



# Pesquisas acadêmicas em Psicanálise:

Reflexões teóricas e ilustrações práticas

Nadja Nara Barbosa Pinheiro  
Rodrigo Sanches Peres  
Sílvia Nogueira Cordeiro  
(Organizadores)

**Pesquisas acadêmicas em Psicanálise:  
reflexões teóricas e ilustrações práticas**



**Pedro & João**  
editores



**Nadja Nara Barbosa Pinheiro  
Rodrigo Sanches Peres  
Sílvia Nogueira Cordeiro  
(Organizadores)**

**Pesquisas acadêmicas em Psicanálise:  
reflexões teóricas e ilustrações práticas**

**Copyright © Autoras e autores**

Todos os direitos garantidos. Qualquer parte desta obra pode ser reproduzida, transmitida ou arquivada desde que levados em conta os direitos das autoras e dos autores.

---

**Nadja Nara Barbosa Pinheiro; Rodrigo Sanches Peres; Sílvia Nogueira Cordeiro [Orgs.]**

**Pesquisas acadêmicas em Psicanálise: reflexões teóricas e ilustrações práticas.** São Carlos: Pedro & João Editores, 2022. 163p. 16 x 23 cm.

**ISBN: 978-65-5869-764-0 [Digital]**

**978-65-5869-765-7 [Impresso]**

1. Pesquisas acadêmicas. 2. Psicanálise. 3. Reflexões teóricas. 4. Grupo de trabalho. I. Título.

---

CDD – 370/150

**Capa:** Petricor Design

**Ficha Catalográfica:** Hélio Márcio Pajeú – CRB - 8-8828

**Diagramação:** Diany Akiko Lee

**Editores:** Pedro Amaro de Moura Brito & João Rodrigo de Moura Brito

**Conselho Científico da Pedro & João Editores:**

Augusto Ponzio (Bari/Itália); João Wanderley Geraldi (Unicamp/ Brasil); Hélio Márcio Pajeú (UFPE/Brasil); Maria Isabel de Moura (UFSCar/Brasil); Maria da Piedade Resende da Costa (UFSCar/Brasil); Valdemir Miotello (UFSCar/Brasil); Ana Cláudia Bortolozzi (UNESP/Bauru/Brasil); Mariangela Lima de Almeida (UFES/ Brasil); José Kuiava (UNIOESTE/Brasil); Marisol Barenco de Mello (UFF/Brasil); Camila Caracelli Scherma (UFFS/Brasil); Luis Fernando Soares Zuin (USP/Brasil).



**Pedro & João Editores**

[www.pedroejoaoeditores.com.br](http://www.pedroejoaoeditores.com.br)

13568-878 – São Carlos – SP

2022

## AGRADECIMENTOS

Desde sua constituição, em 2010, o Grupo de Trabalho (GT) “Psicanálise e clínica ampliada”, vinculado à Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP), possui como marca registrada o fato de seus membros trabalharem em conjunto e com muita disposição na construção de espaços específicos por meio dos quais possamos levar adiante o legado freudiano. O livro que o leitor tem em mãos configura-se como mais uma entre essas construções.

E, se nele assumimos a tarefa da organização para que a publicação se tornasse realidade, tal empreitada não poderia ter sido realizada sem a colaboração de nossos colegas de GT. Por essa razão, a eles endereçamos os nossos mais sinceros agradecimentos. Não apenas pelas valorosas contribuições que compõem os capítulos da presente obra, mas também por, igualmente, atenderem a todas as nossas solicitações em tempo hábil e célere.

Todos os membros de nosso GT são professores de graduação e pós-graduação. Assim, gostaríamos de estender nossos agradecimentos aos nossos alunos, que produzem suas pesquisas conosco. Com certeza, eles nos convocam a nos questionarmos e a aprimorarmos nossas indagações e reflexões sobre os métodos de pesquisa em Psicanálise.

Por fim, e não menos importante, gostaríamos de agradecer a todos os órgãos de fomento que vêm, ao longo dos anos, apoiando nossas disposições investigativas. Em um país como o nosso, em que as desigualdades são enormes e as injustiças tão evidentes, apoiar as pesquisas em Ciências Humanas se mostra fundamental.



## SUMÁRIO

Apresentação	9
<i>Nadja Nara Barbosa Pinheiro, Rodrigo Sanches Peres e Sílvia Nogueira Cordeiro</i>	
Capítulo 1	13
Pesquisa em Psicanálise na universidade: uma proposição metodológica	
<i>Nadja Nara Barbosa Pinheiro</i>	
Capítulo 2	29
A pesca do fragmento intersubjetivo na pesquisa psicanalítica	
<i>Marina Ferreira da Rosa Ribeiro, Davi Berciano Flores e Janderson Farias Silvestre Ramos</i>	
Capítulo 3	51
A contratransferência como instrumento norteador da pesquisa	
<i>Véronique Donard</i>	
Capítulo 4	61
Vinhetas e históricos clínicos na pesquisa psicanalítica: finalidades e impasses	
<i>Cassandra Pereira França</i>	
Capítulo 5	79
A elasticidade no método de pesquisa psicanalítica	
<i>Vanessa Chreim e Elisa Maria de Ulhôa Cintra</i>	



Capítulo 6	97
Construção de fatos clínicos psicanalíticos	
<i>Maria Elizabeth Barreto Tavares dos Reis</i>	
Capítulo 7	111
O uso da pesquisa-intervenção em trabalhos psicanalíticos: construção de espaços de escuta para sujeitos trans	
<i>Perla Klautau, Eduardo Pacheco e Maria Manuela Ramos de Macedo</i>	
Capítulo 8	127
Para além do dispositivo de tratamento tradicional: uma breve ilustração a propósito da exploração do imaginário coletivo em pesquisas psicanalíticas	
<i>Débora Cristina Joaquina Rosa, Daiane Márcia de Lima e Rodrigo Sanches Peres</i>	
Capítulo 9	141
Vozes do feminino: a pesquisa com o método clínico e a técnica de entrevista no campo da saúde	
<i>Sílvia Nogueira Cordeiro</i>	
Sobre os/as organizadores/as e autores/as	157
Índice remissivo	161

# APRESENTAÇÃO

*Nadja Nara Barbosa Pinheiro*

*Rodrigo Sanches Peres*

*Sílvia Nogueira Cordeiro*

A Psicanálise tem fundamentado uma quantidade expressiva de pesquisas acadêmicas desenvolvidas em Programas de Pós-Graduação no país, sobretudo ao longo das últimas décadas. Duas notáveis coletâneas nacionais recentes<sup>1</sup> abordam particularidades e vicissitudes dessas pesquisas e atestam a variedade de temas e contextos recobertos pelas mesmas. O presente livro dialoga com as referidas obras e tem como principal objetivo proporcionar reflexões teóricas e ilustrações práticas acerca de diferentes eixos de investigação que balizam o trabalho realizado por alguns pesquisadores-psicanalistas em instituições universitárias brasileiras acompanhando a tradição científica inaugurada por Freud e renovada paulatinamente por seus seguidores.

Todos os capítulos aqui veiculados são assinados por pelo menos um membro do Grupo de Trabalho (GT) “Psicanálise e clínica ampliada”, vinculado à Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP), o qual espelha a pluralidade que atualmente caracteriza o meio psicanalítico nas esferas da teoria, da clínica e da pesquisa. Trata-se de um coletivo criado em 2010, composto atualmente por dezoito pesquisadores vinculados a quatorze Programas de Pós-Graduação de sete Estados brasileiros e que tem se afigurado como um ambiente fértil

---

<sup>1</sup> “A pesquisa em Psicanálise na universidade: um enfoque no método por meio de exemplos”, livro organizado em 2020 por Alexandre Patrício de Almeida e Alfredo Naffah Neto, e “Modalidades de pesquisa em Psicanálise: métodos e objetivos”, coletânea de Leopoldo Fulgêncio, Joel Birman, Daniel Kupermann e Eduardo Leal Cunha, publicada em 2018.

para o debate dos desafios e das possibilidades que se oferecem à Psicanálise no mundo contemporâneo.

Posto isso, procederemos uma breve apresentação dos textos que integram este livro. No primeiro capítulo, Nadja Nara Barbosa Pinheiro delimita passos a serem percorridos no desenvolvimento de pesquisas em Psicanálise partindo-se do princípio de que a prática clínica – conforme exercida em uma ampla gama de espaços – suscita reorganizações conceituais que determinam questões a serem investigadas na universidade. A seguir, Marina Ferreira da Rosa Ribeiro, Davi Berciano Flores e Janderson Farias Silvestre Ramos anunciam coordenadas metodológicas para a exploração de fragmentos intersubjetivos, fenômenos que, no texto, recebem uma definição original e são posicionados no centro do amplo leque de interesses dos pesquisadores-psicanalistas.

O terceiro capítulo, assinado por Véronique Donard, realça o papel da contratransferência como elemento norteador de pesquisas em Psicanálise. Ademais, a autora proporciona respaldo à sua argumentação ao esmiuçar a complexa conexão que estabeleceu com um participante de sua tese de doutorado. Já Cassandra Pereira França elenca indicações de grande valia para a utilização de vinhetas e históricos clínicos, considerando a necessidade de concatenar o material empírico a ser compartilhado e o progresso metapsicológico ambicionado, sem perder de vista, obviamente, as diretrizes éticas que devem guiar qualquer prática clínica.

O quinto capítulo se diferencia em termos de seu formato. Ocorre que, em seu segmento inicial, Elisa Maria de Ulhôa Cintra apresenta considerações gerais sobre algumas características das pesquisas em Psicanálise. E o texto prossegue com Vanessa Chreim reportando como se aproximou do tema de sua dissertação de mestrado e o explorou de modo a colocar em relevo a abrangência e a atualidade do fenômeno ao qual Freud deu o nome de “recusa”. Assim, tem-se um bloco de cinco textos consagrados, predominantemente, à problematização de certos meandros metodológicos próprios do ofício de pesquisadores-psicanalistas.

Um outro bloco se delinea com os quatro textos subsequentes, os quais tratam de assuntos um pouco mais específicos, embora diversificados entre si. Abrindo tal bloco, Maria Elizabeth Barreto Tavares dos Reis discorre sobre a construção de fatos clínicos psicanalíticos em pesquisas acadêmicas, bem como veicula exemplos a respeito, oriundos do atendimento de uma criança. O sétimo capítulo, de autoria de Perla Klautau, Eduardo Pacheco e Maria Manuela Ramos de Macedo, deriva de uma pesquisa-intervenção por meio da qual a escuta psicanalítica, por um lado, viabilizou a construção de um instrumento de cuidado a pessoas trans e, por outro lado, desnudou o potencial traumático produzido por sofrimentos de origem social.

No oitavo capítulo, Débora Cristina Joaquina Rosa, Daiane Márcia de Lima e Rodrigo Sanches Peres tematizam a exploração do imaginário coletivo, sendo que, ao fazê-lo, versam sobre perspectivas de utilização, em pesquisas psicanalíticas, de dados cuja origem é externa em relação ao dispositivo de tratamento psicanalítico tradicional. O processo de construção de dados dessa mesma natureza é discutido por Sílvia Nogueira Cordeiro no nono e último capítulo, valendo-se, como recurso ilustrativo, de uma pesquisa desenvolvida por meio do emprego de entrevistas semidirigidas em um serviço de saúde voltado a mulheres.

Uma visão de conjunto da presente obra revela que os capítulos que a constituem sinalizam – sem qualquer pretensão de exaustividade – alguns caminhos possíveis para quem se vale da Psicanálise em prol da produção de conhecimento por meio de pesquisas acadêmicas. Ademais, os autores abrem uma série de questões a serem aprofundadas futuramente. Acreditamos que os leitores podem se sentir estimulados a explorá-las e, como consequência, talvez venham a trilhar outros caminhos. Mas este livro já terá cumprido seu papel se incentivar a continuidade do debate sobre os tópicos aqui em apreço, principalmente se levarmos em conta que vivemos em tempos sombrios, nos quais vigoram múltiplas ofensivas anticientificistas.



### **Pesquisa em Psicanálise na universidade: uma proposição metodológica**

*Nadja Nara Barbosa Pinheiro*

#### **Introdução**

O trabalho docente em uma Universidade Federal, ao longo de mais de 15 anos, tem me demonstrado que uma das questões mais recorrentemente enfrentada pelos pesquisadores que desenvolvem suas investigações a partir do referencial psicanalítico tem sido o de definir sua metodologia. Inúmeras vezes qualificada como não científica, uma vez que seus resultados não podem ser generalizados e replicados, ou porque a subjetividade do pesquisador interfere no processo de investigação, a Psicanálise é frequentemente questionada sobre a legitimidade de sua presença nas universidades. Principalmente nos Programas de Pós-Graduação *stricto sensu*, os quais se dedicam, especificamente, à formação de pesquisadores.

Nesse sentido, apesar da longa tradição da inserção da Psicanálise nesse âmbito, tanto no Brasil quanto no exterior, as questões sobre os métodos utilizados nas pesquisas nos níveis de mestrado e doutorado estão sempre presentes, e os alunos que trabalham com o referencial psicanalítico se vêm na berlinda tentando respondê-las a contento. Uma tarefa que se apresenta como positiva, pois esses questionamentos fazem com que sejamos obrigados a encontrar argumentos que justifiquem as razões pelas quais escolhemos um método específico a ser utilizado em nossas pesquisas, dada a grande diversidade de propostas no próprio campo psicanalítico. A esse respeito, em minha opinião, aquilo que

faz com que decidamos sobre uma ou outra metodologia, se baseia, sobretudo, no modo como cada um de nós entende a Psicanálise e qual a relação que construímos com ela ao longo do tempo.

No meu caso em particular, o trabalho com a Psicanálise vem sendo construído pelo eixo central da relação estabelecida entre teoria e clínica. O entendimento de que, nessa relação, o campo clínico não se apresenta como local no qual a teoria é aplicada, mas como local a partir do qual a teoria se vê questionada, funda o método pelo qual proponho minhas próprias pesquisas, assim como as orientações que realizo na universidade. Destaco, entretanto, que eu não me refiro aqui à clínica exercida em consultório privado, exclusivamente, embora ela também esteja incluída, evidentemente. Mas me refiro à uma prática profissional que é exercida a partir daquilo que André Green (2010) denominou de “pensamento clínico”, isto é, um trabalho preocupado e ocupado com o sofrimento psíquico, em sua singularidade, cujo eixo teórico norteador seja a Psicanálise. Tal trabalho pode, portanto, ser exercido nos mais distintos ambientes, tais como hospitais, escolas, unidades de saúde, centros de atendimento psicossocial, clínicas-escola de universidades, etc.

Em minha perspectiva, quando o exercício desse trabalho é capaz de fazer emergir uma questão singular para um psicanalista em particular, ele terá que resolvê-la não na empiria dos fatos clínicos, mas por meio de uma formalização conceitual a partir da qual ele poderá (re)ordenar e (re)direcionar o seu trabalho prático. Vejo aqui, portanto, cinco tempos bem definidos: (1) a aquisição de um saber teórico que sustente o início da clínica; (2) o exercício da clínica; (3) a emergência de uma questão que a clínica impõe ao saber teórico; (4) o retorno à teoria e a produção de uma formalização conceitual; e (5) o retorno à clínica, novamente. Ao propor esses passos como caminho, sigo a tese de que essa proposta de pesquisa foi utilizada pelo próprio Freud na construção da Psicanálise. Assim, como desdobramento, podemos utilizá-lo como paradigma para a condução de nossas pesquisas no âmbito universitário.

Objetivando explicitar minhas ideias, inicio justificando porque estou indicando que esse é o método que Freud utilizou na construção de sua obra. Posteriormente, descrevo, sucintamente, como o modo singular com o qual desenvolvo o meu trabalho cotidiano, na universidade, permeia a relação que estabeleci com o saber psicanalítico, assim como determina as questões de pesquisas elencadas a serem investigadas e como a metodologia acima descrita pode ser utilizada.

## **Desenvolvimento**

### *O método freudiano na construção da Psicanálise*

Freud iniciou sua prática clínica com as pacientes histéricas no final do século XIX, em colaboração com Breuer, a partir de um arcabouço teórico que se sustentava sobre a teoria do trauma Breuer & Freud (1893-1895/1986). De uma forma bem resumida e condensada, somente para sustentar a lógica de meu argumento, a teoria do trauma propunha que o adoecimento histórico era resultado da vivência de uma experiência, na vida cotidiana, diante da qual a paciente não pudera reagir adequadamente. Sem conseguir lidar com o que estava ocorrendo, três mecanismos psíquicos eram disparados: (1) a separação entre a representação da cena e o afeto a ela correspondente; (2) a representação da experiência era relegada ao esquecimento; e (3) o afeto liberado era endereçado à esfera corporal, instaurando sintomas, os quais, embora se apresentassem sobre uma função somática, não possuíam uma etiologia orgânica que os justificasse.

Baseados nessa teoria, o método terapêutico desenvolvido por Breuer e Freud (1893-1895/1986) foi o de, por meio da hipnose, fazer a paciente acessar essa vivência esquecida, e, portanto, traumática, e descrevê-la nos seus mínimos detalhes, pois essa descrição seria capaz de produzir um efeito catártico, isto é, seria capaz de produzir o escoamento enérgico adequado, na medida em que, ao retirar o afeto da esfera somática e o reencaminhar ao estrato



psíquico, ele ganhava possibilidades de escoamento através da palavra. Tal operação, ao liberar o sintoma de seu investimento, fazia-o desaparecer.

Foi munido dessa teoria do trauma e do método catártico dela derivado que Freud iniciou seu trabalho com a histeria. E, se olharmos bem, em termos teóricos, a proposta é muito boa. Não fosse a clínica ir impondo alguns impasses....

Por exemplo, como entender, a partir da teoria do trauma, que as cenas recordadas apresentavam questões de cunho sexual? Ou ainda, como entender que as cenas recordadas não eram únicas, mas faziam parte de uma trama complexa de lembranças que se intercomunicavam, a despeito do saber consciente de suas pacientes? E mais! Como entender que essa trama era composta por experiências que ocorreram não apenas na vida adulta de suas pacientes, mas se relacionavam com vivências infantis?

Bem, o importante para meus propósitos é destacar que essas observações clínicas que não encontravam adequação à teoria do trauma determinaram a abertura de inúmeras questões teóricas. Por exemplo, Freud se indaga: se as cenas se organizam em uma trama, qual é a lógica dessa organização? Se as pacientes nada sabem sobre elas, conscientemente, então em qual estrato psíquico elas se encontram? Se há sempre a presença de algo relativo à sexualidade, qual seria a relação entre o traumático e o sexual? Ou ainda: se o adoecimento ocorre na vida adulta, por que essa trama de lembranças desemboca em situações infantis? E qual seria a relação entre vida adulta e aquilo que ocorreu na infância? (Freud, 1895/1986).

Diante dessas, e inúmeras outras questões, vemos Freud se engajar em uma proposta de edificação de novos arranjos teóricos, tais como a proposição de um lugar psíquico cuja lei organizadora difere daquela da consciência e de um campo enérgico que organizaria os lugares psíquicos seguindo princípios próprios, bem como o estabelecimento de uma etiologia traumática que leve em conta não apenas as vivências contemporâneas, mas, igualmente, as infantis. Portas abertas, então, às formalizações conceituais sobre o inconsciente, a pulsão e a sexualidade infantil. Conceitos esses,

como sabemos, que fundam a primeira tópica freudiana (Freud, 1915-1917/1986).

Ou seja, o que desejo destacar é que, no momento em que o exercício da clínica indica que algo não se adequa muito bem ao saber teórico que Freud dispunha à ocasião, ele se volta não à clínica, posto que ela é soberana, mas à própria teoria, e procura forjar novos conceitos que o permitam melhor compreender o que a clínica está apresentando. Percebemos, igualmente, que essas formulações teóricas incidem sobre o entendimento e a condução da clínica, tornando-a cada vez mais complexa e rigorosa, pois vai, incessantemente, impondo novos impasses, sucessivamente, ao longo de toda construção teórica freudiana. A clínica demonstra, por exemplo, que, via transferência, há uma repetição insistente que não se cansa de informar que há sempre um resto não interpretável (Freud, 1914/1986; 1919/1986). Vemos então, Freud (1920/1986; 1923/1986) novamente empenhado em reformular o plano teórico em suas dimensões tópica e pulsional.

E mesmo quando pensamos que não houve a construção de uma terceira tópica (pelo menos não por Freud) ou de uma terceira teoria pulsional, as indagações não findaram em seu pensamento. Se olharmos bem seus últimos trabalhos, tal como *Análise terminável e interminável* (Freud, 1937a/1986), por exemplo, encontramos indícios das questões que a clínica ainda estava impondo, quer seja sobre a teoria pulsional (pois Freud se indaga se devemos levar em consideração a existência de algo de autoconservador nas pulsões), quer seja sobre a noção de conflito (pois Freud também se indaga se o conflito não seria inerente ao próprio circuito pulsional). Ou ainda, em termos tópicos, vemos Freud se indagar sobre os processos mais primitivos da constituição subjetiva em termos de modos de organização e de fixação – tema que ele retornará em seu magistral artigo *Construções em análise*, tentando explicitar as formas de manejo clínico possíveis para esse período de construção subjetiva tão primitivo (Freud, 1937b/1986).

### *A universidade: local de estudo, investigação e pesquisa*

O que eu gostaria de destacar, por meio dessa sucinta apresentação do percurso freudiano, é que eu percebo em seus movimentos um modo particular de Freud relacionar teoria, clínica e pesquisa. E que esse modo particular funda um método de trabalho que o acompanhou ao longo da construção de toda sua obra. Isto é, a aquisição de um saber teórico, o exercício da clínica que vai indicando a insuficiência desse saber, o retorno à teoria e sua reorganização conceitual, e o retorno à clínica. Minha proposta, então, é que podemos tomar esse método especificamente freudiano como orientação para nossos trabalhos de pesquisa em Psicanálise, na universidade (Pinheiro, Lustoza & Pinheiro, 2020). Pois vejam, nós iniciamos a nossa trajetória, na Psicanálise, pelo curso de Psicologia (ou outro, não importa). Esse curso nos permite iniciar nosso conhecimento teórico sobre a Psicanálise. Esse conhecimento é acrescido pelos grupos de estudos, eventos, palestras, análise pessoal. Ou seja, quando começamos a exercer uma prática clínica, nós iniciamos a partir desse arcabouço teórico inicial que conseguimos alcançar até então.

No entanto, o exercício da clínica vai nos indicando a insuficiência desse saber teórico que dispomos. Há, então, a emergência de uma dúvida, uma questão, que nos movimenta no sentido de querermos saná-la, de tentarmos entender melhor o que está em jogo, e, nesse momento, nós nos voltamos à teoria e abrimos uma pesquisa conceitual, isto é, nós vamos ler trabalhos que tratem do tema, nós vamos correlacionar o que os autores dizem, suas opiniões, seus modos de entendimento, de maneira que, ao final de um tempo, a dúvida inicial se organiza de uma outra forma e passamos a entendê-la a partir de um referencial teórico mais consistente, que nos fornece subsídios para retornar ao exercício da clínica contando com um saber um pouco mais organizado. Até que nova questão se impõe e todo esse percurso é reiniciado, refeito, e, assim, sucessivamente.

Nesse movimento, em minha opinião, o local no qual trabalhamos é responsável por oferecer determinadas coordenadas que produzem implicações importantes sobre aquilo que pesquisamos, assim como sobre o modo por meio do qual pesquisamos. Isto é, a instituição em que desenvolvemos nossos trabalhos oferece o material vivo a partir do qual as questões que nos parecem importantes de serem respondidas emergem e fazem nos movimentarmos em prol de encontrarmos respostas que nos satisfaçam, temporariamente, por meio da execução de projetos de pesquisas.

No meu caso particular, em 2005, iniciei meu trabalho em uma universidade pública, alocada em uma vaga para docente que deveria ministrar as disciplinas de fundamentos em Psicanálise, assim como supervisionar alunos de quinto ano em seus estágios profissionalizantes. Dessa forma, esses dois patamares de trabalho foram os responsáveis por fazerem emergir as questões teóricas que norteiam minhas pesquisas.

Em relação às disciplinas, em todas elas, nós nos dedicamos a apresentar o percurso freudiano de construção da Psicanálise ao longo dos anos. Acreditamos que o contato dos alunos com esse percurso lhes oferece subsídios para depois avançarem nas obras dos autores psicanalíticos contemporâneos. Assim, o fato de eu ter que me dedicar ao estudo da obra freudiana de forma ininterrupta e intensa, ao longo dos anos, para poder preparar as disciplinas que ministro, foi fundamental para o modo por meio do qual eu fui construindo minha inserção no campo psicanalítico e desenvolvendo o meu modo particular de entender a pesquisa em Psicanálise na universidade.

Ou seja, ler e estudar o texto freudiano de uma forma rigorosa me permitiu perceber, por exemplo, que todos os temas tratados pela Psicanálise contemporânea estão presentes na obra freudiana. Alguns mais desenvolvidos, outros apenas intuídos. O que me levou a inferir que todas as nossas questões de pesquisa precisam ser remetidas à obra freudiana para encontrar nela seu ponto de conexão e debate em um contexto conceitual, isto é, uma rede conceitual que foi se ampliando a partir de Freud. Essa perspectiva

de pensamento me fez concluir que a obra freudiana deva ser concebida como não ultrapassável, não dispensável ou obsoleta. Ela deva ser compreendida como fundamental, de forma que toda questão a ser pesquisada, no campo psicanalítico, necessita retornar a seu texto, entendendo-o como coordenada a partir da qual, então, podemos avançar nas formalizações construídas pelos autores contemporâneos.

Com essa proposição em mente, o trabalho que desenvolvo na universidade abriu dois campos de pesquisa específicos. Se as disciplinas ministradas me permitiram construir um certo tipo de relação com a Psicanálise que toma a obra freudiana como fundamento, a outra atividade a que me dedico, a supervisão de estágios profissionalizantes desenvolvidos por alunos de quinto ano, se mostrou solo para a emergência de inúmeras questões a serem investigadas a partir do contato com a clínica aí transcorrida.

Nesse sentido, eu construí três eixos de indagações a partir da atividade de supervisão dos estagiários: (1) um primeiro eixo, que se relaciona com as possibilidades de a clínica da Psicanálise ser desenvolvida no âmbito universitário; (2) um segundo eixo, que perpassa as questões relativas à própria supervisão; e (3) um terceiro eixo, que parte das questões que emergem a partir da escuta clínica que me é permitida por meio das supervisões. Em cada um deles, parto de questões que foram emergindo ao longo do próprio trabalho cotidiano e formulando possibilidades de compreensão teórica que me auxiliem na condução da minha práxis laboral, tomando Freud e Winnicott como autores principais, aliados a alguns comentadores contemporâneos.

Assim, no primeiro eixo, são várias as questões que foram sendo levantadas, ao longo dos anos. Por exemplo: se não há divã e nem pagamento na clínica-escola, como podemos entender e manejar as questões em torno do olhar e do valor nesse ambiente? Ou ainda: se a confiança é fundamento para que o paciente se entregue à associação-livre, como a construção da confiança se dá em uma clínica com tempo marcado para sua finalização? Enfim, as questões são tantas e tão importantes, que um dos projetos de

pesquisa que damos prosseguimento, no Laboratório de Psicanálise que coordeno, diga respeito às condições de possibilidades de a clínica da Psicanálise operar na universidade (Pinheiro & Darriba, 2010; Pinheiro, 2015).

Em relação ao segundo eixo, o que tem mais me atraído em termos investigativos diz respeito ao espaço da supervisão. Eu observei, nas reuniões de supervisão, que os alunos procuram tamponar a emergência de conteúdos inconscientes por meio da apresentação de um relato das sessões pormenorizado e racionalmente organizado. A partir daí, a questão de pesquisa que construí diz respeito aos modos de organização da consciência a partir das coordenadas espaço e tempo, e como elas operam no inconsciente.

Para tal, de Freud (1900/1986) retirei os ensinamentos a respeito do trabalho onírico: a regressão energética permite a desconstrução da temporalidade cronológica, entrelaçando presente e passado. De Winnicott (1971/1975) retirei a ideia de transicionalidade implícita ao brincar, por meio da qual realidade interna e realidade externa se interconectam, desfazendo, temporariamente, a dicotomia da espacialidade estática. Em ambos os autores, eu percebi que o afeto se apresenta como o fio condutor dessas circulações e permeabilidades. Então, como método de trabalho, nas supervisões, decidi seguir o fio do circuito afetivo. Dessa forma, frequentemente interrompo o relato organizado dos alunos, e pergunto sobre o modo como eles têm se sentido ao longo das sessões que desenvolvem com seus pacientes, e vamos tentando compor um plano de compreensão que não se pauta no discurso consciente e nem na produção de uma interpretação teórica. Na verdade, tento, com esse método, fazer com que os alunos percebam o campo clínico como um campo complexo, cuja lógica ordenadora é tanto onírica quanto transicional. Só depois, em um segundo momento, as ordenações teóricas entram em campo.

Ainda nesse segundo eixo, relativo às supervisões, a minha insistência em perguntar aos alunos sobre seus afetos acabou revelando uma outra linha de investigação profícua. Eu comecei a perceber que os alunos experimentavam sensações intensas e distintas a partir da realização dos atendimentos clínicos com seus

pacientes. Além disso, eles adoeciam fisicamente também. Dessa percepção construí um novo projeto de pesquisa, cujo objetivo girava em torno de como poderíamos entender tais fenômenos e, em decorrência, como poderíamos manejá-los.

A via de acesso que tomei em minha investigação foi a de entendê-los a partir da noção de contratransferência. Assim, de Freud mantive a ideia de que a contratransferência se apresenta como uma forma de resistência do analista ao que o paciente está lhe solicitando via transferência. Nesse sentido, a análise pessoal do analista/aluno se faz necessária para desfazer esses nós resistenciais, tal como Freud (1910/1986) postulou. Por seu turno, o estudo do tema em Winnicott (1960/1983) me permitiu avançar na ideia de que, para além de resistência, os fenômenos contratransferenciais podem ser utilizados como instrumento clínico que nos informa algo sobre a subjetividade do paciente na medida em que entendamos a clínica como um campo de afetação mútua a partir do qual as demandas feitas ao analista no eixo da transferência acabam por impor efeitos afetivos específicos no analista. Entender quais afetos são esses nos ajuda a entender quais são as questões inconscientes que nos estão sendo endereçadas por cada paciente singularmente.

Por fim, no terceiro eixo de investigações, a escuta clínica permitida por meio daquilo que os pacientes trazem para ser trabalhado em suas sessões tem me permitido abrir inúmeros questionamentos interessantes. Venho percebendo, por exemplo, que os pacientes têm apresentado várias problemáticas que giram em torno de questões corporais, quer seja pela via dos adoecimentos, ditos psicossomáticos, quer seja pelas manipulações cirúrgicas ou pelos exercícios físicos exacerbados. Eu comecei a me questionar o que poderia explicar esse recurso ao plano corporal e não simbólico para lidar com os conflitos psíquicos. Iniciei, então, investigando como se daria a construção primitiva do corpo. Em Freud eu fui percorrendo o desenvolvimento da sexualidade, a constituição das zonas erógenas, a implementação do eu, por meio do movimento narcísico, o qual define a função mediadora do Ego entre as exigências pulsionais e

culturais e que definem a pele como membrana permeável que articula os mundos internos e externos. Nesse percurso, me deparei com o fato de que, se há nas pulsões uma força construtiva, de erotização, há também uma força desconstrutiva que coloca o ego frente a eminência de desorganização, e, creio, que seja essa possibilidade de derrocada que faz com que o sujeito recorra ao corpo como escudo, defendendo-se da ameaça de perda da organização psique-somática alcançada.

E, em Winnicott (1988/1990) há também uma noção interessante que liga o corpo ao ego, pois ele propõe que, com as elaborações imaginativas das funções corporais, vai se constituindo uma noção de espacialidade corporal a partir da qual o corpo se torna morada para a sensação de existência, isto é, o corpo se torna o lugar no qual o Eu habita. Sendo esses movimentos bastante instáveis, o Eu se vê várias vezes frente à possibilidade de perder sua conexão com o espaço corporal. E aí emergem as angústias primitivas ou os adoecimentos psicossomáticos como forma de manter a organização alcançada. (Pinheiro, 2006).

Bem, avançando um pouco mais nessa pesquisa, me interroguei sobre quais seriam as possibilidades de o analista lidar, clinicamente, com essas problemáticas arcaicas e potencialmente desconstrutivas, e encontrei, em Winnicott (1945/2000) a ideia de *holding* como instrumento clínico, cuja função seria a de fundar um solo relacional entre paciente e analista, no qual esses movimentos que tensionam forças construtivas e destrutivas possam ser vividos, experienciados. Minha proposição é que tal movimentação funda um solo comum, a partir do qual analista e paciente possam construir narrativas que permitam (re)construções sucessivas da história subjetiva do paciente. A ideia é que manter um espaço clínico no qual as tensões primitivas possam ser vivenciadas permite que, a partir daí, as proposições freudianas sobre as construções em análise ganhem oportunidade de serem efetivadas e, com isso, os pacientes encontrem novas formas de lidarem com as tensões desconstrutivas primitivas sem terem que recorrer a defesas arcaicas, tal como, o recurso ao corpo (Pinheiro, 2015; Pinheiro, 2019).



## Considerações finais

O que eu quis demonstrar, por meio da apresentação dos meus interesses de pesquisa, foi o estabelecimento de um método de trabalho que parte de questões que me foram sendo suscitadas pelo exercício da própria clínica e que merecem, portanto, um esforço de formalização conceitual. A pesquisa em Psicanálise, no meu entendimento, se faz nesse movimento constante. Inicialmente nós estudamos, internalizamos um campo teórico provisório que sustenta o início de um trabalho clínico. Esse trabalho clínico indica algumas inconsistências em nossos recursos teóricos, as quais podem se tornar questões que precisam ser trabalhadas no campo conceitual. A abertura de uma pesquisa acadêmica se faz exatamente nesse momento de reorganização conceitual que visa uma melhor compreensão sobre uma questão que nos foi imposta pelo trabalho clínico.

Ao reorganizamos o plano teórico, retornamos, posteriormente, ao trabalho clínico, melhor municiados pela teoria, a qual nunca se totaliza, mas que é sempre provisória até nova questão ser aberta pela atividade clínica. E esse circuito começa novamente. No meu entender, esse foi o método utilizado por Freud na construção de sua teoria. A cada nova questão apresentada pela clínica, ele retornava à teoria e tentava, por meio dela, cernir o que estava percebendo em suas atividades clínicas, objetivando ampliar o horizonte de seu manejo.

Baseado nessa perspectiva, eu procuro seguir essa metodologia tanto em minhas próprias pesquisas quanto na orientação dos meus alunos de pós-graduação. Com eles, eu procuro partir de uma questão que seus trabalhos clínicos lhes suscitaram, e procuro fazer com que eles aproveitem o período de mestrado ou doutorado para se dedicarem à uma formalização conceitual que os auxiliem a melhor compreender a problemática que o exercício da clínica os fez recortar. As pesquisas que meus alunos desenvolvem são, portanto, eminentemente conceituais, mas partem da clínica e a ela retornam na medida em que os alunos

utilizarão a rede conceitual apreendida em seus estudos acadêmicos em seu trabalho cotidiano. A minha intenção maior com isso é que eu possa contribuir, não apenas para auxiliá-los na construção pontual daquela rede conceitual específica, mas, a internalizar um método de trabalho com a Psicanálise que os acompanhe ao longo de suas formações como psicanalistas. Ou seja, indefinidamente.

