UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

LUCIANA FERREIRA CHAGAS

(RE)PENSANDO A ASSISTÊNCIA:
CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS
NO ENFRENTAMENTO DO CICLO DA REPETIÇÃO NA VIOLÊNCIA
CONTRA A MULHER.

SÃO PAULO
2019

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

LUCIANA FERREIRA CHAGAS

(RE)PENSANDO A ASSISTÊNCIA:
CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS
NO ENFRENTAMENTO DO CICLO DA REPETIÇÃO NA VIOÊNCIA
CONTRA A MULHER.

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo como parte das
exigências para obtenção do título de Doutora
em Ciências.

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Profa. Livre Docente
Maria Livia Tourinho Moretto.

SÃO PAULO
2019

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Chagas, Luciana Ferreira

(RE)PENSANDO A ASSISTÊNCIA: CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS NO ENFRENTAMENTO DO CICLO DA REPETIÇÃO NA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER / Luciana Ferreira Chagas; orientadora Maria Lúvia Tourinho Moretto. -- São Paulo, 2019.

220 f.

Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2019.

1. Violência contra a mulher. 2. Políticas Públicas. 3. Psicanálise. 4. Responsabilidade. 5. Compulsão a repetição. I. Moretto, Maria Lúvia Tourinho, orient. II. Título.

CHAGAS, Luciana Ferreira

(Re)pensando a assistência: Contribuições da psicanálise para as políticas públicas no enfrentamento do ciclo da repetição na violência contra a mulher.

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Doutora em Ciências – Psicologia Clínica.

Aprovada em:

Banca examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

*Para as mulheres
à quem dedico essas palavras*

AGRADECIMENTOS

Aos meus Pais, Maria Lucia e Celso, pela minha existência, por transmitir o seu afeto e cuidado. Por sustentar os meus desejos, em todos os momentos e suportarem os dias de dificuldade. Pelo privilégio de aprender a todo instante. Por acreditarem no meu crescimento e apostarem nos meus sonhos.

Aos meus irmãos amados à quem palavras não descrevem o nosso enlace. À Cris, minha irmã e melhor amiga. Amor profundo, admiração, amizade e gratidão. Parceria eterna. Ao Beto, o irmão mais sensacional que eu poderia escolher nessa vida. Amor incondicional e cumplicidade sincera.

To Lorenzo, my beloved nephew and the privilege of being his God Mother. Presente gringo que estreitou ainda mais os nossos laços de família.

Ao Gabriel, companheiro que apoia minhas decisões, apostando na minha história profissional e pessoal. Por me acompanhar nos momentos mais difíceis. Amor puro e verdadeiro.

À minha cunhada Bruna e meu cunhado Phil, a dupla que chegou para trazer mais amor e diversão à nossa família.

À minha Grande Família, Macedo Ferreira Merbach Chagas, Vianna Vecchi, Papale, De Leo e Cagno, com quem eu aprendo a ser um ser humano melhor a cada encontro.

Aos meus Amigos e Amigas de Ribeirão e do mundo, fruto das minhas andanças, pelo carinho de uma vida inteira, o acolhimento e o incentivo à todas as minhas escolhas.

À Livia, Profa. Livre Docente Maria Livia Tourinho Moretto, por ocupar um lugar tão especial e complexo, presente desde o início do meu caminhar, com sua leitura atenta e crítica em todos os momentos, apostando sempre no meu desejo. À amiga querida que se tornou ao longo desses anos todos, sabendo administrar rigor científico e afeto sincero. Você é muito mais que minha orientadora. Alguém que eu confio, admiro e tenho profundo carinho e amizade.

À Banca, a quem confiei a oportunidade de muito aprender com as suas arguições.

À querida Professora Titular Miriam Debieux Rosa que acompanha o meu trabalho desde o mestrado, com contribuições sempre tão importantes e afetuosas.

À querida Profa. Dra. Jacqueline Moreira de Oliveira que tive o privilégio de conhecer pessoalmente na qualificação, momento de muita construção. Prestativa e generosa, trazendo sempre contribuições muito precisas.

Aos demais membros da banca: Prof. Livre Docente Nelson da Silva Júnior, Profa. Dra. Karla Patrícia Holanda Martins e Profa. Dra. Flávia Alessandra de Souza, pela gentileza do aceite e por fazer parte desse momento tão importante.

Ao querido Professor Titular Christian Ingo Lenz Dunker, professor companheiro de longa data que carinhosamente aceitou a responsabilidade em substituir minha orientadora, caso necessário.

Aos Suplentes, escolhidos com muito carinho por fazerem parte do meu percurso enquanto pesquisadora, Prof. Dr. Ivan Ramos Estevão, Prof. Dr. Rinaldo Voltolini, Profa. Dra. Michele Roman Faria e Profa. Dra. Eliane Aparecida Costa Dias.

Aos amigos e professores da São Marcos, especialmente à Fernanda, Fê, amiga e colega de estudos durante a graduação e amiga irmã de lá pra cá, que me acolhe sempre em São Paulo com sua amizade doce e enriquecedora.

Ao meu primeiro grupo de estudos “de Freud à Lacan”: Lívia, Melina, Fernanda, Délia, Gilson, Heli, Damião e todos que fizeram parte desse momento. Em especial à Mel que se tornou amiga do coração, sempre presente em momentos especiais.

Ao grupo de supervisão em Psicopatologia, momento de intensa construção de saber durante o período de estagiária monitora da disciplina na época da Graduação.

Ao grupo da Oficina de Saber, laboratório de reflexões prático/teóricas durante a Graduação.

Ao Hospital das Clínicas da USP, que me proporcionou um período de intensa formação na prática em clínica psicanalítica na instituição de saúde.

Ao grupo de Orientação da USP, com a leitura cuidadosa de cada um que sempre contribuiu com pontuações tão precisas e construtivas: Cláudio, Dani, Eli, Gus, Isa, Julia, Lara, Laura, Layla, Marcus, Marina, Mayra, Patrícia, Paula, Thais, Will.

Ao grupo do Laboratório “Psicanálise, Saúde e Instituição” – LABPSI/USP e a todos que contribuem para o desenvolvimento da ciência e a transmissão da Psicanálise.

A Universidade de São Paulo que me proporcionou um espaço de construção científica e aos amigos verdadeiros que lá conheci: Camila, Marcos, Cris, Mayra, desde o primeiro dia de mestrado até hoje e sempre.

Aos colaboradores do Instituto de Psicologia, especialmente à Cláudia e a todos do departamento de Psicologia Clínica – PSC, pelo trabalho de todos os dias e a atenção para nós alunos.

Ao grupo de professores, colegas de colegiado da Faculdade de Ilhéus e estagiárias e estagiários que me deram a oportunidade da prática da supervisão clínica em diferentes contextos.

Ao Campo Psicanalítico de Ilhéus/Itabuna que me acolheu desde que cheguei na Bahia e que me proporciona um momento de pensar, em grupo, a psicanálise e sua teoria.

Ao grupo do CRAM que me recebeu de portas abertas, ainda antes de sua inauguração em dezembro de 2015. À Edilena, Grazi, Nalva, Mariana, Neide e Zilda. Também à Fátima, Thais, Lídia e todas as colaboradoras que ali passaram nesses 4 anos de funcionamento. E às assistidas que, cada uma com sua história, muito contribuíram para essa pesquisa.

Aos pacientes que passaram pela minha clínica, desde o início do meu percurso, especialmente às mulheres que me presentearam com a oportunidade de testemunhar suas histórias.

RESUMO

CHAGAS, L.F. **(Re)pensando a assistência: Contribuições da psicanálise para as políticas públicas no enfrentamento do ciclo da repetição na violência contra a mulher.** Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

Essa tese tem como eixo central a articulação entre o problema do ciclo repetitivo da violência contra a mulher, as políticas públicas e a psicanálise. Tanto as pesquisas acadêmicas, como as Políticas Públicas a respeito da “violência contra a mulher”, apontam o chamado “ciclo da violência”, que aparece nesse contexto como um problema de difícil resolução, indicando que essa questão, deixa de ser um problema privado e passa a ser um problema público. Na rede pública temos, entre outros, o serviço dos Centros de Referência de Atendimento à Mulher (CRAM), espaços especializados para o atendimento, contando com a inserção da psicologia. Apesar da dificuldade apresentada por essas mulheres em mudarem o seu padrão de comportamento, as Políticas Públicas vêm propondo o serviço de atendimento psicológico priorizando a psicoeducação – com conscientização e empoderamento – apresentando-se carente de intervenções da psicologia clínica. Reconhecemos o progresso no enfrentamento à violência, entretanto é crucial mantermos a posição de avanço no campo da intervenção. Sendo assim, acreditamos que a intervenção clínica merece atenção especial na tática ao enfrentamento, confiando que a psicanálise possa contribuir ao propor que esse “ciclo da violência” seja escutado como um novo caminho a partir do conceito próprio de repetição, indicando os fundamentos pelos quais interessa ao psicanalista aquilo que se repete, apontando uma possível direção para um tratamento: a repetição como dado clínico. Cientes da relevância desse problema, nosso objetivo é criar novas estratégias de inserção da clínica psicanalítica nos equipamentos públicos para que possamos avançar no tratamento do “ciclo da violência”, a partir da escuta do sofrimento singular, contribuindo com outros profissionais na rede de atenção à mulher em situação de violência. Para isso, a partir da teoria psicanalítica, discute-se inicialmente o conceito de repetição, apontando a lógica do funcionamento inconsciente que sustenta/funda nossos comportamentos, enfatizando a repetição como evidência de um funcionamento psíquico próprio de cada mulher. Apresenta-se a noção psicanalítica de responsabilização, diferenciando-a de culpabilização, apontando os efeitos da implicação de cada sujeito em sua queixa e seu sintoma, indicando a importância em investigarmos o tipo de relação que cada mulher estabelece, não apenas com a situação violenta como acontecimento, mas com o ciclo da repetição como experiência. Conclui-se que ao vivenciarmos de modo sadio a experiência da responsabilização, temos a chance de decidir sobre determinada situação, implicando-nos em nossas escolhas e nas consequências decorrentes dessas. Conclui-se ainda a relevância do atendimento transdisciplinar, considerando as diferentes áreas de saber envolvidas, incluindo o saber da mulher e outras pessoas envolvidas em cada situação, oferecendo à essas mulheres também um espaço de fala, onde possamos escutar cada mulher em sua experiência singular, escuta clínica, onde elas possam posicionar-se subjetivamente, na direção do rompimento do ciclo da violência, emergindo como autoras de sua própria história.

Palavras-chave: Violência contra a mulher; Políticas Públicas; Psicanálise; Responsabilidade; Repetição.

ABSTRACT

CHAGAS, L.F. (Re)thinking the assistance: Contributions of psychoanalysis to public policies in facing the cycle of repetition in violence against women. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

This thesis presents the articulation between the problem of the repetitive cycle of violence against women, public policies and psychoanalysis. Academic research, such as public policy on “violence against women”, points the “cycle of violence” which appears as a problem that is difficult to solve indicating that this is no longer a private issue but a public issue. We have, In the public assistance, the Reference Centers of Service for Women Care (CRAM), offering specialized services for care, with the psychology practice. Despite the difficulty presented by these women in changing their behavior patterns, the Public Policies have been proposing the psychological care service prioritizing psychoeducation – with awareness and empowerment – presenting lack of clinical psychology interventions. We recognize progress in violence services, however it is crucial that we maintain the improvement in the field of intervention. Therefore, we believe that clinical intervention deserves special attention in the assistance strategies, trusting that psychoanalysis can contribute by proposing that “cycle of violence” be heard as a new way from the concept of repetition, pointing a possible direction for a treatment: repetition as clinical issue. Aware of the relevance of this issue, our goal is to create new strategies for inserting the psychoanalytical clinic in public facilities hoping an advance in the treatment of the “cycle of violence”, from listening to singular suffering. Based on psychoanalysis theory, the concept of repetition is initially discussed, pointing to the logic of unconscious functioning that supports / founds our behaviors, emphasizing repetition as evidence of each woman's own psychic functioning. The psychoanalytical notion of responsibility is presented, differentiating it from blaming, pointing out the effects of the implication of each subject in their complaint and their symptom, indicating the importance of investigating the type of relationship that each woman establishes, not only with the violent situation as an event, but with the repetition cycle as an experience. We concluded that by living the experience of responsibility in a healthy way, we have the chance to decide on a certain situation, implying in our choices and the consequences arising from them. It is also concluded the relevance of transdisciplinary care, considering the different areas of knowledge involved, including women's knowledge and other people involved in each situation, offering a speaking space to these women, where we can listen to each woman in her unique experience, clinical listening, where they can position themselves subjectively, towards the breaking of the cycle of violence, emerging as authors of their own history

Key words: Violence against women; Public Policies; Psychoanalysis; Responsibility; Repetition.

RESUMEN

CHAGAS, L.F. (Re)penser l'assistance: Contributions de la psychanalyse aux politiques publiques dans le cycle de répétition dans la violence à l'égard des femmes. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

Cette thèse présente l'articulation entre le problème du cycle répétitif de la violence à l'égard des femmes, les politiques publiques et la psychanalyse. Des recherches universitaires, telles que les politiques publiques sur la "violence à l'égard des femmes", soulignent le "cycle de la violence" qui apparaît comme un problème difficile à résoudre, indiquant qu'il ne s'agit plus d'un problème privé, mais d'un problème public. Nous avons, à l'assistance publique, les Centres de Référence de Service pour Les Femmes (CRAM), offrant des services spécialisés pour les soins, avec la pratique de la psychologie. Malgré la difficulté présentée par ces femmes pour modifier leurs comportements, les politiques publiques proposent un service de soins psychologiques privilégiant la psychoéducation – avec conscience et responsabilisation – présentant un manque d'interventions en psychologie clinique. Nous reconnaissons les progrès réalisés dans les services de lutte contre la violence, mais il est essentiel de maintenir l'amélioration du domaine d'intervention.

Par conséquent, nous pensons que l'intervention clinique mérite une attention particulière dans les stratégies d'assistance, convaincus que la psychanalyse peut y contribuer en proposant que le "cycle de la violence" soit perçu comme une nouvelle voie à partir du concept de répétition, indiquer une direction possible pour un traitement: la répétition en tant que problème clinique. Conscient de la pertinence de ce numéro, notre objectif est de créer de nouvelles stratégies pour insérer la clinique psychanalytique dans des établissements publics en espérant une avancée dans le traitement du "cycle de la violence", de l'écoute à la souffrance singulière. Basé sur la théorie de la psychanalyse, le concept de répétition est d'abord discuté, pointant vers la logique du fonctionnement inconscient qui soutient / fonde nos comportements, en soulignant la répétition comme preuve du fonctionnement psychique de chaque femme. La notion psychanalytique de responsabilité est présentée, la différenciant de blâmer, soulignant les effets de l'implication de chaque sujet dans sa plainte et son symptôme, soulignant l'importance d'enquêter sur le type de relation que chaque femme établit, non seulement avec la situation de violence en tant qu'événement, mais avec le cycle de répétition en tant qu'expérience. Nous avons conclu qu'en vivant l'expérience de la responsabilité de manière saine, nous avons la possibilité de décider d'une situation donnée, impliquant dans nos choix et les conséquences qui en découlent. Il est également conclu à la pertinence des soins transdisciplinaires, compte tenu des différents domaines de connaissance impliqués, y compris les connaissances des femmes et d'autres personnes impliquées dans chaque situation, offrir un espace de parole à ces femmes, où l'on peut écouter chaque femme dans son expérience unique, écoute clinique, où ils peuvent se positionner subjectivement vers la rupture du cycle de la violence, en devenant les auteurs de leur propre histoire.

Palabras clave: Violence à l'égard des femmes; Politiques publiques; Psychanalyse; Responsabilité; Répétition.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNDM	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
DEAM	Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher
MMFDH	Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPM	Plano Nacional de Políticas para Mulheres
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SNPM	Secretaria Nacional de Políticas para Mulheres
SPM	Secretaria Políticas para Mulheres
SUS	Sistema Único de Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
TJDFT	Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios
TJPS	Tribunal de Justiça de São Paulo
UESC	Universidade Estadual Santa Cruz

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
1.1. O percurso clínico da pesquisadora: contextualizando o problema.....	16
1.2. Caracterizando a violência contra a mulher.....	20
1.3. Apresentando o problema e sua relevância.....	24
1.4. Objetivos.....	31
2. POLÍTICAS PÚBLICAS E A REDE NO BRASIL: ENFRENTANDO A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.....	34
2.1. O enfrentamento à violência contra a mulher no Brasil.....	36
2.1.1. A Rede de Enfrentamento e atendimento.....	41
2.1.2. Os centros de referência de atendimento à mulher (CRAM).....	51
3. OS LIMITES E ALCANCES DO ATENDIMENTO PSICOLÓGICO NA REDE: A TENTATIVA DE AVANÇO NOS EQUIPAMENTOS DE ASSISTÊNCIA À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.....	58
3.1. A psicologia e sua história no campo da clínica.....	58
3.2. A psicanálise e sua contribuição no campo da clínica social.....	64
3.3. A Psicologia na rede de atenção à violência contra a mulher: considerações da Psicanálise acerca do problema.....	66
4. REGRA OU EXCEÇÃO: DE QUE REPETIÇÃO ESTAMOS FALANDO?.....	79
4.1. A repetição em Psicanálise: Freud em diferentes momentos.....	83
4.2. O que mais dizer da repetição do ciclo da violência.....	98
5. A IMPLICAÇÃO DA MULHER NOS ACONTECIMENTOS DA SUA VIDA: POSSIBILIDADE DE RE-CRIAR UMA HISTÓRIA.....	105
5.1. Culpa x responsabilização: pensando essa diferença a partir da lógica psicanalítica da implicação do sujeito.....	108

5.1.1. A responsabilização em psicanálise: uma lógica singular do inconsciente.....	114
5.1.2. Implicar-se: a experiência da violência vivida de modo singular por cada mulher.....	133
5.2. O campo da escuta psicanalítica: entrevistas preliminares e a possibilidade da retificação subjetiva.....	141
5.3. Dando voz às flores.....	155
5.3.1. Rosa.....	157
5.3.2. Margarida.....	158
5.3.3. Petúnia.....	159
5.3.4. Hortência.....	160
6. (RE)PENSANDO OS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À VIOÊNCIA CONTRA A MULHER.....	165
6.1. A humanização no enfrentamento à violência contra a mulher.....	168
6.1.1. A transdisciplinaridade como um caminho para a humanização no enfrentamento à violência contra a mulher.....	173
6.2. A responsabilização dos profissionais de psicologia na rede.....	178
6.3. O incentivo à novas pesquisas: uma possibilidade renovadora.....	184
6.3.1. A prevenção do feminicídio.....	185
6.3.2. A possibilidade da assistência ao agressor.....	190
6.3.3. A parceria entre políticas públicas e ensino.....	192
7. A VIRADA DE UM CICLO: MOMENTO DE CONCLUIR.....	196
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	202

*Que possamos todos nós
sempre encontrar
com o que há
de melhor e de pior
em cada um de nós.
E sustentar
o nosso desejo
desejo inconsciente.*

LFC - 2019

1 – INTRODUÇÃO

1.1 – O PERCURSO CLÍNICO DA PESQUISADORA: CONTEXTUALIZANDO O PROBLEMA

Nos últimos anos, venho pesquisando sobre a subjetividade da mulher que viveu, ou acredita ter vivido, a experiência da violência sexual em algum momento da sua vida.

A primeira pesquisa, na especialização em Psicologia Hospitalar, realizada no departamento de ginecologia de um Hospital Público Universitário, escutei aproximadamente 50 mulheres entre 25 e 60 anos, encaminhadas com histórico de violência doméstica e outros sintomas psicopatológicos - como depressão e síndrome do pânico - onde 27 mulheres acabaram por revelar, pela primeira vez, a experiência da violência sexual na infância.

Essa primeira pesquisa nos apontou que as mulheres sentiam culpa, vergonha e sensação de sufocamento, bem como prazer (em alguns casos) quando evocavam a lembrança da experiência. Foi percebido também que 67% das mulheres apresentavam dificuldades atuais relacionadas a experiência passada, presença de quadros psicopatológicos em 93% das mulheres e 100% de nossa pequena amostra repetiam a situação de violência ao longo da vida, muitas vezes com o companheiro atual, confirmando dados da literatura sobre o tema, apontando claramente a tendência do ciclo repetitivo da violência.

O estudo nos mostrou ainda que, possíveis traumas decorrentes da experiência da violência sexual, quando não elaborados e mantidos em segredo, poderiam retornar por meio de sintomas, muitas vezes no corpo, exigindo atendimentos clínicos e tratamentos no serviço público de saúde.

Sobretudo, algo nos chama a atenção. Em alguns momentos, as mulheres relatavam essa “repetição da violência sexual” como algo que acontecia de modo não impositivo, quando muitas mulheres revelavam conceder ao ato contra sua

vontade, por insistência do parceiro, entretanto sentindo-se violentada, apesar da concessão.

Naquele momento, nossas questões eram no sentido do porque mulheres que sofrem com a violência permanecem em seus relacionamentos e sobretudo, porque guardam segredo. Foi então que resolvemos partir para um segundo momento da pesquisa, no mestrado, onde investigamos a função do segredo na violência sexual, por acreditarmos na hipótese de que o segredo trazia consigo marcas próprias de cada mulher, um modo singular de funcionamento que guardava consigo uma posição psíquica vivida por essa mulher, o segredo como um modo particular de “gozo”¹.

Nesse trabalho descrevemos as manifestações do segredo sobre a violência sexual, apresentando-o em três perspectivas²: o segredo de família, o recalçado e a “escolha” pelo segredo.

Ao abordarmos o segredo de família, discutimos a hipótese de um episódio de violência mantido em sigilo, influenciar na repetição da experiência em geração futura. Segundo Rosa (2001), muitas vezes os pais mantêm informações em sigilo acreditando que estariam poupando seus filhos de possíveis traumas e evitando experiências dolorosas, confiando na possibilidade de construir um futuro livre do passado, bem como, um mecanismo de defesa próprio e a tentativa em manter afastado o retorno de uma antiga angústia vivenciada por um membro da família. Sobretudo a autora salienta que a transmissão da experiência pode ocorrer apesar do segredo, evidenciando que muitas vezes os sintomas das crianças desenvolvem-se de maneira alienada nos sintomas familiares.

Outra experiência clínica nos fez refletir a respeito do retorno de experiências recalçadas. Sabemos pela psicanálise, desde Freud (1996[1894]) no início de seu percurso ao investigar o funcionamento histérico, que experiências traumáticas poderiam ser esquecidas (recalçadas), mas que eventualmente retornariam como sintoma, muitas vezes no próprio corpo. Assim, pensamos que

¹ A partir desse momento, sempre que apresentarmos no texto o termo “gozo”, estaremos nos referindo ao conceito desenvolvido por Jacques Lacan.

² Numa das perspectivas trabalhadas sobre o segredo, percebemos que falávamos não de um segredo propriamente dito, mas do recalque, algo que não fora falado num primeiro momento, por não haver a lembrança da experiência, mas que aparecera em momento posterior em atendimento clínico.

algumas pacientes nunca haviam mencionado a experiência da violência em função de tê-las esquecido, mas que em momento futuro, a partir do tratamento de outros sintomas corporais, e em função de uma nova lembrança, elas puderam falar sobre o ocorrido, muitas vezes resignificando experiências traumáticas em relação à violência.

Por fim, trabalhamos a temática da “escolha” pelo segredo, que muito frequentou e frequenta nossa clínica. São mulheres que lembram da experiência, mas que, por motivo singular, escolhem mantê-la sob sigilo. Essa perspectiva, acabou por nortear a direção da nossa pesquisa naquele momento, não apenas pela frequência com que apareceu, mas pela complexidade desse fenômeno da “escolha” pelo segredo e sua função na clínica psicanalítica.

Optamos neste momento por colocar o termo “escolha” entre aspas, na tentativa de abrirmos uma discussão a partir da leitura psicanalítica que entende uma escolha como uma decisão que contém elementos conscientes, bem como inconscientes³.

Nessa fase do trabalho, aprofundamos os estudos das possíveis consequências da violência sexual na infância, fase em que a constituição da subjetividade está sendo construída, não somente em função de nossa amostra (mulheres adultas que revelaram a experiência da primeira violência na infância), mas também pela evidência da repetição da violência como um ciclo de episódios ao longo da vida de uma mulher.

Descrevemos em nossos estudos, que cada criança ou adolescente que experimenta a violência, vivencia essa experiência de modo único e singular, a partir de sua maneira em lidar com o mundo e seu modo de estabelecer laços sociais. Assim, essa experiência poderia interferir em futuras escolhas de objetos amorosos e futuros modos de laços. Uma criança pode tomar para si a relação violenta como única maneira de laço afetivo, principalmente em função da experiência traumática ocorrer geralmente no ambiente familiar, onde laços de

³ Freud (1996[1920]) nos evidencia que nossas escolhas e nosso modo em estabelecer laços sociais são movidos também pelo que chamou de inconsciente, caracterizando as “escolhas” como algo que se afasta da lógica da razão. Mais adiante, quando abordarmos o conceito de repetição e responsabilização, falaremos mais a respeito do inconsciente.

afeto já estariam pré-estabelecidos. Desse modo, o modelo de “relação violenta” e “homem agressor” poderia ficar valendo como referência de relação afetiva e escolha de objeto amoroso para uma menina, futuramente uma mulher. (Chagas, 2014).

Nessa nossa pesquisa de mestrado concluímos que esse segredo e dificuldade em falar da violência vivida, tem uma função que é única e singular, para cada pessoa, de modo que cada mulher vivencia a experiência da sua maneira, influenciando o modo como lida com o dizer (ou não) sobre a violência vivida. (Chagas, 2014)

Em nossa clínica, percebemos também que essas mulheres chegam fragilizadas, esperando respostas prontas e soluções mágicas para que possam enfrentar a situação de violência – doméstica na maioria dos casos – e resolverem sua situação problema. Em contrapartida, apesar da tentativa dos serviços em empoderar e conscientizar essas mulheres, parece-nos que essa resposta não encontra seu lugar de eficácia, já que muitas dessas mulheres permanecem em relações violentas, não conseguindo posicionar-se de outra maneira.

Percebemos sobretudo, que o segredo e a permanência nessa situação violenta repetitiva é algo que se dá de modo que algumas vezes escapa à tentativa de conscientização e empoderamento, entendendo que a repetição da situação violenta, o “ciclo da violência” apontado pelas Políticas Públicas, pode também ser algo que nos diz da singularidade, da posição psíquica de cada mulher, nos diz de uma dificuldade de mudança de posição subjetiva.

Tanto as pesquisas acadêmicas sobre a violência, como as Políticas Públicas Nacionais a respeito da “violência contra a mulher”, apontam o chamado “ciclo da violência”, evidenciando que as mulheres com esse histórico, frequentemente permanecem em relações onde a violência se faz presente.

Confiamos que, da mesma forma que o segredo revela o funcionamento psíquico de cada mulher, assim dar-se-á com o “ciclo da violência” como repetição. A repetição, conceito fundamental da teoria psicanalítica, talvez possa revelar o modo de uma mulher estabelecer seus vínculos afetivos, seus laços sociais.

1.2 – CARACTERIZANDO BREVEMENTE A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

A violência contra a mulher, acontecimento historicamente presente nas relações humanas, passam a ser melhor observada e conceituada a partir de movimentos feministas ocorridos em todo o mundo. No Brasil, desde a Convenção de Belém do Pará⁴, em 1994, a violência contra a mulher começa a ter maior visibilidade, tanto pelos poderes públicos, como pela comunidade, mas ainda de modo bastante acanhado.

Neste momento, violência contra a mulher passa a ser considerada “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (SENADO FERERAL, 2019)

Mais tarde, a nossa conhecida Lei Maria da Penha⁵, inclui dois outros tipos de violência - moral e patrimonial -, caracterizando as cinco formas de violência doméstica e familiar, ao lado das violências física, sexual e psicológica (SENADO FERERAL, 2019)

Desse modo, os cinco tipos de violência contra a mulher descrito pelas políticas públicas, caracterizados pela Lei Maria da Penha, no Artigo 7º.:

Art. 7º São formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, entre outras: **I** - a **violência física**, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal; **II** - a **violência psicológica**, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, violação de sua intimidade, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause

⁴ No próximo capítulo, discutiremos de modo mais aprofundado, a respeito da história do desenvolvimento das políticas públicas para o enfrentamento à violência contra a mulher no Brasil.

⁵ Aprofundaremos também sobre a Lei Maria da Penha no capítulo a seguir – sobre as Políticas Públicas.

prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação; **III - a violência sexual**, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos; **IV - a violência patrimonial**, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades; **V - a violência moral**, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria. (LEI 11.340, 2006)

A violência física, frequentemente praticada com força física, se caracteriza como visual e de mais fácil percepção pois a mulher lesionada, apresenta ferimentos em partes visíveis do seu corpo, com certa assiduidade. Contudo, algumas vezes as lesões encontram-se escondidas por debaixo de suas vestimentas. Esse tipo de violência pode também ocorrer com o uso de armas ou instrumentos que causem danos físicos como queimaduras e cortes.

A violência psicológica é qualificada como sendo muitas vezes invisível, mas com prejuízos bastante extensos. Esse tipo de violência, muitas vezes passa despercebido pela vítima, ou quando notado, é frequentemente considerado como menos importante e dispensável de cuidados especiais. Muitas vezes a violência psicológica se apresenta em comportamentos cotidianos na vida de um casal, tais como ciúme, controle nas vestimentas, convívio social da mulher com outras pessoas – especialmente homens –, vida financeira, entre outros. Esse tipo de violência pode começar em grau de intensidade moderado e ir aumentando com o passar do tempo de um relacionamento e, por isso, diferentemente do que pensam muitas mulheres, carece muita atenção e cuidado especial.

A violência sexual ainda é um tema bastante difícil para as mulheres envolvidas nesse tipo de situação. A temática da sexualidade, apesar de aparente liberdade nos dias atuais, ainda causa muito constrangimento às mulheres violentadas, especialmente no contexto doméstico, onde as mulheres apresentam

sentimentos ambíguos e confusos em relação ao fato, muitas vezes ainda mantendo segredo.

As violências patrimonial e moral são de difícil detecção para a maioria das pessoas, pela própria característica. A patrimonial, uma violência material, muitas vezes apresenta-se velada na cultura machista que ainda vivemos e que caracteriza ainda como normal a administração de bens e valores, documentos, e controle financeiro pelos homens da família. Já a prática da violência moral, acontece frequentemente, não apenas contra a mulher, mas nas relações sociais, equivocadamente desqualificando-a como sendo problemática.

Importante ressaltarmos que a violência contra a mulher se apresenta, ao mesmo tempo e com certa constância, em mais de uma das suas características, especialmente na violência física que se manifesta quase sempre ao lado da violência psicológica e/ou moral.

Algumas instituições vêm assinalando diferentes graus de violência, chamando nossa atenção para a relevância de que possamos identificar a violência contra a mulher já no início de sua prática. A graduação segue a partir piadas ofensivas caracterizada como grau leve, podendo chegar ao último nível de gravidade – o feminicídio.

A Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), localizada na cidade de Ilhéus – BA, a partir do Departamento de Ciências Jurídicas e, em parceria com o Serviço de Referência dos Direitos da Mulher, tem divulgado na região, material desenvolvido por um programa internacional, traduzindo e adaptando do espanhol para o português. Essa régua de graus de violência, nomeado violentômetro, tem sido utilizada como material de apoio, em campanhas de conscientização da violência contra a mulher.

Violentômetro – Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC-BA)

Esse material nos auxilia na visualização e conscientização dos graus de violência, distinguindo três importantes momentos da prática da violência, nos quais as mulheres devem estar atentas.

Esses momentos vêm sendo discutidos, para que haja algum tipo de reação já nos primeiros episódios de violência, levando-se em conta a tendência do aumento de intensidade. Sobretudo, que o pedido de ajuda ao profissional possa ser buscado o quanto antes, pois percebemos que a busca pelos serviços acontecem quando as mulheres já se encontram no grau mais alto de violência, com presença da violência física, em relacionamentos de longa duração, dificultando ainda mais o rompimento.

1.3 – APRESENTANDO O PROBLEMA E SUA RELEVÂNCIA

No Brasil, a temática da violência contra a mulher vêm sendo bastante discutida especialmente nos últimos 16 anos. Em 2003, surgem a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) e o Plano Nacional de Políticas para Mulheres (PNPM), como estratégias para o enfrentamento à essa problemática, bem como a “Lei Maria da Penha” estabelecida no ano de 2006, uma Lei que passa a considerar a violência doméstica e familiar contra a mulher como violação de direitos humanos, para além de um crime de menor valor (Brasil, 2006), alavancando as discussões a respeito desse tema.

As Políticas Públicas em nosso país e as campanhas propostas vêm se apresentando de modo muito complexo e empenhado com a resolução do problema, com o objetivo de combater ou diminuir esse tipo de violência. Pesquisadores e profissionais da rede de enfrentamento e atendimento, têm colaborado e demonstrado imenso esforço no sentido do aprimoramento dos serviços, oferecendo às mulheres espaços onde possam ser acolhidas e assistidas em relação às experiências de violência vividas.

O Poder Público criou e vem desenvolvendo a rede de enfrentamento e atendimento com a participação do serviço de diversos setores, tais como assistência social, saúde, educação, segurança, trabalho, justiça e habitação (Brasil, 2006), visando a ampliação do acesso das mulheres aos serviços Públicos.

É justamente nesse momento que ocorre também a criação dos Centros de Referência de Atendimento à Mulher (CRAM), espaços especializados para o atendimento ao enfrentamento da violência contra a mulher, contando com a inserção do atendimento psicológico.

Desde esse momento de criação dos novos serviços, uma dificuldade percebida, como muito bem aponta as Políticas Públicas Nacionais, é o “ciclo da violência” (Brasil, 2006). A partir daí, tem-se pensado em modos de interromper esse ciclo, um problema de difícil resolução, talvez um dos mais graves atualmente, por dificultar de modo extremo a resolubilidade da proposta da rede: a interrupção do “ciclo da violência”.

As Políticas Públicas ressaltam ainda que essas mulheres que permanecem no “ciclo da repetição”, não devem ser julgadas, ratificando a necessidade em entendê-las e ajudá-las a sair dessa situação (Brasil, 2015). Deste modo, essa questão aqui investigada, deixa de ser um problema privado e passa a ser um problema público.

Contudo, apesar da evidência do problema do “ciclo da violência”, da dificuldade apresentada por essas mulheres em mudarem o seu padrão de comportamento e saírem dessa situação violenta, as Políticas Públicas para mulheres em situação de violência vêm propondo, com frequência, o tratamento focado nos serviços de ordem jurídica, indicando encaminhamentos para as Delegacias de Polícia Gerais e Delegacias da Mulher em aproximadamente 46% dos casos (Brasil - Waiselfisz, 2015, p.52). Sobretudo, quando encaminhadas para os serviços especializados providos de atendimento psicológico, este é baseado apenas na conscientização e empoderamento, acreditando na resolução do problema por meio da “promoção da autoestima”, “fortalecimento da mulher e o resgate de sua cidadania”, sem contar com intervenções da psicologia clínica nos Centros de Referência (Brasil, 2011, p.16).

O “ciclo da violência”, apontado como um ciclo de violência doméstica, é caracterizado por três momentos: o primeiro, “a construção da tensão no relacionamento”, assinalando agressões verbais, ameaças, ciúme, destruição de objetos, momento em que a mulher tenta acalmar seu(a) parceiro(a), acreditando que pode fazer algo para impedir uma agressão futura maior, tentando encontrar justificativas para esse comportamento agressivo do(a) parceiro(a), muitas vezes assumindo a culpa; a segunda fase, “a explosão da violência: descontrole e destruição”, apresenta agressões agudas após atingir o ponto máximo da tensão no relacionamento, fase extrema e de curta duração, seguida por um arrependimento do(a) agressor(a); um terceiro e último momento, “a lua-de-mel: arrependimento do(a) agressor(a)”, é um período sem manifestação violenta, quando o(a) agressor(a) teme o fim da relação, e demonstra seu arrependimento com pedidos de desculpa, promessas de mudança, presentes e comportamentos afetivos, relembrando o momento do início da paixão. Após esse terceiro momento de reconciliação, inicia-se novamente o momento de tensão, marcando o início do ciclo repetitivo da violência (Ministério da Saúde, 2005).

Ao nos questionarmos a respeito do “ciclo da violência”, suscitamos várias indagações. Seria essa mulher, um sujeito que se coloca repetitivamente em situação violenta, em função de sua posição psíquica, seu modo de estabelecer laços? Teria essa mulher, vivido experiências de relações violentas com outros parceiros? Seria essa experiência violenta na relação amorosa, uma experiência repetida ou inédita? E na relação violenta atual, quando uma mulher busca pela primeira vez um serviço de assistência à violência contra a mulher, seria a primeira vez com esse parceiro? A segunda? A terceira? Como seria a relação estabelecida por cada uma dessas mulheres com essa situação violenta vivida de modo repetitivo? E frente ao “ciclo da violência”, qual seria a implicação de cada uma dessas mulheres nisso, nessa relação violenta repetitiva que relatam nos serviços?

Essas são algumas das questões que nos levam a refletir sobre a importância em escutar cada mulher em sua experiência singular. Mais que isso, a relevância em considerar a repetição como um dado clínico. Talvez possamos pensar que o “ciclo da violência” se apresenta não apenas como um problema para os serviços, mas como uma direção, como um possível sintoma que indica o modo

como cada uma dessas mulheres estabelece vínculo com essas relações afetivas atuais.

Entretanto, as Políticas Pública e os relatórios do Ministério da Saúde avaliam que os resultados ainda apresentam pouca resolução em relação ao problema do “ciclo da violência”, trazendo dados significativos sobre a repetição da ocorrência, notadamente no “Mapa da Violência 2015”⁶, apontando que “a reincidência acontece em praticamente metade dos casos de atendimento feminino (49,2%), especialmente com as mulheres adultas (54,1%) e as idosas (60,4%)”. (Brasil - Waiselfisz, 2015, p.51)

Ao refletimos a respeito dos serviços públicos oferecidos à mulher em situação de violência e analisando as estatísticas que indicam que esse ciclo de repetição ainda é um impasse ficando sem respostas, percebemos que o atendimento psicológico ofertado apresenta questões que precisam ser discutidas. Deste modo nos questionamos: Como pensar o serviço de psicologia nos Centros de referência (CRAM) de modo a tratar do “ciclo da violência”?

Diante desse problema, resolvemos aprofundar nossos estudos nessa direção, buscando possíveis respostas para perguntas bastante frequentes e atuais no sentido de pensar o fenômeno do “ciclo da violência” visando alcançar a resolubilidade nos serviços de assistência à violência contra a mulher oferecidas por nossas políticas públicas.

Desta maneira, trazemos algumas questões: Por quê a rede de atendimento – especialmente os Centros de Referência (CRAM) – ao incluir o atendimento psicológico, limita-se na psicologia psicossocial, presente na rede da assistência social (SUAS), caracterizada especialmente pela psico-educação, com a oferta de conscientização e empoderamento? Por quê não pensar na presença de intervenções clínicas – assim como oferecidas pela rede de saúde (SUS) – nesses espaços para tratar das especificidades psíquicas dessas mulheres?

⁶ O “Mapa da Violência 2015” foca especificamente o tema da violência de gênero e utiliza-se de dados divulgados pelo SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) “que fornece os registros de atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS) por violência doméstica contra crianças, mulheres e idosos” (Brasil - Waiselfisz, 2015, p.05)

Nossa hipótese é a de que essa repetição, conceito fundamental da teoria psicanalítica, precisa ser escutada como dado clínico em sua singularidade, a partir de uma escuta especializada e que o “ciclo da violência” pode evidenciar um funcionamento psíquico próprio de cada mulher. Nesse sentido, é preciso que cada mulher possa entrar em contato com o seu modo particular de viver a experiência da situação violenta e apropriar-se da sua história.

Hoje, 13 anos após a “Lei Maria da Penha”, muitas coisas mudaram, muitos trabalhos são realizados e novas propostas surgem a todo instante. Entretanto, parece que o fantasma do “ciclo da violência” não cessa em nos ocupar. Algo que retorna, e retorna, e retorna. Um funcionamento próprio do conceito de repetição em psicanálise.

Deste modo e considerando o intenso movimento que vem sendo feito no Brasil, principalmente nos últimos 13 anos com o surgimento da Lei Maria da Penha e a implantação dos CRAMs (Centro de Referência de Atendimento à Mulher) voltados para a “rede de atendimento”, acreditamos ser um momento precioso para pensarmos em modos de serviço da psicologia dentro dos CRAMs e serviços sociais, objetivando o tratamento do sofrimento psíquico, onde possamos trazer uma contribuição da psicanálise, a partir da nossa prática clínica e dos resultados das nossas pesquisas, essencialmente implicadas em pensar a contribuição dos psicanalistas para um avanço nas propostas de assistência ao combate da violência contra a mulher.

Confiamos ser possível uma contribuição da psicanálise às Políticas Públicas para Mulheres no enfrentamento da violência, visando o cumprimento das diretrizes do SUS, enfatizando a Política Nacional de Humanização – que preza pela atenção à singularidade – e a Clínica Ampliada – que apoia a necessidade de formação continuada, interdisciplinaridade e capacitação dos profissionais. Nesse caso, uma proposta humanizada talvez seja a de considerar que cada mulher estabelece uma relação íntima e única com esse “ciclo da violência”, um modo de funcionamento psíquico que é seu, único e singular.

Desta maneira, pensando no debate em equipes multi, inter e transdisciplinares, apostamos também na presença do psicanalista para trazer um

novo olhar, contribuindo para uma proposta de avanço na resolução dos problemas ainda enfrentados a respeito da temática da repetição.

Confiamos que, muitas vezes há a necessidade de uma intervenção psicológica mais específica, onde a mulher possa, acolhida pela psicologia clínica, questionar-se a respeito disso que traz como queixa e/ou sintoma, questionar-se a respeito da sua permanência nessa posição e repetição desse “ciclo da violência”.

Talvez, onde vemos hoje um problema que nos ocupa, a psicanálise possa oferecer uma tentativa diferente, um novo caminho a partir do seu conceito próprio de repetição, indicando os fundamentos pelos quais interessa ao psicanalista aquilo que se repete, apontando uma possível direção para um tratamento: a repetição como dado clínico.

Entendemos que a assistência ao enfrentamento à violência contra a mulher, especialmente a assistência psicológica oferecida para tratar o sofrimento psíquico dessas mulheres em sua singularidade e possibilitar uma mudança subjetiva que possa promover o rompimento do “ciclo da violência”, terá que passar, possivelmente, pelo processo de reconhecer-se nesse lugar da repetição como sintoma, e implicar-se com isso.

