tá bem... não tem esse carinho, sabe? Eu não tive apoio deles. Principalmente com a minha filha. (P11, 28 anos)

Estratégias de enfrentamento focalizadas nas crianças/adolescentes

Uma das participantes mencionou que a *atuação de profissionais especializados* foi importante, tanto para saber como lidar com a filha após a revelação, como para a própria criança que sofreu o abuso, no sentido de compreender a violência pela qual passou. P2 (38 anos) relatou suas preocupações acerca das consequências do abuso vivenciado por sua filha de oito anos e como o atendimento especializado a ajudou:

Até porque a criança assim, em idade escolar, tudo mexe, né? Tudo atrapalha, o relacionamento com o amiguinho... tudo isso aí, se não for trabalhado, se não for lidado, isso aí vai gerar um trauma e complicações mais tarde. Então precisa de ajuda. (...) Tem aqui, a psicóloga e a assistente social, me ajudaram bastante.

A *sobrevivência da criança ao abuso* também foi mencionada como facilitador do enfrentamento, considerando que o(a) próprio(a) filho(a) traz forças para superar a situação:

A primeira coisa que me dá forças, que eu não deveria, mas eu ainda agradeço, porque eles não tiraram a vida dele. A primeira coisa. Ele sofreu tudo, todo o terror, naquele momento. (...) Ele tá ali, ainda sorrindo pra gente, abraçando, beijando. Então, a primeira coisa que me dá força é ele mesmo. (P1, 37 anos)

Outro fator que foi citado como facilitador para o enfrentamento foi a *convivência com os filhos*, que em muitos casos foi intensificada a partir da revelação. P11 (28 anos) considerou que estar com os filhos é o que forneceu apoio e a impediu de tomar atitudes drásticas: “O rosto dos meus filhos. Muitas vezes tive pensamento maluco assim de que querer se matar, de fugir, abandonar ela. Daí tu olha pro lado e já esquece tudo que tu tinha pensado. Meu apoio é ela.”

Estratégias de enfrentamento focalizadas nas mães

A *crença religiosa* foi citada pelas participantes como uma estratégia no enfrentamento da violência. Os escritos da bíblia possivelmente trouxeram conforto e acalento, conforme ilustra P1 (37 anos): “Eu me apeguei mais a Deus, eu leio mais a bíblia, estou tentando entender um pouco mais. (...) Então a fé em Deus, né, nas escrituras que tá me dando um pouco de suporte”. Outra participante informou que a crença religiosa atuou como substituta a possíveis medicações: “Mas eu não fui buscar médicos, remédios, porque eu busquei Deus. Porque eu me agarrei com Deus. Porque senão, hoje, eu estaria dopada. Tomando pilhas de remédio, talvez. Nem sei se trabalhando eu estaria.” (P5, 55 anos). Esta participante caracterizou sua crença espiritual como um recurso positivo, porém se trata de uma mãe que nunca procurou atendimento psicológico ou psiquiátrico para si, mesmo tendo apresentado episódios depressivos na época da revelação do abuso sexual de sua filha.

As narrativas trouxeram também uma espécie de *crença de “um sentido oculto”* relativo à vivência familiar da violência sexual, conforme ilustra o relato de P4 (39 anos). Esta participante acredita que há uma razão para o abuso ter acontecido e essa crença a auxilia a aceitar o que aconteceu: “Às vezes eu me pergunto por que aconteceu tudo isso, que eu queria que fosse diferente, né. E às vezes eu me pergunto, não, então é porque tem um propósito, então tinha que ser assim.”

Outras estratégias adotadas pelas mães envolveram meditação, caminhada, alimentação saudável, entre outros *cuidados com a própria saúde*: “Eu cuido muito da minha alimentação, nutrição, eu não bebo, não fumo, não... sabe? Não tenho vícios. Nada, né. Então me cuido bastante. Tem que ter saúde, né?!” (P5, 55 anos). Além disso, o *envolvimento nas atividades laborais* também auxiliaram, conforme relato de P4 (39 anos): “E eu gosto disso, eu gosto dessa profissão (manicure), porque ali também eu vou conhecendo as histórias, assim, também, às vezes até mais triste que a minha, decepcionante no sentido assim do que aconteceu e aí eu vou... Vou me fortalecendo, entendeu?”

As participantes por vezes *negaram* o fenômeno do abuso sexual vivenciado pelos filhos, num processo de resistência: “Não que eu finja que não aconteceu. É mais ou menos isso. Como se eu fingisse que não aconteceu.” (P6, 27 anos). A participante P10 complementa: “a gente tenta abafar, a gente sabe que o fato aconteceu. Mas também se ficar moendo, moendo, moendo, tu não vai viver. Então a vida segue, a vida não para, né?” (P10, 42 anos).

Também o *isolamento* foi mencionado pelas participantes como estratégia de enfrentamento, tanto em termos geográficos como afetivos. A participante P4, que era ameaçada pela família do autor da violência sexual após a denúncia, mudou-se para um bairro a cerca de 40km de onde viveu por toda a vida, a fim de preservar sua integridade física: “Sabe, mas por questões, assim, de segurança, por ser longe, pra eles não ficar me achando... não tem facilidade de... sabe? De esbarrar. Aqui tem menos possibilidade de se eu morasse mais pra lá.” (P4, 39 anos). Cabe ressaltar que o isolamento não se restringiu à distância física:

Eu... [chorando] eu me isolei um pouco, assim, das pessoas da minha idade. No sentido de que... assim, de trabalhar, né. De trabalhar na minha cabeça, assim, como é que pode, sabe. Como que pode apagar isso, assim. Apagar de repente não vai apagar mais, mas se amenizar a dor que fica, entendeu. (P4, 39 anos)

Uma participante revelou que contava com o apoio do companheiro, mas que *o tema do abuso sexual vivenciado pela filha permanece restrito ao âmbito doméstico*: “Assim, então assim, nesse ponto, eu tenho o marido, assim, no caso. Entendeu? O meu marido é assim como... um dá força pro outro. Entendesse? Então a gente não é assim de comentar, fica pra gente (casal) mesmo.” (P10, 42 anos)

A atitude de manter o segredo em âmbito familiar – que por sua vez é característico do abuso sexual infanto-juvenil – foi recorrente nas narrativas. No entanto, a resistência das mães em publicitar o fenômeno, com receio de que as

peças não compreendam ou sintam pena, acaba atuando como um dificultador no processo de enfrentamento à violência vivenciada, haja vista que deixam de contar com um importante apoio por parte de suas redes:

Porque eu penso que não adianta eu ficar falando pro Fulano, pro Beltrano, sabe? Porque às vezes as pessoas não entendem. E quanto menos pessoas souberem, melhor, né? Então... e eu também não quero que fiquem me olhando assim com pena, essas coisas assim. (P4, 39 anos)

Algumas participantes informaram que um aspecto que as auxiliou no enfrentamento da violência é saber que não estão sozinhas e que *outras famílias ou pessoas também vivenciaram o fenômeno*. A participante P1 (37 anos), que já havia vivenciado uma situação de abuso sexual familiar quando sua irmã gêmea sofreu violência perpetrada por um tio, ponderou: “Se a minha mãe seguiu, eu também vou poder.”

Discussão

As participantes narraram o uso de estratégias de enfrentamento com foco nas suas relações interpessoais, nas crianças/adolescentes e também nelas próprias. Cabe lembrar que o roteiro de entrevista continha perguntas direcionadas apenas ao enfrentamento das mães (por exemplo, “o que te ajudou a enfrentar esta situação?”), sem referências diretas a seus filhos; porém, mesmo assim, as mães citaram estratégias com foco nestes. Tal resultado pode ser decorrente da percepção materna acerca da fragilidade intrínseca à infância e necessidade de proteção a seus filhos, já que a violência sexual nesse período do ciclo vital pode ser lesiva e capaz de causar danos acentuados (Inoue & Ristum, 2010).

As estratégias focalizadas na criança citadas pelas participantes foram apoio de instituições de atendimento, convivência com os filhos e sobrevivência da criança ao abuso. O acompanhamento por profissionais especializados tem como propósito anular ou minimizar os danos decorrentes da violência e é considerado importante não apenas para tratar suas consequências, mas também para evitar que as crianças possam ser acometidas por problemas futuros (Inoue & Ristum, 2010). Além disso, esse acompanhamento é importante para os cuidadores receberem informação sobre a dinâmica do abuso, como são os trâmites da investigação, quais os efeitos do abuso sexual, e assim poderem prestar um suporte efetivo aos seus filhos (Van Toledo & Seymour, 2016).

A convivência com os filhos envolve cuidado e carinho, realizando atividades, conversando, sendo mais atenciosa e presente, e são estratégias que atuam na superação do impacto da violência (Inoue & Ristum, 2010). Esse tipo de estratégia também foi encontrada no estudo de Vermeulen e Greeff (2015) com pais e mães sul-africanos que tiveram filhos abusados sexualmente. Nesse estudo, os cuidadores reforçaram a importância do relacionamento com os filhos e como fortalecer esse relacionamento impactou na resiliência familiar como um todo (Vermeulen & Greeff, 2015).

Quanto às estratégias focalizadas nas relações interpessoais, o apoio de instituições de atendimento foi citado como um tipo de estratégia para o enfrentamento das mães participantes. Em momentos de crise ou doença, os serviços sociais e de saúde por vezes adquirem um caráter central não só por seus atributos instrumentais, mas também por sua capacidade de apoio emocional substantivo (Sluzki, 1997). As instituições de atendimento fornecem um espaço onde as mães podem expressar e trabalhar seus sentimentos de raiva, culpa, negação, impotência, ressentimento e medo, e receber suporte (Van Toledo & Seymour, 2016); algumas delas acreditam que esses serviços são até mais necessários para elas próprias que para os filhos (Fong et al., 2017). Lima e Alberto (2016) ressaltam a importância de as instituições de assistência social oferecerem esse cuidado às mães, pois elas frequentemente foram também vítimas de abuso sexual no passado. Assim, ao receberem apoio num contexto que possibilita a elaboração de seus conteúdos pessoais, as mães podem se constituir como agente protetivo com relação às suas filhas.

Além disso, os atendimentos institucionais funcionam como estratégias focalizadas no problema, de acordo com Folkman e Lazarus (1980). Ao receber ajuda especializada, as mães realizam um esforço para modificar a situação que deu origem ao estresse e, frequentemente, redefinem o elemento estressor, a partir de um processo de reestruturação cognitiva (Folkman & Lazarus, 1980). Tal processo de reestruturação é possibilitado também na medida em que as mães recebem esclarecimentos sobre um universo de que costumemente não tinham conhecimento prévio e podem tratar das questões jurídicas envolvidas (Inoue & Ristum, 2010).

Outro aspecto procedente das narrativas a respeito das estratégias com foco nas relações refere-se ao apoio familiar. Esse apoio faz com que as mães se sintam mais seguras para administrar a crise familiar e conseqüentemente, ao se sentirem apoiadas, transmitem esse apoio aos filhos. Contar com o apoio de familiares e amigos para acompanhá-las na difícil tarefa de notificação do abuso sexual e acesso ao Sistema de Garantia de Direitos pode ser considerado um mediador do

impacto da violência vivenciada (Santos & Dell’Aglío, 2010). Além disso, ao incentivar as mães a falar sobre o trauma com quem elas confiam, a família e amigos facilitam o processo de cura emocional e as ajudam a enfrentar de maneira mais efetiva as demandas que caem sobre elas (Masilo & Davhana-Maselesele, 2017; Vermeulen & Greeff, 2015).

O ressentimento com a falta de apoio familiar encontrado neste estudo é semelhante aos achados de Fong e colegas (2017), em que participantes reportaram sentir mágoa com a falta de suporte adequado dos familiares. As mães que recebem suporte social negativo após a revelação do abuso sexual apresentam altos níveis de angústia e sintomas de estresse pós-traumático, e usam estratégias evitativas de enfrentamento (Masilo & Davhana-Maselesele, 2017).

Impende destacar que a importância do apoio familiar vai além do objetivo de confortar as mães. As que recebem apoio de pessoas próximas no momento da denúncia tendem a apresentar mais ações de proteção, enquanto a falta de suporte familiar após a revelação pode ser considerada um preditor para a falta de suporte materno (Borges & Dell’Aglío, 2008; Hiebert-Murphy, 1998; Santos & Dell’Aglío, 2013).

Mesmo reconhecida a importância do apoio social e familiar, foi observada em algumas mães a tendência de se afastarem de seus amigos e familiares, insistindo que o abuso sexual deve permanecer restrito ao âmbito doméstico. Tais resultados são semelhantes aos encontrados em outros estudos (Baía et al., 2014; Costa et al., 2007; Van Toledo & Seymour, 2016) e são preocupantes, pois sabe-se que, em meio a tamanho sofrimento, o fato de as mães não poderem ou quererem compartilhar seu sofrimento com ninguém acaba intensificando sua emoção reprimida e uma não elaboração dos sentimentos e dos acontecimentos (Costa et al., 2007).

Baía et al. (2014) sugerem que essas mães podem sentir medo de serem julgadas pela comunidade na qual estão inseridas, ou que algo ruim poderia acontecer caso a comunidade tome conhecimento do fato ocorrido com as suas filhas, impedindo-as assim de compartilhar a vivência com outras pessoas. Anggraini et al. (2018) observaram num estudo com famílias da Indonésia que tiveram filhos abusados sexualmente que as mães tendem a se isolar por sentir vergonha do que aconteceu. O isolamento acaba gerando estresse e se retroalimentando, com um efeito negativo na resiliência de toda a família e não só das mães (Vermeulen & Greeff, 2015).

As estratégias de enfrentamento encontradas neste estudo, como isolamento e negação do fenômeno, são historicamente associadas ao maior nível de angústia (Hiebert-Murphy, 1998). Além disso, o uso de estratégias de enfrentamento evitativas pode levar a sintomas de estresse pós-traumático e dissociação (Cyr et

al., 2013; Daignault et al., 2018). Esse tipo de enfrentamento não é apenas maléfico para as mães, mas também para as crianças e adolescentes. Cyr et al. (2013) acreditam que o uso de estratégias de enfrentamento evitativas impede que os cuidadores avaliem corretamente as necessidades das crianças e provavelmente deles próprias. Os autores citados postulam que as mães que usam estratégias evitativas tendem a não oferecer suporte emocional relativo ao abuso, tampouco buscar ajuda psicológica para o filho (Cyr et al., 2013).

As estratégias referentes, respectivamente, ao cuidado com a saúde e ao envolvimento laboral por parte das participantes geram controvérsias, pois, à luz do modelo de Moos (1990), são consideradas como evitativas e, portanto, menos adaptativas, pois não lidam diretamente com o problema. Em contrapartida, outros autores como Inoue e Ristum (2010) caracterizam esse autocuidado e investimento na carreira e nos estudos como valorização de si própria, influenciando a autoestima dessas mulheres e trazendo sensação de bem-estar.

De acordo com Folkman e Lazarus (1980), as estratégias que envolvem o autocuidado e envolvimento com o trabalho podem ser classificadas como estratégias focalizadas na emoção. As ações citadas pelas mães, como caminhar, meditar, alimentar-se de forma saudável e envolver-se no universo laboral podem auxiliar a regular o estado emocional e até mesmo reduzir a sensação física desagradável associada ao estresse vivenciado pela situação de abuso sexual.

A crença religiosa e a busca de auxílio espiritual foram estratégias utilizadas pelas participantes deste estudo e são ferramentas poderosas quando as pessoas enfrentam desafios em suas vidas, já que tendem a gerar um senso de propósito, incutem esperança e promovem resiliência (Anggraini et al., 2018). A religiosidade é reconhecidamente uma forma adaptativa de enfrentamento para indivíduos que foram emocionalmente feridos e deve ser especialmente considerada em contextos sociais e culturais onde a religião é um aspecto importante na vida das pessoas (Masilo & Davhana-Maselesele, 2017). No entanto, essa mesma religiosidade pode ter uma influência negativa quando impede a busca ou a continuidade de tratamentos profissionais (Inoue & Ristum, 2010), como pode ter sido o caso de uma das participantes deste estudo.

Outra estratégia narrada pelas mães participantes, referente à crença de que há “um sentido oculto” por trás da violência vivenciada, foi considerada uma estratégia de aproximação e facilitadora do enfrentamento na medida em que permite reavaliar positivamente a situação. Segundo Moos (1990), atitudes como dizer a si mesmo que as coisas vão melhorar, pensar que há pessoas em situações piores ou pensar que a situação em questão pode trazer mudanças positivas na vida são consideradas estratégias eficazes e adaptativas, diminuindo o sofrimento do sujeito.

Refletir acerca das estratégias de enfrentamento utilizadas pelas mães é particularmente importante em termos de implicações para os profissionais que atuam com famílias que vivenciaram situação de violência sexual infanto-juvenil. Ao contrário de outros fatores que estão relacionados com o prognóstico (como história de abuso prévio vivenciado pelas mães), as estratégias de enfrentamento podem ser modificadas, e são assim um alvo apropriado para intervenção, promovendo melhor adaptação e menor sofrimento emocional. Os profissionais podem compartilhar com essas mulheres informações sobre recursos disponíveis e encorajá-las a buscar o apoio de suas redes sociais. Ainda, as mães podem ser orientadas sobre questões relacionadas ao funcionamento do sistema jurídico e aos efeitos do abuso sexual em seus filhos (Hiebert-Murphy, 1998).

Os efeitos do acompanhamento profissional a essas mães e suas famílias não devem ser subestimados. Bolen e Lamb (2004) constataram que a exposição das mães a argumentos persuasivos é eficaz no sentido que promove mudança nas atitudes relacionadas à alta ambivalência materna, demonstrando o quanto uma intervenção realizada por um profissional ciente e comprometido com tais questões pode ser bem-sucedida.

Considerações finais

Este estudo buscou identificar estratégias de enfrentamento de mães que tiveram filhos abusados sexualmente e estavam em acompanhamento por serviços públicos de assistência social. A partir dos resultados obtidos, constatou-se que há estratégias de enfrentamento interpessoais, estratégias centradas na criança/adolescente e ainda estratégias centradas na mãe. Destas, destacou-se o apoio institucional recebido pela rede de suporte. A partir dos resultados obtidos, sugere-se que os profissionais que atuam nessa área incluam e fortaleçam a rede social significativa dessas mães nos atendimentos. Ponderando a importância do apoio da rede social, a criação de grupos de apoio em que essas mães possam trocar vivências significativas pode funcionar como ação estratégica para diminuição de seu sofrimento, além de, conseqüentemente, contribuir para o tratamento de seus filhos.

Aponta-se ainda a importância de os profissionais empreenderem esforços para auxiliar as mães a ressignificar o abuso sexual vivenciado por seus filhos, superando estereótipos sociais de vergonha e inadequação e esclarecendo que se trata de grave problema de saúde pública, que ocorre em muitas famílias. No que tange às contribuições para o conhecimento científico, o presente estudo

buscou fornecer dados para a escassa literatura sobre estratégias de enfrentamento utilizadas pelos cuidadores de crianças abusadas sexualmente, especialmente as mães. No tocante às políticas públicas, este estudo permite concluir que a identificação dos fatores que facilitam o processo de enfrentamento dessas mães pode fornecer subsídios importantes para delineamentos de programas preventivos e assistenciais.

Considerando que este estudo foi desenvolvido na região Sul do Brasil, recomenda-se cautela no uso dos resultados obtidos em diferentes contextos. A rede de instituições de atendimento psicossocial, que foi um dos aspectos facilitadores no enfrentamento materno, é reconhecidamente melhor estabelecida nos grandes centros urbanos do país. Da mesma forma, é preciso considerar a diversidade dos contextos socioculturais brasileiros na construção de cada uma dessas estratégias de enfrentamento, bem como dos diferentes aspectos facilitadores e dificultadores que podem variar de região para região.

Outra limitação deste estudo é que o universo de participantes consistiu apenas de mães atendidas em serviços públicos de assistência social. Mães acompanhadas pela rede privada podem apresentar diferentes estratégias para enfrentar a violência sexual perpetrada contra seus filhos, especialmente no que se refere ao enfrentamento perante os diversos trâmites do processo judicial. Sabe-se que há casos em que, além do alto nível de estresse gerado pelos longos processos judiciais, as mães têm ainda de lidar com acusações de alienação parental contra elas, ou de implantar falsas memórias na criança. Devido ao alto número de casos aguardando atendimento nos serviços públicos, essas demandas muitas vezes não são devidamente trabalhadas nesses espaços.

Assim, novos estudos poderiam ser realizados com mães que procuraram ajuda na rede privada ou em varas de família, com o objetivo de analisar não somente as estratégias desenvolvidas para enfrentar a situação estressante, mas também os impactos dos processos judiciais na dinâmica familiar. Sugere-se ainda que futuros estudos busquem identificar as estratégias de enfrentamento de outros membros da família que também podem figurar como cuidadores de crianças e adolescentes vítimas de abuso, tais como pais e avós.

Referências

- Allen, B.; Tellez, A.; Wevodau, A.; Woods, C. L.; Percosky, A. (2014). The impact of sexual abuse committed by a child on mental health in adulthood. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(12), 2257-2272. <https://doi.org/10.1177/0886260513517550>

- Amazarray, M. R.; Koller, S. H. (1998). Alguns aspectos observados no desenvolvimento de crianças vítimas de abuso sexual. *Psicologia: Reflexão & Crítica*, 11(3), 559-578. <https://doi.org/10.1590/S0102-79721998000300014>
- Anggraini, R.; Daulima, N. H. C.; Wardhani, I. Y. (2018). Family stress experience in dealing with child victims of sexual violence. *Enfermería Clínica*, 28(Suppl1), 343-346. [https://doi.org/10.1016/s1130-8621\(18\)30182-7](https://doi.org/10.1016/s1130-8621(18)30182-7)
- Antoniazzi, A. S.; Dell'Aglio, D. D.; Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 3(2), 273-294. <https://doi.org/10.1590/s1413-294x1998000200006>
- Baía, P. A. D.; Magalhães, C. M. C.; Veloso, M. M. X. (2014). Caracterização do suporte materno na descoberta e revelação do abuso sexual infantil. *Temas em Psicologia*, 22(4), 691-700. <https://doi.org/10.9788/tp2014.4-02>
- Bolen, R. M.; Lamb, J. L. (2004). Ambivalence of nonoffending guardians after child sexual abuse disclosure. *Journal of Interpersonal Violence*, 19, 185-211. <https://doi.org/10.1177/0886260503260324>
- Borges, J. L.; Dell'Aglio, D. D. (2008). Abuso sexual infantil: Indicadores de risco e consequências no desenvolvimento de crianças. *Revista Interamericana de Psicologia*, 42(3), 528-536.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis* (Introducing Qualitative Methods series). Sage Publications.
- CNS – Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde (2012). *Resolução nº 466, de 12/12/2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Brasília: Diário Oficial da União. https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- Costa, L. F.; Penso, M. A.; Rufini, B. R.; Mendes, J. A. A.; Borba, N. F. (2007). Família e abuso sexual: Silêncio e sofrimento entre a denúncia e a intervenção terapêutica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 59(2), 245-255.
- Coyne, J. C.; DeLongis, A. (1986). Going beyond social support: The role of social relationships in adaptation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 454-460. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.54.4.454>
- Cyr, M.; McDuff, P.; Hébert, M. (2013). Support and profiles of nonoffending mothers of sexually abused children. *Journal of Child Sexual Abuse*, 22(2), 209-230. <https://doi.org/10.1080/10538712.2013.737444>
- Daignault, I. V.; Hébert, M.; Cyr, M.; Pelletier, M.; McDuff, P. (2018). Correlates and predictors of mothers' adaptation and trauma symptoms following the unveiling of the sexual abuse of their child. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(11-12), NP5784-NP5808. <https://doi.org/10.1177/0886260518808849>
- Dobke, V. M.; Santos, S. S.; Dell'Aglio, D. D. (2010). Abuso sexual intrafamiliar: Da notificação ao depoimento no contexto processual-penal. *Temas em Psicologia*, 18(1), 167-176.

- Dolan, M.; Whitworth, H. (2013). Childhood sexual abuse, adult psychiatric morbidity, and criminal outcomes in women assessed by medium secure forensic service. *Journal of Child Sexual Abuse*, 22(2), 191-208. <https://doi.org/10.1080/10538712.2013.751951>
- Elliott, A. N.; Carnes, C. N. (2001). Reactions of nonoffending parents to the sexual abuse of their child: A review of the literature. *Child Maltreatment*, 6(4), 314-331. <https://doi.org/10.1177/1077559501006004005>
- Farinati, F.; Biazus, D. B.; Leite, M. B. (1993). *Pediatria social: A criança maltratada*. Rio de Janeiro: Medsi.
- Fergusson, D. M.; McLeod, G. F.; Horwood, L. J. (2013). Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse & Neglect*, 37(9), 664-74. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.03.013>
- Finkelhor, D.; Shattuck, A.; Turner, H. A.; Hamby, S. L. (2014). The lifetime prevalence of child sexual abuse and sexual assault assessed in late adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 55(3), 329-333. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.12.026>
- Folkman, S.; Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239. <https://doi.org/10.2307/2136617>
- Fong, H.; Bennett, C. E.; Mondestin, V.; Scribano, P. V.; Mollen, C.; Wood, J. N. (2017). The impact of child sexual abuse discovery on caregivers and families: A qualitative study. *Journal of Interpersonal Violence*, 35(21-22), 4189-4215. <https://doi.org/10.1177/0886260517714437>
- Godbout, N.; Briere, J.; Sabourin, S.; Lussier, Y. (2014). Child sexual abuse and subsequent relational and personal functioning: The role of parental support. *Child Abuse & Neglect*, 38(2), 317-325. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.10.001>
- Guest, G.; Bunce, A.; Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, 18(1), 59-82. <https://doi.org/10.1177/1525822x05279903>
- Haileye, A. (2013). Psychopathological correlates of child sexual abuse: The case of female students in Jimma Zone, South West Ethiopia. *Ethiopian Journal of Health Science*, 23(1), 32-38.
- Hiebert-Murphy, D. (1998). Emotional distress among mothers whose children have been sexually abused: The role of a history of child sexual abuse, social support, and coping. *Child Abuse & Neglect*, 22(5), 423-435. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(98\)00006-4](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(98)00006-4)
- Hugill, M.; Berry, K.; Fletcher, I. (2017). The association between historical childhood sexual abuse and later parenting stress: A systematic view. *Archives of Women's Mental Health*, 20, 257-271. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0708-3>
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2015). Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua)*, 2015.

- Inoue, S. R. V.; Ristum, M. (2010). Violência sexual contra a criança: Estratégias de enfrentamento adotadas pelas mães. *Interamerican Journal of Psychology*, 44(3), 560-570.
- Jenny, C.; Crawford-Jakubiak, J. E.; Committee on Child Abuse and Neglect (2013). The evaluation of children in the primary care setting when sexual abuse is suspected. *Pediatrics*, 132(2), e558-e567. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-1741>
- Lazarus, R. S.; Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. In: W. D. Gentry, *The handbook of behavioral medicine*, p. 282-325. New York: Guilford.
- Lima, J. A.; Alberto, M. F. P. (2016). Urgências psicológicas no cuidado às mães em casos de abuso sexual intrafamiliar. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 21(3), 337-347. <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20160032>
- López, L. O.; Bartolomé, V. R. (2012). Violencia sexual contra los niños y las niñas: Abuso y explotación sexual infantil. *Guía de material básico para la formación de profesionales*. Savethechildren, Espanha.
- Masilo, G. M.; Davhana-Maselesele, M. (2017). Guidelines for support to mothers of sexually abused children in North-West province. *Curationis*, 40(1), <https://doi.org/10.4102/curationis.v40i1.1689>
- Moos, R. H. (1990). *Coping responses inventory manual*. Palo Alto, CA: Stanford University and Veterans Administration Medical Centers.
- Moos, R. H.; Holahan, C. J. (2003). Dispositional and contextual perspectives on coping: Toward an integrative framework. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 1387-1403. <https://doi.org/10.1002/jclp.10229>
- Moré, C. L. O. O. (2015). A entrevista em profundidade ou semiestruturada, no contexto da saúde. *Investigação Qualitativa em Ciências Sociais*, 3, 126-131.
- Moré, C. L. O. O.; Krenkel, S. (2014). *Violência no contexto familiar* (1ª ed.). Florianópolis: UFSC.
- Pincolini, A. M. F.; Hutz, C. S. (2012). Bem-estar subjetivo em famílias com histórico de abuso sexual intrafamiliar. *Genais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 5(1), 3-22.
- Sanderson, C. (2005). *Abuso sexual em crianças: Fortalecendo pais e professores para proteger crianças de abusos sexuais* (trad. F. Oliveira). São Paulo: M. Books.
- Sanjeevi, J.; Houlihan, D.; Bergstrom, K. A.; Langley, M. M.; Judkins, J. (2018). A Review of Child Sexual Abuse: Impact, risk, and resilience in the context of culture. *Journal of Child Sexual Abuse*, 27(6), 622-641. <https://doi.org/10.1080/10538712.2018.1486934>
- Santos, S. S.; Dell'Aglio, D. D. (2010). Quando o silêncio é rompido: O processo de revelação e notificação de abuso sexual infantil. *Psicologia & Sociedade*, 22(2), 328-335. <https://doi.org/10.1590/s0102-71822010000200013>
- Santos, S. S.; Dell'Aglio, D. D. (2013). O processo de revelação do abuso sexual na percepção de mães. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 15(1), 50-64.

- Sartor, C. E.; Waldron, M.; Duncan, A. E.; Grant, J. D.; McCutcheon, V. V.; Nelson, E. C.; Madden, P. A. F.; Bucholz, K. K.; Heath, A. C. (2013). Childhood sexual abuse and early substance use in adolescent girls: The role of familial influences. *Addiction*, 108(5), 993-1000. <https://doi.org/10.1111/add.12115>
- Sluzki, C. E. (1997). *A rede social na prática sistêmica* (trad. C. Berliner). São Paulo: Casa do Psicólogo
- Stoltenborgh, M.; Van IJzendoorn, M. H.; Euser, E. M.; Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16(2), 79-101. <https://doi.org/10.1177/1077559511403920>
- Strauss, A.; Corbin, J. (2008). *Pesquisa qualitativa: Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. Porto Alegre: Artmed.
- Sufredini, F.; Moré, C. L. O. O.; Krenkel, S. (2016). Abuso sexual infanto-juvenil na perspectiva das mães: Uma revisão sistemática. *Contextos Clínicos*, 9(2), 265-278. <https://doi.org/10.4013/ctc.2016.92.11>
- Tavkar, P.; Hansen, D. J. (2011). Interventions for families victimized by child sexual abuse: Clinical issues and approaches for child advocacy center-based services. *Aggression and Violent Behavior*, 16(3), 188-199. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2011.02.005>
- Ulibarri, M. D.; Ulloa, E. C.; Salazar, M. (2015). Associations between mental health, substance use, and sexual abuse experiences among Latinas. *Journal of Child Sexual Abuse*, 24(1), 35-54. <https://doi.org/10.1080/10538712.2015.976303>
- Van Toledo, A.; Seymour, F. (2016). Caregiver needs following disclosure of child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 25(4), 403-414. <https://doi.org/10.1080/10538712.2016.1156206>
- Vermeulen, T.; Greeff, A. P. (2015). Family resilience resources in coping with child sexual abuse in South Africa. *Journal of Child Sexual Abuse*, 24(5), 555-571. <https://doi.org/10.1080/10538712.2015.1042183>
- Wohab, A.; Akhter, A. (2010). The effects of childhood sexual abuse on children's psychology and employment. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 5, 144-149. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.063>

Recebido em 20 de maio de 2019

Aceito para publicação em 30 de abril de 2020

VIVÊNCIA MATERNA FRENTE À SURDEZ DO FILHO SOB A PERSPECTIVA DO NARCISISMO NA TEORIA PSICANALÍTICA

*MATERNAL EXPERIENCE REGARDING THE DEAFNESS OF THE CHILD
UNDER THE PERSPECTIVE OF NARCISSISM IN PSYCHOANALYTIC THEORY*

*VIVENCIA MATERNA FRENTE A LA SORDERA DEL HIJO BAJO LA
PERSPECTIVA DEL NARCISISMO EN LA TEORÍA PSICOANALÍTICA*

Patrícia Cristine de Farias Guedes Wanderley ⁽¹⁾

Ana Rodrigues Falbo ⁽²⁾

Clarissa Maria Dubeux Lopes Barros ⁽³⁾

RESUMO

A deficiência auditiva é considerada uma das mais incapacitantes. A família de crianças deficientes enfrenta dificuldades inerentes à comunicação, aos conflitos, à afetividade e à integração infantil. Neste estudo, objetiva-se compreender como as mães vivenciaram a maternidade frente à surdez do filho, sob a perspectiva do narcisismo na teoria psicanalítica, num estudo qualitativo. Participaram deste estudo mães de crianças com surdez, em tratamento num serviço de implante coclear de um hospital de referência do Recife. Ao ser recebido pelas mães, o diagnóstico veio acompanhado de sofrimento emocional, impacto e fragilidade, afetando o narcisismo materno. Ainda assim, percebeu-se que as mães ficaram jubilosas ao apontarem a aquisição auditiva dos filhos possibilitada pelo implante coclear, indicando que este dispositivo pôde alinhar o narcisismo materno, o qual, imaginariamente, recompõe o corpo. Enfatizamos que os profissionais de saúde precisarão respeitar o tempo lógico de elaboração pelo qual as mães passarão frente à surdez do filho.