## Referências

- Breuer, J., & Freud, S. (1986). Estudos sobre a histeria. In: S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (v. 2). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1893-1895).
- Freud, S. (1986). A psicoterapia da histeria. In: S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (v. 2, p. 311-364). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1895).
- Freud, S. (1986b). A interpretação de sonhos. In: S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (v. 4 e 5). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1900).
- Freud, S. (1986). As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. In: S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (v. 11, p. 127-140). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1910).
- Freud, S. (1986). Recordar, repetir e elaborar. In: S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (v. 12, p. 193-207). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1914).
- Freud, S. (1986). Artigos sobre a metapsicologia. In: S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (v. 14, p. 137-292). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1915-1917).
- Freud, S. (1986). O estranho. In: S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (v. 17, p. 275-314). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1919).

- Freud, S. (1986). Além do princípio do prazer. In: S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (v. 8, p. 17-75). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1920).
- Freud, S. (1986). O ego e o Id. In: S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (v. 23, p. 23-76). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1923).
- Freud, S. (1986). Análise terminável e interminável. In: S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (v. 23, p. 247-290). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1937a).
- Freud, S. (1986). Construções em análise. In: S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (v. 23, p. 291-308). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1937b).
- Green, A. (2010). *El pensamiento clínico*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Pinheiro, N., Lustoza, R., & Pinheiro, D. (2019). Pesquisa em Psicanálise na universidade: seguindo o método freudiano. *Analytica: Revista de Psicanálise*, 8(15), 1-11.
- Pinheiro, N. (2006). *Psicanálise e corpo: reflexões sobre os fenômenos psicossomáticos a partir do trabalho clínico*. (Projeto de Pesquisa). Departamento de Psicologia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.
- Pinheiro, N., & Darriba, V. (2010). *Investigação das possibilidades da Psicanálise operar na universidade*. (Projeto de Pesquisa). Departamento de Psicologia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.
- Pinheiro, N. (2015). *Atendimento clínico supervisionado na universidade: aprofundamentos teórico/prático a partir do referencial da Psicanálise*. (Projeto de Pesquisa). Departamento de Psicologia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.
- Pinheiro, N. (2019). *Processos primitivos e clínica contemporânea: estudo conceitual a partir das teorias de Freud e de Winnicott*. (Projeto de Pesquisa). Departamento de Psicologia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

- Winnicott, D. W. (1975). Objetos e fenômenos transicionais. In: D. Winnicott, *O brincar e a realidade* (p. 13-44). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1971).
- Winnicott, D. W. (1983). Contratransferência. In: D. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação* (p. 151-154). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1960).
- Winnicott, D. W. (1990). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1988).
- Winnicott, D. W. (2000). Desenvolvimento emocional primitivo. In: D. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (p. 218-231). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1945).



## CAPÍTULO 2

### A pesca do fragmento intersubjetivo na pesquisa psicanalítica<sup>1</sup>

*Marina Ferreira da Rosa Ribeiro*

*Davi Berciano Flores*

*Janderson Farias Silvestre Ramos*

Sem especular e teorizar – quase digo: fantasiar – de maneira metapsicológica, não avançamos um passo neste ponto  
*Sigmund Freud*

Então escrever é o modo de quem tem a palavra como isca: a palavra pescando o que não é palavra. Quando essa não-palavra morde a isca, alguma coisa se escreveu. Uma vez que se pescou a entrelinha, podia-se com alívio jogar a palavra fora. Mas aí cessa a analogia: a não palavra, ao morder a isca, incorporou-a. O que salva então é ler “distraidamente”  
*Clarice Lispector*

Se cada dia cai, dentro de cada noite,  
há um poço  
onde a claridade está presa.  
Há que sentar-se na beira  
do poço da sombra  
e pescar luz caída  
com paciência  
*Pablo Neruda*

Por que abrir um capítulo de metodologia com duas referências poéticas? Estas nos servem aqui a, pelo menos, dois propósitos. Primeiramente, os temas evocados por Pablo Neruda (2018) e Clarice Lispector (1978) conversam intimamente com os temas e conceitos

abordados ao longo do texto, como o leitor perceberá. Deste modo, acreditamos estar seguindo uma trilha há muito tempo aberta por Freud (1908/1996), quando disse que os poetas vão adiante de nós. São como desbravadores pioneiros no oceano da mente. Ou ainda, para seguir a metáfora marítima, como faróis. Os poetas são faróis a nos orientar em mares nunca antes navegados.

Em segundo lugar, mas não menos importante, à parte as temáticas dos poemas, o próprio exercício de ler poesia pode nos apontar um bom caminho para uma pesquisa psicanalítica. E aqui temos Ogden (2013) em nossa companhia, que afirma que “a poesia é um grande disciplinador para a escuta analítica” (p. 211). Com estes dois aspectos em mente, iniciamos nosso percurso apresentando a experiência de Ogden enquanto leitor de poemas, para, em seguida, nos deslocando do campo da poesia, mas permanecendo no terreno da arte, refletir brevemente sobre a análise feita por Freud da estátua de Moisés construída por Michelangelo.

Este mergulho inicial nas águas artísticas tem duas funções. Por um lado, indicar que a proposta metodológica que aqui apresentamos não se restringe ao território da clínica<sup>2</sup>, mas se expande para qualquer objeto ao qual o pesquisador-psicanalista se debruce em uma investigação. Por outro lado, esperamos que os exemplos de Freud e Ogden sirvam como uma indicação prática da concepção de pesquisa psicanalítica que sustentamos ao longo do texto, a saber, a noção de que o pesquisador-psicanalista está sempre implicado no seu objeto de pesquisa, seja ele qual for, havendo sempre uma mescla entre pesquisador, objeto de pesquisa e meios de investigação (Figueiredo & Minerbo, 2006).

Podemos compreender, a partir disso, que uma pesquisa psicanalítica é realizada a partir daquilo que André Green (1987/2017) nomeou mito de referência do psicanalista. O autor utiliza esta exitosa expressão referindo-se a um conjunto indissociável formado pela escuta dos pacientes, a leitura dos psicanalistas predecessores, os diálogos com os colegas e os vestígios da própria análise pessoal do analista, às quais tomamos

a liberdade de acrescentar as supervisões realizadas e, ainda, suas experiências de vida.

O mito de referência seria uma montagem pessoal, construída de múltiplos encontros e influências, a partir da qual o psicanalista apreende os diversos fenômenos com os quais se depara. Assim, por exemplo, o mito de referência de Bion, de acordo com Green (1987/2017), seria composto por elementos kleinianos, freudianos e suas próprias concepções originais. Por conseguinte, nós, leitores de Bion e de seus predecessores, temos a ele e a tradição psicanalítica anterior compondo nosso mito de referência, de maneira que uma única interpretação pode ser composta por múltiplas vozes (incluindo as influências citadas no parágrafo acima), sendo, por vezes, difícil defini-la como kleiniana, bioniana, etc.

Deste modo, embora André Green tenha cunhado essa expressão em uma reflexão a respeito de fenômenos clínicos, entendemos que ela pode auxiliar a compreender o lugar do pesquisador-psicanalista diante de seu objeto de pesquisa, seja ele qual for. Como refere Ogden (2007), a partir de suas leituras de Bion, o analista precisa inventar a Psicanálise a cada novo paciente, pois ambos deverão criar formas de conversar que serão sempre singulares a cada novo encontro. Podemos dizer que essa singularidade se deve àquilo que é trazido continuamente pelo paciente e ao mito de referência do psicanalista, que aparecerá, a cada vez, sob diversas facetas. Pensamos que esse mesmo modelo pode ser transposto para o campo da pesquisa psicanalítica, ainda que essa se dê no contexto da clínica ampliada. Esperamos que essa ideia se esclareça ao leitor ao longo de nossa argumentação.

Encerrando essas linhas introdutórias, queremos brevemente antecipar o caminho aqui percorrido. Dividimos nossa exposição em três partes fundamentais. Após a discussão a respeito das análises de obras artísticas feitas por Ogden e Freud, navegamos em águas com maior densidade teórica, apresentando aquilo que Ogden chama de *leitura transitiva*, para, por fim, afunilar a compreensão a partir de alguns conceitos de Bion: capacidade negativa e fato selecionado.



## *Pescando em águas intersubjetivas: Ogden e Frost, Freud e Michelangelo*

Ogden (2013) termina seu livro *Reverie e interpretação*, um livro eminentemente clínico, com um capítulo em que analisa três poemas de Robert Frost. Ele deixa claro, já no início do capítulo, que não teve a preocupação de escrever algo “útil” (as aspas são dele) para o leitor que está interessado em Psicanálise. Esta afirmação poderia nos desconcertar, afinal estamos lendo em um livro que, até aquele momento, tinha a clínica psicanalítica como núcleo duro. Mas este “abandono” da Psicanálise é apenas aparente, pois poucas linhas à frente entendemos o sentido de “útil” que Ogden quer frisar. Encontramos, em sua pena, a citação do poeta A. R. Ammons, que, ao discorrer sobre a “inutilidade” dos poemas e das caminhadas, escreve que “Só a inutilidade é suficientemente vazia para a presença de tantos usos. [...] Só a inutilidade pode permitir que a caminhada seja plenamente ela mesma” (Ammons, 1968, *apud* Ogden, 2013, p. 212).

A pesquisa em Psicanálise tem muito em comum com a caminhada e a leitura de poesia. É somente lendo ou escutando distraidamente, sem a pretensão, *a priori*, de ser útil, que é possível pescar a entrelinha ou a luz caída no poço da sombra: um elemento inconsciente; ainda desconhecido, um pensamento ainda não pensado. Do contrário, corremos o risco de apenas repetir em nossas pesquisas “palavras bichadas de costumes”, como diria Manoel de Barros (2010, p. 453); ou como diria Bion<sup>3</sup> (1977), as palavras podem ficar gastas como moedas muito usadas e perder o seu valor e significado.

Pensamos que este modo de entender as investigações em Psicanálise se aplica tanto à pesquisa derivada diretamente de uma experiência clínica, quanto aos estudos no contexto da clínica ampliada<sup>4</sup>, incluindo as chamadas pesquisas bibliográficas ou conceituais. Dentro dessas possibilidades, o que vai realmente se tornar o objeto de pesquisa é um fragmento derivado da experiência, a partir de uma variedade de situações nas quais o

psicanalista está envolvido. Trata-se sempre de como determinada experiência, seja de escuta clínica, seja de leitura de um texto, afetou o pesquisador-psicanalista, tornando-se não apenas um fragmento clínico ou teórico a ser investigado, mas o que podemos chamar de um fragmento intersubjetivo.

Em outro livro, Ogden recomenda que o leitor psicanalista que deseja abordar um poema não deve interpretar, mas sim “dizer que som e sentimento os versos têm, que sensação eles transmitem” (Ogden & Ogden, 2014, p. 49). Isto é precisamente o que Ogden faz com os poemas de Frost, o que muito pode nos ensinar sobre a pesquisa em Psicanálise, sobretudo nesta perspectiva de entendê-la como a análise de um ou mais fragmentos intersubjetivos, que podem ser decorrentes de uma escuta clínica, como também de uma escuta de uma clínica ampliada, de um texto teórico ou de um objeto da cultura.

Antes de iniciar a análise dos poemas, Ogden fala sobre sua própria experiência com a poesia de Frost. Ele diz ter lido muito Frost durante a faculdade e alguns anos depois, e relata que não ficou muito tomado pelo que lia, pois, em sua visão, a poesia de Frost apresentava uma narrativa muito clara, que lhe dava pouco trabalho como leitor. Entretanto, na sequência, ele discorre sobre a complexidade dos poemas de Frost, uma complexidade de caráter diferente de outros poetas considerados “difíceis”, pois sua poesia é “tão sutil [...] a ponto de parecer óbvio para o leitor comum” (Frost, 1917 *apud* Ogden, 2013, p. 214). Vemos aqui questões próprias da pesquisa e do encontro psicanalítico: a sutileza que inquieta, os detalhes que crescem em significado após um segundo olhar, os sentidos que emanam do contato continuado com a obra, na situação clínica, com o texto, etc. (tal como Ogden em seu contato contínuo durante anos com a poesia de Frost).

Durante a análise dos poemas, vemos Ogden descrevendo que sons e sentimentos os poemas lhe evocam, como eles o afetam. Assim, recorrentemente, encontramos declarações como: “O primeiro verso me confunde e me perturba profundamente cada vez que leio o poema” (Ogden, 2013, p.224), ou ainda: “Geralmente

sou pego fora de guarda pela palavra 'least' (mínimo) na frase *The least stiffening of her neck*" (p. 228). Assim, se, de um lado, encontramos nas primeiras páginas do texto alguns dados que podem reivindicar certo grau de objetividade (como as mudanças de visão a respeito da obra de Frost desde sua morte, a dificuldade de expressão sonora de sua poesia, os prêmios Pulitzer que o autor ganhou, etc), quando Ogden inicia a análise dos poemas, estes deixam de ser apenas poemas escritos por Robert Frost e passam a ser fragmentos intersubjetivos<sup>5</sup>.

Em sua análise dos poemas, no entanto, Ogden não ignora certos dados objetivos, como o uso de recursos estilísticos próprios da poesia, tais como as aliterações, a construção de alguns poemas em forma de soneto, a inclusão de travessões, etc. O poema permanece como um objeto preexistente ao momento da análise, o que precisa ser também levado em consideração. Contudo, o pesquisador-psicanalista não deve perder de vista, como Ogden não perde, que, ao se debruçar sobre o poema, este se torna um fragmento composto de múltiplas faces: um fragmento intersubjetivo, como já salientamos.

Saindo do terreno da poesia para o campo da escultura, nos deparamos com Freud (1914/2012), quase cem anos antes de Ogden, realizando um trabalho de interpretação semelhante com a escultura Moisés de Michelangelo. Carvalho (1999) considera o ponto de partida de Freud para análise desta escultura um bom modelo para a interpretação de textos literários. A autora observa que o interesse de Freud na interpretação dessa obra volta-se inicialmente em compreender o que, nela, o afetou tão profundamente. Desta maneira, seria possível desvendar a constelação psíquica compartilhada entre o escultor e o público (neste caso, Freud) e, assim, chegar às raízes da intenção do autor. Consideramos que este ponto de partida de Freud pode ser tomado como um modelo não apenas para uma abordagem psicanalítica de um texto literário, mas para a pesquisa em Psicanálise de um modo geral.

Em uma carta enviada à sua esposa, Martha, Freud confia que, estando em visita à Roma, postou-se diariamente

diante da estátua. Após três semanas lhe adveio a compreensão que deu origem ao artigo que conhecemos (Zilli, 2016). Logo no início do texto, ao referir-se à fascinação que as obras de arte lhe causam, especialmente a pintura e a escultura, ele afirma que já passou longos períodos contemplando-as, tentando explicar a si mesmo o efeito que elas lhe provocam. Este certamente foi o caso com a escultura de Michelangelo. O que move a sua interpretação, portanto, é o próprio impacto estético-afetivo que a obra lhe causa e o ímpeto de procurar as causas dessa afetação.

Em *Recomendações aos médicos que praticam a Psicanálise*, encontramos Freud (1912/2010) orientando que o analista, ao escutar o paciente, entregue-se à sua memória inconsciente. A comunicação durante a sessão se daria, sobretudo, entre inconscientes, e não pela via intelectual da consciência. No entanto, algumas páginas adiante nos deparamos com um aparente paradoxo: as metáforas que Freud utiliza para descrever o trabalho do analista, tal como o cirurgião que deixa de lado as emoções humanas a fim de bem realizar sua operação, parecem contrapor-se à imagem de um analista deixando-se levar, ou como diz Ogden (2013), estando à deriva.

Este paradoxo, no entanto, compõe o próprio ofício do analista, enquanto clínico e enquanto pesquisador. Por um lado, o pesquisador-psicanalista se coloca diante de seu objeto de pesquisa, com rigor, persistência e afinco. É o que faz Freud diante da estátua de Moisés, e Ogden diante dos poemas de Frost. Por outro lado, o analista deixa-se afetar pelo que está à sua frente, impacta-se pela turbulência da relação (ou da obra), deixando-o à deriva, flutuando “na beira do poço da sombra”, para, desta posição, tentar pescar algo que expandirá a compreensão da obra, do paciente e de si mesmo. Aqui, novamente, Freud diante de Moisés vem em nosso auxílio.

Ao longo do texto, Freud debruça-se sobre os motivos que teriam levado Michelangelo a construir a escultura da maneira como a construiu. Entretanto, ao ler as reflexões de Freud a esse respeito, encontramos não apenas as possíveis motivações de

Michelangelo, mas também as motivações de Freud para interpretar a obra da forma como interpreta. É interessante notar, por exemplo, que, em sua interpretação, Freud (1914/2012) realiza um tipo de reconstrução do conto original. Na história bíblica, Moisés, irado com as práticas heréticas do povo, quebra as tábuas da lei recém recebidas de Deus. Na interpretação de Freud, no entanto, Michelangelo teria representado um Moisés que, imbuído da convicção de sua missão maior, controla sua ira e não sucumbe às paixões humanas.

É plausível supor que a interpretação que Freud dá para a obra esteja de acordo com as intenções de Michelangelo. Sua argumentação é bastante perspicaz e convincente. Entretanto, a proposição de uma outra narrativa para a interpretação da obra parece proceder, também, dos conflitos que ele experimentava no momento<sup>6</sup>. Sabe-se que, quando da escrita deste artigo, Freud estava envolvido com as dissidências de Jung e Adler e inquieto quanto à preservação do pensamento psicanalítico – suas próprias “leis sagradas”, poderíamos dizer.

Seguindo esta lógica argumentativa, aquilo que Freud analisa não é mais a obra em si, mas sim aquilo que surgiu do encontro entre ele e a obra. Todo o texto poderia ser lido, então, como uma espécie de análise de um fragmento intersubjetivo, um fragmento composto por partes de Freud enquanto pesquisador-psicanalista e do autor (no caso da obra), além de vários outros fatores nesta complexa composição intersubjetiva.

Esperamos que os exemplos de Ogden e Freud diante de diferentes expressões artísticas tenham assentado o caminho para o mergulho, a seguir, em águas mais densas teoricamente.

### *A leitura transitiva e criativa de Thomas Ogden*

Nos artigos do livro *Leituras criativas*, e em inúmeras outras publicações, Thomas Ogden (2014) compartilha com seus leitores suas experiências com a leitura das obras de outros autores, os múltiplos atravessamentos que delas advêm e que enriquecem

seu cotidiano como psicanalista. Tece, assim, uma relação viva entre as produções que circulam no campo da Psicanálise e os relatos de casos emblemáticos de sua clínica.

Ogden (2014) chama esta experiência na qual novos significados são produzidos de ‘leitura transitiva’, no sentido de interpretar o texto de modo a reconhecer nele algo que não se encontrava explicitamente antes. Para o autor, ler jamais pode ser uma experiência imparcial ou passiva.

O texto, “marcas pretas da página” (p. 22), portaria em si possibilidades de alteridade, nessa fronteira borrada entre o fim da voz do leitor e o início da voz do texto, referindo-se inclusive a esta indiscriminação em sua mente no que tange a seu pensamento próprio e o conhecimento que possui a respeito de Bion, por exemplo.

Para além disso, podemos acrescentar à interpretação dos textos lidos a concepção de que, em uma única leitura, múltiplas vozes se implicam. Ogden (2003) já dizia não conseguir ler mais *Luto e melancolia* (Freud, 1917/1969) da mesma maneira depois de ter se familiarizado com a teoria das relações de objeto de Melanie Klein. A voz da autora aparece no texto freudiano, bem como se dá em um processo de pesquisa cuja metodologia porta esta qualidade polifônica, em que a serialidade é substituída por um conjunto de vozes capazes de iluminar um conceito ou um fenômeno clínico: “Em outras palavras, a influência não é exercida apenas por uma contribuição anterior em outra; contribuições posteriores afetam nossa leitura das anteriores” (Ogden, 2003, p. 594, tradução nossa).

Este trânsito livre pelas temporalidades é essência da opacidade de memória e desejo proposta por Bion (1965/2014, 1967/2014a, 1970/2014), uma vez que, para o autor, o futuro e o passado são partes do presente (Ogden, 2003, p. 595). Ao discorrer sobre o inquietante que é ler Bion, Ogden por vezes utiliza trocas de preposição que indicam a emergência dialógica, a virada ontológica e a subversão espaço-temporal gerada por seus textos. Trata-se mais de “estar em” e menos de “falar sobre” (Ogden, 2014, p. 153).

Assim, ao refazer a leitura das *Notas sobre memória e desejo* de Bion repetidas vezes (Ogden, 2015, p. 286), descobre que o texto

porta a ideia de se fazer algo *com* ele (*make with it*) ao invés de extrair algo *dele* (*make of it*). Não se trata de depreender o que o Bion “quis dizer”, mas como Bion atravessou Ogden e o tipo de uso que este faz desta experiência de leitura na teoria e na clínica. Ogden descreve o árduo trabalho de reencontro com o texto de Bion até que esta nova condição ontológica na relação com o texto pudesse se dar, lembrando-nos da antiga postura de Charcot observada atentamente por Freud ao longo de tantos dias: “Costumava olhar repetidamente as coisas que não compreendia, para aprofundar sua impressão delas dia a dia, até que subitamente a compreensão raiava nele” (Freud, 1893/1969, p. 22).

A voz de Charcot, sobredestinada ao pensamento de Ogden (2014), nos leva a entender que atentar às mesmas “marcas pretas” impressas na página de um texto, repetidas vezes, faria com que algo novo surgisse dele. Da mesma forma como Ogden (2003) é capaz de encontrar Melanie Klein no texto de Freud, é possível encontrar ao longo do movimento psicanalítico uma série de autores nascendo dentro da obra freudiana, ou então múltiplos nascedouros de importantes teorias em textos bastante distintos. Cada autor ilumina a trama de conceitos desde um lugar muito singular, imbuído de um percurso clínico e analítico. Thomas Ogden é um autor que apresenta repetidamente um formato de escrita que circunscreve um ponto da teoria psicanalítica e sua leitura criativa e transitiva desta, aproximando subsequentemente as tramas teóricas de narrativas clínicas.

Uma investigação em Psicanálise, neste sentido, fomentaria um incremento nas leituras feitas em profunda dinâmica com as memórias do pesquisador-psicanalista e com os futuros autores com quem se encontrará, adicionando a esta experiência o rigor de expandir o exercício de trabalhar alguns conceitos. Do mesmo modo, incluiria na interpretação dos textos a posição singular de um analista, em um recorte espaço-temporal de seu trabalho clínico e de suas construções teóricas. Seria como acrescentar rigor e aprofundamento às leituras acadêmicas inspiradas por uma experiência clínica e de leitura que são intransferíveis e singulares.

## *A pesca do fragmento intersubjetivo, os múltiplos vértices da pesquisa*

A pesca implica em um lugar, o *setting*, compreendido como um estado de mente do pesquisador-psicanalista, um estado de atenção flutuante, ou como expande Bion (1965/2014, 1967/2014a): sem memória, sem desejo, sem compreensão prévia. Isso implica uma abertura e receptividade para o que vier no anzol, sem procurar nada em específico, algo que surge espontaneamente, no fluxo de uma escuta clínica, de um texto teórico ou da observação de um objeto da cultura. O fragmento intersubjetivo, na pesquisa psicanalítica, se dá de forma contínua e circular.

As ideias de continuidade e circularidade nos remetem diretamente à problemática da temporalidade dos eventos psíquicos que Bion desenvolve ao longo de sua obra e que tem um *turning point*, em nosso entendimento, na proposição do estado de mente sem memória, sem desejo e sem compreensão prévia.

Os trabalhos de Bion que apresentam esta proposta, *Memória e desejo* (1965/2014) e *Notas sobre memória e desejo* (1967/2014a), são críticos à evocação de memórias, desejos, entendimentos ou a recorrer a quaisquer experiências sensoriais prévias que afastem o analista da experiência emocional da sessão. Permanecer neste estado de mente proposto por Bion – a disciplina de abster-se de memória, desejo e entendimento – resulta em uma permanência no presente, sem evasões, sem antecipar uma impressão interna ou acobertar uma impressão nova. Na clínica, o analista que evocar um elemento da teoria psicanalítica ao longo de sua escuta pode estar se defendendo da possibilidade de apreender o que se dá ali, na experiência com seu analisando.

O estado de mente proposto por Bion pode, no entanto, levar à falsa ideia de que as memórias perderam seu lugar na clínica, de que os desejos devem ser censurados, de que o que restaria ao psicanalista seria uma estreita linha de pensamentos sobre o “aqui e agora”, conclusões que resultam em uma ingenuidade a respeito da concepção de objeto interno, como afirma Grotstein (2003). Para



o autor, algumas pessoas ainda compreendem que objeto interno seria o equivalente a internalizar um *símile* do objeto real, quando o que se dá, no campo da percepção, é uma assimilação quimérica, muito distante do que seria o objeto original. Nas palavras do autor:

As imagens quiméricas (híbridas) resultantes são ao mesmo tempo removidas de seus modelos originais e se tornam preconceções adquiridas ou secundárias que funcionam como filtros adicionais sobre nossas percepções subseqüentes, transformando-as em apercepções (distorções personalizadas ou “transferências”). Processamos nossas experiências continuamente por meio de inerente formatação mental. Nós e nossos objetos nos tornamos prisioneiros, não dos eventos que acontecem entre nós, mas daquelas transformações subjetivas e dos modificadores pessoais com os quais processamos nossas experiências (Grotstein, 2003, p. 30).

Nota-se que as palavras do autor remontam à nossa concepção de continuidade e circularidade, dado que a captação inexoravelmente onírica dos fenômenos de percepção resulta em um permanente incremento deste funcionamento quimérico, em um incessante sonhar a realidade. Este modelo de pensar os processos psíquicos, por mais que possa soar inédito, encontra-se na esteira do pensamento freudiano e de suas bases filosóficas. Kant (1787/2018) já demonstrava que formatamos as imagens que captamos com nossa subjetividade.

Kant nos alertou para que não julgássemos a percepção como idêntica ao percebido, pois, nesse caso, estaríamos ignorando o condicionamento subjetivo da percepção. Do mesmo modo, a Psicanálise nos adverte que não temos que substituir o processo psíquico inconsciente, que é o objeto da consciência, pela percepção que esta tem dele.

O emaranhamento de temporalidades, algo que é da natureza do processo primário, é capturado no anacronismo das lembranças encobridoras em Freud (1899/1969, 1901/1969), quando uma memória pode conter ou encobrir outra, ou até mesmo invadir o campo da percepção. Algo da mesma ordem é notado de maneira mais abrangente no pensamento onírico, que se constitui de uma pletora de

fenômenos temporais reordenados em um conjunto de imagens. Condensação, deslocamento e figurabilidade são a evidência de que a temporalidade da consciência dá lugar à atemporalidade inconsciente, em que se embaralham os conteúdos, os tempos, as memórias.

Entendemos que é desta qualidade de apreensão e nesta complexidade da vida psíquica que está posicionado Bion ao tratar de um estado de mente sem memória, sem desejo e sem compreensão prévia. Abdicar desta sensorialidade, de memória, desejo e entendimento, significa abrir-se para um “aqui e agora” repleto de condensações, deslocamentos e imagens. Estar neste estado mental implica colocar estes elementos sensoriais em observância, decalcados de um “senso de realidade” objetivo, tomando-os como parte de um dispositivo de apreensão da realidade psíquica, de modo que, quando surjam, possam ser pensados como notícias oníricas ou fatos mentais.

Figueiredo e Coelho Junior (2008) afirmam que o “agora” consiste em uma sucessão de momentos e o “aqui” uma extensão de lugares, demonstrando que o “aqui e agora” é um espaço-tempo multideterminado (p. 28). Do mesmo ponto, transformações distintas são feitas pela mente, de modo que o presente se torna um recorte privilegiado do espaço-tempo para acessar múltiplas realidades psíquicas. O pesquisador-psicanalista, sentado diante de seu texto, está em um ponto de observação no qual podem vir à sua mente, simultaneamente, um fragmento clínico, uma passagem teórica, o texto de um colega e uma lembrança biográfica.

O reconhecimento desta realidade quimérica tem implicações diretas no posicionamento do pesquisador-psicanalista, que busca na pesquisa em Psicanálise um método que leve em consideração o fato de que ele próprio é afetado pelos mesmos processos.

O estado de mente, proposto por Bion não deve ser visto como uma subversão do pensamento clínico psicanalítico, como muitos o supõem, mas sim como um reconhecimento do funcionamento mental e dos processos do pensar, assumindo que o psicanalista não está nem aquém nem além das formações do inconsciente e de suas vicissitudes. A falha na busca de um material fidedigno é justamente a crença na concepção de um ponto de observação mais confiável que outro. A

própria ideia de fidedignidade resulta em uma concepção que ignora a qualidade subjetiva da observação psicanalítica.

Em termos pragmáticos, teria mais crédito a lembrança de um atendimento minutos após ter se realizado, ou o retorno deste conteúdo meses depois, quando subitamente surge à memória do analista um elemento que, até então, lhe estava ocultado da mente? Considerando-se que o estatuto do inconsciente preconiza a abolição da hierarquia das representações, haveria um ponto de observação mais confiável que outro?

É justamente quando o psicanalista se entende como alguém alheio aos processos do inconsciente, que acaba por recair em memórias, desejos e entendimento, investindo demasiadamente seu estado mental em lógicas causais, ignorando a existência dos processos primários, tendenciosamente transformando seu relato em algo útil, com as tais “palavras bichadas de costume”, evocando motivos e explicações ao invés de observar os estados que emergem no ato do encontro.

Em complementaridade ao estado de mente proposto, Bion (1970/2014), revisitado, também, por Chuster (1996), faz uma analogia que nos ajuda a compreender esse processo psíquico: os negativos da fotografia antes da época digital. Podemos fazer, aqui, uma apropriação sutilmente diversa dessa analogia: o negativo é uma película transparente escura que recebe quaisquer impressões. A mente do psicanalista clínico, bem como do pesquisador-psicanalista, precisaria ter essa qualidade negativa – denominada “capacidade negativa” por Bion (1970/2014) e evidenciada por Chuster (2019), uma qualidade de recepção, de hospitalidade, de continência a qualquer afetação. Há uma composição complexa de elementos para que a realização da imagem ocorra, no processo de revelação, ou melhor, de realização, feito por elementos que precisam de um período para produzirem efeito e uma sala escura para que a afetação do negativo se realize em uma imagem, ou seja, um fecho de intensa escuridão<sup>7</sup> que precisa de tempo e espaço. Memória, desejo e compreensão prévia podem ser a luz precipitada que queima o filme antes da realização da imagem.

Defendemos, em nossa proposta metodológica, que a mente do pesquisador-psicanalista se encontre em capacidade negativa antes de

se transformar em palavras escritas – “marcas pretas na página”, ou seja, que guarde o pragmatismo, a objetividade e a ordem para o momento de escrita, reservando-se antes ao direito de se aproximar dos temas que lhe interessam em suas multideterminações, permitindo-se lançar um anzol ao mar aberto e aguardar que, aos poucos, um cardume de ideias se aproximem de sua visão.

A formação de um cardume ao redor do anzol, a construção de uma interpretação em torno de um grupo de associações, a formação de um texto ao longo de um processo de pesquisa, todos estes fenômenos carregam em comum o fato de que nós não inventamos os peixes, eles vêm até nós se os esperarmos pacientemente<sup>8</sup> com a nossa capacidade negativa de observação psicanalítica. Há ainda outro aspecto em comum: são conjuntos de elementos que advêm de distintos lugares e se reúnem, provisoriamente, ao redor de um ponto que os organiza. É fundamental, neste sentido, que uma pesquisa em Psicanálise, dentro desta metodologia, necessariamente contenha imprecisões e carregue o registro de uma busca, de dúvidas, de espaços não preenchidos, sem blefes assertivos ou, como se diz popularmente, histórias de pescador.

Podemos dizer que a escrita sobre a experiência clínica – quer seja o relato de um caso extenso ou uma pequena passagem, é sempre uma transformação do que se deu e, ao mesmo tempo, uma expressão única de um ponto de observação sobre a memória e todos os elementos ao seu redor naquele momento. O mesmo se dá no relato de um sonho, que se trata sempre de uma construção que busca alcançá-lo já na impossibilidade do sonhador em revivê-lo. Bem sabemos que relatar um sonho pela manhã ao acordarmos, ou relatá-lo algumas horas depois do sonhado, ou alguns anos depois da experiência onírica, resulta em narrativas muito distintas. Isto se dá justamente porque em cada relato, nestes diferentes momentos, processos mentais distintos estão em movimento. Não vê melhor nem quem está mais perto, nem quem está mais distante. Trata-se, apenas, de vértices de observação que buscam alcançar um fenômeno cuja totalidade é inapreensível.

Bion trata desta questão em sua obra, tanto na maneira de abordá-la quanto no estilo de sua escrita. Se por um lado Bion aponta que é

perigoso distorcer uma experiência “a fim de fazê-la combinar com as capacidades que temos” (Bion, 1975/2014, p. 46, tradução nossa), por outro lado indica que transformar uma sessão em palavras, em uma cadeia de associações, resulta em um processo de clivar a experiência<sup>9</sup>, ou seja, dividir um conjunto de percepções condensadas, da ordem da multidimensionalidade, em palavras encadeadas, uma após a outra.

Detendo-nos a esta metodologia, notaremos que naturalmente ela se expande para os elementos teóricos. As leituras do pesquisador-psicanalista ampliam a circularidade de seu pensamento, sem a possibilidade de definir em que momento um conceito teórico tomará de arroubo sua mente, ou quando um vestígio de sua clínica brotará das entranhas da metapsicologia. Nas palavras de Bion (1967/2014b), “O artigo de Freud deve ser lido – e ‘esquecido’” (p. 175), de modo que retorne à mente do analista sem sua forma de evocação, não como uma memória à espreita buscando uma realização, mas como um elemento espontâneo que surge à mente ao longo da experiência. Em outros termos, a sutil diferença proposta pelo estado de mente bioniano para a clínica, aqui ampliado para a pesquisa em Psicanálise, é que o pesquisador-psicanalista não deseje pôr memórias e entendimentos, que evite entendimentos prévios do material clínico que oportunamente combinem com seu arcabouço teórico, e que no lugar faça um esforço de relatar pensamentos que lhe ocorrem ao longo de sua escrita, tornando seu texto uma fotografia de seu percurso teórico e clínico, que estará em contínuo processo de construção e, portanto, seguirá para além do tempo de sua pesquisa.

Clínica e teoria se encontram ao longo do trabalho à medida que o pesquisador-psicanalista encontra invariâncias entre ambos, ou seja, a partir do ponto em que um fragmento clínico, um elemento teórico, uma epígrafe poética, uma passagem literária, etc., tendem a convergir na mente do pesquisador-psicanalista como formas distintas de tratar de um mesmo ponto. Como Bion (1970/2014) sugere: “As formulações de Freud fazem exatamente isto. O pensar, desenvolvido por meio de Psicanálise, levou a descobertas que não foram feitas por Freud; são, no entanto, reveladoras de configurações similares às descobertas que Freud fez” (p. 299).

Bion demonstra, desta maneira, que não propõe a abolição da memória, o fim da teoria psicanalítica, ou qualquer coisa desta natureza. No lugar disso, nos adverte para que não coloquemos a carroça na frente dos bois, para que a memória teórica não venha antes da experiência intersubjetiva, para que, ao invés disso, a experiência possa, eventualmente, conferir um novo lugar à memória teórica, não como substituição desta, mas como uma expressão exitosa daquilo que certa vez corria nas linhas opacas sobre o papel.