Assim, acreditamos na necessidade de pensarmos em estratégias reforçadas no que tange a “rede de atendimento”, especialmente à assistência oferecida pela psicologia. Assim, pensamos em discutir o “ciclo da violência” acerca dos conceitos psicanalíticos, especialmente a repetição e a ética em psicanálise, por acreditar na importância e possibilidade de novas propostas que possam contribuir para a interrupção do “ciclo da violência”.

Justificando nossa inquietação e preocupação a respeito do tema, elegemos seguir um caminho de pesquisa onde traremos, no segundo capítulo, o aprofundamento das descrições das políticas públicas existentes no Brasil para o enfrentamento e atendimento à violência contra a mulher. Situaremos o leitor num percurso histórico, seguido da descrição do funcionamento da rede e seus obstáculos, detalhando a política dos centros de referência (CRAM), como equipamento fundamental na rede de atendimento psicológico e objeto de nossa proposta.

No terceiro capítulo, discorreremos primeiramente a respeito da psicologia e sua história no campo da clínica, seguido da contribuição da psicanálise no campo da clínica social. Por fim, apresentaremos os serviços de assistência psicológica na rede de atenção à violência contra a mulher, apontando os limites e alcances, articulando com as considerações da psicanálise acerca do problema.

Em seguida, traremos um quarto capítulo onde apresentaremos o conceito de repetição em psicanálise para que possamos pensar “ciclo da violência”.

Abordaremos no capítulos quinto, primeiramente a diferenciação entre culpa e responsabilidade, bem como o conceito de responsabilização em psicanálise e a possibilidade de um sujeito em implicar-se na sua história, sua queixa e sintoma, como mola propulsora de mudança. Considerando o risco da culpabilização da mulher como um campo problemático, traremos uma forma de pensar a responsabilização de cada um de nós pelos acontecimentos em nossas vidas, envolvendo assim cada mulher em seu próprio “ciclo da violência”, sem culpabilizá-las. Por fim, traremos alguns recortes clínicos para apresentar o campo da escuta psicanalítica, discorrendo a respeito das entrevistas preliminares e a possibilidade da retificação subjetiva.

Por fim, traremos no capítulo sexto, uma reflexão propondo nova estratégia para (re)pensar os serviços de assistência nas políticas públicas, apresentando a transdisciplinaridade como um caminho para a humanização no enfrentamento à violência contra a mulher. Discorreremos sobre a responsabilização dos profissionais de psicologia na rede e o incentivo à novas pesquisas que tratem da prevenção do feminicídio, a possibilidade da assistência ao agressor e a parceria entre políticas públicas e ensino.

Concluiremos propondo avanços às políticas públicas no enfrentamento à violência contra a mulher, apontando meios de inserção da psicanálise e novas estratégias de atendimento clínico para que os serviços públicos de assistência psicológica possam tratar o “ciclo da violência”, bem como uma contribuição da psicanálise para a formação continuada dos profissionais da rede.

1.4 – OBJETIVOS

Ao refletirmos a respeito da gravidade do “ciclo da violência”, e a permanência de muitas mulheres nesse ciclo, percebemos certa urgência em disponibilizarmos novas estratégias que possam oferecer alternativas para o tratamento psíquico dessa população. Assim, cientes da relevância do problema, delimitamos nosso objetivo geral:

- Propor novas estratégias de inserção da clínica psicanalítica nos equipamentos públicos de assistência ao enfrentamento da violência contra a mulher para que possamos avançar no tratamento do “ciclo da violência”, contribuindo com outros profissionais na rede de assistência pública.

Para isso, consideramos como objetivos específicos:

- Apresentar o histórico das políticas públicas existentes no Brasil para o enfrentamento e atendimento à violência contra a mulher, apontando a contribuição da Lei Maria da Penha para a eficácia dos serviços;
- Descrever o funcionamento da rede de enfrentamento e seus obstáculos, dedicando especial atenção aos Centros de Referência (CRAM);
- Discorrer sobre a atuação da psicologia nos serviços, indicando os limites e alcances;
- Delinear as considerações de psicanalistas atuantes na rede, bem como a visão da pesquisadora acerca dos serviços existentes;
- Apresentar os conceitos de repetição e ética na psicanálise, apontando a lógica do funcionamento inconsciente que sustenta / funda nossos

comportamentos e a implicação de cada sujeito em seu sintoma, de modo a fomentar nossa hipótese.

- Discutir a respeito do “ciclo da repetição” na violência contra a mulher, articulando com a ética da psicanálise, o conceito de repetição e seus desdobramentos, propondo novas estratégias de atendimento psicológico nos serviços públicos de enfrentamento à violência contra a mulher”, contribuindo com outros profissionais na rede de assistência pública.

*Eu te amo porque te amo.
Não precisas ser amante,
E nem sempre sabes sê-lo.
Eu te amo porque te amo.
Amor é estado de graça
E com amor não se paga.*

*Amor é dado de graça
É semeado no vento,
Na cachoeira, no eclipse.
Amor foge a dicionários
E a regulamentos vários.*

*Eu te amo porque não amo
Bastante ou demais a mim.
Porque amor não se troca,
Não se conjuga nem se ama.
Porque amor é amor a nada,
Feliz e forte em si mesmo.*

*Amor é primo da morte,
E da morte vencedor,
Por mais que o matem (e matam)
A cada instante de amor.*

*As Sem - Razões do Amor
Carlos Drummond de Andrade*

2. POLÍTICAS PÚBLICAS E A REDE NO BRASIL: ENFRENTANDO A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Entendemos a violência contra a mulher como um tema de dimensão mundial, que vem sendo discutida e apresentada, contando com diversas propostas relevantes na luta pelo direito da mulher e combate à violência de gênero. Contudo, escolhemos no momento dessa tese, recortar o problema da violência contra a mulher no Brasil e, especialmente, a dificuldade enfrentada em relação ao ciclo da violência. Desse modo, trataremos enfaticamente, as Políticas Públicas e o serviço de atenção à violência, no Brasil. seus limites e alcances presentes em nosso país.

Desde 1994, o Brasil participa ativamente da discussão para a prevenção, punição e erradicação da violência contra a mulher, sediando em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994, a Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher – “Convenção de Belém do Pará”, promovida pela Comissão Internacional de Direitos Humanos – CIDH da Organização dos Estados Americanos – OEA. (CIDH, 1994)

Nessa convenção, a Comissão Internacional de Direitos Humanos reafirma que “a violência contra a mulher constitui violação dos direitos humanos e liberdades fundamentais e limita total ou parcialmente a observância, gozo e exercício de tais direitos e liberdades”, defendendo que “a eliminação da violência contra a mulher é condição indispensável para seu desenvolvimento individual e social e sua plena e igualitária participação em todas as esferas de vida” (CIDH, 1994).

Neste momento da “Convenção de Belém do Pará”, fica determinado que os Estados condenem todas as vertentes de violência contra a mulher, adotando estratégias apropriadas e rápidas de políticas destinadas a prevenir, punir e erradicar tais episódios, incorporando na legislação, normas penais, civis, administrativas e de outra natureza necessária. (CIDH, 1994).

Entretanto, o Brasil somente inicia oficialmente o seu desenvolvimento das políticas públicas voltadas ao problema da violência contra mulher, sete anos mais

tarde, após ser condenado internacionalmente por “negligencia e omissão em relação a violência doméstica” no caso de Maria da Penha Maia Fernandes, pela Comissão Internacional de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos. (JUS-BRASIL, 2016)

Maria da Penha Maia Fernandes, mulher que inspira o nome da Lei 11.340/2006⁷, ficou paraplégica ao ser acometida por violência doméstica, com tentativa de homicídio, no ano de 1983. A denúncia formal ao Ministério Público ocorreu somente no ano seguinte, entretanto os advogados do agressor conseguiram anular o julgamento em 1991. Somente no ano de 1996, o agressor – seu ex-marido – foi condenado a 10 anos de prisão, mas conseguindo recorrer da decisão, foi preso no ano de 2002, cumprindo apenas um terço da sua pena. (JUS-BRASIL, 2016)

Indignada com a justiça brasileira, Maria da Penha fez contato com o Centro para a Justiça e o Direito Internacional – CEJIL-Brasil e o Comitê Latino-Americano do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher – CLADEM-Brasil, e juntos encaminharam à Comissão Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos, em 1998, uma denúncia contra o Estado brasileiro. (JUS-BRASIL, 2016)

O referido processo, condenou o Brasil, no ano de 2001, por “negligencia e omissão em relação a violência doméstica, e dentre as punições impostas uma delas foi a recomendação de que fosse criada no País uma legislação específica para tratar de casos de violência contra a mulher praticada em ambiente familiar”. Após esse episódio e cumprindo a pena, entidades brasileiras reuniram-se para definir um projeto de Lei, bem como estratégias para a prevenção, assistência e enfrentamento da violência contra a mulher, que culminou no início das políticas públicas para as mulheres e a Lei Maria da Penha 11.340/2006. (JUS, 2016)

⁷ Discorreremos sobre a Lei Maria da Penha, a seguir, no item 2.1.

2.1. O ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO BRASIL

Nos últimos 18 anos, aumentou significativamente a preocupação do Governo Federal a respeito da violência contra a mulher, seguindo a tendência do movimento mundial em temáticas a esse respeito. Sobretudo, a partir das discussões sobre gênero, foi desenvolvida uma nova Secretaria especialmente para tratar de Políticas Públicas para Mulheres, no mesmo ano em que surgia a “Política Nacional de Humanização” (PNH, 2003) no SUS.

Em 2003, por meio da lei nº 10.683, foi criada a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, com a competência de assessorar direta e imediatamente o Presidente da República na formulação, coordenação e articulação de políticas para as mulheres; bem como de elaborar e implementar campanhas educativas e não-discriminatórias de caráter nacional; de elaborar o planejamento de gênero que contribua na ação do governo federal e demais esferas de governo, com vistas na promoção da igualdade; de articular, promover e executar programas de cooperação com organismos nacionais e internacionais, públicos e privados, voltados à implementação de políticas para as mulheres; de promover o acompanhamento da implementação de legislação de ação afirmativa e definição de ações públicas que visem ao cumprimento dos acordos, convenções e planos de ação assinados pelo Brasil, nos aspectos relativos à igualdade entre mulheres e homens e de combate à discriminação. (Brasil, 2006, p. 7)

A partir da criação dessa Secretaria, também com o objetivo de pensar o enfrentamento à violência contra a mulher como um serviço em rede, abre-se uma nova perspectiva de trabalho com o objetivo de acolher as mulheres em situação de violência, oferecendo atendimento multidisciplinar, desde a prevenção e o combate da violência, até os serviços especializados. Chega, nesse primeiro momento pós surgimento da secretaria especial, a criação do Plano Nacional de Políticas para Mulheres (2003), que tem como uma das suas metas, para além dos direitos da

mulher, o desenvolvimento de estratégias para o enfrentamento à violência contra a mulher, surgindo então, a Rede de Enfrentamento.

A Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres desenvolveu, em parceria com o movimento feminista, de mulheres e demais movimentos sociais, o Plano Nacional de Políticas para Mulheres, e vem apoiando ações de prevenção e combate à violência contra as mulheres, bem como de atendimento às mulheres em situação de violência, fornecendo apoio técnico e financeiro a projetos educativos e culturais de prevenção, a serviços especializados no atendimento, promovendo ou apoiando eventos de capacitação de pessoas atuantes na prevenção e atendimento, articulando e promovendo a participação dos poderes públicos para a constituição das redes de cidadania envolvendo, principalmente, os serviços de assistência social, saúde, educação, segurança, trabalho, justiça e habitação, com fins de ampliar o efetivo acesso de mulheres às políticas públicas setoriais e aos serviços de Justiça e Segurança Pública. (Brasil, 2006, p. 10/11)

A Rede de Enfrentamento à violência contra a mulher, apresentada pela Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM), é um conceito de rede que dispõe de uma atuação articulada entre as instituições e serviços governamentais e não-governamentais, bem como da participação da comunidade, com o objetivo de prevenção, empoderamento das mulheres e esclarecimento de seus direitos humanos, responsabilização dos agressores e assistência qualificada às mulheres, contando portanto com a denominada “rede de atendimento”. (Brasil, 2017)

A rede de atendimento prioriza os serviços de assistência social, justiça, segurança pública e saúde, objetivando a “ampliação e à melhoria da qualidade do atendimento; à identificação e ao encaminhamento adequados das mulheres em situação de violência; e à integralidade e à humanização do atendimento.” (Brasil, 2017)

A Rede é composta por diversos serviços, de enfrentamento e atendimento, representados em grupos: “Serviços Especializados de Atendimento à Mulher”; “Serviços de Atendimento Geral”; “Órgãos de Informação”, “Orientação e Políticas Públicas”; “Serviços de Segurança, Justiça e Defesa Social”; “Grupos e Organizações da Sociedade Civil” e “Órgãos de Fiscalização de Atuação Funcional”. (Brasil, 2017)

Os “Serviços Especializados de Atendimento à Mulher” são os únicos caracterizados pela exclusividade do atendimento à mulheres, com equipes “que possuem expertise no tema”. Esse grupo especializado conta com a presença de diversos serviços em áreas distintas: “Postos/Núcleos/Seções de Atendimento à Mulher nas Delegacias Comuns”; “Serviços de Abrigamento”; “Serviços de Saúde Especializados para o Atendimento dos Casos de Violência Contra a Mulher”; “Promotorias Especializadas/Núcleos de Gênero do MP”; “Núcleos/Defensorias Especializados de Atendimento à Mulher”; “Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180)”; “Casa da Mulher Brasileira”; “Juizados Especiais”; “Delegacias Especializadas” e “Centros Especializados de Atendimento à Mulher em Situação de Violência” (CRAM). (Brasil, 2017)

É a partir dessa rede, e para compor os serviços especializados, que nascem os Centros de Referência de Atendimento à Mulher (CRAM)⁸, coincidindo com o ano da criação da Lei Maria da Penha, no momento em que era necessário o desenvolvimento de novos espaços especializados para o atendimento ao enfrentamento da violência contra a mulher. Assim surgem os CRAMs como forte equipamento da rede de atendimento, disponibilizando, entre outros, o serviço de atendimento psicológico. (Brasil, 2006)

Os Centros de Referência são estruturas essenciais do programa de prevenção e enfrentamento à violência contra a mulher, uma vez que visa promover a ruptura da situação de violência e a construção da cidadania por meio de ações globais e de atendimento interdisciplinar (psicológico, social, jurídico, de orientação e informação) à mulher em situação de violência. (Brasil, 2006, p.11)

A Lei Maria da Penha, Lei 11.340, apresenta papel fundamental do desenvolvimento da Rede e aponta dados muito significativos de sua eficácia. Sancionada em agosto de 2006, visa aumentar e enfatizar o rigor das punições para o crime de violência contra a mulher, consolidando “estruturas específicas, mediante as quais o aparelho policial e/ou jurídico pode ser mobilizado para proteger as vítimas e/ou punir os agressores” (Brasil – Waiselfisz, 2015, p.7). Diz que:

⁸ Discorreremos sobre o funcionamento dos Centros de Referência (CRAM), no item 2.1.2.

Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. (Brasil – Waiselfisz, 2015, p.7)

Em março de 2015, nove anos após a Lei Maria da Penha, foi sancionada a Lei do Feminicídio (Lei 13.104/2015), “classificando-o como crime hediondo e com agravantes quando acontece em situações específicas de vulnerabilidade” (Brasil – Waiselfisz, 2015, p.11). Essa lei favoreceu a quantificação do número e taxas de mulheres vítimas de homicídios no período de 1980 à 2013.

As estatísticas trazidas pelo “Mapa da Violência 2015” apontaram que, “entre 1980 e 2013 (...) morreu um total de 106.093 mulheres, vítimas de homicídio”, passando do número de “1.353 mulheres em 1980, para 4.762 em 2013, um aumento de 252%.” (Brasil – Waiselfisz, 2015, p.11)

Sobretudo, o estudo revela que o crescimento de maior impacto ocorreu antes da criação da Lei Maria da Penha (2006), confirmando sua eficácia no combate à violência contra a mulher. Os números comprovam que de 1980 à 2006, “no período anterior à Lei o crescimento do número de homicídios de mulheres foi de 7,6% ao ano”, enquanto que entre 2006 e 2013, “com a vigência da Lei, o crescimento do número desses homicídios cai para 2,6% ao ano”. (Brasil – Waiselfisz, 2015, p.11)

O relatório “AVALIANDO A EFETIVIDADE DA LEI MARIA DA PENHA”, realizado em 2015 pelo Instituto de Pesquisa Económica Aplicada (IPEA), com análise estatística para verificar o grau de efetividade da Lei, revela também efeitos de redução de homicídios, mas indica que ainda há muito trabalho a ser feito. Diz:

Os resultados mostraram unanimemente que a introdução da Lei Maria da Penha gerou efeitos estatisticamente significativos para fazer diminuir os homicídios de mulheres associados à questão de gênero. (Ipea, 2015, p.34-35)

Afirma ainda que:

Ao mesmo tempo que esses achados trazem notícias encorajadoras às políticas de contenção à violência doméstica, mostrando que as ações lideradas pela promulgação da Lei Maria da Penha estão na direção correta, as diferenças perceptíveis nos padrões de violência locais, assim como a dificuldade de se conseguir diminuições mais substanciais e duradouras na letalidade de mulheres, mostram que há ainda uma longa e cansativa estrada se trilhar. (Ipea, 2015, p.34-35)

A Lei Maria da Penha demonstra também sua eficácia ao revelar o aumento do número de denúncias de violência doméstica contra a mulher. Uma pesquisa feita recentemente pelo “DataSenado” apontou o aumento de 18% para 29%, no período de 2015 à 2017. Este é um dado relevante, principalmente em função de estatísticas anteriores que apontavam a frequência de 15% a 19% de média. (Agência Senado, 2017)

A pesquisa revela também que a diretora da Secretaria de Transparência do Senado, preocupa-se pelos números elevados, entretanto, anima-se pelo conhecimento sobre a Lei Maria da Penha revelado pelas mulheres entrevistadas, bem como a importância das mulheres estarem enfrentando o antigo silêncio, passando à denúncia.

Dados recentes revelam que as denúncias realizadas pelo “ligue 180 – Central de Atendimento à Mulher” no período dos meses de janeiro e fevereiro de 2019 chegaram próximas de 18 mil, apresentando um aumentaram em 36,85% em relação ao mesmo período do ano anterior. As denúncias nesse canal são geralmente referentes à “casos como cárcere privado, feminicídio, trabalho escravo, tráfico de mulheres e violências física, moral, obstétrica e sexual” (MMFDH, 2019).

Recentemente, em 13 de maio de 2019, foi aprovada a Lei n.13.827 com vigência imediata, alterando a Lei Maria da Penha e autorizando a “aplicação de medida protetiva de urgência”, podendo delegados e policiais, determinar o afastamento imediato do agressor, sem a necessidade da aprovação judicial. Essa medida cabe às mulheres em situação de risco de vida ou integridade física, que não precisarão a partir de agora, mais esperar as aproximadamente 48 horas para a decisão de um Juiz (JUS, 2019).

2.1.1. A REDE DE ENFRENTAMENTO E ATENDIMENTO

Os serviços de enfrentamento à violência contra a mulher no Brasil contam com uma “Rede de Atendimento” caracterizada como parte da “Rede de Enfrentamento”. A Política Nacional de Enfrentamento aponta o eixo da assistência, afirmando que:

(...) garantir o atendimento humanizado e qualificado às mulheres em situação de violência por meio da formação continuada de agentes públicos e comunitários; da criação de serviços especializados (Casas-Abrigo/Serviços de Abrigamento, Centros de Referência de Atendimento à Mulher, Serviços de Responsabilização e Educação do Agressor, Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, Defensorias da Mulher, Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher); e da constituição/fortalecimento da Rede de Atendimento (articulação dos governos – Federal, Estadual, Municipal, Distrital – e da sociedade civil para o estabelecimento de uma rede de parcerias para o enfrentamento da violência contra as mulheres, no sentido de garantir a integralidade do atendimento (SPM, 2007, p. 8).

Além da Rede de Atendimento, composto por serviços especializados e não especializados como os Centros de Referência (CRAM), Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), dos Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), casa abrigo, responsabilização e educação do agressor, Juizados e Defensorias, delegacias especializadas entre outros, a rede de enfrentamento conta com o serviço de muitos programas que vêm sendo desenvolvidos no Brasil, a partir de movimentos das Políticas Públicas, na tentativa do combate à violência contra a mulher.

Foram muitos programas, tais como: “Mulheres Donas da Própria Vida”; “Homens unidos pelo fim da violência”; “Maltrato zero”; “Campanha Institucional ligue 180”; “Ponto Final na Violência contra Mulheres e Meninas”; “Lá em casa quem manda é o respeito!”; “Quem Ama Abraça – Fazendo Escola”; “Mulher, Viver sem Violência”; “Fale Sem Medo”; “Compromisso e Atitude pela Lei Maria da Penha

– A lei é mais forte”; “Violência contra as Mulheres - Eu ligo”; entre outros. (Brasil, 2016)

Essas campanhas promovem ações tais como “estimular a comunidade a não tolerar a violência”; “realizar denúncias pelo 180 ou aplicativo de celular”; “unir e fortalecer esforços nos âmbitos municipal, estadual e federal para a aplicação correta da Lei Maria da Penha”; “fortalecimento do espaço escolar como campo privilegiado para a reflexão e a superação das diferentes formas de violência contra a mulher – simbólicas ou explícitas – presentes no cotidiano das crianças e jovens”; “disseminar informações sobre o tema e inspirar debates que levem a reflexões e ao desenvolvimento de políticas para o enfrentamento da violência contra a mulher”; “Punição ao agressor, mostrando que as mulheres não estão sozinhas e que os agressores são condenados socialmente e responsabilizados pelo crime”; “Organização e humanização do atendimento às vítimas de violência sexual”; “Implantação e Manutenção dos Centros de Atendimento às Mulheres nas regiões de fronteira seca”; “Campanhas continuadas de conscientização”; entre outras. (Brasil, 2016)

Também em 2010 foi criado pela Organização das Nações Unidas, o ONU MULHERES, “a Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e o Empoderamento das Mulheres”, visando o atendimento e acolhimento às necessidades das mulheres no mundo, com o objetivo de “eliminação da discriminação contra as mulheres e meninas”, “empoderamento das mulheres” e “realização da igualdade entre mulheres e homens como parceiros e beneficiários do desenvolvimento, direitos humanos, ação humanitária e paz e segurança”. (ONU MULHERES, 2016)

Em 2011, a Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, juntamente com a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), ratificou as estratégias da assistência como Políticas Públicas, inaugurada como Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, desde 2003 com a criação da SPM e ampliada em 2007 com o lançamento do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, desenvolvendo o manual “Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres”. Esse manual, tenta esclarecer o eixo da assistência/atendimento pertencentes à rede de enfrentamento, dizendo:

No eixo da assistência, a rede de atendimento às mulheres em situação de violência foi redimensionada, passando a compreender outros serviços que não somente os abrigos e as DEAMs, tais como: centros de referência da mulher, defensorias da mulher, promotorias da mulher ou núcleos de gênero nos Ministérios Públicos, juizados especializados de violência doméstica e familiar contra a mulher, Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180), entre outros. (Brasil, 2011, p.08)

Pensando na complexidade do problema “que perpassa diversas áreas, tais como: a saúde, a educação, a segurança pública, a assistência social, a justiça, a cultura, entre outros”, afirma que:

O conceito de rede de enfrentamento à violência contra as mulheres que a SPM define, diz respeito à atuação articulada entre as instituições/serviços governamentais, não-governamentais e a comunidade, visando ao desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção e de políticas que garantam o empoderamento das mulheres e seus direitos humanos, a responsabilização dos agressores e a assistência qualificada às mulheres em situação de violência. Já a rede de atendimento faz referência ao conjunto de ações e serviços de diferentes setores (em especial, da assistência social, da justiça, da segurança pública e da saúde), que visam à ampliação e à melhoria da qualidade do atendimento; à identificação e ao encaminhamento adequado das mulheres em situação de violência e à integralidade e humanização do atendimento. (Brasil, 2011, p.09)

Esse conceito de “Rede de enfrentamento” tem por objetivo, oferecer estratégias efetivas, ampliando seu alcance. Diz:

(...) a rede de enfrentamento tem por objetivos efetivar os quatro eixos previstos na Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres - combate, prevenção, assistência e garantia de direitos - e dar conta da complexidade do fenômeno da violência contra as mulheres. A fim de contemplar esses propósitos, a *rede de enfrentamento* é composta por: agentes governamentais e não-governamentais formuladores, fiscalizadores e executores de políticas voltadas para as mulheres (organismos de políticas para as mulheres, ONGs feministas, movimento de mulheres, conselhos dos direitos das mulheres, outros conselhos de controle social; núcleos de enfrentamento ao tráfico de mulheres, etc.); serviços/programas voltados para a responsabilização dos agressores; universidades;

órgãos federais, estaduais e municipais responsáveis pela garantia de direitos (habitação, educação, trabalho, seguridade social, cultura) e serviços especializados e não-especializados de atendimento às mulheres em situação de violência (*que compõem a rede de atendimento às mulheres em situação de violência*). (Brasil, 2011, p.15)

A rede de atendimento refere-se às ações e serviços que visam a ampliação e melhoria da qualidade da assistência. Afirma que:

(...) a *rede de atendimento* faz referência ao conjunto de ações e serviços de diferentes setores (em especial, da assistência social, da justiça, da segurança pública e da saúde), que visam à ampliação e à melhoria da qualidade do atendimento, à identificação e ao encaminhamento adequados das mulheres em situação de violência e à integralidade e à humanização do atendimento. Assim, é possível afirmar que a rede de atendimento às mulheres em situação de violência é parte da rede de enfrentamento à violência contra as mulheres, contemplando o eixo da “assistência” (Brasil, 2011, p.15)

Segundo o Manual da Rede de Enfrentamento, a rede é formada por quatro áreas principais (saúde, justiça, segurança pública e assistência social), combinada em duas categorias de serviço: Enfrentamento e Atendimento, representados no quadro “Principais Características da Rede de Enfrentamento e da Rede de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência”. (Brasil, 2011, p. 16)

Rede de Enfrentamento	Rede de Atendimento
Contempla todos os eixos da Política Nacional (combate, prevenção, assistência e garantia de direitos).	Refere-se somente ao eixo da Assistência /Atendimento
Inclui órgãos responsáveis pela gestão e controle social das políticas de gênero, além dos serviços de atendimento.	Restringe-se a serviços de atendimento (especializados e não-especializados).
É mais ampla que a rede de atendimento às mulheres em situação de violência.	Faz parte da rede de enfrentamento à violência contra as mulheres.

“Principais Características da Rede de Enfrentamento e da Rede de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência” (Brasil, 2011, p. 16)

Dentre os serviços especializados de atendimento, o CRAM (Centro de referência de atendimento à mulher), destaca-se como um equipamento fundamental de acolhimento e atendimento psicológico. Segundo as normas técnicas,

Os Centros de Referência são espaços de acolhimento/atendimento psicológico e social, orientação e encaminhamento jurídico à mulher em situação de violência, que devem proporcionar o atendimento e o acolhimento necessários à superação de situação de violência, contribuindo para o fortalecimento da mulher e o resgate de sua cidadania. (Brasil, 2011, p. 16)

Desde 2013, a ONU MULHERES prioriza a aplicação da Lei Maria da Penha no Brasil em parceria com o programa “Mulher, Viver sem Violência”, visando o aumento do “acesso de mulheres e meninas vítimas e sobreviventes da violência para a rede de prestadores de serviços em todo o país.” (ONU MULHERES, 2016)

A ONU MULHERES cria em 2014, o HeforShe (ElesPorElas), um movimento de “esforço global para envolver a população masculina na remoção de barreiras sociais e culturais que impedem mulheres de conquistar os espaços e atingir todo o seu potencial”, visando uma nova mentalidade na sociedade, “uma visão comum da igualdade entre os gêneros sem que haja atitudes e comportamentos machistas”, onde homens e mulheres busquem juntos a possibilidade de igualdade de gêneros. Adotando três princípios – Atenção, Argumentação e Ação – esse movimento aposta na participação de “meninos e homens como parceiros dos direitos das mulheres e detentores de necessidades advindas desse equilíbrio” para que possam juntos com a mulheres obter a igualdade. (USP MULHERES)

Na “Atenção”, a educação e conscientização; momento de “identificação e sensibilização com as questões da igualdade de gênero”; na “argumentação”, referindo às políticas ao envolverem a população masculina no apoio de planejamentos da ONU Mulheres; e na “ação”, “à implementação de diretrizes abrangentes que promovem uma mobilização social conjunta – envolvendo não só indivíduos, mas também órgãos institucionais – na causa da igualdade entre os gêneros”. (USP MULHERES)

No ano de 2016, foi criado na Universidade de São Paulo, o USP MULHERES, como parte do programa “ElesPorElas - (HeForShe)”, organizado pela

ONU, com o “projeto-piloto Impacto 10x10x10, que visa atingir 10 países, 10 empresas e 10 universidades”, com o comprometimento de “gerar impacto efetivo nos referidos três setores para expandir socialmente o combate à desigualdade de gênero e à violência”. (USP MULHERES)

No que tange aos governos, deve-se “assumir as ações e se tornarem modelos para a comunidade política mundial”, bem como “articular publicamente as ideias da campanha HeForShe com suas ações governamentais, para que o alcance da igualdade de gênero e do combate à violência contra a mulher seja expandido a nível nacional, e disseminado pelo território através de políticas públicas”. (USP MULHERES)

Na esfera das empresas, comprometem-se a apoiar os “Princípios de Empoderamento das Mulheres (WEPS- Women’s Empowerment Principles), que consiste em um conjunto de princípios corporativos que fornecem diretrizes sobre a promoção da capacitação de mulheres no mercado e no local de trabalho”. Também as empresas, devem implicar-se em “promover atividades dentro de suas companhias que envolvam os funcionários”, fortalecendo posturas e práticas éticas de acordo com a política do HeForShe, “reforçando comportamentos dos homens enquanto parceiros da Campanha pelo fim da desigualdade de gênero”. (USP MULHERES)

Por fim, no que diz respeito às universidades, trazem como tema prioritário a “Erradicando a violência contra as mulheres nos campi universitários”, oferecendo “estrutura ampla para a sensibilização relacionada à igualdade entre os gêneros, com foco principal no combate à violência contra a mulher nos campi”. Para isso, devem oferecer “ambientes de aprendizagem seguros, nos quais haja discussão sobre questões de desigualdade entre os gêneros”, bem como a proposta de “inspirar e difundir as ideias do Movimento em outras novas Universidades pelo mundo”. (USP MULHERES)

Através dessa mudança social, as Universidades 10x10x10 devem destacar o valor que têm a igualdade de gênero e a segurança de suas alunas e alunos dentro dos campi, que serão divulgadas como um novo padrão a ser seguido pelas demais Universidades espalhadas pelo globo. Nessa perspectiva, a mobilização da juventude deve ser valorizada e vista como uma importante forma de acelerar o processo de superar a desigualdade de gênero. Por isso

que a inclusão de tais Universidades no programa Impacto 10x10x10 visa explorar esse potencial e contribuir para o movimento, também acelerando o combate à violência de gênero nos campi universitários. (USP MULHERES, s/p.)

A USP, única universidade latino-americana escolhida para compor o programa, criou o escritório USP MULHERES tendo como tema principal o enfrentamento à violência contra a mulher. O escritório USP MULHERES tem o objetivo de implantar projetos que visem a igualdade de gêneros e empoderamento de mulheres, trabalhando em rede e em conjunto com o corpo universitário, “com o auxílio dos grupos e coletivos estudantis e de docentes. (USP MULHERES)

O USP MULHERES conta com uma rede de atendimento na capital e algumas cidades no interior do Estado de São Paulo, oferecendo serviço multidisciplinar (jurídico, saúde, social, psicológico, etc.), bem como atendimento no próprio Campus, nas cidades onde este se faz presente.

Também no ano de 2016, ao completar 10 anos da Lei Maria da Penha, o “Ministério da Justiça e da Cidadania”, juntamente com a “Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres” empenharam-se no desenvolvimento do combate contra a violência. No dia 31 de maio de 2016, “o governo federal criou um núcleo de combate à violência contra a mulher, vinculado ao Ministério da Justiça e Cidadania.” (Brasil, 2016).

Esse novo núcleo, uma parceria entre “Secretaria Nacional de Segurança Pública”, “Secretaria Nacional de Direitos Humanos” e “Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres”, “além de três representantes das secretarias de Segurança Pública dos Estados, indicados pelo colégio de secretários” (Brasil, 2016), propõe algumas novas ações, especialmente voltadas à violência doméstica, dando continuidade aos programas já em andamento no país.

O núcleo pretendeu criar um departamento na Polícia Federal com o objetivo de fortalecer o patrulhamento e investigações em áreas onde são registrados maior índice de violência de gênero. A proposta seria uma parceria da união com os estados, a fim de mapear os casos de violência doméstica, crimes sexuais e homicídios, para o aumento do policiamento nessas regiões.

Este é um projeto, agora de alcance nacional, que já estava em processo de pesquisa pelo governo do estado de São Paulo, onde as investigações apontaram dados importantes. Segundo Moraes (Brasil 2016), os índices de criminalidade coincidem com a localização da violência doméstica, razão pela qual é fundamental o mapeamento das regiões mais afetadas.

De acordo com a proposta Federal,

Um protocolo único de atendimento a vítimas desse tipo de violência também será estabelecido em todo o País, já que nem todos os municípios possuem delegacias especiais de atendimento à mulher. Com o protocolo, elas deverão ser atendidas de maneira adequada em todas as delegacias, recebendo encaminhamento para médicos, psicólogos e assistência social, quando necessário. (Brasil, 2016)

Nos últimos anos, algumas transformações vêm ocorrendo em função de mudanças na política de um modo geral, com a alternância dos representantes do governo federal. Em maio de 2016, com o afastamento temporário da então presidente da república Dilma Rousseff, assume a chefia o vice presidente Michel Temer. Pouco tempo depois, Michel Temer assume a presidência da república em caráter definitivo. Um ano e meio após dessa mudança, ao final do mandato de quatro anos do governo Dilma Rousseff / Michel Temer, e como resultado das eleições de 2018, a presidência da república é assumida no início de 2019 pelo atual presidente Jair Bolsonaro.

Essas diversas alterações, respingaram nas políticas públicas para as mulheres e a Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM) passa a pertencer temporariamente ao Ministério da Justiça e Ministério dos Direitos Humanos no governo Michel Temer, até ser transferida em definitivo para o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH) no atual governo Jair Bolsonaro, gerando bastante inquietação nos equipamentos vinculados à essa secretaria e preocupação da ONU-MULHERES em relação às políticas públicas para as mulheres no Brasil. (ONU, 2017)

Atualmente vinculada ao Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, a Secretaria Nacional de Políticas para Mulheres (SNPM), “dispõe de três

diretorias, voltadas para as áreas de enfrentamento à violência, relações de trabalho, maternidade, saúde da mulher, espaços de poder e decisão, entre outras”, presidindo também o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) que tem como um dos principais objetivos, “apoiar a Secretaria Nacional de Políticas para Mulheres (SNPM) em suas articulações com diversas instituições da Administração Pública Federal e com a sociedade civil”. Sobretudo, a SNPM vêm mantendo o funcionamento dos equipamentos de enfrentamento à violência contra a mulher, bem como se esforçando na continuidade do desenvolvimento dos projetos de combate à violência contra a mulher, “priorizando as medidas e programas de enfrentamento à violência contra a mulher” (MMFDH, 2019).

Desde então, muitos projetos continuam surgindo a partir de iniciativas federais, estaduais e municipais para o enfrentamento à violência contra a mulher, como “Marias na Construção”, um programa municipal da região de Salvador que oferece capacitação relacionadas à construção civil, visando a autonomia econômica das mulheres; “Eu Respeito as Muié”, seguindo o lema do “#EuRespeitoAsMulheres”, campanha de ação educativa durante as festas de São João na região de Goiânia, estimulando o respeito às mulheres e propondo um processo de mudança comportamental, “Abraça o Marajó”, um projeto para articular múltiplos agentes públicos “em prol do enfrentamento à violência contra a mulher, além do combate à exploração sexual de crianças e adolescentes, com foco no desenvolvimento econômico e social da região”; entre outros.

No ano de 2017, as Políticas Públicas na região Sul do estado da Bahia, especialmente na região de Ilhéus e Itabuna, seguindo a tendência nacional, vêm organizando encontros a respeito da temática da violência contra a mulher em parceria com a Universidade Estadual Santa Cruz (UESC), as Delegacias de atendimento à mulheres (DEAM) e o Centro de Referência de atendimento à mulher (CRAM), com a proposta de palestras educativas para a população, capacitação para profissionais atuantes na área e “Ronda Policial” auxiliando no mapeamento da violência doméstica.

Em março de 2019, o Governo do Estado de São Paulo lançou o “SOS MULHERES”, um aplicativo para celulares que garante às mulheres com medidas protetivas concedidas pelo Tribunal de Justiça de São Paulo (TJPS), o pedido de socorro em momentos em que estiverem em situação de risco. Com o acionamento

do botão “peça socorro”, é gerada uma ocorrência que priorizará o atendimento e uma viatura da Polícia Militar é imediatamente direcionada para o local da ocorrência por meio de coordenadas geográficas do aparelho utilizado para o acionamento do botão de socorro (GOVERNO DE SÃO PAULO, 2019).

No último mês de junho, o MMFDH, juntamente com a SNPM reuniu a iniciativa privada na área da beleza, no projeto #SalveUmaMulher com o propósito de incentivar ações de enfrentamento à violência contra a mulher e valorizando “o poder da rede de acolhimento no incentivo da denúncia e interrupção do ciclo da violência, que leva ao feminicídio” (MMFDH, 2019).

No mesmo mês, a SNPM reuniu-se com o Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios (TJDFT) para a discussão da ampliação do projeto “Maria da Penha vai à escola” para todo o território nacional. Segundo a secretária da SNPM:

Entendemos que a educação é a chave para as mudanças comportamentais, que tanto precisamos. Neste sentido, assumimos o compromisso de articular a expansão do projeto ‘Maria da Penha vai à escola’, considerando o potencial de transformação cultural e a necessidade urgente de fazer políticas públicas que garantam um futuro diferente para a nossa sociedade” (MMFDH, 2019, s/p).

O projeto “Maria da Penha vai à escola”, é desenvolvido no Distrito Federal desde 2014, capacitando profissionais na área da educação, com o objetivo de expandir a discussão sobre violência doméstica nas escolas.

O “Maria da Penha vai à escola” atua na capacitação de profissionais da área de educação, no que se refere à Lei Maria da Penha e à prevenção da violência. A ideia central do projeto é formar multiplicadores, que possam abordar o tema nas escolas de ensino fundamental e médio. O projeto conta com palestras de sensibilização e curso básico de 60 horas, com conteúdo presencial e a distância. O projeto acontece desde 2014 no Distrito Federal. O trabalho, conduzido pelo TJDFT, é desenvolvido em parceria com o Ministério Público do Distrito Federal, secretarias do Governo do Distrito Federal (GDF), Defensoria Pública do Distrito Federal, Ordem dos Advogados do Brasil Seccional Distrito Federal (OAB/DF), Universidade de Brasília (UnB), Centro Universitário de Brasília (UniCEUB), Polícias Civil e Militar do Distrito Federal. (MMFDH, 2019, s/p).

De acordo com a atual secretaria da SNPM, a advogada Cristiane Britto, em reunião ocorrida no mês de maio de 2019, visando a ampliação do “diálogo entre Governo e instituições voltadas à pauta das mulheres” na primeira edição do Projeto de Gestão Participativa, o cenário atual no Brasil apresenta cerca de “quase cinco mil assassinatos de mulheres por ano e mais de 221 mil casos de violência doméstica” (MMFDH, 2019).

O governo brasileiro vem se preocupando também com mulheres que vivem em situação de violência em países estrangeiros. Recentemente, a Ministra da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, visitou o Espaço da Mulher Brasileira (Emub), localizado no Consulado-Geral do Brasil em Boston, nos Estados Unidos. Este foi criado em 2017 para acolher mulheres brasileiras vivendo em situação de violência – inicialmente em Boston pela alta população de brasileiros na região – mas com a ideia de ampliar seu alcance. (MMFDH, 2019).

Desse modo, em função do cenário atual da violência contra a mulher no Brasil e no mundo, é preciso pensarmos em Políticas Públicas ao enfrentamento da violência, de modo cada vez mais amplo e profícuo, incentivando e promovendo o desenvolvimento de estratégias no seu combate. Falemos também, a seguir, dos Centros de Referência (CRAM), um importante equipamento público nos serviços especializados no Brasil e fundamental no acolhimento e atendimento psicológico.

2.1.2. OS CENTROS DE REFERÊNCIA DE ATENDIMENTO À MULHER (CRAM)

Os CRAMs, equipamento da rede de atendimento, contam com uma estrutura padronizada em todo território nacional, a partir das “Normas Técnicas de Uniformização” (Brasil, 2006) e vêm sendo implantado em várias cidades do país, na medida do possível, atendendo demandas regionais.