Palavras-chave: surdez; narcisismo; psicanálise; maternidade; implante coclear.

⁽¹⁾ Psicóloga. Mestra em Psicologia da Saúde e Especialista em Psicologia Clínica-Hospitalar pela Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). Psicóloga do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), Psicóloga do Hospital da Mulher do Recife (HMR) e Docente da Graduação de Psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Recife, PE, Brasil. patriciaguedesw@hotmail.com

⁽²⁾ Médica. Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz). Coordenadora do Comitê de Capacitação Docente e do Programa de Iniciação Científica da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), e pesquisadora da Diretoria de Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), Recife, PE, Brasil. anarfalbo@gmail.com

⁽³⁾ Psicóloga. Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP). Professora de Graduação em Psicologia e do Mestrado em Psicologia da Saúde da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Recife, PE, Brasil. clarambarros@gmail.com

ABSTRACT

Hearing deficiency is considered one of the most disabling. The family of disabled children faces inherent difficulties in communication, conflicts, affectivity, and child integration. The aim of this study was to understand how mothers experienced motherhood in the face of the deafness of the child, from the perspective of narcissism in psychoanalytic theory, in a qualitative study. The participants were mothers of deaf children undergoing treatment at a cochlear implant service at a reference hospital in Recife. The diagnosis was received by mothers with emotional suffering, impact and fragility affecting maternal narcissism. However, it was noticed that the mothers were jubilant to point to the children's auditory acquisition made possible by the cochlear implant, indicating that this device could nourish the maternal narcissism, which imaginatively recomposes the body. The health professionals will have to respect the logical time of elaboration, that mothers go through when facing the deafness of the child.

Keywords: deafness; narcissism; psychoanalysis; motherhood; cochlear implant.

RESUMEN

La deficiencia auditiva es considerada una de las más incapacitantes. La familia de niños discapacitados enfrentan dificultades inherentes a la comunicación, conflictos, afectividad, y la integración infantil. En este estudio se tiene como objetivo comprender como las madres tuvieron una vivencia de la maternidad frente a la sordera del hijo, bajo la perspectiva del narcisismo en la teoría psicoanalítica, en un estudio cualitativo. Participaron madres de niños con sordera en tratamiento, en un servicio de implante coclear de un hospital referido de Recife. El diagnóstico fue recibido por las madres con sufrimiento emocional, impacto y fragilidades afectando en el narcisismo materno. Todavía así, se percibió que las madres quedaron contentas al referirse a la adquisición auditiva de los hijos posibilitada por el implante coclear, indicando que este dispositivo podría tratar el narcisismo materno, el cual imaginariamente recompone el cuerpo. Los profesionales de la salud necesitarán respetar el tiempo lógico de elaboración que las madres pasarán frente a la sordera del hijo.

Palabras clave: sordera; narcisismo; psicoanálisis; maternidad; implante coclear.

Introdução

No mundo, estima-se que mais de 360 milhões de pessoas têm uma perda auditiva incapacitante. Desta população mundial, 32 milhões são crianças com menos de 15 anos (WHO, 2013). O Brasil tem 9,7 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência auditiva, segundo o censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012). Para pessoas com deficiência do tipo severa ou profunda, pode-se recomendar o uso do implante coclear (IC), que é um dispositivo eletrônico que melhora a percepção dos sons e a compreensão da fala (Pinto, 2013; Bento et al., 2014; Momensohn-Santos et al., 2011).

Dentre todos os familiares envolvidos com a surdez, é a mãe que, em geral, se encarrega dos cuidados com seus filhos (Negrelli & Marcon, 2006). A temática da maternidade se apresenta nessa discussão, e é com ela que se pode perceber o percurso do tornar-se mãe, vindo de uma visão de que há um processo de constituição de uma nova identidade para a mulher que deseja a maternidade. Grandes mudanças fazem parte desse processo constitutivo da maternidade, além das inúmeras transformações biológicas (Ferrari & Donelli, 2010).

A partir do momento em que a mulher se percebe grávida, coexistem sentimentos ambivalentes a respeito da gestação, os quais incidem na mudança subjetiva da mulher/filha para a mulher/mãe (Rodrigues et al., 2013).

Tornar-se mãe é um processo que tem como origem a infância da mulher. Nesse processo, há um retorno inconsciente às etapas vivenciadas com sua mãe, desabrochando as fantasias e expectativas gratificantes ou frustrantes com relação à gravidez, ao parto, ao receber o bebê e a todo o seu desenvolvimento. De certo modo, um filho, como objeto de devoção e de amor, viria reparar a ferida narcísica dos pais naquilo que não foi possível de se realizar (Coelho & Wollmann, 2017; Escobar, 2012).

A mulher, ao se tornar mãe, fornece um contorno imaginário ao bebê a partir dos sentimentos e impressões que ela concede aos movimentos fetais (Ferrari et al., 2007). A gestante atribui características de personalidade ao bebê imaginário, as quais poderão ser facilitadoras na interação com ele, tornando-o alguém familiar. Essa capacidade ou habilidade materna é de fundamental importância para a constituição do eu da criança, que recebe um destino do Outro veiculado no dizer materno (Ferrari et al., 2007; Fleck & Piccinini, 2013).

Após a espera de um bebê que foi idealizado, os pais recebem em seguida ao parto um bebê real, que não é exatamente o representante da imagem sonhada, mesmo que seja saudável. Haverá um luto pelo bebê imaginário a ser vivenciado para que o bebê real possa ter seu lugar. Esse bebê que surge após o

parto, inicialmente confrontado, desconstrói o bebê idealizado, por ser desconhecido. O laço entre o bebê e sua mãe será estabelecido se ela conseguir vivenciar o luto pelo bebê imaginado e elaborar sua perda. Gradualmente, a genitora se reestrutura psicologicamente e consegue investir no novo bebê (Lebovici, 1987; Ferrari et al., 2007).

Há na mulher gestante um renascimento narcísico do que ela foi para sua mãe e do que sua mãe foi para ela, como dupla identificação. Dito de outro modo, há uma revivência do amor de si, ou seja, de como foi recebido o investimento da sua própria mãe, e no momento da maternidade é esperado que esse investimento se volte ao seu bebê. O narcisismo é um conceito freudiano importante a ser conhecido e considerado no desenvolvimento psíquico de um indivíduo. Consiste numa etapa fundamental do processo de constituição do eu e implica em sintetizar em uma unidade (o eu) as pulsões sexuais, por meio de atividade autoerótica. (Freud, 1914/1974; Ferrari et al., 2006).

Diante de um filho com surdez os pais têm seus sonhos fragmentados, expectativas frustradas e incertezas quanto ao futuro, o que pode trazer impacto para a estrutura familiar e graves desorganizações psicológicas, contribuindo para que o desempenho de suas funções parentais se realize com alto nível de tensão. A depender dos recursos emocionais de enfrentamento, dos significados prévios acerca da surdez e do manejo com o diagnóstico pela equipe de saúde, os pais poderão ou não conseguir elaborar a nova realidade com o filho surdo (Vieira et al., 2012).

Existe resistência na procura por atendimento especializado quando há suspeita de deficiência auditiva, assim como negação, reverberando no atraso do alcance da avaliação e tratamento. Dessa forma, a intervenção adequada pela equipe de saúde multidisciplinar pode contribuir para um melhor enfrentamento dos diversos desafios colocados para o indivíduo surdo e seus pais (Cardoso & Vivian, 2017; Oliveira et al., 2013).

Caracterizado como uma prótese auditiva, que substitui o órgão sensorial de audição, o implante coclear tem sido indicado para casos de perda auditiva severa e profunda e onde o recurso de amplificação sonora individual apresentou-se limitado. Estudos retratam o uso do implante como um artifício fundamental nas condições de vida diária, com a melhoria na comunicação, independência e autoconfiança das crianças, bem como na dimensão afetiva, como melhora do estado de ânimo e vínculos positivos em relação ao outro (Yamada & Bevilacqua, 2012; Buarque et al., 2014). Há uma boa associação entre o uso do implante e o progresso do desempenho escolar, especificamente quanto ao resultado do teste de vocabulário (Colalto et al., 2017).

No cenário da surdez de um filho, um percurso se apresenta, desde a percepção de que seu filho não escuta, até a confirmação do diagnóstico. Considerando a causalidade psíquica como formada por dimensões inconscientes, os tempos e os modos de constatação de que a criança possui algum problema é muito singular a cada mãe. Este artigo apresenta resultados de uma pesquisa que abordou aspectos psíquicos da mãe com base na teoria psicanalítica, relacionados com a questão do narcisismo materno possivelmente vinculados à surdez do filho. O interesse pelo tema adveio da prática e do envolvimento de uma das autoras com crianças surdas e seus pais. A experiência durante os atendimentos psicológicos e o confronto rotineiro com as dificuldades enfrentadas pela criança e sua família geraram questionamentos no sentido de buscar melhor compreender essas dificuldades, sobretudo a partir da vivência das mães, visando à prevenção de distúrbios psíquicos na criança.

Método

Foi realizado um estudo de natureza qualitativa, no qual se ofereceu um espaço diferenciado de escuta para as mães, procurando-se compreender os significados por elas atribuídos à vivência com a surdez de seus filhos. A pesquisa, apoiada na psicanálise, foi realizada em hospital escola na Região Metropolitana central do Recife, em um serviço direcionado ao implante coclear.

Participaram do estudo oito mães de crianças com surdez congênita, que eram convidadas a participar da pesquisa no momento em que levavam seus filhos para suas consultas regulares. As crianças deviam estar no momento do estudo com idade de até 9 anos e 11 meses, faixa etária estabelecida pela OMS para o conceito de criança. O fechamento amostral ocorreu pela saturação (Minayo, 2014).

Para a análise de dados foi utilizado o aporte teórico da análise de conteúdo em sua modalidade temática (Minayo, 2014).

Resultados e discussão

No quadro abaixo estão apresentados alguns dados referentes às mães participantes da pesquisa e às crianças implantadas.

Quadro 1 — Caracterização das mães e suas crianças segundo época da suspeita do diagnóstico, época do diagnóstico, etiologia e época do implante

Participante mãe	Idade atual da criança	Época da suspeita do diagnóstico	Época do diagnóstico	Etiologia	Época do implante
Melodia	9 anos	3 meses	7 meses	Idiopática	2 anos
Acústica	7 anos	6 meses	2 anos	Hipoxia neonatal	7 anos
Partitura	8 anos	1 ano	2 anos	Idiopática	3 anos
Música	9 anos	6 meses	1 ano	Idiopática	7 anos
Sinfonia	6 anos	15 dias	10 meses	Idiopática	1 ano 3 meses
Valsa	4 anos	1 ano 9 meses	2 anos	Idiopática	3 anos
Harmonia	9 anos	2 anos 6 meses	4 anos	Genética	6 anos
Flauta	6 anos	6 meses	1 ano	Idiopática	3 anos

A pesquisa envolveu 8 mães de crianças com surdez e que estavam em tratamento num serviço de implante coclear de um hospital do Recife. As participantes têm entre 27 e 39 anos, são moradoras do estado de Pernambuco, variando entre Recife, região metropolitana e interior do estado. Duas das participantes não tinham outros filhos, uma das quais estava grávida do segundo filho no momento da entrevista.

O estudo procurou desvelar as narrativas atribuídas pelas mães às suas vivências com seus filhos com surdez, procurando apreender seus sentimentos em relação às seguintes categorias: desejo/não desejo da maternidade e a surdez do filho; suspeita ou diagnóstico da surdez; confronto entre o bebê imaginário e o bebê real; sentimento de fracasso com o nascimento de um filho com deficiência; investimento libidinal transformador do corpo orgânico do bebê em corpo sexuado; suporte psicossocial entre pares e equipe de saúde e repercussão após o tratamento com implante coclear. O conteúdo será exposto por categoria e a partir de cada uma delas os recortes de fala, a reflexão dos autores e a articulação com o aporte teórico da psicanálise serão apresentadas.

Desejo/não desejo de maternidade e a surdez do filho

As narrativas maternas a respeito da concepção do seu filho surdo, para a maioria das participantes, foram marcadas por difíceis histórias de conflitos, no que toca às relações amorosas e familiares.

A participante Melodia falou com muita emoção sobre sua história, que, conseqüentemente, marca a existência de seu filho.

“[...] mas assim, eu não conseguia imaginar ele não. Eu não parava pra pensar como ia ser, como ele ia ser eu não... Eu queria, assim, eu não tive tempo porque nesse meio tempo [...], então eu não curti a minha gravidez. [...] E eu fiquei mais com ele assim, por curiosidade e por vingança, sabe, porque eu sabia que o outro, meu ex não gostava dele, tá entendendo [...] Porque foi muito sofrida assim, eu na casa dos outros, oprimida, sem conhecer praticamente também o próprio pai do meu filho. [...]. Então eu não... Eu amava o meu filho, mas eu não tive assim... [...] Eu acredito que também pode ter sido isso, que tenha acontecido pra ele poder nascer dessa forma, eu não sei... Aí eu não sei se pode ter sido isso também, né, a ocasião de ter nascido dessa forma. Não sei.” (Melodia)

Essa participante engravidou por conta de uma decepção amorosa e, por isso, passou também por problemas na relação com seus pais. Seu pai colocou-a “para fora de casa” apesar do apoio de sua mãe, o que fez Melodia decidir não resistir à expulsão, para não colocar o casamento dos pais em risco. Passou por problemas com a sogra depois de morar na casa dela, onde sentia-se “oprimida”. Melodia, em seu relato livre e associativo da experiência dolorosa, faz um tropeço de fala, nos possibilitando pensar se deixou entrever uma revelação de falta do amor. “Então eu **não**... Eu amava o meu filho”. Outra constatação encontrada no discurso de Melodia foi a repetição do significante “nãõ”. Melodia indagou-se acerca de todo esse conflito vivido como interferência na origem da surdez do seu filho.

Seguimos com mais outro relato de sofrimento, uma história de concepção e existência no mundo bastante difícil. A participante Valsa descobriu a gravidez no momento em que decidiu separar-se de uma relação amorosa conflituosa, em seguida a desconfiança da paternidade e um pedido de aborto por parte de sua mãe, de quem recebia o sustento financeiro. Tem marcado em seu relato o abandono materno, sofrimento vivido diante de sua mãe e da ordem de aborto. Esse feto estava quase sem filiação, sem pertencer a uma linhagem, negado tanto pelo pai quanto pela avó materna. Valsa se ressentiu com sua mãe e se sentiu humilhada pelo pai da criança.

“Eu não esperei, aconteceu, eu sofri muito, fui muito humilhada, pelo pai dele que disse que não era filho dele, minha mãe também não aceitava, vivia com minha mãe, não aceitava. [...] Foi bem conturbada mesmo minha gravidez, sabe aquela mãe maluca, que

não pensava em nada, nada? Mas em nenhum momento pensei em tirar meu filho não. [...] O que eu esperava da minha mãe não recebi.” (Valsa)

O que pode representar a imperceptibilidade da sua própria gestação, já contando cinco meses, tempo suficiente para que haja mudanças corporais e aparecimento de movimentos fetais? A negação, o não desejo? Essa foi a história da participante Acústica, surpreendida com a notícia de ter virado mãe após três dias de um parto e de uma gestação que nem sabia que tinham existido. Foi confrontada por ter tido uma filha prematura de cinco meses.

Acústica foi internada sem saber o real motivo da perda de visão. Já havia procurado médicos, que também não se questionaram sobre uma possível gestação. A criança não foi notada por ninguém, até o momento crucial em que Acústica cegou temporariamente e um médico pôde assim fazer essa descoberta. No entanto, a vida do bebê foi negada novamente, e os médicos supuseram a morte do bebê. Indagada sobre seu desejo de tornar-se mãe, ela respondeu:

“Não. Foi um acaso, mas que, foi um acaso muito bom, porque eu não me vejo sem ela. [...] Assim, no início foi difícil, porque, era como se eu dormi, acordei e ela tava lá. Aí no início quando eu acordei normal, que ela tava lá, eu não sabia nem se era minha, mainha falava, ‘Acústica, tu teve uma filha...’, aí eu disse então eu quero ver. Aí pra me poder aceitar, eu tive que passar uma semana indo lá na UTI ver ela.” (Acústica)

Podemos supor que a gestação dessa criança, no imaginário materno de Acústica, se deu durante suas visitas à UTI, circunstância ainda sob o clima de morte.

Experiências de desamparo e sentimentos que deslocam o sujeito de seu equilíbrio emocional podem reverberar na impossibilidade de mergulhar na gestação. No caso de Acústica, os investimentos para a constituição subjetiva da maternidade e do bebê como sujeito do desejo materno não existiram durante a gestação no corpo. Supomos que os investimentos maternos aconteceram enquanto a bebê estava na UTI, na incubadora, nascida aos 5 meses. Assim ela pode continuar a “gestação” por esta via, e se não tivesse ocorrido dessa forma seria deveras preocupante, pois como afirmaram Ferrari e Donelli (2010), “é de onde funcionam como matriz para o vínculo mãe-bebê ser construído, a relação

face a face e o reconhecimento das demandas ser possibilitado”. Essa discussão faz lembrar o que Dolto (1988) reconhece que o sujeito existe desde que o ser humano é fecundado, quando diz que há presente também um sujeito que se manifesta por desejos, escolhendo então sua própria vida. Esse sujeito psíquico não é aquele que emerge após o recalque, mas seria um proto-sujeito.

Segundo Aroux (1990), citado em Queiroz (2005), as percepções relativas a cada sistema das estruturas dos órgãos de sentido tanto dependem das estruturas genéticas, quanto da estimulação com o meio. Acrescenta Queiroz (2005) que o funcionamento das estruturas é submetido às leis fisiológicas e significantes. Segundo Laznik-Penot (1997), as capacidades sensoriais e perceptivas do feto e do recém-nascido pertencem às percepções que são também consideradas como traços mnésicos e, portanto, significantes. Desse modo, os significantes maternos, como substratos para os significantes do bebê, aproximam-se à máxima lacaniana de que o desejo é o desejo do Outro (Lacan, 1966/1998).

Suspeita ou diagnóstico da surdez

A suspeita e o diagnóstico da surdez do filho foram vivenciados como algo intenso e difícil de ser experienciado. São dois momentos diferentes, o tempo da suspeita e o da constatação da surdez. Se por um lado a intensidade da situação remete ao impacto, ao choque, à quebra do esperado, por outro, pode chegar à paralisia e negação, como expressam as falas de Música, Partitura e Harmonia:

“Foi difícil, foi um choque muito grande. [...] Ele tinha... cinco a seis meses, minha família já dizia que ele não ouvia. Mas eu não acreditava, por conta que ele era pequeno, aí quando foi com oito, nove, dez meses, um ano, foi que eu, veio cair por si e ver que ele não ouvia mesmo.” (Música)

“Logo quando eu descobri, eu me senti... procurei chão e não encontrei, mas [...] quando eu fiz o BERA, aí confirmou. Mesmo assim, ainda não quis acreditar, eu ainda eu procurei outra opinião médica [...] então eu firmei meus pés no chão e comecei a fazer o tratamento [...] mas não foi fácil não [...] Mas não pela rejeição, mas assim, é um caso que assim que a gente nunca espera, né, eu não esperava [...]” (Partitura)

“No começo quando eu descobri, é como se meu mundo tivesse desabado. É difícil, né. Porque você planeja que ter um filho, espera que ele venha perfeito. Não que meus filhos não sejam perfeitos, foi um choque para mim e para o pai. E eu não queria aceitar, né, não queria aceitar de maneira nenhuma. [...] Com 2 anos e 6 meses percebi a surdez. Minha sogra falou que o pai falou tarde. Tava esperando ele falar. Minha mãe que disse que não escutava. Não suspeitava e mesmo se eu suspeitasse não queria aceitar.” (Harmonia)

Os estudos apontam para o grande impacto que o momento do diagnóstico da surdez provoca na família, reverberando em desorganização, choque e sentimentos intensos sofridos. A família passa pela negação do diagnóstico e ambivalência entre a frustração e a felicidade, desespero e busca de tratamento (Asano et al., 2010; Momensohn-Santos et al., 2011; Negrelli & Marcon, 2006; Lebedeff, 2012; Yamanaka et al., 2010; Oliveira et al., 2013).

As mães estavam, na maioria dos casos, envolvidas no tratamento das crianças, mas, anteriormente ou paralelamente, precisam lidar com a frustração de suas expectativas e narcisismo frustrado ou ferido. Gestar um filho pode significar desejar ter um bebê perfeito, que os próprios pais imaginaram ter sido (Asano et al., 2010). A negação da percepção da surdez nos primeiros meses ou anos do filho e a dificuldade de aceitação do diagnóstico médico podem estar relacionados à dificuldade de aceitação da incompletude, da castração e da identificação. A sensação dos pais em gerarem seres incompletos pode remeter à sua própria incompletude.

Indaga-se que a negação encontrada nas narrativas na maioria das mães pode ter funcionado como película protetora, dando mais tempo às mães para possibilitar o investimento libidinal no filho, tão necessário para a constituição psíquica do bebê. Dito de outro modo, não saber de modo consciente sobre o diagnóstico levou as mães a apostarem na criança como sujeito, vívido por aprender e interagir sem muito empecilho. O tempo em que as mães não concluíram o diagnóstico pode ter sido exatamente o tempo de aproximação com a criança, e com o frescor de seu próprio narcisismo em um mecanismo de retroalimentação.

Em que medida a percepção do diagnóstico na fase inicial do bebê poderia ter ocasionado a afetação do narcisismo materno? Esse fato foi apontado no estudo de Asano et al. (2010), que considerou que o diagnóstico de deficiência auditiva em um filho constituiria uma situação de crise e a possível dificuldade no narcisismo parental. Em síntese, uma das saídas possíveis verificadas para que o narcisismo materno alimentasse a relação de investimento libidinal residiu no adiamento da confirmação do diagnóstico, bem como de sua negação.

Confronto entre o bebê imaginário e o bebê real

Como parte do processo da maternidade, toma-se a construção do bebê imaginário carregado de idealizações narcísicas para os pais, bem como alicerce para a necessária constituição psíquica do bebê e da nova subjetividade que aparece na maternidade. O bebê real permite desfazer essa idealização (Ferrari et al., 2007). No tocante à questão da deficiência, pergunta-se sobre o que pode acontecer nesse processo entre o bebê imaginário e o real, quando os bebês nascem com deficiência auditiva.

Apresentam-se abaixo fragmentos de falas de algumas mães:

“Até então o meu marido dizia – ‘aí tu não tá aceitando a criança’. Eu dizia que não é a criança, é o problema, a deficiência. Não é ela... uma pessoa surda é muitas vezes ela é isolada, por eu ter conhecimento no interior que as crianças não estudavam, que vivia fechada, muitas vezes era até trancada dentro de casa. E eu não queria isso.” (Sinfonia)

“Aí quando foi com oito, nove, dez meses, um ano, foi que eu, veio cair por si, e ver que ele não ouvia mesmo. (...) Imaginava que ele ia ser perfeito. Igual toda criança.” (Música)

“A diferença... porque assim, você faz uma programação... assim, tem uma gestação, né, aí você, não imagina se encontrar com uma criança deficiente, né, que tenha uma deficiência, não sei, seja qual a deficiência, né, porque você faz a programação todinha.” (Partitura)

Percebe-se que Sinfonia tentou descolar a deficiência da criança, verbalizando claramente que não aceitava o problema e sim sua filha. Música mostrou ainda uma negação muito marcante para perceber a deficiência do filho, uma vez que o esperava “perfeito”, tendo a perfeição ligada ao seu próprio narcisismo. Na fala da participante Partitura, ficou evidente o quanto esse encontro é emocionalmente desorganizador e requer um trabalho psíquico ainda maior para elaboração desse novo bebê.

Podemos resgatar com essas falas Mannoni (1999), quando diz que as mães são muito sensíveis a qualquer fato concernente à vida que saiu dela, de modo tal que buscam reivindicar a saúde do filho. Tal reivindicação pode vir primeiramente em torno de uma queixa, de não aceitação, junto à solidão que pode

acompanhar esse percurso materno. Representações maternas são constituídas na gestação e transformadas a partir do nascimento do bebê. Nesse tempo ocorre uma produção de fantasias, impressões e sentimentos acerca do bebê enquanto feto e transformadas a partir do nascimento.

Imaginar o bebê durante a gestação interfere na habilidade regulatória para a interação com o filho, principalmente durante a interação face a face. Após o nascimento, outro bebê surge para a mãe, aquele que é confrontado com o bebê imaginário, o bebê real, o desconhecido que se apresenta. A mãe precisará elaborar a perda do bebê imaginário para conseguir investir precocemente na relação com o bebê real. Essa reestruturação psíquica é fundamental para a interação mãe-bebê (Fleck & Piccinini, 2013).

O que se observou foi a dificuldade dessas mães em serem confrontadas com a realidade de um bebê deficiente. A mãe pode não reconhecer o filho como seu, devido ao que toca o seu narcisismo, ao abandono dos seus ideais narcísicos. Precisar passar pelo luto do bebê imaginado para encarar o novo bebê com sua nova imagem, dando margem às novas fantasias daí decorrentes.

Sentimento de fracasso materno com o nascimento de um filho com deficiência

Nesta categoria estão contempladas as falas que demonstram o sentimento sobre a incapacidade materna de gerar um filho saudável e o impacto materno frente à deficiência:

“Mas não foi muito legal minha gravidez... Eu acredito que também pode ter sido isso, que tenha acontecido pra ele poder nascer dessa forma, eu não sei...” (Melodia)

“Aquele angústia, tá entendendo? Aquele desespero! Foi o tempo pior da minha vida, foi esse tempo assim que eu chorava dia e noite, uma coisa que eu não aceitava. Eu perguntava direto, meu Deus o que foi que eu fiz? Por que a menina veio sem ouvir? Por que tá acontecendo isso?” (Sinfonia)

“[...] foi um choque para mim e para o pai. E eu não queria aceitar, né, não queria aceitar de maneira nenhuma.” (Harmonia)

É possível compreender, com esses relatos, a associação de algum acontecimento ruim com ela própria durante a gravidez que pudesse ter mudado o desenvolvimento do feto, ocasionando a surdez. Na fala de Sinfonia, há um apontamento para a existência de um enigma, incógnita sobre a causa da surdez e a implicação da mãe nesse processo. Por trás da demanda materna de ter um filho ouvinte, há que se perguntar que caminhos, não tão claros ainda nesse momento inicial, poderão ser percorridos quanto ao “uso” pela mãe em sua demanda de amor, em ter um filho com deficiência. Que ganhos poderão existir com esse fracasso?

Nos casos relatados, pode-se perguntar se o desespero e a culpa, apontando para a imperfeição da mãe, leva também para o não desejo de ser mãe e o quanto a genitora identifica-se com o bebê, na transmissão de uma imperfeição, ou seja, “somos todos imperfeitos”. O fracasso, nesse sentido, pode ser compreendido a partir do encontro com a deficiência, e pode desorganizar psicologicamente a própria mãe, pois o desconhecido torna-se materializado nas incertezas quanto à relação com um filho surdo, e, sobretudo, quanto à capacidade de gerar uma criança completa que não desorganizasse seus projetos. As mães expressaram angústia, revelando uma tragédia, um drama que perturba o processo de tornar-se mãe. Há que se perguntar que estratégias essas mães buscaram para se recompor nessa sua nova imagem.

Asano et al. (2010) sublinham que há uma quebra do narcisismo materno que advém de uma situação inesperada, a deficiência, nesse caso auditiva, apresentando assim um forte sentimento de fracasso diante dela.

Investimento libidinal transformador do corpo orgânico do bebê em corpo sexuado

Nesta categoria serão demonstradas falas que apontam para o investimento libidinal no corpo do bebê:

“Assim, foi muito lindo, ele mamando, mamando... Aí daqui a pouco ele parou de mamar, aí olhou para mim, eu alisando assim a cabecinha dele, ele olhou pra mim, soltou o peito, assim e olhou pra mim, aí quando ele olhou pra mim, os olhos dele brilhou.” (Melodia)

“Aí eu disse, que coisa mais linda meu Deus do céu, aí comecei a brincar com ele, aí ele olhou pra mim de novo, aí quando ele olhou pra mim, eu senti algo diferente dentro de mim [...]” (Melodia)

“... sempre falo olhando para ele e ele me entende. Ele é o meu xodó... Ele é diferente assim em questão. Tem algo que ele tem que faz com que eu não desanime para as coisas. Não sei explicar. É diferente. Desde que ele nasceu.” (Valsa)

Há nessas falas indícios da reorganização emocional do que foi possível para realizarem investimentos libidinais sobre o seu bebê, apesar de terem vivenciado dificuldades importantes que podiam ter resvalado na impossibilidade de cuidar. No momento da amamentação, Melodia tocava o corpo do seu filho de forma afetuosa e sentia que recebia o retorno do seu bebê, retroalimentando o investimento dela e fortalecendo esse vínculo.

O bom desenvolvimento do corpo orgânico do bebê não é suficiente para que haja a constituição do sujeito psíquico. Os adultos próximos ao bebê, aqueles que reconhecem a sua demanda, transformam seu corpo orgânico em um corpo sexuado mediante os investimentos libidinais dirigidos a ele. É por meio dos cuidados maternos que o bebê terá condições de abstrair noções de temporalidade, espaço, de sentir-se pertencente ao mundo. Viverá a ilusão necessária de ter criado objetos que o satisfazem, baseando-se no auxílio de um adulto que seja capaz de dar sentido às suas experiências sensoriais (Ferrari et al., 2006).

Quando um bebê nasce, mesmo que a termo, continua no campo da prematuridade psíquica e física, por depender exclusivamente de um Outro que satisfaça as suas necessidades e demandas expressas através de seu corpo, iniciando uma comunicação simbólica. Um Outro deverá atribuir sentido às suas demandas e interpretar que elas também são dirigidas a ele.