Ao momento de conjugação de elementos esparsos e perdidos na obscuridade da mente, em que do caos parece se desenhar uma forma e estabelecer algum tipo de imagem ou interpretação, Bion dá o nome de “fato selecionado”. Bion (1963/2014) propõe a denominação “fato selecionado” baseado na obra do matemático Poincaré (*Science and method*). Um fato selecionado seria algo que colocaria uma certa ordem na complexidade dos elementos, tornando apreensível aquilo que inicialmente era uma experiência desorganizada. Bion (1967/2014b) faz uma analogia do fato selecionado com uma imagem que se fixa em um caleidoscópio, dando um sentido momentâneo aos elementos desorganizados e em movimento.

Um ponto de ordem na desordem psíquica consiste em um ponto de saturação, ou seja, um momento em que se produz uma imagem, um pensamento, uma cadeia de associações, sobre elementos que não pertencem a um único ponto, mas flutuam em um mar turbulento, contínuo, infinito. Bion, inclusive, prefere subverter a lógica consciente-inconsciente, por finito-infinito, justamente porque o fato selecionado opera como um ponto – um elemento finito, saturado – que emerge de um mar infinito, sem forma, insaturado. Em outras palavras, há um movimento na direção daquilo que inicialmente não tem forma, é insaturado, infinito, para aquilo que se satura, que é finito, que tem uma forma definida, como este texto, por exemplo.

Neste sentido, um trabalho de pesquisa apresenta fatos selecionados de um amplo processo de estudos teóricos e trabalhos clínicos do pesquisador-psicanalista, ou seja, as águas quiméricas nas quais o pesquisador está imerso, seu mito de referência (Green, 1987/2017).

## *A pesquisa com o método psicanalítico: o fragmento intersubjetivo*

Ao fim de nosso percurso, é possível que surja a seguinte questão na mente do leitor: como se sustenta, nesta proposta metodológica, a construção de uma pesquisa criteriosa? Neste ponto recorreremos, novamente, à intersubjetividade, retomando a noção de mito de referência do analista proposta por Green (1987/2017). Uma pesquisa é construída dentro de um grupo de orientação, sob a influência de múltiplos leitores, da apreciação crítica da banca de qualificação, dentro de um escopo maior de formação de uma pós-graduação, levando-se em consideração a história do pesquisador-psicanalista, sua análise, supervisão clínica, formação teórica prévia, etc.

Os dispositivos que regulam a consistência de uma pesquisa são, na realidade, múltiplas vozes, internas e externas, evocadas e esquecidas pelo pesquisador-psicanalista. Trata-se de um arranjo que opera de forma intersubjetiva, assim como, o funcionamento psíquico, no qual há vozes lembradas e esquecidas, todos presentes na construção do texto. E, da mesma forma, uma pesquisa é sempre um conjunto de vértices, um mosaico de pontos de observação construídos ao longo de um tempo finito.

A proposta metodológica exposta compreende que o fragmento intersubjetivo é um fato selecionado, ou um conjunto de fatos, que emergem na mente do pesquisador-psicanalista em estado de capacidade negativa (sem memória, sem desejo e sem compreensão prévia). O fragmento intersubjetivo que será usado na pesquisa tem como esteio o mito de referência do pesquisador-psicanalista, tendo como característica uma composição única de elementos.

A mente do pesquisador-psicanalista torna-se ponto de encontro dos diversos aspectos que contribuem para o processo de pesquisa: suas leituras, sua experiência clínica, seus diálogos com colegas, seus pensamentos mais íntimos.

Para finalizar, retomamos a epígrafe de Freud (1937/2018), entendendo que ela representa nas mais simples – e talvez desprezíveis – palavras – nossa proposta metodológica: “Sem

especular e teorizar – quase digo: fantasiar – de maneira metapsicológica, não avançamos um passo neste ponto”.

## Referências

- Barros, M. (2010). Menino do mato. In: M. Barros, *Poesia completa*. São Paulo: Leya.
- Bion, W. R. (2014). Cogitations. In: W. R. Bion, *The complete works of W. R. Bion*. (v. 11). London: Karnac. (Original publicado em 1958[1979]).
- Bion, W. R. (2014). Learning from experience. In: W. R. Bion, *The complete works of W. R. Bion* (v. 4). London: Karnac. (Original publicado em 1962).
- Bion, W. R. (2014). Memory and desire. In: W. R. Bion, *The complete works of W. R. Bion* (v. 6, p. 7-18). London: Karnac. (Original publicado em 1965).
- Bion, W. R. (2014a). Notes on memory and desire. In: W. R. Bion, *The complete works of W. R. Bion* (v. 6, p. 203-210). London: Karnac. (Original publicado em 1967).
- Bion, W. R. (2014b). Second thoughts: selected papers on psychoanalysis. In: W. R. Bion, *The complete works of W. R. Bion* (v. 6, p. 45-202). London: Karnac. (Original publicado em 1967).
- Bion, W. R. (2014). Elements of Psychoanalysis. In: W. R. Bion, *The complete works of W. R. Bion* (v. 5). London: Karnac. (Original publicado em 1963).
- Bion, W. R. (2014). Attention and interpretation: a scientific approach to insight in psychoanalysis and groups. In: W. R. Bion, *The complete works of W. R. Bion* (v. 6, p. 211-330). London: Karnac. (Original publicado em 1970).
- Bion, W. R. (2014). Caesura. In: W. R. Bion, *The complete works of W. R. Bion* (v. 10, p. 33-49). London: Karnac. (Original publicado em 1975).
- Bion, W. R. (2014). Bion in New York and São Paulo. In: W. R. Bion, *The complete works of W. R. Bion* (v. 8, p. 225-377). London: Karnac. (Original publicado em 1977).



- Carvalho, A. C. (1999). É possível uma crítica literária psicanalítica? *Percurso*, 22(1), 59-68.
- Chuster, A. (1996). *Diálogos psicanalíticos sobre W. R. Bion*. Rio de Janeiro: TipoGrafia.
- Chuster, A., & Stürmer, A. (2019). *Capacidade negativa: um caminho em busca da luz*. São Paulo: Zagodoni.
- Coelho Junior, N. E., & Figueiredo, L. C. (2004). *Figuras da intersubjetividade na constituição subjetiva: dimensões da alteridade*. *Interações*, 9(17), 9-28.
- Figueiredo, L. C., & Coelho Junior, N. E. (2008). *Ética e técnica em psicanálise* (2ª ed). São Paulo: Escuta.
- Figueiredo, L. C., & Minerbo, M. (2006). Pesquisa em psicanálise: algumas ideias e um exemplo. *Jornal de Psicanálise*, 39(70), 257-278.
- Freud, S. (1969). Charcot. In: S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira* (v. 3, p. 22-29). Rio de Janeiro: Imago (Original publicado em 1893).
- Freud, S. (1969). Lembranças encobridoras. In: S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira* (v. 3, p. 333-358). Rio de Janeiro: Imago, (Original publicado em 1899).
- Freud, S. (1969) Psicopatologia da vida cotidiana. In: S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira* (v. 6). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1901).
- Freud, S. (1969). Luto e melancolia. In: S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira* (v. 14. p. 271-296). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1917).
- Freud, S. (1996). Escritores criativos e devaneios. In: S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira* (v. 9). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1908).
- Freud, S. (1975). Carta de 25/5/1916. In: E. Pfeiffer (Org.), *Freud – Lou Andreas-Salomé: correspondência completa*. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1916).
- Freud, S. (2010). Recomendações ao médico que pratica a psicanálise. In: S. Freud, *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”)*, *Artigos sobre*

- técnica e outros textos (1911-1913)* (v. 10, p. 147-162). São Paulo: Companhia das Letras (Original publicado em 1912).
- Freud, S. (2012). O Moisés de Michelangelo. In: S. Freud, *Totem e tabu, Contribuição à história do movimento psicanalítico e outros textos (1912-1914)* (v. 11, p. 373-412). São Paulo: Companhia das Letras. (Original publicado em 1914).
- Freud, S. (2018). Análise terminável e interminável. In: S. Freud, *Moisés e o monoteísmo, Compêndio de psicanálise e outros textos (1937-1939)* (v. 19, p. 274-326). São Paulo: Companhia das Letras (Original publicado em 1937).
- Green, A. (2017). *A loucura privada: Psicanálise de casos-limite*. São Paulo: Escuta. (Original publicado em 1987).
- Grotstein, J. S. (2003). *Quem é o sonhador que sonha o sonho? Um estudo de presenças psíquicas*. Rio de Janeiro: Imago.
- Kant, I. (2018). *Crítica da razão pura*. Petrópolis: Vozes. (Original publicado em 1787).
- Lispector, C. (1978). A pesca milagrosa. In: C. Lispector, *Para não esquecer*. São Paulo: Siciliano.
- Neruda, P. (2018). *Últimos poemas*. Porto Alegre: L&PM.
- Ogden, T. H. (2003) What's true and whose idea was it? *International Journal of Psychoanalysis*, 84(3), 593-606.
- Ogden, T. H. (2013). *Reverie e interpretação: captando algo humano*. São Paulo: Escuta.
- Ogden, T. H. (2014). *Leituras criativas: ensaios sobre obras psicanalíticas seminais*. São Paulo: Escuta.
- Ogden, T. H., & Ogden, B. H. (2014). *O ouvido do analista e o olho crítico: repensando psicanálise e literatura*. São Paulo: Escuta.
- Ogden, T. H. (2015). Intuiting the truth of what's happening: on Bion's notes on memory and desire. *The Psychoanalytic Quarterly*, 84(2), 285-306.
- Zilli, M. M. (2016). *O encontro estético como experiência de transformação* (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

## Notas

1. Agradecemos a Cláudia Perrotta e Fátima Flórido pelas sugestões feitas a este capítulo.
2. A expressão “clínica” é compreendida ao longo do texto no seu aspecto amplo, como pensamento clínico, ou seja, nessa compreensão está incluída tanto a clínica do psicanalista e seu paciente, como a clínica ampliada, que implica o exercício da escuta psicanalítica em diversos e diferentes contextos.
3. “A linguagem que usamos é tão degradada que é como uma moeda que foi muito usada e é impossível distinguir o seu valor” (Bion, 1977/2014, p. 243, tradução nossa).
4. Compreendemos uma clínica ampliada como o exercício da escuta psicanalítica em diversos e diferentes contextos, como já dito.
5. Estamos compreendendo o conceito de intersubjetividade conforme Coelho e Figueiredo (2004, p. 13): “... a noção de intersubjetividade costuma ser definida, em termos psicológicos, como sendo a situação na qual, por suas mútuas relações, numerosos (ou apenas dois) sujeitos formam uma sociedade ou comunidade ou um campo comum e podem dizer: nós. Pode ser definida também como sendo o que é vivido simultaneamente por várias mentes, surgindo então a denominação ‘experiência intersubjetiva’”.
6. Por outro, parece também atender à coerência teórica de suas concepções sobre a criação artística, que encontram no conceito de sublimação seu principal marco explicativo. De certo modo, Freud supõe que, na construção da escultura, Michelangelo vislumbra a sublimação como caminho ético ideal, apontando para si mesmo a necessidade de colocar-se numa relação estética sublime com seus impulsos desenfreados, ao invés de deixar-se dominar por eles. Podemos supor que seja essa precisamente a constelação psíquica que Freud julga compartilhar com Michelangelo e que lhe teria levado a experimentar um profundo impacto estético diante da obra.
7. Esta expressão encontra-se originalmente em uma carta enviada por Freud a Lou Andreas-Salomé, na qual relata que, para atingir um estado mental capaz de compensar a obscuridade de um fenômeno clínico, precisava cegar-se artificialmente, focando toda a luz em um único ponto de escuridão (Freud, 1916/1975).
8. Os pensamentos antecedem o pensador (Bion, 1962/2014).
9. Podemos pensar em uma clivagem instrumental necessária, inevitável ao processo de transformação da experiência em narrativa, ou em um texto.

## CAPÍTULO 3

### **A contratransferência como instrumento norteador da pesquisa**

*Véronique Donard*

#### **Introdução**

Se a pesquisa científica, de forma geral, se vê sempre enviesada pelo *quantum* de subjetividade do/a pesquisador/a, a pesquisa em Psicanálise, fundamentada e guiada pela clínica, presta uma atenção especial à imbricação do/a pesquisador/a com o objeto de pesquisa.

Por outra parte, se entendemos a expressão “clínica ampliada” como se referindo a uma Psicanálise que estende seu campo de ação e de pesquisa para além dos marcos tradicionais, dentro desse contexto epistemológico, vemos que não há como fugir da compreensão de que o produto de uma pesquisa é, antes de tudo, o que nasce do encontro dos corpos e das psiques do/a pesquisador/a e do objeto pesquisado.

Por isso, dentro do âmbito de pesquisas de mestrado ou doutorado, a elaboração e redação da metodologia se fundamenta habitualmente, em Psicanálise, no mecanismo de transferência. Ou seja, na consideração do viés transferencial que contextualiza os dados colhidos dentro de um marco em que o/a pesquisador/a entende que esses dados “objetivos” veiculam um conteúdo inconsciente a ele/a endereçado. Assim, a transferência é frequentemente indicada como instrumento de pesquisa, caso contrário a metodologia deverá comportar uma descrição da forma como o/a pesquisador/a pretende atenuar o impacto do viés transferencial sobre os dados colhidos.

No entanto, é raro verificarmos nos textos acadêmicos a clarividência de que a interpretação desses conteúdos conscientes e inconscientes depende de outro mecanismo transferencial próprio do/a pesquisador/a, que produz, por sua vez, novos conteúdos inconscientes suscitados pela transferência do objeto de pesquisa e dirigidos a ele. Trata-se de uma produção contratransferencial, produção da subjetividade do/a pesquisador/a, também passível de enviar a coleta e a análise de dados.

A partir desta constatação, existem duas atitudes para aquele/a que verifica a importância e a força de distorção de seus próprios mecanismos contratransferenciais: identificá-los para tentar evitar que contaminem os dados colhidos, ou compreendê-los melhor para utilizá-los como instrumento de pesquisa.

Esta última atitude mostra o reconhecimento de que a contratransferência, mais do que qualquer outro fator a ser considerado, é suscetível de produzir um dado analisável e, portanto, minimamente objetivo. É a extrema subjetividade do/a pesquisador/a, dentro de uma situação extremamente subjetiva como o é a do encontro com o objeto, suas reações inconscientes às reações inconscientes do objeto pesquisado que podem nortear uma pesquisa, indicar um caminho a ser trilhado.

Esta forma de proceder é pouco frequente na academia, embora, quando se toca no assunto, há unanimidade em torno ao fato de que a consideração da contratransferência durante a pesquisa de campo é fundamental.

## **Desenvolvimento**

### *Georges Devereux e a contratransferência*

A contratransferência é a soma total das deformações que afetam a percepção e as reações do analista em relação a seu paciente; essas deformações consistem naquilo que o analista responde a seu paciente como se esse constituísse uma imagem primitiva, e se comportasse na situação analítica em função de suas próprias

necessidades, vontades e fantasmas inconscientes – frequentemente infantis (Devereux, 2018, s/p).

Pesquisadores como Georges Devereux argumentam que a contratransferência é o único instrumento de pesquisa realmente fiável, e que, “mesmo que transferência e contratransferência sejam fenômenos ligados e igualmente fundamentais, a análise da contratransferência é cientificamente mais produtiva em dados sobre a natureza humana” (1980, p. 18, tradução nossa).

Nascido em 1908 na Romênia (então parte da Hungria), e falecido em 1985 em Paris, Georges Devereux foi um psicanalista e antropólogo franco-americano. Percorrendo o caminho traçado por Geza Roheim, psicanalista húngaro contemporâneo de Freud e pai da Antropologia Psicanalítica, Devereux fundou a Etnopsicanálise, também conhecida como Etnopsiquiatria por serem seus principais seguidores Tobie Nathan e Marie-Rose Moro, psiquiatras e psicanalistas. Discriminada na França pela elite psicanalítica, nas décadas de 1970, 1980 e 1990, a Etnopsicanálise desempenha hoje um papel essencial nos debates sobre as questões ligadas à imigração e ao pluriculturalismo.

Se entendemos a clínica psicanalítica ampliada não somente como uma clínica que foge ao marco tradicional do consultório, mas como o diálogo da Psicanálise com outras áreas do saber e mais particularmente das ciências humanas, pelo confronto do psicanalista com uma situação que lhe é, senão desconhecida, pelo menos inabitual, vemos que a Etnopsicanálise se assemelha em tudo a uma clínica psicanalítica ampliada. Porém, a Etnopsicanálise pede algo mais do que uma escuta psicanalítica fora do consultório. Ela pede ao psicanalista que saiba, ao tempo que identificar o universal, reconhecer que este universal se expressa dentro de um marco sociocultural que lhe é estranho, desconhecido. E que, portanto, a atitude de escuta deve passar pelo reconhecimento de seu não-saber sobre o outro. O analista deve aceitar não compreender, por não dispor de certos elementos socioculturais e da experiência de se haver construído psiquicamente nesse marco.

Para Devereux (2018), o/a pesquisador/observador/a deve levar em conta dois pontos fundamentais: (1) não existem dados independentes de seu trabalho de observação; (2) o que ele/a observa são as reações às suas próprias observações. Mais precisamente, os únicos “dados” à disposição do/a pesquisador/a são suas próprias reações – o que ele/a propriamente percebe – às reações que ele/a suscita. A “subjetividade” do/a pesquisador/a, ao invés de ser vista como uma fonte de erro, deve, portanto, ser vista como um recurso, *o único recurso*, disponível para aqueles/as que têm o projeto de compreender qualquer atividade humana.

De certa forma, o/a pesquisador/observador/a deve considerar a sua relação com o observado da mesma forma que o/a psicanalista aborda a relação com seu paciente. O/A analista trabalha sobre as reações de transferência das quais ele/a é o objeto e sobre suas próprias reações contratransferenciais. Estes são, para Devereux, os únicos dados relevantes a serem considerados.

Felizmente, os chamados ‘distúrbios’ provocados pela existência do observador, quando devidamente explorados, são as pedras angulares de uma ciência do comportamento genuinamente científica e não – como se pensa comumente – um obstáculo infeliz a ser evitado (1980, p. 30, tradução nossa).

No contexto da pesquisa acadêmica, Devereux, no seu texto *Da angústia ao método nas ciências do comportamento* (2018), argumenta que o princípio metodológico tradicional, que exige que o/a pesquisador/a faça o possível para considerar o objeto observado de um ponto de vista estritamente objetivo, não é apenas fútil, mas é, acima de tudo, contraproducente.

De certa forma, Devereux (2018) afirma que a necessidade de objetividade atrapalha, ou enviesada, a pesquisa, e argumenta que a busca da objetividade é fruto da ansiedade do/a pesquisador/a face ao desconhecido.

Sua argumentação é a seguinte:

(1) O estudo científico do homem é entravado pela angústia provocada pela sobreposição do sujeito da pesquisa e do observador.

(2) Essa sobreposição exige a análise do lugar e da natureza da separação entre os dois;

(3) Tal análise deve compensar a parcialidade da comunicação entre o sujeito e o observador num nível consciente, porém não deve ceder à tentação de travar a plenitude dessa comunicação num nível inconsciente. Pois essa comunicação num nível inconsciente desperta a angústia e, por conseguinte, produz reações de contratransferência que deformam tanto a percepção como a interpretação dos dados e produzem resistências de contratransferência. Tais resistências revestem então as aparências de uma *metodologia* e provocam novas deformações *sui generis*.

(4) Assim, vemos que a existência do observador, sua atividade de observação e suas angústias (até mesmo em sua auto-observação) produzem deformações que são tecnicamente e logicamente impossíveis de se eliminar.

Devereux sustenta então que toda metodologia eficaz em ciências que pedem a observação do comportamento deve tratar essas perturbações como os dados mais significativos e característicos da pesquisa. Ela deve explorar a subjetividade inerente a toda observação, considerando-a como a “via real” para uma objetividade autêntica, e não fictícia. Essa objetividade deve ser definida em função do que é realmente possível, não daquilo que “deveria ser feito”.

Assim, diz Devereux, negligenciadas ou pareadas de maneira defensiva pelas resistências de contratransferência, maquiadas como metodologia, essas “perturbações” se tornam a fonte de erros descontrolados e incontroláveis.

No entanto, quando tomadas como dados fundamentais e característicos das ciências do comportamento, essas interferências são mais válidas e mais capazes de produzir sentidos do que qualquer outro tipo de dado.



## *Situação de pesquisa*

Para exemplificar o quanto a atenção prestada aos mecanismos contratransferenciais é valiosa e pode levar o pesquisador a trilhar caminhos desconhecidos ao tempo que familiares, e como esse fenômeno produz dados concretos passíveis de objetivação, compartilho minha própria trajetória de pesquisa de doutorado.

Partindo da pergunta disparadora: “Existe uma dinâmica espiritual arcaica, que contribua para o desenvolvimento psicoafetivo do ser humano?”, escolhi como campo de pesquisa o centro de exorcismo da diocese de *Île-de-France*<sup>1</sup> (Paris e subúrbios), onde pensava que haveria de escutar uma fala na qual o sofrimento psíquico se dizia de forma espiritual. Ali trabalhei como ouvinte durante um ano. Não havia escolhido método específico, apenas a associação livre, disponibilizando-me a escutar o que um campo tão atípico haveria de me sugerir.

Um dia surgiu um policial, muito assustado, pedindo ao exorcista que lhe ajudasse a compreender uma serie de inscrições misteriosas e alguns elementos da cena de um crime que acabara de acontecer. Uma senhora idosa havia sido assassinada, e seu corpo desnudo, recoberto de inscrições, com partes de carne faltando, jazia no centro de um cenário sacrificial.

Alguns dias mais tarde, a juíza encarregou ao exorcista uma perícia para averiguar o significado das inscrições, e ele me solicitou para auxiliá-lo nessa tarefa. Sem dúvida, havia uma intenção sacrificial expressada nas próprias inscrições (por exemplo: “*Qui tollis peccata mundi*”). Satisfeita com o resultado, a juíza me pediu para analisar a cena do crime e confrontá-la com o perfil psicológico do indiciado, que se encontrava preso. A magistrada queria igualmente averiguar se ele conhecia grego e latim, línguas usadas na maior parte das inscrições.

Chegamos ao momento em que a atenção prestada à contratransferência determinou o rumo de minha pesquisa e elaboração teórica. A seguir, detalho os acontecimentos, para esclarecer o processo.

Navegando entre emoções contraditórias, mas com a certeza de que havia encontrado o caso clínico que haveria de embasar minha tese, fui à penitenciária para um primeiro encontro com o suposto criminoso. Deparei-me com um jovem de 28 anos, atlético – faixa preta de karatê –, inteligente e afável, em que pesem um sorriso inquietante e um olhar duro. Como ele se sentia refratário a passar por mais uma perícia (já havia sido entrevistado por três psiquiatras), decidi realizar nesse primeiro encontro uma entrevista livre e associativa para deixá-lo à vontade e, assim, abrandar suas defesas.

Ao indagar sobre seus gostos musicais (ele havia me dito que passava o tempo na sua cela escutando música clássica), tive a surpresa de ouvir que ele escutava repetidamente a *Symphonie Fantastique* de Hector Berlioz, partitura musical que conheço de cor e que contava, e ainda conta, entre as peças sinfônicas de minha preferência. Tal coincidência teve por consequência provocar em mim um movimento interno de simpatia, e aproveitei essa sintonia para driblar o medo que me havia acompanhado até então e trilhar com mais tranquilidade o caminho que se abria. Comentei um trecho que tocava o *Dies Irae* gregoriano e comecei a cantá-lo para ver se ele prosseguia em latim. Ele refutou que preferia a dança macabra dos esqueletos, tocada pelos violinos, que precedia a execução do personagem, e começamos a entoar juntos esse trecho. Ao mesmo tempo, eu tinha uma percepção interna da situação que me deixava extremamente surpresa e preocupada. O que estava acontecendo? Por que estávamos nos entendendo? Continuamos conversando sobre música e marquei um próximo encontro para submetê-lo ao Teste de Rorschach e ao Teste de Apercepção Temática (TAT). Quando nos despedimos, ele me disse: “A senhora é muito simpática”. Qual não foi minha surpresa de me ouvir responder: “O senhor também é muito simpático” ...

A sensação do *Unheimlich* (Freud, 1919/1976), do estranho, do infamiliar ao tempo que do inquietantemente familiar me acompanhou durante todo o período que precedeu a segunda entrevista. Tinha a clara sensação de compreender seu funcionamento

psíquico. Porém, havia algo a mais: um não sei o quê me recordava outra pessoa, que eu não conseguia identificar por estar eu mesma presa naquela teia identificatória. Cheguei a comentar com meu analista: “Tenho a sensação de ter encontrado meu irmão das sombras. Sabe, aquele membro da família que deu errado, mas que continua sendo seu irmão”. Ao chegar na penitenciária, o familiarmente estranho rapaz me disse, assim que me viu: “Fico feliz em vê-la. Não paro de pensar em nosso encontro. Fiquei com a sensação de ter encontrado minha alma gêmea”. Fiquei estarecida. Que situação inédita, inacreditável e... francamente assustadora.

Ainda assim, levei adiante a perícia e o rapaz foi declarado culpado pelo crime. Não desisti do *Unheimlich* que me havia aberto o caminho, embora não distinguisse ainda para onde este ia me levar.

Ruminei os acontecimentos e os ditos, sonhei, associei, e finalmente consegui me extrair das travas da identificação, o que permitiu à imagem da pessoa da qual até então não havia conseguido me lembrar aflorar. Tratava-se de uma jovem mulher que havia vivido no século XIX, de nome Marie-Françoise Thérèse Martin, cuja autobiografia revelava que, quando criança, havia mostrado até seus 4 anos de idade traços de crueldade e de sadismo persistentes, um grande desequilíbrio psíquico e, ao redor de seus 10 anos, uma sintomatologia de possessão que revelava uma efracção traumática consequente a abusos sexuais. Além disso, quando adolescente, passou por uma preocupante identificação com um assassino sanguinário que então ocupava as manchetes dos jornais.

Sim, a pequena Thérèse e o jovem e estranho sacrificador revelavam ter o mesmo funcionamento psíquico, e, como as duas faces de uma mesma moeda, haviam sobrevivido psicologicamente graças a um mesmo paradigma sublimatório: o sacrifício. Compreendi então que neste termo, e em todo seu espectro epistemológico, antropológico, teológico e psicanalítico, se encontrava o meu fio de Ariadne. Aprofundi a questão e verifiquei se ela poderia se aplicar ao funcionamento psíquico originário e às fantasias arcaicas. Vários anos de leituras e pesquisas interdisciplinares me levaram a

postular a existência de uma fantasia originária sacrificial, que dá sentido à vivência de *Hilfflosigkeit* (Freud, 1926[1925]/1993) e permite o desenvolvimento psicoafetivo do bebê, apesar da intensidade do trauma e do desamparo (Donard, 2009), assim como uma dinâmica espiritual arcaica, integrante e participante do funcionamento psíquico do ser humano.

Ah, ia esquecendo: Marie-Françoise Thérèse Martin é conhecida no Brasil como... Santa Teresinha do Menino Jesus.

### **Considerações finais**

Sempre fico intrigada pela facilidade com a qual as certezas empíricas se instalam, sem nenhum questionamento. No entanto, desconstruir a certeza da objetividade não significa não ser metódico e rigoroso, ao contrário. A necessidade de ampliação do conhecimento e de uma extrema exigência na construção do argumento é necessária para que o embasamento lógico sustente a argumentação.

Venho experimentando trabalhar a questão das Tecnologias Digitais da Informação e Comunicação (TDICs) de forma plurireferencial, e verifico o quanto isto é candente e difícil porque, para muitos, de uma realidade observada é imperativo extrair o máximo de certezas. Ora, não há certezas. Unicamente nossa angústia por não conseguirmos ter controle sobre o observado. A realidade é absolutamente complexa ao mesmo tempo que absolutamente simples porque, diz a mecânica quântica, a única causalidade de sua lógica é o observador.

Para um psicanalista, não idealizador de sua vertente teórica, é mais fácil admitir que, da realidade, só se conhece aquilo que foi percebido, filtrado e reconstruído. Winnicott, quando sustentava que um paradoxo “não se destina a ser resolvido” (1971/1975, p. 203), postulava que a realidade, por ser paradoxal, deve ser aceita sob sua vertente complexa, às vezes antagônica, sem ser reduzida a uma evidência.

Portanto, temos de reconhecer que, se a vertente metodológica de uma pesquisa é indubitavelmente importante, ela só o vem a ser realmente quando precisamos dela. Não é possível pesquisar *de facto* se a metodologia configurar antecipadamente a realidade com a qual se há de deparar. Porque a realidade é sempre nova e imprevisível, não sabemos de antemão qual será o método mais adequado para abordar o inédito oferecido pelo campo. Para conter nossa angústia como pesquisador, e satisfazer as exigências acadêmicas, podemos prever, antecipar, projetar. Mas não devemos pressupor como dado o conhecimento do que vamos encontrar. Não se fazem pesquisas com certezas.

## Referências

- Devereux, G. (1980). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris: Aubier.
- Devereux, G. (2018). Da angústia ao método nas ciências do comportamento. *Lacuna*, 6, 7.
- Donard, V. (2009). *Du meurtre au sacrifice: psychanalyse et dynamique spirituelle*. Paris: Cerf.
- Freud, S. (1976). L'inquiétante étrangeté. In: S. Freud, *Essais de psychanalyse appliquée*. Paris: Gallimard. (Original publicado em 1919).
- Freud, S. (1993). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris: PUF. (Original publicado em 1926[1925]).
- Missonnier, S. (2019). L'apport de Georges Devereux : intégration vs complémentarité. In: M. Bydlowski (Org.), *Recherches en psychopathologie de l'enfant* (pp. 153-161). Toulouse: Érès
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1971).

## Nota

1. Cada diocese da Igreja Católica (exceto na Alemanha) dispõe dos serviços de um exorcista, nomeado pelo bispo.

## CAPÍTULO 4

### Vinhetas e historiais clínicos na pesquisa psicanalítica: finalidades e impasses

*Cassandra Pereira França*

Meu estilo é a paixão pela verdade  
*André Green<sup>1</sup>*

Fábio Herrmann, um brilhante pesquisador e psicanalista brasileiro, dizia que o nascedouro de uma pesquisa clínica pode determinar seu sucesso ou fracasso. Segundo ele, quando um candidato a pesquisador se apresentava com uma quantidade enorme de leituras, às vezes não muito bem feitas, de Freud e de outros, dizendo: “Meu tema é tal, estou querendo descobrir tal tipo de coisa e preciso ler tudo que diz respeito a isso” (Herrmann *apud* Silva 1993, p. 145) – ele logo pensava:

Sem dúvida, este aqui já tomou o caminho errado pois, que alguém chegue querendo estudar um determinado tipo de coisa, é esperado. Mas, daí, a já saber qual o resultado a que vai chegar, isso já é profundamente não-psicanalítico (Herrmann *apud* Silva, 1993, p. 145).

E talvez pudéssemos mesmo acrescentar que essa proposta caberia muito bem se acaso a tarefa fosse a de escrever uma monografia ou, ainda, um artigo para um periódico, quando, então, desde o começo, devemos ter uma ideia clara de onde queremos chegar com a argumentação que vamos apresentar.

No caso das pesquisas acadêmicas, algo muito distinto se passa. Por ser um empreendimento de grande fôlego, que terá de se impor como prioridade absoluta para que possa ser concluída no tempo exíguo determinado pelas agências de fomento à pesquisa,

é esperado que a tarefa cobre um preço bem alto: anos de vida dedicados a leituras com um foco muito específico, exigindo que tenhamos de abdicar de outras leituras importantes para nossa socialização e de momentos significativos de convívio com amigos e parentes. Tamanho sacrifício só poderá valer a pena se tivermos um compromisso interno com o tema pesquisado, de modo que este possa nos levar a atravessar a etapa mais difícil de todas: a escrita final da dissertação ou tese.

Partindo da observação das motivações das pesquisas que realizei e que acompanhei os meus orientandos realizando, ao longo de mais de vinte anos, constatei que, quando o tema escolhido foi capaz de gerar rumos satisfatórios nas carreiras profissionais, é porque foi fruto de uma espécie de combinação de inúmeras variáveis. Um breve inventário nos levaria a citar pelo menos algumas delas: a história de vida de cada pesquisador (que pode tê-lo deixado mais sensível e propenso a se interessar por determinados assuntos); a bagagem cultural que o seu meio social lhe proporcionou; o campo de trabalho em que esteve inserido (que pode tê-lo colocado diante de certos fenômenos psíquicos) e a sua trajetória acadêmica em pesquisas de Iniciação Científica nos tempos da graduação. A esse conjunto de variáveis irá se somar a nossa reserva interna de impulso epistemofílico e que já nos direcionou à formação psicanalítica, pois nela o espírito científico sempre está operando, tal como Freud enfatizou tão bem:

O progresso do trabalho científico se dá de modo muito semelhante ao da análise. Iniciamos o trabalho com certa expectativa, mas devemos afastá-las. Com a observação, aprendemos ora aqui ora ali algo novo, mas as partes não formam de início um conjunto coerente. Criamos então suposições, construímos hipóteses auxiliares, que abandonamos quando não se confirmam. É necessário ter paciência e disposição para avaliar todas as possibilidades, renunciando às nossas primeiras convicções: pois, dominados por elas, deixaríamos de perceber fatores novos e inesperados. E no final, todo o nosso esforço se vê recompensado: as descobertas isoladas se organizam num conjunto bem ajustado, e tem-se a visão de uma parte do

acontecer psíquico; a tarefa está concluída, e estamos prontos para a seguinte (Freud, 1933[1932]/2006, p. 169-170).

A essas palavras de Freud, eu acrescentaria que é a forte identificação com a temática pesquisada e com os autores que lhe são mais afins o ponto de sustentação de onde o pesquisador irá retirar forças para enfrentar as inúmeras frustrações e dificuldades que podem surgir em distintas etapas da pesquisa. Portanto, a primeira tarefa de um orientador que, como disse Herrmann (1993), pretenda funcionar junto a seu orientando tal qual um *Therapón* (figura grega que representava um acompanhante do herói em sua arriscada aventura), será o de questionar a temática apresentada no pré-projeto. É preciso verificar se, de fato, há um ponto de ancoragem interna para o orientando, ou seja, que ligue fortemente seu desejo a um assunto que lhe pareça fascinante. Se não for assim, de onde o pós-graduando irá tirar energia para concluir a pesquisa e continuar fazendo reelaborações e aplicações dela em sua prática profissional? Vejam que o orientador, além de precisar ser alguém capaz de pensar psicanaliticamente no devir daquele sujeito como um futuro pesquisador (liberando-o para fazer o mesmo), precisa, também, ser suficientemente pragmático para reconhecer que, às vezes, é melhor corrigir logo “a rota da viagem”: readequar a temática proposta no pré-projeto, ajustando-a à implicação interna do pesquisador e aos limites da dupla (orientador/orientando) para lidar com o novo tema e com os desafios impostos pelos autores escolhidos e pelo tempo real da tarefa. Felizmente, situações como essa são mais raras, pois os orientandos costumam chegar com pré-projetos que contemplam o objeto de estudo que lhes encanta.