O protocolo é construído:

em busca de monitoramento e de subsídios constante para a manutenção e reformulação das políticas públicas de atendimento à mulher, faz-se necessário a elaboração de norma técnica que estabeleça, em âmbito nacional, diretrizes, atribuições e padrões gerais de funcionamento desse equipamento da Rede de Atendimento. (Brasil, 2006, p.14)

Essa estrutura uniformizada, com o desafio de consolidar a política de enfrentamento, conta com “**Aconselhamento em momentos de crise**” (a partir do momento da experiência da violência); “**Atendimento psicossocial**” (propondo a promoção da autoestima das mulheres e auxílio na busca por mecanismos de proteção à mulheres em situação de risco); “**Aconselhamento e acompanhamento jurídico**” (preparando as mulheres nos procedimentos com a lei); “**Atividades de prevenção**” (sensibilização por meio de palestras, oficinas, etc., momento onde “o sigilo e a privacidade devem ser assegurados sempre”); “**Qualificação de profissionais**”; “**Articulação da rede de atendimento local**” (promovendo equipamentos e serviços em rede, favorecendo o atendimento qualificado e humanizado); e “**Levantamento de dados locais sobre a situação da violência contra a mulher**”, além de “**discussão de casos em equipe**” e “**atenção à gestão e avaliação**”. (Brasil, 2006, p.11-13)

Contando com essa estrutura, os CRAMs apresentam um fluxograma de atendimento, de modo que:

O objetivo primário da intervenção é cessar a situação de violência vivenciada pela mulher atendida sem ferir o seu direito à autodeterminação, mas promovendo meios para que ela fortaleça sua autoestima e tome decisões relativas à situação de violência por ela vivenciada. Ressalta-se que o foco da intervenção do Centro de Referência deve ser o de prevenir futuros atos de agressão e de promover a interrupção do ciclo de violência. (Brasil, 2006, p.16)

Fluxograma do atendimento (Brasil, 2006, p.39)

Os CRAMs, considerados como a “porta de entrada especializada para atender a mulher em situação de risco na rede de atendimento”, (Brasil, 2006, p.28) trata-se de um serviço de abordagem multidisciplinar, com intervenções formuladas de modo singular, atendendo as demandas específicas de cada mulher atendida, conforme a Política Nacional de Humanização. Assim,

Oferecem orientações gerais, bem como atendimento psicológico, social e jurídico à mulher vítima de violência sexual, física e psicológica, esporádica ou de repetição, ocorrida no contexto de nenhuma relação (cometida por desconhecidos), de relações de afeto e confiança e/ou de trabalho. (Brasil, 2006, p.28)

A estrutura de Recursos Humanos do CRAM conta com Coordenador(a), Secretário(a), Assistente Social, Psicólogo(a), Advogado(a), Educador(a), Ajudante-

geral e Segurança (Brasil, 2006, p.31), onde a metodologia de funcionamento oferece o atendimento realizado em quatro fases distintas: “**Acolhimento e Informações Gerais**”; “**Orientação à mulher em situação de violência – Diagnóstico Inicial e Encaminhamento**”; “**Diagnóstico Aprofundado e Atendimento**”; “**Monitoramento do Atendimento e Encerramento do Atendimento**” (Brasil, 2006, p.33-37)

Na terceira fase do processo (“**Diagnóstico Aprofundado e Atendimento**”) é ofertado o atendimento Social e Jurídico, bem como Psicológico e Arte-terapia, com o objetivo de auxiliar as mulheres em relação às leis e promoção da autoestima. Segundo as diretrizes, os atendimentos tem por objetivo:

promover o resgate da autoestima da mulher e a resiliência da mulher atendida, de forma a tratar possíveis sintomas de depressão e ansiedade crônica; promover paradigmas que possibilitem à mulher em situação de violência internalizar o conceito de que a violência é inaceitável e insustentável em qualquer tipo de relacionamento, por mais que possa ser frequente no padrão do tecido social em que ela está inserida; facilitar à mulher atendida a aquisição de técnicas de contra-controle que lhe forneça instrumentos para assumir o controle da situação, saindo do papel de vítima passiva da violência doméstica e no trabalho (Brasil, 2006, p.37)

No que diz respeito ao atendimento psicológico, as diretrizes apontam para a seguinte situação:

O(a) técnico(a) responsável pelo atendimento psicológico poderá, após a elaboração do diagnóstico aprofundado, encaminhar a mulher em situação de violência ao atendimento de arte-terapia, caso julgue adequado, indicando ainda se o atendimento deverá ser individualizado ou em grupo.(...) Técnicas de relaxamento e controle do estresse, de resolução de conflitos e de assertividade devem integrar o atendimento psicológico, (...) com o objetivo de resgatar o potencial criativo da mulher em situação de violência, ativando núcleos saudáveis de sua psique e estimulando movimentos de autonomia e transformação (...) facilitando a ampliação da consciência e do autoconhecimento, favorecendo e possibilitando mudanças. (Brasil, 2006, p.37-38)

Cabe aqui, ressaltarmos a existência do “ciclo da violência” mencionado pelas Políticas Públicas, assinalado como um modo frequente de manifestação da violência entre casais, e tratado a partir da tentativa de ampliação da consciência e do autoconhecimento para favorecer e possibilitar mudanças.

O “ciclo da violência” mencionado pelas Políticas Públicas, apontado como uma maneira bastante comum de manifestação da violência entre casais, foi fundamentado com base em um antigo conceito (cycle of violence) de Leonore Walker (1979), em seu estudo “The battered woman”⁹ e descrito em três fases. O casal vivendo em situação de violência, presentifica esse ciclo passando por três momentos diferentes e subsequentes, no qual o homem age como agressor e a mulher submete-se às agressões, reiniciando o circuito ao final de cada volta, caracterizando um ciclo repetitivo da violência (Brasil, 2015). Diz que:

Ele começa com a fase de tensão, em que as raivas, insultos e ameaças vão se acumulando. Em seguida, vem a fase da agressão, com o descontrole e uma violenta explosão de toda a tensão acumulada. Depois, chega a fase de fazer as pazes (ou da “lua de mel”), em que ele pede perdão e promete mudar de comportamento, ou então finge que nada aconteceu, mas fica mais calmo e carinhoso e a mulher acredita que aquilo não vai mais acontecer. Esse ciclo costuma se repetir, com episódios de violência cada vez mais graves e intervalo menor entre as fases. (Brasil, 2015, p.14-15)

As Políticas Públicas preconizam ainda que:

Não se deve julgar a mulher que permanece em uma relação violenta, mas procurar entendê-la e ajudá-la a sair dessa situação. (Brasil, 2015, p.15)

Entretanto, esse ciclo permanece presente com certa constância, evidenciando a dificuldade das mulheres em mudarem o seu padrão de comportamento e saírem dessa situação violenta e, sendo assim, a importância do melhor entendimento da dinâmica das relações violentas e da compreensão do ciclo da violência para cada mulher, em sua singularidade.

⁹ “As mulheres Agredidas”.

Deste modo, voltamos a nos questionar: Como pensar os encaminhamentos nos Centros de Referência? Como pensar a assistência psicológica nos CRAMs? Por quê apenas a presença da psicologia psicossocial e arte-terapia, deixando de fora a psicologia clínica como possibilidade de tratamento do sofrimento psíquico para além do fenômeno da violência? Por quê seguir a lógica da rede da assistência social (SUAS) excluindo a lógica da atenção saúde (SUS)? Por quê privar essas mulheres do acesso à psicologia clínica e uma possível promoção e tratamento da saúde mental?

Ao refletirmos sobre essa realidade da violência contra a mulher, visando especialmente o problema do “ciclo da violência” e analisando o serviço de psicologia oferecido nos Centros de Referência, acreditamos que os serviços de atenção psicológica devam ser repensados, de modo a ampliar o entendimento do funcionamento psíquico de cada mulher usuária do serviço público, a fim de proporcionar uma escuta clínica e o tratamento do sofrimento psíquico.

De todas as errôneas e supersticiosas crenças da humanidade que foram supostamente superadas não existe uma só cujos resíduos não perturbem hoje entre nós, nos estratos inferiores dos povos civilizados ou mesmo dos mais elevados estratos da sociedade cultural. O que um dia veio a vida, aferra-se tenazmente à existência. Fica-se às vezes inclinado a duvidar se os dragões dos dias primevos estão realmente extintos.

FREUD – Análise terminável e Interminável

3. OS LIMITES E ALCANCES DO ATENDIMENTO PSICOLÓGICO NA REDE: A TENTATIVA DE AVANÇO NOS EQUIPAMENTOS DE ASSISTÊNCIA À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Nesse momento da discussão, a partir da prática do psicólogo clínico, propomos a reflexão a respeito do serviço de psicologia existente e a tentativa de possíveis estratégias para o avanço da atuação do psicólogo nos serviços de enfrentamento e atendimento à violência contra a mulher.

Importante lembrarmos, todo o tempo, dos limites que enfrentamos e teremos que enfrentar. Contudo, visando os alcances possíveis na rede, tanto na atuação dos psicanalistas, como dos psicólogos, assistentes sociais, profissionais da saúde, da justiça e demais atores que possam se envolver na luta pelo enfrentamento da violência contra a mulher, apontamos, já de início, a importância do trabalho transdisciplinar.

Discutiremos aqui, a psicologia e sua história no campo da clínica, para pensarmos a responsabilização dos profissionais “psi” na rede, bem como os programas de assistência à violência contra a mulher.

3.1 – A PSICOLOGIA E SUA HISTÓRIA NO CAMPO DA CLÍNICA

Benevides, em mesa redonda que tratou da questão da psicologia no SUS no V Fórum Social Mundial, organizado pelo Conselho Regional de Psicologia em Porto Alegre no ano de 2005, já discutia a atuação do psicólogo nas políticas públicas, discorrendo sobre as estratégias e esferas de ação, seus limites e alcances, apontando interfaces possíveis no trabalho interdisciplinar.

Lamentava, num primeiro momento, o processo de despolitização atravessado pela psicologia ao longo de sua história, onde o sujeito foi tomado como centro e em dicotomia com o social. Mais que isso, as consequências na história da psicologia, sofrida até os dias atuais, mantendo-se em registros separados – o sujeito (indivíduo) e o social (coletivo), comprometendo assim o envolvimento da psicologia com as políticas públicas.

Compartilhando com a autora, defendemos também o equívoco vivido ao considerarmos o lugar da psicologia como algo da ordem do individual, enquanto a posição da política como da ordem do social, do coletivo. Expliquemo-nos.

Desde o momento em que a psicologia se insere no contexto da saúde pública, já deveríamos entender que atuamos num contexto político, e não poderíamos isentar-nos desse posicionamento. Tão evidente quanto essa questão, deveríamos considerar, sobretudo, a psicologia como a possibilidade de intervir em processos de subjetividade – subjetividade essa que sempre é constituída no laço social, portanto política.

Isso nos conduz à outra discussão importante da qual precisaremos abordar: a equivocada separação entre clínica e social.

De acordo com Moretto (2019), essa cisão entre Psicologia Clínica e Psicologia Social, “deve ser tomada com reservas, posto que o desafio que se encontra no campo da saúde não nos permite tal dicotomia, na medida em que o indivíduo jamais se apresenta fora do laço social que o constitui e as manifestações coletivas não apagam os indivíduos” (p. 36). Diz que:

vale lembrar que a formação que habilita o psicólogo clínico a lidar com o sofrimento individual não implica subtrair dele a condição de lidar com o sofrimento de vários, nem faz, necessariamente, do psicólogo clínico, um profissional menos comprometido com as políticas públicas e menos comprometido com a realidade social dos usuários do Sistema. (MORETTO, 2019, p.42)

Segundo os apontamentos de Benevides (2005), a partir do momento em que a Psicologia se funda nessa dicotomia na qual o individual separa-se do social, temos outros problemas na prática da psicologia que afasta a clínica da política, assim separando a clínica da saúde coletiva – onde o cuidado com a saúde das

peçoas se separou do cuidado com a saúde das populações – uma questão ético-política.

Retomemos então a nossa aposta na necessidade da psicologia clínica também nos equipamentos de atendimento à violência contra a mulher. A psicologia clínica se apresenta (diferentemente da maneira como muitos pensamentos equivocados a entendem) de modo a sempre incluir o mundo em que vivemos, nossas relações interpessoais, nossa constituição no laço social, no contexto sócio-histórico de uma época, entre outros. Deste modo, jamais sustentando essa separação individual/coletivo, clínica/política. Nas palavras de Benevides (2005):

O que queremos dizer é que definir a clínica em sua relação com os processos de produção de subjetividade implica, necessariamente, que nos arrisquemos numa experiência de crítica/análise das formas instituídas, o que nos compromete politicamente. (p. 23)

De acordo com a autora, podemos nos sustentar em alguns princípios éticos para o debate com as instituições de saúde, nos quais a contribuição da Psicologia pode se apresentar precisamente na intersecção do exercício dessas três diretrizes – inseparabilidade; autonomia e co-responsabilidade; transversalidade – com as diretrizes do SUS.

O princípio da inseparabilidade, no qual a psicologia como “campo de saber voltado para os estudos da subjetividade (...) como processo coletivo de produção” (p.23), caracterizando como impossível de separação “a clínica da política, o individual do social, o singular do coletivo; os modos de cuidar dos modos de gerir; a macro e a micropolítica” (p.23), experiência coletiva como geradora dos processos singulares e vice-versa. O princípio da autonomia e da co-responsabilidade, no qual não há como pensar a prática psicológica desvinculada do mundo e das condições de vida presentes, na promoção de sujeitos protagonistas e co-responsáveis por suas vidas, onde “a interface da Psicologia com o SUS se dá pela certeza de que o processo de inventar-se é imediatamente invenção de mundo e vice-versa” (p.23). Por fim, o princípio da transversalidade no qual a psicologia se caracteriza como qualquer outro campo do saber, impedido da possibilidade de uma explicação e

solução por si só, demandando uma relação de intersecção com outros saberes e disciplinas. “É no entre os saberes que a invenção acontece, é no limite de seus poderes que os saberes têm o que contribuir para um outro mundo possível, para uma outra saúde possível.” (BENEVIDES, 2005, p.23)

Segundo Moreira, Romagnoli e Neves (2007), no texto que trata da clínica psicológica para pensar o percurso “da prática curativa aos dispositivos de promoção de saúde”, também podemos perceber limites na prática do psicólogo pela dificuldade do profissional em evitar a cisão entre clínica e social, bem como clínica e política.

As autoras apontam características da clínica psicológica, diferenciando-a do saber médico, evidenciando que enquanto a clínica médica avança em complexa tecnologia e métodos aprimorados para um diagnóstico cada vez mais certo na direção da cura orgânica, a clínica psicológica enfatiza a subjetividade, o sofrimento, propondo intervenções psicoterápicas ou analíticas, na perspectiva de tratar o cliente como sujeito de sua história de adoecimento, diferentemente de um corpo doente.

De acordo com Moreira, Romagnoli e Neves (2007), a psicologia surge influenciada pela mudança nos modos de vida, que levaram os sujeitos ao individualismo e isolamento, desde o crescimento da produção industrial e a tendência pela vida urbana. A partir desse momento, o sujeito moderno passa a exercer sua individualidade. Por outro lado, a Psicologia surge no momento em que a burguesia detém os poderes políticos, econômico e social, colocando a prática clínica num contexto descomprometido do social.

Nesse primeiro momento da psicologia, a clínica individual foi supervalorizada (e devemos reconhecer sua importância não apenas na contribuição para o desenvolvimento da própria psicologia, mas em suas especificidades de relevância incontestável), mas com o passar do tempo e com as dificuldades sociais e econômicas, a ciência Psicologia viu-se frente a necessidade de mudanças e adaptações aos novos contextos, tornando-se mais crítica e engajada socialmente. (Moreira, Romagnoli e Neves, 2007)

Logicamente, isso não fica sem consequências. Ainda hoje enfrentamos grandes obstáculos na desconstrução desse paradigma “psicologia clínica x

psicologia social”. Contudo, é preciso atenção para essa separação que, ao nosso ver, apresenta-se de modo bastante prejudicial às práticas psicológicas.

A Psicologia, ou melhor, as psicologias, devem encontrar seu compromisso social, pois o eu não se constitui sem o outro, ou seja, não há individualismo que se sustente na ausência do social. Se o paradigma moderno é o da consciência que propicia o individualismo, o paradigma contemporâneo é o da linguagem que pressupõe o encontro intersubjetivo. (Moreira, Romagnoli e Neves, 2007, p.616)

Apontando a ampliação da inserção da psicologia em diferentes locais de atuação, para além dos consultórios, escolas e empresas (sistema judiciário, hospitais, penitenciárias, sistemas de saúde pública, entre outros), as autora discorrem sobre as novas modalidades de clínica, na direção da promoção de saúde, para além da conhecida psicoterapia, nomeando-as de “clínica social”.

De acordo com Figueiredo (1996), a clínica psicológica não diz respeito exclusivamente ao consultório, é caracterizada pela qualidade da escuta que é oferecida e pela postura do clínico frente ao sujeito, independente do local em que é realizada. Desse modo, podemos pensar a clínica no âmbito público ou privado, bem como individual ou em grupo, desde que amparada por uma ética que sustente a postura do profissional e sua escuta clínica.

Estamos, na clínica, “em contato com modos de subjetivação que buscam, de alguma maneira, criar alternativas de retificação (...) o fazer clínico é, também, um fazer político, uma vez que ele é transformador” e opera mudanças; “a clínica como possibilidade de produção, e não somente de reprodução”. (Moreira, Romagnoli e Neves, 2007, p.617)

Nesse espaço, vamos nos deparar com modos de produção, de subjetivação e de construção, formas de se criar a si mesmo e o mundo, que também incidem no espaço social. Nesse contexto, é necessário que os profissionais que atuam nessa área reflitam acerca dos desdobramentos de suas práticas no campo social. (p.617)

As autoras mencionam que, mesmo a psicologia estando presente no campo do social desde a década de 70, essa não contemplava a ética da clínica psicológica em função da clínica ser, equivocadamente, considerada como apolítica e centrada do indivíduo, mantendo a divergência entre clínica e política. Entretanto, defendem que apesar da clínica enfatizar a subjetividade em sua singularidade, devemos considerar que um sujeito é fruto do social e do coletivo, bem como intervém também, mesmo que individualmente, na dinâmica grupal. Afirmam que:

Na verdade, a Psicologia se dedica à subjetividade em suas mais variadas aparições, mas devemos pensar não somente no sujeito individual, pois este sempre é fruto de um encontro social. Para tal, é preciso tomar a clínica como plano de produção do coletivo, como sustentação da alteridade: clínica social. (Moreira, Romagnoli e Neves, 2007, p.617)

Nessa direção, o psicólogo clínico na instituição, deve atuar também no campo das decisões como membro de qualquer equipe, promovendo questionamentos e discussões, apontando os pontos onde a desvalorização da singularidade e apagamento da subjetividade dos sujeitos aparecem na dinâmica dos serviços, facilitando a interlocução construtiva entre os diferentes saberes presentes na equipe (MORETTO, 2018).

Deste modo, a clínica social refere-se aos novos campos de atuação ocupados pelos psicólogos clínicos nos espaços coletivos. Um lugar qualquer de escuta clínica (não apenas às camadas mais pobres da população), “que insiste em combater a massificação, cada vez mais presente”; um lugar qualquer de escuta clínica que pretenda “buscar cada vez mais a invenção, na singularidade de cada cliente”, na potencialização dos sujeitos, independente da vertente teórica escolhida pelo profissional de psicologia. (Moreira, Romagnoli e Neves, 2007, p.619)

3.2 – A PSICANÁLISE E SUA CONTRIBUIÇÃO NO CAMPO DA CLÍNICA SOCIAL

A psicanálise vem contribuindo fortemente para pensar tanto o público como privado no contexto social. Sabemos da atuação do psicanalista em espaços distintos da clínica do consultório – hospitais, escolas, empresas, sistema penitenciário, bem como projetos públicos sociais, tais como com a “clínica na rua” voltada ao problema da ocupação com usuários de drogas, o enfrentamento à violência contra a mulher em projetos vinculados ou não com o poder público, entre outros.

A clínica psicanalítica, para além da preocupação com a subjetividade em sua singularidade, se ocupa do sujeito do inconsciente e suas consequências nas escolhas de qualquer pessoa. A clínica psicanalítica se interessa pela responsabilização e implicação de cada sujeito em sua própria história.

Desde o início da psicanálise, Freud nos advertia a respeito do inconsciente e o nosso desconhecimento dessa instância, alertando-nos dos possíveis equívocos resultantes desse funcionamento psíquico ainda obscuro para a razão humana. Assim, dizia ele, nem sempre sabemos de nosso desejo inconsciente, tampouco de nossas escolhas e nosso modo de ser em nossas relações sociais. A psicanálise, a partir da sua ética do desejo, opera numa lógica própria, na qual cada sujeito deve responsabilizar-se pelo seu inconsciente, “isso significa dizer que ‘o inconsciente faz parte de nós e que, talvez, ele seja mesmo a nossa própria essência’ “. (Scotti, 2012, p.57)

Pode, num primeiro momento parecer estranho um sujeito apropriar-se do inconsciente, apropriar-se de nossos sintomas, de algo que não reconhecemos como nosso. Contudo, se estamos nós, sempre ligados em laço com os nossos atos, por quê não respondermos por estes?

A psicanálise pressupondo o engajamento do sujeito, o convoca ao caminho de certificação da responsabilização pelo inconsciente e a implicação “pelo acaso e pelo estranho que nos habita” (Freud, 1919, p.14). “Um ato de responsabilização

que engaja o sujeito em sua presença no mundo, incluindo o que pode saber e o que esse saber não alcança (...) a ética da psicanálise, extraída do final do ensino de Lacan” (Guerra, Martins e Ottoni, 2014, p.13-14)

Não é tão difícil percebermos que, o que vivemos hoje, no momento presente, decorre de acontecimentos do passado, deriva de escolhas e decisões que de algum modo foram tomadas num momento anterior; sejam elas decisões conscientes ou não. Sendo assim, podemos também concluir que o nosso futuro depende do nosso momento atual. Está aí a aposta da psicanálise. Se, hoje, nos responsabilizamos pelos acontecimentos presentes, nos apropriando e nos implicando em nossa própria história, possivelmente teremos a oportunidade de mudanças, em fazermos escolhas diferentes, em criarmos um futuro outro.

Temos visto, como já em capítulo anterior, a frequência em que os sujeitos, de um modo geral, desresponsabilizam-se de quaisquer implicações em seu mal-estar e sofrimento, atribuindo ao outro e ao mundo externo, todas as razões causadoras de seus problemas. Entretanto, a psicanálise e sua clínica em seu exercício, convidam o sujeito a questionar-se de sua própria história, implicando-se em sua vivência, responsabilizando-se inclusive pelo seu funcionamento inconsciente, onde o analista em sua posição de arguidor, convoca o sujeito a questionar-se e implicar-se no reconhecimento da responsabilização por seu não-saber.

Refletindo a clínica social, apostamos na psicanálise como uma estratégia bastante importante. Psicanalistas vêm demonstrando a eficácia de sua escuta clínica nos mais diversos serviços sociais.

Guerra, Martins e Ottoni (2014), no trabalho clínico com adolescentes infratores da lei, oferecem espaços de fala onde esses meninos possam questionar-se e falar de sua história e seu sofrimento. As autoras apontam que a escuta, em sua singularidade, valoriza a responsabilização subjetiva de cada adolescente, promovendo intervenções analíticas para que surja a possibilidade de mudanças no modo como cada sujeito se posiciona frente as suas escolhas.

Na mesma direção, Souza, Peixoto e Moreira (2013) defendem a responsabilização sustentada pela psicanálise na escuta clínica com adolescentes em medidas socioeducativas. As autoras analisam a importância da escuta singular e a possibilidade de implicação desses sujeitos em seus atos, ao promoverem

questionamentos em relação às escolhas e afirmações, favorecendo o surgimento de um novo caminho; sobretudo a possibilidade de criação singular como resposta aos protocolos universais.

Analisando as propostas das Política Públicas e refletindo a respeito da clínica social no enfrentamento à violência contra mulher, podemos apontar a relevância da escuta clínica psicanalítica e seus alcances como contribuição na rede de atendimento para a resolubilidade do problema, ao valorizarmos a escuta com foco na subjetividade e no sofrimento psíquico singular.

3.3 – A PSICOLOGIA NA REDE DE ATENÇÃO À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: CONSIDERAÇÕES DA PSICANÁLISE ACERCA DO PROBLEMA

O serviço de psicologia presente na rede de atendimento à violência contra a mulher vem enfrentando alguns desafios. Muitas pesquisas realizadas por psicólogos e psicanalistas da área, revelam certa confusão nas diretrizes e propostas estabelecidas pelas Políticas Públicas em relação a função do psicólogo (Oliveira e Souza, 2006; Hanada, 2007; Porto, 2013; Hanada et.al., 2010; Porto e Bucher-Malusckhe, 2012; entre outros).

Porto (2013), ao realizar um profundo estudo com o objetivo de analisar os documentos oficiais das Políticas Públicas e delinear como um grupo de psicólogas atuantes no Acre avaliam as orientações propostas pela Secretaria de Política para as Mulheres, indica que “o conceito de gênero não é suficiente para dar suporte teórico e técnico à intervenção em psicologia nos serviços especializados de atendimento às mulheres em situação de violência” (p.ix), especialmente quando analisa a reincidência à situação da violência.

Aponta ainda que:

há uma demanda para a intervenção em psicologia, contudo as orientações para o atendimento psicológico se apresentam imprecisas (...) identificou-se que as orientações oferecidas pela SPM para o desenvolvimento das ações em psicologia, nos serviços especializados para o atendimento às mulheres em situação de violência, não são adequadas. O papel da psicologia nas equipes multiprofissionais dessas políticas públicas apresenta-se ambíguo e contraditório. (PORTO, 2013, p.ix)

A autora afirma que “não se percebem as questões relacionais envolvidas nesse conflito” (p.28), e que a violência vivida pela mulher é tomada frequentemente apenas como fenômeno, de modo bastante isolado.

É imprescindível a escuta singular, e que estejamos atentos à subjetividade de cada mulher, no seu modo de vivenciar a experiência da violência e opressão, para além do fenômeno do ato violento propriamente dito, possibilitando o contato com as posições psíquicas ocupada por cada sujeito na relação violenta.

Oliveira e Souza (2006), analisam os atendimentos psicológicos na rede, enfatizando a necessidade da investigação do contexto relacional que essas mulheres vivenciam, apontando para a violência conjugal como uma construção histórica e defendendo que o trabalho na direção do empoderamento e conscientização talvez não sejam suficientes. Diz:

Se a violência conjugal é uma produção histórica sustentada por questões culturais que regem o funcionamento das relações, as diversas combinações entre afeto, valores, crenças e condições materiais devem ser investigadas. Quando apenas as mulheres são “acolhidas”, “fortalecidas” e “empoderadas” pelo atendimento psicológico, ou mesmo quando os homens são atendidos, mas unicamente na condição de agressores que precisam ser conscientizados para que outras mulheres não sejam violentadas, nos perguntamos: que violência está sendo trabalhada e que violência está sendo produzida pelos psicólogos? (Oliveira e Souza, 2006, p. 46)

Porto (2013) pondera a indicação das Políticas Públicas voltadas para as práticas psicossociais não apenas por acreditar na demanda da clínica, mas pela confusão existente nas propostas, avaliando que o psicólogo fica sem saber qual o

seu papel nesses serviços. Afirma que nos documentos públicos que propõem a atuação da psicologia, “não fica explicitado qual é o papel do psicólogo na equipe, quais as suas atribuições ou quais as possibilidades de intervenção desse profissional em ‘suas práticas não clínicas’ ”. (p.30)

Afirma ainda, ao analisar o discurso de algumas psicólogas entrevistadas, bem como outros textos estudados, que essa confusão reflete na atuação do profissional que, no momento em que se vê impedido da prática clínica, acaba muitas vezes por realizar as mesmas tarefas dos outros membros da equipe. Assegura que:

Dentre os dilemas vividos pelas psicólogas, pode-se destacar o dilema que se apresenta no conflito entre a formação em psicologia e as orientações dos serviços especializados para mulheres em situação de violência. (Porto, 2013, p.31)

Hanada, D'Oliveira e Schraiber (2008) evidenciam um estudo realizado na cidade de São Paulo, onde apresentam o que denominam como limitações dos serviços. Ao refletirem sobre o empoderamento, defendem que esse deveria ser definido a partir da ideiação feminista, diferente do modo que vem sendo abordado por psicólogos dos serviços especializados. As autoras entendem que a autoestima deveria ser trabalhada em termos políticos, mas percebem que vem sendo trabalhada pelos psicólogos, de modo individual e subjetivo.

Porto e Bucher-Maluschke (2012) assinalam que muitos psicólogos atuantes na rede acreditam na possibilidade de sucesso do rompimento do “ciclo da violência” a partir do empoderamento e “conscientização política/militante da construção social dos papéis de gênero” (p.574) e quando percebida a demanda para tratar das questões da subjetividade, haveria o encaminhamento à rede de saúde. Entretanto, defendem que os serviços especializados deveriam ter o objetivo em bem atender as mulheres em situação de violência de maneira mais abrangente.

Compartilhamos desse pensamento, reconhecendo a importância da conscientização e empoderamento de modo universal, entretanto, acreditando na importância da clínica (seja em grupo ou individual), promovendo a escuta da subjetividade e tratando (mesmo quando em grupo), do sofrimento de cada mulher, de modo singular.

Porto (2013) questiona ainda o encaminhamento para a arte-terapia sugerida pelas Políticas Públicas. Examinando a falta de transparência sobre a presença ou não da participação de especialistas na elaboração das normas técnicas dos serviços especializados, especialmente por ser um texto de autoria institucional, indica que as propostas existentes não atendem a necessidade de tratar a subjetividade, “não tendo a atribuição de trabalhar, do ponto de vista da psicologia, os sintomas do sofrimento psíquico identificados”. (p.72) Nesse sentido, questionamos não apenas o equívoco do encaminhamento para a arte-terapia, mas também pela não presença desse profissional em muitos equipamentos da rede, inviabilizando o encaminhamento.

A autora sustenta que a psicanálise pode ser uma abordagem que deveria ser incluída como uma possibilidade de intervenção no que tange o problema do “ciclo da violência”. A autora indica que:

Talvez os pressupostos psicanalíticos, articulados na teoria psicanalítica em suas diversas abordagens, possam ter um lugar na política de enfrentamento à violência contra as mulheres, sendo uma possibilidade de intervenção diante da insistência de muitas mulheres em permanecer vivendo em situações de violência, mesmo quando teriam condições objetivas de romper a relação. (p.37-38)

Esse tema do enfrentamento à violência contra a mulher vem sendo abordado, não apenas pelas Políticas Públicas, mas também por pesquisadores diversos, especialmente por psicanalistas atuantes na área, que interessados na resolubilidade do problema, apontam para dificuldades no que diz respeito aos atendimentos psicológicos nos serviços especializados.

Porto (2013) apresenta uma análise da proposta das Políticas Públicas para o atendimento psicológico nos serviços especializados públicos e não públicos, ratificando a demanda para a intervenção psicológica e garantindo que “haveria um lugar para a intervenção em psicologia clínica, com foco na subjetividade e no sofrimento psíquico nas ações das políticas públicas para as mulheres em situação de violência” (p.192). A autora revela entretanto que “as orientações para o atendimento psicológico se apresentam imprecisas”, afirmando ainda que as

propostas sugerem uma psychologização inadequada. Sobretudo, descreve sua pesquisa, identificando esses problemas e afirmando que:

Também foi identificada, nesses documentos, a ideia de que as teorias psicológicas, por definição, não são adequadas ao contexto da violência contra as mulheres, por psicologizarem questões que são sociais e culturais. (...) Na pesquisa de campo, identificou-se que as orientações oferecidas pela SPM para o desenvolvimento das ações em psicologia, nos serviços especializados para o atendimento às mulheres em situação de violência, não são adequadas. (p.lx-09)

A autora aponta também a preocupação da função do psicólogo de forma distorcida, onde muitas vezes visa apoiar o sistema jurídico, ao invés de escutar o sofrimento psíquico dessas mulheres, afastando assim a possibilidade em acolher a dor. Afirmar que:

O lugar da fala da dor, do sofrimento psíquico, que é viver numa relação de violência com todas as contradições existentes, se perde, pois o lugar da/o psicóloga/o que deveria ser o de escutar, acolher, refletir, pois se preparou para isso, está distorcido. O papel principal da psicologia não está em resolver as falhas do judiciário, com seu sistema que não dá as respostas esperadas pela sociedade e agora incorpora os/as psicólogos/as em seus quadros, mas de forma limitada e limitante. (p.194)

De acordo com Porto (2013) existe uma ambiguidade nos manuais da Secretaria de Políticas para Mulheres no que tange as atividades da psicologia e do serviço social, ao excluir a psicologia clínica e a dedicação às questões da subjetividade. Assim, afasta a psicologia do seu lugar de acolhimento das contradições, do desejo, das dores e sofrimentos psíquicos, limitando-se à psico-educação (p. 195). Afirmar que:

Em meio ao processo de responsabilização ou de conscientização da opressão de gênero, pontos importantes do processo de luta pelos direitos humanos, o atendimento psicológico poderia oferecer o espaço não apenas para falar do que ocorreu, mas também para falar do passado, dos sonhos, das frustrações, do desejo de mudar a situação (...) entre muitas outras questões. (p.196)

Em relação aos objetivos do atendimento psicológico nos serviços de assistência à violência contra a mulher, descrito nos manuais da Secretaria de Políticas para Mulheres, Porto (2013) assinala a necessidade de mais clareza, afirmando que “faz necessário deixar mais claro o que se espera da intervenção profissional em psicologia, definindo os objetivos e as atribuições das psicólogas, principalmente por conta das contradições identificadas nas publicações analisadas”. (p. 196) Deste modo, é preciso repensar os serviços, na tentativa de avanço.

A autora valoriza a intervenção psicossocial, entretanto evidencia a necessidade da psicologia clínica. Assim, afirma que:

A proposta de intervenção psicossocial é necessária, importante e tem suas indicações, mas não pode ser substitutiva da intervenção em psicologia clínica. Não pode ser apresentada como a única opção possível para atuação no contexto da violência contra as mulheres. (p.198)

Miranda e Ramos (2014) apontam a violência doméstica como sendo uma relação formada por um par homem/mulher, na qual um agride e o outro é agredido, estabelecendo uma parceria sintomática, a partir da função do inconsciente como elemento constituinte das escolhas amorosas, remetendo-nos à confirmação da repetição do “ciclo da violência” em função dessa parceria-sintoma.

Thompson (2009) nos lembra outro fato importante a ser considerado e que muitas vezes é desvalorizado em função do centro de atenção focado no ato violento propriamente dito. A violência, quando ocorrida na relação entre casais, bastante frequente no contexto da violência contra a mulher, incide sempre em par, onde um é o agressor enquanto o outro é o agredido. Adverte-nos portanto sobre a importância em analisar os papéis pré-estabelecidos na relação, possivelmente advindos de uma posição inconsciente do sujeito, apontando a relevância da escuta do lugar ocupado pela vítima. Diz que:

Frente a essa visão, deparamo-nos com outro aspecto dessa “complexa” realidade, que se refere à existência de, no mínimo um par de pessoas, o agressor e sua vítima. Isso é tão óbvio, que pode passar despercebido que existam papéis bem definidos e, de certa

maneira estruturados, que são desempenhados por cada um desses atores na cena violenta. Partindo dessa ideia, defrontamo-nos com um aspecto que parece ser essencial à compreensão da violência: os papéis de cada um desses atores e seu correspondente psíquico inconsciente. (p. 30)

Faz-se necessária a atenção as posições de cada um – homem e mulher –, na relação e como cada um vive a experiência da situação violenta.

Contudo, sustentados pela teoria psicanalítica, compreendemos que essa parceria sintomática se estabelece a partir da função do inconsciente como elemento constituinte das escolhas amorosas. Desse modo, a dificuldade no rompimento do “ciclo da violência” em função dessa parceria-sintoma.

De acordo com Chies (2012), a relação de violência está submetida ao estabelecimento de posições psíquicas dos sujeitos envolvidos. Sobretudo, acredita-se que a violência física ocorre como complemento à violência psicológica, nos apontando talvez o início do “ciclo de repetição”, tendo a violência física como repetição da violência psicológica. Isso nos remete a necessidade de estratégias que possam conscientizar as mulheres a perceberem-se em situação de violência psicológica e a procura pela ajuda profissional em estágio inicial da situação violenta.

Cerruti e Rosa (2008), discutem dados importantes ao realizarem uma análise crítica das Políticas Públicas de assistência à violência contra mulher, apontando que “tais políticas abordam o fenômeno pela via do discurso jurídico, com base em uma concepção de que há uma relação binária agressor/vítima claramente delineada” (p.1047), desfavorecendo “possibilidades de análise política, social e subjetiva do fenômeno da violência de gênero” (p.1050), assim como impedindo sujeitos envolvidos na situação de violência em elaborar e superar conflitos. Asseguram que:

O que se observa é que as atuais políticas públicas, em sua maioria, vêm contemplando a questão da violência entre homens e mulheres pautada em uma visão dicotômica vítima/agressor, e vêm priorizando uma assistência jurídica exclusiva às mulheres (...) uma perspectiva que define o masculino como agressivo e o feminino como passivo, reproduzindo uma lógica adversarial que confere à mulher a posição de vítima de circunstâncias desfavoráveis. (p.1050)

As autoras, ao descreverem o trabalho realizado por psicanalistas em uma entidade não-governamental localizada na cidade de São Paulo, sinalizam a ineficácia em fundamentar a assistência à violência contra mulher, pautada apenas no empoderamento e conscientização. Mencionam que:

A entrada de psicanalistas na instituição, somada aos estudos mais recentes da teoria de gênero sexual, foi tornando claro para a equipe da instituição que a condição de opressão da mulher não se modifica ao se realizar, apenas, um trabalho de conscientização, que teria como consequência a separação do homem violento. Isto porque se evidenciou que as mulheres vivem das mais variadas formas o fato de serem oprimidas, revelando o equívoco de se supor uma assistência pautada em uma categoria por demais abrangente: a opressão (p.1053-54)

Souza (2011), ao interrogar-se a respeito da permanência de uma mulher numa relação violenta, indica a psicanálise para tentar entender que “os motivos que permitem a uma mulher submeter-se silenciosamente ao desamor ou à violência é percorrer os caminhos da escolha desta mulher rumo à feminilidade e seus desdobramentos” (p.85). Descreve ainda que:

É no campo do amor que a violência se manifesta de forma mais cruel e terrível. Uma relação de amor pode esconder uma relação de ódio. O ódio pode ser interpretado como amor. Tratar desta questão é interrogar sobre o que quer uma mulher. (p.88)

Lima e Werlang (2011), após pesquisa realizada em Centros de Referência na cidade de Porto Alegre, apontam a violência doméstica como resultante de uma compulsão à repetição, marcada pelo histórico de escolhas conjugais balizadas pela violência. Ressaltam ainda, como resultado do relato das mulheres entrevistadas, a presença da violência doméstica na história de seus pais, confirmando uma tendência também à repetição familiar, transmitida entre gerações. Assim, defendem a necessidade em pensarmos em intervenções psicológicas clínicas e uma assistência que permita a escuta do sofrimento psíquico, para além do

fenômeno da violência. Isso nos remete a possibilidade de prevenção da violência em gerações futuras, quando a partir do tratamento de mulheres adultas, possam romper o ciclo da violência, possivelmente poupando a transmissão entre gerações.

Como contribuição da Psicanálise no trabalho interdisciplinar, Cerruti e Rosa (2008) propõem um caminho avesso ao que vem sendo oferecido pelas Políticas Públicas. Defendem que “cada mulher possa reconhecer as raízes da violência, ou, quando isso não é possível, que elas possam reconhecer as consequências que a violência tem para a mulher” (p.1073), assinalando também a repetição como um dos problemas. Advertem-nos dizendo que tratar a mulher como vítima, talvez distancie “o sujeito de sua condição desejante, bem como o afasta de qualquer possibilidade de se separar de uma solução fantasmática repetitiva, limitada e previsível” (p.1073).

Para a psicanálise, acolher e tratar a mulher como vítima, desconsiderando o modo de laço estabelecido por cada casal, de modo singular, poderá promover uma desresponsabilização dos sujeitos, impedindo o questionamento e implicação de cada mulher em seu próprio ciclo repetitivo da violência.

Outro problema que temos encontrado nos serviços de enfrentamento e atendimento à violência contra a mulher é a evasão dos serviços. Para muitos pesquisadores psicanalistas, temos aí uma problemática diretamente relacionada ao modo de laço estabelecido por estes casais, que permanecem nessa situação agressor/vítima, mesmo em sofrimento, em função de suas escolhas amorosas inconscientes.

Segundo Cerruti e Rosa (2008), faz-se necessário a implementação de novas práticas, com um trabalho interdisciplinar para além da lógica jurídica, descrevendo como resultado de sua prática clínica numa determinada instituição, a queda significativa da evasão das mulheres naquele serviço, após a inclusão dos homens agressores nos atendimentos. As autoras ressaltam sobretudo a necessidade fundamental em “trabalhar sobre o posicionamento subjetivo e intersubjetivo dos envolvidos no conflito” (p.1054)

Quando nos questionamos a respeito da evasão dos atendimentos, consideramos também o estudo desenvolvido por Souza e Pimenta (2014), no qual apontam para a não adesão como forma de “gozo”, onde existe uma relação parceiro-sintoma entre a mulher e seu agressor. Segundo os autores:

Mulheres em situação de violência revelam um tipo particular de *gozo*, onde o Outro é tudo. Elas se submetem a homens violentos e não conseguem romper esse ciclo interminável, o que as faz gozarem da devastação (...) O homem ao marcar o corpo da mulher com a violência, goza perversamente e a faz gozar da devastação. Para a mulher, a violência assume um significado de amor na dimensão inconsciente. (...) Miller, em seus estudos sobre o parceiro-sintoma, diz que a devastação surge como uma experiência particular na relação amorosa da mulher com o homem e no seu modo de lidar com seu próprio corpo. (...) O amor e a devastação são pontos importantes na clínica com mulheres. Na falta do amor, o parceiro-sintoma se manifesta com a devastação. (p.06-08)

Ao mencionar a não adesão ao tratamento e o não retorno aos serviços, as autoras afirmam ainda que:

retornar pode ser a possibilidade de barrar o *gozo* como ganho secundário. Seria se questionar e se implicar na relação de violência com o parceiro-sintoma. Ou seja, retornar seria a possibilidade de se *tornar* sujeito, sair da posição de objeto e dar um novo rumo ao sintoma, enquanto parceiro (Souza e Pimento, 2014, p.09)

Pensamos nesse momento, não apenas o “gozo” da não adesão ao tratamento, mas desde antes da chegada aos serviços públicos, o “gozo” do segredo, o “gozo” da não denúncia, o “gozo” da repetição e permanência numa determinada posição psíquica que talvez não possa ser revelada, como tratado anteriormente em nosso trabalho de mestrado “Afiml, segredo de quê?” (Chagas, 2014).

Nessa direção, Souza e Cunha (2018) sinalizam também as parcerias-sintoma para apontar o perigo em relação ao imperativo da denúncia. Em um primeiro momento, discorrem sobre a contradição entre o silêncio e a denúncia, defendendo que a denúncia seguida de punição talvez não seja suficiente, lembrando que até recentemente, muitas mulheres retiravam suas queixas, reatando seus relacionamentos com os parceiros agressores. Sustentam que os segredos de família, muitas vezes resguardam essa parceria sintomática violenta, evidenciando a necessidade da escuta clínica singular, observando e acolhendo as particularidades de cada caso. Referenciando Couto (2005), aludem:

[...] mulheres acreditarem que a intervenção da lei – leia-se intervenção policial – poderia dar um fim à agressão, não se levando em conta que ela é resultado de um processo em que todos os envolvidos têm sua parcela de responsabilidade. Algumas mulheres não querem uma punição para o homem, mas impedir que as agressões permaneçam, barrando-o. (p.14)

De acordo com Souza e Cunha (2018), muitas vezes não é suficiente o pedido da mulher em romper com a situação da violência, especialmente quando essa relação é caracterizada como sintomática. Faz-se necessário, portanto, que esse funcionamento se apresente à mulher como enigma a ser decifrado. Os autores sugerem uma mudança na nomeação desse panorama, transformando a designação de “vítima” para “mulher em situação de violência”, assinalando que “colocar a mulher na posição de vítima (mesmo que seja essa a sua posição socialmente reconhecida) é, ao mesmo tempo, torná-la passiva na relação e sem responsabilidade alguma no ciclo da violência”. (p. 8)

Nesse caso, a direção do tratamento seria no sentido de pensar a mulher como responsável e ativa nesse laço estabelecido na violência, com o cuidado de não culpabilizá-la, fazendo surgir “a possibilidade de mudança de posição e rompimento da relação de violência, sem que necessariamente, rompa com sua relação de amor” (Souza e Cunha, 2018, p.8).