Suporte psicossocial entre pares e equipe de saúde

Nesta pesquisa, as mulheres e mães assumiram a maior parte do cuidado com as crianças, o cotidiano de suas famílias, portanto, as suas relações sociais podem ser alteradas pelo tempo dedicado ao filho deficiente. As mães estavam na função de cuidadoras das crianças. Além de se encontrarem fragilizadas emocionalmente diante do diagnóstico da surdez, com o atravessamento de seu narcisismo materno, estavam diretamente ligadas e imersas no tratamento do filho (Yamanaka et al., 2010).

“Aí isso, sabe... eu construí outra família, as meninas que eu encontrei. Temos um grupo chamado ‘famílias’, o nome do grupo. A gente quando está passando por dificuldade, relacionamento, de família.” (Valsa)

Nas falas de Sinfonia e Acústica fica explícito o apoio e o conforto necessários para que elas pudessem se reorganizar, mudar de perspectiva. Elas puderam contar com os profissionais especializados no atendimento ao filho com deficiência, recebendo orientações e informações sobre os cuidados com eles, conformando-se no suporte emocional.

“Aí eu encontrei com Doutora Flor, assim... parece que seu problemas... é... Deus fecha uma porta e abre uma janela, que as coisas mudam, né. Aí quando a gente conheceu Dra. Flor, Dra. Árvore, a equipe toda é como se confortasse você, desse aquela tranquilidade, ‘não, tem jeito!’.” (Sinfonia)

“E graças a Deus ele mandou pra o melhor lugar, né, que eu cheguei aqui e resolveu, graças a Deus, tá até hoje. Ela foi muito bem acompanhada, porque, você vê que, a equipe aqui do otorrino eles têm aquele carinho com as crianças. E eu agradeço a Deus todo dia por isso, que, até hoje.” (Acústica)

As participantes expressaram como o suporte social da equipe de saúde, dos amigos e de outras mães ou famílias que passavam por situação semelhante, funcionaram como um recurso favorável ao enfrentamento das dificuldades, assim como visto por Barbosa et al. (2009). Foi possível para a participante Valsa reconstruir o significado de família com o encontro do suporte de outras mães. Essa participante foi marcada pela decepção de não ter tido apoio de seus familiares sanguíneos, mas ter encontrado nesses novos pares uma relação de família, antes não encontrada, que perdura até os dias de hoje.

Repercussão após o tratamento com implante coclear

Ao serem abordadas sobre o tratamento com o implante coclear e sua repercussão, as mães deixaram à mostra a mudança do tom da voz, embargada ao suspiro de alívio. Esse assunto surgiu de modo espontâneo em todas as entrevistas, emergindo como categoria empírica. Os benefícios do implante implicam em mudanças na relação da criança com a família e com as pessoas do mundo externo, uma vez que a capacidade de ouvir possibilita a inserção na linguagem oral e na comunicação (Asano et al., 2010; Kumar et al., 2017; Joulaie et al., 2019).

“Ela já fala bastante coisas, né, ela fala frases, tem a questão das frases, palavras curtas ela já consegue ler, então são coisas gratificantes, né, (...) E é o que eu tô vendo o resultado, só tô vendo resultados positivos.” (Partitura)

“Hoje... pronto, hoje eu consigo conversar com ela e entender ela normalmente, mas antes não. Mas hoje eu consigo, maioria das partes, grande parte do que ela fala, eu entendo, porque ela já fala agora bem mais explicadinho, né.” (Acústica)

“Aí hoje olhe... foi a melhor coisa do mundo foi essa cirurgia. Porque você fala e ele escuta. E já tá falando, né. Foi a melhor coisa do mundo.” (Música)

“Eu não me sentia segura não. [...] O pai dele também, ele dizia, [...] ‘Vamos deixar ele assim’. Aí eu dizia, é, é melhor deixar ele assim mesmo. [...] Mas aí a gente resistiu muito. A gente resistiu mais de um ano. Não quero, não quero... Acho que eu fui a mãe que mais foi pra psicóloga, [...]. Eu não queria, não queria...” (Melodia)

“O pai no começo não queria fazer o implante. Se Deus fez ele assim. [...] Hoje é uma maravilha eu posso chamar meu filho ele já vem até a mim, consegue falar algumas coisas.” (Harmonia)

A maior dificuldade apontada pelas mães quanto à surdez foi a de não ser compreendida e de não poder compreender bem as demandas dos filhos. O estabelecimento de uma melhor comunicação a partir do implante coclear foi motivo de júbilo. Essa demonstração de grande alegria pôde colocar o implante como um elemento que viria a alinhar o narcisismo materno, o qual tem uma função imaginária de recompor o corpo perfeito, completo, bem como a capacidade de incluir a interação mãe-bebê.

Foi unânime neste trabalho o testemunho positivo do tratamento com implante coclear, confirmando assim estudos que versam sobre as expectativas dos pais, demonstrando que, a partir do implante coclear, observou-se maior interação entre a criança e seus pais e aumento do repertório das mães na sua relação com os filhos (Kumar et al., 2017; Joulaie et al., 2019; Grecco et al., 2018).

O implante coclear pôde dar o estímulo ao nervo auditivo através dos eletrodos. Ainda assim, mais do que esse estímulo ao nervo, ressalta-se a grandiosidade do investimento libidinal que esse implante pôde resgatar naquilo que a comunicação transporta: o desejo materno em perceber-se no olhar, na voz e na palavra que carrega a emoção do nome mãe.

Pode parecer contraditório relacionar o júbilo materno ao implante, àquele que é responsável por fazer ouvir, tendo em vista que o ensurdecer pode ter sido uma saída de existência diante das complexas histórias de concepção. No entanto, pode-se ressaltar que a negação da surdez tornou possível a aproximação, o investimento no filho e a elaboração de sua maternidade. Quem sabe, como encontrado em algumas falas, o tempo entre o diagnóstico e a efetivação da implantação tenha revelado uma dificuldade de fazer seu filho ouvir sua própria história. Contudo, as competências comunicacionais que o implante coclear proporcionou foram o grande motivo de júbilo dessas mães. Elas puderam falar deles por meio de um novo alinhavo e reinvestimento narcísico.

Outro aspecto a considerar se refere ao tempo de elaboração psíquica frente ao impacto do diagnóstico de surdez. Garcez e Cohen (2011) nos lembram que Lacan remete a três tempos para conceituar o que é o tempo lógico, a saber: o tempo de ver, o de compreender e o tempo de concluir. Nessa perspectiva, podemos levantar a questão de que, entre o tempo de ver e o de concluir, há o tempo de compreender. Muitas dessas mães podem, num primeiro momento, se utilizar da surdez do filho numa via sintomática para ultrapassar esse tempo e chegarem a outra maneira de se utilizarem dessa surdez. O deslizamento significativo “não ouvir” pode remeter o sujeito a outros significantes primordiais.

Conclusões

Nesta pesquisa foi possível conhecer a pré-história de cada bebê no que diz respeito à sua concepção, revelando narrativas com grande teor emocional e histórias com entrelaçamento de sentimentos complexos no tornar-se mãe. Revelou-se que as mães, em algum momento, resistiram ou negaram a suspeita da surdez do filho. Quando confrontadas com o diagnóstico médico, confirmando a deficiência auditiva, este foi recebido com muito impacto, sofrimento e desgaste emocional, mostrando como o diagnóstico pode vir a fragilizar o narcisismo materno. As mães esperam ter, imaginariamente, um filho perfeito que a faça reviver o seu próprio narcisismo e preencher a sua própria falta, mas fracassam.

Assim, conjectura-se que a não suspeita consciente da surdez pode mostrar essa dificuldade de aceitar o bebê real e que a negação proporcionou tempo para que a mãe pudesse investir libidinalmente e formar o vínculo com o seu bebê, etapa primordial para a constituição psíquica do sujeito. Quem sabe se coloca aqui uma estratégia inconsciente de recompor sua imagem e poder assim identificar-se com seu filho, aproximando-se dele. O suporte social e o encontro acolhedor com a equipe de saúde funcionaram como sustentação emocional, ajudando a mãe a elaborar o luto do bebê imaginado.

Por fim, apesar de inicialmente resistir à efetivação da cirurgia do implante coclear, que representaria a dificuldade de que seu filho ouça sua difícil história conceitual, é possível perceber que o júbilo externado pelas mães ao apontar a capacidade que o filho tem de falar, proporcionada pelo implante, sugere que o implante coclear pôde funcionar como um reparo narcísico, talvez o implante tenha funcionado como uma forma de “alinhar” ou substituir uma carência que vem do corpo, ligada às fantasias e idealizações de poder ter gerado alguém perfeito, como um dia pensou ter sido.

Para a realização de novas pesquisas, é possível vislumbrar a participação de outros sujeitos envolvidos nos cuidados de crianças surdas, assim como a própria criança, tendo em vista sua constituição psíquica e seu desenvolvimento. Considera-se que no âmbito da pessoa com deficiência há um campo complexo de implicações a serem escutadas para que possa ser proporcionado um cuidado mais integral. Há que se considerar que as mães de crianças com deficiência auditiva precisam de um tempo cuidadoso de elaboração do luto do filho perfeito e o reinvestimento libidinal na criança.

Referências

- Asano, C. Y.; Neme, C. M. B.; Yamada, M. O. (2010). Deficiência auditiva: Estudos clínicos sobre o narcisismo materno. *Boletim – Academia Paulista Psicologia*, 78(1), 219-236.
- Barbosa, M. A. M.; Pettengill, M. A. M.; Farias, T. L.; Lemes, L. C. (2009). Cuidado da criança com deficiência: Suporte social acessado pelas mães. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30(3), 406-412.
- Bento, R. F.; Lima Júnior, L. R. P.; Tsuji, R. K.; Goffi-Gomez, M. V. S.; Lima, D. V. S. P.; Brito Neto, R. (2014). Epidemiologia da surdez. In: *Tratado de implante coclear e próteses auditivas implantáveis*, p. 46-48. Rio de Janeiro: Thieme Revinter.
- Buarque, L. F. S. F. P.; Brazorotto, J. S.; Cavalcanti, H. G.; Lima Júnior, L. R. P.; Lima, D. V. S. P.; Ferreira, M. A. F. (2014). Satisfação dos usuários do implante coclear com perda auditiva pós-lingual. *Revista CEFAC*, 16(4), 1078-1087.

- Cardoso, A. C. A.; Vivian, A. G. (2017). Maternidade e suas vicissitudes: A importância do apoio social no desenvolvimento da díade mãe-bebê. *Diaphora*, 17(1), 43-51.
- Coelho, D. C.; Wollmann, A. (2017). A maternidade como saída edípica: Considerações sobre a feminilidade. *Caderno da Escola de Saúde*, 17(1), 10-24.
- Colalto, C.; Goffi-Gomez, M.; Magalhães, A. T. M.; Samuel, P. A.; Hoshino, A. C. H.; Porto, B. L.; Tsuji, R. K. (2017). Vocabulário expressivo em crianças usuárias de implante coclear. *Revista CEFAC*, 19(3), 308-319. <https://doi.org/10.1590/1982-021620171937216>
- Dolto, F. (1988). *Psicanálise e pediatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Escobar, V. M. C. (2012). *Um estudo sobre a função materna na constituição de sujeitos precocemente atingidos por deficiência orgânica* (dissertação de mestrado). Pós-graduação em Psicanálise, Saúde e Sociedade, Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro.
- Ferrari, A.; Donelli, T. (2010). Tornar-se mãe e prematuridade: Considerações sobre a constituição da maternidade no contexto do nascimento de um bebê com muito baixo peso. *Contextos Clínicos*, 3(2), 106-112.
- Ferrari, A. G.; Picinini, C. A.; Lopes, R. S. (2006). O narcisismo no contexto da maternidade: Algumas evidências empíricas. *Psico*, 37(3), 271-278.
- Ferrari, A. G.; Picinini, C. A.; Lopes, R. S. (2007). O bebê imaginado na gestação: Aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo*, 12(2), 305-313.
- Fleck, A.; Picinini, C. A. (2013). O bebê imaginário e o bebê real no contexto da prematuridade: Do nascimento ao 3º mês após a alta. *Aletheia*, 40, 14-30.
- Freud, S. (1914/1974). Sobre o narcisismo: Uma introdução. In: *Obras completas*, vol. 14. Rio de Janeiro: Imago.
- Garcez, M. M.; Cohen, R. H. P. (2011). Ponderações sobre o tempo em psicanálise e suas relações com a atualidade. *Psicologia em Revista*, 17(3), 348-362.
- Grecco, M. K.; Almeida-Verdu, A. C. M.; Buffa, M. J. M. B. (2018). Treinamento parental de ensino de comportamento verbal para crianças usuárias de implante coclear: Uma intervenção com mães. *Boletim – Academia Paulista de Psicologia*, 38(95), 218-229. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2018000200009
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2012). *Notícias – Censo 2010: Escolaridade e rendimento aumentam e cai mortalidade infantil*. Rio de Janeiro. <https://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo?id=1&cidnoticia=2125&view=noticia>
- Joulaie, M.; Zamiri Abdollahi, F. Z.; Darouie, A.; Desjardin, J. (2019). Percepção materna de auto-eficácia e envolvimento em crianças pequenas com perda auditiva pré-lingual. *Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery*, 71, 48-53. <https://doi.org/10.1007/s12070-018-1520-3>
- Kumar, P. Sanju, H.; Mishra, R.; Singh, V.; Mohan, P. (2017). Parental expectation from children with cochlear implants in Indian context: A questionnaire-based study. *International Archives of Otorhinolaryngology*, 21(2), 156-160. <https://doi.org/10.1055/s-0036-1584228>

- Lacan, J. (1966/1998). O estádio do espelho como formador da função do eu. In: *Escritos*, p. 96-103. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Laznik-Penot, M. C. (1997). *Rumo à palavra: Três crianças autistas em psicanálise*. São Paulo: Escuta.
- Lebedeff, T. (2012). Família e Surdez: Algumas considerações sobre o impacto do diagnóstico e a necessidade de orientação. *Revista Educação Especial*, 17, 13-18.
- Lebovici, S. (1987). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mannoni, M. (1999). *A criança retardada e sua mãe* (5ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde* (14ª ed.). São Paulo: Hucitec.
- Momensorn-Santos, T. M.; Paz-Oliveira, A.; Hayashi, N. Y. (2011). Descrição das expectativas e dos sentimentos das famílias de criança deficientes auditivas usuárias de implante coclear. *Revista Distúrbios da Comunicação*, 23(3), 307-315.
- Negrelli, M. E. D.; Marcon, S. S. (2006). Família e criança surda. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 5(1), 98-107.
- Oliveira, C. T.; Cúnico, S. D.; Kruehl, C. S. (2013). O impacto do diagnóstico de surdez infantil e suas repercussões na vida da criança e de seus familiares. *Disciplinarum Scientia*, 14(1), 81-94.
- Pinto, T. (2013). Relações possíveis entre desencadeamento psicótico e implante coclear: Reflexões a partir do contexto clínico francês. *Psicologia Clínica*, 25(2), 33-51.
- Queiroz, T. C. (2005). *Do desmame ao sujeito*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rodrigues, D. R. S.; Franco, E. L.; Kosac, K. F.; Franco, L. L. M. M.; Silveira, M. M. M.; Usevício, P. M. A. (2013). Relatos orais e reflexões sobre a experiência da gestação e construção do bebê imaginário. *Indagatio Didactica*, 2, 978-988.
- Vieira, S. S.; Bevilacqua, M. C.; Ferreira, N. M. L. A.; Dupas, G. (2012). Descoberta da deficiência auditiva pela família: Vendo o futuro idealizado desmoronar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(spe2), 82-88.
- WHO – World Health Organization (2013). *Millions of people in the world have hearing loss that can be treated or prevented*. Geneva: WHO. <http://www.who.int/pbd/deafness/news/Millionslivewithhearingloss.pdf>
- Yamada, M. O.; Bevilacqua, M. C. (2012). Dimensão afetiva da pessoa com surdez adquirida, antes e após o implante coclear. *Estudos de Psicologia*, 29(1), 63-69.
- Yamanaka, D. A.; Silva, R. B. P.; Zanolli, M. L.; Silva, A. B. (2010). Implante coclear em crianças: A visão dos pais. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 26(3), 465-473.

Recebido em 13 de dezembro de 2019

Aceito para publicação em 01 de julho de 2020

MATERNIDADE E FORACLUSÃO: A EQUAÇÃO FILHO-KAKON

MATERNITY AND FORCLUSION: SON-KAKON EQUATION

MATERNIDAD Y FORCLUSIÓN: LA ECUACIÓN HIJO-KAKON

Cristina Moreira Marcos ⁽¹⁾

Marconi Martins da Costa Guedes ⁽²⁾

Juliana Motta ⁽³⁾

RESUMO

A maternidade está articulada à relação da mulher com a falta; contudo, a falta nem sempre está articulada ao falo, à castração. Que lugar a criança ocupa, qual o lugar para a maternidade, quando não há recurso à significação fálica? Um caso clínico nos permite interrogar qual o lugar do filho quando a significação fálica não é operante e a gravidez revela a foraclusão. Uma passagem ao ato durante a gestação evidencia como o bebê pode se converter em “kakon”, objeto mau a ser eliminado. A angústia experimentada, neste caso, não é a angústia-sinal do neurótico, que enquadra a fantasia construída em resposta ao desejo do Outro. É uma angústia enorme, a céu aberto. Para o psicótico, não é possível responder ao desejo do Outro pela fantasia. Se, na neurose, o objeto a, extraído da castração, pode funcionar como uma resposta ao Outro, na psicose o sujeito se vê identificado a esse objeto. Ele encarna o objeto e a angústia fica sem contenção

⁽¹⁾ Doutora em Psicanálise pela Universidade de Paris 7. Docente da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas) e Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUC Minas. Pesquisadora Mineira da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), Belo Horizonte, MG, Brasil. cristinamarcos@gmail.com

⁽²⁾ Mestre em Estudos Psicanalíticos pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Psicólogo do Instituto Raul Soares, da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Coordenador do Núcleo de Ensino e Pesquisa e do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Instituto Raul Soares. Docente da Faculdade de Minas (FAMINAS) e dos cursos de Pós-graduação em Saúde Mental e Clínica Psicanalítica na Atualidade, da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas), Belo Horizonte, MG, Brasil. marconi_martins@hotmail.com

⁽³⁾ Psicanalista. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Membro da Associação Mundial de Psicanálise (AMP) e da Escola Brasileira de Psicanálise (MG). Docente dos cursos de Pós-Graduação Lato Sensu Clínica Psicanalítica na Atualidade e Saúde Mental no Instituto de Educação Continuada (IEC) da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas), Belo Horizonte, MG, Brasil. julianameirellesmotta@gmail.com

Este artigo foi baseado na pesquisa “O que quer a mãe, hoje: um estudo sobre maternidade no século XXI a partir da psicanálise”, financiada pela FAPEMIG – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais.

alguma. O bebê é o próprio objeto estranho, inimigo interior a ser eliminado, o verdadeiro “kakon”.

Palavras-chave: maternidade; psicose; kakon.

ABSTRACT

Maternity is linked to the woman's relationship with the lack; however, the lack is not always linked to the phallus, to castration. What is the place of the child, where is the place for maternity, when there is no recourse to phallic significance? A clinical case allows us to question the place of the child when the phallic significance is not operable and the pregnancy reveals the forclusion. A passage to the act during the pregnancy shows how the baby can become a “kakon”, a bad object to be eliminated. The anguish experienced in this case is not the neurotic signal anguish, which frames the fantasy constructed in response to the Other's desire. It is a huge, unconcealed anguish. For the psychotic, it is not possible to respond to the Other's desire for fantasy. If in the neurosis, the object a, extracted from castration, can function as a response to the Other, in psychosis the subject is identified with that object. He embodies the object and the anguish runs out of containment. The baby is its own foreign object, the inner enemy to be eliminated, the true “kakon”.

Keywords: maternity; psychosis; kakon.

RESUMEN

La maternidad está vinculada a la relación de la mujer con la falta; sin embargo, la falta no siempre está vinculada al falo, a la castración. ¿Qué lugar el niño ocupa, cuál es el lugar para la maternidad cuando no hay recurso a la significación fálica? Un caso clínico nos permite interrogar cuál es el lugar del hijo cuando la significación fálica no es operante y el embarazo revela la forclusión. Un pasaje al acto durante el embarazo evidencia cómo el bebé puede convertirse en “kakon”, objeto malo a ser eliminado. La angustia experimentada, en este caso, no es la angustia-síntoma del neurótico, que encuadra la fantasía construida en respuesta al deseo del Otro. Es una angustia inmensa, a plena vista. Para el psicótico, no es posible responder al deseo del Otro por la fantasía. Si, en la neurosis, el objeto a, extraído de la castración, puede funcionar como respuesta al Otro, en la psicosis el sujeto se percibe identificado a ese objeto. Él encarna el objeto y la angustia se queda sin contención. El bebé es el propio objeto extraño, enemigo interior a ser eliminado, el verdadero “kakon”.

Palabras clave: maternidad; psicosis; kakon.

Introdução

Da psicanálise freudiana, podemos extrair a clássica tese da equivalência entre o filho e o falo. Em Freud (1933/1987), a resolução do Édipo feminino está ligada a uma reivindicação fálica jamais satisfeita, que culmina no desejo de ser mãe na medida em que o filho é o substituto do que ela não tem, o falo. Essa tese, retomada nos textos sobre a sexualidade feminina, é longamente discutida num texto de 1917, “As transformações da pulsão exemplificadas no erotismo anal”, no qual Freud afirma a equivalência, como produtos do inconsciente nas fantasias e nos sintomas, dos conceitos de fezes (dinheiro, dádiva), bebê e pênis. Tais conceitos são descritos como intercambiáveis, mal se distinguindo um do outro. “Isto se verifica com mais facilidade na relação entre ‘bebê’ e ‘pênis’.” (Freud, 1917/1987, p. 161).

A conclusão freudiana acerca do feminino não ultrapassa a inveja do pênis, ao qual a mulher jamais conseguiria renunciar. O desejo do pênis é, segundo ele, um desejo feminino, *par excellence*. O desejo de um filho é um modo de responder à falta por meio da equivalência psíquica inconsciente entre o desejo de ter o falo e o desejo de ter um filho. O desejo de filho é um substituto do desejo de pênis; é o que Freud já demonstrava no texto de 1917 pela equivalência simbólica entre excremento-falo-criança. Desse modo, a mulher é, para Freud, irremediavelmente ligada a uma reivindicação fálica jamais satisfeita. O desejo de um filho é um destino da inveja do pênis; ter um filho seria um equivalente simbólico da posse do falo. Temos a maternidade assinalada como uma solução para o feminino. Entretanto, a clínica nos dá testemunhos de como essa solução está longe de apaziguar a mulher. A experiência da gestação, do parto e da maternidade frequentemente deixam entrever aquilo que da mãe não se reconhece nessa equivalência fálica (Marcos, 2007, 2017). Ademais nos interrogamos sobre qual o lugar do filho quando a significação fálica não é operante, a saber, nos casos de psicose.

Efetivamente, a criança está articulada, para a psicanálise, ao falo; contudo, Lacan abre a perspectiva de pensá-la em seu estatuto de objeto em suas diferentes declinações: objeto causa de desejo, objeto dejetivo, objeto tampão. Se, para Freud, a criança é substituto do falo, para Lacan (1969/2003), ela é um possível objeto *a* para a mãe.

Lacan vai, já desde os seminários 4 e 5, apontar uma voracidade materna que nos impossibilita de ver a mãe lacaniana como uma mulher inteiramente saciada pelo filho mediante a equivalência fálica.

O que a própria criança encontrou outrora para anular sua insaciabilidade simbólica, vai reencontrar possivelmente diante de si como uma

boca escancarada. (...) O furo aberto da cabeça da Medusa é uma figura devoradora que a criança encontra como saída possível em sua busca da satisfação da mãe. Aí está o grande perigo que nos é revelado por sua fantasias, *ser devorado*. (Lacan, 1956-1957/1995, p. 199)

Ora, a voracidade do amor materno é marcada por um ilimitado que pode se converter em ódio. Éric Laurent (2006) convida a tomar o infanticídio como ponto central do amor materno.

Quando escutamos que para encarregar-se do mundo, para manejar os problemas da sociedade, as mulheres são mais bondosas que os homens, mais negociadoras, estão menos sujeitas à ira porque possuem menos circuitos hormonais agressivos, é preciso não esquecer o infanticídio que concentra o enigma do amor materno. Assim, como o crime passional é o ponto central do amor feminino, o infanticídio é do amor maternal. As mulheres não possuem a perversão no sentido masculino, possuem, em troca, o infanticídio. Não possuem a perversão porque tem filhos, dizia Lacan para resumir o problema. (Laurent, 2006, p. 139)

Como a destruição do filho pode ser o ponto central do amor? Encontramos em Lacan uma definição do amor que revela esse parentesco. “Eu te amo, porque inexplicavelmente amo em ti algo que é mais do que tu – o objeto *a* minúsculo, eu te mutilo” (Lacan, 1964/1990, p. 254). Todo amor se estrutura a partir de uma fantasia na qual se elabora o que amamos no Outro e que é mais do que ele. Mas, enquanto a histérica se divide em torno do objeto agalmático ou daquilo que o Outro quer dela, o psicótico não se tortura com tais dilemas. A mãe neurótica se interroga o tempo todo se ela saberá se ocupar de seus filhos, se ela será uma boa mãe, se será admirada pelos outros. A comédia da vida amorosa no neurótico é marcada por todo tipo de interrogação em relação ao desejo do Outro: O que ele sente por mim? Ele me ama? O que quer de mim? Nada disso se passa na psicose.

A maternidade está articulada à relação da mulher com a falta; contudo, a falta nem sempre está articulada ao falo, à castração. Que lugar a criança ocupa, qual o lugar para a maternidade, quando não há recurso à significação fálica? Quando não há anteparo fálico, o que há? Qual o estatuto da maternidade para uma mulher psicótica? Um caso clínico nos permite interrogar qual o lugar do filho quando ele não está no lugar do falo, quando a significação fálica não é operante, quando a gravidez não é subjetivada e revela a foraclusão.

A passagem ao ato e o bebê-*kakon*

A discussão que se segue refere-se à pesquisa¹ desenvolvida no Hospital de Ensino / Instituto Raul Soares / FHEMIG, entre 2017 e 2019, financiada pela FAPEMIG, cuja pergunta inicial desenhou-se em torno do lugar que a criança ocupa no inconsciente materno, nos casos em que a significação fálica não é operante, interrogando assim a tese freudiana segundo a qual o filho é um equivalente do falo. Esta investigação se deu por meio do mapeamento dos casos, recolhimento dos dados clínicos, supervisões, seminários teóricos e clínicos², nos quais foram sistematizados os casos em que a maternidade se converte em palco de sofrimento psíquico, colocando impasses na condução do tratamento para a equipe.

K. é uma paciente cuja psicose se desencadeia a partir do nascimento de seu primeiro filho. Dele, ela dirá que queria matá-lo, que ele a separava do marido. Entretanto, ela não se transforma numa Medeia e engravida novamente. Durante sua segunda gravidez, os sinais da crise retornam e ela é internada. Ao longo da internação, apresenta um quadro de persecutoriedade, sobretudo com o marido; heteroagressividade; erotização; hipersexualidade; alucinações auditivas com vozes de comando; e ideação suicida. O quadro iniciou-se, segundo a paciente, após ela ter apanhado e ter sofrido uma tentativa de abuso sexual do marido em seu “Primeiro Dia das Mães”. A partir de então, a paciente conta que começou a sentir-se “estranha (...) perseguida”.

Em sua chegada ao hospital, encontrava-se com 34 semanas de gestação, dessa vez grávida de uma menina, e à medida que as alterações físicas se produziam, com o avanço da gravidez, K. apresentava significativa piora no quadro. Com frequência aconteciam intercorrências, tentativas de autoextermínio, episódios de heteroagressividade, agitação psicomotora que, na maioria das vezes, em decorrência da gravidade e da falta de recursos (eram poucos os recursos medicamentosos que podiam ser administrados à paciente), mobilizavam a equipe que a atendia e outros profissionais do hospital. Apresentava-se insone quase todos os dias. Muito agitada, logorreica, era, porém, abordável pela palavra. Possuía boa relação com grande parte da equipe, à qual sempre dirigia seus incômodos em relação à gestação.

“Quero que minha criança nasça logo (...) Eu não estou conseguindo me controlar. Me ajuda, não quero machucar ninguém (...) Por que quando eu engravido eu fico assim?” Em muitos momentos, parecia que ela agia como se não estivesse consciente corporalmente da criança que estava gestando.

Manifestava uma preocupação excessiva com a criança que estava gestando, convencida de que a criança morreria. O que a tomava de urgência parecia ser a gravidez. Falava ainda sobre o desconforto sentido com sua filha mexendo em sua barriga. “Eu não aguento mais, ela está mexendo muito. Tira essa barriga de mim”.

Esse caso interroga o lugar onde se situa a maternidade para essa mulher ou onde ela não se situa. Qual o lugar do filho? Lembremos o relato do desencadeamento de uma crise, não por acaso, no Dia das mães. Em seu primeiro “Dia das mães”, espécie de data na qual ela se inscreveria simbolicamente enquanto mãe, algo do desejo sexual invade seu corpo. K. relata ter sido agredida e ter sofrido uma tentativa de abuso sexual por parte do marido. Algo entre a mãe e a mulher estava alterado, e parecia ser em um ponto impossível de simbolização da maternidade que a surpreendia e assim, começaram as ideações de abuso. Então temos aí uma primeira indicação para pensar o que acontece com a maternidade para essa mulher. K. parecia encerrada na alternativa mãe/mulher, ou uma ou outra. Ser mãe é impossível de ser subjetivado.

Outro ponto chama atenção: o nascimento do primeiro filho foi diferente do nascimento da filha. Embora as transformações do corpo na gravidez fossem insuportáveis, K. referia-se à criança com afeto, fazendo planos sobre como cuidaria da filha. O filho a separava do marido; a filha era descrita como um presente, um dom, para ele. Entretanto, veremos que a pulsão de morte também se mistura ao amor materno no caso da filha. K. sucumbe às vozes. Primeiro elas lhe ordenam que faça mal a ela, e depois é a criança que corre perigo. A preocupação excessiva com criança que estava gestando já revelava a conjugação da maternidade com a morte. Ela tem certezas. Sabe que pode fazer mal a seu bebê e pede ajuda. Obstina-se em dizer que ele morrerá. Se todo amor tem um caráter delirante no qual se enaltece o outro portador do objeto *a*, na psicose, o sujeito persiste em ter uma relação bem especial com esse objeto no outro, objeto que termina por ser seu parceiro. O Outro se transforma na voz ou no olhar, com o qual se tem uma relação tão somente agressiva ou erótica, sem a mediação simbólica.

Cada mulher se depara na gravidez e no parto com uma experiência de corpo singular, na medida em que o corpo da mãe deixa de ser dela. Para cada uma, pode haver um ponto impossível da maternidade que escapa à simbolização. Entretanto, K. não dispõe do falo para simbolizar o que está acontecendo. Ela entra no sem limite antes mesmo do parto. Quando Lacan (1956-1957/1995) fala do filho como um pedaço de carne a falicizar, ele afirma o necessário recobrimento do filho pelo significante. Há, em K., mesmo antes do parto, na experiência da gravidez, alguma coisa que ela não conseguia simbolizar, pelo menos antes do

nascimento. Uma gravidez, mas também o parto, pode representar para uma mulher o encontro com um objeto real demais, impossível de ser simbolizado. Uma mãe deverá recobrir esse objeto real demais com os elementos de um imaginário que constituirá uma borda a partir da qual se desenha um corpo e com um desejo que particulariza.