## *O constructo do problema de pesquisa*

Uma vez que estamos bordejando os pré-requisitos iniciais para que a meta seja alcançada de modo assertivo, um desafio logo se impõe: é preciso armar a grande questão de pesquisa, delimitando qual é, verdadeiramente, o problema que será pesquisado, pois não podemos nos esquecer que “a função da ciência é resolver problemas e nela a teoria serve como instrumento de enunciação e de resolução de problemas em um determinado campo de fenômenos” (Fulgêncio & Coelho, 2018, p. 48). Quando trabalhamos com metodologia de pesquisa clínica, costuma ser extremamente proveitoso incluir um material empírico que possa funcionar como um articulador fundamental para os questionamentos que vão dar sustentação ao problema de pesquisa e também a algumas hipóteses de partida. Aliás, para o meu gosto pessoal, aprecio muito quando o pré-projeto brotou de uma observação de campo, que adquiriu um sentido enigmático para o psicanalista, fisingando seu desejo de exercer um raciocínio clínico à exaustão, até chegar a colocar à prova algum conceito do edifício teórico/técnico da Psicanálise<sup>2</sup>.

Em sua tentativa de apontar a trilha que poderia levar ao sucesso do método clínico na pesquisa psicanalítica qualitativa, Herrmann (1993) irá nos dizer:

O que não posso permitir num trabalho psicanalítico, é que o autor tente criar um problema artificial para depois apresentar uma solução convencional. O que é muito fácil: [pois] qualquer solução serve para um problema falso. [E prossegue:] Parece-me essencial que o candidato reconheça um problema real, sobre ele se debruce, deixe que esse problema fale de sua própria importância, de sua significação humana, forte. Em seguida, ao invés de partir para uma teoria, partir para um outro caso, que também vai se revelar...e para um terceiro. Depois, usar o primeiro sobre o segundo. Calcar sobre o segundo e dizer: ‘Bem, se esse primeiro fosse minha teoria, o que seria esse segundo?’ Os dois juntos promovem uma espécie de matriz ou rede que determina certos pontos. Esses pontos devem ser

importantes. Então, no terceiro, aplica-se essa prototeoria criada a partir de dois casos [...] e percebe-se que há certas invariantes (Herrmann, 1993, p. 145).

Essas recomendações do autor são extremamente bem-vindas quando temos uma casuística clínica numerosa e que pode (por isso mesmo), ao invés de nos ajudar, chegar a nos confundir. É preciosa essa sugestão de que devemos nos debruçar sobre os casos clínicos, para retomar os pontos de coincidência e de divergência existentes entre eles, até obtermos “uma espécie de matriz ou rede que determine certos pontos” a serem valorizados na investigação. Nesse momento, o candidato a pesquisador já terá condições de criar uma teoria psicanalítica *ad hoc*, ou seja, feita exclusivamente para explicar aquele ou aqueles fenômenos que observou, embora eles ainda não sirvam para qualquer generalização. Desse modo, Herrmann (1993, p. 147) vai nos mostrando como “é preciso esquecer a Psicanálise, para fazer Psicanálise”. No entanto, faz questão de frisar que, para esquecer, é preciso saber. Ou seja, é preciso também usar outros métodos complementares de pesquisa, até se chegar ao ponto de montar uma teoria *prêt-à-porter*, resultante do mergulho no universo empírico. Só então essa teoria poderá ser registrada no papel (para que não se perca) e, depois, assinada. Uma vez concluída essa etapa fundamental, é chegado o momento de cotejar a pesquisa com a teoria psicanalítica tradicional, a dos autores importantes da Psicanálise para aquele assunto específico.

Desse modo, aprimora-se a questão fundamental a ser pesquisada na tese, fruto da articulação entre três elementos, a saber: o fenômeno clínico, a teoria *ad hoc* (que foi construída sobre ele) e o *corpus* teórico disponível na Psicanálise. Pronto, o fermento está colocado na “massa” (fenômeno clínico), basta deixá-la descansar por meses a fio – tempo em que estaremos cuidando da escrita teórica – e, de vez em quando, voltando nosso olhar sobre a “massa” para ver se está crescendo. No entanto, como os objetos de investigação psicanalítica estão impregnados da vida psíquica do investigador, é preciso estar preparado para o fato de que, a cada

retorno ao material clínico, a “escuta flutuante” já não será a mesma, pois o funcionamento subjetivo do investigador estará diferente e a sua atenção aguçada pelo aprendizado das leituras teóricas que realizou. Assim, uma nova luz incidirá no material clínico, iluminando dimensões ainda não exploradas. Essa abertura radical para a irrupção daquilo nunca antes visto é o exercício máximo de liberação do impulso epistemofílico e da criatividade do pesquisador/psicanalista e o lançará em águas mais profundas do que as que mergulhou ao longo daquela análise de onde extraiu o fenômeno clínico.

Durante algumas décadas de pesquisa nos Programas de Pós-Graduação em Psicanálise do nosso país, o mais usual era que a observação empírica derivasse de um *flash* clínico (uma cena rápida, um lapso, um sonho, um gesto ou expressão fisionômica de um paciente) e, que, a partir daí, fosse feita uma análise do discurso do sujeito. Era também muito frequente a análise de movimentos transferenciais do processo analítico que pudessem ajudar na compreensão da sintomatologia ou na discussão de um diagnóstico psicopatológico. Todas essas possibilidades, sem dúvida alguma, estavam muito próximas ao método psicanalítico propriamente dito, e as pesquisas seguiam o modelo de reconstrução que Freud fazia do acontecer psíquico, realizando essa tarefa através da combinação das teorias gerais da Psicanálise com as especificidades da história de vida do paciente: as experiências que teve na infância, as fixações da libido, os traumas que marcaram suas vivências e as defesas desenvolvidas.

Entretanto, à medida que a Psicanálise foi expandindo seu território para fora dos limites do *setting* terapêutico, o campo empírico de observação do funcionamento do aparelho psíquico e das possibilidades de intervenção sobre ele também foi se expandido. Assim, nos dias atuais, existem inúmeros projetos de pesquisa de orientação psicanalítica que não se restringem a colher dados apenas dos atendimentos clínicos realizados em consultórios; eles atravessam os ambulatórios das redes de assistência à saúde mental, frequentam os diversos aparatos de

assistência social e jurídica à população e chegam até mesmo a recolher material clínico de *blogs* pessoais – esta nova forma de expressão da subjetividade em tempo real e que substituiu os antigos diários dos adolescentes. Sem falar nas pesquisas psicanalíticas sobre arte e literatura...

O rumo das pesquisas em Psicanálise no Brasil está completamente mudado e o sucesso alcançado nos trinta anos em que foram implantados os Programas de Pós-Graduação<sup>3</sup> liberaram a comunidade de pesquisadores da hegemonia da conceituação positivista da ciência e da necessidade constante de ficar comprovando a cientificidade da Psicanálise. Como formulei em um outro trabalho (França, 2017a), nos dias de hoje, apesar da falta de consenso sobre o papel da academia na difusão da Psicanálise, uma coisa é certa: todos os psicanalistas do país estão bebendo água da fonte que jorra das pesquisas acadêmicas realizadas nos diversos Programas de Pós-Graduação que possuem áreas de concentração em pesquisa psicanalítica.

Rompidos esses grilhões e assumido de vez que, na ciência psicanalítica, o psiquismo do pesquisador faz parte do campo observado, as pesquisas clínicas qualitativas passaram a se apropriar dos benefícios dessa característica. Assim, um conto, uma poesia, ou até mesmo uma frase de um personagem da literatura pode suscitar no psiquismo do pesquisador o levantamento de uma questão clínica<sup>4</sup>.

Lembremos que dentro da própria literatura psicanalítica, além do estilo estupendo da narrativa clínica de Freud ou da sensibilidade impregnante de Ferenczi, outros autores, pelo estilo peculiar e envolvente de escrita, também produzem efeitos psíquicos interessantes – como é o caso, por exemplo, de Bion, cujo leitor não consegue avançar rapidamente em seus textos, porque sempre fica emocionalmente afetado por suas ideias. Inclusive, nessa linhagem da afetação contratransferencial e que pode nos convocar a perseguir certas trilhas de pesquisa, podemos incluir também a possibilidade de observação de um determinado tipo de reação psíquica grupal, como acontece nas equipes interdisciplinares, onde o trabalho de escuta de

múltiplas vozes, ao passar pelo mundo interno do pesquisador, pode ecoar diversos sentidos<sup>5</sup>.

### *O difícil encaixe das vinhetas clínicas*

Pois bem. A meio caminho da reta final da escrita da dissertação ou tese, será o momento de decidir se aqueles fragmentos clínicos, que deram causa à pesquisa e funcionaram como andaimes para que o objeto de estudo se erguesse, devem ou não vir à luz do dia. Confesso que sou tendenciosa: costumo defender a chance do material clínico comparecer, de modo vívido e reluzente, desde que atenda a determinados pré-requisitos. Em primeiro lugar, deve estar consonante com as normas éticas e com as regras de confidencialidade e proteção da identidade dos sujeitos envolvidos nas pesquisas<sup>6</sup> – o que implica, necessariamente, a alteração de todo e qualquer tipo de dado que possibilite essa identificação. Tarefa nada fácil, pois além de ser preciso recriar um personagem, não podemos nos descuidar do compromisso ético com a verdade do testemunho que iremos dar.

Em segundo lugar, acrescento que, para o meu gosto pessoal, uma ilustração clínica só deve entrar no texto final se estiver completamente amarrada a um raciocínio metapsicológico bem articulado, pois, somente assim, ela poderá promover um avanço na argumentação teórico/técnica do estudo. No entanto, para que se cumpra tal meta, é preciso escolher, com cuidado, em qual capítulo a ilustração deverá ser encaixada (é justamente por essa razão, que ela mudará tantas vezes de lugar, ao longo da redação do texto). Sabemos que a partir do ponto em que ela se instalar, irá tensionar toda a argumentação construída, fazendo ranger vários capítulos da tese, denunciando os elementos destoantes. Vale frisar que esse exercício metapsicológico não pode impor qualquer tipo de mutilação na descrição do fenômeno clínico narrado. Recuperemos o eco das palavras de Green, citadas na epígrafe deste capítulo: “Meu estilo é a paixão pela verdade!” Ou seja, se algo estiver destoante entre esses dois eixos, o da vinheta clínica e o do

argumento teórico, o primeiro sempre será soberano! A discussão teórica é que terá de acolher a discrepância e, a partir dela, reabrir novas hipóteses.

Mezan (2007), em seu excelente artigo *Que tipo de ciência é, afinal, a Psicanálise?*, apresenta-nos a ideia de que tanto Freud quanto Darwin enfrentaram o mesmo problema: a impossibilidade de comprovar, por meio de “evidências imediatas e conclusivas”, a veracidade das inferências que extraíam de seus dados. No entanto, a premissa contida nas palavras que agora citaremos, serve para todos nós, humildes discípulos da grandeza desses dois nomes em pauta:

O que produz a convicção de que aquilo “deve ser verdade” é a consistência interna do argumento, somada à simplicidade e plausibilidade da hipótese central (ação da seleção natural em Darwin, existência e eficácia de um inconsciente dinâmico em Freud) e ao enorme poder explicativo da teoria tomada em seu conjunto (Mezan, 2007, p. 11).

Outra boa razão para decidir se a narrativa fidedigna da observação empírica merece figurar no escrito publicado é a avaliação das chances de que venha a adquirir um *status* de “embrião enigmático” – chamemos assim a potencialidade do “vir a ser” do fenômeno clínico. O que quero dizer com essa afirmativa? Algo muito simples: se o fenômeno clínico tiver potencial de ser um “embrião enigmático” poderá dar origem a outros estudos em artigos, dissertações e teses, até mesmo de outros pesquisadores, que vão poder (após dar o crédito ao autor original), incluir aquele fragmento clínico em outra série de fenômenos de campo que estão sendo observados e catalogados. Assim se movem as engrenagens das pesquisas clínicas. Afinal, é importante lembrar que, na ciência, não subimos nos ombros apenas dos gigantes da nossa área, subimos também nos ombros dos colegas. Portanto, a meu ver, será a partir da conjunção desses três fatores que acabei de citar – o cumprimento das normas éticas de pesquisa, a necessidade de que a ilustração clínica esteja a serviço de um exercício metapsicológico

e a avaliação de sua utilidade para outros pesquisadores – que poderemos tomar a decisão de incluir, ou não, as vinhetas clínicas.

Ainda é tempo de ressaltar que não podemos subestimar o grau de dificuldade implícito na arte da escrita e do encaixe dos exemplos clínicos – tarefa que parece ser relativamente fácil, tal como a arte de tocar pandeiro: todo mundo acha que sabe tocar, que basta bater no couro e dar uma balançadinha nas platinelas e o samba estará feito. Entretanto, somente quando começarmos a praticar, é que descobriremos ser o pandeiro um dos instrumentos de percussão mais difíceis de tocar. O mesmo se passa com o encaixe das vinhetas clínicas: para que elas possam dar samba e desfrutar de sua potencialidade máxima, será preciso contar não apenas com o ouvido do autor, mas também com a sua verve para grafar com sensibilidade, em prosa e verso, a riqueza de nuances do fenômeno observado. Assim, emblemática, sobredeterminada, inesquecível... lá estará a cena clínica, desvelada e, novamente, velada. Por isso mesmo, não se deve rebuscar demais a ilustração clínica: quanto mais delimitada estiver, maior será a nitidez da imagem – “a ciência é exatamente isso: fazer a mágica só com aquilo que é essencial” (Hermann *apud* Silva, 1993, p. 140).

### *A doçura tímbrica da clínica psicanalítica brasileira*

Entretanto, a escrita de um historial clínico consiste em um desafio bem maior do que o que acabamos de citar e poderia até mesmo ser comparado a um encontro metafórico do pesquisador/psicanalista com um instrumento musical desconhecido: um bandoneón. Pouco sabemos dele, mal pronunciamos seu nome, depois, com certo esforço, lembramos que é um tipo de acordeão com que se toca tango. Só quando começamos a pesquisar o assunto é que descobrimos que o instrumento musical foi inventado por um músico alemão (Heinrich Band, que viveu entre 1821 e 1860) e chegou às margens do Rio da Prata por volta de 1900, juntamente com outros imigrantes alemães. Entretanto, cabe acrescentar que foi a doçura tímbrica desse instrumento que o tornou ideal para marcar os

compassos do tango, um estilo musical que enlaça paixão, erotismo e sensualidade, resultantes da efervescência de uma mistura cultural: a fusão da música europeia, africana e gaúcha (dos Pampas).

A Psicanálise brasileira, não por mero acaso, também resultou de uma mistura cultural: a Psicanálise portenha adubou o solo brasileiro para que fosse plantada, primeiro, a escola inglesa e, depois, a escola francesa. Porém, nosso estilo de clinicar é peculiar, bem diferente dessas duas escolas... Afinal, foi temperado pela “doçura tímbrica” de um povo afetivo, alegre, flexível e resiliente. Estaria aí o segredo da ciência psicanalítica ter se instalado por aqui com tanto sucesso? É provável. Mas o certo é que precisamos mostrar ao mundo que, mesmo tendo tido a nossa condição de país colonizado, conseguimos a proeza de superar décadas de mimetismo dos trejeitos europeus na clínica e fazer a Psicanálise brasileira ter o seu próprio movimento de “entradas e bandeiras”: levamos a clínica psicanalítica à rede do SUS; a todas as clínicas-escola das universidades do país e implantamos clínicas sociais em boa parte das instituições privadas. Agora, todos querem ver, principalmente nossos jovens alunos, como é feita a clínica psicanalítica brasileira na contemporaneidade. Este é o maior estímulo para enfrentarmos a odisseia da narrativa de uma viagem psicanalítica ímpar, tentando construir um método de escrita que possa permitir a inteligibilidade da trama e as complexidades caleidoscópicas daquele psiquismo que estamos estudando.

A essa altura, o leitor já deve estar murmurando: “Não entendi... Qual é mesmo a relação entre historial clínico e bandoneón?” Pois bem, apesar desse instrumento estar associado ao tango, não serve apenas para esse estilo musical. Ele é um instrumento cromático, que tem todas as notas, sustenidos e bemóis, que respondem diferentemente aos movimentos das mãos e dos dedos de cada instrumentista: abrindo, temos um som; fechando, temos outro. Essa versatilidade de uma mini orquestra de câmara, com vários naipes, é o que sustenta a minha comparação: um historial clínico fornece tantas informações a outro pesquisador que ele poderá, tomando-o em suas mãos, fazer tal qual o grande Astor Piazzolla, que conseguiu



misturar ao tango, a música erudita e o jazz, criando algo novo, a música contemporânea de Buenos Aires. Entretanto, apesar do “bandoneón psicanalítico” poder tocar qualquer estilo de música, até o samba, temos de nos lembrar da advertência de Mahony: “o histórico do caso permanece como a representação mais adequada do tratamento clínico, e, não obstante, de todos os gêneros da literatura psicanalítica, é o mais difícil de ser escrito” (Mahony, 1991, p. 177).

Um breve inventário das inúmeras dificuldades contidas na escrita de um historial clínico nos leva a identificar, como primeiro grande desafio a ser vencido, as inibições (internas e externas) em se dar permissão ao leitor para observar a intimidade de um momento sagrado do nosso ofício. Não há como registrar ou justificar para o leitor anônimo as incontáveis referências repetidas ao fragmentário, ao desconexo, ao isolado, ao individual ou ao detalhe que antecederam alguns jogos de palavras do paciente, ou que antecederam algumas imagens que se infiltraram em nossa escuta analítica. Na escrita do caso clínico,

A linguagem é, além do mais, desafiada pelas várias ordens no tratamento psicanalítico, dentre as quais se pode enumerar a ordem da fantasia e da rememoração do paciente, a ordem de sua narração sobre o que ele se lembra ou mesmo o que poderia experimentar somatizando, no momento da sua narrativa, a ordem do que ele repete em lugar de relembrar, no que se refere à sua vida passada, na transferência, a ordem do seu entendimento e da sua cura, a ordem de comunicar ou reter esse conhecimento através de memórias ou sonhos ou de associações espontâneas, e a ordem de compreensão do analista e a comunicação desse entendimento ao paciente (Mahony, 1991, p. 178).

Por tudo isso, é muito difícil que fiquemos satisfeitos com o resultado alcançado, sobretudo quando temos clareza das omissões que o texto necessariamente carrega, não somente em nome do sigilo do caso, mas também em nome da coerência que deve existir em torno de um eixo central que, tal qual uma espinha dorsal, leva e traz informações para o sistema nervoso central. Encontrar,

descrever e encaixar os feixes de fragmentos clínicos que atendam a esse propósito exige muita reflexão, horas e horas de ensaio, anos e anos apresentando o caso clínico, até conseguirmos tecer palavras que possam aproximar o leitor do que foi vivenciado naquele processo analítico. Essa tarefa pode nos tomar quase uma década de vida. Não faz mal, sabemos que “nós praticamos a nossa ciência de forma artística” (Herrmann *apud* Silva, 1993, p. 141). Se serve de consolo, devo admitir que recentemente deparei-me com uma premissa de André Green, de que gostei muito: “Quando um analista elabora algo novo, geralmente se apoia em três ou quatro casos que o balançaram [na vida] em especial e que o impelem a um trabalho de pensamento mais aprofundado” (Urribarri & Green, 2019, p. 21)<sup>7</sup>. Segundo Green, nessas ocasiões, em que nos é exigido um esforço teórico maior, residem as boas chances de que avancemos em relação às teorias herdadas<sup>8</sup>.

A publicação de um caso clínico sempre nos deixa inseguros – não sabemos a que distância estamos do sublime ou do execrável e, por isso mesmo, precisamos de ouvintes críticos (orientadores, supervisores, colegas ou alunos), que possam, ou não, endossar o que está sendo textualmente produzido. Entretanto, é bom saber que essas benfeitas críticas e sugestões só nos fazem querer tecer e bordar ainda mais o texto, acrescentando outros fios e novos tons. Finalmente, quando acreditamos que o texto está pronto e vamos fazer a releitura completa (pela centésima vez), ficamos completamente insatisfeitos. Essa descabida insegurança nos faz lembrar de uma pitoresca passagem na história da Psicanálise e que pode funcionar como um estímulo aos colegas pesquisadores, trazendo-nos um certo alento, mesmo que ilusório.

O ano foi o de 1908, e imaginem que, com todo seu brilhantismo como orador, Freud precisou de apenas quatro horas para apresentar o seu *Homem dos ratos* a um grupo de analistas que o ouviam, atentamente, no Congresso de Salzburgo (Áustria). Alguns meses mais tarde, Jung e Jones comentaram como Freud tinha conseguido transformar aquele momento em um triunfo memorável. Ainda assim, numa carta enviada a Jung, um ano e

dois meses depois (datada de 30 de junho de 1909), Freud lamentou: “Como são mal feitas as nossas reproduções, quão pobremente nós dissecamos as grandes obras de arte da natureza psíquica!” (Freud *apud* Mahony, 1991, p. 178). Jung concordou, dizendo também enfrentar muitos obstáculos em apresentar seus casos. Logo depois, fizeram a conhecida viagem aos Estados Unidos e, tão logo retornaram, Freud, novamente, pediu os comentários de Jung acerca do caso (na carta datada de 4 de outubro de 1909), confessando: “Corrigi o *Homem dos ratos*. Eu ainda não gosto dele” (Freud *apud* Mahony, 1991, p. 179). Mas a reação entusiasmada de Jung, que tinha naquela época o papel intelectual mais relevante dentre os discípulos de Freud, não demorou a chegar:

O seu *Homem dos ratos* me deixou encantado, foi escrito com incrível inteligência e está cheio da mais sutil realidade. Muitas pessoas, entretanto, serão por demais obtusas para entendê-lo na sua profundidade. Esplêndido talento! Lamento do fundo de meu coração não tê-lo escrito eu mesmo (Jung *apud* Mahony, 1991, p. 179).

Vejam bem que, se até mesmo Freud, um exímio narrador de histórias, capaz de misturar distintos estilos narrativos, mantendo até a última linha a coloração do mistério entrelaçada à teoria, precisou da benção de Jung para acreditar nos efeitos de sua “prosa estereofônica” (Mahony, 1991, p. 188), está mais do que provado o quanto todos nós precisamos, desesperadamente, do aval dos nossos pares e do incentivo do orientador para prosseguirmos. É por isso mesmo que a orientação em grupo, onde colegas podem ler os escritos uns dos outros, criticar e elogiar, costuma ser tão alvissareira e gratificante.

Três dias depois de receber essas palavras elogiosas, sinceras e merecidas daquele discípulo que havia sido escolhido para ser o príncipe herdeiro e diante do qual o rosto do pai da Psicanálise sempre se iluminava, de seu bico de pena verteram as seguintes palavras: “Você é o primeiro crítico do *Homem dos ratos*... Estou

muito lisonjeado com seu apreço!" (Freud *apud* Mahony, 1991, p. 179). Aprendamos, com Freud, a expressar gratidão a todos que prestigiam nossos escritos com sua leitura e comentários.

## Referências

- França, C. P. (2001). *Ejaculação precoce e disfunção erétil: uma abordagem psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- França, C. P. (2017a). Sobre destinos nem tão funestos: o ensino da psicanálise nas universidades. In: C. P. França & A. C. Carvalho (Orgs.), *Universidade e Psicanálise: um espaço de interlocução*. São Paulo: Zagodoni.
- França, C. P. (2017b). *Nem sapo, nem princesa: terror e fascínio pelo feminino*. São Paulo: Blucher.
- Freud, S. (2006). Notas sobre um caso de neurose obsessiva. In: S. Freud, *Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (v. 10, pp. 137-275). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1909).
- Freud, S. (2006). Conferência XXXV. In: S. Freud, *Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (v. 22, pp. 155-177). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1933[1932]).
- Fulgêncio, L., & Coelho, D. (2018). As relações entre a empiria e a teoria na psicanálise: uma discussão de dois psicanalistas pesquisadores. In: L. Fulgêncio, J. Birman, D. Kupermann, & E. L. Cunha (Orgs.), *Modalidades de pesquisa em Psicanálise: métodos e objetivos*. São Paulo: Zagodoni.
- Mahony, P. (1991). *Freud e o homem dos ratos*. São Paulo: Escuta.
- Mezan, R. (2007). Que tipo de ciência é, afinal, a Psicanálise? *Natureza Humana*, 9(2), 319-359.
- Mezan, R. (2014). Pesquisa em Psicanálise: algumas reflexões. In: R. Mezan, *O tronco e os ramos: estudos de história da psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Mezan, R. (2019). O método psicanalítico no texto acadêmico: três exemplos e algumas observações. In: I. Kubikowski, E. M. S. P.

- Kahale, & R. M. Tosta (Orgs), *Pesquisas em Psicologia Clínica: contextos e desafios*. São Paulo: EDUC.
- Paiva, R. (2021). *A subjetividade materna no contexto do abuso sexual incestuoso: ressonância na equipe de saúde* (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Silva, M. E. (1993). Uma aventura: a tese psicanalítica (Entrevista com Fábio Herrmann). In: M. E. L. Silva (Org.), *Investigação e psicanálise*. Campinas: Papyrus.
- Urribarri, F., & Green, A. (2019). *Do pensamento clínico ao paradigma contemporâneo: diálogos*. São Paulo: Blucher.

## Notas

1. Palavras ditas por André Green a Fernando Urribarri, e por este lembradas e pronunciadas no funeral de André Green, no dia 27 de janeiro de 2012, na cidade de Paris.
2. Um exemplo dessa situação são as inúmeras pesquisas que orientei no Projeto CAVAS/UFMG (projeto de pesquisa e extensão com crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual).
3. Uma explicação sobre a escalada de sucesso das pesquisas acadêmicas em Psicanálise no Brasil, e que foi acompanhada de um verdadeiro *boom* de Programas de Pós-Graduação, pode ser encontrada em Mezan (2014).
4. Uma boa ilustração são as falas de Diadorim, personagem emblemático da obra de Guimarães Rosa, que têm aberto inúmeros estudos sobre as questões de gênero.
5. Um exemplo desse tipo de observação pode ser extraído da minha tese de doutorado (França, 2001), que encontrou nas palavras dos médicos da equipe uma boa hipótese de trabalho: “Sabemos, de longe, qual é o paciente que tem ejaculação precoce”. Um outro exemplo pode ser a percepção aguçada de uma psicóloga do quanto a sua equipe de trabalho no Pronto-Socorro ficava completamente desorganizada quando atendia a mães de crianças vítimas de abuso sexual intrafamiliar, a qual foi o ponto nodal de uma pesquisa de mestrado que orientei (Paiva, 2021).
6. Embora nem sempre seja possível entender a lógica que rege os pareceres fornecidos pelos Comitês de Ética em Pesquisa das universidades, é preciso que as solicitações sejam feitas com presteza, a fim de que haja tempo útil para se decidir, junto ao orientador, quais serão

os desdobramentos a partir da resposta recebida. Sabemos que o longo tempo desses processos muitas vezes predispõe os orientadores a não estimularem seus pupilos a incluírem qualquer tipo de ilustração clínica na dissertação ou tese, principalmente quando o fenômeno clínico não pertence a um projeto de pesquisa, em que os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido desde o começo de seus atendimentos psicoterápicos.

7. Entrevista concedida a Fernando Urribarri, em 1991, em Buenos Aires.

8. Palavras que funcionam como um bálsamo em meus ouvidos, principalmente porque estou vivendo a agonia de concluir a segunda empreitada de um caso singular e paradigmático. A primeira foi o resultado do meu pós-doutorado na PUC-SP, sob orientação do Prof. Dr. Renato Mezan e resultou em um livro (França, 2017b).



## CAPÍTULO 5

### A elasticidade no método de pesquisa psicanalítica<sup>1</sup>

*Vanessa Chreim  
Elisa Maria de Ulhôa Cintra*

#### *Considerações iniciais sobre a elasticidade na prática do método psicanalítico<sup>2</sup>*

*Elisa Maria de Ulhôa Cintra*

Sinto muita simpatia pelas pessoas que estão escrevendo mestrados, doutorados e *pós-docs* a partir de sua prática clínica ou realizando uma pesquisa teórica, cuja leitura nos indica com precisão as questões que os estão inquietando e de que forma, seguindo o fio de suas perguntas, assistimos ao vivo a formação de um pensamento autoral. Minha simpatia surge do prazer de aprender algo novo. Às vezes, os problemas e impasses ali tratados são antigos e já muito debatidos, mas isto não impede que um novo olhar seja criado pelo pesquisador, que leva a uma nova compreensão dos velhos problemas. É isto que muda tudo e abre espaço para um novo aprendizado para orientador e orientando. O jovem pesquisador está construindo um verdadeiro pensamento clínico. Para isso, ele não pode dar muito peso ao fato de que seu problema de pesquisa, provavelmente, já terá sido discutido antes dele. A importância de desenvolver um pensamento clínico é uma ideia trabalhada por André Green (2002) em seu livro *La pensée clinique*, e que me parece ser o melhor critério para avaliar a qualidade de uma pesquisa psicanalítica. As melhores são as que nos levam a novos *insights* para nossa própria clínica.

Outra dimensão da minha simpatia pelos pesquisadores nesta área vem do reconhecimento de que, para realizar tal feito, eles têm



que se colocar diante de um outro trabalho bastante árduo: além da prática clínica, é preciso um intenso trabalho de assimilação das teorias psicanalíticas, desde Freud até as que surgiram na posterioridade. O benefício desse duro trabalho de capacitação teórica vai ficando mais nítido durante e depois da pesquisa, quando se constata que as antigas questões e hipóteses suscitadas para a compreensão da realidade psíquica surgem rejuvenescidas; um novo frescor desaloja o já sabido e nos põe a pensar.

Por outro lado, é comum nos depararmos com jovens pesquisadores que, ao iniciarem a pós-graduação, ainda não se deram conta do tempo e do trabalho que é exigido para se escrever um mestrado ou doutorado. Antes de iniciar qualquer pesquisa em Psicanálise é preciso um bom tempo de prática clínica e estudo teórico. O próprio método de trabalho de um psicanalista, tanto do lado da atenção livremente flutuante quanto relativamente às associações livres do paciente, precisa ser muito bem conhecido pelo pesquisador, que pode ter a ilusão de já tê-lo compreendido, dada sua aparente simplicidade. No método psicanalítico, a noção de *liberdade* (escuta *livremente* flutuante / associação *livre*) se apresenta duas vezes — do lado do paciente e do analista — porém, embora a recomendação seja a de entregar-se com *liberdade* aos movimentos do inconsciente, sabemos o quanto isto é difícil e sujeito às mais diversas resistências e interrupções. Só é possível *ser livre* nesse sentido após um longo tempo de familiaridade com os três pilares envolvidos na prática clínica: análise pessoal, supervisão e o estudo individual da literatura disponível, por meio de seminários clínicos e teóricos. Considero que fazer Psicanálise é estar o tempo todo fazendo pesquisa: ao atender um paciente, um grupo, quando estamos em supervisão ou pensando sobre um atendimento.

Um dos principais problemas em nossa prática surge da premissa de que há uma distância entre a teoria e a prática que é irreduzível, pois o encontro clínico – sendo muito diferente do estudo teórico – colocará em crise qualquer saber prévio que tenhamos. Sem a contribuição das teorias não conseguimos desenvolver um pensamento clínico e, no entanto, mesmo um conhecimento profundo

e sistemático das teorias será sempre insuficiente para dar conta da complexidade da realidade psíquica e mais ainda da realidade psíquica que se manifesta no encontro entre o analista e os sujeitos que vêm se analisar. Isto não me impede, como insisti acima, de ser a favor de se manter um regime contínuo de estudo teórico, que aconteça paralelamente à prática clínica.

Além de ler casos clínicos já publicados, o melhor momento para criar e testar nossas teorias é aquele posterior ao atendimento clínico, quando tentamos tornar minimamente inteligível o que aconteceu, o que poderia ter acontecido e que não pôde acontecer ali. Mas até mesmo a compreensão construída depois do encontro clínico terá que ser sucessivamente posta à prova a cada novo encontro clínico, que deve, mais uma vez, destruir e reconstruir aquele saber prévio. Precisamos caminhar sempre com uma grande capacidade de não saber exatamente o que se passou, para poder levar em conta a complexidade dos eventos psíquicos em jogo e para conquistar novos *insights* valiosos, ainda que sejam às vezes fugazes e precários.

Há um problema da Psicanálise e de todas as teorias psicológicas que têm a pretensão de tornar inteligível a vida psíquica. O sujeito vivo está em constante devir e mudança: ele se transforma de maneira imprevisível e contínua. Há uma plasticidade na manifestação da vida psíquica que a torna sempre processual, sempre ligada a uma temporalidade que a destrói e a reconstrói com novas caras, de maneira que as teorias, técnicas e práticas devem ganhar plasticidade ou deixarão de captar o que é mais decisivo. A vida psíquica é ao mesmo tempo hipercomplexa – pois envolve sensações e percepções corporais, movimentos pulsionais, significados, teorias, crenças, valores e narrativas culturais – sendo de uma natureza paradoxal. Isto é algo que afeta diretamente a pesquisa psicanalítica (Cintra & Naffah Neto, 2012).

No próprio movimento de construir as teorias já começam a intervir alguns paradoxos. Para poder teorizar, o sujeito tem que *sair* da cena e criar alguma ideia a respeito do que pode estar acontecendo ali. A teoria criada acaba tendo alguma pretensão de

se tornar válida para outras situações semelhantes. Ora, qualquer generalização leva a um nível de *objetivação* dos sujeitos que estão sendo estudados; isto é inevitável. A teoria então tira parte da singularidade do sujeito, no preciso momento em que toma a distância necessária para se produzir. É por isso que o encontro clínico precisa *desconstruir* a teoria. Aquilo que era teoria geral tem que ser *reformulado* para que se enxergue o sujeito singular. Na hora do encontro, o analista se engaja na situação, e a teoria vai ser parcialmente confirmada e parcialmente *negada* pela singularidade e pela particularidade daquele sujeito que está diante dele. E, no entanto, é impossível realizar qualquer observação sem algum pressuposto teórico.

Há, portanto, uma fundação recíproca da teoria e da prática. A prática “desconstrói” a teoria, ela deve ressubjetivá-la; a teoria deve “sobreviver” e se refundar, se reinventar para se tornar uma teoria a partir da prática (Roussillon, 2019, p. 26).

Estamos diante de um círculo que pode se tornar vicioso ou virtuoso. Torna-se virtuoso quando conhecemos profundamente a teoria e o método e quando ele se torna suficientemente elástico, um saber de ofício, que se encarna em nós de forma visceral, e se torna *ausentemente* disponível. A elasticidade do método e da teoria dependem de que se saibam incompletos, cercados de *não saber*.

Quando não se aceita este *não saber*, a teoria funciona como um *suposto saber*, como *máquina de influenciar*, ou uma estratégia para seduzir e induzir. O que acontece é que toda teoria contém o risco de *objetivar* o sujeito, de dar a ele o lugar de um mero *objeto de nossas especulações*. O melhor é quando a teoria ajuda o analista a ajudar o paciente a se subjetivar e a ampliar suas capacidades de sentir, de pensar e de experimentar um certo júbilo de ter seu próprio estilo de viver.

Em seu livro *Manual da prática clínica em Psicologia e Psicopatologia*, Roussillon (2019) faz uma analogia interessante: recorda-nos de que as teorias sexuais infantis são colocadas em

xeque em um segundo momento (na adolescência, ou até em outro momento da própria infância), obrigando a uma revolução do saber anterior. Esse ponto é algo que aparece explicado de forma muito clara no trabalho da Vanessa, que será apresentado a seguir, quando ela mostra que a crença original do primado do falo tem que ser desconstruída e reformulada pela criança quando esta descobre a diferença anatômica entre os sexos.

Na verdade, durante toda a vida, teorizamos a respeito de tudo que nos acontece, e o processo de reformular teorias e expectativas é constante, apesar de não gostarmos nem um pouquinho do constante desalojamento de nossas certezas. Esta analogia é de que, da mesma forma que a teorias sexuais infantis sofrem revoluções, a prática clínica exige transformações; às vezes pequenas, no dia a dia da clínica, às vezes muito significativas, como a reviravolta dos anos 1920 na obra de Freud e a novidade das grandes obras posteriores a ele.