Ao discorrerem sobre a pesquisa de Couto (2005) com mulheres em situação de violência doméstica, realizados no Centro Risoleta Neves de Atendimento (CERNA/MG), Souza e Cunha (2018) apontam a “intervenção retificadora” como possibilidade de tratamento, fomentando uma potencial mudança subjetiva e a criação do enigma da violência para a mulher nessa situação, responsabilizando-se na condução de sua própria vida e “uma vez que se as mulheres pudessem se responsabilizar por sua participação na construção da violência sofrida, elas poderiam ressignificar suas percepções sobre suas relações”. (p.10)

A escuta clínica psicanalítica, como clínica social, pode apresentar uma contribuição ainda pouco presente nos equipamentos públicos de enfrentamento ao problema da violência contra mulher, especialmente ao tratamento do ciclo repetitivo da violência, com estratégias que promovam um espaço de escuta onde cada mulher possa reconhecer-se nos acontecimentos da sua vida, questionando-

se e implicando-se inclusive no seu funcionamento inconsciente que sustenta o “ciclo da violência” que por algum motivo permanece.

Quando, amparados pela psicanálise, analisamos também o procedimento do técnico de psicologia dos CRAMs e, após o diagnóstico aprofundado, nos questionamos a respeito do encaminhamento exclusivo para a arte-terapia. Acreditamos na função desse ofício e sua contribuição para trabalhar os aspectos emocionais aos quais se propõe, como a autoestima, bem como a relevância das intervenções psicológicas e psico-educativas que visam a conscientização, o empoderamento, entre outros. Entretanto, apostamos que, muitas vezes há a necessidade de uma intervenção psicológica mais específica, onde a mulher possa, acolhida pela psicanálise e considerando a repetição como dado clínico, questionar-se a respeito disso que traz como queixa e/ou sintoma, questionar-se a respeito da sua permanência nesse lugar de vítima e na repetição desse “ciclo da violência”.

A psicanálise pode oferecer recursos para pensarmos em estratégias de uma escuta clínica diferenciada, ainda pouco presente nos serviços, onde cada mulher possa reconhecer-se nos acontecimentos da sua vida, implicando-se inclusive no “ciclo de violência” que por algum motivo permanece. Tampouco, quicá promovendo a ressignificação de experiências traumáticas, favorecendo assim a interrupção desse “ciclo da violência”, contribuindo para a proposta de ajudar a mulher a sair dessa situação repetitiva.

*(...) Porque quem ama nunca sabe o que ama,
Nem sabe porque ama, nem o que é amar (...)*

Fernando Pessoa

4 – REGRA OU EXCEÇÃO: DE QUE REPETIÇÃO ESTAMOS FALANDO?

Quem de nós nunca se percebeu repetindo comportamentos uma vez na vida, seja ele “bom” ou “ruim”, “positivo” ou “negativo”?

É acaso? Apenas uma vez? A primeira? A segunda, terceira, quarta, quinta, sexta, sétima? Acaso ou repetição? Regra ou exceção?

Talvez essas perguntas suscitem o mal-entendido de pensarmos a relação do normal e patológico. Sabemos que alguns pesquisadores defendem a ideia de repetição patológica¹⁰ (Nasio, 2012), entretanto, queremos deixar muito claro aqui que nossa posição como psicanalistas é o avesso à essa lógica “normal x patológico”. Defendemos a escuta do sofrimento e da dor que a repetição possa (ou não) trazer para quem repete, apostando na possibilidade da implicação de cada sujeito nos acontecimentos da sua vida.

Há sofrimento na repetição? É disso que nós, psicanalistas, queremos saber. E tratar!

Sobretudo, é preciso pensar essa repetição. Isso que se repete insistentemente no ciclo da violência, trazendo sofrimento à tantas mulheres, no Brasil e no mundo. Mas, como? Como tratar essa repetição? Como pensar a possibilidade do rompimento do ciclo da violência?

Alguns pesquisadores internacionais (Yale University; OMS) têm pensado a repetição, não apenas como ciclo da violência contra a mulher (onde o homem é sempre o agressor), mas a repetição da violência nas relações entre parceiros íntimos, independente do gênero (IPV – Intimate Partner Violence).

Está aí um tema importante a ser considerado, a violência independente do gênero. A violência da qual podemos pensar posições diversas, descolando as relações homem/agressor e mulher/vítima. Voltaremos nessa discussão no momento em que tratarmos a possibilidade da assistência ao agressor.

¹⁰ J.D. Nasio (2012) apresenta a repetição patológica sustentando a quantificação, o número de vezes em que uma determinada repetição acontece.

Voltemos então à repetição da violência contra a mulher...

Nos Estados Unidos, numa parceria entre o departamento de Psiquiatria da Yale University School of Medicine, o departamento de psicologia da Fairleigh Dickenson University e o departamento de medicina comunitária e cuidados em saúde da University of Connecticut Health Center School of Medicine, foi publicado o resultado de um estudo de 90 dias com mulheres em situação de violência sob o uso de substâncias tóxicas.

O referido estudo intitulado “Is it the exception or the rule? daily co-occurrence of physical, sexual, and psychological partner violence in a 90-day study of substance-using, community women”¹¹, apresentou um resultado que aponta a repetição de alguns tipos de violência no decorrer dos 90 dias. Em 27% dos 90 dias, foi registrada a violência psicológica, sendo que em 6% dos 90 dias, violência psicológica juntamente com violência física. O estudo revelou também que a associação entre a violência psicológica e física foi significativamente maior do que a relação apresentada entre a violência psicológica e a sexual; psicológica/física ocorrendo 64 vezes mais do que psicológica/sexual. Diz o artigo que:

(...) results of day-level analyses revealed that the association between physical and psychological IPV was much stronger than the association between physical and sexual IPV¹² (SULLIVAN ET.AL., 1012, s/p)

Apesar desse estudo ser uma amostra específica de mulheres sob o uso de substâncias tóxicas, é esse o cenário que percebemos também na violência contra a mulher, de um modo geral. A violência psicológica se apresenta com maior frequência ao lado da violência física do que da violência sexual.

¹¹ Exceção ou regra? A co-ocorrência diária da violência física, sexual e psicológica entre parceiros em um estudo de 90 dias na comunidade de mulheres sob o uso de substâncias. (tradução nossa)

¹² Na violência entre parceiros íntimos, os resultados das análises dos níveis diários revelaram uma associação muito mais forte entre a violência psicológica e física do que entre a violência física e sexual. (tradução nossa)

O mapa da violência, por meio de estudos realizados pelo SUS-SINAN¹³, com crianças e mulheres atendidas por violência doméstica, nos indica que a relação violência psicológica/sexual ocorre com mais frequência nas crianças e adolescentes, não deixando de lado também a relação violência psicológica/física (15,5% psicológica / 22% física / 29% sexual nas crianças e 18,9% psicológica / 40,9% física / 24,3 sexual nas adolescentes). Já com as mulheres jovens, adultas e idosas, indica que a frequência da relação violência psicológica/sexual é bem inferior, ressaltando a relação violência psicológica/física (24,5% psicológica / 58,9% física / 6,2% sexual nas mulheres jovens, 26,6% psicológica / 57,1% física / 4,3% sexual nas adultas e 24,7% psicológica / 32,8% física / 2,4% sexual nas idosas). (Brasil – Waiselfisz, 2015, p.50).

Tabela 8.5.1. Número e estrutura (%) de atendimentos de mulheres pelo SUS, segundo tipo de violência e etapa do ciclo de vida. Brasil. 2014

Tipo de violência	Número						%					
	Criança	Adolescente	Jovem	Adulta	Idosa	Total	Criança	Adolescente	Jovem	Adulta	Idosa	Total
Física	6.020	15.611	30.461	40.653	3.684	96.429	22,0	40,9	58,9	57,1	38,2	48,7
Psicológica	4.242	7.190	12.701	18.968	2.384	45.485	15,5	18,9	24,5	26,6	24,7	23,0
Tortura	402	779	1.177	1.704	202	4.264	1,5	2,0	2,3	2,4	2,1	2,2
Sexual	7.920	9.256	3.183	3.044	227	23.630	29,0	24,3	6,2	4,3	2,4	11,9
Tráfico seres	20	16	28	30	3	97	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Econômica	115	122	477	1.118	601	2.433	0,4	0,3	0,9	1,6	6,2	1,2
Neglig./abandono	7.732	2.577	436	593	1.837	13.175	28,3	6,8	0,8	0,8	19,0	6,7
Trabalho Infantil	140	133				273	0,5	0,3	0,0	0,0	0,0	0,1
Interv. Legal	75	94	64	90	29	352	0,3	0,2	0,1	0,1	0,3	0,2
Outras	649	2.359	3.228	4.978	684	11.898	2,4	6,2	6,2	7,0	7,1	6,0
Total	27.315	38.137	51.755	71.178	9.651	198.036	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Mapa da Violência 2015. Homicídio de mulheres no Brasil.

(Brasil – Waiselfisz, 2015, p.50).

Isso nos faz pensar a importância da escuta da repetição como dado clínico no enfrentamento à violência contra a mulher. A repetição certamente diz de um posicionamento psíquico de cada mulher e, mais do que isso, do funcionamento do casal, do par na cena da violência.

¹³ SUS-SINAN: Sistema Único de Saúde - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Podemos perceber um número crescente de episódios da violência física ao longo da vida de uma mulher – criança (22%), adolescente (40,9%), jovem e adulta (58,9% e 57,1% respectivamente). Na fase idosa, temos uma pequena queda nesses números, talvez porque muitas mulheres nessa faixa etária estão vivendo sozinhas, sem a presença de seu companheiro – já que a estatística da longevidade sustenta uma vida mais curta para os homens e mais longa para as mulheres, colocando muitas mulheres na condição de viúvas quando idosas.

Esse número crescente de episódios da violência física ao longo da vida de uma mulher, nos leva a pensar a urgência do acolhimento e tratamento não apenas da mulheres adultas, mas dessas meninas que, se em tratamento desde o início da situação de violência, talvez possam interromper esse ciclo mais jovens, sem ter que viver a situação de violência por uma vida toda.

E como tratar dessas mulheres que comparecem aos nossos serviços no momento em que a situação de violência frequentemente já se apresenta como repetição? Como tratar da repetição da violência? Começamos pensando que considerar a repetição como um dado clínico pode ser um passo importante a ser investigado, mais um entre tantos outros programas já existentes.

Para além de todo o trabalho psicoeducativo que vem sendo seriamente executado, que possamos criar cada vez mais e novos projetos psicoeducativos que promovam a conscientização coletiva – para além da mulher – com palestras lúdicas, tanto em comunidades violentas, como em centros recreativos e instituições de ensino, para um público misto, homens e mulheres, crianças e adultos.

Sobretudo, que possamos nós – como servidores da saúde, da assistência social, do sistema judiciário ou qualquer outro serviço; profissionais que atendam a demanda do enfrentamento da violência contra a mulher – oferecer uma escuta humanizada onde possamos incluir o sofrimento, a subjetividade e a singularidade, bem como considerando a repetição como uma referência que diz da posição de cada uma das mulheres por nós escutadas, a repetição como um dado clínico que precisa ser acolhido também em sua dimensão singular.

Como sequência, e junto à nossa proposta estratégica da repetição como um dado clínico a ser investigado, acreditamos também na potencialidade da escuta à mulheres que sofrem com a violência psicológica e física como aposta na prevenção do feminicídio. Que a repetição possa ser tratada em momento inicial da

situação de violência na vida de uma mulher, uma adolescente, ou mesmo uma menina, para que não precise se manter constante até atingir seu grau máximo de gravidade: o feminicídio.

Aprofundar essa questão nesse momento do texto, nos afastaria do objetivo de tratar da repetição, mas certamente retornaremos esse ponto mais adiante. Voltemos então, mais uma vez, à repetição.

A repetição da violência contra a mulher é um dado, o “ciclo da violência” bastante mencionado pelas políticas públicas e nessa tese. Mas como se caracteriza essa repetição? Essa mulher repete a violência apenas nessa relação que vem tratar nos serviços nesse momento ou já repetiu em outras relações? Essa mulher repete a violência apenas na relação com o companheiro ou também em outros laços, tais como ambiente de trabalho, relações de amizade, ou outro laço qualquer? Essa repetição é novidade na história familiar dessa mulher ou a cena da violência já é frequente? Havia essa dinâmica familiar com a mãe, a avó ou outras mulheres da família? Essas são questões e, muitas vezes sinais, que rondam nossa clínica quando investigamos a repetição do ciclo da violência e sua relação com o sofrimento singular de cada uma das mulheres que chegam até nós. Essas são questões e, muitas vezes evidências, que nos faz questionar se esse fenômeno atual na vida de uma mulher que nos procura nos serviços públicos e privados, é uma “regra” ou uma “exceção” em seu padrão de comportamento com seus parceiros íntimos. Se esse é um acontecimento frequente ou ocasional.

É preciso situarmos o leitor a respeito do nosso método de tratar a repetição. É preciso portanto, falar de repetição em psicanálise.

4.1. A REPETIÇÃO EM PSICANÁLISE: FREUD EM DIFERENTES MOMENTOS

Sabemos que desde o início da psicanálise, a repetição é uma questão a ser investigada, tanto na orientação dos estudos como na busca de entendimento às problemáticas que se apresentavam na clínica. Freud, o pai da psicanálise, explorou

a repetição em diferentes momentos de sua obra, sempre avançando em relação ao funcionamento deste conceito tão importante.

A repetição surge como uma questão humana, onde num primeiro momento, já assinalando a inclinação do humano em atravessar um caminho já percorrido anteriormente, é apontada nos estudos sobre a histeria, indicando que as histéricas sofriam de reminiscências, e que experiências esquecidas poderiam ressurgir em algum momento futuro.

Nesse momento do início da construção Freudiana, o autor afirmava que as experiências esquecidas, não estariam necessariamente ressurgindo como resultado de um fato acontecido, mas de fantasias. É aí que Freud se desloca da teoria do trauma e sedução, para a teoria da fantasia, apontando para o que nomeou de realidade psíquica.

Assim, revela que as mulheres histéricas da sua época apresentavam sintomas que estariam encobrendo ou revelando fragmentos dessa realidade psíquica, de modo distorcido e disfarçado, por meio do deslocamento e da condensação. Nesse momento inicial da psicanálise, os sintomas já indicavam a sua tentativa de dizer de conteúdos conflituosos inconscientes, por meio do corpo. Encontrávamos aí, referências apontando para uma das possíveis lógicas do sintoma, já no primeiro período do conceito de repetição na obra de Freud, indicando a complexidade do aparelho psíquico e o modo singular de funcionamento de cada pessoa.

De acordo com Kehl (2014), é possível pensarmos o conceito de repetição, ao longo da obra Freudiana, em três momentos complementares: o primeiro, no campo das reminiscências, enquanto projeto, teoria do trauma e sedução e teoria da fantasia; o segundo, no campo da elaboração em “recordar, repetir, elaborar”; e um terceiro e último momento, ainda mais complexo, quando da revelação da pulsão de morte, a repetição enquanto algo que não se inscreve no campo do simbólico, da linguagem.

OS 3 TEMPOS DA REPETIÇÃO EM FREUD		
1º. Momento	1893-95	reminiscências
2º. Momento	1914	revivência do trauma como possibilidade de elaboração
3º. Momento	1919-20	pulsão de morte

Quadro com o resumo desses três momentos da repetição em Freud.

Freud, em sua obra, foi avançando o seu entendimento a respeito desse conceito, conforme estabelecia uma nova teoria: a Psicanálise.

No início da Psicanálise, Freud (1895) em seu projeto valorizava a memória, relacionando-a com o aumento ou diminuição de estímulos internos e externos, atribuindo à transformação da excitação sensorial em dor como algo desprazeroso. Esse entendimento sofrera mudanças, em momento futuro, quando ao lançar a pulsão de morte, reapresenta a dor também relacionada à angústia, sem representação. Entretanto, as marcas deixadas no psiquismo por ação da memória, já indicavam sinais da presença da repetição.

Após esse primeiro período de atenção à memória, mas ainda no início de seus estudos, antes da sua formulação sobre o inconsciente, Freud trabalhou com mulheres que apresentavam conversões histéricas. Nesse momento, no final do século XIX, o jovem Freud, recém formado como médico neurologista, passava uma temporada em Paris, com Charcot, estudando as manifestações sintomáticas que apareciam em mulheres que sofriam das enigmáticas crises de conversão. Essas mulheres que sofriam em silêncio sobre a sua vida sexual, evidenciavam a hipótese freudiana da época, que afirmava que as histéricas, impossibilitadas de recordação, sofriam de reminiscências apresentando conversões no corpo como tentativa de denunciar experiências recalçadas. (Freud, 1893)

Trabalhando com a hipnose, Freud percebera que a rememoração, libertaria a mulher histérica das suas repetições sintomáticas, quando utilizando da catarse, acreditava que ao lembrar-se de um acontecimento traumático vivido na infância e transformá-lo em fala – manifestando o afeto em palavra –, um sujeito seria capaz de libertar-se do seu sintoma.

Contudo, logo abandona essa técnica, quando conclui a ineficácia desse método, ao perceber tanto a indisponibilidade de alguns pacientes a submeter-se à hipnose, quanto ao fracasso do desaparecimento do sintoma, que retornava quando cessado o efeito hipnótico.

Ao perceber a ineficácia do método catártico, nota a existência da sobre-determinação em relação aos sintomas evidenciados na clínica, os quais apontavam não mais relação entre o sintoma e o trauma original, mas uma rede de afetos e lembranças sobre-determinadas. Nas palavras de Souto (2017):

(...) o que se apresenta para Freud, neste momento, é toda uma rede de lembranças, e não apenas um único fato pontual na vida do sujeito. A relação entre a lembrança traumática e o sintoma não é mais direta. A ideia de que para cada sintoma existe uma lembrança traumática vai sendo substituída pela sobre-determinação do sintoma, ou seja, várias lembranças podem se ligar a um mesmo sintoma, assim como mais de um sintoma pode estar ligado a uma única lembrança. O que importa na sobre-determinação dos sintomas é a relação que as causas guardam com o trauma original. Se com a hipnose o objetivo era fazer o paciente recordar e ab-reagir, com o método da associação livre, a tarefa consistia em descobrir, exatamente, o que o paciente deixava de recordar.(p.55)

Assim, dando um passo além, Freud inaugura seu método da “associação livre”, marca registrada da psicanálise, um tratamento por meio da fala, que permanece vigente em constante desenvolvimento em sua obra.

Discorrendo sobre o sintoma na ocasião de descoberta do inconsciente, já se faz presente a repetição como algo manifesto na vida de um sujeito, onde este é convocado a reviver uma experiência dolorosa recalçada. (FREUD, 1893)

Nessa época, Freud (1898) partia para a teoria da sedução, apresentando a sexualidade na etiologia da neurose e apontando a sexualidade infantil, afirmando a sua tese da época onde indicava que a neurose adulta era concebida no período da infância, advertindo o descuido ao desconsiderarmos a vida sexual das crianças,

período em que as forças pulsionais sexuais já se apresentam em estado inicial. Aqui, o trauma era inicialmente considerado a partir de experiências sexuais traumáticas ocorridas na infância, mas logo a teoria da sedução, seria substituída pela teoria da fantasia, que revelava a experiência sexual traumática a partir da existência de uma realidade psíquica, não necessariamente relacionada com acontecimentos da realidade.

Freud (1900), em seu estudo sobre a interpretação dos sonhos, aponta para a existência do Inconsciente, e desenvolve a definição de “realidade psíquica”, ao propor que a realidade material não deveria ser confundida com a realidade psíquica. A diferença entre a realidade material e a realidade psíquica revelaria que, para além dos acontecimentos da realidade, existiria a realidade psíquica dos desejos inconscientes, da ordem da experiência psíquica, da fantasia, diferente de fatos.

O autor insiste na realidade psíquica ao associá-la às lembranças encobridoras, afirmando que as lembranças rememoradas nos sintomas não seriam necessariamente decorrentes de fatos reais, mas deformações decorrentes do funcionamento inconsciente, já que o sujeito seria capaz de construir ficções (como realidade psíquica), a partir do seu desejo inconsciente.

Nessa direção, Kehl (2014) diz que:

O discurso corporal da histeria é composto de fragmentos recalçados de lembranças e/ou fantasias sexuais interditadas, que buscam expressão através do sintoma (...) (p.108)

E que:

(...) o que o tratamento psicanalítico revela são fragmentos da verdade psíquica, cujas conexões com os fatos objetivos da vida passam por caminhos singulares e tortuosos (...) já que (...) o recalçado só pode chegar à consciência por meio das formações secundárias, que deformam a marca primordial do vivido (inacessível ao próprio sujeito). (p.108)

Foi a partir do caso Dora e sua interrupção precoce do tratamento com Freud (1905), que o médico se dá conta da transferência na clínica, quando a paciente repete com ele, situações do seu passado. Deste modo, reconhece aí a repetição

como o que move uma análise a partir da relação transferencial. Isso nos evidencia, na clínica, a insistência do sintoma em repetir-se, quando um sujeito, em transferência com um analista, repete padrões infantis de angústia e desprazer.

Há aqui, uma primeira virada na psicanálise quando na teoria da interpretação dos sonhos, revela-se a função do sintoma como manifestação da verdade do sujeito do inconsciente, constituindo-se um novo entendimento de tratamento, marcando uma passagem importante impelindo que a noção de procedimento terapêutico desse espaço à psicologia da profundidade (FREUD, 1930).

De acordo com Garcia-Roza (2003), ao pensarmos o funcionamento inconsciente, temos que o recalque incide uma divisão entre inconsciente e consciente. Nesse contexto, indica que conteúdos inconscientes podem insistir, fazendo com que o sujeito reviva essas inscrições, repetindo-as numa compulsão à repetição. Ademais, considerando a existência também de um possível trauma, a experiência determinante de angústia e desprazer, pode retornar em diferentes períodos da vida de um sujeito como evento repetitivo.

Nessa direção, entendemos também com Kauffmann (1996), a estreita relação entre o trauma, o sintoma e a repetição, ao reconhecermos o papel da repetição no trabalho do trauma. O autor traz a repetição como um movimento natural que muitas vezes preserva setores sadios, entretanto, afirma que “há fixações que persistem, que reenviam o sujeito ao evento traumatizante e entram seu desenvolvimento ou determinam sintomas”. (p. 559)

Já num tempo seguinte na obra, Freud (1914) em seu texto “Recordar, repetir, elaborar” – momento em que o conceito de repetição entra definitivamente nos textos como motor do método psicanalítico –, marca a relação entre o esquecimento decorrente do recalque e a repetição neurótica manifesta no sintoma.

Nessa mesma época, Freud (1912) apresenta “A dinâmica da transferência” afirmando que cada sujeito assume um modo próprio de conduzir a sua vida amorosa e a estabelecer os seus laços sociais, tanto por suas características inatas, quanto também pelas experiências vivenciadas na infância. Assim, a partir de conteúdos inconscientes, registrados no período da infância, padrões são repetidos ao longo da vida de uma pessoa. O clínico apresentava não apenas a existência do inconscientes, mas suas repercussões como determinante no funcionamento

psíquico de uma pessoa, evidenciando novamente a repetição.

Nesse momento, podíamos pensar que a repetição estava ao lado da atuação, ao repetirmos o que não lembramos, movidos por elementos psíquicos recalçados e determinados pela presença da resistência, quando o paciente repete para não recordar-se. (SOUTO, 2017) Nas palavras de Freud (1912):

(...) o analisando não recorda absolutamente o que foi esquecido e reprimido, mas sim o atua. Ele não o reproduz não como lembrança, mas como ato, ele o repete, naturalmente sem saber que o faz. (p.96)

Há aí nessa repetição, a tentativa de manter o sujeito afastado da dor e sofrimento que seriam causados pela representação do evento traumático inconsciente. Entretanto, a repetição como sintoma, traz também consigo a angústia e o tormento em reviver, mesmo que de modo inconsciente, o retorno do que foi recalçado. Nessa situação, o psicanalista ao analisar o funcionamento psíquico de um sujeito, “promoveria a revelação do Inconsciente com o objetivo terapêutico de livrar o sujeito da angústia causada por aquilo que é seu, mas do qual ele nada sabe” (MORETTO, 2002, p. 24).

Ao refletirmos a respeito da dinâmica da transferência no tratamento analítico, a partir da associação livre do paciente, vivenciamos a repetição dos clichês do sujeito, atualizados nessa relação analista / analisando, momento em que o analisando repete na relação transferencial conosco o seu determinismo psíquico em série.

O analista é colocado num lugar no psiquismo do paciente, e ele precisa fazer um bom uso disso, pois é a partir desse lugar que ele vai poder operar, lugar este que lhe é comunicado pelo paciente como consequência da oferta que se fez a ele em escutá-lo, na medida em que diz o que lhe vier à mente. (MORETTO, 2002, p.30)

Assim evidencia-se a transferência como fundamental no processo analítico, onde o lugar do analista, sustenta a escuta do determinismo psíquico inconsciente. Nas palavras de Moretto (2002):

O que está em questão no tratamento psicanalítico é o sujeito do inconsciente. Portanto a intervenção analítica difere nitidamente da intervenção médica, social, psicológica e de qualquer outra que não tenha como objetivo tratar desse sujeito (...) é preciso que o sujeito tome consciência de que há nele próprio algo do inconsciente, sob o que chamou de recalque, determinando os seus sonhos, os seus sintomas. (p.24)

Kehl (2014), defenderá ainda essa segunda maneira de pensar a repetição, ao referenciar a proposta de Freud, quando indica a possibilidade da elaboração do trauma para tratar essa relação entre o esquecimento e a repetição do sintoma. De acordo com a autora:

(...) Os sintomas, ao dar vazão à tendência do retorno próprio do recalque, constituem o “modo de recordar” encontrado pelo neurótico. A esse funcionamento, a psicanálise freudiana chama de “solução de compromisso”. Daí a proposta freudiana de que o analista procure entender a *sobredeterminação* do sintoma: manter o recalque, liberar e satisfazer em parte o impulso que o acompanha, e criar dispositivos cifrados de significação que, na fala dirigida ao analista, revelam as origens do sofrimento neurótico. (p.109)

Nesse ponto do conceito de repetição em psicanálise, e ao articularmos com a prática da conscientização e empoderamento, entendemos que em muitos casos – especialmente quando a repetição se apresenta como sintoma – devemos atenção ao tratamento clínico da repetição, na tentativa de uma possível elaboração do trauma e rompimento com o ciclo da violência.

Conscientizar tem o seu efeito, bastante importante, muitas vezes fundamental no enfrentamento à violência, entretanto a estratégia de conscientização e empoderamento não elabora traumas. Nesses casos – que sabemos pela clínica não serem poucos – a conscientização acaba por não ser suficiente para uma mudança efetiva. Nesses casos, onde a repetição se apresenta como sintoma, manifestação inconsciente de traumas não elaborados, faz-se necessária a intervenção clínica, escuta e manejo na direção da promoção da

elaboração de traumas e possível retificação subjetiva.

Contudo, é fundamental que ressaltemos a não simplicidade dessa possível elaboração de traumas. Nesse período de descobertas Freudianas a respeito da transferência, surge também a resistência que se presentifica na relação transferencial, como estratégia do próprio sujeito para evitar o contato com conteúdos inconscientes e recalçados que lhe causaram dor. Nesse sentido Freud (1915) nos evidencia que quanto mais tocamos na resistência, na tentativa de boa intenção da conscientização do ego, mais a fortalecemos e dificultamos o processo de elaboração do sujeito.

De acordo com Moretto (2002) podemos afirmar que:

Freud percebeu que desde o começo o paciente vem resistindo às suas intervenções e parece que ele resiste a um sofrimento maior. Ora, se o paciente era forçado por seu analista a desistir de sua resistência para recordar-se do material que estava sob a forma de censura, e mesmo assim ele continua a resistir também pela neurose transferencial, deduzimos daí que o paciente resiste à revelação de um saber. Portanto, para ele, a revelação desse saber, às custas da superação das resistências, estaria significando um sofrimento maior (...) o paciente neurótico resiste à revelação de um saber que tem a ver com sua castração, com a sua falta primordial. (p.27-28)

Souto (2017) nos diz, refletindo a partir de Freud (1914) que, o sujeito repete conteúdos inconscientes infantis na atuação direcionada ao analista, sem saber o que está repetindo, evidenciando que essa repetição mantém o sofrimento consciente de modo a sustentar a satisfação inconsciente. Diz:

(...) percebemos a repetição, burlando o princípio de prazer e convocando o sujeito a vivenciar situações que lhe causaram dor. No entanto, se o desprazer é causado a nível consciente, a nível inconsciente o sujeito encontra a satisfação de seus desejos na medida em que a atuação permite que os impulsos reprimidos continuem escondidos. (...) A satisfação a nível inconsciente acaba por garantir o predomínio do sintoma neurótico (p. 104)

Kehl (2014) evidencia também que essa necessidade de elaboração do trauma poderia ser observada tanto no “sofrimento psíquico individual, quanto nas

repetições de fatos violentos e traumáticos que marcam as sociedades governadas com base na supressão da experiência histórica” (p.109). Diz:

(...) a compulsão à repetição seria a maneira enviesada que o neurótico encontra para tentar trazer à consciência uma cena, uma fantasia ou um pensamento, recalçados. O sintoma seria movido pela compulsão à repetição de um trauma e/ou de um gozo interditado, a cumprir duas funções aparentemente antagônicas, mas que se complementam para manter o funcionamento neurótico: a de promover um retorno *em ato* do que foi esquecido e permitir, ao mesmo tempo, um simulacro do prazer proibido. (KELH, 2014, p.109)

Deste modo, podemos também perceber a dificuldade da elaboração de traumas, tanto vivido individualmente, com cada uma das mulheres em situação de violência, quanto da sociedade como um todo, marcada historicamente pela civilização que vivencia há muito tempo o patriarcado, o machismo e a naturalidade com que a violência contra a mulher esteve velada durante séculos.

Já, num momento bastante adiantado em sua obra, após a primeira guerra mundial, Freud questiona-se a respeito da existência de algo para além do princípio do prazer.

Souto (2017) em sua leitura cuidadosa no trabalho que realiza um retorno ao conceito de repetição na obra Freudiana, nomeia de “a grande virada”, esse momento de última mudança no interior do pensamento de Freud, no qual institui o conceito de pulsão de morte.

No texto “Além do princípio de prazer”, Freud (1920) aponta a repetição para além de algo prazeroso – ou da ordem da evitação do desprazer –, para dizer que o que rege a compulsão à repetição, não seria o “princípio do prazer”, mas algo para além disso, introduzindo o conceito de “pulsão de morte”.

É fundamental percebermos que o sintoma, desde o início, dava pistas de que seria algo para além das recordações, mas que haveria um “gozo” nessa manifestação sintomática. A histeria revelava a possibilidade de gozar por meio do sintoma, esse que se repete porque diz de algo que não pode ser dito, mas que insiste, bem como aquilo que ao repetir-se faz gozar. Segundo Kehl (2014):

(...) a histeria também permitiu a Freud compreender que é possível se gozar através do sintoma. O sintoma se repete porque busca dar lugar ao recalcado entre as formações da vida consciente. Repete-se porque se faz função de significante a ser decifrado pelo psicanalista. Mas também porque é meio de gozo. Um gozo que o *eu (moi)* repudia, mas que o sujeito do inconsciente reconhece e autoriza. O neurótico (não apenas as clássicas histéricas freudianas) goza, em segredo, do seu sintoma. Daí a resistência em livrar-se dele. (p.108)

Na clínica com mulheres em situação de violência, torna-se relevante a atenção do clínico aos significantes, entre outros tantos, especialmente “violência” e “repetição”, para a promoção da escuta ampliada da experiência subjetiva de cada mulher, frente à situação vivida.

Souto (2017) aponta dois fatos importantes que induziram Freud a pensar a repetição como fenômeno para além do princípio de prazer. Um primeiro, no “Fort-Da” quando da possibilidade da criança passar da passividade para o papel de atividade na brincadeira do desaparecimento e aparecimento do carretel – presença/ausência –, onde a partir de uma experiência desprazerosa, consegue inverter sua posição tornando-se ativa na condução da ação repetida do jogo, evidenciando o funcionamento da compulsão à repetição. Nesse sentido, “no caso da brincadeira infantil, a repetição da experiência de desprazer permite à criança lidar de uma forma mais completa com conteúdos indesejáveis, do que se apenas sofresse passivamente” (p.111). A autora argumenta que:

Na infância, todavia, cada nova repetição contribui para que a criança possa melhorar o controle que ela deseja ter sobre a impressão deixada no seu psiquismo. Este, é um traço de caráter que, de acordo com Freud, irá desaparecer futuramente. Podemos observar mesmo que a criança vai sempre em busca de uma repetição do mesmo, que seja idêntica a história que ouviu e as brincadeiras realizadas junto com os adultos. E aqui, o autor destaca que o princípio do prazer não está, de forma alguma, sendo controlado, já que o reencontro com o idêntico é fonte de prazer. (p. 111)

E mais:

(...) o possível desprazer presente na brincadeira infantil não se apresenta como condição suficiente para destruir a crença no princípio de prazer, na medida em que este se chama princípio de prazer-desprazer. (p. 112)

Um segundo fator importante que leva Freud a pensar a repetição como fenômeno para além do princípio de prazer, caracteriza-se no atendimento aos soldados de guerra e suas neuroses traumáticas, ao relatarem sonhos que os conduziam à repetição da situação traumática. Nesse caso, diz a autora:

Duas características são ressaltadas por Freud em relação às neuroses traumáticas. A primeira delas refere-se a causalidade que se evidencia através de um susto ou uma surpresa, um terror. A segunda destaca que uma ferida sofrida simultaneamente é que atuava contra o surgimento da neurose (...) pode-se observar a angústia como um estado de expectativa e também preparação diante do perigo. O medo necessita de um objeto para manifestar-se, algo diante do qual sentimos medo. O terror representa a surpresa diante de um perigo que corremos sem estar devidamente preparados para ele. (p. 112)

Esses pacientes em situação de pós guerra, pareciam afrontar a possibilidade de cura, resistindo ao tratamento no momento em que se deparavam com a evidente chance de melhora. Nesse momento do processo, muitos o abandonavam ou apresentavam piora nos sintomas como se tivessem “(...) um intenso apego inconsciente ao sofrimento, uma vez que o padecimento a que os pacientes eram submetidos por seus sintomas neuróticos lhes parecia caro, algo que devia ser preservado” (RUDGE, 2009, p. 40 apud SOUTO, 2017, p.113).

Frente a isso Freud (1920) admite que nem sempre o princípio de prazer atinge sucesso, descortinando mais uma vez o além do princípio do prazer, reconhecendo “uma força maior, uma compulsão à repetição que não se submete à lógica do prazer no psiquismo” (SOUTO, 2017, p.113).

Nesse momento de além do princípio de prazer e introdução do conceito de pulsão de morte, o trauma ganha também nova atribuição, apresentando-se como resto, sem a possibilidade de significação, consagrando a compulsão à repetição,

onde “o que se mantêm como o resto é o suficiente para justificar a hipótese de uma compulsão à repetição no psiquismo” (SOUTO, 2017, p.114). De acordo com a autora:

Evidencia-se aqui a intrigante peculiaridade da compulsão na vida psíquica de levar o sujeito à repetição de experiências desagradáveis. Podemos pensar que a compulsão à repetição é uma consequência da presença desta força pulsional no ser humano, sendo a própria pulsão de morte, o motor que leva o sujeito a repetir experiências que causam dor. (...) Se num primeiro momento a repetição se apresenta como um fenômeno que propicia, como é demonstrado no texto de 1914, “Recordar, repetir e elaborar”, que as experiências traumáticas sejam integradas aos domínios do princípio de prazer, na compulsão à repetição presenciamos a dor em seu estado mais puro, mais arcaico; a dor que jamais se esgota, jamais se modifica e não se torna passado, presentificando no psiquismo a experiência dolorosa. (p. 114-117)

E mais:

(...) se na brincadeira das crianças e também nos sonhos é possível integrar gradativamente a experiência dolorosa através da elaboração, na compulsão à repetição o “(...) que aconteceu de pior é literal e, em vez de gradativamente submeter o vivido ao princípio de prazer, ela faz, a cada vez, a angústia se atualizar como no fato original. (...)” (RUDGE, 2009, p. 43). (SOUTO, 2017, p. 114-115)

Para pensarmos a clínica psicanalítica e a viabilidade do tratamento da “compulsão à repetição”, é importante entendermos o que Freud denominou como “pulsão de morte”, bem como o modo que Lacan releu esse conceito, ao introduzir o conceito de “gozo”.

Kehl (2014), ao discutir a “pulsão de morte” no mecanismo de repetição, relembra que o prazer ficaria entre a tensão e a descarga, enquanto o além do prazer seria o momento de repouso, o nirvana mencionado por Freud. Entretanto, a autora aponta a necessidade da compreensão da passagem do orgânico (em Freud) para a tendência do que é do sujeito (em Lacan).

Freud traçou seu percurso a partir do orgânico, em sua formação primeira como médico neurologista. Entretanto, mesmo tendo falado de catarse e ab-reação, percebemos um avanço ao se tratar do conceito de repetição: antes e depois do surgimento da “pulsão de morte”, em duas fases: 1914 em “recordar, repetir, elaborar” e 1920 em “além do princípio do prazer”.

Freud já falava em pulsão de morte, antes mesmo de anunciá-la. Em seu texto “o estranho” de 1919, um ano antes do conhecido texto “além do princípio do prazer”, mencionava-a sem anunciá-la explicitamente. Estaria aí a pulsão de morte descrita ainda de modo bastante organicista. Dizia:

(...) é possível reconhecer, na mente inconsciente, a predominância de uma compulsão à repetição, procedentes das moções pulsionais, e provavelmente inerente à própria natureza das pulsões – uma compulsão poderosa o bastante para prevalecer sobre o princípio do prazer, emprestando a determinados aspectos da mente o seu caráter demoníaco e ainda muito claramente expresso nos impulsos das crianças pequenas. (Freud, 1919, p.78)

De acordo com Coutinho Jorge (2000), Freud viu-se obrigado a rever a ideia de que o aparelho psíquico fosse regulado a partir do princípio do prazer, reduzindo tensões. Assim, questionando-se de como algo da ordem do desprazeroso para um sujeito poderia manter-se repetindo compulsivamente, Freud descobre a partir de uma repetição no fenômeno, a “compulsão à repetição” regida pelo que nomeou de “pulsão de morte”, trazendo a radicalidade do conceito de pulsão, caracterizando-a com um caráter conservador e restitutivo por um lado, enquanto repetitivo de outro; onde as pulsões tenderiam ao retorno de um estado inorgânico, um estado anterior das coisas.

Ainda segundo o autor, o caráter conservador e restitutivo da pulsão, estaria intimamente ligado ao aspecto repetitivo da pulsão, no que diz respeito ao “retorno à quiescência do mundo inorgânico” relacionado ao “retorno a um estado anterior”. (p. 61)

Discorre ainda sobre o processo da releitura de Freud por Lacan. Em seu segundo seminário, Lacan (1954-55) em “O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise” afirma que, ainda que Freud falasse da pulsão de morte com uma referência orgânica, ao mencionar a tendência do retorno do estado animado de volta ao inanimado, isso não caracterizaria como “a morte dos seres vivos” (alcance biológico), mas da “vivência humana, do intercâmbio humano, da intersubjetividade” (p. 62).

Coutinho Jorge (2000) vai apontar também, o texto “Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano”, onde Lacan (1960) diz que “é

preciso reconhecer na metáfora do retorno ao inanimado, do qual Freud reveste todo corpo vivo, a margem para-além da vida que a linguagem assegura ao ser pelo fato de ele falar” (p.62). Assim, “a linguagem está relacionada com a pulsão de morte na medida em que ela determina o ser falante *mais-além de sua condição de vivente*.” (p.62)

Assim, diz o autor, Lacan vai fazendo sua releitura da pulsão de morte e discutindo a partir da referência da linguagem, ao anunciar o “inconsciente estruturado como a linguagem”, apresentando a relação entre Inconsciente e Repetição.

Souto (2017) traz no fim do seu trabalho, uma reflexão a respeito do fenômeno da repetição apontado no texto Freudiano de 1937, “Análise Terminável e Interminável”. Assinala possíveis alcances da análise onde por um lado o paciente tem a possibilidade da elaboração no tempo presente, das experiências traumáticas que estariam fora do tempo; e por outro, a compulsão à repetição e a pulsão de morte como algo que escapa e que não se inscreve, apresentando a dor sem nomeação.

Nesse momento avançado da obra Freudiana, o autor ainda apresenta a condição de tornar consciente conteúdos da ordem do inconsciente, como possibilidade de elaboração ao dizer que “o efeito terapêutico depende de tornar consciente o que está recalcado no id” (FREUD, 1937, p.254).

Contudo, vale lembrar que mesmo tornando consciente os conteúdos inconscientes, muitas vezes isso não se faz suficiente. Muitas vezes há um resto, o que não cessa de não se inscrever. Importante lembrarmos que não há cura para o inconsciente, o que não se sabe, o obscuro da mente humana e que, é preciso que “isso” – o inconsciente – seja também incluído.

É necessário também a implicação de cada sujeito em seu próprio inconsciente, a responsabilização por “isso” que é nosso, singular e intransferível. Ademais, é imprescindível lembrarmos que a repetição é constitutiva do sujeito e sempre estará presente em nossas vidas. Resta pensarmos o que fazer com as repetições.

4.2 O QUE MAIS DIZER DA REPETIÇÃO DO CICLO DA VIOLÊNCIA?

Repetir, repetir, repetir...

Não precisamos ir muito longe para perceber a repetição como princípio da existência humana. As vinte e quatro horas do dia e noite que acontecem incessantemente; as semanas sempre a recomençar após um ciclo de sete dias; os doze meses de cada ano; as quatro estações ano após ano; etc. E assim também nos foi apresentado, pela psicanálise, o funcionamento psíquico inconsciente.