Os movimentos do bebê na sua barriga são insuportáveis. Alguma coisa acontece em seu corpo com os movimentos da criança, que é sentida, não com o júbilo testemunhado por certas gestantes para as quais a gravidez é subjetivada, mas como um corpo estranho. A criança não habita sua barriga, a barriga é habitada pela criança. O corpo não é dela e esse objeto, mexendo sem parar, é verdadeiramente insuportável. É um pedaço de carne muito vivo, objeto de puro gozo. K. quis extraí-lo em uma passagem ao ato na qual tentou atravessar a janela da enfermaria e retirar o bebê enfiando um caco de vidro na barriga e batendo-a contra o chão. Após contenção, ela pediu por socorro e que não a deixassem fazer nada contra sua família, pois agora as vozes estavam pedindo que ela matasse a criança.

A angústia experimentada por K. não é a angústia-sinal do neurótico, que enquadra a fantasia construída em resposta ao desejo do Outro. É uma angústia a céu aberto. Para o psicótico, não é possível responder ao desejo do Outro pela fantasia. Se, na neurose, o objeto *a*, extraído da castração, pode funcionar como uma resposta ao Outro, na psicose, o sujeito se vê identificado com esse objeto. Ele encarna o objeto, e a angústia fica sem contenção alguma. O bebê é o próprio objeto estranho, inimigo interior a ser eliminado, verdadeiro *kakon*. Após a passagem ao ato, o parto foi antecipado e a extração desse objeto acabou por apaziguar K. O *kakon* é a presença do mal que se quer extrair, seja extimamente, seja no próprio corpo, na busca de barrar ou extrair o gozo. É uma tentativa de tratar o real pelo real.

Na passagem ao ato de K., a pulsão se faz ato, sem nenhuma mediação simbólica. É uma tentativa de extração do mal-estar relacionado à presença do objeto *kakon*. A referência ao *kakon* surge no ensino de Lacan, em sua tese acerca do caso Aimée. É nos trabalhos de Guiraud, nos quais Lacan se apoia, que esse conceito parece descrever, em sua origem, o instante de uma angústia intensa vinda em um momento de fracasso da simbolização. Em seus estudos sobre os crimes imotivados, Guiraud se alinha à doutrina freudiana para estabelecer os crimes do eu, nos quais se incluem os crimes de interesse e os crimes do isso, nos quais se alojam os crimes pulsionais. Lacan acrescenta aí os crimes do supereu, ligados aos delírios de autopunição. No que concerne aos crimes imotivados, os crimes do isso, Lacan assinala que Guiraud revela o caráter de agressão simbólica desses

crimes: “o sujeito quer matar aqui não é o seu eu ou seu supereu, mas sua doença ou, de modo mais geral, ‘o mal’, o *kakon*.” (Lacan, 1957/1987, p. 307). Maleval (2000) lê nessa passagem a aproximação entre esses dois conceitos, o *kakon* e o isso freudiano, e eles nos levam ao fundamento das teses lacanianas concernentes à passagem ao ato em sua relação com o objeto real.

O *kakon* reaparece no texto *Acerca da causalidade psíquica*: “(...) o que é alienado busca atingir no objeto que golpeia não é nada mais do que o *kakon* de seu próprio ser” (Lacan, 1950/1966, p. 175). Maleval (2000) situa três nomeações sucessivas do real nesse lugar onde o imaginário falha e nada mais se reflete e o significante encontra seu limite, o pensamento se esvazia; são elas o *kakon* de Guiraud, o isso freudiano e o objeto *a* laciano (p. 40).

Ao evocar o mecanismo libertador do *kakon* na análise da passagem ao ato de Aimée, Lacan destaca como o objeto que ela golpeia é o seu inimigo interno, é sua própria enfermidade. Cottet (2008) afirma que o ponto em comum entre Lacan e Guiraud se localiza justamente aí na conceitualização de um gozo do qual os pacientes buscam se libertar. Ele assinala que é sobretudo a noção de “extração do objeto *a*”, ou seja, uma extração de gozo, que virá no lugar do que Lacan destacava como autopunição do narcisismo. Daí o interesse pelos crimes imotivados de Guiraud, nos quais eles destaca o mecanismo libertador dos esquizofrênicos que buscam se livrar da sensação dolorosa que os invade pela passagem ao ato homicida. É menos a imotivação que retém a atenção do que o sentimento de liberação que os acompanha. O *kakon* é um dos nomes do objeto êtimo. O objeto golpeado no exterior é o ser mais íntimo do sujeito. A passagem ao ato de K. o evidencia de modo exemplar: o *kakon* é o ser do sujeito identificado ao objeto *a* como mais de gozar. Ela testemunha um esmagamento do sujeito sobre o objeto *a*, há uma identificação a seu ser de dejetos. “Quando o objeto *a* se impõe no real, o simbólico falha e a angústia surge” (Maleval, 2000, p. 41).

Assim, segundo Maleval (2003/2014), o *kakon* é apreendido como o objeto *a* cuja não extração constitui a maior indicação para apreender a especificidade da estrutura psicótica, que implica conexões inadequadas do Real com o Simbólico e o Imaginário, revelando então a incapacidade do sujeito em sustentar plenamente a função limitadora em relação ao gozo. O que há nesses casos é a ausência de separação do sujeito de seu objeto de gozo, o que resulta na emergência de um gozo não limitado, na ausência da instalação da fantasia fundamental e nos consequentes efeitos de inconsistência afetiva e corporal.

Nesse sentido, a passagem ao ato é, como o delírio, uma tentativa de cura, “uma tentativa de fazer advir a castração simbólica, trata-se de uma tentativa de extração do objeto *a*, causa do desejo” (Maleval, 2000, p. 42). O psicótico é le-

vado a arrancar o objeto parcial da pulsão. Em K., é o bebê, esse objeto estranho no interior de si mesma. Por seu ato, ela busca um tratamento, não pela elaboração significativa do delírio, mas por um curto-circuito em direção ao objeto real. Trata-se, para ela, de se separar de um objeto de puro gozo.

K. nos dá a ver uma equação que se realiza não como filho-falo, mas como filho-morto, evidente num primeiro momento na relação com o primeiro filho. A menina, que parece surgir inicialmente como um dom, será também posteriormente marcada pelo voto de morte. Após o apaziguamento produzido pelo parto, K., ao voltar para casa, pediu que não a deixassem sozinha com a filha, pois temia sufocá-la com o travesseiro. Não é que não exista o desejo de matar um filho, às vezes, mas em sentido figurado, não na realidade. O problema é que, nesse caso, ela é considerada capaz disso. Contudo, devemos nos perguntar o que se operou aí. Haveria uma travessia da pulsão que se faz ato, sem mediação alguma como ocorre na passagem ao ato, à palavra? O impulso de golpear se retém nem que seja pelo instante da palavra: “Que não me deixem sozinha com ela”. K. avisa: “Posso sufocá-la com o travesseiro”.

Considerações finais

Três eixos permitem retomar o caso, ordenando alguns pontos centrais: o corpo, o objeto e o gozo. Para uma mulher, a gravidez coloca a relação com o corpo no centro da cena. O corpo grávido convoca cada uma nessa relação e terá um efeito diverso. Esse corpo que se transforma pode ser enaltecido, aceito ou rejeitado. O ideal materno vem investir esse corpo, fazendo da barriga arredondada um lugar privilegiado narcisicamente. Nada disso se passa com K. Ela é tomada de horror com os movimentos do bebê em sua barriga e experimenta a gravidez com o sentimento de estranhamento, como quando a equipe relata que ela enlouquece com as contrações. Paradoxalmente, isso não impede a criança de existir no discurso.

O que determina que ela não tivesse consciência da gestação? Trata-se da dimensão do corpo na psicose. Segundo Maleval (2003/2014), a não extração do objeto *a* constitui a maior indicação para apreender a especificidade da estrutura psicótica, que implica conexões inadequadas do Real com o Simbólico e o Imaginário, revelando então a incapacidade do sujeito em sustentar plenamente a função limitadora em relação ao gozo. O que há nesses casos é a ausência de separação do sujeito de seu objeto de gozo, o que resulta na emergência de um gozo não limitado, na ausência da instalação da fantasia fundamental e nos con-

sequentes efeitos de inconsistência afetiva e corporal. É o que vemos quando K., sem crítica, senta-se no chão do banheiro com um quadro de diarreia importante e, com significativa lentidão, fala: “minha filha vai nascer, me ajuda. Eu não estou aguentando mais, ela está mexendo muito”.

Segundo Brodsky (2011), “a afirmação do Nome-do-Pai quando está no campo do Outro tem por consequência a extração do objeto desse campo. Quando não está, não se produz a extração e o objeto aparece presente, ativo no campo do Outro, retornando seja no corpo, como na esquizofrenia, ou no outro semelhante, como na paranoia” (p. 57). Desse modo, na esquizofrenia, muitas vezes apresenta-se essa falha na relação do sujeito com seu corpo. De acordo com Brodsky, podemos aqui verificar o que Lacan quis dizer ao afirmar que “o corpo é o outro”. Segundo Lacan (1975-1976/2007), o corpo é nossa única consistência, mas sem garantias, pois ele é passível de “sair fora a todo instante” (p. 64). Nesse sentido, para todo sujeito o corpo é Outro e é preciso inventar uma maneira de se dar bem com esse corpo. Tais invenções criam, assim, certa demarcação corporal e, conseqüentemente, certa demarcação do gozo. “Para dizê-lo num termo de mecânica, ele tem necessidade de um grampo para se sustentar com seu corpo” (Miller, 2010, p. 17).

Em K., podemos considerar que é justamente essa amarração em relação ao corpo que se solta nos momentos em que tem que lidar com a gestação que a coloca frente a um real impossível de nomear e suportar. Tratando-se de uma esquizofrênica, a inconsistência corporal é uma marca. A demarcação imaginária do corpo se perde, e K. precisa inventar saídas para lidar com esse corpo em frangalhos. Fica possível compreendermos a cena na qual entra em conflito corporal com outras pacientes como se não estivesse grávida, pois frente ao impasse da inconsistência corporal que está vivenciado, a criança parece, em alguns momentos de maior confusão, não estar mesmo em sua barriga.

É importante destacar que K. tem um grande estima pela criança, e que a filha está mais em seu discurso do que em seu corpo, pois a paciente sempre se referia a ela com afeto. Mesmo quando quis extrair a criança de sua própria barriga, K. parecia querer mesmo era extrair o objeto do próprio corpo, e que isso não tinha relação com a criança, mas com a barriga em si, esse “saco de pele”, no dizer de Lacan, que mexe e que a incomoda, chegando a ser insuportável, conforme ela mesma diz: “Tira essa barriga de mim”.

A criança mexendo e crescendo dentro da barriga e a modificação no corpo causada pela gravidez são vividos como o horror de estar grávida. Apesar do inferno de estar grávida, ela ama a filha, planeja seu futuro, lhe dá um nome. Francesa Biagi-Chai (2014) afirma que essas mulheres não interpretam

as sensações experimentadas no corpo como sinais da gravidez. Parece haver uma desconexão entre o significante “que nomeia um órgão para sua função e a manifestação dos fenômenos corporais”. Na medida em que há o apagamento desta função significante (nomear a função de um órgão), temos como consequência a impossibilidade de nomear os fenômenos corporais da gravidez com a significação da maternidade. Eles são interpretados como incômodo, estranhamento, horror. O que parece curioso no caso discutido é que isso não a impede de conferir existência à criança no campo do discurso. Evidencia-se uma falha entre o saber e o corpo; como dissemos, a criança está mais presente no discurso do que no corpo. Cada gravidez e cada criança se inscreve para o sujeito de um modo. Se o menino a separa do marido, a menina os une. Ela é um dom a ser oferecido: “Ele ficará tão feliz em vê-la”.

Quanto ao gozo, no caso K., “a criança que ela carrega, realiza o objeto *a*. O Outro é real e quer gozar do sujeito” (Laurent, 2004, p. 90). Dominique Laurent faz essa afirmação a partir de um outro caso, que fez história em psicanálise, o caso Aimée, paciente da tese de Lacan acerca da paranoia. A passagem ao ato de K. é testemunha da impossibilidade de subjetivação da gravidez, revelando a distância entre estar grávida e ser mãe. Estar grávida não faz de K. uma mãe e não a confronta com a castração; ao invés, sua gravidez revela a forclusão. Não estamos diante da equivalência filho-falo, tese freudiana tantas vezes lembrada, mas antes nos deparamos com uma equivalência entre filho-objeto, como Lacan destaca na *Nota sobre a criança*. Para as mulheres, “a criança lhe dá, imediatamente acessível, aquilo que falta ao sujeito masculino: o próprio objeto de sua existência, aparecendo no real” (Lacan, 1969/2003, p. 370). Essa realização da presença do objeto *a* pode se fazer em diferentes modalidades. Zenoni (2000) afirma que a criança, ser vivo saído do corpo da mãe, se presta particularmente a dar forma ao retorno do objeto no real. Segundo ele, “condensador de gozo”, o filho pode ser “a libra de carne a sacrificar que se separa da unidade do corpo” (p. 37).

É um objeto de gozo que aparece no real. K. nos dá a ver uma equação que se realiza não como filho-falo, mas como filho-morto, evidente num primeiro momento na relação com o menino. A menina, que parece surgir inicialmente como um dom, será também posteriormente marcada pelo voto de morte. Após o apaziguamento produzido pelo parto, K. pede, ao retornar para casa, que não seja deixada sozinha com a filha, a quem teme sufocar com o travesseiro. O desejo de matar um filho pode, às vezes, existir, mas em sentido figurado e não na realidade; porém, K. é considerada capaz disso. Há algo na maternidade que ela não consegue simbolizar.

Quanto ao objeto, a experiência do parto, na qual um corpo se abre para que outro saia, produz uma certa extração que apazigua. Se, para ela, o parto apazigua, o encontro com o bebê não será fácil. Num primeiro momento, ela afirma querer se ocupar da criança, presente a ser ofertado ao marido. Contudo, posteriormente, ela não consegue fazê-lo: ou a protege excessivamente ou dela se esquece. As solicitações da criança convocam a mulher a ocupar o lugar do Outro materno. Trata-se do Outro da demanda, da potência do dom. Entretanto, a experiência da maternidade confronta toda mulher, não ao que ela tem, mas ao que ela não tem. Diante dessa convocação, K. fica sem recurso, sem possibilidade de subjetivação da maternidade.

Referências

- Biagi-Chai, F. (2014). Du fameux déni de grossesse. In: C. Alberti (Dir.). *Être mère*, p. 155-177. Paris: Navarin / Le champ freudien.
- Brodsky, G. (2011). *Loucuras discretas: Um seminário sobre as chamadas psicoses ordinárias*. Belo Horizonte: Scriptorum.
- Cottet, S. (2008). Criminologia lacaniana. *Almanaque On-line*, 3(04) (revista do Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais – IPSM-MG). <https://almanaquepsicanalise.com.br/wp-content/uploads/2015/09/IV2.pdf> (acessado em 28/07/2021).
- Freud, S. (1917/1987). As transformações da pulsão exemplificadas no erotismo anal. In: *Obras completas de Sigmund Freud*, vol. XVII, p. 157-165. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1933/1987). Conferência XXXIII – Feminilidade. In: *Obras completas de Sigmund Freud*, vol. XXII, p. 139-165. Rio de Janeiro: Imago.
- Lacan, J. (1950/1966). Propos sur la causalité psychique. In: *Écrits*, p. 151-193. Paris: Seuil.
- Lacan, J. (1956-1957/1995). *O seminário, livro 4: A relação de objeto*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Lacan, J. (1957/1987). *Da psicose paranoica e suas relações com a personalidade seguido de Primeiros escritos sobre a paranoia*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária.
- Lacan, J. (1964/1990). *O seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Lacan, J. (1969/2003). Nota sobre a criança. In: *Outros escritos*, p. 369-370. Rio de Janeiro: Zahar.
- Lacan, Jacques (1975-1976/2007). *O seminário, livro 23: O sinthoma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Laurent, D. (2004). Retorno sobre a tese de Lacan: O futuro de Aimée. *Ornicar?*, 1, 80-100.
- Laurent, E. (2006). *O amor nas psicoses*. Buenos Aires: Paidós.
- Marcos, C. M. (2007). Figuras da maternidade em Clarice Lispector ou a maternidade para além do falo. *Ágora (Rio de Janeiro)*, 10(1), 35-47. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982007000100002>

- Marcos, C. M. (2017). O desejo de ter um filho e a mãe hoje. *Trivium – Estudos Interdisciplinares*, 9(2), 246-256. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-48912017000200010
- Maleval, J. C. (2000). Meurtre immotivé et fonction du passage à l'acte chez un sujet psychotique. *Quarto*, 71, 39-45.
- Maleval, J. C. (2003/2014). Elementos para uma apreensão clínica da psicose ordinária (trad. R. S. P. Henriques & J. Birman). *Clínica & Cultura*, 3(1), 105-169. <https://seer.ufs.br/index.php/clinicaecultura/article/view/2841>
- Miller, J.-A. (2010). Efeito do retorno à psicose ordinária. *Opção Lacaniana online – Nova série*, 1(3). <http://www.opcaolacaniana.com.br/nranterior/numero3/texto1.html>
- Zenoni, A. (2000). Quand l'enfant réalise l'objet. *Quarto*, 71, 35-38.

Notas

- ¹ Agradecemos a toda a equipe da pesquisa: Laila Sampaio Parreiras, Clara Matos Ratton, Lucas Anselmo Polido Lopes, Beatriz Bissoli Laranja Gouvêa Pinto, Renata Lucindo Ferreira Mendonça e a toda a equipe do Instituto Raul Soares – Hospital de Ensino FHEMIG.
- ² Agradecemos a Marina Recaldi e a Cristiane Barreto pelos comentários acerca do caso e a Ana Lidia Santiago pela condução de uma conversa realizada no hospital também a partir do caso.

Recebido em 24 de fevereiro de 2020

Aceito para publicação em 23 de setembro de 2020

SEÇÃO LIVRE

Ferenczi: Por uma multiplicidade de modos de expressão

Acompanhamento Terapêutico e Direitos Sociais: Territórios
existenciais e sujeito biopsico-político-social

Depressive symptoms associated with the expectation of social
support in the elderly: Data from the FIBRA-RJ study

FERENCZI: POR UMA MULTIPLICIDADE DE MODOS DE EXPRESSÃO

FERENCZI: FOR A MULTIPLICITY OF MODES OF EXPRESSION

FERENCZI: POR UNA MULTIPLICIDAD DE MODOS DE EXPRESIÓN

Leonardo Câmara ⁽¹⁾

Regina Herzog ⁽²⁾

RESUMO

O psicanalista húngaro Sándor Ferenczi (1873-1933) desenvolveu, ao longo de sua obra, concepções originais sobre o corpo, e delas podemos inferir uma teoria da expressão. Este artigo pretende se debruçar sobre esse aspecto de sua teoria, trabalhando com dois pontos. Em primeiro lugar, descrever as diferentes formas de expressão concebidas por Ferenczi. Em segundo lugar, apresentar algumas características e consequências do seu modelo dos diferentes modos de expressão, notadamente, o respeito pela multiplicidade das formas de expressão, considerando cada uma em sua diferença e singularidade, não obstante entendendo-as como tendo uma origem comum, o corpo. Esse posicionamento leva a uma problematização do lugar hegemônico conferido à linguagem no discurso psicanalítico, bem como do espaço relegado ao corpo na experiência psicanalítica. *Palavras-chave:* Ferenczi; expressão; corpo; psicanálise.

ABSTRACT

The Hungarian psychoanalyst Sándor Ferenczi (1873-1933) developed, throughout his work, original conceptions about the body, and from them we can infer a theory of expression. This article intends to address this aspect of his theory, working with two points. First, to describe the different forms or modes of expression conceived by Ferenczi. Secondly, to present some characteristics

⁽¹⁾ Professor Adjunto-A do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), São Carlos, SP, Brasil. lpcamara@ufscar.br

⁽²⁾ Professora Associada do Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. rherzog@globo.com

Regina Herzog é bolsista de produtividade em pesquisa do CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

and consequences of his model of the different modes of expression, notably, his respect for the multiplicity of forms of expression, considering each one in its difference and uniqueness, despite understanding them as having a common origin, the body. This position leads to a problematization of the hegemonic place given to language in psychoanalytic discourse, as well as the space relegated to the body in psychoanalytic experience.

Keywords: Ferenczi; expression; body; psychoanalysis.

RESUMEN

El psicoanalista húngaro Sándor Ferenczi (1873-1933) desarrolló, a lo largo de su trabajo, concepciones originales sobre el cuerpo, y de ellas podemos inferir una teoría de la expresión. Este artículo pretende abordar este aspecto de su teoría, trabajando con dos puntos. Primero, describir las diferentes formas de expresión concebidas por Ferenczi. En segundo lugar, presentar algunas características y consecuencias de su modelo de diferentes modos de expresión, en particular, el respeto a la multiplicidad de formas de expresión, considerando cada una en su diferencia y singularidad, a pesar de entender que tienen un origen común, el cuerpo. Esa posición lleva a una problematización del lugar hegemónico dado al lenguaje en el discurso psicoanalítico, así como del espacio relegado al cuerpo en la experiencia psicoanalítica.

Palabras clave: Ferenczi; expresión; cuerpo; psicoanálisis.

Introdução

Baseando-se na clássica divisão entre forma e conteúdo, Ferenczi constata, em *O desenvolvimento do sentido de realidade e seus estágios*, publicado em 1913, que Freud se detivera até aquele momento de sua teorização sobre o conteúdo dos sintomas. A interrogação que Ferenczi coloca nesse texto, por sua vez, se dirige para a forma dos sintomas: por que alguns se expressam pelo pensamento, ao passo que outros aparecem por meio de movimentos corporais, e assim por diante? Essa interrogação inaugura não apenas uma construção teórica sobre o desenvolvimento do eu em sua relação com o meio, como também estabelece o núcleo daquilo que consideramos ser a teoria da expressão de Ferenczi, teoria esta que é retomada intermitentemente e que se complexifica ao longo de toda sua obra.

Conforme desenvolvemos alhures (Câmara, 2018), sustentamos a posição de que a ideia de linguagem, amiúde mobilizada para ler certos aspectos da obra

ferencziana, mostra-se inadequada, no sentido de não ser suficiente para apreender muitas das sutilezas do pensamento do psicanalista húngaro. Devido a isso, e como se tornará claro ao longo deste artigo, propusemos o emprego do termo *expressão* para caracterizar a maneira como ele concebe e aborda as produções do analisando (e também, acrescente-se, do analista) no processo analítico, as quais não se reduzem à linguagem verbal, mas incluem também os gestos motores e, até mesmo, atividades sensoriais. Dentre outros motivos, a escolha da palavra “expressão” foi influenciada por Espinosa (1677/2015), e sobretudo pela leitura que Deleuze (1968/2017) faz deste filósofo, na medida em que o termo em tela protagoniza a crítica ao dualismo cartesiano e defende, ao mesmo tempo, que o psíquico e o corporal não são substâncias distintas. Com efeito, entendemos, em concordância com outros autores (por exemplo, Gondar, 2010), que Ferenczi possui um posicionamento epistemológico monista, e aquilo que depreendemos como sua teoria da expressão destaca, até as últimas consequências, esse posicionamento.

Um dos pontos decisivos da noção de expressão, conforme a defendemos aqui, é o de que a expressão é múltipla. Ferenczi utiliza com certa frequência o termo *Ausdrucksbewegungen*, “movimentos de expressão”, e algumas vezes *Ausdrucksmittels*, “meios de expressão” (Ferenczi, 1912/1927, p. 23; 1919/1939, p. 141). Entretanto, decidimo-nos por empregar, sobretudo, os termos “formas de expressão” e “modos de expressão” de maneira intercambiável e, portanto, como sinônimos, por serem mais próximos do uso cotidiano. Sustentamos essa imprecisão terminológica porque ambos os termos, se forem tomados em um sentido filosófico estrito, apresentam problemas (*forma* pode ser entendida como uma entidade apriorística e ideal; *modo* se refere etimologicamente à moderação) e poderiam causar prejuízos no sentido principal que lhes atribuímos, isto é, de evidenciar a multiplicidade da expressão.

Postas essas considerações, é o momento de delimitar os objetivos deste artigo. Em primeiro lugar, descrever as diferentes formas de expressão concebidas por Ferenczi, desde a que se dá por elementos sensoriais até chegar à linguagem verbal, passando pelos movimentos e gestos corporais. Em segundo lugar, apresentar algumas características e consequências do seu modelo dos diferentes modos de expressão, notadamente o respeito pela multiplicidade das formas de expressão, considerando cada uma em sua diferença e singularidade, não obstante entendendo-as como tendo uma origem comum, o corpo. Esse posicionamento leva a uma problematização do lugar hegemônico conferido à linguagem no discurso psicanalítico, bem como do espaço relegado ao corpo na experiência psicanalítica.

O modo de expressão por imagens

Cabe, antes de apresentar o primeiro modo de expressão descrito por Ferenczi, explicitar brevemente a arquitetura que ele compõe para narrar a constituição das formas de expressão. Essa arquitetura envolve duas séries paralelas e complementares: a primeira série é composta pelas ideias de onipotência, catástrofe e regressão, e a segunda série pelas ideias de condição, adaptação e complexificação. O estado original de *onipotência* é a vida intrauterina, e a primeira catástrofe que a criança sofre é o nascimento. É na *catástrofe*, considerada como um momento crítico em que é impossível ou muito dificultoso preservar o estado de onipotência, que a criança é convocada a constituir diferentes modos de expressão. Com a organização de um novo modo de expressão, ela busca, paradoxalmente, *regredir* ao estado de onipotência que perdeu. Para isso, ela deve se *adaptar* às novas condições impostas pela catástrofe, no sentido de não apenas aquiescer a elas, como também de se apropriar delas. Com o progressivo enriquecimento de experiências em sua relação com o mundo, cada modo de expressão se *complexifica* cada vez mais, no sentido de ser capaz de figurar mais experiências tanto no sentido quantitativo quanto no qualitativo.

Retornando à catástrofe do nascimento e à correlata perda da onipotência vivida nas entranhas da mãe, uma das condições mais simples e que, no entanto, já envolve uma ação ativa por parte da criança, consiste em ela *imaginar*, com todas as suas forças, a situação em que se encontrava quando no útero (Ferenczi, 1913/1992a). O primeiro modo de expressão descrito por Ferenczi tem como matéria prima, pois, a *bildlichen Vorstellung*, a representação por imagens ou a imaginação, isto é, a figuração de uma experiência por meio de imagens, não necessariamente visuais (Ferenczi, 1913/1927, p. 75).

A criança alucina com um estado de quietude, estado esse próprio da vida intrauterina; porém, essa quietude não é necessariamente revivida de maneira negativa, pela mera supressão de desejos ou perturbações provocadas pelas carências e necessidades. Sua alucinação consiste, mais, em produções positivas, isto é, em reviver sensações que fazem parte da tranquilidade de estar no seio materno: sentir-se abrigada em um lugar cálido, protegida de variações de temperatura e da intensidade de estímulos sensoriais, embalada por sons calmos e movimentos rítmicos monótonos (Ferenczi, 1913/1992a).

Chama atenção Ferenczi afirmar que as primeiras experiências alucinatórias e imaginativas visam a repetir não tanto uma vivência de satisfação classicamente descrita por Freud, na qual a criança seria alimentada pelo seio materno, quanto a reconstrução da sua relação corporal (e concreta) com o ambiente em

que se encontrava envolta num momento anterior ao nascimento. Geralmente, tende-se a associar uma alucinação a imagens visuais ou acústicas, mas a ideia que Ferenczi propõe vai além: é verdade que a criança reproduz estímulos sensoriais delicados – e, dentre eles, uma importância particular é concedida às alucinações olfativas (Ferenczi, 1926/1993) –, mas revive também amplas sensações corporais, tanto relacionadas a movimentos em um ambiente aquático quanto a contatos de sua pele e expansões de seus músculos nos interstícios do corpo da mãe. Vale dizer, ele propõe uma espécie de alucinação carnal, em que todo o corpo participa da experiência alucinatória.

Contudo, em simultâneo a isso e sem se dar conta, a criança desencadeia uma variedade de movimentos corporais inespecíficos e descoordenados, análogos às “alterações internas” de que Freud dá testemunho: enrubesce, geme, chora, grita, debate-se (Freud, 1895/1995; Ferenczi, 1913/1992a). Esses movimentos acabam por funcionar, incidentalmente, como um sinal àqueles que cuidam da criança de que há uma carência a ser satisfeita. Ferenczi utiliza o verbo *erraten*, adivinhar, para designar a faculdade dos adultos de perceber – e, mais que isso, de identificar-se no “plano afetivo” – com os movimentos expressivos da criança e ofertar a ela algo que sentem que vai ao encontro do que deseja (Ferenczi, 1913/1992a). Uma vez intuída, por meio da adivinhação dos movimentos corporais caóticos, a necessidade que a criança sente, os adultos apressam-se em acalmá-la, reproduzindo, por meio de diversos artifícios (como cobri-la com uma manta, “solfejar” uma cantiga de ninar), o que a criança imagina.

Daí a dimensão mágica da alucinação, cuja consequência maior é a manutenção de um estado de onipotência: o cenário imaginado pela criança é efetivamente assegurado e concretizado pelos cuidados maternos que simulam condições perdidas e ansiadas (Ferenczi, 1913/1992a). O novo ambiente assim produzido é herdeiro de uma forma de vida anterior à catástrofe do nascimento e inventora, ao mesmo tempo, de uma nova maneira de viver. Em Ferenczi, toda regressão implica, paradoxalmente, em uma progressão: ao ir para trás, vai-se para frente; na busca de retomar condições anteriores, geram-se condições novas e inéditas.

O modo de expressão por gestos

A catástrofe que torna insustentável para a criança manter a imaginação como único modo de expressão remete, acima de tudo – mas não exclusivamente –, a uma questão temporal. Se antes havia uma simultaneidade da situação imaginada com sua satisfação, a onipotência entra em crise à medida em que se

instala uma crescente dissincronia entre ambos os eventos. Aqueles que cuidam da criança tornam-se menos sensíveis não tanto ao conteúdo do desejo quanto aos momentos em que ele emerge e exige sua satisfação:

Como o desejo de satisfações pulsionais surge periodicamente sem que o mundo externo tenha conhecimento do instante em que a pulsão se manifesta, a representação alucinatória da realização do desejo [*halluzinatorische Repräsentation der Wunscherfüllung*] não bastará em breve para acarretar efetivamente a realização do desejo. (Ferenczi, 1913/1992a, p. 44; 1913/1927, p. 70)

A nova condição de que a criança deve se apropriar para regressar ao estado de onipotência é utilizar-se ativamente de seus movimentos corporais, transformando-os em gestos, isto é, em ações motoras progressivamente mais complexas. Ferenczi designa a ação que é envolvida por esse modo de expressão como uma *dramatischen Darstellung*, uma encenação dramática (Ferenczi, 1913/1927, p. 76). No ato de imaginar, os movimentos corporais participavam de maneira periférica, como se fossem meros ruídos provocados ao acaso, a ponto de serem desorganizados. Agora, das ações motoras – mesmo aquelas mais descoordenadas – a criança produz sinais (*Signale*): sinais mágicos, uma vez que, com sua mera execução, aquilo que deseja é realizado. Isso leva a uma complexificação dos gestos.