Assim como a teoria ajuda a desalojar o clínico de sua imersão no impacto do encontro afetivo com o outro e o ajuda a se discriminar dele, a experiência ali vivida precisa também desalojar a teoria de seu autoritarismo e de seu grau de certeza, que contém sempre muita violência. A prática precisa trabalhar como a função do terceiro, que intervém nos pressupostos teóricos que a antecedem e que a sucedem, discernindo-os e refinando-os.

O analista precisa se apropriar subjetivamente dos fenômenos vividos junto ao paciente, tendo coragem de criar uma *nova* teoria, que resulta de sua apropriação subjetiva do que aconteceu, do que não aconteceu e do que estava teoricamente sendo pressuposto.

Por isto eu dizia no início que simpatizo com as pessoas que praticam Psicanálise e estão escrevendo mestrados, doutorados e *pós-docs* a partir da Psicanálise. Fazer isto não é nada fácil, mas, se aceitarmos realizar esse trabalho, pode ser muito gratificante e emocionante.

Acho importante fazer aqui um comentário: relendo o que escrevi, quero chamar a atenção do leitor para um ponto importante. Falar abstratamente sobre método de pesquisa em Psicanálise, como

procurei fazer, é infinitamente menos elucidativo do que o que vocês verão a partir de agora, no texto da Vanessa. Talvez seja impossível falar abstratamente sobre *o método de pesquisa em Psicanálise*, como tentei, com a valiosa ajuda de Roussillon. Porém, é possível aprender a fazer pesquisa em Psicanálise, realizando-a, dando e recebendo orientação e lendo, por exemplo, o que vocês terão em mãos a partir desse momento do texto.

### ***Sobre o tema da pesquisa: por que a Recusa?***

*Vanessa Chreim*

Por um momento me encontro na interessante posição de não saber se o que pretendo comunicar deve ser visto como algo há muito conhecido, e mesmo óbvio, ou como algo inteiramente novo e surpreendente. Mas me inclino a crer na segunda possibilidade (Freud, 1940a/2018, p. 346).

Com essas palavras, Freud (1940a/2018) abre um de seus textos mais importantes a respeito do conceito de Recusa, *A cisão do Eu no processo de defesa*. Penso que ele estava anunciando que o conceito de Recusa tinha um enorme potencial de reorganizar as bases metapsicológicas e técnicas estabelecidas até então. E foi assim que me senti ao finalizar minha pesquisa de mestrado (Chreim, 2019a).

O interesse e a inquietação em torno do tema de minha dissertação – a Recusa – atravessaram meu caminho em diversos momentos, construindo uma espiral de interrogações até se tornarem de fato um objeto de investigação. Assim é o processo de pesquisa e a formação do psicanalista: uma travessia constante, em que sempre vão ficando portas ainda não abertas e campos ainda não explorados. Aliás, todo processo de construção do conhecimento envolve a formulação de respostas que trazem novas perguntas.

A minha primeira interrogação a respeito da Recusa brotou durante a graduação em Psicologia na PUC-SP, em uma aula sobre os destinos do complexo de Édipo, em que me deparei com um esquema na lousa relacionando repressão e neurose, forclusão e

psicose, e Recusa<sup>3</sup> e perversão. Embora o conceito de nome-do-pai (Lacan, 1956/1988) tivesse sido extensamente abordado em diversas aulas de Psicanálise no curso, foi somente no âmbito da comparação entre neurose e psicose, portanto, a perversão era um tema novo para todos os alunos. Para mim, era muito curioso (e ao mesmo tempo inquietante) conceber outra forma de relação com a castração diferente da neurose, mas que também não era a psicose. O que é essa tal de Recusa? Que efeitos tem sobre o psiquismo do sujeito quanto à inscrição na linguagem? Será que o perverso se integra melhor ao tecido social do que o psicótico?

Lembro-me da gentil acolhida da professora: era um tema muito intrigante e importante, mas, infelizmente, não dispúnhamos do tempo para abarcar estas questões tão profundas. Foi só ao realizar minha pesquisa de mestrado que pude compreender a complexidade dessa inquietação, que ultrapassava o enquadre de uma aula de graduação. Contudo, esta professora nos ensinou algo da maior importância: fazer uma formação em nome próprio, ou seja, assumir uma postura ativa de interpelação da Psicanálise em busca dessas respostas, para além do que nos é transmitido nos cursos.

A dificuldade de compreender tal conceito também advinha, recordo-me, da questão de tradução da obra de Freud para o português: acontece que os termos *Verleugnung* e *Verwerfung*, usados pelo autor para se referir aos processos de defesa da perversão e da psicose, respectivamente, referem-se a expressões muito parecidas no vocabulário cotidiano: Recusa, negação, renegação, rejeição<sup>4</sup>. Como explicar para o aluno esta diferença entre rejeição e Recusa? Eu me solidarizo com o professor nessa situação, pois aqui palavras<sup>5</sup> não bastam, é preciso um denso mergulho na metapsicologia.

Anos depois, no final do curso Formação em Psicanálise no Instituto Sedes Sapientiae, voltei a me interrogar sobre o tema, num momento em que eu já tinha maior bagagem clínica e teórica, ampliando meu trânsito por outros autores da Psicanálise, inclusive da escola inglesa.

Neste contexto, pude de fato compreender a diferença e a semelhança entre psicose e perversão. E então surgiu uma nova inquietação: se a repressão é usada como um modelo clínico e teórico para compreender a neurose e, também, para construir uma teoria sobre o aparelho psíquico, seria então a Recusa uma porta para compreender outro aspecto do funcionamento psíquico? Não seria aí um campo da metapsicologia a ser investigado? O que a perversão tinha a nos ensinar sobre o psiquismo de todos nós? Assim comecei a formular um enunciado para mim mesma: estudar a Recusa para além da perversão.

Constato que a afirmação de que um sujeito perverso não procura análise é comum, mas, além de equivocada, contribuiu para que a Recusa ficasse de escanteio mesmo no plano teórico. Alguns se indagam: afinal, para que compreender e ensinar a Recusa se ela não aparecerá na clínica? Não é bem assim. Os resultados dessa pesquisa revelam que a Recusa tem diversas formas de se manifestar, mas é preciso que o analista saiba ouvir.

Em minha clínica, logo identifiquei atos e transferências perversas, mesmo em atendimentos a crianças e famílias. Também comecei a escutar algo diferente nos pacientes traumatizados, que com frequência tinham vivido relações perversas, além de abusos físicos e psíquicos, desmentidos, violências não reconhecidas, abandonos afetivos e outras condições. No percurso do psicanalista, é permanente este movimento de reorganização da relação entre teorias e experiências clínicas, em que a desorganização e o não saber precisam ser acolhidos para abrir caminho para novas construções e pensamentos. Entre os limites e possibilidades da Psicanálise, a clínica impele a teoria a se rever.

Desta forma, a Recusa se tornou uma questão clínica e teórica que me convocou profundamente, e por isso se tornou o tema da minha monografia de conclusão do curso do Sedes (Chreim, 2019b); posteriormente, tornou-se uma pesquisa de fôlego na minha dissertação de mestrado. Pude, então, transformar o meu incomodo com o “não saber” em um objeto de pesquisa, que é muito mais amplo e complexo do que eu imaginava e um fenômeno

muito mais frequente do que eu supunha, tanto na clínica psicanalítica como nas vivências cotidianas. O conceito de Recusa segue me interpelando a partir de diversas experiências de escuta: de mim mesma, de meus pacientes, do que é dito ao meu redor, de muitos filmes e outras produções culturais e até mesmo pela escuta do mal-estar social.

Penso que minha intenção principal, ao me dedicar à pesquisa psicanalítica, era desenvolver uma escuta mais abrangente e articulada, expandindo fronteiras clínicas e teóricas. Entre desafios, impasses e elaborações, interrogo-me constantemente sobre o que a Psicanálise pode oferecer para estes pacientes, cujos atendimentos são permeados por transferências intensas, nos quais as intervenções parecem inócuas e, com frequência, não vemos transformações ao longo de anos. Como transformar uma conversa de surdos em um diálogo entre inconscientes? Ir ao encontro das dimensões da Recusa permitiu explorar com profundidade os aspectos do inconsciente não reprimido, não apenas nos pacientes, mas em todos nós.

Conforme se deu o processo de pesquisa, tive uma surpresa: o que eu achei que era um pedaço de gelo não era apenas um *iceberg*, mas um continente. O tema está ligado intrinsecamente a muitos outros conceitos, como uma rede infinita: crenças, narcisismo, trauma, fenômenos transicionais, defesa maníaca, tendência antissocial (Winnicott, 1956/2005), desmentido, etc. Mesmo depois da publicação desta pesquisa no formato de livro (Chreim, 2021), os efeitos da investigação ainda ecoam em mim, e sigo descobrindo novos territórios e novas implicações teóricas e clínicas ligadas ao conceito de Recusa.

### ***O estatuto conceitual da Recusa: da Verleugnung freudiana à Psicanálise contemporânea***

O tema da Recusa atravessa a obra de Freud do início ao fim; entretanto, não teve o devido destaque porque só ganhou o estatuto de conceito nos textos que ele escreveu logo antes de sua morte; além



disso, estes permaneceram incompletos ou inconclusos. Embora Freud (1940b/2018) tenha afirmado, em *Compêndio de Psicanálise*, que a Recusa se manifesta na psicose, na neurose e na perversão, esta noção ficou em um limbo de incerta aplicabilidade em nossa *práxis*. Portanto, podemos dizer que a Recusa não é um conceito novo na Psicanálise, mas é um conceito que precisava de renovação.

Então, foi preciso procurar o que se preserva na evolução do conceito na obra de Freud, no pensamento dos pós-freudianos e de psicanalistas contemporâneos, acompanhando um movimento histórico de transformação da metapsicologia e das ampliações envolvendo a clínica psicanalítica. É assim que a Recusa pode se tornar um conceito vivo, sem perder a consistência, e permanecer aberto para futuras atualizações.

Logo nos primeiros textos de Freud, encontramos o termo *Verleugnung* ligado a uma reação do menino perante a traumática visão da vagina, em que ele desenvolve uma dupla atitude: simultânea admissão e não admissão da castração. Mas como isso é possível? Esta interrogação se tornou um dos principais eixos da pesquisa e trouxe reverberações: o que significa admitir a castração? O que a torna inadmissível? O que há de traumático na visão da vagina? Como a simultânea admissão e não admissão da castração se manifestam em outros quadros clínicos além da perversão? O que nos permite afirmar que a Recusa está presente em todos nós? No começo da obra de Freud, a Recusa se circunscrevia ao contexto da angústia de castração, mas no final já envolvia a relação do sujeito com a realidade. Qual a relação entre castração e realidade?

Para começar a esboçar estas respostas, foi preciso analisar a emblemática cena descrita por Freud (1925/2011) no célebre texto *Algumas consequências psíquicas da diferença anatômica entre os sexos*, em que o conceito de Recusa se enraíza. Segundo Freud, a visão da vagina é traumática para o menino, e diante desta vivência, o psiquismo se defende por meio da Recusa. Para o autor, o menino concebia que todos os seres humanos possuíam o mesmo genital (fantasia do primado do falo); então, quando este se depara com

um órgão diferente do seu, ele não interpreta que exista uma diferença entre o genital feminino e o masculino. Pelo contrário, ele chega a uma conclusão terrível: a de que a menina foi castrada, punida. O menino acredita que está faltando algo que deveria estar ali: o falo da mulher. E logo conclui que ele também pode vir a perder seu genital.

Perante esta fantasia de castração, a Recusa se interpõe para proteger o psiquismo do horror despertado pelas conclusões infantis a respeito desta descoberta. Assim, fica claro que a Recusa não diz respeito a uma realidade material (afinal, à mulher não falta um genital) e sim a uma realidade psíquica: trata-se da não admissão do impacto afetivo da experiência.

Clavreul (1990) nos permite fazer uma leitura metafórica que amplia a noção de castração e nos permite compreender do que, afinal, a Recusa defende o psiquismo neste contexto. Indo muito além da ameaça da perda do genital, o autor enfatiza que o centro do complexo de castração é a mudança subjetiva provocada pela descoberta. Assim, Clavreul nos oferece uma análise profunda e detalhada das feridas narcísicas envolvidas na cena: o menino tem que admitir que a falta, a incompletude, a vulnerabilidade, a alteridade, o não saber, a impotência, a finitude, a dependência, o desamor, o desamparo e tantas outras facetas da castração são parte da realidade. A castração nos atravessa desde que nascemos e, também, a partir do psiquismo de nossos pais, que apresentam o mundo para nós.

No texto *O fetichismo*, Freud (1927/2014) explicita as características da Recusa como mecanismo de defesa, a partir da exploração da função do objeto fetiche como defesa perante a angústia de castração. Na Recusa, a representação é formada, mas a defesa paralisa o processo de interpretação sobre ela, para que não se chegue às temidas consequências psíquicas; contudo, elas já tinham sido registradas. Assim, Freud explica a dupla atitude articulada pelo objeto fetiche: ao mesmo tempo em que há um reconhecimento da ameaça de castração – na medida em que a defesa testemunha o efeito da fantasia sobre o psiquismo – há uma

contestação da castração, uma afirmação da existência do pênis da mulher (a fantasia da mãe fálica), encarnada no objeto fetiche. Neste sentido, Mannoni (1969/1991), em seu texto *Eu sei, mas mesmo assim*, aborda esta articulação de afirmações opostas: “eu sei da castração, mas mesmo assim, continuo acreditando na mãe fálica”.

Muito além de uma preferência sexual, o fenômeno do fetichismo nos revela as características da Recusa, suas causas e seus efeitos: esta é a hipótese principal desta pesquisa. Como alicerce para o método de interpretação dos dados, tomei a seguinte afirmação de Freud como um conselho: “Não se deve crer que o fetichismo represente um caso excepcional no tocante à cisão do Eu, ele é apenas um objeto de estudo particularmente propício nesse caso” (Freud, 1940a/2018, p. 268). Considerando o *fetichismo como um modelo de funcionamento mental*, elenquei as principais características da Recusa, que aparecem em todas as dimensões abordadas nesta pesquisa, o que permite a articulação entre elas sem perder de vista a essência da *Verleugnung* freudiana. É isto o que nos possibilita compreender a Recusa como um *mecanismo de defesa*, e não como uma categoria diagnóstica.

O fetichismo envolve, principalmente: (a) a duplicidade de correntes psíquicas opostas e simultâneas; (b) a não admissão da realidade psíquica, ou o tal do “como se nada tivesse acontecido”; (c) a defesa contra o trauma; (d) a suspensão da função de julgamento e do teste de realidade; e (e) a paralisação e a fixação. A partir destes eixos, podemos construir balizas teóricas, técnicas e éticas a respeito da Recusa, compondo uma perspectiva que preserva a especificidade e ao mesmo tempo revela o alcance e a potência desse tema.

Construiu-se, portanto, um trabalho teórico-clínico, tendo como ponto de partida a obra de Sigmund Freud, mas que dialoga com autores<sup>6</sup> que deram seguimento a suas contribuições e procuraram refletir sobre as implicações metapsicológicas e clínicas que o conceito de Recusa deflagrou. Estes autores conferem atualidade ao conceito de Recusa e, por vias diferentes, endossam a hipótese freudiana de que esse mecanismo de defesa não é

exclusivo do fetichismo e da perversão e que estaria presente mesmo nas neuroses. Como afirma Ferraz (2010, p. 60): “A recusa comporta, portanto, vários objetos, o que lhe confere faces variadas que, todavia, não lhe retiram a unidade conceitual”. Ao me deparar com esta multiplicidade de pontos de vista que convergem, apesar das diferenças, busquei chegar às minhas próprias conclusões e trazer exemplos para dar clareza ao leitor: analisei filmes, casos clínicos de outros autores, vinhetas de minha própria experiência e até mesmo imagens. Tais ilustrações revelam que a Recusa já era muito mais presente do que se supunha, e agora construí uma lente para identificá-la.

### *As dimensões da Recusa*

Atravessando o campo clínico e as diferentes dimensões da Recusa, chego a uma conclusão muito importante: a Recusa não deve ser combatida, mas na análise deve-se procurar restaurar sua função protetiva. Recuperando a noção freudiana de que o fetiche é uma formação de compromisso, como um esforço do Eu para tentar remendar-se após a cisão gerada pela Recusa, e para tentar manter alguma coerência em seu funcionamento, concluímos algo obvio, mas que nem sempre é evidente: é preciso respeitar a defesa. Algum nível de Recusa é necessário para o viver, mas alguma elasticidade do psiquismo pode ser recuperada.

As dimensões da Recusa trazem importantes interrogações à técnica, uma vez que se trata de um funcionamento psíquico diferente daquele da repressão. É no campo dos fenômenos transicionais (Winnicott, 1951/1975) que encontramos algumas respostas para os desafios clínicos envolvendo a Recusa. Se esta defesa envolve um afastamento da realidade psíquica, os fenômenos transicionais permitem esta reconexão consigo mesmo, ainda com um grau de distanciamento promovido pela suspensão do teste de realidade. É no transicional que a Recusa expressa sua faceta saudável, que recupera o funcionamento do psiquismo, e permite a digestão das experiências traumáticas, num pano de

fundo de continência e continuidade. É neste campo que a ambiguidade vira paradoxo, a cisão ganha costura e a loucura privada (Green, 1974) pode ser acolhida, como a verdade mais íntima sobre o sujeito.

Esta pesquisa aponta para direções clínicas que acompanham o movimento da Psicanálise contemporânea quanto à elasticidade da técnica, em que teoria e clínica se interrogam no intuito de ampliar a escuta e as possibilidades de intervenção para adoecimentos em que o inconsciente não recalcado tem um lugar central nos padecimentos e nos tratamentos.

Como explicita Green (1974):

Penso que uma das principais contradições encontradas hoje pela análise é a necessidade – e a dificuldade – de fazer coexistir e harmonizar o código interpretativo saído da obra de Freud e da análise clássica com aqueles surgidos das contribuições da clínica e da teoria desses últimos vinte anos, ainda que esses últimos não formem um conjunto homogêneo de pensamento (p. 73).

Segundo o autor, não é que o analista de hoje tenha uma escuta melhor do que o de décadas atrás, mas ele passou a ouvir coisas que antes eram inaudíveis, e estes novos sons pressionam a Psicanálise a se rever. Aqui cabe uma ressalva: os mecanismos de defesa não são excludentes; pelo contrário, são simultâneos. Tendo isso em vista, a abordagem das dimensões da Recusa vem reforçar a importância de desenvolver uma escuta polifônica<sup>7</sup> e poliglota, para poder conversar com as diversas vozes do psiquismo sem que estas se tornem uma cacofonia.

Minha dissertação de mestrado foi defendida em 2019, e a chegada da traumática Pandemia<sup>8</sup> de Covid-19 no início de 2020 só veio confirmar as hipóteses deste trabalho, de que a Recusa é um fenômeno muito mais presente do que se supunha: na clínica psicanalítica, na vida cotidiana, nos fenômenos sociais, nos objetos da cultura, e em nós mesmos. Neste contexto traumático, observamos uma proliferação de fenômenos ligados à Recusa, em

seus aspectos mais perigosos, mas também em seus aspectos protetivos. Espero que esta pesquisa possa deixar sua colaboração no panorama atual.

## Referências

- Chreim, V. (2019a). *Dimensões da Recusa: crença, trauma e clínica* (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Chreim, V. (2019b). *Um estudo sobre a Recusa (Verleugnung)* (Trabalho de Conclusão de Curso). Curso de Formação em Psicanálise, Instituto Sedes Sapientiae, São Paulo.
- Chreim, V. (2021). *Dimensões da Recusa*. São Paulo: Blucher.
- Chreim, V., & Fazzio, F. (2021). Pandemia de Recusas. In: V. Chreim (Org.), *Dimensões da Recusa* (pp. 313-335). São Paulo: Blucher.
- Cintra, E. M. U., & Naffah Neto, A. (2012). A pesquisa psicanalítica: a arte de lidar com o paradoxo. *Alter: Revista de Estudos Psicanalíticos*, 30(1), 33-50.
- Clavreul, J. (1990). O casal perverso. In: J. Clavreul (Org.). *O desejo e a perversão*. Campinas: Papirus.
- Ferenczi, S. (1992). Elasticidade da técnica analítica. In: S. Ferenczi, *Obras completas de Sándor Ferenczi* (v. 4, pp. 29-42). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1927).
- Ferraz, F. C. (2010). *Tempo e ato na perversão*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Figueiredo, L. C. (2014). Escutas em análise, escutas poéticas. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 48(1), 123-137.
- Figueiredo, L. C., & Coelho Junior, N. E. (2018). *Adoecimentos psíquicos e estratégias de cura: matrizes e modelos em psicanálise*. São Paulo: Blucher.
- Freud, S. (2011). Algumas consequências psíquicas da diferença anatômica entre os sexos. In: S. Freud, *Obras completas de S. Freud*. São Paulo: Companhia das Letras. (Original publicado em 1925).

- Freud, S. (2014). O fetichismo. In: S. Freud, *Obras completas de S. Freud*. São Paulo: Companhia das Letras. (Original publicado em 1927).
- Freud, S. (2018a). A cisão do Eu no processo de defesa. In: S. Freud, *Obras completas de S. Freud*. São Paulo: Companhia das Letras. (Original publicado em 1940).
- Freud, S. (2018b). Compêndio de psicanálise. In: S. Freud. *Obras completas de S. Freud*. São Paulo: Companhia das Letras. (Original publicado em 1940).
- Green, A. (1974). O analista, a simbolização e a ausência no enquadre analítico. In: A. Green (Org.), *A loucura pessoal: psicanálise de casos-limite*. São Paulo: Escuta.
- Green, A. (2002). *La pensée clinique*. Paris: Odile Jacob.
- Lacan, J. (1988). *Seminário 3: as psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Original publicado em 1956).
- Mannoni, O. (1991). Eu sei, mas mesmo assim. In: C. M. Katz (Org.), *Psicose*. São Paulo: Escuta. (Original publicado em 1969).
- Roussillon, R. (2019). *Manual da prática clínica em Psicologia e Psicopatologia*. São Paulo: Blucher.
- Winnicott, D. W. (1975). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: D.W. Winnicott, *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1951).
- Winnicott, D. W. (2005). A tendência antissocial. In: D.W. Winnicott, *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1956).

## Notas

1. Como os leitores poderão perceber, a primeira parte do presente capítulo foi desenvolvida por Elisa Maria de Ulhôa Cintra, ao passo que a segunda parte, por Vanessa Chreim, razão pela qual ambas empregam a primeira pessoa do singular em suas respectivas contribuições.
2. A ideia de elasticidade do método de pesquisa clínica em Psicanálise nos foi sugerido pelas ideias de Ferenczi (1927/1992).
3. O termo original na obra de Freud é *Verleugnung*, em alemão, mas no Brasil foi traduzido também como “renegação”, “denegação”,

“desmentido”, “rejeição”, “negação”, entre outros. Não me recordo exatamente qual tradução constava na lousa.

4. Além disso, na obra de Freud não fica tão clara a diferença entre um fenômeno e o outro.

5. Quanto à *Verwerfung*, a noção de estrutura psicótica foi conferindo-lhe um contorno mais preciso a partir do conceito de forclusão, cunhado por Lacan (1956/1988), mas o mesmo não aconteceu com a *Verleugnung* freudiana, deixando à sombra a potência deste conceito. Por isso, em minha pesquisa, escolho grafar a palavra “Recusa” com maiúscula quando me refiro à *Verleugnung*, enfatizando o estatuto conceitual da Recusa, para além do uso corriqueiro desta palavra na língua portuguesa.

6. A escolha das referências bibliográficas deste trabalho se pauta na Psicanálise Transmatricial (Figueiredo & Coelho, 2018). Isto significa que esta dissertação resgata a contribuição de diferentes autores da Psicanálise: ainda que haja diferenças entre eles, todos trabalham com a noção de inconsciente, e em todas as proposições vemos se repetir o padrão defensivo que caracteriza a Recusa. Sabemos que mesmo que somássemos todas as teorias psicanalíticas, não poderíamos apreender a totalidade do fenômeno, mas podemos ampliar as perspectivas sobre ele, por meio de diversas abordagens.

7. Figueiredo (2014) desenvolve a noção de uma escuta polifônica para escutar as diversas vozes do aparelho psíquico.

8. Este tema foi abordado com profundidade em Chreim e Fazzio (2021).





### Construção de fatos clínicos psicanalíticos

*Maria Elizabeth Barreto Tavares dos Reis*

#### Introdução

Ao longo de sua trajetória como docente e supervisora de estágios em psicoterapia psicanalítica, a autora do presente estudo tem se deparado com o desafio de encontrar literatura que auxilie os psicoterapeutas-aprendizes a compreender o que se passa no *setting*. Inúmeros estudos teóricos e metodológicos fundamentados em diferentes vertentes psicanalíticas já foram publicados, mas, quando se trata da escrita da clínica propriamente dita, nem sempre são localizados textos que contemplem os interesses ou necessidades do psicoterapeuta-aprendiz.

Tais questões levaram à busca por estudos que verssem sobre a escrita da clínica psicanalítica e, assim, à localização dos artigos publicados pela Revista Brasileira de Psicanálise, em um número especial, relativo à Conferência comemorativa do 75º aniversário do *International Journal of Psychoanalysis*, realizada em São Paulo, a qual, segundo Tuckett (1994), consistiu no terceiro encontro comemorativo, sendo que as duas anteriores foram realizadas em Nova Iorque e Londres, respectivamente. O tema escolhido para a referida publicação foi a conceituação e a comunicação de fatos clínicos. Alguns psicanalistas foram convidados a contribuir, abordando os seguintes aspectos: conceituação de fatos clínicos, formulações de fatos clínicos aos pacientes, validação de fatos clínicos no processo psicanalítico e, finalmente, publicação de fatos clínicos.

A Psicanálise pressupõe a ocorrência de fatos durante os atendimentos. Tuckett (1994) ressalta que, através do instrumento

especializado, constituído pelo *setting* e o método psicanalítico legado por Freud, é possível detectar “fatos clínicos psicanalíticos, e as observações resultantes podem servir de fundamento para nossos esforços de extrair inferências, pensar e comunicá-las uns aos outros” (p. 605).

Verifica-se que o tema/expressão “fato clínico”, sob o ponto de vista da Psicanálise, ainda tem sido pouco abordado em artigos publicados na modalidade *on line*, nos últimos anos. Entre os poucos encontrados estão os artigos de Silva e Macedo (2016) e Wiczorek, Kessler e Dunker (2020).

Silva e Macedo (2016) ressaltam que o pesquisador psicanalítico utiliza “fatos clínicos oriundos do exercício da escuta” (p. 524) para realizar pesquisa utilizando o método psicanalítico. As autoras se apoiam principalmente nos argumentos propostos por Quinodoz (1994), Vollmer Filho (1994) e Figueiredo e Minerbo (2006) para explicar como pode ser realizada uma pesquisa com fatos clínicos.

Wiczorek et al. (2020) discorrem sobre as formas como Freud apresentava seus casos, e apontam que a um relato minucioso se somavam argumentos concernentes à sua metapsicologia, que estava em construção. No entanto, ressaltam que “mesmo que extensos, os casos clínicos de Freud não ofereciam excesso de informações e detalhes sobre a vida dos pacientes” (p. 192).

No mesmo artigo, mencionam que Jacques Lacan revisitou os casos relatados por Freud e “extraiu deles fragmentos para atualizá-los com as questões de que se ocupava na época” (p. 192). Os autores, amparados nos estudos realizados por Assoun (2007), comentam sobre a “responsabilidade do clínico” (Wiczorek et al., 2020, p. 202), considerando que os fatos clínicos não existem sem os clínicos, os quais estão embasados por teorias que fundamentam seus discursos. Além disso, mencionam os estudos realizados por Czermak (2007) e apontam que o fato clínico deve ser pensado como uma operação do psicanalista, pois apenas a escuta não é suficiente “para que se extraia algo de uma análise” (p. 202). Finalmente, enfatizam a

potencialidade do (f)ato clínico enquanto ferramenta metodológica importante para a pesquisa clínica em Psicanálise.

A terminologia “fatos clínicos psicanalíticos” (Moore, 1994; Quinodoz, 1994; Renik, 1994; Tuckett, 1994; Vollmer Filho, 1994) tem sido pouco mencionada na literatura psicanalítica contemporânea. Todavia, encontramos estudos em que a maneira como realizaram a análise dos acontecimentos vivenciados no *setting* psicoterapêutico, tanto por psicanalistas quanto por psicoterapeutas de base psicanalítica, remete à construção de fatos clínicos psicanalíticos conforme relatado pelos autores mencionados. Sendo assim, o presente estudo tem por objetivo refletir sobre a construção do fato clínico psicanalítico como método de pesquisa e escrita da clínica psicanalítica.

## **Desenvolvimento**

O método psicanalítico de pesquisa implica a existência de um pesquisador que se configura como um “psicanalista em atividade analítica” (Figueiredo & Minerbo, 2006), pois ao longo da pesquisa não apenas o objeto de estudo, mas também o pesquisador poderá passar por transformações permeadas pelos fenômenos transferenciais e contratransferenciais. O método psicanalítico pode ser utilizado para “interpretar qualquer fenômeno que faça parte do universo simbólico do homem” (p. 274), entre eles as sessões de psicoterapia.

Uma das formas de utilização do método psicanalítico de pesquisa implica a construção de fatos clínicos psicanalíticos. Os fatos clínicos decorrem da experiência emocional vivenciada no *setting*; logo, para realizar “uma pesquisa com o método psicanalítico com material clínico, o psicanalista pesquisador irá dispor de fatos clínicos oriundos do exercício da escuta” (Silva & Macedo, 2016).

A terminologia “fatos clínicos psicanalíticos” implica considerar não apenas o que ocorre no campo da realidade, mas também no campo da subjetividade, que versa sobre a realidade

psíquica da qual a Psicanálise se ocupa (Quinodoz, 1994). O fato científico se refere a algo que existe e é observável, independentemente de quem o observa, enquanto o fato clínico inclui aspectos relacionais e subjetivos, ainda que também possa ser observável. A Psicanálise trabalha com o sujeito do inconsciente; logo, a busca pela compreensão dos fatos ocorridos no *setting* psicanalítico extrapola a observação de fatos concretos, pois implica considerar aspectos envolvidos na situação decorrentes da relação transferencial e dos fenômenos contratransferenciais. De acordo com Vollmer Filho (1994, p. 674), “o fato comum começa a ser transformado, na situação analítica, em fato clínico psicanalítico a partir do momento em que, na mente do analista, o entendimento se fixa na realidade psíquica”.

A construção do fato clínico envolve não apenas a vivência de um fato pela dupla paciente-psicoterapeuta, mas também sua análise a partir dos fundamentos da Psicanálise, a qual pode ocorrer durante ou após a sessão. Vollmer Filho (1994) ressalta dois níveis de abstração viáveis pelo psicanalista, sendo o primeiro mais imediato, vivenciado durante a realização da sessão clínica, e o segundo, também considerado imediato pelo autor, porém “constituído pelas reflexões do analista, posteriores à experiência, consigo mesmo ou com colegas, envolvendo tentativas para uma compreensão mais profunda e abrangente dos fenômenos ocorridos” (Vollmer Filho, p. 674).

Além disso, Quinodoz (1994, p. 616) indica a possibilidade de estudo de “fatos clínicos psicanalíticos situados *externamente* à situação psicanalítica”, considerando que são “fatos clínicos observáveis que refletem a estrutura psíquica do paciente e pertencem à área da Psicanálise na medida que têm a ver com fenômenos inconscientes”. O autor menciona estudos a partir de situações cotidianas, lapsos, obras de arte, fatos decorrentes de consultas ou entrevistas iniciais de avaliação. Enfatiza, contudo, que, em tais situações, falta o elemento essencial para que os acontecimentos psíquicos desabrochem, que é a “relação transferência/contratransferência que se verifica no tratamento

psicanalítico". Portanto, embora sejam relativos à área da Psicanálise, "continuarão sendo fatos psicanalíticos *externos* à situação psicanalítica" (p. 617). Finalmente, considera que o "autêntico fato clínico psicanalítico" (p. 619) envolve uma gama de elementos observados na relação "transferência-contratransferência" que podem ser modificados pela interpretação e, inclusive, possibilitar a resolução da neurose de transferência e respectivos sintomas.

Vollmer Filho (1994) aponta aspectos necessários para que o fato clínico seja transformado em fato clínico psicanalítico, tais como a percepção de que o fato e o afeto relatados pelo paciente, incluindo aspectos contratransferenciais, são desproporcionais, de que a repetição da temática ou da conduta relatada pode estar presente e de que é possível ocorrer "mudança nos padrões habituais de conduta ou de narração" (p. 674). O autor ressalta o "campo analítico" (p. 675) como requisito básico para que algo possa se tornar um fato clínico psicanalítico, pois somente assim o método e a técnica psicanalítica poderiam ocorrer. Além disso, enfatiza:

Por fato clínico psicanalítico, entendo uma construção realizada por analista e analisando no âmbito do campo psicanalítico. Essa construção se forma a partir do relacionamento que se estabelece pela comunicação de fatos (ocorridos dentro ou fora da sessão), sonhos, estados afetivos e da conduta de parte do analisando e pela experiência emocional, pela técnica e teorias do analista, que permitem sejam atribuídos novos significados aos fatos relatados. O novo significado interpretado pode levar ao surgimento de novos fatos a serem novamente transformados em fatos clínicos psicanalíticos e que, numa sucessão constante, vão constituir e caracterizar o processo psicanalítico (Vollmer Filho, 1994, p. 675).

Ao abordar as características dos fatos clínicos psicanalíticos, Quinodoz (1994, p. 624) afirma que são "fenômenos que podem ser observados e comunicados" tanto ao próprio paciente quanto a outros profissionais. Sobre os aspectos permanentes e móveis dos fatos clínicos psicanalíticos, o autor faz uma analogia com o

movimento do mar, pois “são eventos que se repetem constantemente sem jamais serem iguais, construindo-se e voltando a desmanchar-se para ressurgir num sem-número de formas diferentes, efêmeras, mas que não obstante guardam uma certa constância” (pp. 626-627). Assim, o autor ressalta a possibilidade de recorrência de fatos clínicos semelhantes e, inclusive, “um certo grau de previsibilidade” (p. 627) ao longo do processo psicoterapêutico, e também de resultarem de diferentes e complexos componentes. Aponta, além disso, que nem todos os fatos presentes na situação clínica são interpretados e que a seleção do material a ser interpretado remete ao conceito de “fato selecionado” proposto por Bion.

O fato selecionado (Bion, 1991a) decorre do processo de síntese, realizado pelo psicanalista, a partir das experiências emocionais vivenciadas pelo paciente. Alguns pacientes apresentam dificuldade em pensar a respeito das emoções vividas e, por vezes, o psicanalista pode perceber objetos-sinais, ainda vivenciados como elementos beta pelo paciente, os quais “são objetos compostos de coisas-em-si, de sentimentos de depressão, perseguição e de culpa e, portanto, de aspectos da personalidade vinculados por sensação de catástrofe” (Bion, 1991b, p. 51). Os elementos beta necessitam de um continente que possa processá-los para que se tornem elementos alfa; logo, pensáveis. Por vezes, há necessidade de o psicanalista auxiliar o paciente a pensar sobre os elementos beta, no intuito de auxiliá-lo a estabelecer relações entre diferentes eventos relatados. Logo, deve se considerar a necessidade de auxílio do psicanalista na observação dos fatos inerentes ao processo analítico, pois o paciente pode não ser capaz de observá-los e de compreender a relação entre eles, devido à sua dificuldade em utilizar a função alfa em tais circunstâncias. Bion (2000, p. 40) aponta a importância de encontrar um “fato harmonizador”, que assinala a passagem da posição esquizoparanóide para a depressiva a partir da percepção de elementos que apresentam uma certa coerência e que pode

culminar com o fato selecionado, o qual poderá ser construído, inclusive, pelo próprio paciente.