Entendemos que a repetição é a lógica do funcionamento inconsciente e assim seguimos, vivendo nossa vida sem saber muito bem porque repetimos nossos padrões, algumas vezes com comportamentos que nos faz feliz; outras vezes, com comportamentos que nos faz sofrer – e muito.

Repetimos o que percebemos e o que não temos percepção nenhuma. Repetimos o que queremos repetir e repetimos também o que queremos interromper. Repetimos o que tentamos interromper e conseguimos, também o que tentamos interromper e não conseguimos.

Quando nos questionamos sobre nossos comportamentos repetitivos, muitas vezes podemos perceber certas repetições – positivas e/ou negativas, e lidar com isso (ou não). Entretanto, algumas vezes sequer conseguimos perceber nossos padrões repetitivos.

Cada um de nós, pessoas comuns, pode ser capaz de falar das repetições. Se assim escolhermos! E é isso que, no lugar de psicanalistas, temos testemunhado na clínica.

Muitos exemplos poderiam ser dados. E cada um deles, mesmo com algum fenômeno de repetição em comum, nos apresentaria algo do singular, uma história única sobre aquela repetição, com suas particularidades múltiplas. Nesse momento de testemunho de cada sujeito que fala, quando do universal do fenômeno podemos apreender o singular da experiência.

E então? O que mais dizer da repetição?

Garcia-Roza (1986) assinala a diferença entre a repetição do mesmo – enquanto resistência reprodutora de algo já existente, o caráter conservador da pulsão – e a repetição diferencial – presente na transferência como produtora de

novidade – no tratamento psicanalítico, indicando que “se a transferência é repetição, ela é uma repetição diferencial, e somente sob este aspecto a repetição toma um sentido positivo e pode constituir-se como um instrumento no sentido da cura” (p.23).

O autor menciona o texto “O estranho” ratificando o assustador da repetição, o que provoca medo e horror ao remeter o sujeito à ordem do conhecido e familiar, sobretudo na presença da repetição do sofrimento. Entretanto, indica a possibilidade do manejo da repetição diferencial presente na repetição do mesmo. Diz:

Só há Unheimlich se houver repetição. O estranho é algo que retorna, algo que se repete, mas que ao mesmo tempo se apresenta como diferente. O Unheimlich é a repetição diferencial e não uma repetição do mesmo. (p.24)

Garcia-Roza (1986) aponta os estudos de Kierkegaard, nos convidando a pensar a repetição da singularidade no sentido de eternidade, mas não de permanência, evidenciando a constante existência da repetição como constitutiva do psiquismo, mas sempre passível de mudanças, quando a repetição atual, já se apresenta atualizada. Em suas palavras:

É nesse sentido que Kierkegaard afirma que é preciso entender a repetição “no sentido grego”, isto é, como algo que diz respeito a uma singularidade, singularidade esta que afirma a eternidade mas não a permanência. Não se trata de afirmar uma eterna repetição do “mesmo”, mas de mostrar que o eterno retorno de que nos falam os gregos aponta para o que podemos chamar de repetição diferencial. Os acontecimentos, quando repetidos, já não são mais os mesmos. A própria repetição de uma palavra não traz com ela a repetição de sentido. (p.31)

Desse modo, podemos concluir que há uma chance de mudança a partir da repetição que, sob transferência com o analista, ao apresentar-se como repetição diferencial e assujeitar-se às intervenções do analista, poderá caminhar no sentido da cura, construindo o novo.

Devemos afirmar, nesse momento, a importância em suspendermos qualquer conhecimento prévio sobre os tipos de repetição que vêm se apresentando na

clínica, lembrando que a escuta do sofrimento e da singularidade deve ocorrer a partir de um não-saber (mas interessados em saber de cada história, de modo singular), permitindo que cada mulher possa contar sua versão, possa contar-se, isentas de um pré-julgamento ou suposição. Importante reforçarmos que a consideração de um saber prévio, uma suposição, nos colocaria o risco de apagarmos a subjetividade e singularidade dessas mulheres, talvez provocando a impossibilidade de sua palavra, contribuindo para o seu silenciamento.

Ao discorrer sobre o acaso e repetição na teoria psicanalítica, Garcia-Roza (1986) nos apresenta uma articulação interessante entre o conceito de pulsão e o conceito de figura-fundo, externo a psicanálise, porém com importante contribuição para pensarmos a repetição da violência contra a mulher.

O autor relata que ao refletirmos sobre ordem e acaso em psicanálise como duas realidades que não se apresentam de formas distintas, mas como dois modos do real¹⁴, inviabilizando a ideia de puro acaso ou pura ordem, podemos articular à figura-fundo também como indissociáveis, impossibilitando a existência de pura figura e puro fundo.

Quando analisamos a descrição de um fenômeno no campo da percepção, podemos apreender um objeto como figura a partir da existência da relação figura-fundo. Nesse sentido, o fundo sempre permanece invisível, silenciado pela figura. O fundo sempre desaparece, perde a forma, o significado e o sentido, apresentando-se como fundo amorfo. Esses papéis de figura e fundo podem sofrer alternância, fazendo com que a nossa percepção também se altere a partir do que se apresenta como sonoro (figura) e o que se apresenta silenciado (fundo). Nas palavras do autor:

Perceber é perceber uma figura sobre um fundo. (...) Mas se percebemos sempre uma figura sobre um fundo, é apenas a figura que possui forma, coesão e individualidade. O caráter de “coisa” pertence à figura e não ao fundo. (p. 67)

¹⁴ Real como “o que retorna sempre ao mesmo lugar – a esse lugar onde o sujeito, na medida em que ele cogita, não o encontra”. O real como “presença silenciosa, à qual diz respeito toda a prática psicanalítica, e que transparece ou se faz presente pelas máscaras (...) as máscaras não ocultam o real, fazem-no aparecer”. (GARCIA-ROZA, 1986, p.52)

Garcia-Roza (1986) revela então esse silenciamento presente no fundo, relacionando-o com o estranho em Freud, aquilo que permanece silencioso, porém insistindo. Assim, faz uma articulação entre figura-fundo com pulsão de vida-pulsão de morte, onde fundo e pulsão de morte estariam a princípio silenciados, entretanto com possibilidade de alternância.

Considerando aqui a relação do fenômeno da violência como possibilidade de figura-fundo, percebemos que muitas vezes, ao ser entendida como fenômeno (figura), silenciamos a experiência de cada mulher, que fica emudecida ao fundo, apagando o seu modo particular em vivenciar a situação violenta, bem como a repetição como conteúdo inconsciente que se atualiza a cada repetição. Deste modo, seria importante fazer oscilar as posições de figura e fundo, para que pudéssemos promover uma repetição diferencial e a possibilidade de mudança.

Quando propomos que a repetição seja considerada como dado clínico no enfrentamento à violência, estamos apresentando essa possibilidade de oscilação figura-fundo, promovendo uma situação de balanço, pêndulo, onde ora a figura se apresenta pelo acontecimento, mas ora a figura possa apresentar-se também pela experiência, possibilitando a escuta de ambos, sem desconsiderarmos nenhum dos atributos.

Outro dado a ser respeitado seria a variação das posições figura e fundo atribuídas à violência e a repetição, não como duas realidades, mas como uma mesma realidade que pode se apresentar de dois modos distintos. Nesse sentido, ora a violência se apresentaria como figura enquanto a repetição como fundo, ora a repetição (ao sair dessa posição amorfa de fundo) compareceria como figura enquanto a violência como fundo.

Desse modo, poderíamos pensar ambas as possibilidades de tratamento, em conjunto: a conscientização e empoderamento como método psicossocial e a escuta do singular da repetição como método psicanalítico, onde a investigação dar-se-á no sentido da desconstrução da repetição como acontecimento (como fundo), transformando-a em experiência (como figura); a passagem da repetição do mesmo para a repetição diferencial e a possibilidade de tratamento dessa repetição antes silenciada, pelo acesso à elaboração.

Enfim: Acaso ou repetição? Regra ou exceção? De que repetição estamos falando?

Estamos falando da repetição. Especialmente da repetição do ciclo da violência em sua característica própria e singular, presente na cena vivida de cada uma dessas mulheres que acolhemos.

Estamos falando da repetição do ciclo da violência contra a mulher que tem sido tratado até o momento como fenômeno, como acontecimento. Falamos desse acontecimento repetitivo que precisa ser considerado também como dado clínico e escutado em sua particularidade, para que possa ser constituído como experiência singular vivida por cada uma dessas mulheres, para uma possível promoção de mudança e elaboração. Falamos dessa repetição que só poderá ser contada pela história de cada uma dessas mulheres, de modo próprio. Uma repetição da qual, só quem pode falar é quem repete.

Nosso objetivo nessa tese não é discutir o método psicanalítico e como tratamos dessa repetição. Pretendemos aqui, trazer as contribuições da psicanálise ao campo do enfrentamento à violência como mais uma possibilidade, que, ao considerar o conceito de repetição como um dos eixos centrais da sua escuta clínica, pode trazer uma nova reflexão à essa discussão, apresentando um possível avanço para os serviços de enfrentamento e atendimento à violência contra a mulher.

Assim testemunhamos a clínica da violência contra a mulher.

Ali onde todas apresentam em comum o fenômeno da violência e da repetição, podemos, se escutarmos a subjetividade e o singular de cada mulher, testemunhar a experiência – o modo como cada uma das mulheres escutadas contarão sobre a própria experiência da violência doméstica; o modo como cada uma das mulheres que repetem o ciclo contar-se-ão, numa história singular, cada qual com seu modo único de viver a experiência.

Quando pensamos os serviços de atenção à mulher, devemos sim conscientizá-las e empoderá-las, promovendo a autoestima, fortalecendo a mulher e resgatando sua cidadania, oferecendo o suporte para o rompimento do ciclo da violência. Isso está dito! Isso é feito! É claro e fundamental que reconheçamos a importância e seus efeitos. Contudo, é importante irmos além, é necessário que avancemos.

Uma mulher pode perceber sua situação de violência e tentar interromper o fenômeno do ciclo. Algumas conseguem, outras não. Parece que o fantasma do

ciclo da violência não cessa. Algo que retorna, um funcionamento próprio do conceito de repetição em psicanálise.

Podemos ampliar cada vez mais os projetos de conscientização, não apenas às mulheres que chegam aos nossos serviços, mas campanhas psicoeducativas no contexto social, projetos de conscientização onde possamos ir até as escolas, as comunidades, entre outros.

Ademais, é fundamental incluirmos também a repetição como dado clínico a ser investigado, para que possamos tratar o sofrimento psíquico e testemunhar cada experiência de viver em situação de violência; certamente única para cada mulher. E que assim possamos trazer a escuta clínica como posição política e a contribuição da psicanálise para pensarmos a possibilidade do rompimento do ciclo da violência, para cada mulher, de modo singular.

*(...) O único sentido íntimo das cousas
É elas não terem sentido íntimo nenhum.*

Fernando Pessoa

5 – A IMPLICAÇÃO DA MULHER NOS ACONTECIMENTOS DA SUA VIDA: POSSIBILIDADE DE RE-CRIAR UMA HISTÓRIA

E por quê repetir? Qual a função da repetição? Como romper esse ciclo?

Essas são perguntas que, como já mencionado anteriormente, se apresentam convocando resposta singular. São perguntas que somente serão respondidas se, e somente se, o autor da repetição indicar interesse no questionamento. São perguntas que somente serão respondidas pelo próprio autor da repetição, se, e somente se, esse sujeito escolher respondê-las a partir da sua experiência singular.

Nossa função, pode ser a de despertar a curiosidade do questionamento. Nossa função pode ser a de desmistificar o questionamento como crítica ou culpabilização, transformando-o em oportunidade e possibilidade da criação de um futuro diferente no momento presente.

Escutando mulheres em nossos serviços, percebemos que elas chegam com a queixa da situação da violência, doméstica com frequência, sem ou com poucos questionamentos; mulheres que chegam solicitando um cuidado, apoio e sugestões para a solução do seu problema. Esperam dos serviços e dos profissionais ali presentes, respostas que lhes apresentem caminhos para um possível fim da cena violenta.

Percebemos muitas vezes, que essas mesmas mulheres que conferem suas queixas sem questionamento, curiosamente apresentam uma sensação de culpa pela situação em que vivem, sem ao menos entender suas razões. Quando questionadas, revelam que sentem dúvida em relação à culpa – ao mesmo tempo em que pensam não ter culpa, sentem-se culpadas – muitas vezes influenciadas por outras pessoas que as culpabilizam. Contudo, apesar da dúvida e confusão, trazem essa culpa também isenta de questionamento.

Temos visto a temática da culpa na violência contra a mulher como algo muito grave e delicado. Mulheres são, muitas vezes, culpabilizadas por provocarem a situação da violência em função de seus comportamentos e modos de se apresentar no laço. O senso comum, especialmente no Brasil, onde ainda vivemos

sob o domínio de uma cultura machista – tanto por homens como pelas próprias mulheres – atribui à mulher a culpa de possíveis agressões.

Anos atrás revelou-se por pesquisas precisas e confiáveis (IPEA, 2014), que a opinião pública acredita que as mulheres seriam menos agredidas se soubessem como se comportar e se usassem roupas mais discretas. Essa é uma mentalidade de massa em nosso país, que contribui significativamente para a confusão psíquica dessas mulheres que sentem-se culpadas e, portanto, faz-se necessário a desconstrução dessas ideias equivocadas.

Outro fato curioso é a naturalidade com que muitas pessoas – homens e mulheres – falam da violência doméstica, referindo-se à um costume, um hábito, uma cultura há muito vivida, como se tivessem que viver submetidas a essas condições, sem quaisquer chances de mudanças. Lembro-me bem, anos atrás, quando em minha clínica, ainda na cidade de São Paulo, recebi uma adolescente que dizia: “Lá onde eu moro, isso é comum. A maioria das minhas amigas apanham dos namorados, assim como as nossas mães apanham de nossos pais. Já entendemos que isso é normal!” (SIC)

Hoje, alguns anos mais tarde, e com o forte movimento ao enfrentamento à violência contra a mulher (no Brasil e no mundo), temos ciência de um desconforto por parte de muitos e uma luta coletiva intensa. Entretanto, essa fala de que “a violência faz parte”, ainda não se apresenta muito diferente no discurso de quem vive a situação de violência, muitas vezes impedindo-as de buscar ajuda. Infelizmente, e não raro, essa é uma fala que escutamos não apenas na clínica da violência contra a mulher, mas no cotidiano de nossos dias.

Nos serviços de enfrentamento à violência contra a mulher, temos testemunhado um intenso esforço na tentativa de mudança dessa mentalidade. As mulheres são cuidadosamente conscientizadas de que já não é mais tempo de violência nas relações conjugais e que elas não precisam submeter-se a esse tipo de tratamento, tampouco merecem viver assim.

Os equipamentos de enfrentamento e atendimento vêm realizando um serviço de prevenção da repetição da violência, oferecendo estratégias de conscientização e empoderamento a fim de garantir o fortalecimento da mulher, o resgate da cidadania e os seus direitos humanos, “promovendo meios para que ela fortaleça sua autoestima e tome decisões relativas à situação de violência por ela

vivenciada” (Brasil, 2006, p.16).

A proposta que vem sendo realizada é que essas mulheres sejam conscientizadas de que “a violência é inaceitável e insustentável em qualquer tipo de relacionamento, por mais que possa ser frequente no padrão do tecido social em que ela está inserida” (Brasil, 2006, p.37). São também ofertados recursos “facilitando a ampliação da consciência e do autoconhecimento, favorecendo e possibilitando mudanças” (Brasil, 2006, p.37-38) para que a mulher possa “assumir o controle da situação, saindo do papel de vítima passiva da violência doméstica e no trabalho” (Brasil, 2006, p.37).

Reconhecemos a importância desse trabalho e os avanços alcançados, sobretudo, estamos cientes de que o “ciclo da violência” ainda é apontado como um dos problemas mais graves, de maior complexidade e de mais difícil resolução no enfrentamento à violência contra a mulher.

Dito isso, perguntamo-nos: Será que esse tipo de serviço ofertado apresenta recursos suficientes para o rompimento do ciclo da violência? O que poderia ser oferecido para desenvolver ainda mais os equipamentos? Como a psicanálise pode contribuir para o avanço no combate da repetição desse ciclo que tanto nos intriga?

Quando pensamos no acolhimento da mulher que se apresenta em nosso serviço, talvez caiba-nos para além de um discurso pronto de cuidado, investigarmos a história de cada uma dessas mulheres em sua singularidade, indagar o tipo de relação conjugal estabelecida por cada mulher e como cada uma dessas mulheres vivencia a experiência da violência de modo singular.

É certo que faz-se necessário uma cautela primorosa para que nosso questionamento não avalize, ou mesmo reforce, o sentimento de culpa que muitas vezes é apresentado por essas mulheres. Desse modo, é preciso uma diferenciação entre culpa e responsabilização, especialmente por parte dos profissionais que acolhem essas mulheres, para que isso não ocorra e possamos promover um questionamento livre de quaisquer julgamentos prévios.

Questionar-se nos parece ter uma função primordial no processo da necessária implicação. Uma mulher que vive a situação de violência doméstica pode ter a oportunidade de questionar-se de várias formas: um primeiro questionamento no sentido da violência ser uma novidade ou uma antiga repetição em seu relacionamento; e a partir daí uma série de outros questionamentos

promovendo um deslocamento da violência como acontecimento, para a experiência – o modo como cada mulher lida com a situação violenta e a função desse funcionamento na sua vida. Sobretudo, ao considerarmos a repetição da violência como um dado clínico e favorecendo a escuta da subjetividade, acolhendo essas mulheres nos serviços públicos e privados, proporcionar o questionamento também da própria repetição.

Desse modo, acreditamos que o questionamento, não como crítica que culpabiliza, mas como oportunidade que promove a cada mulher apropriar-se de sua própria vida, pode ser a porta de entrada do contato com a subjetividade e os afetos internos; uma oportunidade do início de um tratamento clínico na direção do rompimento com o ciclo da violência.

Falemos um pouco mais disso...

5.1 – CULPA X RESPONSABILIZAÇÃO: PENSANDO ESSA DIFERENÇA A PARTIR DA LÓGICA PSICANALÍTICA DA IMPLICAÇÃO DO SUJEITO

Temos percebido que a temática da culpa aparece com frequência em diferentes situações na escuta clínica psicanalítica. Nos primeiros encontros, com presença intensa e constante, nossos pacientes apresentam a culpa, atribuindo toda a responsabilidade do que acontece em suas vidas à outros – pessoas, situações, e etc. Nossos pacientes têm a tendência de chegarem à clínica sem qualquer tipo de implicação com sua queixa, acreditando que o problema apresentado só existe em função do acaso, em função de outros.

Podemos facilmente observar o quanto o ser humano, de um modo geral, atribui ao outro e ao acaso, a culpa por suas faltas, frequentemente nomeadas como problemas ou defeitos. Questionar-se, definitivamente não é uma atividade

comum entre a maioria das pessoas que chegam à nossa clínica, tampouco das pessoas que convivemos no nosso dia-a-dia.

Até aí, nenhum problema. Esse é mesmo o funcionamento natural da maioria das pessoas e não poderíamos esperar nada diferente em nossa clínica. Aliás, considerar essa posição e manejá-la para a promoção de mudanças é parte do trabalho do analista desde a primeira entrevista.

A partir da psicanálise, sabemos que somos seres de afeto. Afeto não apenas no sentido de carinho e afetividade, mas sim no sentido do que nos afeta, positiva ou negativamente – o que nos move, ou talvez nos paralise. Todavia, o que podemos notar é que, muitas vezes, sujeitos valorizam seus afetos positivos, encontrando dificuldade e resistência em relação aos seus afetos negativos.

É comum assistirmos alguém vangloriar-se de seu modo doce e delicado de ser, seu modo prestativo e atencioso em tratar o próximo – o familiar, o amigo, o colega de trabalho; entretanto é raro presenciarmos pessoas reconhecendo suas dificuldades, sua agressividade – muitas vezes velada – sua arrogância, e qualquer tipo de característica considerada negativa.

Freud, desde cedo nos apresentava a projeção como um mecanismo de defesa, um modo de atribuímos ao outro características próprias, sem que precisássemos entrar em contato com os nossos afetos.

Contudo, uma boa maneira para que possamos contatar nossos afetos é abrindo-nos à possibilidade do questionamento. É precioso o questionamento a respeito de nós mesmos. Quem sou “eu”? Será que eu sei de mim? O que é isso que me queixo? Esse pode ser um ponto de partida.

O que afeta ou não um sujeito é precisamente o que entendemos como subjetividade. Não existe uma indicação do que afeta ou não, é algo da ordem do singular. Cada pessoa se afeta – positiva ou negativamente – de um modo muito particular. Sendo assim, só o próprio sujeito pode saber e falar de seus afetos, bem como de seu sofrimento.

Compreendemos que a vida contemporânea agitada e corrida, nos dificulta a reflexão a respeito de nós mesmos, sobretudo, reconhecemos também a dificuldade em percebermos e nos apropriarmos de nossas dificuldades. É clara a função dos mecanismos de defesa que nos protegem da aproximação de nossos afetos diversos. Desse modo, fica evidente a importância da presença do profissional da

psicologia que poderá proporcionar tempo e espaço para refletirmos sobre os nossos afetos.

Ao refletirmos sobre a nossa clínica, percebemos que em algum momento, a partir da manobra do psicanalista, os pacientes começam a questionar-se e inicia-se aí a abertura para uma possível implicação em relação a queixa trazida e o sofrimento apresentado.

- A culpa é minha, não é?
- Culpa?
- É! Culpa! Eu me sinto culpada(o)...
- Me fale dessa culpa...

Isso não é necessariamente UM caso real, mas talvez MUITOS. A lógica psíquica que se apresenta frequentemente na nossa clínica, em diferentes psicopatologias, especialmente nos momentos em que os pacientes começam a questionar-se e pensar a respeito de uma possível implicação nas queixas e sintomas que nos trazem.

Sentir-se “culpada(o)” tem significados diversos para diferentes pacientes. O significante “culpa” ocupa diferentes funções em sujeitos distintos e nesse momento em que se fala sobre “isso” – essa culpa – cada sujeito traz o que é próprio de si, a sua relação com esse significante “culpa” – algo que diz da sua subjetividade, de seus afetos.

Além disso, e com importância fundamental nessa pesquisa, percebemos que essa lógica aparece insistentemente na escuta clínica com mulheres que apresentam episódios de violência doméstica.

Perguntamo-nos: Por que culpa? Por que sentir-se culpada(o)?

Acreditamos não ser questão de culpa. A culpa nos remete ao moralismo, a ideia de que algo foi errado e por isso há de se pagar pelo erro, há de se sofrer punição. Culpa não, mas a ética da psicanálise evidencia a responsabilização, ou melhor dizendo, implicação. Implicação na própria vida e nas próprias escolhas, responsabilização pelo próprio inconsciente. Não a culpabilização!

Temos notado ao longo do tempo que, a ética da psicanálise, que preza pela responsabilização do sujeito em relação ao seu inconsciente, fazendo com que cada um possa implicar-se em sua queixa e em seu sintoma, muitas vezes acaba por ser equivocadamente confundida com a culpabilização da vítima.

Sabendo que “responsabilizar-se” é, para a ética da psicanálise bastante diferente de “culpabilizar-se”, torna-se fundamental a distinção dessas duas colocações.

A psicanálise, ao sustentar a importância da responsabilização do sujeito pelo seu sintoma, não o culpabiliza, mas afirma que fazemos a todo tempo as nossas escolhas, mesmo que escolhas inconscientes. Sendo assim, deveríamos nos implicar em nossas escolhas e, conseqüentemente, pelos acontecimentos decorrentes dessas, responsabilizando-nos por nossa vida e, sobretudo, pelo nosso inconsciente.

Freud nos faz essa importante pergunta já no início de seu ensino, ao questionar: Qual a sua responsabilidade na desordem em que se queixa?

Ao nos inferirmos essa questão, voltamos nossa atenção a nós mesmos e temos a oportunidade de refletir a respeito de nosso comportamento, nossas escolhas, nossos sintomas, sem que necessariamente tenhamos que nos sentir culpados; temos a oportunidade de perceber que muitas vezes desconhecemos e tampouco entendemos nosso funcionamento. Entretanto, ao nos questionarmos em relação a nossa responsabilidade nisso no qual nos queixamos, temos a chance de nos apropriar de nossa vida e nossas escolhas, e talvez a oportunidade de mudanças.

Culpa e responsabilidade são atribuições que equivocadamente são frequentemente confundidas ao serem colocadas no mesmo campo de significação. É preciso esclarecermos essas diferenças para que de fato possamos pensar a possibilidade de responsabilizarmos por nós mesmos e nos apropriarmos de nossa existência.

Antes mesmo de recorrermos à teoria psicanalítica, podemos identificar a importante diferença entre culpa e responsabilidade nos valendo das definições propostas em alguns dicionários da língua portuguesa.

Sendo assim, falaremos aqui ainda de considerações da ordem da lei, do comportamento e do senso comum, sem nos preocuparmos nesse primeiro momento com a psicanálise e o conceito Freudiano de inconsciente.

Iniciamos nossa reflexão dizendo que a culpa e a responsabilização possuem características bastante distintas – enquanto a responsabilização nos mobiliza, a culpa nos paralisa.

Segundo o dicionário Michaelis, a culpa é a “responsabilidade por algo, condenável ou danoso, causado a outrem; transgressão à lei, crime, delito”, nos ratificando de imediato, sua íntima relação com a moral e a díade certo/errado. Ainda de acordo com Michaelis, quando especifica o significado de culpa relacionando-o com a psicologia, reforça a relação culpa/moral ao definir a culpa como “consciência penosa por ter falhado no cumprimento de uma norma social ou moral.”

Temos, desde essa primeira definição de culpa, a evidência do que queremos demonstrar. Se o que afirmamos como responsabilização não faz relação com a moral e a díade certo/errado, tampouco aproxima-se da culpa.

Outra definição de culpa segue a lógica da religião, reforçando ainda mais a ligação da culpa com a moral. Michaelis afirma que em termos religiosos a culpa é uma “falha deliberada no cumprimento de um dever ou de um princípio ético”. Mais uma vez temos a confirmação da não aproximação entre culpa e responsabilidade.

A responsabilidade diz de outra coisa. Encontramos definições de responsabilidade como a “qualidade de quem é responsável” e a “obrigatoriedade de responder pelos próprios atos ou por aqueles praticados por algum subordinado”. Ao tratarmos de assuntos jurídicos temos que a responsabilidade caracteriza-se como a “obrigação moral, jurídica ou profissional de responder pelos próprios atos, relacionados ao cumprimento de determinadas leis, atribuições ou funções”. Acessamos também a definição filosófica que acena para “a noção de que o indivíduo deve reconhecer os danos por ele causados, aceitando suas consequências”. (MICHAELIS ONLINE)

Percebemos nas definições dos dicionários da língua portuguesa que, a responsabilidade, quando atribuída à lei e às questões jurídicas, ganha uma conotação moral, já que a lei se sustenta da díade certo/errado. Entretanto, afirmamos nossa posição ao refletirmos sobre o conceito de responsabilidade, relacionando-o com a psicanálise e não à lei jurídica; atrelando-o à ética da psicanálise e não à ética da moral. Assim, nossa reflexão certamente se apresenta muito mais próxima da definição filosófica ao afirmar que cada sujeito é responsável por suas escolhas e as consequências por essa gerada.

Ao pesquisarmos também a definição de responsabilização – significante de relevância ímpar na psicanálise – encontramos o “ato ou efeito de tornar ou ficar responsável ou de imputar responsabilidade” (PRIBERAM ONLINE), bem como “ação ou efeito de responsabilizar; ato de se responsabilizar” (DICIO ONLINE), remetendo-nos novamente a discussão sobre a definição de responsabilidade. Percebemos sobretudo que a etimologia da palavra responsabilização – “responsabilizar + ação” – ratifica a ação de um sujeito em responsabilizar-se.

Deparamo-nos ainda, sob a nomeação jurídica, o conceito de imputabilidade, o qual deixamos claro a não aplicabilidade ao que queremos registrar como responsabilidade. Imputabilidade relaciona-se mais proximamente com a culpabilização já que imputar significa “atribuir (a alguém) a culpa ou a responsabilidade de um ato; qualificar de delito ou falta”.

Ao refletirmos sobre a responsabilização, não estamos aqui atribuindo culpa de ato algum, tampouco qualificando como delito. Como dito anteriormente, a culpa relaciona-se com a moral e ao pensarmos a psicanálise, o tema da moral não é o que está em jogo no conceito da responsabilidade. Não é questão de certo ou errado, mas de responsabilização por escolhas; escolhas singulares, distintas a cada sujeito, e que trarão consequências diversas.

Um sujeito, ao reconhecer-se responsável por suas escolhas, tem a chance de mudar seu destino. Sendo assim, uma pessoa responsável tem a chance de compreender um erro ou problema, implicando-se na queixa e decidindo por uma nova escolha, responsabilizando-se pela mudança.

Deste modo, quando nos referimos a esse significante “responsabilização”, não nos aludimos à aceitação passiva, nem à culpa automática pela infração da lei social, mas sim à implicação nos acontecimentos da própria vida, implicação em nossa queixa, em nossos próprios sintomas, em nossas escolhas. Responsabilização por nosso inconsciente. É disso que nos fala a ética da psicanálise.

Falemos agora da responsabilização em psicanálise.

5.1.1 – A RESPONSABILIZAÇÃO EM PSICANÁLISE: UMA LÓGICA SINGULAR DO INCONSCIENTE

Freud ao inventar a psicanálise, nos aponta o ato inaugural apresentando-nos o inconsciente e desenvolvendo modos de formalizar sua lógica. Quinet (1991) reforça que, desse modo, fica registrado um antes e depois na história do funcionamento psíquico humano e indica que “é o analista com seu ato que dá existência ao inconsciente” (p.08) possibilitando a entrada ao processo de análise a partir do que Lacan denominou “entrevistas preliminares¹⁵”.

A psicanálise nos revela, já desde o seu início, a partir dos escritos de Freud, a grandiosidade do inconsciente e as consequências de sua existência. Scotti (2012) faz referência à figura do “iceberg”, para nos mostrar o nosso desconhecimento sobre essa instância, indicando que o homem passa a não ser dono de sua própria morada e, sendo assim, há uma abertura aos equívocos e enganos em relação às nossas próprias escolhas. Em suas palavras:

Retomando a metáfora do “*iceberg*” em que a maior parte de nosso ser se encontra submersa nas profundezas do inconsciente, qualquer ética que não leve em conta a dimensão do desejo inconsciente, é uma ética no mínimo superficial, para não dizer enganosa, o que em termos éticos já é uma falha de princípio. A partir de Freud, o homem se vê diante do fato de que não é soberano dentro de sua própria casa, que não é dono de seus motivos mais profundos e de que pode se enganar quanto ao sentido de suas ações. (p.57)

Hoffmann (2005), ao referir-se à ética da psicanálise, acena para a necessidade de um sujeito em responsabilizar-se por seu inconsciente, retomando a ideia freudiana na qual a responsabilidade diz respeito à coragem de um sujeito em deixar falar o seu inconsciente.

¹⁵ Discorreremos sobre “entrevistas preliminares” mais adiante, ainda no item 5.2 desse capítulo.

Mas como apropriar-se do inconsciente? Como apropriar-se do que desconhecemos e não reconhecemos como nosso? O que diz a psicanálise sobre nossas escolhas e sintomas, para que um sujeito, a partir da lógica de um funcionamento inconsciente, possa apropriar-se de algo que se manifesta como fenômeno e, muitas vezes, inclusive no corpo?

A ética é um tema que vem sendo tratada há muito tempo, inicialmente em tom genérico pela filosofia, disciplina que trata o modo de comportamento moral humano, suas orientações e motivações, fundamentado no dualismo do bem e do mal. Todavia, a psicanálise trata a ética de modo singular, apresentando-nos a ética do inconsciente, a ética do desejo.

Hoffmann (2005), ao falar da ética em psicanálise em seu artigo “Eu devo assumir a responsabilidade do inconsciente”, discorre sobre “a ideia freudiana de que a responsabilidade do sujeito (o analisando) refere-se à coragem de deixar falar o inconsciente” (p. 41), apontando que há uma diferença entre “responsabilidade civil”, “responsabilidade jurídica” e “responsabilidade moral”, mas especialmente enfatizando nesse texto, o sentido moral e psicológico da palavra “responsabilidade”.

O autor inicia seu texto dizendo que a definição psicológica de responsabilidade, “une, num laço de solidariedade, o sujeito a seu ato, o que o coloca na situação de ter de responder por este”, mencionando ainda que “podemos acrescentar a este laço as suas consequências, que lhes são igualmente atribuíveis” e afirmando que “a psicanálise retoma esse vocabulário, invocando a responsabilidade do sujeito do inconsciente e a responsabilidade do psicanalista” (p.41). A partir daí faz uma retomada em Freud e Lacan “para examinar o que da psicanálise permite fundar uma responsabilidade do sujeito” (p.42).

Scotti (2012) em seu artigo “Psicanálise: Uma ética do Desejo”, nos traz reflexões a partir da obra de Lacan, para dizer da responsabilidade de um sujeito por seu desejo inconsciente. Parafraseando o autor em seu seminário sobre a ética, diz:

(...) somos responsáveis por ele, mesmo que inconsciente, somos responsáveis pelo nosso desejo (...) Em última instância, isso significa dizer que “o inconsciente faz parte de nós e que, talvez, ele seja mesmo a nossa própria essência”. (p.57)

Scotti (2012) se interroga a respeito de uma questão bastante presente para que possamos compreender a ética do desejo, ou seja, a ética da psicanálise: “Como podemos responsabilizar-nos por um desejo do qual nada sabemos, que é inconsciente?” (p.58). Que escolhas são essas? O autor discorre, afirmando que a cada sujeito caberá sua própria escolha. Diz:

(...) momento de extrema solidão em que o sujeito se vê, sem escapatória, diante de si mesmo enquanto sujeito responsável por suas escolhas, mesmo que essa escolha fosse justificada por motivos atribuídos a um Outro como dever (...) (P.59)

Guerra, Martins e Ottoni (2014) analisam a relação do adolescente e o ato infracional, apresentando a psicanálise como possibilidade de tratamento no contexto das medidas sócio-educativas, discorrendo sobre a responsabilização do sujeito e apontando a implicação do adolescente em suas respostas, reforçando a afirmação Lacaniana que diz que “por nossa condição de sujeito, somos sempre responsáveis”. (Lacan, 1950/1998, p.873)

As autoras relatam a oferta de espaço onde os infratores possam falar da sua história e seu sofrimento. Esse dispositivo facilita a construção de “algum saber sobre o que determina seus atos e escolhas, localizando na sua história as questões que o envolvem.” (p. 10) Valorizam assim a responsabilização subjetiva, indicando a necessidade de um ato que promova uma incidência na subjetividade de um sujeito para que haja a possibilidade de mudança no modo como esse sujeito se posiciona frente as suas escolhas.

Souza, Peixoto e Moreira (2013) discutem também a responsabilização sustentada pela psicanálise ao abordarem medidas socioeducativas com adolescentes. Nesse percurso, ao analisar as escolhas e posicionamento psíquico desses jovens, as autoras avaliam a importância da escuta pontual e o questionamento desses sujeitos, fazendo claudicar suas afirmações e favorecendo o surgimento de um novo caminho; sobretudo a possibilidade de criação singular como resposta aos protocolos universais. Afirmam que

Ao tomarmos a psicanálise como referencial para pensar a responsabilização dos adolescentes que cumprem medida socioeducativa, acreditamos que é de cada um, em sua singularidade, a responsabilidade pelos seus modos de gozo, por suas escolhas e posicionamento no mundo. Nessa perspectiva, é necessário que uma interrogação, uma pergunta, dirigida a esses adolescentes faça vacilar suas certezas e posição na vida para que se abra a possibilidade de uma nova construção (p.202); a escuta do singular pode operar e se opor a intervenções homogêneas e universais como forma de responder aos protocolos e diretrizes legais. (p.206)

Nesse sentido, a questão da escolha fica bastante evidenciada no momento em que Lacan, em seu seminário sobre a identificação, nos apresenta a fita de Moebius, apontando que “as duas superfícies da mesma, unidas em suas pontas, após uma ligeira torção, mostram uma continuidade entre o dentro e o fora, (...) e por consequência, o passado e o presente” (Lacan 1962 apud Scotti, 2012, p.59), revelando-nos que nosso momento presente reflete nossas escolhas passadas, afirmando que “escolha, ato e desejo são indissociáveis, seja uma afirmação do desejo ou uma recusa dele, o que só poderá ser decidido num depois.” (p.59) O autor diz que:

O desejo aceito ou não, só se revela no presente, o próprio desejo inconsciente, ele está sempre no presente, ele só conhece o presente, como dizia Freud, mas ele acontece em outra cena, (...) o inconsciente, (...) o desejo infantil (...) presente em nossas ações, (...) o “beabá” da Psicanálise. (p.59)

Percebemos, há tempos, uma tendência do sujeito em atribuir a origem do mal-estar e do sofrimento no outro, no mundo externo. Isso confirma o que Freud assinalava em seus textos, como sendo o princípio do desenvolvimento psíquico, o fato de que mantemos o perfeito, o bom, dentro de nós, nossa íntegra identidade, arremessando para fora de nós toda característica danosa e prejudicial.

A clínica psicanalítica é, por si só, o exercício de convocar o sujeito a lidar com seu inconsciente, responsabilizando-se por este, ao mesmo tempo em que possa implicar-se com sua própria história. Guerra, Martins e Ottoni (2014) afirmam

que “o trabalho clínico da psicanálise implica em convocar o sujeito enquanto sujeito do desejo ¹⁶, mas também o engaja com a história.” (p. 13)

Murad (2010) reforça a relação responsabilização do sujeito e ética da psicanálise, afirmando que o analista em sua posição de arguidor do inconsciente, instiga o sujeito a questionar-se e implicar-se no reconhecimento da responsabilização por seu não saber.

Se a responsabilidade do sujeito consiste em última instância, em sua posição de sujeito, e o que a análise busca é uma certa inquietação do sujeito, a possibilidade de implicá-lo de forma a reconhecer essa responsabilidade, vemos que a ética da psicanálise é justamente o que dará sustentação a essa relação. A responsabilidade do analista, seu desejo de saber, enquanto preservando a função do desejo do analista, deixando assim o inconsciente falar, possibilita que o sujeito em análise não mais “ceda” ao seu desejo, mas implicado em seu discurso, é chamado para saber se quer aquilo que deseja. (p.7)

De acordo com Guerra, Martins e Ottoni (2014), a responsabilidade para a psicanálise demanda o engajamento do sujeito, um processo de autenticação como a responsabilização pelo inconsciente. Uma responsabilidade, como já nos dizia Freud (1919), sobretudo “pelo acaso e pelo estranho que nos habita”. (p.14) Deve haver, em suas palavras,

um ato de responsabilização que engaja o sujeito em sua presença no mundo, incluindo o que pode saber e o que esse saber não alcança. É essa a ética da psicanálise, extraída do final do ensino de Lacan (...) Diferente da responsabilização jurídica, ou melhor, não equivalente à responsabilidade moral e jurídica, trata-se, para a psicanálise, de o sujeito assumir sua face obscena e imoral, incompreensível porque irredutível ao saber. (p.13-14)

¹⁶ Termo empregado para designar, ao mesmo tempo, a propensão, o anseio, a necessidade, a cobiça ou o apetite, qualquer forma de movimento em direção a um objeto cuja atração espiritual ou sexual é sentida pela alma e pelo corpo. A realização de um anseio ou voto inconsciente. Lacan conceituou a ideia de desejo em psicanálise a partir da tradição filosófica, para dela fazer a expressão de uma cobiça que tende a se satisfazer no absoluto, isto é, fora de qualquer realização de um anseio ou de uma propensão. (Guerra, Martins e Ottoni, 2014, p.13)

Importante ressaltar a noção de singularidade, que indica que cada sujeito lida com seu inconsciente e suas escolhas de modo muito particular. Segundo Guerra, Martins e Ottoni (2014), para a psicanálise, o sujeito “se responsabiliza pela construção e sustentação de sua singularidade, inscrita no laço social.” (p.21)

Entretanto, podemos refletir sobre a influência de grupos na subjetividade do sujeito singular. Quando pensamos na passagem do texto Freudiano “Totem e Tabu”, no momento do assassinato do pai, os filhos juntos são capazes de enfrentar o que não seria possível individualmente. Atentos à questão da tomada de decisão pelos filhos, em grupo, assumimos uma reflexão trazida por Hoffmann (2005) a respeito do texto “Psicologia de grupo e a análise do ego (Freud,1921)”. O autor discorre sobre a responsabilidade dos sujeitos, evidenciando a interferência que um sujeito pode sofrer em sua singularidade, quando faz parte de um movimento de massa. Nesse texto, Freud (1921) diz da responsabilidade singular do sujeito, ao contrapor à possibilidade de desresponsabilizar-se de si mesmo ao vivenciar a experiência em grupo.

Hoffmann (2005), ao mencionar LeBon, reforça a influência do grupo sobre a singularidade do sujeito, indicando o apagamento singular diante à identificação grupal, mencionando o sentimento de força e coação que um sujeito é capaz de construir a partir da vivência em grupo, isentando-se de sua própria responsabilidade. Afirma que:

Quando se trata da massa, diz Le Bon, o heterogêneo desaparece no homogêneo. A singularidade cede diante do idêntico. O que um sujeito pode ganhar ao se despir assim de sua singularidade? A resposta de Le Bon satisfaz Freud (FREUD, 1921/ 1976, p.98), pois a massa lhe dá um sentimento de poder capaz de suspender o recalamento das pulsões às quais ele não poderia ceder de outro modo. É aqui que Freud introduz a responsabilidade do sujeito, na medida que este sentimento fixa o sujeito. Por outro lado, o anonimato da massa, a causa de sua irresponsabilidade, permite ao sujeito desembaraçar-se de sua própria responsabilidade. O que leva ao desaparecimento da consciência moral ou do sentimento de responsabilidade. Espanto algum para Freud, que já havia reconhecido que o cerne desta consciência é constituído de angústia social. (p.44)

Kehl (2002) discute o tema da ética e responsabilidade chamando a nossa atenção para alguns sintomas contemporâneos como a depressão, apontando para o modo imediatista que nos é apresentada a possibilidade de cura. Relata a necessidade de um sujeito em livrar-se não apenas da angústia, mas de sua responsabilidade em suportar uma “angústia de viver”, demandando cuidados das equipes de saúde, com intervenções rápidas e pontuais, isentando-se de quaisquer questionamentos próprios. Sobretudo, nos convida a refletir que essa indigência em banir a inquietação que nos habita, sem qualquer tipo de indagação de sentido, acaba favorecendo ainda mais o esvaziamento da vida, tornando-a ainda mais insignificante. Em suas palavras:

Se a perda do sentido da existência está na origem da depressão, que é o sintoma emergente do mal-estar contemporâneo, isso é sinal de que o sentido não é um valor inerente à própria vida: é efeito de uma construção discursiva que confere significado ao aleatório, ao sem sentido, à precariedade da existência. (KEHL, 2002, p. 9)

De acordo com Murad (2010) é fundamental que estejamos atentos a escuta dos sujeitos para que não apaguemos sua subjetividade e condição de responsáveis por suas escolhas. O autor aponta que a sociedade contemporânea tem nos apresentado uma forte tendência à desresponsabilização do sujeito e a substituição desta pela medicina e o direito, destituindo o sujeito de sua responsabilidade e apresentando a farmacologia e a lei como solução para o mal-estar. Diz:

Vemos, no entanto, que no momento atual a responsabilidade do sujeito vem sendo medicalizada e juridicalizada. A sociedade contemporânea destituiu do sujeito sua potência, atribuindo seu destino faustoso ou nefasto a fatores que independem de sua ação. Assim, vemos uma cultura de seres ‘impotentes’, cuja angústia é o mal do momento. Portanto, é de suma importância estarmos cômicos do nosso papel enquanto analistas, fazendo prevalecer uma ética que devolve ao sujeito o que lhe é de direito e dever. (p.7)

Em consonância com Scotti (2012), percebemos que o modo como atualmente os sujeitos buscam a satisfação, passa pela noção das posses e conquistas físicas e materiais ou pelo tamponamento da falta e do mal-estar pelo uso de substâncias – lícitas e ilícitas. Desse modo, entendemos a procura frenética pelas fórmulas mágicas de felicidade e resolução de queixas e conflitos, bem como o uso excessivo de psicofármacos na tentativa de eliminar seus sintomas, sem qualquer tipo de responsabilização pela própria história.