Com efeito, de início apenas espasmos desarticulados, executados de maneira aleatória e sem controle, os gestos se tornam, devido ao contato com o mundo e com a introjeção de novas experiências – incluindo aquelas com o próprio corpo –, progressivamente mais complexos e especializados. A especialização de um gesto significa que sua execução passa a estar vinculada à materialização de um desejo específico, abrindo espaço para a criação de diversos gestos que, enquanto tais, serão ligados à realização de uma pluralidade de desejos. Nesse sentido, a criança inventa, por exemplo, um gesto para comer, outro para sentir contentamento e até mesmo outro para indicar, com a mão, um brinquedo que quer, um lugar para onde deseja ser transportada. “Resulta daí uma verdadeira linguagem gestual [*eine förmliche Gebärdensprache*]: por uma combinação apropriada de gestos, torna-se capaz de exprimir [*zu äußern*] necessidades muito específicas” (Ferenczi, 1913/1992a, p. 45; 1913/1927, p. 72). Com a complexificação dos desejos, pois, produz-se uma arquitetura de gestos e sinais, que são combinados e recombinados para explorar novas maneiras de usar uma forma de expressão já criada.

Um “aperfeiçoamento importante da linguagem gestual” consiste na formação de símbolos (Ferenczi, 1913/1992a, p. 47). A simbolização, em Ferenczi, não é a incorporação ou a metabolização de algo na esfera da linguagem verbal, dando nome a algo que não o tem. Rigorosamente falando, o símbolo é uma produção que antecede a formação da linguagem. Crítico da concepção de símbolo tal como proposta por Jung, que, a seu ver, adquirira conotações metafísicas, Ferenczi concebe o símbolo como algo corporal (Freud & Ferenczi, 1914-1919/1996). O símbolo é o produto de uma relação de semelhança desenhada entre dois corpos e, mais especificamente, entre o próprio corpo da criança e um objeto, seja este pertencente ao mundo externo ou até mesmo outra parte específica do corpo que é por ela menos conhecido (Ferenczi, 1913/1992a; 1913/1992b).

Não é por uma razão qualquer que o símbolo é pensado assim. Aquilo com que mais a criança tem familiaridade, sobre o que mais dedica sua atenção antes de deslocá-la para outros objetos, é o seu corpo, e mais particularmente as partes do corpo que lhe dão prazer (Ferenczi, 1913/1992b). Se, por diversas contingências, a criança retira a exclusividade de sua atenção sobre o corpo e a dirige para o mundo, a solução que ela encontra para perceber esse mundo, para se apropriar dele, é encontrando, nele, semelhanças com o próprio corpo, pois “a tendência natural da criança pequena”, diz Ferenczi (1928/1992), “é para amar-se a si mesma, assim como a tudo o que considera como fazendo parte dela” (p. 7). Nesse sentido, uma vez que a criança deve reconhecer o mundo, e o faz procurando redescobrir, nele, coisas semelhantes ao seu próprio corpo, “a tendência para redescobrir o objeto amado em todas as coisas do mundo externo hostil é, provavelmente, a fonte primitiva da formação dos símbolos” (Ferenczi, 1915/1992a, p. 201).

Embora a formação e o uso de símbolos esteja contido no modo de expressão por gestos, ele representa uma inflexão importante que Ferenczi faz questão de frisar. O símbolo tem um estatuto particular, estatuto esse que pode ser resumido pelo termo “*Zwischending*”. De acordo com os tradutores franceses, essa palavra significa, “literalmente, uma coisa de permeio entre sujeito e objeto” (Ferenczi, 1928/1992, p. 7, nº 6), o que significa dizer que o estatuto do símbolo é o de ser algo que se dá numa zona intermediária, na qual há um processo de diferenciação mas também de indiferenciação entre a criança e o mundo. Nesse sentido, o salto que o simbolismo representa, dentro do modo de expressão por gestos, é a capacidade de apreender um mundo que começa a ser reconhecido pela criança como não fazendo parte dela. Paradoxalmente, no entanto, a maneira que ela encontra para reconhecê-lo é encontrando partes de si mesma, partes do seu próprio corpo.

O corpo torna-se, assim, a palheta com que se pode pintar o mundo. As coisas que se assemelham a partes do corpo – mesmo que muitas vezes de jeitos que os adultos ignoram –, são percebidas, portanto, como extensões do corpo, como propagações dele espalhadas pelo espaço. Ferenczi (1913/1992a; 1913/1927) diz, a esse propósito, que “a criança só vê no mundo reproduções de sua corporalidade [*Abbilder seiner Leiblichkeit*] e, por outro lado, aprende a figurar [*darzustellen*] por meio de seu corpo toda a diversidade do mundo externo” (p. 47; p. 74). O símbolo, enquanto formação que se desdobra numa zona intermediária, explicita essa via de mão dupla que, no fundo, caracteriza os modos de expressão: apreensão do mundo e figuração dele por seu próprio corpo, por suas formas particulares de expressão.

Ferenczi era um amante das semelhanças, das analogias, das comparações. Em posição contrária a um discurso racionalista que denunciava essas figuras como potencialmente perigosas para a atividade do conhecimento – procedimentos, inclusive, considerados flagrantemente pré-científicos (Bachelard, 1938/2011) –, Ferenczi entendia as semelhanças não apenas como uma dita formação do inconsciente, mas também como produtos de uma maneira profunda de conhecer as coisas, maneira esta eminentemente inconsciente (Ferenczi, 1915/1992a). Toda a sua teoria filogenética em *Thalassa*, aliás, é construída com base em analogias: entre o ser humano e os animais, entre o pênis e o peixe, entre o útero materno e o oceano, só para citar algumas (Ferenczi, 1924/1993b).

O símbolo, para Ferenczi, se constitui também predominantemente nas brincadeiras, como naquelas em que a criança brinca de ser escultor de suas próprias fezes, para depois brincar de fazer formas com argila etc. (Ferenczi, 1914/1992). Ele vai ainda mais longe e considera o símbolo como o modo de expressão próprio das crianças. Com efeito, em resposta a uma indagação de Melanie Klein, Ferenczi faz uma reflexão profunda a esse propósito: “Quanto a saber como traduzir [*übersetzen*] os símbolos para as crianças, direi que, em geral, as crianças têm mais a nos ensinar nesse domínio do que o inverso. Os símbolos são a própria língua das crianças [*Symbole sind die Sprache der Kinder*], não temos que ensinar-lhes como se servirem dela” (Ferenczi, 1928/1992, p. 13; 1928/1939, p. 366).

A formação de semelhanças, base da criação de símbolos, acarreta um prazer especial, qualificado por Ferenczi como um tipo de “prazer estético”: o prazer da redescoberta, isto é, o de descobrir, nas coisas estranhas, algo de familiar, algo de semelhante (Ferenczi, 1915/1992a). O prazer da redescoberta na experiência lúdica, na produção de semelhanças, na fabricação de símbolos é o prazer implícito do reconhecimento, e também aquilo que motiva as repetições nas brincadeiras

infantis. Mais que dominar excitações ou tomar uma posição ativa frente ao excesso pulsional (Freud, 1920/2006), a repetição no brincar é, para Ferenczi, uma atividade de tatear e descobrir o mundo. Essa atividade, que poderia acarretar impressões dolorosas, se torna agradável na medida em que a criança descobre o mundo pela brincadeira de encontrar semelhanças, e dessa brincadeira é recompensada pelo prazer estético da redescoberta (Ferenczi, 1915/1992a).

Inflexões do modo de expressão por movimentos corporais

O modo de expressão por gestos ocupa uma posição particular no pensamento de Ferenczi. Ao longo de seus escritos, encontramos observações fragmentárias sobre os movimentos corporais dos analisandos, desde os pequenos sintomas transitórios que emergem ao longo do processo analítico até as crises neocatárticas (Ferenczi, 1912/1991; 1930/1992); desde as expressões emocionais cotidianas até os tiques violentos e bizarros (Ferenczi, 1919/1993b; 1921/1993b); das modulações impressionantes da voz de um rapaz até o cruzar de pernas com fins libidinosos de uma histérica (Ferenczi, 1915/1992b; 1919/1993a); do jovem elegante que palita todos os seus trinta e poucos dentes no restaurante até as flatulências de uma paciente tímida (Ferenczi, 1921/1993a; 1921/1993b); da frieza de gestos do analista até a espontaneidade e naturalidade que surgem após uma abertura afetiva dele (Ferenczi, 1932/1990)... enfim, a lista é virtualmente inesgotável, e o que devemos salientar, acima de tudo, é como esse talento de observação fina em relação aos gestos tornou inevitável a conceptualização do modo de expressão por movimentos corporais, e como este, por sua vez, desdobrou-se em algumas inflexões teórico-clínicas fundamentais.

Dessas inflexões, podemos citar duas. Em primeiro lugar, a materialização histérica, conceito que busca delimitar e descrever modificações e hiperproduções que concretizam no próprio corpo – na própria carne – desejos, lembranças e pensamentos, é relacionada ao modo de expressão por gestos (Ferenczi, 1919/1993b). Essa correspondência produz uma consequência decisiva. Além dos movimentos corporais que comumente entendemos como gestos, a materialização engloba os movimentos expressivos das emoções humanas e, também, outros tipos de alterações fisiológicas, como “a mobilização dos músculos lisos das paredes vasculares, a atividade das glândulas, a composição biológica e química do sangue, assim como toda a nutrição tecidual” (Ferenczi, 1919/1993b, p. 48).

Ademais, modificações morfológicas, isto é, transformações da própria estrutura de partes do corpo e das vísceras são envolvidas por esse conceito:

órgãos podem ser criados ou modelados, podem aumentar ou diminuir de tamanho, podem trocar de funções e até mesmo se rebelar a continuar exercendo determinada função. Na materialização, é como se o corpo se tornasse uma substância “semifluida”, sendo a partir de então capaz “de exprimir nas transformações de sua estrutura e de suas funções, desejos, sensações de prazer-desprazer, ou até mesmo pensamentos complicados (linguagem dos órgãos)” (Ferenczi, 1932/1990, p. 38).

Ferenczi não entende o corpo como uma estrutura cristalizada, com limites estreitos de possibilidades. Ao propor a materialização, ele concebe o corpo como sendo capaz de uma plasticidade e flexibilidade impressionantes: o corpo é capaz de se remodelar de diferentes formas. Mais íntimas de suas realidades corporais, as crianças revelam essas características extraordinárias, uma vez que são capazes de fazer infinitas travessuras com as próprias partes do corpo, travessuras acusadas de maus hábitos pela impotente higiene adulta (Ferenczi, 1919/1993b). Assim, por meio de movimentos dos mais diferentes tecidos, o corpo se transforma, e se ele se cristaliza é devido às inúmeras tentativas de discipliná-lo. Apesar dessas tentativas, todos os movimentos, todas as alterações que o conceito de materialização histérica envolve – qualificadas por Ferenczi como “hiperproduções” – são maneiras que o corpo encontra para se expressar (Ferenczi, 1919/1993b). Assim, o modo de expressão por gestos implica uma miríade de processos corporais que vão muito além do sentido cotidiano que damos ao termo “gesto”.

A correspondência entre esse modo de expressão e o conceito de repetição é uma segunda inflexão desenvolvida por Ferenczi. Para Freud, a repetição é uma forma de atualizar o passado que se faz pela ação ou pela atuação, em vez de se dar por meio das palavras – e isso por reviver, a grosso modo, eventos que jamais foram conscientes (Freud, 1914/2017). O fato de sua expressão se dar, por um lado, por movimentos corporais, e, por outro, por envolver lembranças que jamais foram conscientes, leva Ferenczi a relacioná-la ao modo de expressão gestual. Longe de ser o produto de uma mera analogia, essa correspondência abre um espaço particularmente profícuo para a repetição, esta que “foi até agora menosprezada e mesmo”, observa Ferenczi (1924/1993a), “considerada um embaraçoso fenômeno secundário” (p. 228).

Na medida em que a repetição é considerada uma forma de expressão com toda sua potência e singularidade, sendo inclusive inevitável no processo analítico, surge “a necessidade prática, não só de não estorvar as tendências para a repetição na análise, mas até mesmo de favorecê-las” (Ferenczi, 1924/1993a, p. 227). A repetição deixa de ser um resíduo indesejável para tornar-se legítima no processo analítico. A direção que Ferenczi vai sustentar cada vez mais em relação a

isso não é transformá-lo em uma recordação. A repetição será reconhecida como expressão de algo do passado que se atualiza no presente. E o que da repetição se espera é que dela se desenvolva algo novo por meio dos próprios movimentos corporais, sem que tenham de ser necessariamente traduzidos em linguagem.

Seja na técnica ativa, na neocatarse ou em outras inovações técnicas de Ferenczi, a dimensão expressiva do corpo, de seus movimentos e remodelamentos, adquire um papel principal. A técnica ativa vai estimulá-la, dando-lhe espaço no processo analítico e permitindo-lhe que não apenas expresse um pedaço pretérito da vida como também, em seu próprio desenrolar, desenvolva coisas que ficaram congeladas no tempo (Ferenczi, 1921/1993a). O mesmo pode ser dito em relação à neocatarse, com a diferença de que a repetição não é ativamente estimulada. O que o analista faz é criar as condições afetivas para que ela surja espontaneamente. Por meio dessa inovação técnica, a realidade do traumático aparece em toda sua crueza a Ferenczi, transformando-o em testemunha viva do horror mudo a que certos pacientes foram submetidos em sua infância (Ferenczi, 1930/1992).

As palavras e a linguagem verbal

Retomando a teoria de Ferenczi sobre as diferentes formas de expressão, o último modo a ser forjado, a linguagem verbal (*Sprach*) ou simbolismo verbal (*Sprachsymbolik*), tem nas palavras sua matéria prima (Ferenczi, 1913/1992a). Ela consiste numa continuação e diferenciação do simbolismo gestual. Ambas as formas de expressão se originam do processo de imitação (*Nachahmung*), assim como mobilizam o corpo para modular a expressão. No caso da linguagem, a criança concentra suas brincadeiras e seus experimentos nos órgãos de fonação e procura, por meio da ação delas, imitar, isto é, realizar uma “reprodução vocal [*stimmliche Darstellung*] de sons e ruídos produzidos pelas coisas, ou que se produzem por intermédio delas” (Ferenczi, 1913/1992a, p. 48; 1913/1927, p. 75).

As crianças têm uma intuição que os adultos parecem ter perdido: as palavras são, afinal de contas, nada mais que coisas materiais, dotadas de corporalidade, e isso se torna flagrante em suas brincadeiras. Com a imitação dos sons no ato de brincar, a criança passa a esculpir sons e a modelá-los como se fossem argila. Experimenta variações e modulações para compará-los com os barulhos das coisas, inclusive os barulhos-palavras que os pais fazem. Combina os sons e os separa, gargalha com algumas produções, busca repetir, com uma concentração inabalável, outros barulhos que acreditou terem soado bonitos...

É que, antes de se tornarem coisas que tendemos a considerar como entidades imateriais, as palavras envolvem, rigorosamente, *Wortklangbilder und Schriftbilder*, isto é, imagens sonoras e imagens gráficas (Ferenczi, 1910/1927, p. 175). Escutá-las (ou vê-las) leva o ouvinte a imaginá-las, quase aluciná-las, como se estivesse diante do objeto que elas representam (Ferenczi, 1910/1991). Do mesmo modo, as palavras concentram em si um *motorische Element*, um elemento motor, cuja mera pronúncia faz aquele que fala ter a impressão de estar cometendo uma *Handlung*, uma ação (Ferenczi, 1910/1927, p. 178). Não à toa, uma criança que diz algo terrível de acordo com seus critérios sente que realizou uma ação igualmente terrível, com efeitos reais e irreversíveis.

Seja no ato de escutar ou de ler, no de falar ou de escrever, percebe-se que, para Ferenczi, as palavras, entendidas como coisas materiais – como corpos –, condensam os outros modos de expressão (imagem e motilidade), que passam a se organizar em torno da articulação dos sons que adquirem sentidos específicos. Esses sons, verdadeiros barulhos e ruídos organizados, passam a ser postos “em estreita relação associativa com coisas e processos determinados, e são até progressivamente identificados com eles” (Ferenczi, 1913/1992a, p. 48). O vínculo que é desenhado entre o som e a coisa torna possível à criança designar as coisas do mundo, e nesse fator reside o poder da linguagem: o de conseguir figurar mais objetos que não se confundem com o eu.

Ainda que as palavras possam, para a criança, satisfazer as condições impostas para regressar a uma experiência de onipotência, o que Ferenczi deixa claro é que a linguagem se organiza em um momento no qual a criança reconhece a realidade, isto é, em que percebe a existência de coisas que não se confundem com o eu e que resistem à sua vontade: “A mão estendida é, com frequência, recolhida vazia, o objeto cobiçado não acompanha o gesto mágico. E mesmo uma potência adversa e invencível pode opor-se pela força a esse gesto e coagir a mão a retomar sua posição anterior” (Ferenczi, 1913/1992a, p. 46). Por não se conformar mais ao seus desejos, as coisas são projetadas para fora, e as relações que as encadeiam em causas e efeitos não estão mais remetidas ao seu desejo, mas a condições que escapam de seu controle. Visto que, em decorrência de seu contato com o ambiente, a criança introjeta mais experiências e multiplica objetos que deseja, o simbolismo gestual torna-se menos capaz de figurá-los com precisão; neste sentido, por meio das palavras, a criança consegue designar mais coisas.

A outra vantagem da linguagem é a de ser mais econômica, no sentido de exigir menos esforço corporal para ser realizada e compreendida pelo entorno. Um exemplo simples que Ferenczi evoca relaciona-se aos rudimentos da habi-

lidade de matemática: “Quando, em vez de acompanhar cada vez o cálculo nos dedos, se colocou um número como símbolo no lugar de uma série de números, já se economiza bastante gasto psíquico” (Ferenczi, 1920/1992, p. 181). Tal princípio de economia também se torna flagrante quando as palavras passam por um processo de abstração. As palavras abstratas, essas que os adultos conhecem e usam, são mais precisamente entendidas como signos verbais, e o signo verbal, por sua vez, consiste em um fragmento atenuado daquelas palavras eivadas de vivências corporais (Ferenczi, 1910/1991).

A abstração que se dá na linguagem é o processo de selecionar alguns elementos e excluir e descartar os demais, com o fim de manter somente aqueles elementos capazes de generalização (Ferenczi, 1920/1992). Como um elemento sonoro que cristaliza um sentido específico, o signo verbal apresenta-se despidido de sua potência imaginativa e motora e, por isso mesmo, pode ser generalizado para abarcar objetos diferentes com qualidades distintas sob um mesmo nome. Sua atenuação reside justamente nessa exclusão de processos corporais mais visíveis, tornando-se apto a se ligar aos processos de pensamento, complexificando o modo de expressão por palavras: o pensamento consciente.

Destaque-se, contudo, que, em primeiro lugar, atenuação não significa uma perda irreversível. Mesmo as palavras que se tornaram neutras ou abstratas ainda invocam imagens quando nos atentamos a elas e, mais que isso, preservam um componente motor, na medida em que, para serem pronunciadas – ou mesmo escutadas – mobilizam uma multiplicidade maior ou menor das partes do corpo, como se as fizessem vibrar. Não à toa, a emoção que suscitam produz aquilo que Ferenczi designou como “mímica da representação [*Vorstellungsmimik*]”, o que significa dizer que essa mímica se faz mais presente quanto mais afeto permeia as palavras ditas (Ferenczi, 1910/1991, p. 114; 1910/1927, p. 179).

A bem dizer, até mesmo o pensamento, este processo que parece prescindir inteiramente do movimento corporal, é, pelo contrário, permeado por gestos mais ou menos visíveis. De fato, longe de conceber o pensamento e a motilidade como duas entidades separadas por uma distinção fundamental, Ferenczi (1919/1992) diz haver “uma identidade desses dois processos” (p. 349). Acrescente-se que, para ele, o pensamento origina-se do olfato, tido como o protótipo do pensamento (Ferenczi, 1924/1993b; 1926/1993). De qualquer maneira, a ideia que concebe uma relação de identidade entre pensamento e corpo se faz presente em uma miríade de contextos ao longo de sua obra: não apenas a criança denuncia o que pensa devido às feições que seu rosto apresenta (Ferenczi, 1913/1992a), como mesmo aqueles adultos que estão mergulhados nas reflexões mais abstratas podem

estar acariciando, sem o saber, suas partes íntimas (Ferenczi, 1919/1993a). Não apenas a paciente esfrega suas coxas para obter prazer enquanto está mergulhada em suas associações (Ferenczi, 1919/1993a), como movimentos corporais do analista enquanto se entrega à atenção flutuante, para ele imperceptíveis, expressam algo (Ferenczi, 1932/1990; 1933/1992).

Em segundo lugar, nota-se também que atenuação não é uma sentença e nem se dá como um processo global. Palavras que, devido à reiterada circulação nas relações entre a criança e o mundo, se tornaram neutras, podem voltar a adquirir sua dimensão mágica de acordo com as experiências que o sujeito vive, ou no contexto em que está imerso, incluindo aí o processo analítico. Essa é a via que nos parece mais interessar a Ferenczi: em vez de purificar as palavras, ele busca devolvê-las à solidariedade que têm com a imagem e a ação, pois é nessa solidariedade que reside o afeto (Câmara et al., 2018). Entretanto, o contrário também é possível: palavras que encerram um grande poder de mobilizar o corpo podem tornar-se mais atenuadas, até mesmo completamente esvaziadas por circunstâncias as mais diversas. Seja como for, intui-se, a partir dessas observações, outro fato sublinhado por Ferenczi: as palavras não possuem uma potência equânime de invocar os processos corporais. Há uma enorme heterogeneidade entre elas, e isso porque tudo depende das experiências em que as palavras circulam (Ferenczi, 1910/1991).

No que diz respeito à linguagem, cumpre destacar uma característica essencial de sua concepção por Ferenczi: ele não se preocupa com a dimensão sintática da linguagem, focando-se apenas nas palavras. A ele não parecem interessar tanto as regras implícitas que ordenam e estruturam o discurso, mas tão somente o aspecto da ação, isto é, o ato de falar ou escrever, de escutar ou ler. Do mesmo jeito, sua abordagem em relação às palavras pauta-se menos na dimensão semântica, quer dizer, nos processos que fazem as palavras adquirirem tal ou qual sentido e deslizarem para outros significados, que o fator do afeto nelas envolvido. Tudo se passa como se, para Ferenczi, o que importasse a respeito da linguagem fosse o afeto que a constitui e os meios corporais que a expressam.

A expressão – na forma verbal ou do modo que for – é ação, pura ação e movimento imanente àquele que a realiza. Não há sentido em se estabelecer as regras ou linhas estruturais que a transcendem e que a determinam. Longe de isso indicar uma deficiência da teoria ferencziana, explícita, pelo contrário, a singularidade de sua perspectiva, na medida em que abre condições para se pensar a linguagem sob um viés alternativo, entendendo-a como uma experiência inseparável do afeto, do corpo e da ação. Em outras palavras, como uma forma, dentre múltiplas, de expressão.

Multiplicidade dos modos de expressão

Ferenczi concebe a linguagem verbal baseado, pois, numa perspectiva que a entende inseparável do afeto e, nesta direção, enquanto um modo de expressão que, como os demais, se origina do corpo. A ideia de que a origem dos modos de expressão é o corpo leva a uma outra: se todos são fundamentalmente corporais, não há diferença de natureza, mas de grau entre eles. Não à toa, a linguagem verbal é por ele qualificada como, literalmente, um “*körperlichen Mittel*”, isto é, como um meio físico, material – e o mesmo vale para os outros modos de expressão (Ferenczi, 1913/1927, p. 75). Desse modo, o corpo é o pano de fundo de onde todos os modos se derivam e por meio do qual se atualizam. Toda expressão, em Ferenczi, é expressão corporal.

Se há uma unicidade de origem dos modos de expressão, isso não significa que não haja diferenças entre eles. Em primeiro lugar, deve-se levar em conta que há um longo período no qual a criança, não tendo ainda desenvolvido a linguagem verbal, constitui outras maneiras de se expressar. Cada modo se organiza em tempos diversos de sua história, sendo soluções precárias que visam a lidar com crises que se instalam na sua relação com o mundo: com a progressiva expansão dos limites e das possibilidades do corpo, os desejos da criança se tornam mais complexos, por um lado, e os adultos excluem de seu campo perceptivo e interpretativo demandas cuja expressão não parece condizer mais com a dita maturação da criança, por outro (Ferenczi, 1913/1992a). Ora, se, na relação do ambiente com a criança, determinadas formas de expressão são excluídas, sendo a criança disciplinada a aperfeiçoar uma única – a linguagem verbal –, é de se questionar se o processo analítico deve reproduzir essa exclusão e essa disciplinarização. Apesar de o método analítico se afiançar principalmente na produção verbal, Ferenczi decisivamente sustenta a posição de não excluir os outros modos de expressão.

David Lapoujade (2017) joga com dois personagens do mundo jurídico – a testemunha e o advogado – para traçar o processo de criação de um artista, de um filósofo, de um cientista. Esses sujeitos entram em contato com algo inédito, algo que jamais tinha sido percebido – pelo menos não da perspectiva singular com que percebem. O trabalho de criação não termina aí; o que segue é a assunção do papel de testemunha, aquela que *faz ver* aos outros a sua percepção original. Mas isso também não é suficiente: quantos não vão desmentir essa visão, considerando-a uma ninharia, algo sem sentido ou sem importância, ou identificando-a com algo preexistente, despindo-a de suas particularidades e homogeneizando-a com o já conhecido? Diante desse movimento de descrédito, a testemunha vira então advogado: ela precisa agora defender o que percebeu e

fez ver como algo cuja existência deve ser afirmada, considerada autêntica, como algo, enfim, que tem o direito de existir. Pedimos licença para evocar um longo trecho sobre isso:

(...) perceber não é simplesmente apreender o que foi percebido, é querer testemunhar ou atestar seu valor. A testemunha nunca é neutra ou imparcial. Ela tem a responsabilidade de *fazer ver* aquilo que teve o privilégio de ver, sentir ou pensar. Ela se torna um criador. De sujeito que percebe (ver), torna-se sujeito criador (fazer ver). Mas isso porque, atrás da testemunha, surge outra personagem, o advogado. É ele quem convoca a testemunha, quem faz com que toda criação se torne um discurso de defesa a favor das existências que ela faz aparecer, ou melhor, comparecer. É preciso dar uma força, uma amplitude para aquilo de que fomos a testemunha privilegiada. (...) Tornar “mais” reais certas existências, dar a elas uma posição ou um destaque particular, não é um meio de legitimar sua maneira de ser, de lhes conferir o direito de existir sob determinada forma? (Lapoujade, 2017, p. 23-24, grifos no original)

Como não pensar em Ferenczi depois de ler esse trecho? Como não pensar em sua agonia ao entrar em contato com a dimensão do traumático na sua clínica, e depois em sua luta por essa dimensão ter o direito de existir dentro do movimento psicanalítico? Como não pensar nos seus esforços para dar voz àqueles que foram violentados e desacreditados no seio de suas próprias famílias, e que ameaçavam continuar nesse estado nos tratamentos analíticos devido aos próprios analistas? Mas também, como não pensar que Ferenczi buscou legitimar e tirar da exclusão os diferentes modos de expressão? Procurou oferecer-lhes cidadania no território clínico-conceitual da psicanálise e almejou conferir-lhes valor, singularidade, potência? Ferenczi, parece-nos, fez ver as múltiplas formas de expressão e defendeu o direito de elas existirem. Por não tê-las excluído, entrou em contato com muitos planos de realidade, incluindo aí o do trauma.

Ao dar cidadania aos outros modos de expressão, Ferenczi não apenas os colocou em cena, como garantiu que fossem recebidos e pensados em toda sua especificidade. O resultado disso é o de fazer com que a linguagem não seja separada fundamentalmente dos demais modos de expressão, e sequer seja tomada como modelo para pensá-los a posteriori, de acordo com suas próprias regras. Não é por outro motivo que a categoria “pré-verbal”, utilizada amiúde para qualificar as características etiológicas de determinadas configurações

clínicas, é absolutamente estranha à teoria ferenciana. Falar em “pré-verbal” implica duas ideias concomitantes: algo que não é verbal e algo que *ainda* não é (ou que *não pôde* ser) verbal. Tanto em um caso quanto em outro, a linguagem acaba por funcionar como norma, como referência, como ponto de chegada, e o “pré-verbal” se torna uma fórmula que comprime e oculta – ou que exclui em sua especificidade – todas as formas de expressão não identificadas à linguagem. Juntas, verbal e pré-verbal tornam-se duas dimensões, uma oposta à outra, mas ao mesmo tempo juntas para assegurar uma única norma. Nada mais distante da proposta de Ferenczi.

Ainda que a elaboração da categoria do dito “pré-verbal” tenha importância inegável para se pensar a clínica, o pensamento de Ferenczi dela diverge por justamente não submeter, a uma lógica que coloque a linguagem como categoria hegemônica, aquilo que dela se distingue. Cada modo de expressão – a linguagem inclusa – tem sua própria potência e, no entanto, todos eles se misturam, apresentando-se em maior ou menor intensidade em cada movimento. Em outras palavras, Ferenczi pensa os diferentes modos de expressão em sua diferença. Assim, ao esmiuçar as passagens que se desdobram antes e, ao mesmo tempo, em concomitância com a linguagem verbal, a sensorialidade e a motricidade adquirirem a mesma importância em sua teoria e em sua prática quanto à fala. Um modo não precisa estar subsumido a outro e nem ser transliterado para um específico, supostamente superior.

Com efeito, Ferenczi questiona se uma expressão que se dá predominantemente pelos movimentos do corpo deve ser traduzida em palavras. O que ele defende é que o papel do processo analítico é permitir que uma expressão se desenvolva, se desdobre, tenha a seu favor todas as condições para sua expansão. Dois momentos do *Diário clínico* revelam claramente essa ética a favor da expressão (Ferenczi, 1932/1990). Num primeiro momento, testemunhando a dor das crises neocatárticas, e sendo profundamente afetado por elas, Ferenczi interrompia o que estava se expressando. Até que percebeu que a interrupção, mesmo que baseada em um sentimento de compaixão e de proteção de suas analisandas, era prejudicial, pois não permitia que isso que estava sendo exprimido se desenvolvesse – algo análogo ao que ocorrera com elas, quando crianças. Ele percebe que tentar colocar em palavras, isto é, tentar representar a expressão corporal, teria efeito semelhante.

Progressivamente, Ferenczi compreende ser necessário que as expressões, por mais terríveis que sejam para a paciente (e para aquele que as testemunham, o analista), possam se desdobrar com o máximo de liberdade. Somente assim ambos poderiam entrar em contato com isso que havia sido clivado. Não à toa,

em um segundo momento do *Diário clínico*, ele passa a considerar que o conteúdo clivado não é uma memória estática e cristalizada, mas uma tendência, uma tendência de que algo que fora interrompido possa se desdobrar no presente (Ferenczi, 1932/1990). Esse desdobramento exige do analista menos sua tradução em palavras – o que significa sua interrupção – e mais uma recepção afetiva por parte dele. Por recepção afetiva, queremos dizer que o analista se deixa ser afetado por aquilo que é expresso, o que inclui ele se permitir expressar os efeitos de ser afetado. Essa é a base de sua crítica à posição neutra e fria do psicanalista, e um dos efeitos mais importantes de sua teoria da expressão, que começou a ser desenvolvida vinte anos antes.