Bion (2000, p. 285) diferencia os termos “causa” e “fato selecionado”, sendo que o primeiro é utilizado apenas para “as experiências emocionais nas quais o *tempo* é intrínseco”, enquanto o segundo se refere “às experiências emocionais de pensamento sobre fenômenos nos quais se exclui o tempo” (p. 285). Tais afirmativas parecem significar que diferentes vivências emocionais, ocorridas em épocas distintas, podem contribuir para a construção de um fato selecionado, o qual “dá coerência a uma série de fatos provenientes de uma totalidade infinitamente maior, e isso é tudo” (Bion, 2000, p. 40).

Bion (2000, p. 258) discorre também sobre o conceito de “seio”, considerado como um elemento alfa, que pode exercer as funções de um fato selecionado, pois compreende que “o seio é o vínculo entre dois objetos”. Com base neste aspecto da teoria sobre o seio, o autor destaca que é possível observar e relacionar os acontecimentos ocorridos na análise, sendo que o observador pode dar a eles “o significado de um seio” (p. 258) de forma tal que os eventos possam ser vinculados entre si, a ponto de se estabelecer alguma coerência. Assim, afirma que, “através da interpretação do seio podemos ver a justaposição aos eventos da análise se assemelhar ao fato selecionado que o analista fornece ao paciente, fato que ele não pode encontrar sozinho” (pp. 259-260).

Os fatos clínicos, ocorridos ou comentados pelo paciente no *setting*, podem funcionar como elementos dispersos que necessitam ser observados e pensados para que se transformem em um fato selecionado. O fato selecionado “é um elemento essencial em um processo de descoberta”, que pode ser realizado pelo paciente ou pelo psicanalista. Por outro lado, a interpretação – bem como as hipóteses interpretativas – diz respeito mais à “restauração” (Bion, 2000, p. 260). Isto implica a necessidade de refletir, também, sobre a forma de comunicar a interpretação ao paciente.

Segundo Renik (1994), na Psicanálise, as interpretações são consideradas como fatos clínicos, e a validação dos fatos clínicos



pode ocorrer em duas circunstâncias: na comunicação ao paciente e nas publicações. Quanto à primeira, a intervenção visa estimular “o desenvolvimento psicanalítico do paciente” (p. 813), levando em conta a facilitação e o incremento de sua capacidade de autoinvestigação. Nesse sentido, o autor comenta a possibilidade de o paciente concordar ou não com a interpretação, sendo a interpretação considerada válida à medida que provoca a emergência de fatos analiticamente produtivos. Sugere que a melhor base para avaliar a validade de uma interpretação psicanalítica consiste em saber se “facilita um processo progressivo de aprendizado” e que isto independe de determinar se “seu conteúdo é verdadeiro ou falso” (p. 814).

Por outro lado, a comunicação de fatos clínicos psicanalíticos na literatura implica impulsionar “o desenvolvimento psicanalítico do leitor” no sentido de auxiliá-lo a “tornar-se um teórico clínico mais eficaz” (Renik, 1994, p. 813). Enfatiza ainda que a publicação de relatos responsáveis e “fidedignos de interpretações” (p. 816) demanda fornecer ao leitor observações/explicações a respeito de como chegou a tal interpretação. Mesmo porque, além dos fundamentos teóricos e metodológicos que embasam as interpretações, devem ser consideradas as implicações subjetivas do psicanalista permeadas pelas questões transferenciais e contratransferenciais relacionadas ao atendimento daquele paciente. De qualquer forma, Renik (1994) ressalta que toda e qualquer avaliação da validade de uma interpretação, ocorrida no *setting* clínico ou na literatura psicanalítica, “vincula-se a uma avaliação dos efeitos dessa interpretação” (p. 813).

Ao abordar a escolha dos fatos clínicos a serem publicados, Renik (1994) chama atenção para a subjetividade do analista/pesquisador, que é aquele que seleciona o que e por quê pretende publicar. Nesse sentido, faz uma analogia entre o registro dos fatos clínicos, os recortes do caso atendido e os fundamentos teóricos utilizados pelo autor com a confecção de “mapas” (p. 839). Ressalta que um mapa não consegue retratar todas as nuances do território e, dependendo do objetivo, poderá ser elaborado de uma

ou outra maneira, sendo que assim também ocorre com a publicação de fatos clínicos psicanalíticos. A publicação implica tornar público algo que provém da relação transferencial e contratransferencial vivenciada pela díade no *setting* psicoterapêutico. Logo, necessita passar por um crivo, permeado por cuidados éticos que possibilitem oferecer ao leitor os fatos clínicos decorrentes de vivências e observações realizadas pelo analista, amparadas pelas análises teóricas que possibilitaram a construção do fato clínico psicanalítico.

Convém mencionar que o relato do fato clínico psicanalítico pode prescindir de detalhes de identificação do paciente e enfatizar o fenômeno vivenciado, logo, favorecendo a preservação da identificação do paciente em estudos ou publicações sobre a clínica.

Os fatos clínicos apresentados a seguir ocorreram durante o processo psicoterapêutico de uma criança de seis anos. As vivências emocionais, permeadas pela transferência e contratransferência em algumas sessões, tendo em vista a intensidade das emoções experimentadas pela díade, bem como a repetição da temática em diversas oportunidades, corroboram a ideia de Quinodoz (1994) de que o mesmo fato clínico pode ser apresentado com nuances diversas ao longo do processo psicoterapêutico. Durante a leitura dos relatórios de sessões clínicas foi possível que, na função de pesquisadora, a psicoterapeuta revivesse algumas emoções que já havia experimentado na relação transferencial e contratransferencial na época em que o atendimento foi realizado.

Os três fatos clínicos ocorreram em intervalos de aproximadamente cinco meses.

Fato clínico 1: A massa de modelar foi transformada em “b...” (nádegas) de mulher e “p...” (pênis), e ele então verbalizou que “queria que fosse muito grande para furar a calça da mulher e entrar na periquita dela”, que “queria fazer xixi nela”, e ela faria o mesmo nele. Assinalei que ele queria colocar o pênis em uma mulher, mas que, na realidade, ele não sabia o que acontecia ao fazer isso. Ele riu ao ouvir como nomeei o genital masculino, disse

que o dele chama “pipi” (porque é pequeno), e que o do pai é grande. Afirmou que deseja ter um grande como o do pai.

Fato clínico 2: Começa a dizer que alguém está bravo porque a “namorada” estava com outro. Até que verbaliza que “Fulana” (“namorada” do paciente) estava “namorando” outro garoto de 5 anos, que, quando o outro garoto não via, o paciente a beijava, etc. Começa então a me mostrar como bateu no garoto rival, dizendo ter quebrado 2/3 óculos dele. “Assim, quase acertou o meu rosto”, disse. Batia e pulava no divã, tirava os assentos das poltronas de forma violenta. Em certo momento, se escondeu atrás do divã, questionou por que as moças “não podem namorar menino e namoram homem grande” (quase murmurou isso). Pedi que ele repetisse com mais nitidez, ele não quis e choramingou, fingindo. Assinalei o que ele havia dito e ele retrucou dizendo que não era nada disso.

Em relação aos fatos clínicos 1 e 2, foi possível perceber que a criança apresentava curiosidade sobre as vivências sexuais, típica da fase fálica, conforme a teoria da sexualidade proposta por Freud (1917/1976). A compreensão do fato clínico psicanalítico, comunicada ao paciente, foi rejeitada por ele. Nesse sentido, é possível refletir sobre a validação do fato clínico psicanalítico, considerando que a análise poderia estar adequada, mas o paciente ainda não estava preparado para compreendê-la, ou estaria impedido em função da resistência.

Em diversas sessões, a psicoterapeuta era convocada a exercer, nas brincadeiras, o papel da mulher com quem o paciente se relacionava, como pode ser verificado no fato clínico 3.

Fato clínico 3: Entra no consultório, batendo violentamente nas cadeiras, mesa, sofá, etc. Diz que eu tenho que escolher a brincadeira, me xinga de “burra” e “biscateira”. Resolve construir uma cabana com o colchonete e almofadas. Convida-me para entrar na cabana e deitar-me ao seu lado. Então conta que seu pai se separou de sua mãe. Repito sua fala, peço que me conte o que aconteceu e ele desconversa. Então “manda” eu me deitar. Eu titubeio, deito e então proponho “me” substituir por uma almofada/encosto do sofá. Ele se rebela, pergunta se eu tinha medo

de que ele me beijasse, então eu disse que, com a almofada “X”, ele faria o que quisesse. Que assim eu poderia compreendê-lo melhor e ajudá-lo a entender o que estava acontecendo com ele. Disse que se era a “X” (psicoterapeuta), então iria colocar o “p...” em sua boca, onde está a “b...” (genital feminino)? Vou colocar o “p...” em sua boca e na sua “b...”, etc. Enquanto falava, ia “atacando” sexualmente a almofada, procurando a boca, os seios e os genitais, fazia movimentos com a pélvis, como se estivesse mantendo relação sexual. Por vezes deixava a almofada e tentava tocar o corpo da psicoterapeuta com as mãos ou com o seu corpo inteiro. Eu dizia entender ele queria fazer isso comigo, mas que ele poderia fazer o que quisesse com a almofada.

A maneira como expressava as emoções, através dos fatos clínicos vivenciados no *setting*, parecia noticiar a intensidade do seu interesse pelas questões da sexualidade, a dificuldade em se sentir o terceiro excluído e, também, a forma agressiva como compreendia as relações entre o casal parental. Através da relação transferencial, o paciente expressava os desejos sexuais relativos à figura feminina e o rechaço pela figura masculina, percebida como seu rival.

De acordo com Freud (1917/1976, p. 382), a vida sexual da criança apresenta semelhanças com a do adulto a partir dos 3 anos, exceto por “lhe faltar uma organização estável sob a primazia dos genitais, por seus inevitáveis traços de perversão e, também, naturalmente, pela tendência muito menor de toda a tendência sexual”. O pequeno paciente demonstrava não apenas grande interesse, mas também uma certa compreensão a respeito das relações sexuais vivenciadas pelos adultos. Entretanto, expressava o que sentia sem qualquer pudor e com requintes de crueldade, de certa forma confirmando a ideia de Freud de que, antes da primazia dos genitais, a criança pode apresentar um “instinto de domínio” como característica do aspecto masculino/ativo, uma vez que ainda não teria compreendido os contrastes entre masculino e feminino, o qual poderia transformar-se em crueldade. Mas também demonstrava estar vivenciando as emoções do fenômeno edípico,

em que o amor por um dos genitores, os ciúmes e a vontade de isolar e agredir o outro genitor estão presentes (Freud, 1924/2011).

Winnicott (1988/1990) concorda com Freud e afirma que, por volta de 3 a 4 anos, a criança já estaria estruturada em uma unidade e com capacidade de “ter experiências sexuais genitais” (p. 75), obviamente sem possibilidade de procriação. O autor enfatiza a importância de a criança utilizar as “possibilidades de experimentação no decorrer dos sonhos e das brincadeiras, das fantasias com ou sem a inclusão do corpo e dos prazeres corporais obtidos sem a ajuda de outras pessoas” (p. 75). Contudo, chama a atenção para a importância da presença de alguém compreensivo e capaz de manter a calma quando “o ódio, a raiva, a ira ou desespero ou a mágoa parecem ocupar o universo inteiro” (p. 76), sendo que, nos fatos clínicos mencionados, a psicoterapeuta exerceu esta função.

O referido paciente demonstrava, através do brincar, a intensidade das forças instituais às quais estava submetido, tanto em relação à pulsão sexual quanto à pulsão de morte, expressa através da agressividade exacerbada. O estado de desespero em que ele se encontrava era claramente percebido através dos fatos clínicos vivenciados no *setting*, que denunciavam o abuso experimentado ao presenciar cenas de agressão física e sexual do casal parental.

Enquanto o processo psicoterapêutico transcorria, os fatos clínicos psicanalíticos iam sendo construídos e compartilhados com o paciente, em linguagem adequada à sua faixa etária. As sessões se desenvolviam com vivências emocionais intensas, detectadas através da relação transferencial e das nuances contratransferenciais percebidas pela psicoterapeuta. Por outro lado, a mãe referia melhora nos sintomas da criança, tanto relacionados à agressividade quanto às manifestações sexuais (autoexposição ou tentativa de tocar na genitália de outras pessoas).

Alguns fatos clínicos psicanalíticos foram construídos durante o processo psicoterapêutico, contemplando as ideias de Quinodoz (1994) de que esses são os verdadeiros fatos clínicos psicanalíticos, enquanto outros foram elaborados posteriormente, a partir da

análise dos relatos efetuados pela própria psicoterapeuta, fundamentados na literatura psicanalítica. Assim, também se considera os dois tipos de abstração que o analista pode realizar a respeito dos fatos clínicos durante ou após as sessões, conforme mencionado por Vollmer Filho (1994).

Alguns dos fatos clínicos psicanalíticos, do processo psicoterapêutico mencionado, foram discutidos e, assim validados, em supervisão clínica com outro profissional. A escolha dos fatos clínicos citados no presente estudo visou apresentar as principais características do processo psicoterapêutico realizado. A fundamentação teórica que norteou a transformação em fato clínico psicanalítico poderia ter sido mais ampla; entretanto, a intenção maior foi abordar a possibilidade de construção de fato clínico psicanalítico como estratégia de pesquisa e publicação do ocorre no *setting*.

### **Considerações finais**

Espera-se que o presente estudo possa favorecer o conhecimento e a reflexão sobre o método de construção de fato clínico psicanalítico como estratégia de pesquisa e publicação do que ocorre na intimidade do *setting* vivenciada na clínica psicanalítica. Convém ressaltar que o referido método possibilita apresentar aspectos relevantes do processo psicoterapêutico sem a necessidade de expor detalhes de identificação do paciente e/ou de sua família.

### **Referências**

- Assoun, P. L. (2007). Le fait inaccompli: le savoir clinique à l'épreuve du sujet. *Journal Français de Psychiatrie*, 30(3), 13-15.
- Bion, W. R. (1991a). *O aprender com a experiência*. Rio de Janeiro: Imago.
- Bion, W. R. (1991b). *Elementos em Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago.
- Bion, W. R. (2000). *Cogitações*. Rio de Janeiro: Imago.

- Czermak, M. (2007). Qu'est-ce qu'un fait clinique?. *Journal Français de Psychiatrie*, 30(3), 4-6.
- Freud, S. (1976). Conferências introdutórias sobre Psicanálise (parte III). In: S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (v. 16). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1917).
- Freud, S. (2011). A dissolução do complexo de Édipo. In: S. Freud. *Obras completas* (vol. 16). São Paulo: Companhia das Letras. (Original publicado em 1924).
- Figueiredo, L. C., & Minerbo, M. (2006). Pesquisa em psicanálise: algumas ideias e um exemplo. *Jornal de Psicanálise*, 39(70), 257-278.
- Moore, J. F. J. (1994). Intimidade e ciência: a publicação dos fatos clínicos na psicanálise. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 28(4), 821-846.
- Quinodoz, J.-M. (1994). Fatos clínicos ou fatos clínicos psicanalíticos? *Revista Brasileira de Psicanálise*, 28(4), 613-634.
- Renik, O. (1994). Publicação de fatos clínicos. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 28(4), 811-820.
- Silva, C. M., & Macedo, M. M. K. (2016). O método psicanalítico de pesquisa e a potencialidade dos fatos clínicos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(3), 520-533.
- Tuckett, D. (1994). Conceituação e comunicação de fatos clínicos em psicanálise. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 28(4), 603-612.
- Vollmer Filho, G. (1994). A conceitualização do fato clínico psicanalítico. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 28(4), 673-685.
- Wieczorek, R. T., Kessler, C. H., & Dunker, C. I. L. (2020). O (f)ato clínico como ferramenta metodológica para a pesquisa clínica em psicanálise. *Tempo Psicanalítico*, 52(2), 185-213.
- Winnicott, D. W. (1990). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago.

# O uso da pesquisa-intervenção em trabalhos psicanalíticos: construção de espaços de escuta para sujeitos trans

*Perla Klautau*

*Eduardo Pacheco*

*Maria Manuela Ramos de Macedo*

### Introdução

A aposta da pesquisa-intervenção é a dissolução de fronteiras entre o pesquisar e o intervir. Adotar tal premissa permite um deslocamento crucial: a passagem da posição de pesquisar os sujeitos para a posição de fazer pesquisas com sujeitos (Castro & Besset, 2008). Essa dissolução nos aproxima de um dos pontos de partidas fundamentais do trabalho psicanalítico: intervir para conhecer, ao invés de conhecer para intervir. Com isso, as fronteiras entre pesquisa, intervenção e clínica podem ser dissolvidas (Carreteiro & Garcia, 2001; Coutinho & Rocha, 2007; Coutinho & Carneiro, 2013, Carneiro & Coutinho, 2021).

É importante destacar que, ao intervir, o pesquisador subverte a posição de neutralidade e passa a estar implicado na própria pesquisa, já que a intervenção modifica o objeto de estudo a partir, justamente, do encontro entre pesquisadores e pesquisados, que promove transformações e descobertas de novos sentidos. A partir do momento que um trabalho psicanalítico proporciona novos sentidos e transformações, podemos dizer que tem repercussões clínicas. Quando isto envolve o coletivo e requer a implicação do pesquisador, é possível falar, também, em efeitos políticos (Rosa, 2013).



Para dar corpo a essas ideias, apresentaremos o desenvolvimento inicial da pesquisa-intervenção exploratória intitulada “Vamos falar sobre transição?”, realizada no segundo semestre de 2019, no Laboratório de Readequação Vocal da Universidade Veiga de Almeida. Esta pesquisa é fruto do desdobramento de uma série de projetos, realizados ao longo dos últimos anos, com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento de extensões do método psicanalítico em contextos não convencionais, focando tanto na ampliação do seu raio de ação quanto na renovação de seu arsenal teórico-conceitual.

Essa linha de investigação começou com o estudo dos aspectos subjetivos do adoecimento neurológico, prosseguiu com a análise da dimensão não-verbal da experiência subjetiva, vem se debruçando sobre pacientes de organização narcísico-identitária, e agora se direciona também a um estudo mais amplo, voltado para os efeitos subjetivos da vulnerabilidade e do sofrimento social. A aposta desta pesquisa é que a escuta psicanalítica pode operar no âmbito coletivo como um instrumento de cuidado: a construção de uma associação livre coletivizada tem o potencial de atingir a dimensão singular e provocar um efeito de subjetivação. Isto permite criar possibilidades tanto para o deslocamento de posições cristalizadas no laço social quanto para a produção de interações coletivas criadoras de pensamento crítico.

O ponto de partida adotado para a construção de espaços de escuta para as pessoas que utilizaram o serviço de readequação vocal foi a realização de observações participantes. O material coletado foi registrado em diários de campo a fim de transformar a experiência do pesquisador em registros capazes de fomentar discussões e fornecer contribuições para o campo psicanalítico, cotejando a rede conceitual com a intervenção em curso (Iribarry, 2003; Rosa, 2004; Rosa & Domingues, 2010; Pires & Gurski, 2020). A análise do material coletado foi feita a partir dos referenciais teóricos da Psicanálise, mais especificamente da leitura dirigida pela escuta e da transferência instrumentalizada (Iribarry, 2003).

Com o intuito de “estar entre” para conhecer, durante três meses, realizamos observações participantes. Após assistirmos algumas sessões de readequação vocal e nos fazermos presentes na sala de espera, oferecemos um espaço de escuta individual para os sujeitos que frequentavam o ambulatório. Aos interessados avisamos o dia e o horário em que estaríamos no ambulatório e que poderiam nos procurar quando quisessem para falar sobre alguma questão específica ou apenas para nos conhecer. Durante esse período foi possível observar que o processo de transição de gênero foi uma questão abordada por todas as pessoas que nos procuraram. Como todos os sujeitos atendidos no serviço de readequação vocal estavam atravessando o processo de transição, avaliamos que poderia ser proveitoso construir um espaço coletivo de escuta com a finalidade acolher as angústias e as descobertas que os afetavam durante esse período. Para dar início a este trabalho, fizemos um convite que foi disparado por *WhatsApp*, pelo coordenador do Laboratório, para todas as pessoas que usavam o serviço. A mensagem enviada continha a data e o horário de duas rodas de conversa, acompanhada da pergunta: “*Vamos falar sobre transição?*”.

Por conta de uma mudança no calendário de funcionamento do serviço, apenas uma roda de conversa, gratuita e com duas horas de duração, foi realizada. Com o objetivo de promover a circulação da palavra e oferecer um espaço para a escuta e a elaboração de questões que permeiam o processo de transição, adotamos a metodologia dos grupos operativos como norteadora do trabalho de escuta (Pichon-Rivière, 1980). A roda contou com a presença de 12 participantes e se configurou como um espaço de compartilhamento de experiências, ultrapassando a temática da transição de gênero. A partir de assuntos como família, mercado de trabalho e relacionamentos amorosos, foi possível observar a presença de dois temas latentes: o reconhecimento de si a partir de uma condição de inadequação e o não-reconhecimento por parte do ambiente como traumático. Tais resultados parciais serão discutidos no final do capítulo.

## Desenvolvimento

### *Vamos falar sobre transição?*

Ainda com poucas pessoas na sala, a roda foi iniciada com relatos que já revelavam a presença de uma normatividade propulsora de uma inteligibilidade seletiva. O primeiro deles veio de João, uma pessoa com gênero fluido, com histórico de transição para a feminilidade. João iniciou uma espécie de desabafo, dizendo se sentir incomodado com a pressão que vinha sofrendo. Sem informar exatamente de onde vinha a pressão citada, conta que quando assumiu publicamente sua identidade feminina, seu pai ficou dois anos sem se comunicar com ele, excluindo-o também das redes sociais. Além disso, ao finalizar sua fala, expressou indignação com o fato de o pai ter se afetado mais com sua fluidez de gênero do que com outro assunto, o qual julga ser um caso de pedofilia, e, conseqüentemente, uma situação de crime merecedora de maior atenção.

Em relação a esse ponto, é possível articular o incômodo e a pressão sentidos em relação à atitude violenta do pai e destacar o registro simbólico dessa. Bourdieu e Passeron (1970/2008) conceberam a violência simbólica como algo invisível, que se expressa na e pela linguagem, mais especificamente a partir de representações simbólicas que trazem consigo as formas de dominação camufladas pela invisibilidade – o que proporciona o não-reconhecimento da violência praticada. João se queixa de um incômodo que também pode estar mais profundamente ligado ao fato de seu pai se recusar a reconhecer sua identidade de gênero. É possível entender a exclusão das redes sociais como um não-reconhecimento, o qual se demonstrou também pela falta de comunicação de modo intencional, e que pode advir da ausência de uma inteligibilidade: não se pode (e não se consegue) reconhecer, aceitar e entender outros tipos de identidade de gênero e sexualidade que não sejam os estipulados pela norma. Deste modo, essa violência acaba sendo exercida na esfera das

significações, engendrando o incômodo de João e, possivelmente, outras sensações, como as de vergonha, autodescrédito, autocensura e autoexclusão (Bourdieu & Passeron, 1970/2008).

Para abranger as questões de gênero, há de se considerar o aspecto colonial-normativo que a cisgeneridade, junto à heterossexualidade, usufrui em seu poder discursivo. O ponto de partida para tal, é a ideia de que coerência e linearidade entre sexo, gênero, prática sexual e desejo mantém a lógica dominante, produzindo a noção de normalidade (Butler, 2003; Stona & Ferrari, 2020). É através dessa concepção, fabricada como uma norma silenciosa, não nomeada e tampouco descrita formalmente de modo explícito, que a população trans é tida como abjeta, desviante e doente por não corresponder a cisgeneridade como modelo natural para a compreensão das corporeidades e das subjetividades (Vergueiro, 2015; Stona & Ferrari, 2020). Entendendo como um não-lugar na discursividade normativa, a falta de reconhecimento no âmbito familiar, social e institucional faz com que a pessoa trans muitas vezes fique desprovida de objetos sociais como saúde, trabalho, sonhos e desejos, sofrendo, assim, um processo de invisibilização e silenciamento. Junto a isso, a cristalização de uma posição social do sujeito, imersa na condição de inadequação, pode se configurar com um caminho contrário ao de uma nebulosidade propriamente dita. O sujeito passa a se reconhecer e a ser reconhecido a partir de rótulos que o desqualificam e cristalizam seu lugar no laço social.

A partir do pontapé inicial dado por João, outros testemunhos, que revelam a condição de inadequação, entraram em cena. Lucas, ao se apresentar com seu nome de batismo, coloca na roda que está em seu primeiro mês de trabalho como servidor público. Desabafa que sente medo do julgamento das pessoas do trabalho e se incomoda intensamente com o olhar dos colegas sobre seu jeito e sua aparência, dizendo que chega a escutar “piadinhas”. É necessário entender as piadas como situações opressivas em que a transfobia é expressa fora da ordem da agressividade física, mas é reproduzida através de gestos e olhares. Sendo assim, também é

possível associar o incômodo e o medo de Lucas com o conceito de violência simbólica (Bourdieu & Passeron, 1970/2008). Lucas deu continuidade à sua fala, se queixando do uso de hormônios e revelando o seguinte conflito: “os hormônios não estão proporcionando modificações visíveis, mas também eu não quero que outras pessoas as vejam”. Após revelar o que deseja e teme ao mesmo tempo, contou para todos os participantes da roda que ainda escondia de sua psicóloga o início da terapia hormonal. A partir dos conteúdos colocados na roda por João e por Lucas, é possível notar que o olhar do outro pode ter uma função desestruturante, capaz de instaurar medo, angústia, vergonha e, conseqüentemente, desencadear um processo de autoexclusão.

Ao se identificar com a angústia suscitada pelo olhar do outro, Luísa conta que em sua infância gostava de se vestir com as roupas da mãe, mas que isso acontecia quando ninguém estava por perto, ou melhor, olhando. Após compartilhar a lembrança de quando seu irmão a pegou vestida com roupas que escondia, exclamou: “essa foi a maior vergonha da minha vida!”. Neste momento, a vergonha revelou o efeito subjetivo pertencente a uma determinada condição inscrita, psiquicamente, pela via da negatividade. Ao dar continuidade ao seu testemunho, Luísa conta que atualmente adota como identificação social o nome com o qual se identificava na sua intimidade secreta. O nome social, Luísa, permaneceu por muito tempo “no armário”, revelando a divisão entre público e privado. Essa divisão é interessante para formular a hipótese de que a desconfiança em relação à possibilidade de confiar no ambiente funciona como motor da decisão de ter mantido sua transidentidade como segredo. Ao longo do processo de se reconhecer e se apresentar para os outros como Luísa, contou que viajou para fora do Rio de Janeiro para encarar sua realidade, e que no primeiro dia se deparou com uma piada na rua: “me senti agredida, mas fiquei firme na minha escolha”. Mais uma vez, é possível localizar a violência simbólica operando no cotidiano de pessoas trans. Este tipo de violência machuca, agride e repercute

no modo como os sujeitos estruturam suas relações consigo mesmo e com os outros.

De modo a engatar na temática que estava circulando na roda – a de compartilhar com parceiros amorosos a identidade de gênero –, outra participante, Priscila, conta que sua esposa passou por muitas crises desde que descobriu sua identidade trans. Mas, mesmo assim, a apoiou e continua mantendo o apoio: “foi ela que escolheu o meu nome social!”. Após este testemunho, Beatriz toma a palavra e relata que sua experiência foi oposta, justamente por ter se separado quando a esposa soube: “ela agiu do jeito oposto, me deixou”. Apesar de pesado, esse momento foi importante para ratificar o fato de que a subjetivação de transidentidades não é um processo único. É um processo que depende de várias nuances.

Lívia iniciou sua participação na roda dando continuidade à direção traçada por Beatriz, testemunhando que seu namorado negou assumi-la para a família, fazendo com que ela decidisse terminar. A participante comenta que, apesar de ter sido dolorido, se viu imbuída da necessidade de se posicionar. Esse testemunho afetou todas as pessoas que estavam participando da roda, fazendo a palavra circular em torno das reflexões de cada participante acerca das posições que ocupavam, possibilitando um movimento de alternância de posições fixadas no laço social, oriundas da reprodução de práticas de violências simbólicas. Esse tipo de dinâmica também pode propiciar interações coletivas criadoras de pensamento crítico. Tal repercussão fez a intervenção em questão ultrapassar a dimensão clínica e atingir a esfera política. O testemunho seguinte colocou na roda os efeitos políticos da necessidade de se assumir, de se reconhecer e de não se submeter e de se posicionar de forma contrária à discriminação de gênero.

Nessa direção, muito parecida com a pressão e a indignação que João demonstrou no começo, Vitória reclamou dos valores da família e contou que seu sogro perdoou uma violência contra mulher, mas que não lidou bem com a sua transição. Novamente é possível perceber o quanto a transgeneridade é tida como desviante a ponto de, em comparação com situações criminosas,

ainda receber maiores julgamentos. Aliás, esse misto de reclamação-indignação também pode se apresentar como potencialidade capaz de promover o processo de desidentificação em relação a posições cristalizadas de modo a reelaborar o lugar discursivo no qual aquele sujeito ocupa, promovendo o caminho contrário ao reconhecimento pela via da condição de inadequação.

Após as colocações de Vitória, a temática política permaneceu na roda a partir de relatos a respeito de como contornar a dificuldade que uma pessoa trans enfrenta para arranjar trabalho. Juliana compartilhou com o grupo que não conseguiu se inserir no mercado de trabalho e teve que voltar a morar com a família. Ela reclama do fim que muitas mulheres trans têm no mercado informal, referindo-se, também, de forma indireta, à prostituição. Após evidenciar suas angústias, demonstra preocupação com a possibilidade de não conseguir continuar custeando seu tratamento hormonal. Ficou evidente a sensação de desamparo.

Afetado pelas ressonâncias suscitadas pela situação de desamparo, Lucas coloca na roda dois episódios de abuso sexual, sofridos recentemente, expressando a sensação de ter ficado perdido, sem saber o que fazer: no primeiro episódio, um de seus colegas de trabalho tocou em seus seios, e no segundo o entregador de hambúrguer fez gestos sexuais direcionados a ele. Após termos testemunhado o sofrimento expresso por Lucas, Juliana também contou que foi abusada quando era jovem e compartilhou a estranheza em relação ao silêncio que se deu na família.

Contaminado pelo clima de estranheza e caminhando para o final da roda, o exercício de associação livre coletiva continuava contornando a questão sexual e de relacionamentos, abrangendo, inclusive, as dificuldades de se construir relações amorosas enquanto pessoas trans. Muitos disseram que, nos aplicativos de relacionamento, a vulgarização acompanhada de uma sexualização se torna mais explícita quando estão publicamente anunciando a identidade de gênero. Uma das participantes, Ana, explicitou seu conflito ao contar que, nessas situações, afirma para si mesma, repetidas vezes, que é “bonita e gostosa”, mas que, mesmo assim,

enquanto repete a forma como se reconhece, sente dor. Dor esta, oriunda da violência simbólica praticada nos aplicativos.

A oscilação entre querer “ser passável” – expressão usada com a finalidade de se referir a um padrão de mulher cis – e se afirmar como mulher trans, possivelmente pelo fato de que o destaque da transidentidade apresenta importância em relação à formação de uma comunidade que reivindica direitos e necessidades em comum, marca o final do encontro. Priscila, em seu testemunho, demonstrou contentamento após ter sido procurada como professor homem e não ter sido encontrada. Contou que ficou muito feliz por ter sido reconhecida como uma mulher. A roda terminou com o pedido para que houvesse outros encontros como aquele. O movimento associativo e a ressonância afetiva que se instaurou ao longo do encontro possibilitou compreender a importância dos mecanismos de identificação e projeção como uma forma de comunicação: ao olhar e escutar a pessoa ao lado, posso me encontrar e, também, ser reconhecida. Este tipo de comunicação não-verbal foi crucial para a circulação da palavra, funcionando como ferramenta para reconhecer, identificar, nomear, dar sentido e legitimar as experiências traumáticas até então silenciadas (Klautau, 2017; Macedo; Klautau, 2020).

### *Resultados parciais: análise e discussão*

A etapa preliminar da implementação da pesquisa-intervenção, de caráter exploratório, foi encerrada em dezembro de 2019 com a realização da roda de conversa apresentada acima. De agosto à dezembro, foram realizadas observações participantes e, também, foi implementada a modalidade de intervenção voltada para a escuta individual. É importante ressaltar que esta última não teve uma alta procura. Atribuímos este dado ao fato de sermos pouco conhecidas no serviço, à dificuldade de falar sobre o processo de transição para sujeitos reconhecidos como cisgêneros e, também, ao modo de funcionamento do ambulatório.



O serviço funcionava na parte da tarde, e as sessões de readequação vocal possuíam hora marcada e tinham a duração de 45 minutos. A maioria das pessoas chegava muito em cima do horário estabelecido e quase sempre precisava ir embora com certa rapidez após sua consulta. O mesmo não aconteceu quando foi feito o convite para as rodas com 15 dias de antecedência. Os participantes da roda se programaram para estar presentes na atividade, mesmo precisando se ausentar para a consulta, sair antes do final da roda ou chegar com a roda já iniciada. Tendo em vista o que havia sido observado em relação ao funcionamento do ambulatório e ao tempo restrito para as sessões de readequação vocal, foi decidido que as rodas acolheriam todos do serviço dispostos a participar, da maneira que fosse possível para cada um. Isto implicou em: chegar com a roda em andamento, sair para a sessão de readequação vocal ou chegar após o atendimento. Como nosso objetivo era construir um espaço de escuta para as pessoas daquele serviço, havia a necessidade de acolher as especificidades que fomos conhecendo.

A prática das observações participantes forneceu material para conhecer os sujeitos trans atendidos pelo Laboratório de Readequação Vocal: participar das sessões de readequação vocal, estar presente na sala de espera e ter uma sala para atendimento individual foi instaurando a presença de psicólogos e estudantes de Psicologia no ambulatório de Fonoaudiologia. Durante as observações participantes também foi possível notar que o espaço físico do serviço ambulatorial ocupava uma função importante no processo de transição dos sujeitos. A entrada no serviço incluía atravessar o balcão da recepção e se identificar como usuário do serviço. Isto demandava a apresentação do documento de identidade, e uma grande parte das pessoas em atendimento estava modificando a documentação original a fim de adotar e formalizar o nome social.

Muitas vezes a entrada dos usuários era feita de forma muito atenta, havia uma espécie de tensão no ar e muitos olhares mirando o entorno. Era possível perceber o movimento de prestar atenção se havia alguém olhando, como se alguma coisa estivesse sendo

procurada. Ao ultrapassar o balcão e sentar na sala de espera era notável uma espécie de abandono da procura de um olhar de fora – olhar que repara, que comenta, julga e estranha. Muitos retiravam da bolsa e passavam a usar adereços que os caracterizavam com atributos do gênero para o qual estavam realizando o processo de transição.