Na atualidade, entretanto, se busca o ser pelo ter, pela posse dos bens que são, na verdade, um arremedo do ser que nos falta. Ou então, de uma forma mais direta, o gozo de ser se obtém através do uso das drogas que amenizam o mal estar em nossa cultura, na civilização. Mal estar que não se resolve, pois ele é inerente à cultura e ao próprio humano que é caracterizado pela falta quando este entra no desfiladeiro da linguagem. (p.60)

O autor reforça a temática da depressão, como o mal do século, indicando sintomas psiquiátricos como a renúncia ao próprio desejo. Desse modo, relaciona o desejo inconsciente com o querer saber ou não sobre si, afirmando a relevância do sentido dado a vida por cada um de nós, de modo singular, a partir do reconhecimento e responsabilização pelo desejo. Diz:

Um dos sintomas atuais de nossa cultura diante desse dilema, crise ética mesmo eu diria, é o que se tem chamado de mal do século, a depressão. Junto de tantos outros sintomas tratados pela psiquiatria com toda pletera de psicofármacos que o serviço dos bens coloca a disposição do sujeito contemporâneo (...) a depressão é um caso exemplar de como o sujeito é colocado diante da questão ética, a partir da pergunta: “agiste conforme o desejo que te habita?” (...) A paixão da ignorância (...) do não querer saber que, paradoxalmente, se mostra num “tudo querer saber” através da internet, da mídia, da ciência médica que poderia nos dar a pílula da felicidade, (...) na depressão, o sujeito desiste de tudo isso, a vida não tem mais sentido. E ele tem razão: não há nenhuma razão na vida a não ser aquela que damos a ela. Contudo, ao mesmo tempo, o depressivo se engana, o vazio que ele sente não é aquele dos bens que deixaram de fazer sentido, mas o do desejo que ele não reconhece em si mesmo. (p.58)

Scotti (2012) discorre sobre o desejo humano, indicando o conflito inerente ao sujeito faltante e a impossibilidade de realização do desejo por completo. Em suas palavras:

todo desejo humano é conflitioso ou, ao menos, está fadado à insatisfação na medida em que é desejo de outra coisa, (...), ou seja, é sempre o desejo por algo substitutivo ao objeto proibido. Mais do que isso, objeto impossível, na medida em que, enquanto seres falantes, nunca alcançamos aquilo que demandamos (...)

E o que fazer com essa interdição? Como lidar com essa incompletude que muitas vezes nos traz sofrimento, contribuindo para a patologização de muitos sintomas? Temos visto que a Psicanálise nos aponta para a responsabilização pelo próprio inconsciente e desejos, a implicação em nossos sintomas, nossas queixas, nossa própria história.

Scotti (2012) nos assinala a importância em nos interrogarmos sobre o nosso próprio desejo, afirmando que é essa a ética do desejo, a ética da psicanálise. É poder ser como sujeito, responsabilizar-se pelo inconsciente. Assim, comenta:

O que podemos fazer, a partir de Freud, ou melhor, o que temos a fazer é, ao menos, nos interrogarmos sobre o nosso desejo. É a isso o que nos conduz uma ética do desejo, noutras palavras, a Psicanálise (...) Portanto, poderíamos dizer que o remédio que a Psicanálise propõe para a depressão e outros males da nossa atualidade, é o desejo. Na verdade, que nos interroguemos sobre o nosso desejo. Mais do que isso, que nos façamos responsáveis por nosso desejo. (p.58)

Hoffmann (2005, p.45), citando Lacan em “A ciência e a verdade”, menciona a importância da implicação do sujeito na desordem de que se queixa, ou seja, sua participação subjetiva no sintoma. Diz:

Nessa parte de gozo encontra-se a participação do sujeito, e ela implica a questão da escolha, assim como Freud fala da escolha da neurose e até mesmo da recusa da cura. Podemos agora dar um salto com Lacan, e reconhecer que “por nossa posição de sujeito, somos sempre responsáveis” (Lacan, 1966, p.858)

Rosa (2016) comenta essa passagem discutindo uma possível diferença entre os conceitos de “responsabilidade” e “responsabilização”, apontando a responsabilização como termo mais indicado para pensar a implicação do sujeito a partir da ética da psicanálise. Assim, define que:

A noção de responsabilidade e responsabilização, com as ferramentas da psicanálise, focaliza a responsabilização em registro distinto da culpa ou da punição, a tensão entre responsabilização individual e coletiva e a responsabilização à revelia da captura na lógica do indivíduo. Entendemos responsabilidade como o compromisso do sujeito e do campo social com as leis construídas para gerir o campo social, assim como com as respostas à lei construída como uma moral social (tempo de compreender). Já a responsabilização refere-se ao exercício ético/político de posicionar-se no laço social sustentando um pacto que garante não só a contenção de excessos, mas também um lugar para a alteridade e a diferença. (p.165)

De acordo com Elia (2016) a responsabilização implica em assumir uma determinada situação ou ato e, deste modo, a possibilidade de dar uma resposta. Diz que:

Responsabilizar-se é ser capaz de responder, é trazer para si a função da resposta por determinada situação ou ato. É, portanto, assumir um ato como seu. Podemos acentuar isso no plano ético e dizer que, quando responsável, um sujeito assume seu ato sem compartilhar, relativizar ou lotear esta responsabilidade com outros. (s/p)

Após afirmar que “o campo do sujeito é o campo da responsabilidade” e, sendo assim, cada sujeito deve responder pelos seus atos, Elia (2016) comenta duas passagens Lacanianas a respeito da responsabilização. A primeira trazendo a conhecida afirmação que diz que somos sempre responsáveis por nossos atos relacionando à nossa condição de sujeitos e a segunda que somos responsáveis por situações que de alguma maneira ainda não podemos responder. Assim, assegura que:

Vou tomar duas frases de Lacan, sobre a responsabilidade. Em uma ele diz: “Por nossa condição de sujeito, somos sempre responsáveis”. Em outra, diz: “Só podemos nos responsabilizar por algo que não podemos ainda responder” A primeira, aparentemente mais clara, diz que, querendo ou não, sabendo ou não, o sujeito é sempre responsável por sua condição. A segunda, menos evidente, diz que o ato pelo qual o sujeito se faz responsável diz respeito a uma situação que ele não domina, que não lhe é clara e nítida, em que ele não sabe de alguma coisa: só posso me responsabilizar pelo que não entendo ainda bem, pelo que não sei bem fazer, ainda, e por isso mesmo digo que é comigo mesmo, que sou eu que tenho que fazer algo ali. (s/p)

Dunker (2019) em seu texto culpa, responsabilidade e implicação, aponta a importante diferença entre culpa e responsabilidade. Indica que a culpa nos remete ao delito, negligência, mesmo quando apartado da ideia de intencionalidade e premeditação, nos mantendo no lugar de não-responsabilização, reparação ou desculpas. Afirma também que, culpar os outros para aliviar-se é parte de um funcionamento humano comum, entretanto o culpabilizador sente-se como vítima do mundo, injustamente desprezado e pouco amado pelos outros. Diz:

Lembremos que culpa possui um sentido relativamente ambíguo de delito, vício ou erro. Mesmo na esfera jurídica a ideia de culpabilidade remete à negligência, imprudência ou imperícia, diferindo da ideia de dolo que traz consigo intencionalidade, premeditação e motivação (s/p)

E mais:

(...) na solidão de seu travesseiro o culpabilizador compulsivo se sente, ainda assim, vítima do mundo, desprezado e injustamente pouco amado. Um dos traços mais constantes da culpa enquanto sentimento conservador e não transformador é que ela não demanda reparação, desculpas ou reposicionamento. Ela demanda ódio, convicção e confirmação de identidades. (s/p)

Souza, Peixoto e Moreira (2013), no texto “Culpa e responsabilização subjetiva: enlaces da psicanálise com o direito no acompanhamento de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa”, apontam a dificuldade de falar sobre culpa em Freud pelo fato do fundador da psicanálise não ter apresentado um estudo sistematizado sobre esse tema. Entretanto, indicam a diferença entre a

responsabilização dos pontos de vista jurídico – enquanto “imputação de uma pena” – e psicanalítico, “associada a uma posição subjetiva” (p.201)

Nesse artigo, as autoras apresentam a “responsabilidade em sua vertente subjetiva, relacionando-a ao sentimento de culpa presente no fundamento do laço social, ou seja, aquele que faz borda às pulsões e traz o reconhecimento da alteridade” (p.198). Nesse sentido, mencionam o texto Freudiano de 1930 “O mal-estar na Civilização” para dizer da agressividade como energia original na humanidade, e a necessidade “imprescindível que ocorra a introjeção da agressividade que aparecerá como sentimento de culpa” (p.200). Pois então discorrem que:

Ao associar o sentimento de culpa ao desamparo, Freud (1930/1996) esclarece a íntima relação da culpa em sua acepção socializante com a manutenção do laço social (...) Para o autor, a origem da culpa se encontra no desamparo primordial. Uma pessoa se sente culpada quando faz algo que julga ser mal, sendo mal tudo aquilo que põe em risco o amor do outro e faz com que o sujeito se sinta sozinho e desamparado. (...) A agressividade que poderia ser externalizada pelo indivíduo em suas relações sociais é internalizada e transformada em culpa. Nesse sentido, podemos afirmar uma acepção de culpa na teoria freudiana que atua como um dispositivo socializante, como um modo de relação com a alteridade. (p.201)

Ao falar sobre a responsabilização, Dunker (2019) associa à ideia de pergunta e resposta defendendo que uma resposta sempre prevê uma pergunta e que a capacidade de questionamento sobre os nossos atos define o campo da ética em psicanálise, sustentando também que o questionamento convoca o sujeito à implicação, ao posicionamento diante de uma situação, exigindo um trabalho de reconstrução da experiência. Apresenta a opinião de que,

Responsabilidade provém da ideia de resposta, e quem diz resposta presume pergunta. De fato, esta capacidade de questionar-se sobre os fins e os meios de nossos atos é que o define o campo da ética. (...) Enquanto a culpa individualiza, tanto na autoria do ato, quanto na tipificação do crime, a responsabilidade convoca a resposta, convida a posicionar a pergunta e envolve um trabalho coletivo. Este é o trabalho de reconstrução ou de reparação da experiência, sendo esta necessariamente um bem comum, com o qual construímos relações. (DUNKER, 2019, s/p)

Na prática clínica percebemos que a culpa é algo muito presente, a qual não podemos avaliar, sob o risco de reforçar uma posição de satisfação já presente no funcionamento psíquico de muitos dos nossos pacientes, corroborando para a não-responsabilização do sujeito. Dunker (2019) garante que a culpa nos isenta da responsabilidade, evidenciando que

muitos pacientes apresentam-se à análise sedentos pela culpa, seja de si, seja do outro. Imaginam que o tribunal psicanalítico lhes oferecerá mais um fragmento de satisfação para o que já vêm praticando em suas vidas (...) ao nos atermos à consagração da sua culpa, podemos indiretamente isentá-lo da responsabilidade pela sustentação da situação (...) Este é o segundo efeito patógeno e imobilizador da culpa: ela acaba nos aliviando da responsabilidade. (s/p)

Deste modo, podemos pensar a questão Freudiana em relação à nossa responsabilidade naquilo que nos queixamos de formas distintas: culpabilizando e vitimizando o sujeito, ou implicando-o nas suas escolhas em lidar com os acontecimentos da sua vida.

(...) qual a parte que lhe cabe na miséria da qual você se queixa? Se lermos este movimento como uma imputação de culpa, Freud está sendo leniente com o pai e culpando a vítima. Se lermos este movimento como uma convocação de responsabilidade vemos que Freud está perguntando, sartreanamente, o que fazer como o que os outros fizeram com você. Mas se entendermos que o fundamental desta intervenção é produzir implicação, veremos que isso é o mais difícil de obter na vida, na política e no amor. (DUNKER, 2019, s/p)

Sobretudo, nos acena para o ato clínico em psicanálise, que caminha na direção da responsabilização – quanto implicação – como a nossa grande chance de reparação e construção de um futuro diferente; no momento em que um sujeito rompe o ciclo de culpabilizar o outro, deixa de vitimizar-se, podendo assim construir um novo lugar no laço social. Assim, o autor nos atenta à desconexão da relação culpa/responsabilidade, atribuindo à implicação como possibilidade de transformar no presente, o passado em um futuro diverso; um processo de reflexão e ingresso à liberdade.

Aqui a diferença é crucial porque enquanto se pode obrigar alguém a ser culpado ou reconhecer discricionariamente a culpabilidade, a responsabilidade é efeito de uma produção ética que nos transporta para outro plano de compartilhamento do mundo (...) a implicação presume que tanto a culpa quanto a responsabilidade estão subsumidas; elas foram, por assim dizer, ultrapassadas e incorporadas. A implicação é um termo que vem da lógica e se refere ao tipo de relação que se pode ter com a verdade (...) a pergunta relevante, clinicamente falando, passa pela disjunção entre culpa e responsabilidade, mas ela se fixa, decisivamente, em um terceiro ponto que é a implicação. Se a culpa é com o passado e se a responsabilidade emana da possibilidade de compartilhar a experiência presente, a implicação, como movimento do desejo, parte do presente, vai ao passado e projeta-se para o futuro. A implicação não apenas individualiza, repara, reconstrói ou compartilha, ela cria uma espécie de compromisso com um novo mundo possível. (DUNKER, 2019, s/p)

Rosa (2016), em seu livro “A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento”, faz uma reflexão da questão ética, estabelecendo uma visão progressista para além da relação “vítima / culpa”, propondo um novo compromisso teórico e prático com a construção da responsabilidade individual, desconstruindo a lógica da vitimização. Em suas palavras:

A vitimização, de forma paradoxal, aprisiona o sujeito a uma queixa infinita e, fixado e enrijecido em uma posição, acaba por ficar apartado de qualquer implicação com sua própria narrativa (...) Tal adesão a um discurso que se repete cada vez que a cena é relatada indica se tratar de uma eterna demanda de reconhecimento, além de configurar-se como uma tentativa de confirmar a existência de um bem natural capaz de reencontrar uma harmonia perdida. (p.147)

Nesse sentido, faz também referência aos saberes pré-estabelecidos, não somente filosóficos na direção do Bem-Supremo, mas sobretudo da Lei. Assim, discorre sobre o risco da submissão incondicional à lógica do Direito, que frequentemente reforça uma posição dualista vítima/agressor, impossibilitando o reconhecimento e implicação de cada sujeito em sua posição psíquica. Menciona:

A adesão a um saber já produzido (as certezas do discurso do Direito) torna opacas as possíveis produções de saber do sujeito e o confina ao beco escuro da repetição e ao gozo masoquista. Uma configuração tal que leva por vezes os operadores da lei a acreditarem ser aptos a fornecer condições que podem promover a sutura de um sujeito estruturalmente dividido. É justamente essa armadilha que pode ser advertida pela psicanálise, pois para ela trata-se da busca de uma resposta impossível. (ROSA, 2016, p.149)

Rosa (2016) insiste em sua argumentação em relação ao discurso totalitário, apontando o potencial deste em apreender o sujeito na posição da não-responsabilização, dificultando o processo de implicação deste em seu ato. Diz:

(...) pensamos que a distorção promovida nos discursos totalitários potencializa e faz coincidir o ideal do eu com o objeto de gozo, dando a ele uma solidez estática que fascina e, aliada ao supereu, paralisa os processos criativos e desresponsabiliza o sujeito da apreciação própria e de seu compromisso. (p.166)

Segundo Rüdiger (2013) é necessário um cuidado com a temática da responsabilização e o discurso jurídico, por se tratar de questões distintas. Ao mesmo tempo que o direito inocenta legalmente uma pessoa, contribui para sua não-responsabilização como sujeito, em seu ato. Já para a psicanálise, a relação com a responsabilização é um pouco diferente, não relacionada à ordem da lei jurídica; mas à lei da responsabilidade pelo inconsciente, baseada na ideia do livre arbítrio, podendo inclusive responsabilizar psiquicamente os inimputáveis pela lei.

Souza, Peixoto e Moreira (2013) tocam nessa questão apontando a responsabilização como criação a partir de questionamentos que possibilitem construir um novo saber a respeito daquilo que ainda não foi simbolizado. Desse modo, afirmam:

acreditamos que para ocorrer a responsabilização subjetiva é necessário mais do que o consentimento pela sanção imposta, é fundamental que o sujeito seja capaz de reconhecer a si e ao outro em uma dimensão alteritária (...) O foco é a responsabilização enquanto uma construção que se faz em torno do que não se pôde ainda por em palavras (p.206)

Elia (2016), ao refletir a saúde mental e as questões sociais, segue na mesma direção discutindo os possíveis equívocos em relação aos saberes pré-estabelecidos e ao discurso totalitário, onde a ordem moralista contribui para o não reconhecimento e implicação do sujeito em seus atos, potencializando o risco da submissão do sujeito e sua fixação na posição da não-responsabilização. O autor afirma que:

Uma primeira confusão que podemos fazer é tomar a ideia de responsabilidade no plano moralista, que, como se sabe, é avesso à verdadeira razão moral. Se me responsabilizo pela doença mental, ou pela pobreza, ou por qualquer situação de exclusão social, no sentido de explicar ou justificar a referida condição de exclusão por fatores exteriores ao sujeito implicado na situação, então estou na verdade excluindo o sujeito de sua responsabilidade, repetindo, no plano social, o gesto da Ciência, hoje tão fortemente em alta, em sua vertente reducionista. (s/p)

O autor defende que muitas vezes, em nome do bem e da defesa dos excluídos e vitimizados, colaboramos para a desresponsabilização do sujeito. Afirma que não podemos simplesmente atribuir o papel de vítima da sociedade aos sujeitos de algum modo excluídos, pois, agir assim seria um grande equívoco e culminaria na ratificação da posição de vítima, cooperando para a não-responsabilização do sujeito por sua história. Sugere, sobretudo, que sequer podemos avalizar à esse sujeito o lugar de vítima da família ou da infância, sustentando que independente do que nos é apresentado pelo mundo exterior, sempre fazemos escolhas pelas quais devemos nos responsabilizar.

Considerar os fatores histórico-políticos, econômicos e ideológicos que promovem a exclusão de vários segmentos da população não significa situar os excluídos como vítimas da sociedade. Análogo a este equívoco é aquele que comete alguns psicanalistas, quando situam o sujeito adulto, em sua condição patológica, como vítima da infância ou da família (...) No plano do sujeito, é preciso que cada um se responsabilize mesmo daquilo que lhe é exterior no sentido social ou individual do termo. Se excluimos o sujeito de sua responsabilidade, nós o mantemos, sob pretexto de ajudá-lo e de lutar contra sua exclusão, sob a tutela de nossa responsabilidade, nós o desresponsabilizamos, e o mantemos alienado de sua condição, tutelado, dependente de nós. (ELIA, 2016, s/p)

Elia (2016) assegura ainda a relevância da responsabilidade do profissional em seu ato clínico e que esse ato é de importância fundamental para o sucesso do tratamento e o modo como o paciente poderá ou não apropriar-se de sua responsabilidade. O autor sustenta que o ato do profissional de saúde deve ser cauteloso para não seguir um caminho excessivamente permissivo e educativo pois a permissividade avaliza a desresponsabilização do sujeito. Desse modo afiança:

O profissional deve responder por seu ato. No caso do ato clínico, sua resposta não deve ser disciplinar, educativa, nem, por outro lado, permissiva, no sentido em que toda permissividade abole a responsabilidade do sujeito em se autorizar (...) Tomada de responsabilidade implica, portanto, uma noção de autorização que seja contrária à da autoridade permissiva ou proibitiva. (s/p)

De acordo com Souza, Peixoto e Moreira (2013) o psicólogo orientado pela psicanálise deve estar atento à escuta singular do sujeito, implicando-o na sua vida como autor de sua própria história. Para isso o clínico deverá abster-se de seu saber e, fazer emergir o saber do sujeito escutado, convocando-o a responsabilizar-se por seu inconsciente, promovendo uma possível mudança subjetiva. Afirmam que

o que orienta a prática da psicanálise é a escuta que o psicólogo faz de cada sujeito, convocando-o a ser protagonista de sua história (...) falar a um outro, principalmente, quando esse outro não se autoriza em saber, previamente, sobre aquele que fala, é um convite para refletir e a possibilidade de uma mudança subjetiva (...) É a partir da escuta do sujeito do inconsciente que podemos dizer da possibilidade de se trabalhar a responsabilização subjetiva que implicará nas saídas construídas por cada um a partir do que lhe é singular (p.204-205)

Nesse sentido, Elia (2016) ampara a ideia de que a responsabilização do profissional por seu ato depende de uma coragem em assumir a necessidade de uma resposta, mesmo quando a conduta ainda não esteja clara para quem a realiza e que muitas vezes essa resposta poderá acontecer como uma pergunta, ou mesmo um silêncio. Em suas palavras:

Será que responsabilidade é competência? Ou é muito mais do que isso, ou seja, capacidade e coragem de assumir que, mesmo sem saber o que fazer ou dizer, uma resposta está sendo necessariamente dada. E é muito pior negar isso. É preciso dar a resposta, (tomar em responsabilidade), assumi-la como tal, mesmo – e talvez sobretudo – no não-saber (...) Todo apelo pede resposta, mesmo que esta seja o silêncio, ou uma pergunta. O que é menos evidente é que todo apelo obtém resposta, mesmo que seja a mais completa omissão. Respondemos, querendo ou não, sabendo ou não disso. Isso é diferente de tomar em responsabilidade, que é um ato pelo qual quem responde sabe disso, e o faz assumindo isso, não permanecendo simplesmente embutido no inexorável da coisa. (s/p)

Hoffmann (2005) aponta o texto Freudiano de 1926 “A análise leiga”, articulando a questão da responsabilização do sujeito com o “não quer curar-se de sua doença”, advertindo o leitor a respeito do que Freud dizia sobre a “unidade perdida do Eu”, referenciando-o:

“O doente quer certamente se curar, mas ao mesmo tempo ele não quer.” Ele não pode “elaborar uma vontade unificada”, senão ele não seria neurótico. O Eu (moi) do neurótico é o lugar do retorno do recalçamento pulsional contra o qual ele não pode lutar, o que faz com que esse seja o lugar do desconhecimento: “ele não sabe habitualmente nada” sobre o pulsional que ocupa. (p.44)

O autor assinala também para o ganho secundário de uma doença, afirmando que:

Freud prossegue o diálogo retomando o exemplo da reação terapêutica negativa que se opõe à cura, preferindo os benefícios secundários da doença (o gozo da doença). (HOFFMANN, 2005, p.44)

Murad (2010), ao mencionar Freud nesse mesmo texto, retifica a questão da responsabilidade do sujeito e sua insistência em defender sua doença, dizendo que “o paciente que sofre e queixa-se de seus males a ele, no entanto, não quer ser curado” (p. 6), ratificando a existência dos ganhos primários e secundários da doença. Citando Freud (1926) em “A questão da análise leiga” afirma que “eles se

queixam da doença, mas a exploram com todas as suas forças; e se alguém tenta afastá-la deles, defendem-na como a proverbial leoa com seus filhotes.” (p.252)

Rüdiger (2013), sustentada por Freud, afirma que os conflitos infantis continuam presentes na vida adulta, já que a infância não pode ser considerada apenas uma fase do desenvolvimento de um sujeito que será finalizado ao atingir a idade adulta. A criança, desde muito cedo, vivencia sua sexualidade infantil, isentando-a da inocência e fazendo do infantil algo da ordem natural do desenvolvimento humano, que permanecerá por toda a vida.

De acordo com Scotti (2012), a partir da invenção da psicanálise com Freud, somos também responsável por nossa criança interior. Se todo desejo é desejo infantil que está presente em nossas ações, somos não apenas responsáveis por nosso comportamento, nossas escolhas, nossas ações, mas também pelo inconsciente e por nosso desejo, pela criança que nos habita.

Essa outra cena é o inconsciente, que é sempre coalescente ao consciente conforme ilustra a fita de Möebius e essa outra cena, não nos furtaremos a nomeá-la, é o infantil. O desejo infantil está sempre presente em nossas ações (...) Mesmo que ele não seja adequado à nossa condição de adultos, mesmo que ele tenha que encontrar substitutos que, muitas vezes, não nos sejam tão, favoráveis assim? A Psicanálise, inventada por Freud, inaugurou uma nova ética que nos faz responsáveis, inclusive pela criança que habita em nós e, que nos faz agir, algumas vezes, de forma “irresponsável”. Pois o que dizer de algumas formas de comportamento do homem moderno, baseadas em ideais fundamentalmente narcísicos? A busca frenética pelo poder, pelos bens do capital, pela eterna beleza, o gozo descartável que coloca em risco a sobrevivência da própria espécie e do planeta, nos faz responsáveis até mesmo pelo lixo, pelos restos que cada um produz e pelo destino que se dá a eles. (p.59-60)

Hoje, nesse mundo contemporâneo em que vivemos, para além do que já se esperava tempos atrás, somos instigados a acreditar na promessa de felicidade, no acordo do bem, um bem que acaba por ocupar uma posição de barreira ao desejo inconsciente (Lacan, 1988[1959-60]). Sobretudo, retomamos a pergunta Lacaniana, reforçando a afirmação sobre a relevância da responsabilização do sujeito para com seu inconsciente e mal-estar, a impossibilidade da completude tão sonhada. Concordando com Scotti (2012):

Então, para além da dimensão inconsciente de nosso desejo que não nos tira a responsabilidade dele, a questão que nos coloca Lacan - “agiste conforme teu desejo?” - também nos coloca diante da responsabilidade pelo mal estar que advém da falta, a qual nenhum, bem, posse, ou realização humana será capaz de elidir, pois é, a partir dela mesma que nos tornamos humanos. (p.60)

Nesse mesmo pensamento, anuímos com Rüdiger (2013) entendendo que não há para a psicanálise uma cura definitiva como afirma a lógica médica; isso porque para a psicanálise não há como pensar a cura do mal-estar na civilização.

Voltemos então à implicação do sujeito em sua queixa, no caso da nossa pesquisa, a implicação da mulher na situação da violência.

5.1.2 – IMPLICAR-SE: A EXPERIÊNCIA DA VIOLÊNCIA VIVIDA DE MODO SINGULAR POR CADA MULHER

No trabalho que discorre sobre contribuições mútuas na relação “Psicanálise, Saúde e Instituição”, a partir da presença do psicanalista no campo da saúde, Moretto (2019) nos apresenta uma leitura do sofrimento dos sujeitos nas instituições de saúde, apontando a abordagem psicanalítica na vertente clínica, assinalando a “importante diferença entre adoecimento enquanto acontecimento de corpo e adoecimento enquanto experiência singular” (p. 57), ressaltando as diferentes possibilidades nas relações estabelecidas por cada paciente com sua doença. Afirma que:

entre as noções de acontecimento e experiência (...) entenda-se por “acontecimento” aquilo que se refere ao fato. O adoecimento propriamente dito. Por “experiência”, proponho que entenda-se a dimensão subjetiva do fato. (p. 58)

Nesse contexto, a autora chama a atenção do leitor para o fato de que psicanalistas são profissionais da experiência. Certamente trabalhamos a partir dos acontecimentos e de suas consequências, no entanto, é a experiência na relação de cada sujeito com o acontecimento em que vivencia, que nos possibilita abordar o sofrimento psíquico de cada pessoa.

Isso nos remete à violência doméstica e o tipo de relação que cada mulher estabelece não apenas com a situação violenta, mas com o ciclo da repetição. Parece-nos que a violência contra a mulher vem sendo vista, com frequência, como acontecimento.

Seria então necessário investigarmos que tipo de experiência cada mulher estabelece com os acontecimentos da violência e do ciclo de repetição, uma possibilidade de construção do caminho para a subjetivação, a passagem do fato à experiência.

Segundo Moretto (2019), do ponto de vista metodológico da clínica psicanalítica, tampouco a vertente imaginária do acontecimento, como o sentido dado ao mesmo é interesse em nossa investigação e intervenção. Para a autora, a direção do nosso trabalho é justamente na construção dessa passagem do acontecimento à experiência, momento no qual ocorre a implicação do sujeito. Em suas palavras:

Do ponto de vista metodológico, na abordagem clínica psicanalítica, não é o acontecimento, nem a vertente imaginária (sentido) do acontecimento, o alvo de nossa investigação / intervenção. A direção do tratamento é esta: do acontecimento à experiência. O modo pelo qual cada um vai lidar com o acontecimento não está apenas associado à natureza do acontecimento em si, mas às condições subjetivas dessa pessoa, na relação com o acontecimento (...) É na relação com o analista que o paciente vai poder tratar de sua doença como acontecimento de um corpo que é o dele e que, portanto, só por ele pode ser falado (...) A clínica psicanalítica, então, é essa que proporciona a passagem do acontecimento para a experiência ou, dito de outro modo, essa que constrói o caminho para a subjetivação, que eleva o acontecimento, passível de ser descrito, ao estatuto de experiência que produz saber singular. (p. 58)

Nesse sentido, no atendimento à mulher em situação de violência, o trabalho do psicanalista distingue do psicólogo. Sobretudo, defendemos que mesmo para o

psicólogo clínico, trabalhando na vertente do imaginário (investigando e atribuindo sentido ao acontecimento), é imprescindível que considere a repetição da violência como um dado clínico a ser investigado, possibilitando às mulheres um sentido próprio para sua repetição, diferente umas das outras, quando cada mulher possa atribuir um significado pessoal ao acontecimento da violência em sua história.

Deslocando esse método clínico da saúde para o serviço de assistência à violência contra a mulher, com essa lógica nos propomos a pensar o fenômeno da violência como acontecimento; enquanto que na experiência, a posição como cada mulher se relaciona de modo singular com a situação violenta, bem como com a repetição da situação. Nesse caso, o método clínico psicanalítico possibilita, na mulher, uma mudança de posição discursiva ao falar da repetição na situação violenta, momento em que “sai do lugar de objeto que compõe a cena de um acontecimento para a posição subjetiva de sujeito de uma experiência, apropriando-se do acontecimento, tornando-o uma experiência de vida”. (MORETTO, 2019, p. 62)

Retomando o questionamento, em sua função de promover a implicação de cada sujeito em sua própria história, falemos da mulher e sua relação com a culpa. Como mencionado anteriormente, “culpa” é um significante que infere significados diferentes para cada pessoa e pode ser também uma oportunidade de investigação clínica.

O que faz com que uma mulher sinta-se culpada na relação de violência?

Temos visto que o trabalho de conscientização e empoderamento dos serviços de atenção à mulher, segue também na mesma direção nessa temática da culpa, no sentido de elevar a auto estima, fortalecendo e ajudando as mulheres na desconstrução do sentimento de culpa, responsabilizando o homem agressor como o culpado da situação.

Nesse caso, podemos nos questionar: será que desconstruir esse sentimento de culpa na mulher, responsabilizando o agressor, contribui para que a mulher possa enfrentar essa situação de violência? Existiria um culpado, seja a mulher ou o homem? Por quê não pensarmos na implicação de cada uma das partes – vítima e agressor – nessa relação violenta? E mais... Por quê não tomarmos o “sentimento de culpa” vivenciado por cada mulher como oportunidade de acesso à subjetividade, uma vez que promovendo a fala singular, podemos favorecer que cada mulher

possa contar-se, em sua experiência singular, na sua própria relação do sentimento de culpa com a violência?

A psicanálise vai nos trazer claramente a distinção entre a culpa e a responsabilização, defendendo a iatrogenia da culpa e valorizando a importância da responsabilização no processo de subjetivação de um sujeito. Enquanto a culpa, diretamente relacionada com a moral paralisa um sujeito; a responsabilização nos mobiliza, impulsionando-nos.

Ademais, quando pensamos a mulher na situação violenta, percebemos que o sentimento de culpa, ao ocupar funções distintas para diferentes sujeitos revela o que é próprio de cada mulher, a sua relação com esse significante “culpa” – algo que diz da sua subjetividade, de seus afetos. Uma mulher, ao falar do seu sentimento de culpa, poderá entrar em contato com seus afetos ao dizer desse sentimento próprio na experiência da relação violenta.

Deste modo, podemos concluir que uma mulher que sente-se culpada pela situação violenta, pode sentir-se errada, transgressora, condenada e paralisar-se ao remoer o próprio erro, apresentando dificuldade para sair dessa posição. A culpa traz consigo um mal-estar, a sensação de fracasso irreparável, resultando em possível bloqueio e paralização e dificultando a ação de uma mulher em situação de violência.

No entanto, nos parece pouco eficaz desconstruir o sentimento de culpa apresentado por uma mulher em situação de violência, de modo que a isente também do questionamento e implicação na história por ela vivida.

Parece-nos pouco eficaz desconstruir o sentimento de culpa apresentado por uma mulher em situação de violência, apenas culpabilizando o agressor. É preciso pensarmos a responsabilização em ambos os integrantes dessa relação (o par homem/mulher) como possibilidade de questionamento e de mudança.

De acordo com Dunker (2019), ao refletirmos sobre a responsabilização, associamos a ideia de pergunta e resposta, onde a resposta surge a partir de uma pergunta – essa que define o campo da ética em psicanálise, o questionamento – que convoca um sujeito a posicionar-se frente a uma situação qualquer, exigindo um trabalho de reconstrução da experiência vivida. Sobretudo, no ato clínico em psicanálise, que caminha na direção da responsabilização enquanto implicação,

promove-se grande chance de criação de um futuro diferente e a possibilidade de um novo modo de laço.

Desse modo, uma mulher em situação de violência, ao reconhecer-se em sua posição subjetiva desvinculada da culpa (seja a sua própria culpa ou a culpabilização do agressor), cria a possibilidade de transformar no presente, o passado em um futuro diferente.

De acordo com Rosa (2016), podemos também discutir essa relação vítima/agressor, observando os saberes pré-estabelecidos apresentados pela Lei. Entendemos bem, e apoiamos, a lógica jurídica orientada pela punição do agressor culpado e o cuidado à mulher vitimizada.

Contudo, é preciso atenção especial quando se trata de uma assistência psicológica à mulher em situação de violência, já que esse entendimento da vitimização da mulher pode fazer com que ela fique incondicionalmente submetida à lógica do Direito, reforçando uma posição dualista vítima/agressor, impossibilitando-a do reconhecimento e implicação em sua experiência singular na posição de vítima.

A responsabilização, “ato ou efeito de se responsabilizar-se” nos aponta a ação de um sujeito em tornar-se responsável por seus atos – sejam estes bons ou ruins, positivos ou negativos – suas escolhas singulares, distintas a cada sujeito, e que trarão consequências diversas. Para a psicanálise, tornar-se responsável inclusive por nossas escolhas inconscientes.

Importante ressaltar que a oportunidade de cada mulher em responsabilizar-se por sua história de vida, por implicar-se na situação violenta vivida, também faz-se por escolha. Portanto, não somos nós quem atribuí a responsabilidade à uma mulher, já que é também uma escolha de cada uma delas questionar-se (ou não) a respeito da própria vida e perceber-se (ou não) responsável por suas escolhas.

A responsabilidade mobiliza a tomada de decisões e o consentimento das consequências dessas escolhas. Assim, se uma mulher puder vivenciar de modo sadio a experiência da responsabilização, tem a chance de decidir sobre determinada situação. Logo, no momento em que conseguimos diferenciar culpabilização e responsabilização, podemos desenvolver uma experiência saudável em relação à responsabilidade, favorecendo um lugar de escuta onde as mulheres possam implicar-se em sua situação, sem sentir-se culpadas.

Se, em algum momento passado fizemos escolhas que nos trouxeram aos problemas atuais dos quais nos queixamos, podemos hoje fazer escolhas diferentes, novas escolhas que poderão nos levar a novos destinos, novas experiências. Desse modo, uma mulher vivendo na situação de violência, ao implicar-se em sua história e reconhecer-se responsável por suas escolhas pode implicar-se pela escolha feita – em algum momento passado, quando do início do relacionamento – e decidir-se por um novo destino, responsabilizando-se pela mudança, no presente, para um futuro diferente.

Nos aprofundando um pouco mais no legado de Freud e, refletindo a respeito das escolhas que cada sujeito faz ao longo de sua vida, devemos considerar também que as escolhas, mesmo que conscientes, são sustentadas por escolhas inconscientes, nos trazendo de volta a questão de que “não somos donos de nossa própria morada”.

Quando Scotti (2012) faz referencia à metáfora do “iceberg”, tenta nos mostrar que para o pouco que sabemos sobre nós mesmos, nossa consciência – a parte de gelo que fica aparente e fora da água – temos também uma outra parte, em proporção ainda maior e desconhecida debaixo d’água, nosso inconsciente. Assim estamos divididos entre o que sabemos e o que desconhecemos a nosso respeito. Assim se apresenta a lógica das nossas escolhas, parte consciente e parte inconsciente.

E o que pensar então dessas escolhas? Certamente, que muitas vezes não sabemos muito bem o porque escolhemos isso, em detrimento daquilo.

Isso acontece com variadas escolhas que fazemos ao longo da nossa vida. Ao escolhermos uma profissão, por exemplo, parte a fazemos conscientemente, refletindo sobre nossas preferências e ponderando situações imaginárias futuras. Contudo, parte dessa escolha ocorre por motivos que nem sempre sabemos o porquê.

O mesmo ocorre com nossas relações pessoais. Escolhemos nossos pares amorosos por afinidade, por circunstâncias, pelas características físicas que nos atraem e muitos outros determinantes, entretanto, pouco sabemos conscientemente, as razões das nossas escolhas amorosas. Muitas vezes não somos capazes de responder porque escolhemos “x”, e não “y”; não somos capazes de responder porque nos atraímos por uma determinada pessoa; não somos

capazes de responder nem mesmo porque nos atraímos física e sexualmente por um sujeito do mesmo sexo ou de sexo oposto. Só sabemos que sentimos (ou não) atração por outras pessoas, sem entender muito bem o porque. Isso nos lança novamente ao lado obscuro de cada um de nós, justamente o que desconhecemos a nosso respeito, certamente esse inconsciente que se apresenta de modo misterioso em nossas escolhas.

Ao escutarmos mulheres em situação de violência nos questionamos a respeito dessa escolha. Entendemos que quando elas chegam aos serviços de enfrentamento, essa talvez já não seja mais uma escolha, considerando que os relacionamentos apresentados são de longa duração, frequentemente permeado por outras dificuldades para um possível rompimento, incluindo dependência material e filhos em comum do casal.

Sobretudo, é importante lembrarmos que, em toda situação vivida há sempre uma possibilidade de escolha presente, e futura, mesmo que possa parecer um caso sem saída. É preciso a escuta de cada caso, em suas particularidades mais sensíveis para que talvez a mulher possa encontrar uma oportunidade de rompimento. Mas voltemos à escolha.

Essa mulher, que se apresenta hoje nos nossos serviços, revelando uma relação de longa duração, permeada de violência de grau avançado (frequentemente física), teve um dia, em seu passado, no início da relação, a oportunidade da escolha pelo parceiro.

Sim, estamos cientes também de que, muitas vezes, é difícil perceber a situação de violência no momento inicial de uma relação, já que na maioria das vezes essa violência se apresenta como moral ou psicológica. Já mencionamos anteriormente o quanto é difícil nos darmos conta da violência psicológica e moral, especialmente quando vividas em ambientes machistas e, principalmente no período inicial de apaixonamento presente em todo novo relacionamento amoroso. Todavia, isso não nos exime da responsabilidade de ter escolhido esse ou aquele parceiro, tempos atrás, nem mesmo da permanência nesse relacionamento abusivo, a partir da primeira ocorrência de violência.

E o que levou essa mulher a essa escolha, tempos atrás? E o que levou essa mulher a permanecer nesse relacionamento abusivo a partir do primeiro episódio percebido como violência? Essas questões muitas vezes sem respostas, quando,

muitas vezes nem as própria mulheres conseguem encontrar justificativas para sustentar essa escolha. Todavia defendemos a notabilidade da implicação e responsabilização, a partir do entendimento de que “responsabilizar-se é ser capaz de responder, é trazer para si a função da resposta por determinada situação ou ato” (ELIA, 2006, s/p), incluindo situações que de alguma maneira ainda não podemos responder.

Ter respostas, ou não, nos levaria a outro – e também importante – patamar da discussão; mas aqui, nesse momento, chamamos a atenção à implicação de cada um de nós para as escolhas da nossa vida e suas consequências; aqui chamamos a atenção a respeito da possibilidade da responsabilização de cada mulher em sua escolha, mesmo que uma escolha estranha.

Mesmo que muitas vezes não haja resposta consciente para determinadas escolhas, é importante a implicação nas escolhas passadas para que possamos fazer escolhas diferentes no futuro. Responsabilizar-se não apenas pelo viés consciente de nossas escolhas, mas sobretudo por nossas escolhas inconscientes – essas que nos parecem estranhas, sem sentido, muitas vezes nos trazendo prejuízos pontuais e muito sofrimento.