Referências

- Bachelard, G. (1938/2011). *A formação do espírito científico: Contribuição para uma psicanálise do conhecimento*. Rio de Janeiro: Contraponto.
- Câmara, L. (2018). *Modulações do corpo: Expressão e impressão na teoria ferenciana* (tese de doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Câmara, L.; Herzog, R.; Canavêz, F. (2018). A palavra e o corpo: Impressão e expressão na teoria ferenciana. In: A. Maciel Jr. (Org.), *Trauma e ternura: A ética em Sándor Ferenczi*, p. 73-82. Rio de Janeiro: 7 Letras.
- Deleuze, G. (1968/2017). *Espinosa e o problema da expressão*. São Paulo: Editora 34.
- Espinosa, B. (1677/2015). *Ética*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Ferenczi, S. (1910/1927). Über obszöne Worte (Beitrag zur Psychologie der Latenzzeit). In: *Bausteine zur Psychoanalyse, band I: Theorie*. Leipzig/Wien/Zurich: Internationaler Psychoanalytischer.
- Ferenczi, S. (1910/1991). Palavras obscenas: Contribuição para a psicologia do período de latência. In: *Psicanálise I* (trad. A. Cabral), p. 109-120. São Paulo: Martins Fontes.
- Ferenczi, S. (1912/1927). Über passagère Symptombildungen während der Analyse (Passagère Konversion, Substitution, Illusion, Halluzination, “Charakterregression” und “Ausdrucksverschiebung”). In: *Bausteine zur Psychoanalyse, band II: Praxis*. Leipzig/Wien/Zurich: Internationaler Psychoanalytischer.
- Ferenczi, S. (1912/1991). Sintomas transitórios no decorrer de uma psicanálise. In: *Psicanálise I* (trad. A. Cabral), p. 185-195. São Paulo: Martins Fontes.
- Ferenczi, S. (1913/1927). Entwicklungsstufen des Wirklichkeitssinnes. In: *Bausteine zur Psychoanalyse, band I: Theorie*. Leipzig/Wien/Zurich: Internationaler Psychoanalytischer.
- Ferenczi, S. (1913/1992a). O desenvolvimento do sentido de realidade e seus estágios. In: *Psicanálise II* (trad. A. Cabral), p. 39-53. São Paulo: Martins Fontes.

- Ferenczi, S. (1913/1992b). Ontogênese dos símbolos. In: *Psicanálise III* (trad. A. Cabral), p. 105-108. São Paulo: Martins Fontes.
- Ferenczi, S. (1914/1992). Ontogênese do interesse pelo dinheiro. In: *Psicanálise III* (trad. A. Cabral), p. 149-156. São Paulo: Martins Fontes.
- Ferenczi, S. (1915/1992a). Análise das comparações. In: *Psicanálise II* (trad. A. Cabral), p. 193-201. São Paulo: Martins Fontes.
- Ferenczi, S. (1915/1992b). Anomalias psicogênicas da fonação. In: *Psicanálise III* (trad. A. Cabral), p. 175-178. São Paulo: Martins Fontes.
- Ferenczi, S. (1919/1939). Hysterische Materialisationsphänomene (Gedanken zur Auffassung der hysterischen Konversion und Symbolik). In: *Bausteine zur Psychoanalyse, band III: Arbeiten aus den Jahren*. Budapest: Hans Huber.
- Ferenczi, S. (1919/1992). Pensamento e inervação muscular. In: *Psicanálise II* (trad. A. Cabral), p. 347-349. São Paulo: Martins Fontes.
- Ferenczi, S. (1919/1993a). Dificuldades técnicas de uma análise de histeria (com observações sobre o onanismo larvado e os “equivalentes masturbatórios”). In: *Psicanálise III* (trad. A. Cabral), p. 1-7. São Paulo: Martins Fontes.
- Ferenczi, S. (1919/1993b). Fenômenos de materialização histérica (uma tentativa de explicação da conversão e do simbolismo histéricos). In: *Psicanálise III* (trad. A. Cabral), p. 41-53. São Paulo: Martins Fontes.
- Ferenczi, S. (1920/1992). Matemática. In: *Psicanálise IV* (trad. A. Cabral), p. 177-187. São Paulo: Martins Fontes.
- Ferenczi, S. (1921/1993a). Prolongamentos da “técnica ativa” em psicanálise. In: *Psicanálise III* (trad. A. Cabral), p. 109-125. São Paulo: Martins Fontes.
- Ferenczi, S. (1921/1993b). Reflexões psicanalíticas sobre os tiques. In: *Psicanálise III* (trad. A. Cabral), p. 77-104. São Paulo: Martins Fontes.
- Ferenczi, S. (1924/1993a). Perspectivas da psicanálise (sobre a interdependência da teoria e da prática). In: *Psicanálise III* (trad. A. Cabral), p. 225-240. São Paulo: Martins Fontes.
- Ferenczi, S. (1924/1993b). Thalassa: Ensaio sobre a teoria da genitalidade. In: *Psicanálise III* (trad. A. Cabral), p. 255-325. São Paulo: Martins Fontes.
- Ferenczi, S. (1926/1993). O problema da afirmação do desprazer (progressos no conhecimento do sentido de realidade). In: *Psicanálise III* (trad. A. Cabral), p. 393-404. São Paulo: Martins Fontes.
- Ferenczi, S. (1928/1939). Die Anpassung der Familie an das Kind. In: *Bausteine zur Psychoanalyse, band III: Arbeiten aus den Jahren*. Budapest: Hans Huber.
- Ferenczi, S. (1928/1992). A adaptação da família à criança. In: *Psicanálise IV* (trad. A. Cabral), p. 1-13. São Paulo: Martins Fontes.
- Ferenczi, S. (1930/1992). Princípio de relaxamento e neocatarse. In: *Psicanálise IV* (trad. A. Cabral), p. 53-68. São Paulo: Martins Fontes.

- Ferenczi, S. (1932/1990). *Diário clínico*. São Paulo: Martins Fontes.
- Ferenczi, S. (1933/1992). Confusão de língua entre os adultos e a criança (a linguagem da ternura e da paixão). In: *Psicanálise IV* (trad. A. Cabral), p. 97-106. São Paulo: Martins Fontes.
- Freud, S. (1895/1995). *Projeto de uma psicologia*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1914/2017). Lembrar, repetir e perlaborar. In: *Fundamentos da clínica psicanalítica* (trad. C. Dornbusch), p. 151-164. Belo Horizonte: Autêntica.
- Freud, S. (1920/2006). Além do princípio do prazer. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (trad. J. Salomão), vol. 18, p. 17-75. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S.; Ferenczi, S. (1914-1919/1996). *The correspondence of Sigmund Freud and Sándor Ferenczi*, vol. 2: 1914-1919. Cambridge, MA: Harvard University.
- Gondar, J. (2010). As coisas nas palavras. Ferenczi e a linguagem. *Cadernos de Psicanálise (CPRJ)*, 32(23), 123-132.
- Lapoujade, D. (2017). *As existências mínimas*. São Paulo: n-1.

Recebido em 19 de fevereiro de 2020

Aceito para publicação em 18 de maio de 2020

ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO E DIREITOS SOCIAIS: TERRITÓRIOS EXISTENCIAIS E SUJEITO BIOPSICO-POLÍTICO-SOCIAL

*THERAPEUTIC ACCOMPANIMENT AND SOCIAL RIGHTS:
EXISTENTIAL TERRITORIES AND BIOPSICO-POLITICAL-SOCIAL SUBJECT*

*ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO Y DERECHOS SOCIALES:
TERRITORIOS EXISTENCIALES Y SUJETO BIOPSICO-POLÍTICO-SOCIAL*

Daniel Dall'Igna Ecker⁽¹⁾

Analice de Lima Palombini⁽²⁾

RESUMO

Este artigo surge da pesquisa de doutorado que teve como objetivo analisar como o exercício de Direitos Sociais (DS) incide nos processos subjetivos e terapêuticos em curso, na clínica em Psicologia, articulada às políticas públicas brasileiras. Subsidiado por registros de experiências de 28 casos clínicos em Acompanhamento Terapêutico (AT), além de documentos institucionais, registros em diário de campo, imagens, dentre outros, focaliza a discussão na relação entre o Acompanhamento Terapêutico, como modalidade da clínica, e o exercício dos Direitos Sociais. A pesquisa analisou o modo como o discurso dos DS – educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, transporte, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância e assistência aos desamparados – emergiu nos materiais e forneceu elementos para pensar como os sujeitos produzem e conduzem a si, na vida e nos processos terapêuticos, como seres subjetivos. Mediante os resultados, em interlocução com autoras da área, propõem-se três linhas de pensamentos integrados: (1) o AT como via, em ato, de exercício

⁽¹⁾ Psicólogo pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Mestre e Doutor em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Psicólogo Clínico no Distrito Sanitário Norte, equipe Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SMS/ESP/UDESC), Florianópolis, SC, Brasil. daniel.ecker@hotmail.com

⁽²⁾ Psicóloga pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Professora Pesquisadora no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional (PPGPSI) da UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil. analice.palombini@ufrgs.br

Esta pesquisa foi financiada por bolsa de doutorado do primeiro autor, concedida pela CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

do Direito Social à saúde; (2) a relação entre território, processos terapêuticos e os DS; e (3) a radicalidade da clínica do sujeito biopsico-político-social, que a prática do AT explicita.

Palavras-chave: Acompanhamento Terapêutico; Direitos Sociais; atenção psicossocial.

ABSTRACT

This article arises from the doctoral research that aimed to analyze how the exercise of Social Rights (SD) affects the subjective and therapeutic processes in progress, in the Psychology clinic, linked to Brazilian public policies. Subsidized by records of experiences of 28 clinical cases in Therapeutic Accompaniment (TA), in addition to institutional documents, field diary records, images, among others, focuses the discussion on the relationship between Therapeutic Accompaniment, as a modality of the clinic, and exercise Social Rights. The research analyzed how the DS discourse – education, health, food, work, housing, transportation, leisure, security, social security, maternity and childhood protection and assistance to the destitute – emerged in the materials and provided elements to think about how the subjects produce and conduct themselves, in life and in therapeutic processes, as subjective beings. Through the results, in interlocution with authors from the area, three integrated lines of thoughts are proposed: (1) the TA as a way, in action, of exercising the Social Right to health; (2) the relationship between territory, therapeutic processes and SD; and (3) the radicality of the clinic of the biopsico-political-social subject, which the TA practice makes explicit.

Keywords: Therapeutic Accompaniment; Social Rights; psychosocial attention.

RESUMEN

Este artículo surge de la investigación doctoral que tuvo como objetivo analizar cómo el ejercicio de los Derechos Sociales (DS) afecta los procesos subjetivos y terapéuticos en progreso, en la clínica de Psicología, vinculados a las políticas públicas brasileñas. Subsidiado por registros de experiencias de 28 casos clínicos en Acompañamiento Terapéutico (AT), además de documentos institucionales, registros de diario de campo, imágenes, entre otros, enfoca la discusión sobre la relación entre el Acompañamiento Terapéutico, como una modalidad de la clínica, y el ejercicio Derechos sociales. La investigación analizó cómo el discurso de DS (educación, salud, alimentación, trabajo, vivienda, transporte, ocio,

seguridad, seguridad social, protección de la maternidad y la infancia y asistencia a los indigentes) surgió en los materiales y proporcionó elementos para pensar cómo los sujetos producen y conducense, en la vida y en los procesos terapéuticos, como seres subjetivos. A través de los resultados, en la interlocución con los autores del área, son propuestas tres líneas de pensamientos integradas: (1) el AT como una forma, en acción, de ejercer el Derecho Social a la salud; (2) la relación entre territorio, procesos terapéuticos y DS; y (3) la radicalidad de la clínica del sujeto biopsico-político-social, que la práctica de TA hace explícita.

Palabras clave: Acompañamiento Terapéutico; Derechos Sociales; atención psicosocial.

Introdução

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
Art. 6º – São Direitos Sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), na esteira da Reforma Sanitarista no Brasil (RSB), questionando práticas que compreendem o sofrimento psíquico sob um viés enfaticamente biologicista e medicamentoso, consagrou, no campo da Psicologia e da saúde mental, uma clínica do cuidado baseada na noção de saúde integral, biopsicossocial, onde o adoecimento teria origem multifatorial. Com cunho político-social, enquanto atenção psicosocial, o sofrimento psíquico passou a ser compreendido, também, como efeito de uma determinada conjuntura social, ou seja, a partir de elementos sócio-históricos, políticos e territoriais (Ecker, 2020).

Ampliar a noção de saúde inseriu, então, os diferentes Direitos Sociais (DS) – educação, trabalho, lazer, moradia, transporte, alimentação, dentre os outros – como elementos inerentes a uma constituição subjetiva cidadã, modificando as políticas, teorias e estratégias para a produção de saúde no país (cf. Lei Federal nº 8.080, de 1990, e Lei Federal nº 10.216, de 2001). O adoecimento, sob um olhar multifatorial, teria nas práticas de cuidado integral o reconhecimento do trabalho no território, da importância da intersetorialidade das políticas públicas e da atuação dos profissionais operando em rede como elementos que contribuem para a perspectiva da desinstitucionalização, bem como na Estratégia de Atenção Psicosocial (EAP) (Severo & Dimenstein, 2011).

O Acompanhamento Terapêutico (AT), como dispositivo clínico que incide na produção de subjetividades a partir dos territórios em que vivem e circulam as(os) usuárias(os), acompanha o movimento de transformação das abordagens em saúde, apresentando-se em conformidade com os princípios da RPB e do Sistema Único de Saúde (SUS). Enfatizando uma clínica situada social e historicamente, as terapêuticas do AT se delineiam não apenas pelas conexões com a rede intersetorial de serviços e com as políticas públicas territorializadas, mas, também, pelo modo como o AT se relaciona com a vida daqueles a quem atende. Adentrando nas casas, “pelos ruas do bairro, no cotidiano das relações familiares e de vizinhança estabelecidas” (Palombini, 2017, p. 14), acompanha as diferentes demandas em saúde mental na complexidade cotidiana da vida, possibilitando uma atenção psicossocial. Embora a prática do AT não seja prerrogativa dos profissionais da Psicologia, mantém proximidade e afinidade com a clínica psicológica no seu sentido ampliado, condizente com a perspectiva da RPB e do SUS.

Nesse panorama, este texto surge da pesquisa de doutorado que teve como objetivo analisar como o exercício de Direitos Sociais incide nos processos subjetivos e terapêuticos em curso, na clínica em Psicologia, articulada às políticas públicas brasileiras¹. Subsidiado por registros de experiências de 28 casos clínicos em Acompanhamento Terapêutico, além de documentos institucionais, registros em diário de campo, imagens, dentre outros, focaliza a discussão na relação entre o AT e o exercício dos DS, buscando mapear como o discurso dos DS – educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, transporte, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância e assistência aos desamparados – emergiu nos materiais de pesquisa e forneceu elementos para pensar o modo como os sujeitos produzem e conduzem a si, na vida e nos processos terapêuticos, como seres subjetivos. A noção de subjetividade e de sujeito aqui utilizada é compreendida como resultado de um processo de produção de si que ocorre na relação com o coletivo, que é sempre histórico e determinado por múltiplos vetores – biológicos, individuais, familiares, políticos, econômicos, ambientais, midiáticos, dentre outros –, compondo um território existencial (Ministério da Saúde, 2010).

A clínica do Acompanhamento Terapêutico: território, políticas públicas e Direitos Sociais

Priorizando processos terapêuticos nos contextos comunitários de vida, a clínica do AT favorece a produção de modos de ser e estar no mundo distintos daqueles fabricados em instituições de tratamento fechadas (Palombini, 2008).

Deslocando da centralidade de tratamentos com foco em diagnósticos psiquiátricos, para além das fronteiras institucionais, acompanha a circulação das(os) usuárias(os) pela cidade, no território, superando espaços delimitados por paredes, destinados, historicamente, a quem possui alguma forma de adoecimento psíquico. Compreendendo que a produção de saúde se constitui não na reclusão e confinamento, mas na circulação e liberdade, o AT, também referido como uma clínica em movimento (Palombini, 1999), possibilita uma terapêutica cambiante e múltipla, que reinventa formas de produzir saúde por meio (e com) elementos do cotidiano (Palombini, 2008).

Ao considerar as tramas possíveis que emergem na cidade e naquilo que se compreende como os “espaços públicos”, o AT tem como matéria da clínica discursos – gestos, ações, intervenções, documentos, imagens, objetos, instituições, políticas, saberes, formas de organização social, dentre outros –, operando no tempo presente da experiência terapêutica. Os discursos, como efeito daquilo que se produz no social, colocam o desafio de se pensar as demandas dos acompanhados diante de algo que também se impõe pela via do público, no inesperado da vida. Assim, ao efetivar deslocamentos pela cidade e por territórios, o AT oferta aos usuários e usuárias a transição por diferentes discursos, espaços físicos e grupos populacionais, operando como ferramenta clínica na construção ou reconstrução de laços sociais, territoriais e familiares (Veloza & Serpa Júnior, 2006).

Aos profissionais que trabalham como Acompanhantes, o cenário terapêutico do AT requer transformações nas posturas previamente apreendidas pela formação profissional, já que a clínica do AT não se situa em cenários antecipadamente montados que permitem atitudes padrão, previsíveis e controladas (Palombini, 2008). A produção de processos terapêuticos em meio à cidade induz conexões inusitadas, que enlaçam os sujeitos a novos modos de vida, novas reações, comportamentos e subjetividades. Ao transitar por múltiplos lugares e serviços, incluindo o acesso a políticas públicas, exercício de direitos e serviços da rede intersetorial, o AT contribui, no tempo presente, com conexões ao espaço urbano interconectando o(a) acompanhado(a) dentro e fora das instituições (Palombini, 2008).

A circulação no território e a inclusão pelo território constituem marcas da clínica ampliada do AT, que usufrui da territorialidade como campo do cuidado, do exercício da liberdade, cidadania e de direitos. Considerar o contexto em que o sujeito está inserido, com uma perspectiva político-social, situa os processos psíquicos e o adoecimento sob paradoxos e ambiguidades que envolvem os dispositivos estatais – as políticas públicas – constituídos para o esquadramento da população em uma perspectiva territorial. Cadastros, fichas de acompanhamen-

to, visitas domiciliares, regiões de pertencimento, formas identitárias (gestantes, adolescentes, hipertensos, diabéticos, homens violentos, entre outras), mapas das famílias e mais incluem a população em práticas de controle pelas políticas públicas e passam a fixar e segmentar os usuários à medida que o Estado adentra no território (Hillesheim & Bernardes, 2014).

Para Hillesheim & Bernardes (2014), a noção de território das políticas ainda permanece restrita a um recorte geográfico e não a uma perspectiva de território existencial, que as autoras enfatizam como *território existencial subjetivo*. O que a política compreende como geográfico, transmuta-se no direcionamento dos modos de circulação, de habitar e de ser, que expropriam, impedem de circular, produzem sentimentos de pertença ou de identificação sobre aqueles que habitam determinado recorte espacial. Assim, considerar o território como espaço subjetivo e de relações sociais é evidenciar a complexidade da dinâmica territorial: uso dos recursos de um território, compreensão das migrações, crescimento demográfico, desigualdades regionais, interesses, saberes, formalidades, informalidades, legalidades, ilegalidades, sujeitos e conflitos que compõem as condições socioespaciais e operam em um determinado local (Hillesheim & Bernardes, 2014).

Para a Psicologia, como para as demais profissões no campo do cuidado à saúde, a noção de território se faz presente na prática de garantia do DS à saúde, orientando o modo de organização de um dos pontos altos da política públicas de saúde mental, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cf. Portaria nº 3.088 (Ministério da Saúde, 2011). Essa política se fundamenta na ideia de território e territorialidade amparada pela Lei nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais (2001), considerando os diferentes setores da vida de usuárias e usuários, incluindo o contexto sócio-histórico e territorial, para a formulação das práticas de cuidado e dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). A relação saúde-transtorno, nessa perspectiva, torna-se mais ampla e complexa do que relativa apenas a um organismo individual. O cuidado, assim, abrange uma perspectiva ampliada e integral de saúde, sob princípios de um tratamento humanizado (Ministério da Saúde, 2015).

Esse panorama permite pensar que os DS, como cláusulas pétreas do estado democrático de direito no Brasil, são inerentes à produção de uma saúde mental integral – humana, justa e equânime –, em que cuidado, exercício da liberdade, da cidadania e de direitos tornam-se subsídios para a produção de uma vida digna. Para Silva (1999), as políticas públicas de garantia dos DS permitiriam o gozo dos direitos individuais no Brasil na “medida em que criam condições materiais mais propícias ao auferimento da igualdade real, o que, por sua vez, proporciona condição mais compatível com o exercício efetivo da liberdade”

(p. 289-290). Para Hullen (2018), os DS são utilizados como parâmetros na discussão sobre o tema da cidadania, especialmente, considerando que a ideia de cidadania se intensifica após a Constituição de 1988 pela premissa de que sua garantia está relacionada a “uma sociedade que busca cada vez mais a autonomia de seus integrantes” (p. 215).

Desse modo, uma vez que as políticas públicas têm por função melhorar as condições de vida da população – produzindo subjetividades autônomas por meio da equalização de situações sociais desiguais (Silva, 1999) –, compreende-se que o exercício dos DS é um sólido valor coletivo para a produção de saúde na prática da Psicologia. Nessa perspectiva, torna-se importante refletir sobre como o exercício de DS incide na vida dos sujeitos e em seus processos terapêuticos.

O cenário da pesquisa e dos dados clínicos

Os dados de pesquisa, de abordagem qualitativa (Minayo, 2007), derivaram de dois projetos de extensão vinculados a duas universidades públicas brasileiras: o Programa de Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública (ATnaRede), da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), e o projeto de extensão Acompanhamento Terapêutico: Clínica e Criação na Cidade, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)². Ambos atendem em Acompanhamento Terapêutico a usuários e usuárias encaminhados pela rede pública municipal ou intersetorial de saúde, constituindo espaços de formação clínica no contexto das redes de atenção psicossocial, voltada para estudantes de graduação em Psicologia, residentes multiprofissionais de saúde e profissionais de Psicologia e áreas afins.

A coleta dos dados ocorreu mediante dois procedimentos realizados simultaneamente. O primeiro efetuou-se na forma de registros em diário de campo (Falkembach, 1987) sobre os relatos dos casos clínicos acompanhados em ambos os projetos de extensão (da UFRGS e da UFSC). Os registros ocorreram, semanalmente, de agosto de 2016 a junho de 2019, totalizando quase três anos de coleta de dados. Como material complementar ao diário de campo, utilizaram-se dados do Programa ATnaRede da UFRGS, dentre eles fichas com os dados dos ATs, cadernos de atas das reuniões em que os casos em AT eram discutidos, relatórios técnicos, cartazes, desenhos, anotações dos(as) Acompanhantes e outros materiais obtidos a partir dos Acompanhamentos. O segundo procedimento se deu pelo registro de experiências que remeteram à atenção psicossocial e ao contexto sócio-histórico brasileiro: imagens, documentos, relatos, dentre outros, que envolvessem o tema da saúde mental no Brasil.

Os dados foram organizados visando a evidenciar relações possíveis entre questões subjetivas e terapêuticas de usuários(as) dos serviços de saúde mental e o exercício dos DS. Para a apresentação de recortes dos casos clínicos, utilizou-se a formulação de narrativas escritas, as quais permitiram incluir na apresentação dos dados de pesquisa a dimensão da relação, na prática terapêutica, entre acompanhante e acompanhado(a) (Rocha & Palombini, 2017). Tais narrativas, mesmo quando construídas de forma dialógica, são uma produção do primeiro autor deste artigo a partir dos diários de campo, não expressando a transcrição literal de diálogos, mas a contração de seus núcleos argumentais. Conjuntamente, como estratégia complementar à construção das narrativas, organizaram-se algumas das informações dos casos clínicos utilizando a ferramenta do Genograma e do Eco-mapa. Esses instrumentos têm sido utilizados por profissionais de diversas áreas, por contribuírem para a compreensão dos processos estruturais, emocionais e afetivos das relações familiares, das interações entre seus membros e fora dela, avaliando a complexidade e dinamicidade das relações sociais (Filizola et al., 2003; Mello et al., 2005; Ecker & Palombini, 2020).

A análise dos dados buscou situar o domínio da experiência terapêutica com sua sócio-historicidade, visando a compreender como se estabelecem arranjos entre governo, verdade e sujeito (Hüning & Guareschi, 2009) no campo da atenção psicossocial pelo AT. Assim, propôs-se mapear como o discurso dos DS – educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, transporte, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância e assistência aos desamparados – emergiu nos materiais de pesquisa e forneceu elementos para pensar o modo como os sujeitos produzem e conduzem a si, na vida e nos processos terapêuticos. Tomamos como referência, aqui, o que nos ensina Foucault (2010), para quem a relação dos sujeitos consigo mesmos, numa época específica, torna-se importante na medida em que evidencia verdades, não como representações e essências, mas como processos – “enquanto aquilo que se faz e aquilo que se deve fazer” – que, portanto, pode ser problematizada levando à produção de outras formas de subjetivação (Noto, 2009, p. 52).

Resultados e discussões

Acompanhamento Terapêutico e o exercício de Direitos Sociais

Considerando a ampla quantidade de materiais, foram selecionados aqueles que se articulassem mais explicitamente com o objetivo deste texto, que

é focalizar a discussão sobre a relação entre o AT e o exercício dos DS. Assim, os resultados e discussões foram organizados por três linhas de pensamentos integrados, que serão apresentadas em separado por questão didática de análise, a saber: (1) o AT como via, em ato, de exercício do DS à saúde, conforme os princípios do SUS; (2) a relação entre território, processos terapêuticos e os DS; e (3) a radicalidade da clínica do sujeito biopsico-político-social, que a prática do AT explicita.

O Acompanhamento Terapêutico como via, em ato, de exercício do Direito Social à saúde

Narrativa 1

Edgar,³ usuário em atendimento, dorme com a mãe no mesmo quarto. Foi sugerido que a Acompanhante Terapêutica retomasse a conversa com eles sobre as mudanças na casa, inclusive com a irmã. A AT sente que não há espaço na casa para Edgar.

Um comentário recorrente sobre o usuário é: “ele não expressa desejo e motivação para nada, está sempre em casa, no sofá, com a TV ligada”. Sobre ver TV, Edgar fala: “mas depois não lembro de nada, não sei de nada”, disse para a AT.

Em um dos encontros do Acompanhamento Terapêutico, a irmã gritava acusações contra a mãe: “ela só quer ficar deitada! (...) não quer nem levantar!”. A AT interpreta que isso ocorre, também, porque “a irmã parece não enxergar os fatores do envelhecimento (...) não está aceitando a situação”. A Acompanhante aponta: “existe uma probabilidade do falecimento da mãe de Edgar (...) ela já tem mais de 80 anos e é possível ver que ela é bem idosa, debilitada (...) isso pode estar sendo um problema que a família não consegue enfrentar sozinha”.

Edgar não costuma expor o que pensa para a AT. Quando a Acompanhante questiona “tem algum motivo que faz você ficar em silêncio?”, ele se posiciona: “quando eu falo, faço isso sozinho”.

Contando sobre os encontros, a Acompanhante compartilha que a irmã, Nara, ocupa a cena do AT, “começa a reclamar sobre a mãe, sobre Edgar e não deixa espaço para ele falar”.

Num encontro posterior, quatro meses após vários atendimentos, Edgar estava em casa, sozinho. Sua irmã havia ido para a praia por alguns dias. A situação parecia uma novidade no AT. Pela primeira vez, sua irmã o deixava sozinho em casa. “Ele parecia tranquilo, no sofá, assistindo TV, como de costume (...) sua irmã deixou comida pronta na geladeira e ele estava se virando muito bem sozinho”, comenta a AT.

Uma semana se passa, a irmã de Edgar volta. No encontro com a Acompanhante, em meio a diálogos, a AT pergunta para Edgar sobre seus sonhos:

— Tu tens algum sonho Edgar?

— Eu gostaria de trabalhar.

Fonte: Dados de diário de campo do primeiro autor deste artigo.

O usuário da Narrativa 1 foi encaminhado para AT pela Unidade Básica de Saúde (UBS), que avaliou a necessidade de que ele tivesse um acompanhamento em saúde mental mais sistemático, presencial. Apesar de não apresentar sinais físicos que produzissem dificuldade na locomoção, Edgar expressava algo de singular e subjetivo: permanecia em casa, com frequência na mesma posição, no sofá, em silêncio, com a televisão ligada, “às vezes falando sozinho”. Esse hábito de reduzida locomoção e pouca comunicação com as pessoas à sua volta dificultava sua ida à UBS para atendimento e limitava sua vinculação com as atividades do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do território (DS à saúde). Usuário de tratamento psicofarmacológico (DS à saúde) tinha sua família recorrentemente anunciando que “queria interditá-lo”. Na frente de Edgar, diziam que ele “era um peso”. O Programa de AT, nesse contexto, foi contatado como possibilidade de intervir no caso.

Situando o AT como um recurso de cuidado e de assistência que se insere no território, na cidade, em um dado município, estado e país, os materiais de pesquisa permitem pensar o AT como via, em ato, do exercício do DS à saúde,

numa perspectiva da integralidade e da promoção de saúde, como orienta a política do SUS. Trata-se de integralidade e promoção de saúde, na medida em que o exercício do direito ao cuidado e à assistência, via AT, caracteriza-se por uma proximidade na relação entre Acompanhante e usuário, ao mesmo tempo em que situa essa relação no território, em meio às relações familiares e de vizinhança, às políticas de direitos, e à rede de serviços intersetoriais. Assim, o estabelecimento de um vínculo com o usuário permite ao AT construir, em conjunto, um amparo terapêutico integral, uma vez que o AT opera como amplificador da voz do seu acompanhado junto a outros serviços e dispositivos, fomentando a articulação desses serviços e dispositivos para seu cuidado e assistência. No contexto da atenção psicossocial, a presença próxima do AT também lhe permite ser testemunha da eficácia e dos efeitos colaterais (físicos, psíquicos e sociais) dos tratamentos psicofarmacológicos (uso de medicação), assim como das demais propostas de intervenção do seu Projeto Terapêutico Singular.

Figura 1

PARTICIPE DO CONSELHO LOCAL DE SAÚDE

O QUE É O CONSELHO LOCAL DE SAÚDE?
É um espaço participativo da comunidade na área de abrangência de cada Serviço de Saúde. O Conselho Local de Saúde (CLS) foi criado pelo Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (CMS/POA), de acordo com o seu Regimento Interno e a Lei Federal 8.142/90, que regulamenta o controle social do Sistema Único de Saúde (SUS).

PARA QUE SERVE?
O controle social é exercido por cidadãos e cidadãs que se envolvem nas questões de sua realidade, discutindo e propondo coletivamente ações para melhorar a qualidade de vida, a igualdade e garantir direitos. No Conselho Local de Saúde se identifica e se propõe soluções para os problemas; se acompanha e avalia o que está sendo feito e proposto para o Serviço de Saúde. Se defende o interesse público (de todos). Se partilha o poder decisório.

COMO FUNCIONA?
Todos os meses o Conselho Local de Saúde reúne a comunidade, os trabalhadores e os coordenadores (representantes da gestão) do Serviço de Saúde num grande Plenário. É assim chamado por estar "pleno de poder": porque nesta reunião são tomadas todas as decisões coletivamente. O Plenário é a instância máxima de deliberação do CLS. O Plenário também elege, dentre seus membros, uma Coordenação Local que organiza, convoca as reuniões deste Plenário, bem como executa e encaminha suas deliberações.

O CLS TRABALHA SOZINHO?
Não. O Conselho Local de Saúde indica representantes para o Conselho Distrital de Saúde que, por sua vez, tem representação no CMS/POA. Para questões mais complexas existem, ainda, os Conselhos Estadual e Nacional.