Este movimento nos permitiu notar o estabelecimento de uma divisão entre dentro e fora do serviço: ao entrar, deixavam de fora os olhares que causavam apreensão e angústia. No espaço interior, área que demarcava o ambulatório, era possível ser conforme o gênero que se reconheciam, sem os olhares que presentificavam e atualizavam a condição de inadequação. Desta forma, é possível afirmar que o espaço físico do serviço, por si só, possuía uma função de acolhimento e proporcionava uma espécie de confiança naquele ambiente que, apesar de ter normas específicas para a entrada e para o funcionamento, propiciava aos usuários a possibilidade de se vestir e de se adornar de acordo com o gênero que se reconheciam. Sendo assim, fazer parte do serviço em questão teve, também, a função de sustentar um laço de pertencimento que proporcionou os sujeitos atendidos meios de se reconhecerem e de se inscreverem simbolicamente como parte de um grupo.

As normas servem como alicerce não só para a regulação do funcionamento de instituições, mas, sobretudo, para a construção de relações intersubjetivas, estabelecendo formas e padrões para o reconhecimento de si e dos outros. Como já foi dito, adotar a cisgeneridade como norma implica em atribuir um lugar de exclusão no tecido social para todas as pessoas que não podem ser incluídas dentro da coerência e linearidade entre sexo, gênero, prática sexual e desejo. Tal configuração tem como consequência reproduzir processos de patologização, estigmatização e criminalização de corpos não-normativos. Dessa forma, é possível compreender que muitos dos efeitos produzidos nas vidas de pessoas trans se expressam por meio de sofrimentos cujas raízes extrapolam o universo da idiosincrasia individual, revelando como os laços de pertencimento e coesão social impactam a posição e a experiência do sujeito no mundo, interferindo nos processos de

construção identitária e de inscrição do sujeito em estruturas portadoras de sentido (Bourdieu, 1997).

O termo “sofrimento social” vem sendo usado (Kleinman; Das & Lock, 1997; Carreteiro, 2003; Renault, 2008; Werlang & Mendes, 2013) para fazer referência aos efeitos subjetivos, produzidos socialmente, que desvalorizam e humilham os sujeitos. O material apresentado na parte anterior deste capítulo deixa evidente como o não-reconhecimento de códigos sociais e culturais de determinada comunidade ou grupo possui o potencial de invalidar e, conseqüentemente, negar o lugar social do sujeito (Honneth, 2003). Ao apresentar a vergonha, a humilhação e a falta de reconhecimento como três possíveis dimensões do sofrimento social, Carreteiro (2003, p. 57) defende a ideia de que este tipo de sofrimento é geralmente invisível e silencioso: “ele se inscreve no interior das subjetividades sem, no entanto, ser compartilhado coletivamente”.

Quando não há o reconhecimento de potencialidades subjetivas ou, dito de um outro modo, quando o reconhecimento do sujeito existe pela via da negatividade, vão sendo produzidas marcas – oriundas da invalidação, da depreciação e da desqualificação – que inscrevem a negatividade como constitutiva da própria imagem, fazendo com que os sujeitos só alcancem reconhecimento simbólico a partir da condição de inadequação. É assim que as marcas identitárias, inscritas pela reprodução da violência simbólica, vão produzindo sofrimentos que são socialmente determinados e intimamente ligados ao reconhecimento de si. Nesse sentido, tanto o não-reconhecimento quanto o reconhecimento estigmatizante, pela condição de inadequação, ferem, deixando marcas traumáticas que impedem o sujeito de apreender e desenvolver suas próprias potencialidades.

O testemunho compartilhado por Luísa, referente à vergonha sentida por ter sido descoberta vestida com roupas de um gênero não correspondente ao seu sexo biológico, permite o entendimento de que a vergonha porta em si a marca traumática do reconhecimento recusado pelo ambiente. Quando a vergonha não é invalidada pelo ambiente, o reconhecimento é efetuado pela

condição de inadequação. De acordo com Ferenczi (1933/2011), a incapacidade do ambiente em validar, dar crédito e de funcionar como mediador de sentido se caracteriza como traumática. A consequência disto é que a condição de inadequação rouba a cena e passa a se constituir como a forma principal de definir e caracterizar os atributos e os laços do sujeito com o seu entorno. Esse estado de coisas compromete a capacidade do sujeito de se relacionar com o ambiente, abalando a possibilidade de reconhecer suas potencialidades e de encontrar apoio nas próprias percepções. Quando o sujeito não encontra o reconhecimento de si no ambiente, ele é apagado: suas potencialidades são silenciadas, tornam-se inaudíveis e invisíveis.

Honneth (2003) postula que o reconhecimento por parte do ambiente consiste em uma forma crucial de estabelecimento de um *status* de unidade para o eu. Na visada do autor, o reconhecimento do eu só pode ser efetuado a partir, digamos assim, do olhar do outro. Portanto, é somente a partir da relação estabelecida com a alteridade que o sujeito pode dispor de meios para identificar, nomear e dar sentido para os sofrimentos pertencentes à esfera narcísico-identitária que se cristalizaram como feridas inscritas tanto pelo não-reconhecimento quanto pelo reconhecimento efetuado pela condição de inadequação. Os sofrimentos narcísico-identitários, intimamente ligados ao reconhecimento de si, precisam ser colocados em palavras, escutados e testemunhados por outros para que possam ser legitimados. Isto possibilita o estabelecimento de uma via de elaboração para o que se encontra silenciado e invisibilizado pelo traumatismo.

### **Considerações finais**

Diante do que foi discutido, é possível conceber que a escuta psicanalítica pode operar no âmbito coletivo como um instrumento de cuidado: a construção de uma associação livre coletivizada tem o potencial de atingir a dimensão singular e provocar um efeito de subjetivação. Este movimento permite criar possibilidades tanto

para o deslocamento de posições cristalizadas no laço social quanto para a produção de interações coletivas criadoras de pensamento crítico. Assim, o fazer psicanalítico nesses cenários se desloca da neutralidade para a implicação, tornando-se também uma prática clínico-política (Rosa, 2013). Dessa forma, ao intervir de forma implicada, o trabalho analítico pode visar a transformação do trauma de experiência singular à experiência compartilhada. Uma abordagem como esta revela o comprometimento ético-político com a atividade de pesquisa e, também, o compromisso social da universidade com a construção e implementação de políticas de inclusão social capazes de oferecer resistência às formas de dominação neoliberais que, em última instância, reproduzem práticas coloniais que perpetuam violências estruturais.

## Referências

- Bourdieu, P. (1997). *A miséria do mundo* (4ª ed.) Petrópolis: Vozes.
- Bourdieu, P., & Passeron, J. (2008). *A reprodução: elementos para uma Teoria do Sistema de Ensino* (7ª ed.). Petrópolis: Vozes. (Original publicado em 1970).
- Butler, J. (2003). *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. (3ª ed.). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Carneiro, C., & Coutinho, L. G. (2001). *Infância, adolescência e mal-estar na escolarização*. Rio de Janeiro: Nau.
- Carreteiro, T. C., & Garcia, J. N. (2001). *Cenários sociais e abordagem clínica*. São Paulo: Escuta.
- Carreteiro, T. C. (2003). Sofrimentos sociais em debate. *Psicologia USP*, 14(3), 57-72.
- Castro, L. R., & Besset, V. L. (2008). *Pesquisa-intervenção na infância e juventude*. Rio de Janeiro: Nau.
- Coutinho, L. G., & Carneiro, C. (2013). Pesquisa-intervenção, subjetivação e construção de saber. In: A. M. Nicolacci-da-Costa & D. Romão-Dias (Orgs.), *Qualidade faz diferença: métodos*

- qualitativos para a pesquisa em psicologia e áreas afins* (pp. 121-142). Rio de Janeiro: Editora da PUC-Rio.
- Coutinho, L. G., & Rocha, A. P. R. (2007). Grupos de reflexão com adolescentes: elementos para uma escuta psicanalítica na escola. *Psicologia Clínica*, 19(2),71-86.
- Ferenczi, S. (2011). Confusão de língua entre adultos e criança. In: S. Ferenczi, *Obras completas de Sándor Ferenczi* (v. 4, pp. 111-135). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1933).
- Honneth, A. (2003). *Luta por reconhecimento: gramática moral dos conflitos sociais*. São Paulo: Editora 34.
- Iribarry, I. N. (2003). O que é pesquisa psicanalítica? *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 6(1), 115-138.
- Klautal, P. (2017). O método psicanalítico e suas extensões: escutando jovens em situação de vulnerabilidade social. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 20(1), 113-127.
- Kleimann, A. (1997). Everything that really matters: social suffering, subjectivity and the remaking of human experience in a disordering world. *The Harvard Theological Review*, 90(3), 315-335.
- Kleimann, A., Das, V., & Lock, M. (1997). *Social suffering*. Berkeley: University of California Press.
- Macedo, M. R., & Klautau, P. (2020). A escuta analítica como instrumento de resgate e manutenção do laço social. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 11(3), 45-60.
- Pichon-Rivière, E. (1980). *El proceso grupal: del psicoanálisis a la psicología social*. (5ªed.). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Pires, L. P., & Gruski, R. (2020). A construção da escuta-flânerie: uma pesquisa psicanalítica com socioeducadores. *Psicologia USP*, 31, 1-10.
- Renault, E. (2008). *Souffrances sociales: sociologie, psychologie et politique*. Paris: Le Découverte.
- Rosa, M. D. (2004). A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica. *Mal-estar e Subjetividade*, 6(2), 329-348.

- Rosa, M. D., & Domingues, E. (2010). O método na pesquisa psicanalítica de fenômenos sociais: a utilização da entrevista e da observação. *Psicologia & Sociedade*, 22(1), 180-188.
- Rosa, M. D. (2013). Psicanálise implicada, vicissitudes das práticas clinicopolíticas. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, 41, 29-40.
- Stona, J., & Ferrari, A. (2020). O cissexismo como uma norma não escrita da psicanálise (ou: para que serve o gênero à clínica?). *Periódicus*, 13(2), 102-118.
- Vergueiro, V. (2015). *Por inflexões decoloniais de corpos e identidades de gênero inconformes: uma análise autoetnográfica da cisgeneridade como normatividade* (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Cultura e Sociedade, Universidade Federal da Bahia, Salvador.
- Werlang, R., & Mendes, J. (2013). Sofrimento social. *Serviço Social & Sociedade*, 116, 743-768.

### **Para além do dispositivo de tratamento tradicional: uma breve ilustração a propósito da exploração do imaginário coletivo em pesquisas psicanalíticas**

*Débora Cristina Joaquina Rosa*

*Daiane Márcia de Lima*

*Rodrigo Sanches Peres*

#### **Introdução**

Acompanhando os esforços empreendidos por Freud em diversas passagens de sua obra para valorizar a originalidade epistêmica de sua criação intelectual e, ao mesmo tempo, distanciá-la de um saber meramente especulativo, Herrmann qualificou a Psicanálise como a “ciência artística da interpretação” (2017, p. 141). Ademais, o autor sublinhou que a difusão da Psicanálise no meio acadêmico contribuiu para a consolidação de, pelo menos, três modalidades de pesquisa psicanalítica, a saber: teórica, empírica e clínica (Herrmann, 2004). Em linhas gerais, a primeira modalidade se debruça sobre conceitos psicanalíticos, preferencialmente considerando-os em movimento, ou seja, explorando as relações que podem ser estabelecidas entre eles. Já a segunda modalidade, alinhada a asserções positivistas, se refere às pesquisas nas quais busca-se, fundamentalmente, avaliar a eficácia de intervenções psicanalíticas por meio de dados coletados com essa finalidade.

A terceira modalidade exige uma definição mais pormenorizada, para que se evite mal-entendidos. Ocorre que Herrmann (2004) designa como pesquisas psicanalíticas clínicas aquelas que se valem do método investigativo psicanalítico<sup>1</sup> para o exame da psique individual ou da psique social e, por conseguinte,



voltam-se a dados oriundos de uma variedade de fontes, e não apenas do dispositivo de tratamento psicanalítico tradicional, em contraste com o que uma leitura mais superficial poderia sugerir. O autor ainda defende que o método investigativo psicanalítico é operacionalizado pela interpretação, concebida por ele, basicamente, como uma pequena interposição de sentido resultante da descoberta, em qualquer manifestação humana, de possíveis configurações do inconsciente (Herrmann, 2017). Evidencia-se, assim, que o vocábulo “clínica”, quando empregado para caracterizar, no quadro da tipologia herrmanniana, uma modalidade de pesquisa psicanalítica, não alude ao local de procedência dos dados, e sim à forma como pesquisador os encara.

Neste capítulo buscaremos ilustrar, de modo sucinto, uma possibilidade de utilização da “ciência artística da interpretação” no meio acadêmico, a propósito, especificamente, da exploração do imaginário coletivo. Para tanto, reportaremos e discutiremos parte dos achados de uma pesquisa psicanalítica clínica – assim enquadrada em consonância com os critérios estabelecidos por Herrmann (2004) – que desenvolvemos com o objetivo de compreender o imaginário coletivo de enfermeiros da Atenção Primária a respeito do paciente com esquizofrenia. Tal objetivo foi estabelecido considerando-se, por um lado, que uma das funções dos serviços públicos concernentes ao referido nível de atenção em saúde é a oferta de cuidados em saúde mental (Ministério da Saúde, 2011) e, por outro lado, que enfermeiros podem desempenhar um papel de grande relevância nessa direção, mas, muitas vezes, por diversas razões, não é isso o que se observa, sobretudo nos atendimentos realizados junto a pacientes com esquizofrenia (Martins et al., 2018; Lima, Garcia, & Toledo, 2013).

É importante esclarecer que, em nossa pesquisa, adotamos a acepção psicanalítica de imaginário coletivo proposta pela psicanalista brasileira Tania Maria José Aiello-Vaisberg. Dessa maneira, partimos do princípio de que o inconsciente possui contornos delineados intersubjetivamente e pode ensejar uma miríade de manifestações humanas. O imaginário coletivo seria

uma delas, na medida em que tem sido definido psicanaliticamente como o complexo ideo-afetivo não-consciente em que se alicerça o posicionamento de um grupo social quanto a um certo fenômeno (Rosa, Lima, Peres, & Santos, 2019; Manna, Leite, & Aiello-Vaisberg, 2018). Logo, o imaginário coletivo cria mundos vivenciais que constituem a moldura dentro da qual emergem crenças, emoções, atitudes e comportamentos (Lima, Rosa, Cordeiro, & Peres, 2021; Assis, Visintin, Borges, & Aiello-Vaisberg, 2020; Gallo-Belluzzo, Ferreira-Teixeira, & Aiello-Vaisberg, 2017).

Também julgamos necessário informar que nossa pesquisa contou com a participação de 15 enfermeiros que atuavam na Atenção Primária em uma cidade de médio porte do interior de Minas Gerais. A coleta de dados foi empreendida em consonância com as diretrizes éticas vigentes no Brasil e envolveu a utilização do Procedimento de Desenho-Estória com Tema (PDE-T). Trata-se de um instrumento lúdico, de natureza gráfico-verbal, cujo emprego já se encontra consolidado em pesquisas psicanalíticas clínicas sobre o imaginário coletivo, sobretudo naquelas que se servem de dados que não provêm do dispositivo de tratamento psicanalítico tradicional (Aiello-Vaisberg & Ambrósio, 2013). Assim, os participantes foram solicitados a desenhar um paciente com esquizofrenia sendo atendido por um enfermeiro na Atenção Primária e, na sequência, a redigir uma pequena história sobre o desenho e, por fim, a atribuir-lhe um título, fazendo-o individualmente. Para tanto, cada um deles recebeu uma folha de papel e um lápis.

Seguindo os movimentos técnicos propostos por Herrmann (2001) para a colocar em marcha o método investigativo psicanalítico, o *corpus* de análise foi submetido a sucessivas leituras flutuantes voltadas à demarcação de suas possíveis significações latentes. Para tanto, assumimos uma passividade receptiva e, então, uma receptividade ativa frente aos dados. As interpretações produzidas à custa de tal expediente deram origem a uma série de campos de sentido, isto é, conjuntos de premissas que ultrapassam o registro da consciência e determinam posições existenciais (Manna et al., 2018). Em nossa pesquisa foram visados os campos

de sentido que sustentam o imaginário coletivo dos participantes sobre o paciente com esquizofrenia. Contudo, parte dos achados tematiza o trabalho em equipe e a identidade profissional de enfermeiros no universo da saúde mental. E é justamente desses achados que nos ocuparemos aqui.

## **Desenvolvimento**

O campo de sentido selecionado para este capítulo foi intitulado *A “super-equipe” de saúde*. Tal campo de sentido se assenta na impressão de que, no imaginário coletivo dos participantes, a equipe de saúde – classificada como “multidisciplinar” ou “interdisciplinar” por alguns deles – se afigura como uma espécie de entidade que funde as habilidades e as competências de todos os profissionais que a compõem e, assim, é capaz de empreender o adequado manejo do paciente com esquizofrenia. A seguinte pergunta, então, se impõe: quais seriam esses profissionais? A estória<sup>2</sup> do participante 4 não explicita uma resposta a essa pergunta: *“Paciente comparece a unidade de saúde, com diagnóstico de esquizofrenia, é atendido pela equipe multiprofissional, com respeito e atenção, é encaminhado para avaliação em tutoria de Psiquiatria [...]”*. E o mesmo se observa na estória do participante 10: *“Paciente quando chega na unidade de saúde, portadora de esquizofrenia, chegando até lá encontra-se multiprofissionais pronto para acolher”*.

Já a estória do participante 15 dá a entender que os enfermeiros não seriam membros da equipe de saúde: *“Paciente [...] sendo assistido/acolhido primeiramente pela Enfermagem e a partir de então sendo agendado com equipe interdisciplinar/multiprofissional”*. Uma conclusão equivalente pode ser extraída da estória do participante 7: *“Paciente [...] é atendida pelo enfermeiro em acolhimento, após avaliação é feita uma abordagem multiprofissional com psicólogo e médico, que definirá seu tratamento [...]”*. Ademais, para tais participantes, aparentemente, o primeiro atendimento realizado pelos enfermeiros não seria uma ação de maior relevância. E ressalte-se que outros participantes compartilharam de tal crença, pois, ainda

que de modo mais sutil, desacreditaram, em suas histórias, as contribuições dos enfermeiros para o manejo do paciente com esquizofrenia.

Diante do exposto, nos parece possível propor que, ao se depararem com tal paciente, muitos participantes se apegam – de modo inconsciente e defensivo, como detalharemos mais adiante – à equipe de saúde como uma “solução mágica”, da qual, todavia, eventualmente não fariam parte. Isso seria possível porque todos os profissionais que a constituem estariam igualmente comprometidos com a qualidade dos cuidados em saúde mental, como revela a história do participante 13: *“Toda a equipe junto com a família é primordial no tratamento, acolhimento e condução do paciente esquizofrênico. Todos empenhados no bem comum”*. A história do participante 3 também sugere esse engajamento: *“Realizado atendimento multiprofissional na Unidade Básica de Saúde ao paciente portador de esquizofrenia, visando o melhor acolhimento e entendimento da saúde do paciente como um todo”*.

Consideramos pertinente apontar que os termos utilizados pelos participantes para definir a equipe de saúde – “multiprofissional” e “interdisciplinar” – foram diferenciados originalmente por Japiassu (1976) de acordo com o grau de interação entre seus integrantes. Segundo o autor, a multidisciplinaridade diz respeito à justaposição de disciplinas que tratam simultaneamente de um mesmo assunto, sem que os profissionais necessariamente se articulem nas esferas técnica ou científica, o que tende a ocasionar ações isoladas. Já a interdisciplinaridade envolve a integração de disciplinas e o estabelecimento de acordos entre os profissionais sobre os métodos de trabalho a serem adotados, sendo que isso implica em cooperação e comunicação, bem como permite a sistematização dos saberes e o planejamento das ações.

Baquião (2017), porém, afirma que, no setor da saúde, os termos “interdisciplinar”, “interprofissional”, “multidisciplinar” e “multiprofissional” são comumente utilizados de modo alternado e sem muita distinção, a exemplo do que parece ter ocorrido nos relatos

dos participantes de nossa pesquisa. A autora chegou a essa conclusão após entrevistar psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, fisioterapeutas e nutricionistas vinculados a Programas de Residência de duas universidades a respeito das formas de atuação em equipe, sendo que os mesmos, em tese, estavam sendo treinados para o trabalho interdisciplinar. Os participantes de tal pesquisa afirmaram que a prática multidisciplinar pressupõe a presença de profissionais de diferentes áreas, mas divergiram quanto ao nível de interação que deveria existir entre elas. E sustentaram que a atuação interdisciplinar deve culminar no desenvolvimento de um trabalho conjunto.

Não obstante, os enfermeiros entrevistados por Baquião (2017) sinalizaram que, majoritariamente, tendem a desenvolver ações isoladas, as quais são típicas do trabalho multiprofissional. Isso foi atribuído pela autora ao fato de que a interdisciplinaridade envolve exigências que, muitas vezes, não são cumpridas a contento por todos os envolvidos. Para Saupe, Cutolo, Wendhausen e Benito (2005), uma dessas exigências é o reconhecimento da complexidade inerente ao processo saúde-doença, característica que torna imprescindível uma pluralidade de olhares em sua direção. Outra exigência seria a observância das bases disciplinares de cada profissão na busca de atividades conjuntas a favor da resolução dos problemas de saúde das pessoas.

Nos parece plausível cogitar que, talvez, os enfermeiros que participaram de nossa pesquisa não dispunham, quando da coleta de dados, de total clareza quanto a essas exigências, já que, de modo geral, conferiram pouco destaque ao trabalho interdisciplinar no tocante ao manejo do paciente com esquizofrenia. E, quando fizeram alusões à interdisciplinaridade, a cooperação entre profissionais de diferentes áreas não foi elencada como um de seus pilares. Todavia, uma série de outros obstáculos ao trabalho interdisciplinar, de caráter macrossocial, vêm sendo apontados, como a cultura da centralização de poder e a tendência à superespecialização que se observam no setor da saúde (Bispo, Tavares, & Tomaz, 2014; Campos & Domitti, 2007).

Vale reforçar que, quando aludiram à equipe de saúde, alguns participantes de nossa pesquisa demonstraram compreendê-la como uma entidade que atua de modo indiferenciado junto ao paciente com esquizofrenia, como se vê na estória do participante 3, apresentada anteriormente. Para outros participantes, em contrapartida, a ação dos integrantes da equipe de saúde seria específica, pois cada um deles teria uma incumbência em particular. Tal crença se depreende, por exemplo, da estória do participante 14: “[...] *Na unidade, toda a equipe é envolvida no caso, e delegado funções a cada um no intuito de minimizar crises e descompensações*”. De uma forma ou de outra, portanto, os participantes mal esboçaram, em suas estórias, caminhos possíveis para o compartilhamento de saberes e a troca de experiências em prol da construção conjunta de um projeto terapêutico singular para cada paciente. Com isso, sinalizaram entraves quanto à utilização desse arranjo da atenção em saúde, reconhecido como essencial para que os cuidados em saúde mental não acabem por assumir um caráter normativo (Vasconcelos et al., 2016).

Ademais, ficamos com a impressão de que, a rigor, os participantes não vislumbraram meios para a construção de um diálogo interativo no contexto da equipe de saúde e, por conseguinte, para a operacionalização de uma assistência personalizada, apoiada na relação usuário-família-sociedade e fundamentada na interdisciplinaridade. Ampliando essa linha de raciocínio, sublinhamos que muitos participantes se mostraram favoráveis à total padronização dos cuidados em saúde mental na Atenção Primária, conforme se nota na estória do participante 5: “[...] *inserirmos ele [o paciente com esquizofrenia] em todas as atividades da unidade*”. Inclusive nos parece possível cogitar que, para alguns deles, essa padronização seria correlativa do estabelecimento de uma equivalência – no mínimo questionável, a nosso ver – entre o sofrimento físico e o sofrimento psíquico. Afinal, a estória do participante 2 preconiza uma diretriz a esse respeito: “*O sofrimento e tormento do paciente esquizofrênico deve ser visto como qualquer outra queixa física [...]*”.

Diversos autores têm apontado que, ao menos no Brasil, enfermeiros da Atenção Primária muitas vezes se revelam propensos à excessiva padronização dos cuidados em saúde mental. Rosa e Labate (2003), por exemplo, alertaram que tais profissionais frequentemente o fazem limitando-se a desempenhar tarefas pré-estabelecidas, de natureza exclusivamente técnica, mediante práticas centradas nos transtornos mentais como condições abstratas. Nascimento e Braga (2004) também asseveraram que enfermeiros comumente tendem a cumprir protocolos assistenciais de modo burocrático. Outrossim, Martins et al. (2018) e Lima, Garcia e Toledo (2013) advertiram, respectivamente, que a adoção de uma postura de vigilância e repressão e a reprodução de preconceitos e estereótipos é comum entre enfermeiros no manejo de pacientes com esquizofrenia.

Resta claro que as dificuldades vivenciadas por enfermeiros da Atenção Primária quanto ao trabalho em equipe no universo da saúde mental possuem múltiplas origens, como indicam as formulações de Bispo et al. (2014), Campos e Domitti (2007) e Saupe et al. (2005), aqui já citadas. De nossa parte, consideramos válido acrescentar que, ao menos no que tange aos participantes de nossa pesquisa, a compreensão dessas dificuldades passa também pelo reconhecimento de especificidades acerca da identidade profissional dos enfermeiros. Tal tópico vem sendo tematizado por uma ampla gama de autores desde uma pluralidade de enfoques, como demonstra uma revisão da literatura empreendida recentemente por Santos et al. (2019). E nos parece que uma maneira de proporcionar novos elementos a esse debate é recorrer aos pressupostos psicanalíticos que gravitam em torno da noção de mecanismos de defesa.

Devemos, então, lembrar que, no quadro da segunda tópica freudiana, o ego é considerado uma instância adaptativa. Logo, compete ao ego lançar mão de um conjunto de operações mentais cuja finalidade é minimizar o impacto das tensões às quais o sujeito é submetido. Em Psicanálise, o termo “mecanismos de defesa” designa tais operações mentais, as quais são empregadas,

sobretudo, inconscientemente (Zimerman, 2001). Posto isso, temos a impressão de que o posicionamento de muitos participantes de nossa pesquisa quanto ao trabalho em equipe no universo da saúde mental é perpassado pela utilização maciça de mecanismos de defesa. Ocorre que, nitidamente, a maioria deles vê como algo bastante desconfortável o exercício da interdisciplinaridade que se faz necessário para o manejo do paciente com esquizofrenia.

Nesse cenário, nos parece – acompanhando as definições de Zimerman (2001) – que os participantes se valem, nomeadamente, da negação, quando relutam em reconhecer a oferta de cuidados em saúde mental como uma de suas incumbências na Atenção Primária, ou da intelectualização, ao hipervalorizarem a equipe de saúde levando ao extremo um argumento coerente do ponto de vista lógico para evitar sentimentos desagradáveis. Mas esses mecanismos de defesa, cada qual a seu modo, inviabilizam o aproveitamento do potencial inerente aos enfermeiros no universo da saúde mental, e isso seria prejudicial a todos os envolvidos. Contudo, a nosso ver, a negação e a intelectualização acabam se impondo porque o contato com o paciente com esquizofrenia, ao que tudo indica, evidencia a necessidade de abertura à integração de disciplinas e, portanto, ao trabalho em equipe, pois coloca os participantes no limite de seus saberes e suas práticas. Assim, é vivenciado pelos mesmos como uma ameaça à identidade profissional e suscita tensões.

Tal argumento se torna mais plausível considerando-se que, conforme Deschamps e Moliner (2014), a identidade – pessoal ou profissional – é uma condição subjetiva e dinâmica, procedente da constatação tanto de semelhanças quanto de diferenças entre as pessoas, e que pode sofrer rupturas importantes em situações nas quais os indivíduos, por uma razão ou outra, se sentem inadequados ou deslocados. Além disso, Souza e Afonso (2015) verificaram que muitos enfermeiros se julgam despreparados para os cuidados em saúde mental ofertados em serviços extra-hospitalares. Já Martins et al. (2018) constataram, em um grupo de enfermeiros da Atenção Primária, que a sensação de despreparo se



revela mais acentuada frente ao paciente com esquizofrenia, o que, inclusive, faz com que os mesmos questionem a importância do próprio trabalho. Logo, outros estudos veiculam resultados que também são indicadores de conflitos experimentados pelos referidos profissionais de saúde no universo da saúde mental.

Adicionalmente, consideramos necessário ponderar que a preocupação dos participantes quanto ao resguardo da própria identidade profissional talvez não deixe de ser uma expressão do recrudescimento da intolerância social que se observa atualmente. E a Psicanálise também proporciona coordenadas teóricas para a elucidação de tal movimento, nomeadamente a partir da noção de “narcisismo das pequenas diferenças”, proposta por Freud (1918/1996) para designar a adesão exagerada a pormenores de diferenciação que despertam o sentimento de estranheza de um grupo social diante de outro, malgrado a existência de semelhanças significativas entre eles. Dessa forma, como asseveram Reino e Endo (2011), o narcisismo das pequenas diferenças “cria uma heterogeneidade intergrupala e, ao mesmo tempo, uma homogeneidade intragrupal” (p. 25). Em nossa pesquisa, não foram observados sinais marcantes de homogeneidade intragrupal – entre os enfermeiros como grupo social – nas produções dos participantes. Mas há claros indícios de heterogeneidade intergrupala quando se atenta para a atitude dos mesmos em face dos demais integrantes da equipe de saúde.

Portanto, compreendemos que, com o respaldo proporcionado pelo material empírico aqui reportado, podemos utilizar a noção de “narcisismo das pequenas diferenças”, sem prejuízo de sua precisão conceitual, em um contexto mais específico se comparado com aquele para o qual foi originalmente formulada. Ou seja: as resistências apresentadas pelos participantes de nossa pesquisa quanto ao trabalho em equipe no universo da saúde mental nos parecem refletir um ensimesmamento narcísico – inconsciente e defensivo, vale frisar – motivado pela ênfase excessiva em traços distintivos em relação aos demais profissionais de saúde. Essa ênfase, por sua vez, decorreria da sensação de desconstrução iminente dos principais aspectos que os

definem como enfermeiros que seria suscitada pelo contato com o paciente com esquizofrenia. E o diferencial de tal interpretação reside no fato de que, na esteira das premissas freudianas, o narcisismo das pequenas diferenças tem sido tradicionalmente empregado para problematizar conflitos associados à nacionalidade ou etnicidade, como bem observou Simanke (2019).

### **Considerações finais**

Neste capítulo, tomando como base a exploração do imaginário coletivo, colocamos em relevo aspectos inconscientes da identidade profissional de enfermeiros da Atenção Primária no universo da saúde mental. Respondendo mais diretamente ao objetivo que estabelecemos para a presente oportunidade, ilustramos brevemente uma das variadas possibilidades quanto ao desenvolvimento de pesquisas psicanalíticas clínicas no meio acadêmico, em particular mediante dados cuja origem é externa em relação ao dispositivo de tratamento psicanalítico tradicional. Ao fazê-lo, acabamos também referendando um postulado do pensamento herrmanniano, de acordo com a qual certas interpretações culminam em prototeorias a serem aprofundadas, ao passo que outras, ultrapassando os limites de uma mera “aplicação”, desembocam em teorias já existentes e fornecem elementos, ainda que pontuais, para a revisão de seu alcance, como acreditamos que ocorreu em nossa pesquisa considerando-se a referência à noção de “narcisismo das pequenas diferenças” para a compreensão de vicissitudes do trabalho em equipe junto ao paciente com esquizofrenia.

### **Referências**

Aiello-Vaisberg, T. M. J., & Ambrosio, F. F. (2013). Rabiscando Desenhos-Estórias com Tema: pesquisa psicanalítica de imaginários coletivos. In: W. Trinca (Org.), *Procedimento de*

- Desenhos-Estórias: formas derivadas, desenvolvimentos e expansões* (pp. 277-302). São Paulo: Vetor.
- Assis, N. D. P., Visintin, C. D. N., Borges, A. A. B., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2020). Mulher, mãe e filha cuidadora: imaginários coletivos sobre relações intergeracionais. *Psicologia Clínica*, 32(2), 213-230.
- Baquião, A. P. S. S. (2017). *Percepções de residentes multiprofissionais acerca da interdisciplinaridade* (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.
- Bispo, E. P. F., Tavares, C. H. F., & Tomaz, J. M. T. (2014). Interdisciplinaridade no ensino em saúde: o olhar do preceptor na Saúde da Família. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 18(49), 337-350.
- Campos, G. W. S., & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), 399-407.
- Deschamps, J. C., & Moliner, P. (2014). *A identidade em Psicologia Social: dos processos identitários às representações sociais* (2ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Freud, S. (1996). O tabu da virgindade. In: S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (v. 11, p. 201-215). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1918).
- Freud, S. (1996). Dois verbetes de enciclopédia. In: S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (v. 11, p. 283-312). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1923[1922]).
- Gallo-Belluzzo, S. R., Ferreira-Teixeira, M. C., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2017). O imaginário de adolescentes sobre o vestibular: um estudo psicanalítico. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 27(supl. 1), 404-412.
- Herrmann, F. (2001). *Introdução à Teoria dos Campos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Herrmann, F. (2004). Pesquisando com o método psicanalítico. In: F. Herrmann & T. Lowenkron (Orgs.), *Pesquisando com o método psicanalítico* (pp. 43-83). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Herrmann, F. (2017). *Sobre os fundamentos da Psicanálise: quatro cursos e um preâmbulo*. São Paulo: Blucher.
- Japiassu, H. (1976). *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago.
- Lima, D. M., Rosa, D. C. J., Cordeiro, S. N., & Peres, R. S. (2021). O paciente em crise psiquiátrica no imaginário coletivo de profissionais de um serviço comunitário. *Psicologia em Pesquisa*, 15(2), e30429.
- Lima, D. U., Garcia, A. P. R. F., & Toledo, V. P. (2013). Olhares da enfermagem para o paciente esquizofrênico: implicações do processo saúde-doença para o cuidado. *Revista de Enfermagem UFPE On-line*, 7(5), 4325-4331.
- Manna, R. E., Leite, J. C. A., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2018). Imaginário coletivo de idosos participantes da Rede de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa. *Saúde e Sociedade*, 27(4), 987-996.
- Martins, A. C. R., Almeida, D. A., Ferreira, N. C. L. Q., Rosa, W. A. G., Lenza, N. F. B., & Zeferino, M. A. M. (2018). Percepção do enfermeiro na Atenção Primária sobre as pessoas com esquizofrenia. *Revista de Iniciação Científica*, 8(1), 87-107.
- Ministério da Saúde (2011). *Portaria n. 3088/2011, de 23 de dezembro de 2011*. Ministério da Saúde: Brasília.
- Nascimento, A. A. M., & Braga, V. A. B. (2004). Atenção em saúde mental: a prática do enfermeiro e do médico do Programa Saúde da Família de Caucaia-CE. *Cogitare Enfermagem*, 9(1), 84-93.
- Reino, L. M. G., & Endo, P. C. (2011). Três versões do narcisismo das pequenas diferenças em Freud. *Trivium*, 3(2), 16-27.
- Rosa, D. C. J., Lima, D. M., Peres, R. S., & Santos, M. A. (2019). O conceito de imaginário coletivo em sua acepção psicanalítica: uma revisão integrativa. *Psicologia Clínica*, 31(3), 577-595.
- Rosa, W. A. G., & Labate, R. C. (2003). A contribuição da saúde mental para o desenvolvimento do Programa Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56(3), 230-235.
- Santos, S. C., Almeida, D. B., Silva, G. T. R., Santana, G. C., Silva, H. S., & Santana, L. S. (2019). Identidade profissional da enfermeira: uma revisão integrativa. *Revista Baiana de Enfermagem*, 33, e29003.