A partir da lógica do funcionamento inconsciente, conseguimos sustentar essas reflexões ao considerarmos que a psicanálise permite fundar uma responsabilidade do sujeito, evidenciando a ligação de cada sujeito com sua ação e, consequentemente a responsabilização pelas consequências desse laço. Assim, o psicanalista incita o sujeito a questionar-se e implicar-se no reconhecimento da responsabilização, inclusive por seu não saber.

Isso nos faz considerar que, em nossos serviços de atendimento à mulher em situação de violência, devemos oferecer um espaço de escuta pontual e promover o questionamento fazendo claudicar afirmações, onde essas mulheres possam questionar-se, falar de suas escolhas e sua relação, de modo singular, com o fenômeno da violência, possibilitando um momento de transformação desse acontecimento em experiência própria, permitindo que possam entrar em contato com aspectos inconscientes de sua escolha, favorecendo o surgimento de um novo caminho; sobretudo a possibilidade de criação singular como resposta aos protocolos universais, apontando a relevância de atos que promovam a incidência

na subjetividade de um sujeito para que haja a possibilidade de mudança no modo como esse sujeito se posiciona frente as suas escolhas.

Percebemos também que, ao se apresentarem nos serviços de modo bastante descomprometido da responsabilização pelas escolhas da vida, as mulheres esperam respostas prontas e imediatas, convocando soluções padronizadas e universalizadas para a solução da situação de violência. Frente à isso, e na legítima intenção de apresentar resolução do problema, a tendência dos serviço visa protocolos de atendimento que muitas vezes acaba por excluir a subjetividade dessas mulheres.

Essa dificuldade se faz presente não apenas no enfrentamento à violência, mas também à saúde e outras áreas. Nos últimos anos temos presenciado situação semelhante em relação à outros sintomas contemporâneos da saúde. Nesses casos temos visto a possibilidade de cura apontando para o modo imediatista, vinculado prioritariamente à medicalização, demandando cuidados das equipes de saúde, com intervenções rápidas e pontuais, isentando o paciente de quaisquer questionamentos próprios, tornando a vida ainda mais insignificante e dificultando o enfrentamento do sofrimento.

Desse modo, ao propormos nos serviços apenas estratégias padronizadas e universalizadas, sustentadas pela lógica da medicina e o direito, corremos o risco de destituir a mulher de sua responsabilidade, apresentando a farmacologia e a lei como solução. Mais do que isso, corremos o risco do apagamento da sua subjetividade, destituindo-as da condição de responsáveis por suas escolhas, afastando a possibilidade do tratamento do sofrimento.

5.2 – O CAMPO DA ESCUTA PSICANALÍTICA: ENTREVISTAS PRELIMINARES E A POSSIBILIDADE DA RETIFICAÇÃO SUBJETIVA

Dando continuidade à nossa reflexão a respeito de cada mulher implicar-se, de modo singular, em sua experiência na situação de violência, avancemos um

pouco mais ao tocarmos na possibilidade da retificação subjetiva.

Desde o início das formalizações da psicanálise, Freud preocupava-se em esclarecer sobre o início do tratamento psicanalítico, dedicando seu tempo em descrever o que acreditava ser as condições necessárias.

Nesse momento apresentou à comunidade dois importantes textos – Novas observações sobre a técnica da psicanálise: “O início do tratamento” e “A questão das primeiras comunicações: a dinâmica da transferência”, assinalando a primeira meta da análise – a de vincular o paciente ao tratamento e ao analista – e discorrendo sobre as condições necessárias para o início de um tratamento psicanalítico. Importante ressaltar aqui a indicação da cura pela palavra – “*talking cure*” –, da “associação livre” e “escuta flutuante” e a proposta de condições, e não regras. Freud (1938) discorre sobre o tratamento pela palavra dizendo:

O paciente deve dizer-nos não apenas o que pode dizer intencionalmente e de boa vontade, mas também tudo o mais que sua auto-observação lhe fornece, tudo o que lhe vem à cabeça, mesmo que lhe seja desagradável dizê-lo, mesmo aquilo que lhe pareça sem importância ou realmente absurdo. (p. 201)

Quinet (1991) reafirma as condições Freudianas, descrevendo:

Trata-se de condições e não regras ou normas impostas por Freud, pois ele estabeleceu apenas uma única regra para a psicanálise: a associação livre que é a resposta à pergunta sobre o início do tratamento. (p. 08)

Sendo assim, ao refletirmos a respeito do acolhimento à mulher em situação de violência, reconhecemos e valorizamos a relevância em dar voz a cada uma delas, de modo singular, para que possam falar espontaneamente, livres de protocolos, mesmo que possa parecer sem sentido, desnecessário e sem importância.

Lacan, ao reler Freud, nos indica o que nomeou de entrevistas preliminares, o primeiro momento de um possível tratamento analítico, correspondente ao que o

inventor da Psicanálise caracterizou como “tratamento de ensaio”. Esses primeiros encontros com o analista, ainda não como o processo de análise propriamente dito, acontece como um pré-processo com a possibilidade (ou não) de vir a ser uma análise. Isso porque Lacan nos apresenta a “entrada em análise” como algo que se dá somente a partir do que nomeou como “retificação subjetiva”.

Quinet (1991) ao discorrer sobre as entrevistas preliminares afirma que Lacan avança numa pequena diferença entre o “tratamento de ensaio” e as “entrevistas preliminares” ao assinalar que ao mesmo tempo que as entrevistas preliminares correspondem à análise, afirma que são diferentes e que o momento das entrevistas preliminares seria o processo que possibilitaria a entrada à análise propriamente dita. Diz:

“Este ensaio preliminar”, diz Freud, “é ele próprio o início de uma análise e deve conformar-se às suas regras. Pode-se talvez fazer a distinção de que durante esta fase deixa-se o paciente falar quase o tempo todo e não se explica nada mais do que o absolutamente necessário para fazê-lo prosseguir no que está dizendo”. Temos, portanto, a indicação de que, nesse momento, a tarefa do analista é apenas a de lançar o discurso do analisante. Freud entretanto, dirá que “há razões diagnósticas para fazer esse tratamento de ensaio”. Esse é o momento em que, por princípio, a questão diagnóstica está em jogo. (p. 14)

E complementa falando das entrevistas preliminares em Lacan:

Entrevistas preliminares são iguais à análise, implicando que entrevistas preliminares são diferentes da análise. (...) A associação livre mantém a identificação das entrevistas preliminares com a análise. (...) Esse tempo de diagnóstico faz com que se distinga entrevistas preliminares da análise. (p. 14)

O autor assinala as entrevistas preliminares com três funções básicas: sintomal (sinto-mal), diagnóstica e transferencial.

Nesse espectro, apresenta primeiramente a função sintomal (sinto-mal) como o início de um importante processo. Um sujeito se apresenta ao analista com uma queixa, pedindo socorro para o desaparecimento “disso” – a queixa, representada

por seu sintoma. Entretanto, para um analista, é válida a demanda de se desvencilhar de um sintoma, a partir do momento em que se pode pensá-lo como enigma – isso de que se queixa, mas que diz de um sujeito – e que precisa ser apropriado como questão. Desse modo, uma análise somente poderá ter início se, já nas entrevistas preliminares, puder ocorrer uma mudança, “transformando o sintoma do qual o sujeito se queixa em sintoma analítico” – sintoma enigma (Quinet, 1991, p.16). Nas palavras do autor:

É preciso que essa queixa se transforme numa demanda endereçada àquele analista e que o sintoma passe do estatuto de resposta ao estatuto de questão para o sujeito, para que este seja instigado a decifrá-lo. Nesse trabalho preliminar, o sintoma será questionado pelo analista, que procurará saber *a que esse sintoma está respondendo*, que gozo esse sintoma vem delimitar. (p.16)

Nesse momento, ratificamos a relevância da implicação e responsabilização de cada sujeito em seu sintoma queixa, ou seja, a relação de cada sujeito que fala com aquilo que fala, com a narrativa de sua história e com suas ações na vida cotidiana. Ratificamos a importância do questionamento e a possibilidade de transformar uma afirmação em questão desvendável.

Considerando as entrevistas preliminares e a possibilidade de retificação subjetiva, percebemos que um sujeito, nesse caso uma mulher, pode chegar ao acolhimento apresentando sua queixa (a situação de violência doméstica), imaginando solicitar mudança ao pedir pela eliminação do sintoma (o rompimento da relação violenta). Ademais, entendemos que o sintoma precisa ser pensado como enigma a ser decifrado, fazendo com que a mulher possa questionar-se a respeito de sua própria repetição, apropriando-se de sua queixa para que possa tratar de suas escolhas, especialmente suas escolhas estranhas, suas escolhas inconscientes.

Cabe a nós psicanalistas, impulsionar a transformação do sintoma queixa (a repetição da violência) à categoria de sintoma enigma e facilitar o caminho da subjetivação – o trajeto percorrido por cada mulher, do acontecimento à experiência, proporcionando que cada uma delas possa contar da na relação singular que estabelece com o que fala sobre a violência vivenciada.

Cabe a nós psicanalistas, promover que cada mulher escutada possa apropriar-se do seu inconsciente, para que possam responsabilizar-se verdadeiramente por seus atos e suas escolhas, mesmo aquelas que possam parecer estranhas ao extremo.

O que “prende” uma mulher na situação repetitiva da violência, muitas vezes inclusive saltando de um relacionamento abusivo à outro, repetindo a situação violenta em diferentes relações?

Ao considerarmos a possibilidade de mudança de posição subjetiva, podemos perceber que a eliminação do sintoma não implica necessariamente nessa mudança.

Nos casos de mulheres vivendo em situação de violência, notamos essa posição de “vítima”, com certa frequência, em diferentes setores de sua vida – afetivo, profissional, pessoal, etc. Sobretudo, testemunhamos a mudança de comportamento de algumas mulheres ao romperem sua relação com um parceiro violento, entretanto, reatando a relação, ou mesmo vinculando-se em seguida com um novo parceiro, também agressivo. Isso nos evidencia a repetição de um padrão repetitivo inconsciente ligado à permanência da mulher nessa posição de vítima, revelando a manutenção na mesma posição subjetiva (mesmo tendo ocorrido o rompimento de seu relacionamento anterior).

São muitas as técnicas que trabalham com conscientização e empoderamento e que, de fato, conseguem fazer com que um sujeito mude seu comportamento frente a uma determinada situação. Como já colocado anteriormente, reconhecemos a legitimidade desse trabalho, reforçando sua necessidade. Contudo convocamos a atenção dos profissionais da assistência às mulheres em situação de violência para a história singular de cada uma.

Será que essa mulher que chega no nosso serviço apresenta episódios de violência apenas nessa relação com seu parceiro atual? Será que já se envolveu com algum outro parceiro violento ou qualquer outro tipo de parceria violenta em sua vida pessoal ou profissional?

Acreditamos que todos nós, profissionais atuantes no enfrentamento à violência contra a mulher – atores dos serviços públicos e privados –, atentos à repetição como um dado clínico, teremos a oportunidade de investigar melhor a

história de nossas mulheres e verificar a necessidade de um atendimento mais especializado, uma escuta clínica capaz de identificar a urgência pelo tratamento da subjetividade de cada uma dessas mulheres, de modo singular, especialmente quando fixadas na posição de vítima em diferentes momentos e situações da sua vida, e encaminhá-las sempre que necessário.

Na clínica psicanalítica, sempre atenta ao funcionamento inconsciente de cada sujeito, apostamos na possibilidade de retificação subjetiva, na implicação de cada mulher na sua história, em sua experiência na situação de violência, visando uma possível mudança subjetiva, na tentativa em descolar-se da posição de vítima nos laços de sua vida – seja afetivo, profissional ou pessoal.

Retornando à especificidade do trabalho do analista, no segundo momento das entrevistas preliminares, Quinet (1991) indica a função diagnóstica como função da direção da análise, no sentido de “servir de orientação para a condução da análise” (p.18), buscando a articulação das questões fundamentais de cada sujeito e a posição a ser assumida pelo analista, em cada relação, na transferência com cada um dos analisandos.

Está aí, o terceiro momento, a função transferencial, tendo como pivô o “sujeito suposto saber (SSS¹⁷)”. Na busca pela análise, há uma hipótese, mesmo que inconsciente, de “um saber em jogo no sintoma ou naquilo de que a pessoa quer se desvencilhar” (Quinet, 1991, p.25).

Desse modo, ocorre o estabelecimento da transferência do analisando para com o analista, supondo nesse, um saber sobre esse sintoma ou queixa apresentados – SSS. O analista necessariamente não responderá do lugar de quem sabe sobre a queixa apresentada, mas certamente deverá utilizar-se da transferência a favor do tratamento, confirmando a importância da função diagnóstica para que saiba qual sua posição em cada relação transferencial com seus analisandos. Em suas palavras:

¹⁷ “Sujeito suposto saber” é um termo utilizado por Lacan para caracterizar o lugar da transferência na relação paciente/analista, onde o paciente (analisando), na busca por algo que lhe falta, supõe que o analista tenha ou saiba algo de seu “saber inconsciente” e que por certo lhe fornecerá alguma resposta.

A primeira formulação dessa questão pode ser encontrada no artigo de Lacan “Função e Campo da fala e da linguagem” quando fala de *transferência de saber*. Trata-se de uma ilusão na qual o sujeito acredita que sua verdade encontra-se já dada no analista e que este a conhece de antemão. (...) Essa subjetividade correlata ao saber como efeito constituinte da transferência é o que Lacan formulará como *sujeito suposto saber*. (p.26)

E mais:

Se o analista empresta sua pessoa para encarnar esse sujeito suposto saber, ele não deve de maneira alguma identificar-se com essa posição de saber que é um erro, uma equivocação. A posição do analista não é a de saber, nem tampouco a de compreender o paciente, pois se há algo que ele deve saber é que a comunicação é baseada no mal-entendido. Sua posição, muito mais do que a posição de saber, é uma posição de ignorância, não a simples ignorância ignara, mas a *ignorância douda* (...) “um saber mais elevado e que consiste em conhecer seus limites”. A ignorância douda é um convite não apenas à prudência, mas também à humildade; um convite a se precaver contra o que seria a posição de um saber absoluto. (p.26)

Para um analista, interessado no funcionamento inconsciente de cada um de seus analisandos, fica evidente que de nada se sabe no início de cada tratamento que começa. Nada se sabe do inconsciente de cada um dos analisandos, mesmo que apresente padrões comportamentais semelhantes. Assim, “o saber que se tem sobre outros casos não vale de nada, não pode ser transposto para aquele caso. Cada caso é, portanto, um caso novo e como tal, deve ser abordado” (QUINET, 1991, p.28). Mais uma vez estamos diante, aqui, do grande valor da singularidade postulada pela psicanálise e o esforço da não padronização da escuta clínica. Miller (1997) toca também nessa questão dizendo que:

(...) ir dos fatos aos ditos não é suficiente, um segundo passo essencial é questionar a posição tomada por quem fala quanto aos próprios ditos; e a partir dos ditos localizar o dizer do sujeito, retomar a enunciação – lugar em que está o enunciante frente ao enunciado (p.236)

Os casos de violência atendidos anteriormente pouco auxiliam nos novos casos. E por essa razão temos a evidência do risco da universalização do

tratamento psicológico, já que cada mulher vive, de modo singular, a experiência da situação de violência.

Na clínica com mulheres em situação de violência, onde no início de um tratamento nada se sabe do inconsciente de cada mulher – mesmo que apresente padrões comportamentais semelhantes –, nada se pode concluir transpondo o saber de um caso para o outro, ratificando o grande valor da singularidade postulada pela psicanálise e o esforço da não padronização da escuta clínica.

Desse modo, trabalhando a partir da escuta da relação de cada um que fala com aquilo que fala, fazemos com que cada sujeito, no caso cada mulher, possa questionar-se e apropriar-se de suas escolhas, mesmo que inconscientes.

Para Miller (1997) o não-saber do analista, essa ignorância douda é fundamental para que possamos fazer emergir o saber do analisando, deixando surgir o que há de novo. Diz:

A ignorância tem função operativa na experiência analítica e não podemos desfavorecê-la. Trata-se, porém, da ignorância douda, de alguém que sabe das coisas, mas que, voluntariamente, apaga até certo ponto seu saber para dar lugar ao novo que ocorrerá. (...) A função operativa da ignorância é a mesma da transferência, a mesma da constituição do sujeito-suposto-saber. (...) A partir de tal posição, o analista pode fazer entender que não sabe com antecedência o que o paciente quer dizer e até supõe que ele queira dizer outra coisa, pois a suposição do saber não se vincula ao saber constituído – mas o vínculo é com a suposta ignorância. (MILLER, 1997, p.232)

Quando permitimos que a mulher traga, por meio da sua fala, sem muitas orientações prévias, qualquer coisa que lhe ocorra, promovemos a construção da experiência a partir do acontecimento inicial da violência (ou mesmo da repetição da violência), possibilitando o surgimento do que há de mais singular no sofrimento dessa mulher.

Em “Função e campo da fala e da linguagem” Lacan fala do algoritmo saussuriano, referente ao signo linguístico, para nos apresentar os diferentes valores atribuído por cada ser falante à cada palavra dita – a relação significante/significado. Essa reflexão nos revela que cada sujeito que fala, relaciona-se de modo singular com cada palavra dita, atribuindo de modo

inconsciente, valores específicos que dizem da sua subjetividade. Daí a necessidade da atenção constante na relação estabelecida de cada sujeito com sua fala e seus ditos.

Qual é o valor atribuído aos significantes “violência” e “repetição” por cada uma das mulheres que escutamos?

Lacan nos indicava, desde o início de seu ensino, a importância do inconsciente estruturado como uma linguagem e a intimidade de cada sujeito com a palavra, revelando-nos que cada sujeito que fala, relaciona-se de modo singular com cada palavra dita, atribuindo de modo inconsciente, valores específicos que dizem da sua subjetividade.

Daí a relevância em escutarmos atentamente toda e qualquer manifestação verbal a respeito da palavra violência e o modo como cada mulher diz de si por meio desse significante experimentado na carne, no corpo, pela violência física.

Ao pensarmos com Lacan, nos voltamos num primeiro momento à questão da estruturação do inconsciente como uma linguagem, retomando o texto de 1953, “Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise”. Neste texto, Lacan (1998[1953]) apontava para os desvios que a teoria Freudiana estaria sofrendo pelos praticantes da psicanálise, atentando para a “aversão do interesse pelas funções da fala e pelo campo da linguagem” e “mudanças de objetivo e da técnica” (Lacan, 1998[1953] p.243), resultando em alguns momentos, em um trabalho deslocado para o campo da adaptação (Lacan, 1998[1953] p.246).

Lacan faz então, um retorno a obra de Freud sem pensar em imitá-lo, mas “para resgatar o efeito da fala, (...) os princípios que a regem” (Lacan, 1998[1953] p. 293). Lacan retoma os escritos de Freud, ratificando a descoberta do inconsciente e o método psicanalítico da cura pela fala, apontando que o saber inconsciente, uma história já inscrita, estaria sempre do lado do sujeito que fala. Assim, o analista por meio de sua escuta, facilitaria a liberação de um saber aprisionado, saber esse que diz de algo do mais íntimo e particular do sujeito falante. Ainda segundo Lacan (1998[1953]), “o inconsciente, a partir de Freud, é uma cadeia de significantes que em algum lugar (numa outra cena, escreve ele) se repete e insiste, para interferir nos cortes que lhe oferece o discurso efetivo e na cogitação a que ele dá forma” (p.813).

Neste momento, em que Lacan (1998[1953] p. 248) afirma que o único caminho para pensarmos agente de cura em psicanálise é por meio da fala do paciente, aponta também que toda fala, endereçada à alguém, pede uma resposta, mesmo que essa resposta seja o silêncio presentificado por um ouvinte (o analista). Além disso, o silêncio do analista torna-se necessário em muitos momentos, um manejo da escuta psicanalítica, que promove a não consistência ao imaginário, posto que “é pelo abismo do silêncio que o sujeito pode aparecer e ser conduzido a uma fala originária (fala plena)”¹⁸ (Meyer, 2009). É no momento de silêncio que muitas vezes o sujeito transforma em palavras o que existe de mais obscuro em seu inconsciente, surpreendendo-se com tal revelação.

Enfatizando mais uma diferença entre a clínica psicanalítica do singular e as técnicas universalizantes da conscientização e empoderamento, destacamos também a relevância do silêncio, muitas vezes presente na clínica psicanalítica, no momento em que a fala da mulher, dirigida ao analista, demanda uma resposta. Nestes casos, quando da resposta do analista como silêncio, muitas vezes uma mulher transforma em palavras o que existe de mais obscuro em seu inconsciente, surpreendendo-se com tal revelação e trazendo a tona um saber sobre a experiência da violência que é só seu, e de mais ninguém.

Cada mulher, ao falar livremente nesse momento de silêncio, pode dizer coisas que jamais pensou. Assim, tem a oportunidade de entrar em contato com o desconhecido de si mesmo e apropriar-se disso, podendo questionar-se e implicar-se em seus sintomas, em sua história.

Segundo Lacan (1998[1953]) “para liberar a fala do sujeito nós o introduzimos na linguagem de seu desejo, isto é, na linguagem primeira em que, para-além do que ele nos diz de si, ele já nos fala à sua revelia, e prontamente o introduzimos nos símbolos do sintoma.” (p.294).

¹⁸ “Fala vazia” e “fala plena” são termos conceituados por Lacan, a partir de seus estudos filosóficos Heideggerianos a respeito da diferenciação entre Rede (discurso sugerindo uma fala legítima da compreensão do ser) e Gerede (fala inocente em forma de conversa fiada, onde quem fala não apresenta qualquer relação íntima com aquilo sobre o que fala), que caracterizam “fala vazia” como sendo aquela em que “o sujeito parece falar em vão de alguém que, mesmo lhe sendo semelhante a ponto de ele se enganar, nunca se aliará à assunção de seu desejo” (Lacan, 1998[1953] p.255), ligada ao ego e as identificações imaginárias e “fala plena” como sendo aquela “que visa, que forma a verdade tal como ela se estabelece no reconhecimento de um pelo outro. É fala que faz ato”, que estabelece o reconhecimento dialético do sujeito pelo analista (Lacan, 1986[1954] p.277)

De acordo com o autor (1998[1953] p.273), “a lei do homem é a lei da linguagem, desde que as primeiras palavras de reconhecimento presidiram os primeiros dons” os quais “são símbolos, na medida em que símbolo quer dizer pacto e em que, antes de mais nada, eles são significantes do pacto que constituem como significado” quando “‘alguma coisa’ completa o símbolo para dele fazer a linguagem” (Lacan, 1998[1953] p.277). Vale ressaltar ainda, que os símbolos remissivos a um homem, códigos que o sujeito carrega em sua vida e, conseqüentemente em sua fala desde a sua constituição como sujeito, já existem antes mesmo que este venha ao mundo, fruto daqueles que irão gerá-lo.

Lacan (1998[1953]), referindo-se ao artigo fundamental sobre o simbolismo, de autoria de Ernest Jones, observa que “embora existam milhares de símbolos, no sentido como a análise os entende, todos se relacionam com o próprio corpo, com as relações de parentesco, com o nascimento, a vida e a morte” (p.295) e que, ao escutarmos esses símbolos como significantes, admitimo-nos entender que embora o símbolo seja recalcado no inconsciente, sempre traz a verdade a respeito do sujeito que fala.

Quando pensamos essa função na clínica, percebemos a importância da “fala vazia” e “fala plena” presentes no discurso de um paciente e a relação que este estabelece com os significantes de sua fala. De acordo com Lacan (1998[1953]), por mais vazio que um discurso possa parecer, ele sempre estará vinculado a sua relação simbólica, devendo ser tomado para além de sua aparência, pois está na virada da fala vazia para a fala plena¹⁹ – objetivo primário da análise – a possibilidade do paciente, por meio da inicial retificação subjetiva, percorrer o caminho da subjetivação²⁰, que o conduzirá a constituir-se como autor de sua própria história, caracterizando o objetivo da análise. Ao analista, cabe a condução do “sintoma à categoria de enigma pela ligação implícita do desejo com o saber” (QUINET, 1991, p.29)

¹⁹ Uma possível intervenção do analista pode fazer com que o analisando escute o que diz, questionando-se a respeito de seu funcionamento psíquico, e talvez implicando-se em seu sofrimento e seu sintoma.

²⁰ O caminho da subjetivação constitui no trajeto percorrido por um “falante” no sentido de mudança de posição subjetiva que este estabelece em relação com o que fala. O caminho da subjetivação: do acontecimento à experiência (Moretto, 2006).

Não basta a demanda de se desvencilhar de um sintoma; é preciso que este apareça ao sujeito como um ciframento – portanto, algo a ser decifrado – na dinâmica da transferência, pelo intermédio do sujeito suposto saber. (p.29)

Elia (2016) reafirma a retificação subjetiva ao assegurar a importância do questionamento próprio e a responsabilização de cada sujeito por sua queixa e seus sintomas, dizendo que, desse modo, cada sujeito ao apropriar-se da vida de modo singular, poderá realizar novas escolhas, reconstruindo sua própria história.

O campo do sujeito é o campo de sua responsabilidade, e por isso o sujeito – e só ele – pode, deve e precisa responder, em um ato pelo qual ele reassume, em algum nível, as rédeas de sua vida e de sua condição, no sentido de poder transformá-la (ELIA, 2016, s/p)

Considerando a possibilidade da mulher percorrer o caminho da subjetivação, pela fala, transformando o acontecimento da repetição da violência em experiência própria, a partir de seu questionamento e desejo de decifrar o enigma de seu sintoma, terá a chance em constituindo-se autora de sua própria história, criando um futuro diferente.

Moretto (2002) assinala que há sempre a presença do inconsciente, mesmo em nossas escolhas conscientes. Assim não sabemos muito bem o que falamos e o que fazemos. Dizemos então que, para que possamos nos implicar em nossos sintomas e nossa queixa, nossos sonhos e atos falhos, é preciso que nos apropriemos também do nosso inconsciente. Talvez só assim possamos nos responsabilizar verdadeiramente por nossos atos, mesmo aqueles que nos pareçam estranhos ao extremo. Diz ela:

(...) é preciso que o sujeito tome consciência de que há nele próprio algo inconsciente, sob o que chamou de recalque, determinando os seus sonhos, os seus sintomas. Os seus chistes, suas atividades e seus atos falhos, enfim, o seu discurso. Isso quer dizer que o sujeito não é, de todo, senhor do que diz; há um outro que fala nele. (p.24)

Ademais, podemos afirmar que “a retificação subjetiva corresponde ao primeiro reviramento dialético operado por Freud” (QUINET, 1991, p.33). Deste modo, e retomando ao início da psicanálise, está aí a antiga questão que implica o sujeito em sua queixa. Qual a responsabilidade de cada um de nós na desordem em que nos queixamos?

A direção do tratamento, num primeiro momento, está na implicação do sujeito em seu sintoma e sua queixa, quando “primeiro e antes de tudo, o início do tratamento em si ocasiona uma mudança na atitude consciente do paciente para com sua doença” (FREUD, 1914, p.167). O paciente que antes “habitualmente, se contentava em lamentá-la, desprezá-la como absurdo” (FREUD, 1914, p.167), a partir desse momento deve haver-se com sua queixa. Está aí a possibilidade de retificação subjetiva, responsabilização e implicação do sujeito em seu sintoma, quiçá a mudança de posição subjetiva.

Contudo, vale lembrar que a retificação subjetiva pode também culminar na desistência do paciente que decide pela não entrada em análise, entretanto retificado, ou seja, ciente da sua implicação e sua responsabilidade na queixa inicialmente apresentada ao analista. Isso não fica sem consequências e, mesmo sem dar continuidade a um possível processo de análise, sai desta relação certamente modificado. Sendo assim, podemos entender as entrevistas preliminares como sendo uma fase inicial de um possível processo, com funções bastante delimitadas e de fundamental importância.

Moretto (2002) discorre sobre a importância das entrevistas preliminares, independente dessa culminar ou não na entrada em processo de análise. Assegura que, nem sempre é análise que um sujeito demanda – já que análise implica em mudança de posição subjetiva – entretanto, frente aos questionamentos de um analista a respeito da queixa apresentada, o sujeito tem a chance de retificar-se subjetivamente e, mesmo não querendo saber sobre o seu inconsciente e interrompendo os atendimentos, encerra as entrevistas preliminares bastante aliviado por implicar-se na queixa, no sintoma e perceberem que são responsáveis pelo que acreditavam ser azar ou destino. A autora afirma que:

(...) num determinado momento da trama, ele se dá conta que aquilo tem alguma coisa a ver com ele (aí há uma retificação das relações do sujeito com o Real). É nesse momento que alguns pacientes desistem, são casos em que o sujeito não paga para saber, não há demanda de saber (a saída é precipitada pela entrada), mas curiosamente são pessoas que não ficam em análise, porém saem bastante aliviadas quando se dão conta que são responsáveis por aquilo que chegaram chamando de destino ou de azar. (p. 37)

Por fim, devemos ressaltar que não estamos falando aqui de um processo de análise. Reconhecemos que muitas vezes não há demanda por parte de muitos sujeitos para a travessia de um processo de análise propriamente dito. Defendemos aqui, a escuta do psicanalista em entrevistas preliminares como possibilidade de retificação subjetiva,

Todavia, estamos avisados de que a retificação subjetiva pode também culminar na decisão do paciente pela não entrada em análise, entretanto isso não fica sem consequências. O paciente retificado, ou seja, consciente da sua implicação e sua responsabilidade na queixa inicialmente apresentada ao analista, sai desta relação certamente modificado, mesmo sem dar continuidade a um possível processo de análise.

Sobretudo, destacamos a importância das entrevistas preliminares na escuta de mulheres em situação de violência, independente de culminar ou não na entrada em processo de análise. Destacamos a importância das entrevistas preliminares como possibilidade de retificação subjetiva, como aposta na virada de uma posição psíquica, fundamental para promover a chance do rompimento do ciclo da repetição.

Frente aos questionamentos de um analista a respeito da queixa apresentada – a relação estabelecida por cada mulher, de modo singular, com a situação de violência vivida e o seu comportamento repetitivo com esse ou vários parceiros afetivos – uma mulher tem a chance de retificar-se subjetivamente e, mesmo não querendo saber sobre o seu funcionamento inconsciente e interrompendo os atendimentos, poderá encerrar o período de entrevistas preliminares bastante modificadas, por implicar-se na relação singular com a situação de violência e perceberem que são responsáveis pelo que acreditavam ser azar ou destino. Desse modo, talvez sejam capazes de reconstruir suas histórias,

escolhendo no momento presente, um futuro diferente, libertas da repetição da relação violenta.

Se conseguirmos promover a retificação subjetiva dessas mulheres em situação de violência, já estaremos dando um grande passo na direção do rompimento do ciclo da violência.

Portanto, cabe a nós psicanalistas, na direção do tratamento de cada mulher que escutamos, a possibilidade da promoção da retificação subjetiva, assegurando a importância do questionamento próprio e a construção da responsabilização de cada mulher em sua singular experiência na situação de violência, para que possa realizar novas escolhas, reconstituir-se como autora de sua própria história.

5.3 – DANDO VOZ ÀS FLORES

Uma mulher chega ao serviço de atenção à violência contra a mulher apresentando o seu sofrimento em relação a violência sofrida, entretanto, muitas vezes traz a repetição da relação violenta como sintoma, exibido como problema, pedindo ajuda para a sua eliminação.

Nesse momento é importante lembrarmos que, para a psicanálise, sintoma e sofrimento são coisas distintas. Nesse sentido, escutar o sofrimento de uma mulher em situação de violência, não é a mesma coisa que trabalhar na direção de eliminar o sintoma.

Nessa chegada ao serviço, esse acolhimento a mulher em situação de violência doméstica, deve ser visto com muito cuidado. É certo que essa mulher que chega em sofrimento, deposita todas as suas expectativas no saber do profissional que a acolhe (o psicólogo, o assistente social, o advogado, etc.) pedindo ajuda para a interrupção dessa situação, solicitando assistência para a eliminação da repetição da violência, talvez como sintoma.

É preciso atenção e cautela para não encarnarmos esse lugar de “saber”, oferecendo apenas modelos prontos no sentido de conscientização e empoderamento, impedindo que a subjetividade dessas mulheres possa emergir,

tamponando seu sofrimento com propostas que, infelizmente, nem sempre serão concretizadas. É preciso que, para além desse modelo universalizado, ofereçamos também uma escuta diferenciada.

É preciso abordar a violência, seja ou não apresentada como sintoma, de modo a reconhecer o sofrimento psíquico singular, este que pode aparecer como causa, ou como efeito, mas que demanda escuta e tratamento especializado.

Não é possível pensarmos em tratamento psíquico, mais especificamente à mulheres que vivem o ciclo da repetição da violência, sem acolhermos o sofrimento envolvido de modo singular, na relação sujeito/violência/repetição apresentado por cada uma dessas mulheres. É preciso que as deixemos falar.

É preciso dar voz à essas mulheres, é preciso dar voz às flores.

Vale lembrar que nem sempre o que se diz – o que se fala – é o que sustenta um dizer. O dizer faz relação com o modo como cada sujeito se relaciona com sua subjetividade, o dizer diz de como cada sujeito vive uma experiência a partir de um fato, um acontecimento. Nesse sentido, devemos estar atentos as contradições dos ditos e questioná-las.

Estamos aqui cientes das variações das histórias das diferentes mulheres que se apresentam aos serviços. Algumas mulheres são independentes financeiramente de seus companheiros, outras totalmente dependentes; algumas mulheres trabalham, outras não; algumas que não trabalham apresentam recursos práticos para recolocar-se no mercado de trabalho, outras apresentam-se totalmente despreparadas e inseguras; algumas mulheres podem contar com o apoio familiar (mãe, irmã/irmão, parentes, e mesmo amigos próximos) para o cuidados de suas crianças, outras são sozinhas no mundo, contando apenas consigo mesma e com esse homem que a agride. São ainda muitas outras variâncias que se apresentam nesses serviços e isso intensifica ainda mais a dificuldade da padronização dos atendimentos e a necessidade da atenção singular. É preciso escutar a história de cada uma dessas mulheres de modo muito particular, não apenas subjetivamente, mas também no que concerne a realidade de suas vidas.

Seguimos contando um pouquinho da nossa clínica (pública e privada) com mulheres em situação de violência e a relevância em dar-se voz à uma mulher em sofrimento.

5.3.1 – ROSA

Rosa é uma menina de 18 anos que chega na clínica no período pré vestibular, queixando-se de ansiedade, insegurança e cobrança excessiva. Filha única de pais “bem sucedidos profissional e financeiramente” (SIC), relata que sempre foi vista pela família como alguém sem valor e acredita que por isso, sempre se exige perfeição, ficando paralisada diante das suas escolhas e em situações que lhe exige posicionamento. Hoje, escolher a profissão tornou-se extremamente angustiante.

Rosa já tinha feito terapia antes, ainda jovem adolescente, quando vivenciou uma perda significativa, numa situação em que sentiu-se culpada pela morte de um cachorrinho de estimação que havia sido atropelado num momento em que o animal estava sob seus cuidados.

Controladora, tem uma posição de sentir-se responsável por todos, muitas vezes transformando o impossível em impotência, vivenciando muitos momentos de extrema frustração e sensação de fracasso, reforçando o seu funcionamento em paralisar-se diante de seus desejos e suas escolhas. Muito preocupada com situações diversas, sente-se fisicamente cansada em função de seu cansaço mental.

Rosa, percebendo-se excessivamente disponível e permissiva, ao falar livremente a respeito de como se vê nas situações da vida, revela uma lembrança, jamais verbalizada. A jovem chora dizendo que muitas pessoas passavam do seu limite, abusando-a, e relata uma situação da infância. Lembra que certa vez, na fazenda da família, foi abusada por um funcionário que cuidava da área da sede. Um certo dia, quando nadava sozinha, o funcionário ao se aproximar para limpar a piscina, brinca com ela e a toca de modo abusivo, deixando-a paralisada. Nesse momento, questiona-se: “Será que isso tem relação com a minha paralisação hoje?” (SIC). A partir desse

momento, Rosa dá um salto na análise, iniciando um processo de profunda desconstrução, seguida da possibilidade da criação do novo.

5.3.2 – MARGARIDA

Margarida, mulher de aproximadamente 30 anos, chega no serviço público, após um episódio de violência doméstica, quando fica bastante amedrontada diante da violência física e ameaça de morte. Após a instituição tomar as providências necessárias e dar prosseguimento com os atendimentos psicossociais, percebe a demanda de um atendimento psicológico especializado, e assim, encaminha a assistida para a clínica.

Já nos primeiros encontros, Margarida diz de um segredo antigo e aponta sua necessidade em falar da situação. Conta que guardara segredo a respeito de violência sexual na infância, mas que chegara o momento de “falar disso” (SIC) porque tem visto muitas coisas na televisão que a faz acreditar que sua situação atual com o marido pode ter a ver com “essas coisas de abuso na infância” (SIC).

Margarida, filha de mãe solteira e pai desconhecido, relata que a partir do momento em que a mãe se une a um novo parceiro, sua vida mudou. A mãe, sem recurso financeiro, casa-se com um homem da igreja que lhe oferece melhores condições para criar a filha.

Desde os 6 anos, era abusada pelo padrasto, no entanto, jamais contou para ninguém. O padrasto tinha o hábito de acordá-la pela manhã e ajudá-la a preparar-se para a escola. No início, dizia ela, “era só carinho de pai, mas com o tempo passou a me tocar nas partes íntimas” (SIC). Relata que achava estranho, mas que tinha sensações físicas prazerosas e com o passar do tempo achava até bom e ficava esperando aquele momento.

Assim foi crescendo e passou a não querer mais, por acreditar que aquilo estava errado, entretanto acabava cedendo diante da insistência do padrasto, porém sentindo-se abusada.

Margarida torna-se uma mulher sedutora, entretanto nunca manteve longos relacionamentos. Dizia que queria muito um namorado e então “provocava os homens” (SIC), entretanto, após a primeira relação sexual, todos a abandonavam. Assim foi, até que Margarida conheceu seu atual marido e com ele tivera 4 filhos.

Margarida, assim como sua mãe, não estudara e sempre tivera muita dificuldade de um bom trabalho, dependendo financeiramente do marido. Conta de vários episódios que apontam a violência psicológica desde o início do namoro, entretanto, “relevava essas coisas” (SIC) porque queria ser mãe e que esse homem seria um bom pai, associando-o a um bom provedor financeiro. Com o passar dos anos, após o casamento, esse homem não mais a agredia verbalmente, mas fisicamente. Sente-se culpada com frequência, percebendo-se na posição de vítima “para conseguir as coisas que quer” (SIC) e a partir desse momento, resolve “encarar os monstros que a prendem nesse inferno” (SIC).

5.3.3 – PETÚNIA

Petúnia, mulher de 19 anos, criada em bairro muito pobre da periferia da cidade, casada, auxiliar de limpeza numa empresa de médio porte, chega ao serviço de saúde para tratar de sintomas ginecológicos.

Sua médica, durante os atendimentos clínicos e diante dos sintomas orgânicos, questiona a sua vida sexual e identifica dificuldades em diversas situações da relação conjugal da paciente, encaminhando-a para a psicologia

do hospital. Nesse momento, recebemos o encaminhamento com o diagnóstico de ausência de libido, provavelmente causada por dor durante o ato sexual.

Petúnia inicia seu tratamento, relatando que jamais tivera problema em relacionar-se com o marido, entretanto, no último ano passara a sentir aversão nos momentos em que ele se aproximava com a intenção de namorar. Ao longo de vários encontros, a partir da associação livre, foi ficando mais a vontade para falar de qualquer coisa que lhe ocorria e de suas sensações e pensamentos, até que descreve a relação sexual como “algo sujo” (SIC).

Quando questionada sobre esse “algo sujo”, mergulha em sua própria história, falando de muitas coisas que descreve como “um pouco confusa” (SIC), mas que a leva a lembrança de uma ocorrência na infância.

Nesse momento, a paciente lembra de uma situação que lhe causa muito espanto e horror. Recorda-se da cena de um tio que masturbava-se durante a noite, na cama ao seu lado. Petúnia acredita nunca ter sido tocada, no entanto, aquela cena do tio masturbando-se, enquanto a olhava, fazia com que se sentisse suja e envergonhada.

Desse momento em diante, Petúnia implica-se em seu sintoma, apropriando-se da sua história, escolhendo pelo tratamento psicológico semanal, voltando a desejar seu marido após algum tempo trabalhando questões jamais pensadas.

5.3.4 – HORTÊNCIA

Hortência é uma mulher de 32 anos, que chega na clínica com a queixa de relacionamento abusivo. Recém casada e sem filhos, relata que o marido

passa a agredi-la após o casamento. Diz que sempre é agarrada com muita força nos momentos em que o marido quer impor as suas decisões, deixando hematomas em seus braços e que certas vezes acaba por também ser empurrada e estapeada.

Filha de pais vivos e duas irmãs, Hortência diz não lembrar-se de nenhum outro episódio violento em sua vida, tampouco no ambiente familiar. Por essa razão diz ter muita vergonha de sua situação e como não consegue contar para sua família, vem pedir ajuda profissional.

Já no primeiro encontro, falando quase que apenas dessa relação abusiva com o marido, conta de situações que já apresentavam violência psicológica no início da relação, mas que até então não se dera conta. Hortência sempre tivera dificuldades em seus relacionamentos – pessoais e profissionais – e ficara muito feliz por finalmente ter encontrado um marido, pois acreditava que nunca se casaria.

Ao longo das primeira entrevistas, seguindo a associação livre e tentando falar o que lhe ocorresse, passa a dizer também de momentos da sua infância quando sentia-se bastante tolhida pelos pais que lhe tratavam com um comportamento machista e opressor. Pouco a pouco Hortência percebe-se vivenciando situações de violência que jamais havia notado, em casa e na escola com seus colegas.

Começa a falar então da sua dificuldade no trabalho. Hortência trabalha desde os 20 anos, quando ainda na faculdade, entretanto relata uma mudança frequente de empregos, com intervalos de aproximadamente 2 anos. Diz: “sempre peço para sair, quando já não aguento mais” (SIC).

Trabalhando essa questão do “peço para sair, quando já não aguento mais”, se dá conta de que sempre que se encontra numa situação desconfortável, momento em que teria que entrar em contato com sentimentos desprazerosos, acaba por desistir e mudar. Diz: “eu mudo de emprego, eu troco de amigos e sempre deu certo... agora eu apanho do meu marido e não consigo ter forças para sair desse lugar” (SIC). Hortência vai

percebendo a repetição em sua vida, mas ainda não conseguindo se implicar na queixa.

Na semana seguinte, Hortência chega um pouco estranha, sem querer falar muito, com longos períodos de silêncio. Já num momento avançado do atendimento, diz: “Eu acho que não venho mais! Estou aqui há algumas semanas, falamos de várias outras coisas da minha vida, mas a minha situação lá em casa, que é o motivo de eu ter vindo te procurar, continua a mesma. Vou sair da terapia!” (SIC)

Eu, percebendo que Hortência iria desistir mais uma vez, pergunto: “Você está me pedindo para sair? Assim como fez em todos os seus empregos desde os 20 anos? Existe aqui alguma situação desconfortável e desprazerosa que você já não aguenta mais?”