COMO POSSO PARTICIPAR?
É um trabalho voluntário e considerado de relevância pública. Basta comparecer às reuniões do Plenário. Como membro do Conselho Local de Saúde, você terá direito à voz e voto. **PARTICIPE!**

Reuniões abertas a toda COMUNIDADE:
Data: 5 Abril dia 9/4/18
Horário: 16 horas - 18 horas
Local: Auditório C. S. Alameda
Bairro: Meis (14/5) Jardim (11/6)
Yeller (9/7) Ag. (13/8) Sa-
tebas (10/9) Chelbas (8/10)
Novecentos (12/11) Dezembro (10/12)

Logos: Ministério da Saúde, SUS, Prefeitura Porto Alegre

Acompanhante Terapêutico realiza visita com usuário à Unidade Básica de Saúde (DS à saúde). A ida se justifica pelo usuário dizer que gostaria de companhia, pois "se eu for sozinho, tenho vergonha, não sei o que falar". Enquanto aguardam o atendimento, sentados na recepção, o usuário questiona o AT "o que são esses papezinhos ali pendurados?" levanta-se e pega um para si.

Fonte: Imagem do primeiro autor deste artigo. Material de domínio público.

A presença do AT (Narrativa 1), enquanto um dos operadores da garantia do DS à saúde, incide no funcionamento cotidiano da casa e das relações familiares, até então naturalizadas (como o fato de Edgar permanecer em silêncio na frente da TV e a irmã não lhe dar chance de falar e repetidamente dizer, na sua frente, que o irmão “é um peso”). Por sua presença, o AT possibilita questionar comportamentos usuais (“tem algum motivo que faz você ficar em silêncio?”), intervindo no modo como o usuário e seus familiares se produzem e conduzem nas relações da vida e em casa. Assim, seguindo a lógica de um cuidado integral, o AT, como operador do DS à saúde, pode estimular ações preventivas e curativas que atuem de forma individual (junto ao usuário) ou coletiva (junto à sua família e comunidade), compreendendo a inseparabilidade dessas instâncias: os níveis de atenção em saúde necessários para cada caso (isolamento de Edgar; velhice da mãe) (Narrativa 1), os espaços de participação e controle social (Conselho Local de Saúde – Figura 1), assim como as ações de referência e contrarreferência (encaminhamento da UBS) (Narrativa 1), executadas pelas demais políticas públicas e serviços intersetoriais, que fortalecem e constroem a rede de suporte à saúde do usuário, seu exercício de cidadania e de direitos.

A relação entre território, processos terapêuticos e os Direitos Sociais

O território, ou territorialidade, como componente que orienta ações do DS à saúde no Brasil (Lei nº 8.080, de 19/09/1990), é descrito na literatura do AT como campo de intervenção: as ruas do bairro, a casa, o cotidiano das relações familiares e de vizinhança (Palombini, 2017) expressam os espaços habitados pelas pessoas a quem se dirige a clínica do AT, evidenciando *territórios existenciais* (Palombini, 2018).

Por proporcionar proximidade com a vida cotidiana do sujeito que demanda atenção em saúde, a inserção do AT no território ultrapassa o esquadramento e controle da população em uma perspectiva espacial ou geográfica. Assim, o AT imerge em elementos subjetivos que envolvem o território, conforme explicitam Hillesheim e Bernardes (2014) quando vinculam à noção de *território existencial subjetivo* os modos de circulação, de habitar, de ser, significados, sentidos, sensações de pertença, identificação, isolamento, assim como a complexa dinâmica territorial (uso dos recursos locais, imigrações, emigrações, demografia, desigualdades, interesses, saberes, formalidades, informalidades, legalidades, ilegalidades, sujeitos, relações e conflitos).

Figura 2

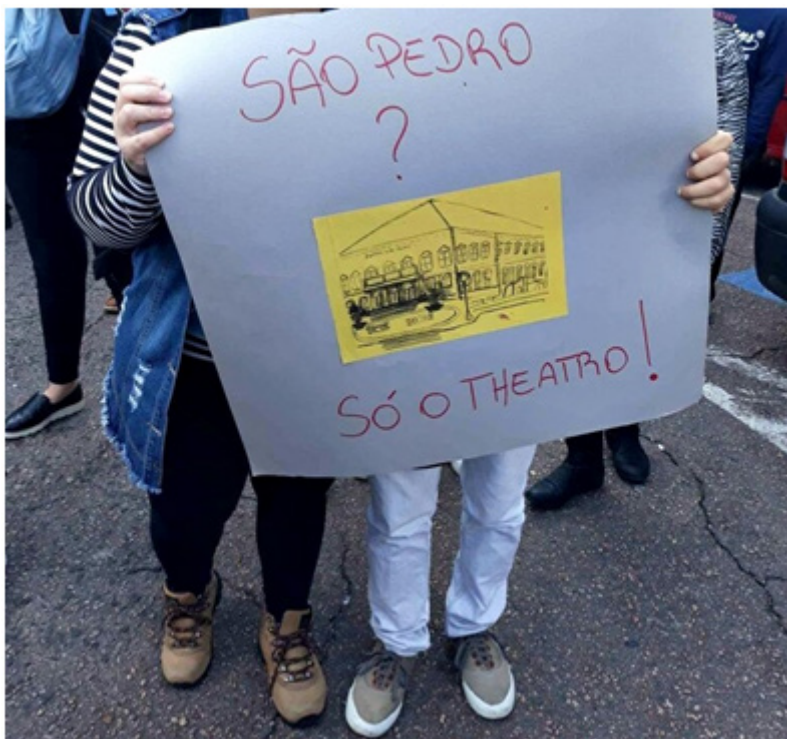
Desenho de usuário entregue à Acompanhante Terapêutica Fabiana: “fiz para você levar pra casa (DS à moradia)” diz ele. Esse paciente, em atendimento há mais de dois anos no AT (DS à saúde), permanece dentro do quarto (DS à moradia) quase todo o tempo de seu dia. O desenho tem, na parte inferior, uma frase escrita: “Rua para Fabiana” (nome fictício da acompanhante terapêutica). Os ATs com esse usuário ocorreram, quase todos, dentro do quarto dele, na casa da família.

Fonte: Dados de diário de campo do primeiro autor deste artigo e de arquivo do projeto de extensão.

Integrando a noção de território aos materiais de pesquisa, é praticamente impossível definir, no campo da atenção psicossocial, uma noção de território em torno dos usuários(as) que seja concreta, física e geograficamente localizada, sem algo de subjetivo e singular. Na Narrativa 1, apesar de os atendimentos do AT (DS à saúde) ocorrerem dentro da casa (DS à moradia) da mãe de Edgar, seu *território existencial* parece ser em torno do sofá, da TV e do silêncio: é lá que ele ocupa seu tempo, encontra a AT, fala sozinho e compartilha seu sonho: “gostaria de trabalhar” (DS ao trabalho). Na Figura 2, tem-se um jovem que vive dentro no território do quarto, na casa de sua família (DS à moradia), expressando uma subjetividade que, pelo desenho, imagina a rua, mas imagina outra pessoa na rua, não ele: “Rua para Fabiana”, enquanto a Figura 3 contrasta o isolamento perpetrado pelo manicômio à possibilidade de acesso a bens culturais como o teatro (DS ao lazer). Na Figura 1, é a partir do receio de ir “sozinho” e não saber “o que falar” que o usuário desloca-se em seu território de timidez ao atendimento na UBS (DS à saúde). No local, questiona sobre um elemento da cena “O que são esses papeizinhos ali pendurados?”, levanta-se e interage com o território da UBS,

pegando o papel no mural para tentar ler. Já na Narrativa 2, descrita a seguir, é um deslocamento pelo território que permite ao usuário reconhecer, no comportamento de uma desconhecida, algo que parece remeter à sua existência: “cada um se vira de um jeito, né!”:

Figura 3



Acompanhante Terapêutica e usuário, que, durante o AT, costumam circular por diferentes territórios da cidade de Porto Alegre, combinaram de participar da mobilização do dia 18 de maio, Dia Nacional da Luta Antimanicomial. O cartaz, fazendo alusão ao Hospital Psiquiátrico São Pedro (DS à saúde degradado) e ao Teatro São Pedro (DS ao lazer), explicita posicionamento que recusa o manicômio como forma de tratamento (DS à saúde) e afirma o acesso à cultura e ao lazer como produtor de saúde.

Fonte: Imagem do primeiro autor deste artigo.

Narrativa 2

Estávamos no centro, eu e meu acompanhado. Fernando, o usuário, foi abordado por uma mulher.

— Lembra de mim? – ela perguntou, fazendo-se de sua conhecida.

Conversa vai, conversa vem, não quis me intrometer, mas estava desconfortável em ver aquela mulher enganando o Fernando.

Ela conseguiu. Ficou falando sobre assuntos vagos e acabou ganhando dinheiro para o “almoço”. Tirou dinheiro do Fernando.

Quando passávamos novamente por esse mesmo local, na volta, a mulher estava abordando outro cara, que a ignorava. O cara veio até nós e comentou:

— Olha essa larápia.

Observando a situação atentamente, para minha surpresa, parecia que o Fernando não era aquele “louco inocente que foi manipulado pela mulher vigarista devido a sua falta de autoconsciência”. Ele parecia saber, ou sentir, o que aquela mulher estava fazendo.

Olhando toda a cena, com tranquilidade, Fernando volta-se para mim, abre o sorriso de uma forma calma, leve, e exclama:

— Cada um se vira de um jeito, né!

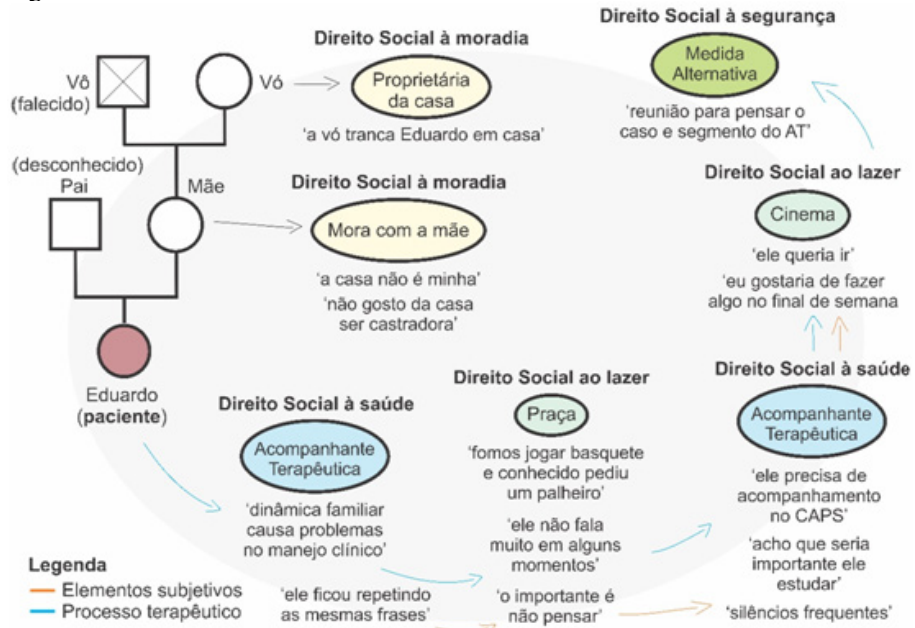
Fonte: Dados de diário de campo do primeiro autor deste artigo

Considerando os fragmentos das cenas clínicas apresentadas, sugere-se pensar a ideia de *território existencial* nos processos terapêuticos segundo quatro pontos: (1) É constituído por algo de uma exterioridade (um local, um objeto, uma imagem, um desenho) e singular (uma frase, um movimento, um sonho, um sorriso). (2) Não é algo necessariamente fixo (física e/ou subjetivamente); assim, pode deitar âncora e/ou derivar. (3) Não é algo necessariamente localizado num bairro ou comunidade, no espaço de uma casa ou em local delimitado; pode ser um espaço abstrato, interior ao sujeito, não compartilhável (um silêncio, uma imaginação, uma tranquilidade). (4) É algo que pode transmutar (física e/ou subjetivamente) à medida que a pessoa faz algum movimento (físico e/ou subjetivo) para isso (o silêncio vira o relato de um sonho; um quarto fechado se transpõe para a rua na imaginação; uma vergonha vira uma ação; uma conversa expressa uma revelação).

A radicalidade da clínica do sujeito de Direitos Sociais, biopsico-político-social, do AT

Por fim, o último ponto de análise, a partir dos materiais de pesquisa, propõe pensar a radicalidade da clínica do sujeito biopsico-político-social, que a prática do AT explicita. O AT é uma clínica inserida no território da vida de usuáries e usuários (Palombini, 2008) em que se acompanha os sujeitos nos seus processos de vida, na relação estabelecida com o território, a intersetorialidade e a oferta de um cuidado integral (Palombini, 2018). Os dados de pesquisa fornecem elementos para pensar a inviabilidade de analisar os processos subjetivos e terapêuticos que se produzem num corpo, um sujeito, sem articulá-los ao exercício de DS, cuja incidência ou inexistência opera nesses processos de alguma forma.

Figura 4



Mapeamento do processo terapêutico de usuário, no período de 6 meses, evidencia a relação entre Direitos Sociais e diferentes territórios, concretos e subjetivos, no exercício do DS à saúde pelo AT.

Fonte: Diagrama do primeiro autor deste artigo. Dados disponíveis nos arquivos do projeto de extensão.

Assim, na Figura 4, o usuário foi encaminhado ao AT por demanda da Justiça, em articulação com uma medida alternativa (DS à segurança). Quase como uma imposição, o AT (DS à saúde) ocorre em meio a uma “dinâmica familiar” complexa. A casa (DS à moradia) é da avó, que cerceia o direito de ir e vir de Eduardo, não lhe

permitindo acesso à chave de casa. A mãe não gosta da casa por considerá-la “castradora” e justifica sua posição de observadora dos comportamentos de sua mãe (avó de Eduardo) utilizando a frase “a casa não é minha”. Eduardo, por sua vez, repete a expressão “o importante é não pensar”. Pela repetição desse pensamento, que diz para não pensar, ele silencia nas cenas do AT. A ida à praça (DS ao lazer), o desejo de ir ao cinema (DS ao lazer), não realizado, e as diferentes propostas de atividades e articulações intersetoriais, não executadas por falta de engajamento de Eduardo, explicitam, pelo AT, marcas dos DS na vida do usuário – pelo discurso, operacionalidade ou não vinculação – que incidem, se relacionam, produzem e/ou conduzem sua vida.

Anterior a esse recorte de seis meses do caso clínico, pode-se pensar a presença dos DS desde antes do nascimento de Eduardo: na gravidez da mãe, como foi o cuidado e assistência à saúde? Como ocorria o exercício da alimentação de Eduardo durante seu desenvolvimento? Quais políticas educacionais estiveram presentes em seu crescimento? Em que locais o usuário morou? Que condições e possibilidades tinham esses locais? A quais meios de locomoção Eduardo teve acesso? Como as diferentes políticas públicas, discursos, serviços ou ações envolvendo os DS incidiram, transversalizados, nos elementos subjetivos e singulares da existência de Eduardo? E das pessoas do seu entorno? Como esses setores determinaram efeitos para que a vida dele tenha se produzido e se conduzido à atual condição? Na radicalidade da relação entre clínica, DS e subjetividade: existe vida sem o exercício de DS? Existe sujeito sem discursos que envolvam os DS? Existe subjetividade e singularidade sem incidência dos DS?

Figura 5



Portaria publicada pelo Ministério da Saúde, em 2018, que evidencia a instabilidade do financiamento das políticas de DS à saúde, na atenção psicossocial, no Brasil. Essa instabilidade possibilita pensar as tensões e disputas que envolvem a palavra “social” do termo “biopsicossocial”.

Fonte: Imagem do primeiro autor deste artigo. Documento de domínio público.

No questionamento sobre a incidência do exercício dos DS nos processos subjetivos e terapêuticos, a presente análise propõe pensar um cotidiano humano que dificilmente pode ser constituído, ou compreendido, se não for considerada a operacionalidade dos DS como suporte na fabricação, proteção, condução e tensionamento das existências. A presença, não necessariamente da noção de direito em si, mas dos discursos sobre educação, saúde, necessidade de alimentação, movimentos de locomoção, lazer, demandas de assistência, dentre outros, relacionados à vida humana, tornam impraticável fragmentar o sujeito em compartimentos biológicos, psicológicos ou sociais. É na radicalidade da explicitação do sujeito biopsicossocial, pela prática do AT, que essa análise contribui para pensar a clínica em Psicologia. A clínica de um sujeito biopsico-político-social (Figura 5) que torna não apenas mais sensível a relação entre clínica e cidade, mas, também, destitui a separação entre corpo, subjetividade e DS.

Relato 1

— O que o AT representa na sua vida?

Usuário 1:

— Eu gosto muito quando a AT vem aqui porque é a única oportunidade que eu tenho de sair de casa sozinho.

Usuária 2:

— Alívio.

— Alívio?

— É. Liberdade.

Usuário 3:

— Bá, o AT é tudo pra mim. Eu posso falar pro AT coisas que eu não posso falar pra mais ninguém. O AT significa tudo pra mim.

Fonte: Dados de diário de campo do primeiro autor deste artigo

Considerações finais

Em consonância com as diretrizes do SUS brasileiro, que preconizam a promoção de uma saúde mental integral, o presente artigo analisou a relação entre a prática do AT e o exercício de DS incidindo nos processos subjetivos e terapêuticos em curso, na clínica em Psicologia, articulada às políticas públicas brasileiras. Situando o AT como um dispositivo que produz DS à saúde, em ato, não na reclusão e confinamento, mas na circulação e liberdade, os dados possibilitam pensar nos sujeitos que habitam a clínica em Psicologia como corpos permeados por DS – em que o circular, o habitar e o ser são indissociáveis do exercício de direitos.

Assim, circular, habitar e ser como inerentes à noção de território, saúde, educação, alimentação, lazer, trabalho, moradia, transporte, assistência, velhice, gestação, infância, dentre outros setores humanos, na produção de vidas – subjetivas – dignas. Como uma clínica de processos terapêuticos que se produzem pelo movimento, cambiantes e múltiplos, reinventando formas de produzir saúde por meio (e com) elementos do cotidiano, o AT, nesta análise, ofertou um aprendizado às demais modalidades da clínica e, em especial, da clínica psicológica, por evidenciar, na relação entre o terapêutico e o exercício dos DS, a vida e seus determinantes espaciais, políticos, sociais, territoriais, relacionais, subjetivos e singulares.

Nesse panorama, mediante o mapeamento dos casos clínicos, considerou-se a impossibilidade de analisar os corpos que demandam cuidado e assistência em saúde mental em separado do exercício de DS. A radicalidade do sujeito biopsicossocial, um dos pontos de análise, tornou possível pensar não apenas na sensível relação entre clínica e cidade, mas, também, na destituição de separação entre corpo, subjetividade e DS, apontando a capacidade de ser pensada uma saúde e um sujeito biopsico-político-social. Por esse raciocínio, é possível considerar que a presença e ausência de políticas públicas na vida de usuários e usuárias destaca a importância da garantia ou disponibilidade de serviços dos DS nos territórios, universais e gratuitos, considerando que eles produzem recursos para a vida – são suporte, fortalecem e constroem a rede de proteção dos usuários, seus exercícios de cidadania e de direitos.

Esses aprendizados mantêm em permanente operacionalidade prerrogativas que redirecionaram o modelo de assistência às pessoas em sofrimento psíquico, a partir da Lei nº 10.216, instituindo, consolidando, fortalecendo e remodelando não apenas a forma como a cidade organiza suas práticas de cuidado para a população, mas, principalmente, pensando que é a própria cidade organizada, com serviços gratuitos, universais e equânimes, que produz cuidado.

Referências

- Brasil (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988*. Brasília. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- Brasil (1990). *Lei nº 8.080, de 19/09/1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Brasília: Diário Oficial da União. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
- Brasil (2001). *Lei nº 10.216, de 06/04/2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Brasília: Diário Oficial da União. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm
- Ecker, D. D. (2020). *O exercício de Direitos Sociais nos processos subjetivos e terapêuticos: Políticas públicas, saúde mental e atenção psicossocial* (tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/213918>
- Ecker, D. D.; Palombini, A. de L. (2020). A complexidade dos direitos sociais na clínica em psicologia: Fatores materiais, singulares e multidimensionais. *Pensando Psicologia*, 16(2), 1-28. <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/pe/article/view/3938>
- Falkembach, E. M. F. (1987). Diário de campo: Um instrumento de reflexão. *Contexto e Educação, Ijuí*, 2(7), 19-24.
- Filizola, C. L. A.; Ribeiro, M. C.; Pavarini, S. C. I. (2003). A história da família de Rubi e seu filho Leão: Trabalhando com famílias de usuários com transtorno mental grave através do modelo Calgary de avaliação e de intervenção na família. *Texto & Contexto Enfermagem*, 12(2), 182-190.
- Foucault, M. (2010). *A hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Martins Fontes.
- Hillesheim, B. G.; Bernardes, A. (2014). Território e nomadismo: A saúde em questão. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 66(3), 47-58. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=229035339005>
- Hullen, A. C. N. (2018). Cidadania e direitos sociais no Brasil: Um longo percurso para o acesso aos direitos fundamentais. *Revista de la Secretaría del Tribunal Permanente de Revisión*, 6(11), 213-227. <https://doi.org/10.16890/rstpr.a6.n11.p213>
- Hüning, S. M.; Guareschi, N. M. F. (2009). Efeito Foucault: Desacomodar a psicologia. In: N. M. F. Guareschi; S. M. Hüning (Orgs.), *Foucault e a Psicologia*, p. 159-182. Porto Alegre: Edipucrs.
- Mello, D. F.; Viera, C. S.; Simpionato, E.; Biasoli-Alves, Z. M. M.; Nascimento, L. C. (2005). Genograma e ecomapa: Possibilidades de utilização na estratégia de saúde da família. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 15(1), 78-91. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822005000100009

- Minayo, M. C. S. (2007). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde* (10ª ed.). São Paulo: HUCITEC.
- Ministério da Saúde (2010). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS* (4ª ed., 4ª reimp.). Brasília: Ministério da Saúde. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf
- Ministério da Saúde (2011). *Portaria nº 3.088, de 23/12/2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: Diário Oficial da União. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Ministério da Saúde (2015). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Cadernos HumanizaSUS, vol. 5 – Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf
- Noto, C. S. (2009). *A ontologia do sujeito em Michel Foucault* (dissertação de mestrado). Departamento de Filosofia, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade São Paulo.
- Palombini, A. de L. (1999). O louco e a rua: A clínica em movimento mais além das fronteiras institucionais. *Educação Subjetividade Poder*, 6(6), 25-31.
- Palombini, A. de L. (2008). *Acompanhamento terapêutico na rede pública: A clínica em movimento* (2ª ed.). Porto Alegre: UFRGS.
- Palombini, A. de L. (2017). Entrevista: Acompanhamento Terapêutico. *EntreLinhas*, 75, 14-17. <http://www.crprs.org.br/upload/others/file/edfc5c7ca099c9c65b1ea8ef28fc9955.pdf>
- Palombini, A. de L. (2018). 25 anos depois, um pouco da estrada em que fiz meu chão: Acompanhamento terapêutico e reforma psiquiátrica. In: S. M. Paulon; C. S. Oliveira; S. M. S. Fagundes (Orgs.), *25 Anos da Lei da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul.
- Rocha, L. P.; Palombini, A. L. (2017). A clínica do Acompanhamento Terapêutico como pesquisa psicanalítica: Uma escrita compartilhada entre vários. *Ágora (PPGTP/UFRJ)*, 20, 732-742. <https://doi.org/10.1590/1809-44142017003012>
- Severo, A. K.; Dimenstein, M. (2011). Rede e intersectorialidade na atenção psicossocial: Contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(3), 640-655. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000300015>
- Silva, J. A. (1999). *Curso de Direito Constitucional Positivo* (16ª ed.). São Paulo: SP. Malheiros.
- Veloza, R. S.; Serpa Júnior, O. D. (2006). O acompanhante terapêutico “em ação” no campo público da assistência em saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 9(2), 318-338. <https://doi.org/10.1590/1415-47142006002010>

Notas

¹ Pesquisa financiada com bolsa de Doutorado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). O estudo integra o projeto guarda-chuva Acompanhamento Terapêutico como Dispositivo de Análise e Cuidado em Redes de Atenção Psicossocial e Intersetorial, com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS (parecer CEP nº 3.374.882).

² O Projeto de Extensão da UFSC vincula-se ao Projeto de Pesquisa guarda-chuva Políticas do Corpo: Psicanálise e Arte (registro no SIGPEX nº 201610796).

³ Os nomes utilizados nesta e nas demais narrativas são fictícios.

Recebido em 28 de fevereiro de 2020

Aceito para publicação em 08 de abril de 2020

DEPRESSIVE SYMPTOMS ASSOCIATED WITH THE EXPECTATION OF SOCIAL SUPPORT IN THE ELDERLY: DATA FROM THE FIBRA-RJ STUDY

*SINTOMAS DEPRESSIVOS ASSOCIADOS À EXPECTATIVA DE
APOIO SOCIAL EM IDOSOS: DADOS DO ESTUDO FIBRA-RJ*

*SÍNTOMAS DEPRESIVOS ASOCIADOS CON LA EXPECTATIVA DE
APOYO SOCIAL EN LOS ANCIANOS: DATOS DEL ESTUDIO FIBRA-RJ*

Pricila Cristina Correa Ribeiro ⁽¹⁾

Felipe Cordeiro Alves ⁽²⁾

Roberto Alves Lourenço ⁽³⁾

RESUMO

O envelhecimento progressivo da população e as transformações sociais decorrentes desse fenômeno fomentam estudos que incluem o apoio social como uma variável relevante para a compreensão dos determinantes da saúde mental na velhice. Este estudo avaliou a associação entre a expectativa de apoio social e os sintomas depressivos clinicamente significativos (CSDS) em idosos da comunidade, controlando as variáveis clínicas e sociodemográficas envolvidas nessa interação. Estudo transversal, utilizando dados do Estudo FIBRA-RJ, que incluiu clientes idosos (maiores de 65 anos) de um plano privado de saúde que residiam nos bairros da zona norte do município do Rio de Janeiro. Dos 776 participantes,

⁽¹⁾ Doutora em Saúde Coletiva. Professora Adjunta do Departamento de Psicologia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil. pricilaribeiro@ufmg.br

⁽²⁾ Psicólogo. Mestrando em Psicologia pela Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil. felipepsi@live.com

⁽³⁾ Doutor em Saúde Coletiva. Professor Titular do Departamento de Medicina Interna da Faculdade de Ciências Médicas e Coordenador do Laboratório de Pesquisa em Envelhecimento Humano (GeronLab) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. roberto.lourenco@globo.com

Esta pesquisa foi financiada pelo CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (processo 555087/2006-9) e pela FAPEMIG – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (processo APQ-01145-14).

This work was supported by CNPq – National Council for Scientific and Technological Development (grant 555087/2006-9), and by FAPEMIG – Foundation for Research of the State of Minas Gerais (grant APQ-01145-14).

Pricila Cristina Correa Ribeiro worked on the conception, design and supervision of data collection of the study; in the analysis and interpretation of the data and in the writing of the article. Felipe Cordeiro Alves worked on the analysis and interpretation of the data and the writing of the article. Roberto Alves Lourenço worked on the conception and delineation of the study and on the critical revision of the final essay of the article.

66% eram mulheres; a média de idade foi de 76,8 ($\sigma=6,77$) anos e a escolaridade média foi de 10 ($\sigma=5,077$) anos de estudo. A prevalência de CSDS foi de 22%. As pessoas que acreditavam ter com quem contar no caso de dependência funcional apresentaram menores chances de CSDS em comparação ao grupo que não tinha esta expectativa (OR=1,976). A expectativa de receber apoio apenas do cuidador formal foi associada à CSDS ($p<0,001$). Os achados reforçam a importância das variáveis psicossociais como fator associado aos transtornos de humor em idosos. *Palavras-chave:* depressão; suporte social; envelhecimento.

ABSTRACT

The progressive aging of the population and the social transformations resulting from this phenomenon have fostered studies that include social support as a relevant variable for understanding the determinants of mental health in old age. This study evaluated the association between the expectancy of social support and clinically significant depressive symptoms (CSDS) in community-dwelling older adults, controlling the clinical and sociodemographic variables involved in this interaction. A cross-sectional study using the database of the FIBRA-RJ Study that includes elderly (over 65 years old) clients of a private health care plan who resided in northern districts of the municipality of Rio de Janeiro. Of the 776 participants, 66% were women; the mean age was 76.8 ($\sigma=6.77$) years, and the mean schooling was 10 ($\sigma=5.077$) years of studies. The prevalence of CSDS was 22%. People who expect assistance in the case of functional dependency showed lower rates of prevalence of CSDS than the group without such expectation (OR=1.976). The expectation of receiving support only from the formal caregiver was associated with CSDS ($p<0.001$). The findings reinforce the importance of psychosocial variables as a factor associated with mood disorders in the elderly.

Keywords: depression; social support; aging.

RESUMEN

El envejecimiento progresivo de la población y las transformaciones sociales resultantes de este fenómeno han fomentado estudios que incluyen el apoyo social como una variable relevante para comprender los determinantes de la salud mental en la vejez. Este estudio evaluó la asociación entre la expectativa de apoyo social y los síntomas depresivos clínicamente significativos (CSDS) en adultos mayores que viven en la comunidad, controlando las variables clínicas y sociode-

mográficas involucradas en esta interacción. Un estudio transversal, que utiliza la base de datos del Estudio FIBRA-RJ, que incluye clientes de edad avanzada (mayores de 65 años) de un plan privado de atención médica que residían en distritos del norte del municipio de Río de Janeiro. De los 776 participantes, el 66% eran mujeres; la edad promedio fue de 76,8 ($\sigma=6,77$) años y la escolaridad promedio fue de 10 ($\sigma=5,077$) años de estudios. La prevalencia de CSDS fue del 22%. Las personas que esperan asistencia en el caso de dependencia funcional tienen tasas más bajas de presentar CSDS en comparación con el grupo que no tiene esta expectativa (OR=1,976). La expectativa de recibir apoyo solo del cuidador formal se asoció con CSDS ($p<0,001$). Los hallazgos refuerzan la importancia de las variables psicosociales como un factor asociado con los trastornos del estado de ánimo en los ancianos.

Palabras clave: depresión; apoyo social; envejecimiento.

Introduction

Depression is one of the most frequent mental disorders in the elderly population (Santos et al., 2015; Polyakova et al., 2014). It negatively impacts the tools that the elderly possess to respond and adapt to pathologies and functional declines present in this stage of life. Its incidence is associated with increased costs in health services (Aziz & Steffens, 2013), worse outcomes of pathological evolutions and increased risk of death (Eurelings et al., 2018).

To investigate depression in the elderly population, it is necessary to consider depressive symptoms, regardless of a diagnosis of major depression. The term Clinically Significant Depressive Symptoms (CSDS) refers to the presence of mood-altering symptoms that may characterize a clear picture of depression (diagnosable) or subsyndromal depression (Sousa-Muñoz et al., 2013). According to a study by Ramos et al. (2015), the prevalence of depression in the elderly population ranged from 3% to 15% and CSDS from 13% to 39%. These authors pointed out that, among the elderly, for outcomes such as cumulative morbidity, CSDS are more significant indicators than depressive syndromes.

Several psychosocial factors have been studied in an attempt to broaden the understanding of the risks and protection of mental health in old age (Weissman & Russel, 2018; Kim et al., 2018). Among these factors, we highlight the social support construct (SS) that emerged in areas related to psychology since the 1970s. In the studies of Cobb (1976), its first formulation included the individual's beliefs about being loved, appreciated, and an object of concern by

loved ones (Cardoso & Baptista, 2015). Social support is currently defined as the product of social interaction acts and classified from emotional, material, and informational dimensions (Neri & Vieira, 2013).