- Saupe, R., Cutolo, L. R. A., Wendhausen, A. L. P., & Benito, G. A. V. (2005). Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 9(18), 521-536.
- Simanke, R. T. (2019). Além do bem e do mal: algumas considerações sobre a visão psicanalítica do ódio. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 53(1), 125-148.
- Souza, M. C., & Afonso, M. L. M. (2015). Saberes e práticas de enfermeiros na saúde mental: desafios diante da Reforma Psiquiátrica. *Geraiis: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 8(2), 332-347.
- Vasconcelos, M. G. F., Jorge, M. S. B., Catrib, A. M. F., Bezerra, I. C., & Franco, T. B. (2016). Projeto terapêutico em saúde mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 20(57), 313-323.
- Zimerman, D. E. (2001). *Vocabulário contemporâneo de Psicanálise*. Porto Alegre: Artmed.

### **Notas**

1. Cabe aqui relembrar que a Psicanálise foi enquadrada por Freud (1923[1922]/1996) como um método investigativo, uma prática terapêutica e um sistema teórico.
2. As estórias serão apresentadas conforme redigidas pelos participantes.

## CAPÍTULO 9

### Vozes do feminino: a pesquisa com o método clínico e a técnica de entrevista no campo da saúde<sup>1</sup>

*Silvia Nogueira Cordeiro*

No meio do caminho tinha uma pedra  
Tinha uma pedra no meio do caminho  
Tinha uma pedra  
No meio do caminho tinha uma pedra  
Nunca me esquecerei desse acontecimento  
Na vida de minhas retinas tão fatigadas  
Nunca me esquecerei que no meio do caminho  
Tinha uma pedra  
Tinha uma pedra no meio do caminho  
No meio do caminho tinha uma pedra  
*Carlos Drummond de Andrade*

Faz parte da natureza humana buscar conhecer os fenômenos que nos cercam, em especial quando nos defrontamos com impasses, fracassos, interrupções e percalços. São justamente essas “pedras no caminho”, esses enigmas, que nos impulsionam a buscar conhecimentos que possam produzir novos sentidos no campo de estudo ao qual nos dedicamos.

A pesquisa científica é um dos meios de conhecer e explicar os fenômenos de forma reflexiva, sistemática, controlada e, ao mesmo tempo, crítica (Lakatos & Marconi, 1991). Esse procedimento possibilita ao pesquisador encontrar um caminho para compreender questões significativas que caracterizam a natureza humana.

Podemos dizer que a primeira “pedra” que se encontra diz respeito à pergunta de pesquisa, que, entre tantas inquietações que o humano nos desperta, deve ser suficientemente instigante não só

para a área de conhecimento em pauta, como para o público leitor. Depois de delineada, penso que a escolha do método é uma condição básica para que o trabalho científico resulte em uma contribuição significativa à comunidade. Obviamente, teoria, objeto e objetivo de pesquisa podem elucidar qual o método mais adequado para determinada investigação (Rosa & Domingues, 2010). Mas, como é ao pesquisador que cabe interpretar o fenômeno estudado em profundidade, sendo suficientemente criativo, flexível e eficiente, o ideal é que o método escolhido o conduza a encontrar algo novo, enxergando o que outros não viram e ultrapassando o senso comum.

Quando se trata de entender a condição humana em sua complexidade e profundidade, os métodos qualitativos são os mais aplicados, pois permitem que o pesquisador esteja próximo de seu objeto de estudo, de preferência no seu ambiente natural, e que deixe ressoar os ruídos internos e externos que essa proximidade pode produzir. Alinham-se a esses métodos de pesquisa as disciplinas que pertencem às ciências do homem, como a Antropologia, a Sociologia, a Psicologia (Turato, Magdaleno, & Campos, 2010) e a própria Psicanálise, aqui em foco.

O método clínico psicanalítico permite que o pesquisador transite entre duas posições: de um lado, se aproxima do objeto de estudo, deixando-se impregnar por suas questões, e, de outro, ocupa a posição de observador, mantendo a distância necessária para descrever e analisar os acontecimentos de maneira objetiva.

Neste capítulo, busco, então, apresentar ao leitor algumas considerações acerca do método clínico de pesquisa, além de compartilhar uma experiência com seu uso na escuta de mulheres frequentadoras de um serviço de saúde pública. A técnica de entrevista foi utilizada como estratégia de investigação, considerando a implicação do pesquisador com seu objeto de pesquisa e a transferência como elementos fundamentais que devem estar presentes nesse processo.

### ***O método clínico como caminho para a pesquisa***

O termo “clínico” provém do grego *klinikós* e tem como elemento de composição *klíno*, que significa inclinar, ou *klíne*, que significa leito (Bedrikow, 2008), remetendo-nos à imagem do médico debruçado sobre o paciente para examiná-lo. “Clínica” designaria, pois, a prática da Medicina à beira do leito (Bedrikow & Campos, 2011).

Todavia, no livro *O nascimento da clínica*, Foucault (1977) adverte que é a doença, e não o doente, que representa o objeto de atenção da Medicina. Por outro lado, para Clavreul (1983, p. 123), a Anatomia Patológica, que “[permite] “verificar” no cadáver a realidade das novas concepções médicas, desenvolveu-se sob [...] princípios que forneceram a base da Nosologia e do vocabulário médico contemporâneo”.

Nesta perspectiva, não é relevante o que paciente tem a dizer sobre sua doença ou sobre sua condição de doente, já que, promovida a cura, sua “existência deixa de ser um problema” (Althusser, 1947, p. 14). Portanto, o modelo médico considera que o patológico se caracteriza pela doença no organismo.

A Psiquiatria do século XIX seguiu a mesma concepção e criou dois grupos de doenças: de um lado, aquelas que apresentavam uma sintomatologia regular e lesões orgânicas passíveis de identificação pela Anatomia Patológica e, de outro, as neuroses, perturbações sem lesão e que não apresentavam a regularidade esperada (Aguiar, 2001).

Foi nesse contexto de exaltação da Medicina moderna que nasceu a Psicanálise. Também de formação médica, Freud, seu criador, foi estudioso dos mecanismos psíquicos, dedicando-se a investigar, em *Salpêtrière*, as chamadas “doenças dos nervos” (Rubin, 2011). Os casos estudados por Freud eram sobretudo de mulheres acometidas pela histeria, cujo tratamento se pautava pela hipnose – método que, com o tempo, se revelou pouco eficaz.

Se, pela perspectiva da cura, os casos clínicos acompanhados por Freud no início foram considerados fracassados, por outro lado, foi a partir de suas reflexões acerca desses fracassos que ele



pôde vislumbrar os fenômenos da divisão psíquica (Diniz, 2018), que o levaram à descoberta do inconsciente. Assim, fundamentado em sua experiência clínica, Freud sistematizou conceitos e construiu uma nova teoria, a Psicanálise, levando adiante sua aplicação como metodologia de pesquisa (Moreira, Oliveira, & Costa, 2018).

Podemos considerar então que os sintomas histéricos foram a “pedra no caminho” que inquietaram Freud e o impulsionaram a se “debruçar sobre as histéricas” e escutar além das manifestações da Anatomia Patológica. Ao contrário do método científico, que, fundamentado no positivismo, exclui o sujeito por condicionar a veracidade do método à neutralidade deste como forma de preservar a objetividade da pesquisa, a Psicanálise inclui o sujeito, pois tem no sujeito do inconsciente seu próprio fundamento (Sauret, 2003).

Conforme assinala Pinto (2009), a Psicanálise subverteu o lugar do sujeito no discurso científico, na medida em que, ao ter como objeto de pesquisa o inconsciente, apontou para aquilo que escapa ao discurso da ciência.

Nesta perspectiva, o método clínico permite a abordagem do outro a partir das relações interindividuais e sociais, considerando valores e posições subjetivas no trabalho científico (Lévy, 2001). Podemos dizer que o método clínico norteia a investigação psicanalítica na elaboração das suas hipóteses a partir de detalhes considerados insignificantes, mas que resultam ser indícios reveladores da realidade psíquica, não abordável de outra maneira.

Operar com o método clínico a partir da Psicanálise implica, pois, considerar que a construção de um conhecimento contém elementos nem sempre conscientes *a priori*, estando condicionados ao fazer de cada um. Nesse sentido, o campo psicanalítico se desvincula de um saber proposto pelo ideal da ciência, que se pretende todo e conclusivo, de modo a produzir algo de singular (Darriba & Silva, 2012).

Considerando os pressupostos acima e os elementos que compõem as pesquisas que utilizam o método clínico, temos, de um

lado, a clínica vinculada à Medicina moderna, que surgiu no século XVIII e entendia as doenças independentemente do paciente, centrando sua atividade no diagnóstico (Bredrikow & Campos, 2011), e, de outro, a clínica que contribuiu para o surgimento do método psicanalítico, que se interessou pela escuta do sujeito para além dos sintomas com o objetivo de detectar a presença do inconsciente.

Segundo Elia (2000), toda pesquisa em Psicanálise é uma pesquisa clínica, não por utilizar a clínica como campo, mas por ser ela a forma de acesso ao sujeito do inconsciente. Para Pinto (1999, p. 683), “o método psicanalítico se definiria como o método clínico de pesquisa sem a intervenção analítica que visa retificar a posição do sujeito em relação ao seu inconsciente”.

Ainda sobre a concepção de que a Psicanálise teve origem na clínica, é possível considerar que a pesquisa em Psicanálise ou orientada por ela não tem como objetivo necessariamente a citada retificação, pois faz uso da fala como instrumento fundamental para a associação livre e da escuta como ferramenta que marca a posição de um analista/pesquisador ou de um pesquisador/analista (Moreira, Oliveira, & Costa, 2018).

Neste sentido, compreende-se que a escuta psicanalítica é possível também em outros contextos, fora da situação analítica no sentido estrito, conforme assinala Rosa (2004, pp. 341-42): “o inconsciente está presente, como determinante, nas mais variadas manifestações humanas”. A pesquisa com o método psicanalítico fora do contexto da clínica, como, por exemplo, no contexto das instituições de saúde, circunscreve os fenômenos psíquicos do processo saúde-doença, o que inclui trabalhar com a Outra cena, com a dimensão subjetiva do sujeito, bipartida em dois sistemas: o inconsciente e o consciente.

Para pensar a pesquisa com o método clínico, trago algumas reflexões sobre a escuta singular de mulheres que endereçam ao serviço de saúde suas inquietações não somente sobre suas doenças, mas, sobretudo, sobre sofrimentos que acontecem no corpo.

## *Vozes do feminino: a escuta de mulheres no contexto da saúde*

Foi pela suposição de que as históricas tinham algo a mais a dizer que Freud inaugurou o método de investigação dos processos inconscientes. A escuta clínica psicanalítica implica utilizar duas ferramentas básicas: atenção flutuante e associação livre. Com essas ferramentas, o pesquisador/analista pode se entregar à atividade de contornar o que escuta com um campo de significações ligadas à percepção dos afetos reprimidos e de angústias que precisam ser nomeadas (Naffah Neto & Cintra, 2012).

É possível dizer que, desde a época de Freud, a clínica psicanalítica é o lugar possível para a escuta das narrativas das mulheres que resistiam à tentativa onipotente do discurso médico de disciplinar seus corpos, desqualificando-as como sujeitos (Birman, 2001).

Foi nesse contexto que surgiu a Ginecologia, especialidade médica que se ocupa das questões que envolvem o funcionamento do corpo feminino e que definiu as mulheres como um grupo particular de pacientes. Suas características anatômicas, como útero, ovário e mamas, assim como os processos biológicos e fisiológicos, como menstruação, gravidez, parto e menopausa, são, ainda nos dias atuais, tratados, na maioria das vezes, como acontecimentos propensos a “falhas” ou inerentemente disfuncionais (Davis-Floyd, 2001; Vieira, 2002).

O movimento feminista ocorrido nas décadas de 1950 e 1960 foi outro marco importante, que desencadeou novas discussões sobre os direitos das mulheres e sua opressão pelo patriarcado. A descoberta dos contraceptivos seguros possibilitou a opção pela maternidade, dando para a mulher autonomia e escolha sobre o próprio corpo, de modo a regular o tempo do desejo e o tempo da reprodução (Farias et al., 2016).

Como efeito, o corpo feminino ganhou outra dimensão, inscrevendo-se em novas coordenadas, definidas pela mobilidade, sustentando às mulheres maior liberdade para a circulação do seu desejo, reivindicando outras condições sociais (Birman, 2001).

As questões apontadas acima ilustram como os atravessamentos históricos influenciam as práticas de cuidado em saúde da mulher, permitindo que a equipe de profissionais realize uma série de intervenções e de decisões sobre o seu corpo e seus modos de cuidar de si. Como consequência, evidenciamos muitas vezes práticas institucionais que desconsideram a singularidade de cada uma, inserindo seus corpos, suas subjetividades e sua saúde em protocolos estabelecidos para todas (Vasconcelos, Felix, & Gatto, 2017).

A partir da experiência clínica supervisionando o atendimento a mulheres num serviço de saúde pública, realizamos uma pesquisa utilizando o método clínico com o objetivo de investigar o modo como elas endereçavam suas queixas, manifestadas por um mal estar no corpo, à psicóloga do serviço. A pesquisa partiu de indagações feitas nas supervisões de casos clínicos atendidos pelas residentes da Psicologia e das discussões clínicas realizadas com a equipe multiprofissional (Verceze & Cordeiro, 2020).

Tanto na supervisão como nas discussões clínicas junto à equipe de saúde, era possível escutar diferentes queixas associadas ao adoecimento do corpo, que parecia servir como veículo para expressar sofrimentos e angústias que mantinham aquelas pacientes em um laço rigoroso com suas doenças, capturadas numa espécie de enodamento com o sofrimento, mantendo-se alienadas da possibilidade de produzirem um saber sobre si.

Algumas questões nos intrigavam: quais eram as queixas dessas mulheres e para quem elas as endereçavam? O que esperavam de um atendimento que orienta seus trabalhos para todas, quando as mulheres são não-todas? Essas perguntas nortearam a construção da pesquisa, que utilizou, como estratégia para escutá-las, entrevistas semidirigidas com questões abertas, assumindo uma postura clínica, ou seja, inclinando-se ao outro para escutar e acolher os sofrimentos do sujeito em questão.

A análise das entrevistas buscou identificar significantes que marcaram os discursos das mulheres, sendo possível escutar nas suas falas que as vivências afetivas estavam de alguma forma associadas aos seus adoecimentos; ou seja, os sintomas apresentados no corpo

apareciam como representantes de um sofrimento subjetivo. De formas diferentes, traziam suas queixas e as aflições vividas no corpo, enunciadas como “coisas de mulher”, para serem acolhidas e decifradas pela equipe. Importante destacar que a relação entre sofrimentos e adoecimentos não foi por elas percebida de imediato; entretanto, ao se utilizarem desse espaço de fala e escuta, puderam se interrogar e talvez construir, uma a uma, um novo saber sobre si, com possibilidade de transformar a dor de existir em palavras, e não mais em doenças (Verceze & Cordeiro, 2020).

O uso do método clínico e da entrevista permitiu a escuta singular dessas mulheres, fazendo incidir o sujeito da enunciação e o acesso, ainda que parcial, ao sujeito do inconsciente. De fato, ao propor um método de pesquisa que se fundamenta no campo psicanalítico, o pesquisador opera com aspectos da realidade psíquica. Essa realidade, que comporta sempre a marca do singular e do contingente, carrega uma verdade que pode ser transmitida a outros pares.

Conforme afirma Poli (2005, p. 44): “verdade do sujeito, isto é, interna à experiência que a produz, mas que pode ser transmitida e, portanto, compartilhada por uma comunidade, sociedade ou cultura.”

Há ainda que considerar que o pesquisador/analista tem como guia sua própria experiência de análise, que inclui o saber inconsciente e não se resume a valores de uma consciência racional e cumulativa de saberes. Conforme assinala Elia (2000), o saber inconsciente, colocado a trabalho pelo desejo do pesquisador/analista, está presente, a cada vez, de forma única e inédita e não coincide com o saber universal que a ciência positivista busca generalizar.

Portanto, o pesquisador que se propõe a trabalhar com a pesquisa norteadada pelo referencial psicanalítico não pode pretender generalizar os resultados, os quais fazem referência à produção de novos sentidos em relação a um particular.

### *Implicação do pesquisador com seu objeto de estudo, a transferência e a entrevista*

A implicação do pesquisador pressupõe um “debruçar-se” sobre o objeto de estudo, numa atitude passiva, de modo a deixar-se impregnar pelo outro, esperar que a escuta decante para, assim, destilar os ingredientes necessários à formulação do conhecimento buscado.

Trata-se, portanto, de um desafio para o pesquisador, que deverá saber transitar num terreno de inquietações e descobertas que conduzirá à aquisição de um conhecimento a partir das produções de sentido entre o eu e o outro (Souza & Albuquerque 2012).

Nesta perspectiva, consideramos que, na pesquisa que se orienta pelo método clínico psicanalítico, o desejo do pesquisador é o fio condutor do trabalho de investigação. Ainda que amparado pelo recurso metodológico, poderá escutar e colher apenas as informações que lhe fizerem algum sentido. Segundo Turato (2013), não é a racionalidade que move o pesquisador, mas o desejo.

Neste sentido, ao se deparar com uma “pedra no caminho”, uma lacuna no conhecimento, o pesquisador se sente impulsionado pelo desejo de querer saber. Suas inquietações possibilitam que se instaure a transferência em relação à questão de pesquisa, colocando-o em movimento de suposição de saber, recorrendo aos textos, às entrevistas e a outras fontes que possam confrontar aquilo que se sabe. É o olhar do pesquisador que poderá bordejar o objeto de pesquisa, o enigma que o desafia (Moreira, Oliveira, & Costa, 2018).

A transferência é, portanto, um dos postulados básicos da teoria psicanalítica, comum tanto ao tratamento quanto à situação psicanalítica de pesquisa, sendo que o que vai distingui-la é o manejo. Na situação de tratamento, o analista ocupa o lugar de sujeito suposto saber e, na pesquisa, esse lugar se inverte: é o sujeito da pesquisa que ocupa o lugar de suposto saber em relação ao pesquisador (Rosa & Domingues, 2010).

Neste sentido, não há um saber prévio no “entrevistado”, como um dado a ser colhido pelo “entrevistador”. Há, sim, algo que se situa num espaço transferencial em que o “insabido” se

apresenta como formações do inconsciente; logo, inclui o pesquisador na própria formação (Costa & Poli, 2006).

Deste modo, a demanda do pesquisador deve ser abrangente o suficiente para possibilitar que o entrevistado formule sua própria questão e responda a ela de forma singular. Ainda que, na situação de pesquisa em que se utiliza a entrevista, a escuta comporte um nível de investigação, o pesquisador não deve ter uma postura ativa, mas utilizar da atenção flutuante enquanto método próprio à Psicanálise.

Na pesquisa sobre a escuta de mulheres mencionada acima, foi possível observar dois pontos importantes em relação à implicação do pesquisador com o objeto de pesquisa. O primeiro é que a pesquisadora, como psicóloga do serviço, já possuía uma transferência com seu objeto de estudo. Nesse sentido, as mulheres entrevistadas puderam ocupar o lugar de suposto saber em relação à pesquisadora, utilizando da experiência de fala para deixar deslizar a cadeia significativa. Do lado da pesquisadora, a atenção flutuante permitiu um estado de receptividade às falas das mulheres e, pela associação livre, pôde ofertar contorno ao que escutava, buscando um campo de significações que pudesse estar associado ao adoecimento, que se manifestava como angústias vividas no corpo.

No que concerne à escuta da pesquisadora/analista, Rosa (2006) assinala que a resistência pode ser um dificultador da pesquisa. Ela pode se manifestar quando o pesquisador fica muito preso à teoria, às suas hipóteses, desatento à especificidade da fala do sujeito. Outro aspecto que pode gerar resistência diz respeito ao confronto de lugares sociais. No campo da saúde, por exemplo, há uma tendência a se reduzir o sentido daquilo que o paciente diz para adequá-lo ao que é passível de ser inscrito no discurso médico (Clavreul, 1983). Se o pesquisador estiver identificado com esse discurso, poderá ter dificuldade de escutar o sujeito.

No caso das mulheres que participaram da pesquisa em questão, podemos dizer que, por não terem um conhecimento sobre si, elas endereçavam suas queixas aos profissionais de saúde,

os quais, fundamentados no referencial da ciência positivista, tendiam a fragmentá-las, reduzindo-as ao que se ajusta a diagnósticos descritos em manuais. Com isso, destitui-se a singularidade do sofrimento de cada uma, propondo-se, como consequência, o mesmo tratamento para todas, a fim de não só privilegiar a suposta objetividade científica como desconsiderar a interlocução com outros campos do saber que se ocupam de questões do humano.

Consideramos que, no campo da saúde, o corpo é o ponto de encontro dos saberes de diferentes áreas; entretanto, para que se possa realizar a escuta do singular do sujeito, é preciso que o pesquisador se disponha a nomear os recalques que o impedem de dialogar com o outro, se fechando em torno de certezas absolutas balizadas por um único modo de investigação que é legitimado como científico.

Se o pesquisador, ao se deparar com a “pedra no caminho”, a vê como resistência, “nada floresce do outro lado, o sentido se fecha e o circuito monótono da repetição da mesma perspectiva se mantém intacto” (Naffah Neto & Cintra, 2012, p. 34).

Como bem assinala Bourguignon (1986), o valor científico da pesquisa clínica se expressa no rigor do pesquisador que não exclui os obstáculos e as incertezas que aparecem no seu processo de produção do conhecimento.

### *Pesquisar é se deparar com uma pedra no caminho*

As questões que busquei discutir neste capítulo tocam diretamente os alcances possíveis da pesquisa com o método clínico norteado pela Psicanálise fora do *setting* clínico no sentido estrito. O método clínico pode ser usado para interpretar qualquer fenômeno que faça parte do universo simbólico do humano, seja material clínico, entrevistas, fenômenos sociais ou institucionais. Entretanto, é preciso ter cautela no emprego dos conceitos psicanalíticos, de modo a não empobrecermos sua aplicação, utilizando-os de forma superficial.



Cabe ao pesquisador buscar articular os conceitos fundamentais para a pesquisa com o método clínico, como, por exemplo, sujeito dividido, transferência e a noção de implicação, compreendendo que esses conceitos interagem quando se pretende configurar a posição de pesquisador/analista com o seu objeto de estudo.

O método clínico psicanalítico possibilitou incluir a Outra cena, colocando em questão o sujeito do inconsciente, diferentemente do saber científico anônimo, fundamentado na ciência positivista, que procura entender as doenças independentemente do paciente. O que difere a pesquisa com método clínico norteadada pela Psicanálise é o encontro com o sujeito do inconsciente, dimensão não-toda e pulsante da subjetividade, radicalmente singular.

Na situação da pesquisa relatada, a escuta do sofrimento psíquico das mulheres usuárias do serviço de saúde possibilitou construir um caminho de investigação, interlocução e transformação mútua. Recordamos Miller (1998/2015, p. 13), ao dizer: “é pelo caminho que a pedra existe, mas é também pela pedra que existe o caminho”.

É esse material rochoso que o pesquisador/analista encontra no processo de realização de um trabalho de pesquisa.

## Referências

- Aguiar, F. (2001). Método clínico: método clínico? *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(3), 609-616.
- Althusser, L. (1947). *Situation historique de l'Église: jeunesse de l'Église*. Paris: Petit Clamart.
- Andrade, C. D. (2010). No meio do caminho. In: C. D. Andrade, *Nova reunião: 23 livros de poesia* (v. 1), Rio de Janeiro: Best Bolso. (Original publicado em 1930).
- Bedrikow R. (2008). *Dor crônica em mulheres: uma reflexão sobre a clínica* (Dissertação de mestrado). Programa de Pós-Graduação

- em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Bedrikow R., & Campos, G. W. S. (2011). Clínica: a arte de equilibrar a doença e o sujeito. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 57(6), 610-613.
- Birman, J. (2001). *Gramáticas do erotismo*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Clavreul, J. (1983). *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense.
- Foucault, M. (1977). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Costa, A., & Poli, M. C. (2006). Alguns fundamentos da entrevista na pesquisa em psicanálise. *Pulsional: Revista de Psicanálise*, 19(188), 14-21.
- Darriba, V. A., & Silva, A. C. (2012). A questão do fundamento em Freud: elementos para uma psicanálise aplicada. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 15(4), 868-880.
- Davis-Floyd, R. (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75(Suppl.1), 5-23.
- Diniz, M. (2018). O(a) pesquisador(a), o método clínico e sua utilização na pesquisa. In: T. Ferreira, & A. Vorcaro (Orgs.), *Pesquisa e psicanálise: do campo à escrita*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Elia, L. (2000). Psicanálise: clínica e pesquisa. In: S. Alberti, & L. Elia (Orgs.), *Clínica e pesquisa em psicanálise* (pp. 19-35). Rio de Janeiro: Zahar.
- Farias, M. R., Leite, S. N., Tavares, N. U. L., Oliveira, M. A., Arrais, P. S. D., Bertoldi, A. D., Pizzol, T. S. D., Luiza, V. L., Ramos, L. R., & Mengue, S. S. (2016). Utilização e acesso a contraceptivos orais e injetáveis no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 50(Suppl.2), 14s.
- Lakatos, E. M., & Marconi, M. A. (1991). *Fundamentos de metodologia científica* (3ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Levy, A. (2001). *Ciências clínicas e organizações sociais*. Belo Horizonte: Autêntica/FUMEC.

- Miller, J.-A. (2015). *O osso de uma análise + O inconsciente e o corpo falante*. Rio de Janeiro: Zahar (Original publicado em 1998).
- Moreira, J. O., Oliveira, N. A., & Costa, E. A. (2018). Psicanálise e pesquisa científica: o pesquisador na posição de analisante. *Tempo Psicanalítico*, 50(1), 119-142.
- Naffah Neto, A., & Cintra, E. M. U. (2012). A pesquisa psicanalítica: a arte de lidar com o paradoxo. *Alter: Revista de Estudos Psicanalíticos*, 30(1), 33-50.
- Pinto, J. M. (1999). A instituição acadêmica e a legitimação da vocação científica da psicanálise. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12(3), 681-695.
- Pinto, J. M. (2009). Uma política de pesquisa para a psicanálise. *CliniCAPS*, 7, 8-26.
- Poli, M. C. (2005). Pesquisa em psicanálise. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, 29, 42-47.
- Rosa, M. D. (2004). A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica. *Mal estar e Subjetividade*, 4(2), 329-348.
- Rosa, M. D. (2006). Uma escuta psicanalítica de jovens de periferia. In: S. Altoé (Org.), *A lei e as leis* (pp. 183-194). Rio de Janeiro: Revinter.
- Rosa, M. D., & Domingues, E. (2010). O método na pesquisa psicanalítica de fenômenos sociais e políticos: a utilização da entrevista e da observação. *Psicologia & Sociedade*, 22(1), 180-188.
- Rubin, C. E. (2011). Freud na Salpêtrière: algumas considerações sobre o "Informe sobre meus estudos em Paris e Berlim". *Revista Digital AdVerbum*, 6(2), 159-166.
- Sauret, M. J. (2003). A pesquisa em psicanálise. *Psicologia USP*, 14(3), 89-104.
- Souza, S. J., & Albuquerque, E. D. P. (2012). A pesquisa em ciências humanas: uma leitura bakhtiniana. *Bakhtiniana*, 7(2), 109-122.
- Turato, E. R., Magdaleno, R. J., & Campos, L. K. S. (2010). Avaliação de resultados dos tratamentos psicanalíticos: instrumento da pesquisa qualitativa como recursos possíveis. *Revista de Psicanálise da Sociedade de Psicanálise de Porto Alegre*, 17(20), 281-297.

- Turato, E. R. (2013). *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas* (6ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Vasconcelos, M. F. F., Felix, J., & Gatto, G. M. S. (2017). Saúde da mulher: o que é poderia ser diferente? *Psicologia Política*, 17(39), 327-339.
- Verceze, F., & Cordeiro, S. N. (2020). A escuta do adoecimento de mulheres na atenção básica. *Psicologia e Saúde*, 12(4), 53-63.
- Vieira, E. M. (2002). *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

### **Nota**

1. Agradeço a Cláudia Perrota e Eleonora Smiths pelas sugestões apresentadas a este capítulo.



## **SOBRE OS/AS ORGANIZADORES/AS E AUTORES/AS**

*Cassandra Pereira França:* Psicóloga. Doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Membro do Grupo de Trabalho “Psicanálise e clínica ampliada”, da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia.

*Daiane Márcia de Lima:* Psicóloga. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Uberlândia.

*Davi Berciano Flores:* Psicólogo. Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo.

*Débora Cristina Joaquina Rosa:* Psicóloga. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Uberlândia.

*Eduardo Pacheco:* Graduando em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

*Elisa Maria de Ulhôa Cintra:* Psicóloga. Doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Membro do Grupo de Trabalho “Psicanálise e clínica ampliada”, da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia.

*Janderson Farias Silvestre Ramos:* Psicólogo. Doutorando em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo.

*Maria Manuela Ramos de Macedo:* Psicóloga. Mestranda em Educação pela Universidade Federal Fluminense.

*Maria Elizabeth Barreto Tavares dos Reis:* Psicóloga. Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo. Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina. Membro do Grupo de Trabalho “Psicanálise e clínica ampliada”, da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia.

*Marina Ferreira da Rosa Ribeiro:* Psicóloga. Doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo. Membro do Grupo de Trabalho “Psicanálise e clínica ampliada”, da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia.

*Nadja Nara Barbosa Pinheiro:* Psicóloga. Doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Paraná. Membro do Grupo de Trabalho “Psicanálise e clínica ampliada”, da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia.

*Perla Klautau:* Psicóloga. Doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Membro do Grupo de Trabalho “Psicanálise e clínica ampliada”, da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia.

*Rodrigo Sanches Peres:* Psicólogo. Doutor em Psicologia pela Universidade de São Paulo. Professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia. Membro do Grupo de Trabalho “Psicanálise e clínica ampliada”, da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia.

*Sílvia Nogueira Cordeiro*: Psicóloga. Doutora em Ciências Médicas pela Universidade Estadual de Campinas. Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina. Membro do Grupo de Trabalho “Psicanálise e clínica ampliada”, da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia.

*Vanessa Chreim*: Psicóloga. Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

*Véronique Donard*: Psicóloga. Doutora em Psicopatologia Clínica pela *Université Paris Diderot*. Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco. Membro do Grupo de Trabalho “Psicanálise e clínica ampliada”, da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia.





## ÍNDICE REMISSIVO

### A

*Aiello-Vaisberg, Tania Maria José* 128, 129  
*Alfa (elementos)* 102, 103

### B

*Beta (elementos)* 102  
*Bion, Wilfred Rupert* 31, 32, 37, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 45, 50, 67,  
102, 103  
*Bourdieu, Pierre Félix* 114, 115, 116, 122

### C

*Capacidade negativa* 31, 42, 43, 46  
*Cisgeneridade* 115, 121  
*Contratransferência* 22, 52, 53, 55, 56, 100, 101, 105

### D

*Devereux, Georges* 52, 53, 54, 55

### E

*Enfermagem* 128, 130, 131, 132, 134, 135, 136, 137  
*Entrevista* 57, 142, 148, 150  
*Etnopsicanálise* 53

### F

*Fato clínico psicanalítico* 98, 99, 100, 101, 105, 106, 109  
*Fato selecionado* 31, 45, 46, 102, 103  
*Feminino* 89, 145, 146, 147, 148, 150, 151  
*Ferenczi, Sándor* 67, 94, 123  
*Fetichismo* 89, 90, 91  
*Freud, Sigmund* 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 29, 30, 31,  
34, 35, 36, 37, 38, 40, 44, 46, 50, 57, 59, 62, 63, 66, 67, 69, 73,  
74, 83, 84, 85, 87, 88, 89, 90, 94, 95, 98, 106, 107, 108, 127, 136,  
140, 143, 144, 146

## **G**

*Green, André* 14, 30, 31, 45, 46, 68, 73, 76, 79, 92

## **H**

*Herrmann, Fabio* 61, 63, 64, 65, 70, 73, 127, 128, 129

*Historial clínico* 70, 71, 72

*Hilflosigkeit* 59

*Holding* 23

## **I**

*Identidade de gênero* 114, 117, 118

*Imaginário coletivo* 128, 129, 130, 137

*Impulso epistemofílico* 62, 66

*Interpretação* 21, 31, 34, 35, 36, 38, 43, 45, 52, 55, 89, 90, 101, 103,  
104, 127, 128, 137

*Intersubjetividade* 46, 50

## **L**

*Lacan, Jacques* 85, 95, 98

## **M**

*Mecanismo de defesa* 23, 57, 66, 84, 85, 87, 89, 90, 91, 92, 134,  
135

*Medicina* 143, 145

*Método clínico* 64, 142, 143, 144, 145, 147, 148, 149, 151, 152

*Mito de referência* 30, 31, 45, 46

## **N**

*Narcisismo* 136, 137

## **O**

*Observação participante* 112, 113, 119, 120

*Ogden, Thomas* 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38

## **P**

*Pensamento clínico* 14, 50, 79, 80

*Pesquisa-intervenção* 111, 112, 119

*Pessoas trans* 115, 116, 118, 119, 120, 121  
*Psicanálise (clínica)* 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 24, 32, 37, 38, 39, 43, 44, 50, 51, 53, 70, 71, 80, 81, 83, 86, 87, 88, 92, 97, 99, 105, 109, 144, 146  
*Psicanálise (pesquisa)* 14, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 30, 31, 32, 33, 34, 37, 39, 41, 43, 44, 46, 51, 52, 53, 56, 61, 63, 64, 65, 66, 67, 69, 79, 80, 81, 83, 84, 86, 90, 98, 99, 109, 111, 112, 127, 128, 137, 144, 145, 148, 149, 151, 152  
*Psicanálise (teoria)* 14, 15, 16, 17, 18, 24, 37, 38, 39, 44, 45, 64, 65, 66, 73, 74, 80, 81, 82, 83, 86, 92, 95, 98, 103, 106, 137, 144, 149, 150

## Q

*Quinodoz, Jean-Michel* 98, 99, 100, 101, 105, 108

## R

*Recusa* 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91  
*Resistência* 22, 55, 80, 106, 136, 150, 151

## T

*Transferência* 17, 22, 51, 52, 53, 54, 72, 100, 101, 105, 112, 142, 149, 150, 152

## U

*Unheimlich* 57, 58

## V

*Vinheta clínica* 68, 70  
*Violência simbólica* 114, 116, 117, 119, 122  
*Vollmer Filho, Germano* 98, 99, 100, 101, 109

## W

*Winnicott, Donald Woods* 21, 22, 23, 59, 87, 91, 108

O presente livro tem como principal objetivo proporcionar reflexões teóricas e ilustrações práticas acerca de diferentes eixos de investigação que balizam o trabalho realizado por alguns pesquisadores-psicanalistas em instituições universitárias brasileiras acompanhando a tradição científica inaugurada por Freud e renovada paulatinamente por seus seguidores.

Todos os capítulos aqui veiculados são assinados por pelo menos um membro do Grupo de Trabalho (GT) “Psicanálise e clínica ampliada”, vinculado à Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP), o qual espelha a pluralidade que atualmente caracteriza o meio psicanalítico nas esferas da teoria, da clínica e da pesquisa. Trata-se de um coletivo criado em 2010, composto atualmente por dezoito pesquisadores vinculados a quatorze Programas de Pós-Graduação de sete Estados brasileiros e que tem se afigurado como um ambiente fértil para o debate dos desafios e das possibilidades que se oferecem à Psicanálise no mundo contemporâneo.