According to Maia et al. (2016), the relevance of one's network and social support increases in the course of aging due to increased chances of disease and functional dependence. Thus, the progressively aging population and the social transformations resulting from this phenomenon have fostered perspectives that include social support as a relevant variable in health care for the elderly (Harada et al., 2018; Silva et al., 2016). The present study investigated the association between clinically significant depressive symptoms and the expectation of social support in the elderly, controlling for the clinical and psychosocial variables that may modify this relationship.

Methods

This is a cross-sectional study that used data from the Frailty in Elderly Brazilians Study – Rio de Janeiro section (FIBRA-RJ), performed between 2009 and 2011, by the Research Laboratory on Human Aging (GeronLab) of the Faculty of Medical Sciences of the State University of Rio de Janeiro. Fibra-RJ is part of the FIBRA Brasil Network, a multicentric study whose objective was to identify the prevalence and conditions associated with frailty in Brazilian older people, including their relationship with demographic and psychosocial variables (Neri et al., 2013). The network was organized in different poles of research linked to partner institutions, and each pole was selected out of convenience in the cities where the data was collected. FIBRA-RJ interviewed 847 individuals aged 65 and older, clients of a health care provider and who reside in the northern zone of the city of Rio de Janeiro, RJ, Brazil, selected by inverse random sampling, stratified by age and sex. For the present study, those who did not answer questions about support expectation and/or the scale for depressive symptoms were not considered. In total, 776 individuals were analyzed.

The participation of the elderly was voluntary, and the rules of the National Commission for Research Ethics of the Ministry of Health (CONEPE) were respected. The study was approved by the Ethics Committee of the Pedro Ernesto University Hospital, at the State University of Rio de Janeiro. The data collection was carried out in interviews conducted by trained interviewers and performed at the participants' homes. The individuals provided data on their sociodemographic, psychosocial, and health conditions by self-report. The data was obtained following a standardized questionnaire¹.

The CSDS were measured using the Geriatric Depression Scale, version 15 (GDS-15) (Almeida & Almeida, 1999) and using the cut-off point 5 (Paradela et al., 2005) to divide the sample into two groups, “without depressive symptoms” and “with depressive symptoms”. The cut-off point 5 proposed by Paradela et al. (2005), with a sensitivity of 81% and specificity of 71%, is indicated to identify older adults suspected of depression, even in non-specialized contexts. Thus, this instrument was considered useful for evaluating CSDS in the present study, which investigated a community sample of the elderly. The functional capacity for instrumental activities of daily living (IADL) with the functional scale of Lawton and Brody (1969) and the ability to perform basic activities of daily living (BADL), measured with the Katz Index (1963), were evaluated. The total sum of the number of BADL and IADL that the respondent did not perform or for which they needed help was used as a continuous variable in the data analysis. Also, the clinical variables of self-perceived health and the number of chronic diseases were analyzed. The self-perceived health was analyzed as dichotomous, and was considered positive when the respondents reported their general health as very good or good, and negative when they evaluated it as regular, poor or very poor. The number of chronic diseases was analyzed with the following categories: no diseases; one disease; two diseases; three or more diseases.

The following sociodemographic and psychosocial variables were acquired by self-report, through a questionnaire structured by the Fibra-RJ interview protocol. From this protocol, the following sociodemographic and psychosocial variables were analyzed: gender, age, income, number of children, marital status, housing arrangement (with whom they were living), responsibility for the maintenance of the house, schooling, satisfaction with the people close to them, and expectation of support. These variables were treated as categorical in the data analysis and their categories are described in Table 1.

The expectation of support was obtained by self-report on whether they could count on someone if help was needed to perform the activities of daily living (ADL) and, if so, who would be that supporting agent. The question about “expectation of support” was applied after the participant answered the FIBRA protocol instruments that assessed the ability for ADL. Thus, it was possible to clarify in the interview that the answer to “expectation of support” referred to support for ADL. To identify the primary support provider, the following predefined categories were presented to the participant: spouse or partner; daughter or daughter-in-law; son or son-in-law; another relative; friend or neighbor; paid professional.

To verify the association between the presence of CSDS and the independent demographic, clinical and psychosocial variables, association analyses were

performed with Pearson's χ^2 test for the categorical variables, and the Student's t-test, for comparison of the average functional capacity variable that was treated as continuous, with a significance level of 5%. Multiple logistic regression analysis was used to estimate the odds ratios (and their respective 95% confidence intervals) of the association between CSDS and the independent variables. The analyses were performed with the Statistical Package for Social Sciences (SPSS), version 18.0. All results of relative frequencies and association measures were analyzed by their sample weight, defined through the sampling process used in the FIBRA-RJ Study.

Results

Among the 776 participants, 66% were women; the mean age was 76.8 ($\sigma=6.77$) years and the mean schooling was 10 ($\sigma=5.077$) years of studies. The prevalence of CSDS was 22%. The mean loss in ADL was 1.19 ($\sigma=1.76$) and 3.14 ($\sigma=3.05$) activities among the elderly without CSDS and with CSDS, respectively ($p<0.001$). According to the presence or absence of CSDS, other characteristics of the sample are described in Tables 1 and 2.

Table 1 — Frequency of sociodemographic characteristics by presence/absence of clinically significant depressive symptoms (N=766)

Sociodemographic characteristics	Clinically Significant Depressive Symptoms	
	Yes	No
	N (%)	N (%)
Gender*		
Male	47 (20,3%)	179 (79,7%)
Female	129 (24,5%)	411 (75,5%)
Age groups*		
65 to 69	19 (13,9%)	118 (86,1%)
70 to 74	40 (22,0%)	145 (78,0%)
75 to 79	42 (22,2%)	145 (77,8%)
80 to 84	44 (28,6%)	109 (71,4%)
85 and older	31 (30,0%)	73 (70,0%)
Family income*, as multiples of the minimum wage**		
0 to 1	22 (33,2%)	45 (66,8%)
1,1 to 2	15 (33,0%)	34 (67,0%)
2,1 to 5	60 (23,7%)	192 (76,3%)
5,1 to 10	55 (24,7%)	171 (75,3%)
10,1 to 20	12 (12,1%)	90 (87,9%)
more than 20	6 (23,2%)	22 (76,8%)

continue...

...continuation

Sociodemographic characteristics	Clinically Significant Depressive Symptoms	
	Yes	No
	N (%)	N (%)
Number of children*		
0	29 (24,3%)	91 (75,7%)
1	28 (20,3%)	110 (79,7%)
2	63 (25,5%)	190 (74,8%)
3	56 (22,1%)	199 (76,8%)
Marital status*		
Married or living with partner	65 (20,1%)	264 (79,9%)
Divorced/separated	16 (27,1%)	43 (72,9%)
Single	19 (22,8%)	66 (77,2%)
Widowed	76 (23,2%)	217 (76,8%)
Responsible for supporting the maintenance of the house		
Yes	73 (22,8%)	243 (77,2%)
No	103 (23,7%)	347 (76,3%)
Schooling* (years)		
Illiterate	10 (40,6%)	15 (59,4%)
1 to 4	38 (30,7%)	89 (69,3%)
5 to 8	43 (27,3%)	116 (72,7%)
9 to 12	51 (21,2%)	191 (84,0%)
13 or more	34 (16,0%)	179 (76,8%)
Housing arrangement		
Living alone	37 (23,0%)	122 (77,0%)
Living with spouse or family member	139 (23,2%)	468 (76,8%)

Notes

N (%) number of individuals in the unweighted sample (relative frequency weighted by the sample weight)

* p<0,001 obtained with Pearson's χ^2 test

** Minimum wage: R\$465,00 (reference value in the study period)

Table 2 — Frequency of clinical and psychosocial characteristics by presence/absence of clinically significant depressive symptoms (N=766)

Clinical and psychosocial characteristics	Clinically Significant Depressive Symptoms	
	Yes	No
	N (%)	N (%)
Functional capacity for instrumental activities of daily living**		
Able	42 (12,0%)	311 (88,0%)
Unable	134 (32,6%)	279 (67,4%)
Functional capacity for basic activities of daily living**		
Able	115 (19,1%)	494 (80,9%)
Unable	61 (38,3%)	96 (67,4%)

continue...

...continuation

Clinical and psychosocial characteristics	Clinically Significant Depressive Symptoms	
	Yes	No
	N (%)	N(%)
Satisfaction with the people close*		
Not much	15 (38,6%)	25 (61,4%)
More or less	70 (40,0%)	106 (60,0%)
Very	91 (16,6%)	458 (83,4%)
Self-perceived health*		
Positive	55 (13,0%)	372 (87,0%)
Negative	121 (36,2%)	218 (63,8%)
Expectation of receiving support in case of disability for activities of daily living*		
Yes	140 (36,8%)	527 (63,2%)
No	36 (21,2%)	63 (78,8%)
Number of diseases*		
None	6 (7,8%)	75 (92,2%)
1	28 (15,3%)	158 (84,7%)
2	42 (20,8%)	163 (79,2%)
3 or more	100 (34,3%)	194 (65,7%)

Notes

N (%) number of individuals in the unweighted sample (relative frequency weighted by the sample weight)

* $p < 0,001$ obtained with Pearson's χ^2 test

Among the sociodemographic variables analyzed, housing arrangement (living alone or living with relatives) and primary responsibility for household support did not present a statistically significant association with the presence of CSDS, with p -values of 0.45 and 0.17, respectively. Therefore, these two variables were excluded from the multiple logistic regression analysis.

Regarding the expectation of receiving social support, it was observed that 87.1% of the elderly answered that they would have someone to count on in case of disability for ADL, and the expectation of receiving support from informal caregivers was significantly more frequent (80.6%), that is, receiving support from family and friends. Table 3 describes the frequency of this expectation of support and possible providers. It should be noted that there was an association between the presence of CSDS and the expectation of a formal or informal support agent ($\chi^2(1) = 19.68$, $p < 0.001$), with a CSDS prevalence of 27.7% among participants who counted on paid professionals to receive support and 22.3% among participants who counted on informal support.

Table 3 — Frequency of expectation of receiving support in case of disability for activities of daily living and care providers (N=766)

Support Expectation Variable	N (%)
Having someone to count on in case of disability for activities of daily living	
Yes	667 (81.7%)
No	99 (12.9%)
Support providers	
Spouse or partner	206 (28.4%)
Daughter or daughter-in-law	251 (32.1%)
Son or son-in-law	41 (5.4%)
Another relative	86 (11.1%)
Friend or neighbor	29 (3.6%)
Paid professional	97 (12.4%)
Category of expected support provider (formal and informal care) *	
Paid/formal caregiver	97 (12.4%)
Informal caregiver	613 (80.6%)

Note:

* 7.1% of the participants did not specify the expected care provider

The results of the odds ratios obtained with the multiple logistic regression are described in Table 4. Among the factors associated with CSDS, the increase in age is noteworthy, with the presence of symptoms most frequent among the elderly aged 75 to 79, and 80 years and older compared to the group of younger elderly. It was found that the greater odds of these symptoms for the females were not maintained in the multiple regression model when the variables of clinical and psychosocial conditions were controlled. Regarding the expectation of support, participants who thought they had no one to count on in case of ADL disability were approximately twice as likely (CR=1.976) to present depressive symptoms. The variables of income and of marital status were not maintained in the model since their withdrawal did not alter the explanatory power of the model, although they presented a statistically significant association in the bivariate analyses.

Table 4 — Adjusted odds ratios for the association of expectation of receiving support and clinical and psychosocial characteristics with clinically significant depressive symptoms

Variables	Odds Ratios	CI 95%
Expectation of receiving support in case of disability to activities of daily living		
No		1
Yes	1,976	1,667–2,343

continue...

...continuation

Variables	Odds Ratios	CI 95%
Age groups		
65 to 69		1
70 to 74	1,065	0,830–1,367
75 to 79	1,546	1,241–1,927
80 to 84	1,300	1,057–1,597
85 and older	1,603	1,301
Gender		
Male		1
Female	1,277	1,114–1,464
Number of children		
0		1
1	1,435	1,185–1,737
2	1,124	0,934–1,353
3	1,710	1,473–1,984
Schooling (years)		
Illiterate		1
1 to 4	1,659	1,190–2,313
5 to 8	1,607	1,321–1,954
9 to 12	1,513	1,263–1,814
13 or more	1,281	1,081–1,519
Satisfaction with the people close		
Not much		1
More or less	1,986	1,567–2,516
Very	4,236	3,708–4,839
Self-perceived health		
Positive		1
Negative	0,400	0,353–0,453
Number of diseases		
None		1
1	0,305	0,228–0,408
2	0,627	0,532–0,739
3 or more	0,847	0,732–0,979
Number of BADL and IADL	1,416	1,376–1,457

NotesCox & Snell $R^2 = 0,226$ Nagelkerke $R^2 = 0,342$ $\chi^2 = 2153,355$ ($p < 0,001$)

CI: confidence interval

Discussion

This study investigated the perceived social support construct, specifically regarding the expectation of receiving support in case of functional dependence, as a variable associated with the presence of clinically significant depressive symp-

toms in the elderly. The findings showed a significantly lower chance of finding these symptoms among the elderly with the expectation of receiving social support when compared to those with the expectation of absence of support. Therefore, the hypothesis that the expectation of support appears as a factor associated with depressive symptomatology is confirmed, predominating over other psychosocial conditions, such as the concrete circumstances of housing arrangement. In agreement with these findings, Brazilian (Silva et al., 2016; Rabelo & Neri, 2015) and international (Hu et al., 2018; Li et al., 2018; Liu et al., 2016) studies have established social support as a variable associated with depression in the elderly population. Reviewing the Brazilian production about this issue, Macedo et al. (2018) reaffirmed the expansion of studies in recent years, acknowledging the participation of research on social support (11%) and common mental disorders, among them depression, in Brazil. Among elderly Brazilians, an association of social support, together with the depression variable, with the frailty syndrome was found, confirming the explanatory potential of this variable for depression in the elderly (Souza et al., 2017). However, the relationship between depressive and frailty symptoms is still unclear and challenges researchers and clinicians who seek to understand the relationship and the factors associated with these adversities (Buigues et al., 2015). From the results of this study, it is recommended that more complex models, including factors associated with physical and mental health such as social support, be tested to advance the knowledge about the relationship between these adversities and how to face them in old age.

In the study by Hu et al. (2018), 25 to 28% of the disparities in relation to depressive symptomatology were explained by social support, evaluated as less adequate among elderly living in rural areas, with this association controlled for sociodemographic and clinical variables. Li et al. (2018) found an association between greater social support and greater social participation with the best prognosis of depressive symptomatology.

In this study, satisfaction with the people close to them was another psychosocial variable that presented a negative association with depressive symptoms, which reinforces the importance of self-perception for the elderly regarding their social support and its impact on mental health. Furthermore, it was shown that positive expectations about receiving support in the face of disability were highly prevalent among the elderly, similar to what was found in other Brazilian studies (Guedea et al., 2006; Rodrigues & Neri, 2012). An association between the mode of support expected by the elderly, whether formal or informal, and the depressive symptomatology was also found. These results indicate that older people who do not expect family support were more likely to have depressive symptoms

than those who have close relatives to take care of them. The importance of informal and voluntary care, recognized by the elderly while dealing with losses, may indicate that this is a protective factor in relation to depressive symptomatology in old age. In previous studies (Paúl, 2017), it stands out that informal support represents an important indicator of quality of life for the elderly.

There was a predominance of expectation by the elderly of receiving support from the spouse or partner, and from daughters or daughters-in-law. This result may be related to affectivity in these relationships and the provision of support in previous situations by these loved ones (Silva & Rabelo, 2017). The expectation of support provided by a female relative, other than a spouse, maybe the result of the socially-shared assumption about the role of women as caregivers (Isaac et al., 2018).

As for other factors associated with depressive symptoms, the findings in which the presence of depressive symptoms was associated with advanced age (Sengupta and Benjamin, 2015; Ventura et al., 2016), low schooling (Mendes-Chiloff et al., 2019; Lima et al., 2016), the greater number of diseases (Nascimento et al., 2016; Amaral et al., 2018), and the presence of disability (Mendes-Chiloff et al., 2019; Nóbrega et al., 2015) were corroborated. However, contrary to other findings (Gero et al., 2017; He et al., 2016; Ventura et al., 2016), in this study, the variables of income, marital status, and living alone had no influence on the explanatory power of the multi-factor model associated with depressive symptoms.

It has been discussed in the literature that the effects of housing arrangement variables – used as a proxy for social vulnerability – on depression in the elderly should be reviewed, as they may not capture the level of social interaction. Older adults living alone can have a diverse social network and even better well-being than older adults who live with other people (Djundeva et al., 2019). In addition, the mediating factors should be further studied. For example, the effect of gender differences and the level of social cohesion in the neighborhood can mitigate the effect of home arrangement (Honjo et al., 2018), and the level of reciprocity can mediate the association between income level and depressive symptoms (Han et al., 2018).

Another controversy was with the literature pointing to a greater presence of depressive symptoms among women (Defrancesco et al., 2018; Laborde-Lahoz et al., 2015). It was verified that the association of these depressive symptoms with women occurred only in the bivariate analyzes, that is, when the other sociodemographic and clinical variables were not considered, which may indicate that other factors that lead to physical and psychosocial changes represent the main determinants of depression among the elderly. Loss of ability to perform

daily tasks independently is recognized as a risk factor for depressive symptoms in the elderly (Heser et al., 2020; Silva et al., 2016), as well as an increase in the number of diseases (Nascimento et al., 2016; Amaral et al., 2018). Women, due to their greater longevity, are more likely to be affected by functional declines and comorbidities associated with depression. Thus, the contradiction with the results of other studies (such as Defrancesco et al., 2018; Laborde-Lahoz et al., 2015; Lampert & Ferreira, 2018) may be due to the fact that physical determinants, such as capacity losses, have not been controlled in these studies. In this sense, we can also justify the contradictions in relation to the literature for the variables living alone, income, and marital status.

Population-based studies on depression, its prevalence and associated aspects are still scarce in Brazil (Ramos et al., 2015). Thus, this study sought to further knowledge about the aspects associated with the mental health of the elderly population. By focusing on a sample of older adults served by a private health care plan, the sociodemographic profile of the sample in this study differs from the elderly population in general and from older adults who rely solely on coverage by the public health care system, presenting, for example, higher levels of income and schooling (Malta et al., 2011). Hence, it is necessary to reproduce studies of this type in different population scenarios in order to understand how sociocultural conditions can impact mental health outcomes of the older demographic.

In order to confirm and amplify the inferences gathered from the cross-sectional design, it is suggested that future studies investigate the effect of the expectation of social support on changes of physical and mental health experienced during aging. In addition, we recommend the expansion of ways to measure social support that in this investigation were limited to the expectation of support. Nevertheless, it is recognized that the findings obtained reinforce the importance of psychosocial variables as a factor associated with mood disorders in the elderly, allowing us to conclude that these indicators, which are generally quick and inexpensive to obtain, should be included among the measures for identifying risk groups in the elderly. Thus, mental health efforts must also focus on the specificities of aging, including the expectation of support in the face of the loss of functional capacity, as a way of identifying and assisting the elderly at greater risk of depression. The present study also leads to reflection on the need to structure public policies aimed at supporting informal care for the elderly, such as the provision of technical assistance to family caregivers, and the need to expand community and institutional networks of social and emotional support to the elderly, as these represent care alternatives for the elderly who cannot count on family members and would demand even more support from public policies to mitigate losses in old age.

References

- Almeida, O. P.; Almeida, S. A. (1999). Short versions of the geriatric depression scale: A study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *14*, 858-865. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1166\(199910\)14:10<858::AID-GPS35>3.0.CO;2-8](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1166(199910)14:10<858::AID-GPS35>3.0.CO;2-8)
- Amaral, T. L. M.; Amaral, C. D. A.; Lima, N. S. D.; Herculano, P. V.; Prado, P. R. D.; Monteiro, G. T. R. (2018). Multimorbidity, depression, and quality of life among older adults assisted in the Family Health Strategy in Senador Guimard, Acre, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, *23*(9), 3077-3084. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.22532016>
- Aziz, R.; Steffens, D. C. (2013). What are the causes of late-life depression? *The Psychiatric Clinics of North America*, *36*(4), 497-516. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2013.08.001>
- Buigues, C.; Padilla-Sánchez, C.; Garrido, J. F.; Navarro-Martínez, R.; Ruiz-Ros, V.; Cauli, O. (2015). The relationship between depression and frailty syndrome: A systematic review. *Aging & Mental Health*, *19*(9), 762-772. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.967174>
- Cardoso, H. F.; Baptista, M. N. (2015). Evidence regarding the validity of the scale of perceived social support (adult version): A correlational study. *Psicologia: Ciência e Profissão*, *35*(3), 946-958. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001352013>
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatics*, *38*(5), 300-314. <https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>
- Defrancesco, M.; Pechlaner, R.; Kiechl, S.; Willeit, J.; Deisenhammer, E. A.; Hinterhuber, H.; Rungger, G.; Gasperi, A.; Marksteiner, J. (2018). What characterizes depression in old age? Results from the Bruneck study. *Pharmacopsychiatry*, *51*(04), 153-160. <https://doi.org/10.1055/s-0043-119417>
- Djundeva, M.; Dykstra, P. A.; Fokkema, T. (2019). Is living alone “aging alone”? Solitary living, network types, and well-being. *The Journals of Gerontology: Series B*, *74*(8), 1406-1415. <https://doi.org/10.1093/geronb/gby119>
- Eurelings, L. S.; van Dalen, J. W.; ter Riet, G.; van Charante, E. P. M.; Richard, E.; van Gool, W. A. (2018). Apathy and depressive symptoms in older people and incident myocardial infarction, stroke, and mortality: A systematic review and meta-analysis of individual participant data. *Clinical Epidemiology*, *10*, 363-379. <https://doi.org/10.2147/CLEP.S150915>
- Gero, K.; Kondo, K.; Kondo, N.; Shirai, K.; Kawachi, I. (2017). Associations of relative deprivation and income rank with depressive symptoms among older adults in Japan. *Social Science & Medicine*, *189*, 138-144. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.07.028>
- Guedea, M. T. D.; Albuquerque, F. D.; Tróccoli, B. T.; Noriega, J. A. V.; Seabra, M. A. B.; Guedea, R. L. D. (2006). Relationships of subjective well-being, coping strategies and perceived social support in the elderly. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *19*(2), 301-308. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722006000200017>

- Han, K.-M.; Han, C.; Shin, C.; Jee, H.-J.; An, H.; Yoon, H.-K.; Ko, Y.-H.; Kim, S.-H. (2018). Social capital, socioeconomic status, and depression in community-living elderly. *Journal of Psychiatric Research*, 98, 133-140. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.01.002>
- Harada, K.; Sugisawa, H.; Sugihara, Y.; Yanagisawa, S.; Shimmei, M. (2018). Social support, negative interactions, and mental health: Evidence of cross-domain buffering effects among older adults in Japan. *Research on Aging*, 40(4), 388-405. <https://doi.org/10.1177/0164027517701446>
- He, G.; Xie, J. F.; Zhou, J. D.; Zhong, Z. Q.; Qin, C. X.; Ding, S. Q. (2016). Depression in left-behind elderly in rural China: Prevalence and associated factors. *Geriatrics & Gerontology International*, 16, 638-643. <https://doi.org/10.1111/ggi.12518>
- Heser, K.; Stein, J.; Luppá, M.; Wiese, B.; Mamone, S.; Weyerer, S.; ... Stark, A. (2020). Late-life depressive symptoms are associated with functional impairment cross-sectionally and over time: Results of the AgeMooDe study. *The Journals of Gerontology: Series B*, 75(4), 811-820. <https://doi.org/10.1093/geronb/gby083>
- Honjo, K.; Tani, Y.; Saito, M.; Sasaki, Y.; Kondo, K.; Kawachi, I.; Kondo, N. (2018). Living alone or with others and depressive symptoms, and effect modification by residential social cohesion among older adults in Japan: The JAGES longitudinal study. *Journal of Epidemiology*, 28(7), 315-322. <https://doi.org/10.2188/jea.JE20170065>
- Hu, H.; Cao, Q.; Shi, Z.; Lin, W.; Jiang, H.; Hou, Y. (2018). Social support and depressive symptom disparity between urban and rural older adults in China. *Journal of Affective Disorders*, 237, 104-111. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.076>
- Isaac, L.; Ferreira, C. R.; Ximenes, V. S. (2018). Cuidar de idosos: Um assunto de mulher? *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 9(1), 108-125. <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2016v9n1p108>
- Kim, G.; Allen, R. S.; Wang, S. Y.; Park, S.; Perkins, E. A.; Parmelee, P. (2018). The relation between multiple informal caregiving roles and subjective physical and mental health status among older adults: Do racial/ethnic differences exist? *The Gerontologist*, 59(3), 499-508. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx196>
- Laborde-Lahoz, P.; El-Gabalawy, R.; Kinley, J.; Kirwin, P. D.; Sareen, J.; Pietrzak, R. H. (2015). Subsyndromal depression among older adults in the USA: Prevalence, comorbidity, and risk for new-onset psychiatric disorders in late life. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(7), 677-685.
- Lampert, C. D. T.; Ferreira, V. R. T. (2018). Factors associated with depressive symptomatology in the elderly. *Avaliação Psicológica*, 17(2), 205-212. <https://doi.org/10.15689/ap.2018.1702.14022.06>
- Lawton, M. P.; Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9, 179-85.
- Li, C.; Jiang, S.; Li, N.; Zhang, Q. (2018). Influence of social participation on life satisfaction and depression among Chinese elderly: Social support as a mediator. *Journal of Community Psychology*, 46(3), 345-355.

- Lima, A. M. P.; Ramos, J. L. S.; Bezerra, I. M. P.; Rocha, R. P. B.; Batista, H. M. T.; Pinheiro, W. R. (2016). Depression in the elderly: A systematic review of the literature. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, 6(2), 96-103. <https://doi.org/10.17058/reci.v6i2.6427>
- Liu, L.; Gou, Z.; Zuo, J. (2016). Social support mediates loneliness and depression in elderly people. *Journal of Health Psychology*, 21(5), 750-758.
- Macedo, J. P.; Dimenstein, M.; Sousa, H. R. D.; Costa, A. P. A. D.; Silva, B. I. D. B. D. (2018). Brazilian scientific production about social support: Trends and invisibilities. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 11(2), 258-278. <https://doi.org/10.36298/gerais2019110206>
- Maia, C. M. L.; Castro, F. V.; Fonseca, A. M. G.; Fernández, M. I. R. (2016). Redes de apoio social e de suporte social e envelhecimento ativo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INEAD de Psicologia*, 1(1), 293-306. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n1.v1.279>
- Malta, D. C.; Moura, E. C.; Oliveira, M.; Santos, F. P. (2011). Health insurance users: Self-reported morbidity and access to preventive tests according to a telephone survey, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(1), 57-66. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000100006>
- Mendes-Chiloff, C. L.; Lima, M. C. P.; Torres, A. R.; Santos, J. L. F.; Duarte, Y. O.; Lebrão, M. L.; Cerqueira, A. T. D. A. R. (2019). Depressive symptoms among the elderly in São Paulo city, Brazil: Prevalence and associated factors (SABE Study). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 21, e180014. <https://doi.org/10.1590/1980-549720180014.supl.2>
- Nascimento, P. P. P.; Batistoni, S. S. T.; Neri, A. L. (2016). Frailty and depressive symptoms in older adults: Data from the FIBRA study – UNICAMP. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 29, 16. <https://doi.org/10.1186/s41155-016-0033-9>
- Neri, A. L.; Vieira, L. A. M. (2013). Social involvement and perceived social support in old age. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16(3), 419-432. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000300002>
- Neri, A. L.; Yassuda, M. S.; Araújo, L. F.; Eulálio, M. C.; Cabral, B. E.; Siqueira, M. E. C.; Santos, G. A.; Moura, J. G. A. (2013). Methodology and social, demographic, cognitive, and frailty profiles of community-dwelling elderly from seven Brazilian cities: The FIBRA Study. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(4), 778-792. <https://www.scielo.br/j/csp/alxQ65bzxRxMRZ9FpddG344dt/>
- Nóbrega, I. R. A. P. D.; Leal, M. C. C.; Marques, A. P. D. O.; Vieira, J. D. C. M. (2015). Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: Revisão integrativa. *Saúde em Debate*, 39, 536-550.
- Paradela, E. M. P.; Lourenço, R. A.; Veras, R. P. (2005). Validation of geriatric depression scale in a general outpatient clinic. *Revista de Saúde Pública*, 39(6), 918-923. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000600008>
- Paúl, C. (2017). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 15, 275-287.

- Polyakova, M.; Sonnabend, N.; Sander, C.; Mergl, R.; Schroeter, M. L.; Schroeder, J.; Schönknecht, P. (2014). Prevalence of minor depression in elderly persons with and without mild cognitive impairment: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 152, 28-38. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.09.016>
- Rabelo, D. F.; Neri, A. L. (2015). Tipos de configuração familiar e condições de saúde física e psicológica em idosos. *Cadernos de Saúde Pública*, 31, 874-884.
- Ramos, G. C. F.; Carneiro, J. A.; Barbosa, A. T. F.; Mendonça, J. M. G.; Caldeira, A. P. (2015). Prevalence of depressive symptoms and associated factors among elderly in northern Minas Gerais: A population-based study. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 64(2), 122-131. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000067>
- Rodrigues, N. O.; Neri, A. L. (2012). Social, individual and programmatic vulnerability among the elderly in the community: Data from the FIBRA study conducted in Campinas, São Paulo, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17, 2129-2139. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800023>
- Santos, C. A. D.; Ribeiro, A. Q.; Rosa, C. D. O. B.; Ribeiro, R. D. C. L. (2015). Depression, cognitive deficit and factors associated with malnutrition in elderly people with cancer. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(3), 751-760. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.06252014>
- Sengupta, P.; Benjamin, A. I. (2015). Prevalence of depression and associated risk factors among the elderly in urban and rural field practice areas of a tertiary care institution in Ludhiana. *Indian Journal of Public Health*, 59(1), 3. <https://doi.org/10.4103/0019-557X.152845>
- Silva, L. L. N. B. D.; Rabelo, D. F. (2017). Affection and conflict in the family, functional capacity and expectation of care of the elderly. *Pensando famílias*, 21, 80-91.
- Silva, S. M.; Braido, N. F.; Ottaviani, A. C.; Gesualdo, G. D.; Zazzetta, M. S.; Orlandi, F. S. (2016). Social support of adults and elderly with chronic kidney disease on dialysis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, e2752. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0411.2752>
- Sousa-Muñoz, R. L.; Fernandes Junior, E. D.; Brito, N. D.; Garcia, B. B.; Moreira, I. F. (2013). Association between depressive symptomatology and hospital death in elderly. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 62(3), 177-82. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852013000300001>
- Souza, D. D. S.; Berlese, D. B.; Cunha, G. L. D.; Cabral, S. M.; Santos, G. A. D. (2017). Analysis of the relationship of social support and fragility in elderly syndrome. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(2), 420-433. <https://doi.org/10.15309/17psd180211>
- Ventura, J.; Semedo, D. C.; Paula, S. F.; Silva, M. R. S.; Pelzer, M. T. (2016). Fatores associados a depressão e os cuidados de enfermagem no idoso. *Revista de Enfermagem*, 12(12), 100-113.
- Weissman, J. D.; Russell, D. (2018). Relationships between living arrangements and health status among older adults in the United States, 2009-2014: Findings from the National Health Interview Survey. *Journal of Applied Gerontology*, 37(1), 7-25. <https://doi.org/10.1177/0733464816655439>

Notes

¹ Available in <https://www.geronlab.com/projetos-de-pesquisa.html>

Recebido em 16 de janeiro de 2020

Aceito para publicação em 02 de abril de 2021