Hortência, desaba no choro e entre lágrimas e soluços diz: “eu não posso sair; não quero desistir de novo; eu preciso saber porque essas coisas todas acontecem comigo; preciso descobrir porque me casei com alguém que já me oprimia, como meus pais, desde o início do namoro” (SIC).

Aqui podemos evidenciar a retificação subjetiva vivida por Hortência, na transferência com o analista, quando pôde implicar-se em sua queixa e escolher por permanecer em análise.

Trouxemos aqui situações clínicas diversas, que nos permitem pensar a relevância em darmos voz à um sujeito que se queixa, de modo livre e escutando o sofrimento em sua singularidade.

A partir da escuta clínica, mulheres que trouxeram queixas diversas puderam acessar a experiência da violência guardada em segredo, ou mesmo situações jamais lembradas. Por outro lado, mulheres que trouxeram a queixa da violência doméstica puderam acessar outros núcleos subjetivos, e encontrar relações entre a violência e situações passadas que as conduziam ao ciclo da repetição.

Sobretudo, os casos clínicos apresentados, apenas como recorte do período inicial do tratamento, nos evidencia a possibilidade do caminho da subjetivação, transformando acontecimentos em experiências, facilitando a retificação subjetiva, o caminho para a implicação de cada mulher em sua queixa, a responsabilização por sua história de modo singular e a oportunidade de mudança, novas escolhas e criação de um futuro diferente.

*Apesar disto, as ideias passeiam e,
da posição em que estamos com relação à difusão da linguagem e
o mínimo de impressos necessários para que uma coisa dure,
isso é o bastante.*

*Basta que tenha sido dito em algum lugar e
que um ouvido em duzentos o tenha escutado
para que em um futuro bastante próximo
seus efeitos estejam assegurados.*

Jacques Lacan, 1966

6 – (RE)PENSANDO OS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.

Após muita reflexão, “(re)pensando os serviços de assistência à violência contra a mulher” foi um título com muito cuidado escolhido para esse capítulo final.

Desde o início de nossa pesquisa e o desenvolvimento da tese, sempre nos questionamos a respeito dos programas oferecidos para a assistência à violência contra a mulher – tanto os públicos, quanto os privados – visando sempre, com muita cautela, o avanço e o aprimoramento da qualidade dos serviços a serem oferecidos à essas mulheres que demandam atenção tão especial e cuidadosa.

Notamos o esforço significativo das Políticas Públicas e dos profissionais envolvidos nessa temática, bem como os avanços expressivos da oferta de serviços com a formalização da rede de enfrentamento e atendimento à violência contra a mulher, especialmente nos últimos 16 anos, após a criação das Políticas Especiais para as Mulheres no Brasil.

Pudemos perceber diferentes realidades, entretanto, no que tange ao serviço da psicologia, constatamos que os equipamentos públicos e grande parcela dos privados, seguem uma política com propostas bem formalizadas mas que, no entanto, privilegiam um formato de modelo pré-definido universal, frequentemente seguindo o método psicossocial com conscientização e empoderamento, sem a oferta da escuta clínica.

É fato que as políticas públicas avançaram significativamente e fácil perceber o quanto os equipamentos, mesmo ancorados na padronização, cumprem uma função importante e necessária à organização dos serviços em massa e à governabilidade na definição e prática de tais políticas. Contudo, e focando da tentativa de rompimento do ciclo repetitivo da violência, é preciso irmos além.

De acordo com Souza e Cunha (2018) a padronização apresentada pelas políticas públicas pode ser utilizada como uma tentativa social em massa. Entretanto, é fundamental que também pensemos a singularidade dos sujeitos a fim de oferecer um espaço de escuta e acolhimento da linguagem, onde cada mulher possa falar e

pensar sobre sua relação com a violência de modo particular. Em suas palavras:

Mesmo tendo nas políticas públicas o ponto de ancoragem da padronização dos sujeitos de determinada categoria para a qual as políticas são construídas, elas são necessárias para conduzir uma tentativa social de auxiliar os sujeitos, em massa, e os governos, a disporem de espaços de discussão, atendimento e debate sobre temáticas, sobre o lugar que cabe aos governos e à sociedade na definição e implementação de tais políticas (...) deve-se levar em consideração os arranjos que cada sujeito inventa para lidar com a violência da qual ele participa, que não são as regras da massificação. A discussão sobre políticas públicas, as formas de violência e os meios de denunciá-la são importantes para estimular o combate a essas práticas (...) Contudo, será inútil todo o movimento das políticas se as mulheres, seja quem for seu agressor, não dispuserem de espaços onde a linguagem e a palavra possam ser acolhidas e ressignificadas. (SOUZA E CUNHA, 2018, p.2-6)

Não somente como psicanalistas, mas acreditando no potencial de tratamento proposto pelo sistema de saúde brasileiro – o SUS – ao incluir desde 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH) e a Clínica Ampliada, defendemos também a escuta clínica, privilegiando a subjetividade e a singularidade de cada assitada que frequenta os nossos serviços.

De acordo com Moretto (2019), a instituição de saúde oferece um ambiente privilegiado para a prática da clínica psicanalítica e na criação de dispositivos clínicos de atenção, acolhimento e atendimento, “tanto no que diz respeito à promoção e prevenção da Saúde, quanto no que envolve a temática do diagnóstico, tratamento e da reabilitação de pacientes adoecidos” (p. 29).

Apostamos que não apenas os serviços ditos da área da saúde, mas também os equipamentos de atenção à mulher que não sejam oficializados como parte do SUS, tais como Assistência Social (SUAS), jurídico (DEAM), centros de referência (CRAM), poderiam acolher o modelo de humanização – já proposto pelas diretrizes da Política Nacional de Enfrentamento – e oferecer também um espaço de acolhimento e escuta do sofrimento, de modo a promover o singular de cada mulher em sua relação com a violência.

Nesse sentido, e considerando a problemática da violência contra a mulher também como uma questão de saúde pública, acreditamos que é preciso um esforço constante para um contínuo desenvolvimento nas Políticas Públicas e, conseqüentemente, nos serviços oferecidos. É preciso análise constante para que possamos juntos, profissionais de diferentes áreas do saber, reconhecer as melhorias já existentes e desenvolvermos avanços continuados.

No guia de "Como elaborar Projetos de Pesquisa para o PPSUS"²¹, Manual do Ministério da Saúde, encontramos o relato de que as pesquisas apontam para "um crescimento da percepção de que a pesquisa em saúde é essencial para a formulação de políticas efetivas e para a melhoria das condições de saúde das populações". (Ministério da Saúde, 2016, p. 6)

Acreditamos que as propostas voltadas para a assistência psicológica, devam também levar em conta as diretrizes da saúde – Sistema Único de Saúde (SUS) –, e não apenas as diretrizes da assistência social – Sistema Único de Assistência Social (SUAS) sustentado pela psicologia psicossocial –, confiando que o tratamento proposto pela psicologia clínica visa a saúde psíquica nos princípios básicos de saúde: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Sendo assim, propomos uma reflexão profunda, livre de julgamentos e sustentada pela possibilidade de diálogo entre diferentes saberes, respeitando a especificidade de cada especialidade; um "(re)pensar", em conjunto, os serviços de assistência à violência contra a mulher.

Discutiremos nesse capítulo final, algumas temáticas que consideramos fundamentais para a reflexão acerca de possíveis caminhos para a construção de estratégias que apresentem um acréscimo aos serviços, contribuindo para o avanço da rede de atenção à violência contra a mulher no Brasil.

²¹ O "PPSUS" (Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde), foi criado em 2004 pelo Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde para financiar pesquisas com temas de fundamental relevância para a saúde da população e avançar o SUS, "promovendo desenvolvimento científico e tecnológico em saúde em todos os estados da federação, buscando a superação das desigualdades regionais em ciência e tecnologia da saúde" (Brasil, 2010, p.6)

Debateremos a Política Nacional de Humanização e a Clínica Ampliada, discorrendo sobre a relevância do trabalho transdisciplinar e da decisão compartilhada. Faremos também uma reflexão, retomando discussões em capítulos anteriores a respeito da repetição no ciclo da violência, articulando com a possibilidade de uma implicação própria de cada mulher nas ocorrências de sua vida e na tentativa de rompimento do ciclo e a oportunidade de criação de uma nova história. Retomaremos a discussão da posição da psicologia clínica no campo do social e a responsabilização dos profissionais da rede. Discorreremos brevemente, como germen para futuras pesquisas, a prevenção do feminicídio e a importância da escuta ao agressor nos programas e serviços de atenção ao problema da violência contra mulher. Por fim, faremos uma breve passagem à necessidade constante de investigação científica sobre o tema, a parceria entre políticas públicas e ensino, e o incentivo da pesquisa como um caminho para a resolução de problemas sociais.

6.1 – A HUMANIZAÇÃO NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

É de tamanha importância ressaltarmos os avanços das políticas no enfrentamento à violência contra a mulher, para que possamos entender o traçado percorrido no desenvolvimento dessa temática.

Ademais, é fundamental mantermos a posição de avanço no campo do atendimento e, em nosso caso, da intervenção clínica. É primordial que possamos entender e acolher a diferença da intervenção clínica e psico-educativa, para promovermos espaços da escuta subjetiva nos serviços às mulheres. Nas palavras de Moretto (2019):

Observe-se que esta postura clínica é diferente da postura meramente educativa, onde o profissional cumpre uma função importante, mas em uma posição que é mais de fala do que de escuta, de onde recomenda um estilo de vida saudável, orienta enfaticamente sobre o que fazer nesta ou naquela situação, o que evitar, se ocupa de aferir comportamentos de riscos, orienta, mas não necessariamente dialoga, diferente da atitude clínica, que é uma experiência subjetiva que se objetiva na relação com o paciente. (p.43-44)

No Brasil, as Políticas Públicas para as mulheres já defendem a proposta de política humanizada. A Política Nacional de Enfrentamento aponta o eixo da assistência, afirmando que é preciso “(...) garantir o atendimento humanizado e qualificado às mulheres em situação de violência por meio da formação continuada de agentes públicos e comunitários” (SPM, 2007, p. 8). Contudo, faz-se necessário que nos interroguemos sobre qual conceito de humanização esta proposta está fundamentada.

O termo “humanização” é um significante usado frequentemente nas práticas da saúde, por profissionais e gestores, contudo, sem uma definição muito clara. Muitas vezes, servidores se utilizam dessa nomeação sem implicação no conceito de humanização descrito a partir da Política Nacional de Humanização. (Deslandes, 2004)

Vale ressaltar nesse momento que a Política Nacional de Humanização, surge no Brasil, a partir da Assistência Hospitalar. No ano de 2000, o Ministério da Saúde regulamenta o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), incluindo a humanização na 11^a. Conferência Nacional de Saúde com o objetivo de promover uma nova cultura de atendimento à saúde e impulsionar uma melhor relação entre usuários, profissionais de saúde e gestores. Um pouco mais tarde, em 2003, o Programa de Humanização da Assistência Hospitalar foi definitivamente substituído pela Política Nacional de Humanização (PNH) – o conhecido HUMANIZA SUS – com uma perspectiva transversal, transformando o programa em política de assistência. (Deslandes, 2004)

A Política Nacional de Humanização, surge no intuito de dar voz às antigas demandas da saúde, reforçando as diretrizes do SUS. A partir de longa análise da

performance da prática do sistema de saúde, após aproximadamente 10 anos de funcionamento, por meio da escuta às queixas dos usuários do sistema, chega-se a conclusão de que as diretrizes deveriam ser mantidas, mas que, entretanto, era preciso a ratificação das mesmas para que os atores da saúde pudessem se apropriar melhor dos conceitos em suas práticas. Com isso, nasce a PNH, democratizando as relações que envolvam os atendimentos, promovendo um maior diálogo e melhor comunicação entre gestores, profissionais e pacientes, bem como reconhecendo as expectativas dos profissionais de saúde e dos pacientes. (PNH, 2003)

Segundo Deslandes (2004), os problemas apresentados pela análise do funcionamento do SUS e as propostas de mudança de cultura na saúde apresentada pela Política Nacional de Humanização podem ser caracterizados em três eixos principais – a relação “humanização x violência”; a qualificação dos equipamentos e dos profissionais de saúde; as necessidade de melhoria nas condições de trabalho dos profissionais da rede.

No primeiro, referente a relação “humanização x violência” e baseada na análise dos usuários, a autora sustenta a presença não apenas de maus-tratos, mas do que nomeou como “violência simbólica” – o não reconhecimento das necessidades emocionais dos usuários do sistema de saúde, violência como negação do outro em sua humanidade, sua subjetividade – apontando assim a necessidade de respeitar o outro como um ser digno e singular. No documento formalizado pelo Ministério da Saúde na criação da PNH, localizamos claramente essa reflexão.

Na avaliação do público, a forma do atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e suas expectativas são fatores que chegam a ser mais valorizados que a falta de médicos, a falta de espaço nos hospitais, a falta de medicamentos. (MS, 2000, p.587)

No caso da violência contra a mulher, entendemos como ainda mais grave. A mulher, usuária do serviço da rede de enfrentamento, que já chega violentada – geralmente inserida na cena doméstica refém da violência física e psicológica – é

muitas vezes revitimizada ao ser acolhida com pouca ênfase ao seu modo singular de sofrer e repetir o ciclo da violência. Entendemos que quando não damos voz à singularidade de cada mulher, sua história particular, sua subjetividade e modo em lidar com a situação vivida, contribuimos para a chamada violência simbólica, comprometendo o serviço de assistência.

É evidente que os profissionais envolvidos raramente se dão conta do ocorrido, evidenciando a necessidade da formação continuada e em estarmos atentos as questões de impasses, já discutidas e demarcadas na saúde pela PNH e Clínica Ampliada.

Moretto (2019) discorre sobre a Clínica Ampliada, apontando a necessidade da escuta ampliada, essa que não reduz um sujeito ao seu diagnóstico, considerando ali um saber para além de toda e qualquer questão burocrática, convocando-o a comparecer no tratamento. Diz que:

A proposta da Clínica Ampliada, para todo profissional da saúde, é não reduzir o sujeito a recortes diagnósticos ou burocráticos. A ideia é tomar o usuário como sujeito ativo na tomada de decisão a respeito das determinantes das condições de saúde e também da coletividade, convidando-o, inclusive, a ser parte principal na construção de seu próprio projeto terapêutico, nos casos onde é necessário se tratar (p.43)

Outro ponto importante é a necessidade da suspensão de um saber prévio, cada profissional em sua especificidade. É claro que devemos estar sempre embasados tecnicamente e sustentados na relação teoria e prática para que possamos realizar um bom trabalho, entretanto, respeitando o conceito de Clínica Ampliada e suportando a escuta da singularidade. Devemos nos abster de um pré-conceito padronizado e massificado, permitindo-nos à escuta do singular de cada mulher em relação ao seu processo de violência e repetição, ampliando assim nossa percepção a respeito de novos problemas e a criação de novas alternativas possíveis no tratamento, deixando emergir um saber para além do saber técnico da equipe, deixando emergir um saber que é próprio de cada mulher assistida.

Cunha (2005), ao discorrer sobre a Clínica Ampliada como dispositivo da PNH, nos chama a atenção para a “distância adequada” com o cuidado profissional,

ênfatizando o trabalho compartilhado entre o potencial da equipe em promover a resolução dos problemas apresentados e a singularidade do usuário como alguém que tem um saber próprio sobre a sua dificuldade. Nesses casos, percebemos que muitos profissionais sentem-se incomodados com problemas de ordem subjetiva, dificultando o seu trabalho.

Contudo, não há como escapar. Sabemos que a subjetividade está presente na vida de uma pessoa e poderá emergir no contato com o profissional de saúde (ou qualquer outro), na transferência presente na relação. De acordo com Cunha (2005), essa transferência pode aparecer como positiva ou negativa. Quando positiva poderá até passar despercebida, mas quando negativa possivelmente trará consigo alguma dificuldade no manejo do profissional na sua relação com o usuário do serviço.

No caso das mulheres que atendemos em nossos serviços, percebemos com certa frequência, a dificuldade dos profissionais em lidar com alguns relatos que tocam em questões próximas à realidade pessoal de quem escuta, ou mesmo numa questão universal, um problema social do qual temos enfrentado em relação à violência contra a mulher e que vem gerando muito mal estar e, em alguns momentos, inconformismo e revoltas por parte de muitos.

É comum presenciarmos – seguramente de modo inconsciente e em nome de um bem maior – a revolta e militância de alguns profissionais que atuam nessa área, apresentando dificuldades em lidar com essa transferência que aparece na relação profissional-assistida do serviço e criando uma “cegueira”, impossibilitando-nos em ver, analisar e tratar dos problemas de modo mais amplo.

Esses afetos presentes no ambiente de escuta de um serviço de enfrentamento à violência, frequentemente surgirão e os profissionais envolvidos terão que ter muito tato e discernimento para não permitir que essa transferência negativa atrapalhe o seu trabalho de assistência à mulher.

Isso nos remete de volta às reflexões de Deslandes (2004) a partir da discussão do segundo eixo apontado em seu texto “Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar”, ao mencionar a necessidade de melhoria nos serviços prestados. A autora aponta a dificuldade na estrutura encontrada nos serviços de saúde – tecnologia e pessoal, tanto nos equipamentos necessários, quanto na qualificação dos profissionais –, mas sobretudo, e que muito nos

interessa na análise dos serviços prestados à violência contra a mulher, o que nomeou como “tecnologia da escuta”, referindo-se a formação continuada dos profissionais na direção da possibilidade de suportar a transferência e acolher a presença da subjetividade.

Entendemos e compreendemos que a escuta da subjetividade e do sofrimento singular não é da ordem do ofício profissional do assistente social, do servidor do judiciário ou qualquer outra profissão divergente da psicologia. Contudo, sabemos da possibilidade e necessidade do reconhecimento e acolhimento da subjetividade, como defendida pela PNH e Clínica Ampliada, por qualquer profissional e em qualquer tipo de serviço de enfrentamento. E, a partir desse reconhecimento e acolhimento, que qualquer profissional ao perceber a subjetividade e o sofrimento, possa encaminhar um usuário à psicologia clínica, sempre que necessário. Nesse sentido, o psicólogo clínico, apto à essa escuta da subjetividade e do sofrimento em sua singularidade, possa ser parte integrante da equipe no enfrentamento e tratamento do ciclo da violência.

Isso posto, cabe-nos nossa posição como agentes da saúde e, mais que isso, agentes do serviço de enfrentamento e atendimento à violência contra a mulher, discorrer sobre nossa posição de trabalho em equipe, defendendo para além da multi e interdisciplinaridade, um funcionamento transdisciplinar.

6.1.1 – A TRANSDISCIPLINARIDADE COMO UM CAMINHO PARA A HUMANIZAÇÃO NO ENFRENTAMENTO À VIOÊNCIA CONTRA A MULHER

No campo da saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política. A Política de Humanização, visa uma melhor comunicação entre usuários, profissionais de saúde e gestores, promovendo debates que favoreçam mudanças e melhorias no cuidado e organização do trabalho. Uma aposta ética, ao implicar a

posição dos usuários, gestores e trabalhadores de saúde, com trocas solidárias, de modo comprometido e co-responsáveis; estética, relativizando o processo de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; política, porque refere-se à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do Sistema de Saúde. O Ministério da Saúde entende que o compromisso ético-estético-político da Humanização do SUS se sustenta nos valores de protagonismo dos sujeitos, de co-responsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão. (PNH, 2003)

Concordamos com a proposta de humanização e a crítica a tecnociência, na qual muitas vezes, há medicalização e o uso abusivo de técnicas em detrimento da valorização da experiência humana. Assim, acreditamos que uma política pautada nos ideias de humanização devem ultrapassar as críticas ao saber científico e alcançar o sujeito, ou seja, uma política humanizada deve escutar o sujeito na sua diferença.

Neste caso, sustentamos que é possível definir o humanismo a partir da proposta de Lévinas (1972) ao propor “*humanismo do outro homem*”, onde revela que no mistério da relação “eu–outro” é preciso colocar o horizonte da alteridade de maneira radical, ou seja, escutando e respeitando o outro na sua diferença.

Assim, uma política de atenção à mulher em situação de violência precisa abrir espaço para escuta clínica qualificada destas mulheres. Entendemos que, por vezes, se pensa que “as teorias psicológicas não seriam adequadas ao contexto da violência contra as mulheres, por psicologizarem questões que são sociais e culturais” (PORTO, 2013, p.ix).

Sabemos que o problema se situa no campo político e social e que é preciso pensar em estratégias de intervenções através de políticas públicas. Mas, não podemos reduzir a vida desta mulher a um elemento de cuidado. A política de cuidado é imprescindível, mas a prática da escuta pode favorecer a um reposicionamento subjetivo.

Outro ponto que nos parece crucial na construção de um espaço de escuta seria pensar as equipes de acolhida a partir da lógica transdisciplinar. Pensamos que a proposta de compor uma equipe multidisciplinar para enfrentar o problema revela a sensibilidade sobre a complexidade do tema. Todavia, o campo do

enfretamento da violência contra a mulher precisa ser um espaço em que profissionais de diferentes profissões e saberes devam interagir com o propósito de sustentar um lugar de acolhida e intervenção junto a esta mulher.

Nesse sentido, é fundamental que os profissionais das ciências humanas e sociais apreendam a “interdisciplinaridade como uma necessidade (algo que historicamente se impõe como imperativo) e como problema (algo que se impõe como desafio a ser decifrado)”. O trabalho interdisciplinar não deve ser pensado como um estilo de uma época, mas como uma “necessidade e como problema fundamentalmente no plano material histórico-cultural e no plano epistemológico” (FRIGOTTO, 2008, p.42).

Podemos afirmar que a necessidade da interdisciplinaridade “funda-se no caráter dialético da realidade social que é, ao mesmo tempo, una e diversa e na natureza intersubjetiva de sua apreensão” (FRIGOTTO, 2008, p.43), ou seja, a realidade social e a experiência de cada sujeito é sobredeterminada, multifacetada e, portanto, complexa; não seria possível apreender essa complexidade reduzindo a mesma a um único olhar.

A interdisciplinaridade vai além de uma sobreposição dos diferentes saberes em relação ao sofrimento desta mulher. Apesar destes profissionais terem um objetivo único que se encontra embasado na proposta legal da garantia de direitos, o trabalho interdisciplinar busca confrontar propostas estabelecendo uma construção que é fruto das trocas entre aqueles que implicam na construção do caso. Inúmeros são os desafios do trabalho cotidiano, mas um deles é ultrapassar e, paradoxalmente, respeitar as competências profissionais e técnicas de cada área de saber.

Entretanto, acreditamos ser necessário um passo além da escuta de diferentes disciplinas, faz-se necessário escutar a mulher, sua comunidade e outras pessoas próximas implicadas. Neste sentido, acreditamos que o trabalho de intervenção junto à mulher não pode ser pensado só como interdisciplinar, mas como transdisciplinar, ou seja, deve considerar o saber de todos os atores envolvidos, os profissionais que oferecem os saberes disciplinares, mas, também, as mulheres, as famílias e outros atores importantes para aquele caso.

Podemos perguntar como definir uma equipe transdisciplinar? Segundo Leff (2000), é importante considerar esta proposta como uma crítica ao logocentrismo

fundante da ciência moderna, que descartou do campo do conhecimento legítimo todo saber não científico. Segundo o autor:

A transdisciplinaridade é o questionamento do logocentrismo e da configuração paradigmática do conhecimento, do qual erradicou da ciência normal todo saber não científico como externo e estranho, como patológico, como “não conhecimento”; é a transgressão da disciplinaridade, do saber codificado para apreender, ‘coisificar’ objetivar o real. (p.33)

Segundo Vasconcellos (2009), as práticas “trans” expressam o desejo da interação entre as fronteiras dos saberes formais e informais, “significam a interação entre as fronteiras de campos de saber e fazer, tanto formais, como informais, como na interação com o campo da arte e com o senso comum e/ou cultura popular” (p.4).

Sommerman (2006), dialogando com o trabalho de Nicolescu (1996) considera importante as diferentes direções que o prefixo trans nos oferece, sinalizando que a transdisciplinaridade vai além das disciplinas.

A transdisciplinaridade, como o prefixo “trans” indica, diz respeito àquilo que está ao mesmo tempo entre as disciplinas, através das diferentes disciplinas e além de qualquer disciplina. Seu objetivo é a compreensão do mundo presente, para o qual um dos imperativos é a unidade do conhecimento (Nicolescu 1996 apud Sommerman 2006, p.10)

Desse modo, defendemos nessa tese que o trabalho transdisciplinar deve considerar os conhecimentos disciplinares instituídos: o direito, a psicologia, o serviço social, a enfermagem, a medicina, entre outros; mas é preciso escutar o saber dos familiares e da mulher.

Este diálogo aberto e democrático com todo campo de saber formal e informal pode produzir no profissional o receio da perda da identidade profissional, mas é importante estar atento para a necessidade de abertura ao movimento

pendular que a partir de sua identidade profissional intervêm no caso e, ao mesmo tempo, se abre para escutar e acolher o saber que vem do campo do outro.

Assim, podemos sugerir que o trabalho de acolhida da mulher ultrapassa o modelo interdisciplinar e alcança uma proposta transdisciplinar, inclusive, considerando a urgência do diálogo intersetorial. No que se refere ao trabalho intersetorial, parece-nos importante ressaltar que é necessário construir uma rede de acolhimento à mulher e sua família.

Segundo Junqueira (2000), a “noção de rede como um emaranhado de relações das quais os indivíduos constituem os nós, significa uma transformação das ideias sobre organização social” (p. 38). A construção da rede intersetorial produz um tecido que a trama de fios considera diversos campos do setor público e privado. É fundamental esta tessitura considerando a incompletude inerente a cada sistema implicado no processo de acolhimento.

Na busca da unidade do fazer para um olhar que visa a produção do bem na vida da mulher é preciso defender a inter ou transdisciplinaridade, o diálogo intersetorial. Mas, não podemos esquecer que a rede de acolhida e apoio tem como sujeito a mulher e, assim, é fundamental criar um espaço de escuta, um lugar onde a mesma se localiza como um sujeito da sua história.

Por vezes, as políticas podem, na ética da intenção de produzir o bem, considerar a mulher como uma pessoa para o cuidado. Não se pode negar a necessidade do cuidado e de acolhida de uma pessoa, mas em um segundo momento é preciso convocá-la para a posição de sujeito, sendo que esta posição só pode ser alcançada se essa pessoa tiver um espaço de fala. Nas palavras de Souza e Cunha (2018):

(...) deve existir espaços onde os sujeitos possam usar da linguagem para ressignificar histórias, não como uma solução que abarcará a resolução de conflitos familiares, que são de outra ordem que não a estatal. Trata-se, neste sentido, do ponto onde políticas públicas e psicanálise podem se encontrar (p. 7)

De acordo com Moretto (2019), podemos pensar em projetos e serviços de Psicologia nas instituições de saúde (e no caso da nossa tese, no campo do social

no enfrentamento à violência contra a mulher), desconstruindo essa dicotomia entre Psicologias – clínica, social e da saúde, caracterizando o atendimento clínico também como um elemento essencial na promoção de saúde e no trabalho em equipe, “possibilitando ao psicanalista uma participação efetiva no campo de construção de decisões que caracteriza o cotidiano das instituições” (p. 30).

Nesse sentido, e considerando a presença do psicanalista nos serviços de enfrentamento, sustentando a escuta clínica da diferença, pensando em mais uma estratégia para o tratamento da repetição presente na vida de cada mulher em situação de violência.

Isso dito, reafirmamos nossa aposta a respeito da transversalidade no enfrentamento à violência contra a mulher, onde apostamos no esforço constante por parte de todos os atores envolvidos. Assim, confiamos que não deva ocorrer a separação entre a gestão, a formação continuada do profissional e a atenção à mulher (bem como a participação de todos os envolvidos na situação violenta), em consideração não apenas ao fenômeno vivido mas à singularidade da experiência de cada um dos envolvidos.

Falemos então um pouco mais da responsabilidade do profissional de psicologia como parte integrante dessa rede de enfrentamento e acolhimento.

6.2 – A RESPONSABILIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE PSICOLOGIA NA REDE

Retomando nossa reflexão a respeito dos profissionais na rede de enfrentamento à violência contra a mulher, passemos nesse momento, a pensar especialmente o atendimento psicológico, discorrendo sobre possíveis contribuições da psicanálise.

Lembramos que, acima de tudo, defendemos o trabalho transdisciplinar, implicando todos os atores presentes no enfrentamento ao problema da repetição, bem como as mulheres e outras pessoas envolvidas na relação violenta. Nesse sentido, reforçamos sobretudo a importância do acolhimento, por parte de todos os profissionais, de modo a respeitar a proposta da Humanização, nos termos estabelecidos pela Política Nacional de Humanização e Clínica Ampliada, sustentando o reconhecimento da subjetividade e singularidade, estabelecendo parceria com a psicologia clínica, sempre que necessário. Desse modo, evidenciamos a relevância de que o profissional esteja inserido na rede, responsabilizando-se por sua atuação e referenciando as mulheres, de modo singular, a partir da necessidade específica de cada caso, aos serviços mais especializados.

Ratificamos aqui nossa defesa para que, além da manutenção dos atendimentos psicossociais com trabalhos padronizados de conscientização e empoderamento, possamos também encontrar um lugar fértil para a inserção da clínica. Assim, propomos aqui contribuições da psicanálise para a clínica social nos equipamentos de enfrentamento e atendimento à violência contra a mulher.

Uma política de atenção à mulher em situação de violência precisa abrir espaço para a escuta clínica qualificada, na qual se faça presente também a responsabilização do profissional em escutar a singularidade da repetição, favorecendo a possibilidade de uma retificação e reposicionamento subjetivo, atenta ao cuidado pela não psicologização e patologização destas mulheres, bem como das questões sociais e culturais.

A intervenção psicossocial é valorizada por nós e por profissionais e pesquisadores (Porto, 2013; Souza e Cunha, 2018) como necessária, entretanto é evidente a necessidade da psicologia clínica.

A proposta de intervenção psicossocial é necessária, importante e tem suas indicações, mas não pode ser substitutiva da intervenção em psicologia clínica. Não pode ser apresentada como a única opção possível para atuação no contexto da violência contra as mulheres. (Porto, 2013, p.198)

Como psicólogos, é importante também estarmos advertidos de que o conceito de gênero pode nos auxiliar – considerando que a violência contra a mulher é um problema social e cultural – entretanto não é suficiente para sustentar teoricamente nossas intervenções clínicas nos serviços especializados.

Outro ponto de fundamental importância é a desatenção às questões relacionais envolvidas na situação violenta entre casais, enfatizando a violência como fenômeno, de modo isolado, atribuindo à mulher o papel de vítima passiva e do homem de agressor. Essa política, ao não considerar as posições subjetivas – tanto da mulher quanto do homem – frente à situação da violência, impede a escuta da dor psíquica e do sofrimento, padronizando a atenção de modo massificador, apagando a subjetividade dos sujeitos, prejudicando a possibilidade de mudança e o enfrentamento ao ciclo da repetição.

De acordo com Moretto (2006), a atuação do psicanalista, como clínico na instituição, ocorre na articulação de duas vertentes – clínica e institucional – simultaneamente, na qual a primeira (clínica) caracteriza o trabalho realizado com pacientes e envolvidos, na escuta do sofrimento e, a segunda (institucional) assinala o trabalho do clínico na interlocução com outros discursos e saberes, com as equipes e gestores, com a pesquisa e ensino, bem como na participações das políticas públicas. A autora diz que:

(...) a especificidade do trabalho do psicanalista na instituição de saúde é que ele se faz por meio da articulação simultânea das duas vertentes, ou seja, o exercício da clínica na instituição não está dissociado de sua interlocução com os demais campos de saber e, ao mesmo tempo, ele não tem como fazer interlocução com os demais campos de saber dissociado do exercício da clínica, uma vez que é o exercício da clínica que lhe permite pôr à prova o seu saber, contribuindo, efetivamente, por meio dele, para a construção de decisões, tanto no âmbito clínico mais específico – no caso a caso – quanto no âmbito institucional mais amplo. (MORETTO, 2019, p. 22)

Apesar disso, Moretto (2019) afirma que na articulação da prática clínica realizada na instituição, em parceria com o desenvolvimento desse campo de

pesquisa na universidade, temos a oportunidade de, para além da investigação e análise dos problemas atuais, produzirmos saber e transmiti-los. Contudo, possibilitando “não apenas a compreensão de tais problemas, mas a construção de saberes que fundamentem a construção de políticas públicas e embasem as propostas de novos dispositivos clínicos em saúde capazes de tratar dessas demandas”. (p. 24)

Os serviços de atenção à violência contra a mulher apresentam uma tentativa de universalização dos atendimentos, oferecendo caminhos para a saída dessas mulheres da situação de violência – frequentemente por meio de conscientização e empoderamento –, como se fosse possível uma única alternativa para atender o problema de todas as mulheres. Sobretudo, lembramos do risco a que expomos nossas mulheres ao excluir a subjetividade e a possibilidade da palavra em sua singularidade. A psicanálise vai revelar que o verdadeiro indicador de risco seria a exclusão da subjetividade.

Há situações que, nós sabemos, são mesmo para nós, psicanalistas, verdadeiros indicadores de risco, uma vez que entendemos que, em um contexto no qual predominantemente trabalha-se em busca da padronização de procedimentos e de crenças voltadas para a normatização de atitudes diante dos pretensos padrões de normalidade, o risco maior ao qual se está exposto é o da exclusão da subjetividade. (...) Na instituição de saúde, como na vida, ao que tudo indica, o sofrimento psíquico é inevitável. (MORETTO, 2018, p. 73-74)

Nesse sentido, devemos nos responsabilizar como psicólogos dos serviços de enfrentamento à violência, ao risco da exclusão da subjetividade das mulheres, ao valorizarmos excessivamente o discurso totalitário e os saberes pré-estabelecidos, dificultando ainda mais a implicação de cada uma delas em sua história, permitindo a desresponsabilização em sua situação na relação violenta.

Percebemos também, outra questão importante nessa mesma direção. Muitas vezes, em nome do bem e da defesa dos excluídos e vitimizados, colaboramos para a desresponsabilização do sujeito, quando atribuímos o papel de vítima da sociedade aos sujeitos de algum modo excluídos, sem considerar a

experiência singular de cada sujeito em sua situação. No caso de nossa pesquisa, ao desconsiderarmos a subjetividade e a experiência singular de cada mulher, valorizando a violência como acontecimento vitimizado na sociedade, ratificamos a posição de vítima dessa mulher de modo massificador, dificultando a sua possível implicação na própria vida, na sua experiência na relação violenta.

Assim, apostamos na necessidade da valorização da escuta da subjetividade de cada mulher. Importante ressaltarmos que não somos nós, a priori, quem sabemos da subjetividade dessas mulheres que permanecem nesse lugar de repetição da violência e, sendo assim, não somos nós quem podemos apresentar uma “fórmula” para a saída dessa posição.

Nesse caso, impossibilitados de uma padronização que aponte para uma solução universal para o rompimento da repetição da violência, devemos escutar cada mulher, em sua singularidade, para a promoção do questionar-se. Assim, cada mulher, ao apropriar-se de sua subjetividade e sua história, tem a possibilidade da implicação, elaboração da repetição como repetição diferencial e mudança. Considerando que cada mulher chegou à essa situação atual de violência ao seu modo, cada uma ao seu modo construirá a sua própria saída, onde o analista testemunhará essa experiência.

É relevante também ressaltarmos nesse momento que, o implicar-se na experiência da situação violenta não se dá na responsabilização pelo ato do outro (o ato violento do parceiro), mas na responsabilização pela permanência de cada mulher nessa posição de vítima. A responsabilização de cada uma dessas mulheres em sua experiência singular em “permitir-se” ser violentada, repetidamente ao longo da sua relação e da sua vida.

É certo que precisamos escutar cada mulher em sua singularidade, para que possamos favorecer o caminho da subjetivação, a passagem do acontecimento à experiência, de modo próprio. Entretanto, reconhecemos a dificuldade do profissional em escutar o sofrimento singular, a subjetividade e a dor de cada uma dessas mulheres, em sua particularidade.

Cientes da necessidade do cuidado de si para que possamos acolher o sofrimento do outro, nos questionamos a respeito da verdadeira disponibilidade que temos (ou não), como profissionais atendendo à violência, para escutarmos a real singularidade de cada mulher. Nas palavras de Moretto (2019):

É claro que esta disponibilidade para a alteridade exigiria do profissional (para além do repertório que construímos por meio de nossa formação teórica continuada), necessariamente, e antes de tudo, a condição de cuidar de si, para poder acolher e reconhecer o sofrimento demasiado humano daqueles a quem escutamos, sem precisarmos recorrer a mecanismos defensivos. (...) Sabemos que a real disponibilidade frente à alteridade não é uma posição simples. Mas, por isso mesmo, há de levar em conta sua importância uma vez que sabemos, pela própria experiência, que pouca ou nenhuma disponibilidade do profissional para o encontro com a singularidade do paciente pode ter efeitos iatrogênicos na medida em que tal indisponibilidade pode produzir (ainda mais) desamparo. (p. 63)

A Psicanálise contribui apontando justamente essa necessidade de que uma história de violência não traz a resposta para outra história. É preciso que nós, psicólogos, suportemos escutar no caso a caso a história da repetição, como dado clínico, para que possamos – diferentemente de apenas sugerir saídas – facilitarmos o processo para que cada mulher possa elaborar a sua experiência de repetição e encontrar sua própria saída, de modo singular. Para a psicanálise, o cuidar se dá no cuidado do sofrimento, no sofrimento singular de cada caso.

Importante lembrarmos que, se a maneira como a mulher estabelece seus laços se dá de modo repetitivo, ou seja, em todas as relações estabelecidas, dar-se-á não apenas em suas relações afetivas, mas possivelmente, também no vínculo estabelecido conosco – serviços de atenção à mulher em situação de violência. Se o modo como cada mulher se vincula no laço é a partir da posição de vítima, assim poderá ocorrer conosco. Desse modo, ao oferecermos um acolhimento que priorize o acontecimento e que não permita a emergência da subjetividade, apagando a singularidade como experiência, corremos o risco de revitimizá-la. É imprescindível que, como profissionais que atuam nesse contexto, estejamos alertas para não reforçarmos essa situação, avalizando essa posição e sustentando a permanência dessas mulheres na situação de vítima, também como objetos da instituição.

Então podemos questionar: devemos ter analistas presentes nos serviços de assistência à violência contra a mulher? Ter analistas presente na rede, especialmente nos Centro de Referência (CRAM), nos parece interessante. Contudo, o que estamos tentando trazer, nesse momento, são contribuições psicanalíticas ao enfrentamento da violência contra a mulher (independente de analistas presentes nos equipamentos, ou não), no sentido de apresentar a

relevância da escuta da subjetividade e do sofrimento particular na direção apontada pela política nacional de humanização, bem como a importância da consideração da repetição como um dado clínico a ser investigado e escutado em sua singularidade.

Estamos tentando aqui compartilhar, sobretudo, a ideia da possibilidade de uma escuta mais atenta à subjetividade e à singularidade, desde os primeiros atendimentos na rede, mesmo por profissionais da saúde, da assistência social, do direito, ou de qualquer outro saber que, de modo inter e transdisciplinar, e sempre que necessário, poderão estabelecer parceria com a psicologia clínica para o tratamento especializado do sofrimento psíquico. Uma nova possibilidade, um novo traçado, onde possamos nós – psicólogos clínicos e psicanalistas – participar ativamente dos movimentos políticos no enfrentamento a violência contra a mulher e seu ciclo repetitivo, apostando na construção de uma nova mentalidade transdisciplinar com a comunicação e contribuição de todos os atores e saberes envolvidos no problema da violência.

Nesse sentido, entendemos que deve haver por parte de todos os profissionais envolvidos nos serviços de enfrentamento e atendimento à violência contra a mulher e, especialmente por parte dos psicólogos, uma mudança de posição política, uma mudança de posição subjetiva dos próprios profissionais que, passam a incluir também a escuta clínica como ação política e como mais uma das estratégias necessárias na direção da resolução do complexo problema do ciclo da violência.

6.3 – O INCENTIVO À NOVAS PESQUISAS: UMA POSSIBILIDADE RENOVADORA

É preciso continuarmos criando condições para nos mantermos em desenvolvimento constante, tanto em novos projetos a respeito de estratégias da prática clínica nas instituições, quanto na pesquisa acadêmica e intercâmbio com a

docência, especialmente em nosso caso, nos equipamentos de enfrentamento e atendimento à violência contra a mulher e a formação de psicólogos.

Apresentaremos brevemente, a semente de novas propostas, discorrendo sobre a possibilidade da prevenção do feminicídio, a relevância da assistência ao agressor e a parceria entre políticas públicas e ensino, delineando nossa prática clínica como supervisores em estágio supervisionado em um equipamento público da rede de enfrentamento à violência contra a mulher.

6.3.1 – A PREVENÇÃO DO FEMINICÍDIO

Ao observarmos índices apresentados desde a criação da Lei do Feminicídio (Lei 13.104/2015), podemos perceber o aumento significativo dessa ocorrência. Entretanto é preciso análise aprofundada para entendermos que não apenas o feminicídio sofreu aumento, mas a ocorrência de homicídios de modo generalizado, dificultando a estatística do real crescimento desse crime.

Contudo, isso não nos afasta da preocupação a respeito do elevado número do feminicídio, nos colocando a pensar urgentemente em estratégias de prevenção desse tipo de violência contra a mulher, o grau mais grave na escala da violência de gênero.

Percebemos nos marcadores dos graus de violência, uma classificação em três níveis – leve, moderado e grave²² – que necessitam atenção especial quando pensamos em prevenção.

Essa classificação nos indica no primeiro nível – leve –, um tipo de violência normalmente ignorada pela maior parte da população. Esse tipo de violência (moral e ou psicológica) é caracterizada por piadas, mentiras, chantagem, ciúme, desqualificação e desvalorização da parceira, humilhação em público, ofensas

²² Mencionamos o “violentômetro” na introdução do nosso texto, como um modelo de marcador dos graus da violência.

verbais, entre outras violências consideradas de grau leve. É fácil percebermos esse tipo de violência, não apenas contra as mulheres, mas com todos os gêneros e em todos os tipos de relações cotidianas (pessoais, profissionais e outras). Entretanto nos parece bastante comum num contexto machista em que culturalmente ainda vivemos, que sejam especialmente dirigidas às mulheres.

Muitas mulheres que se apresentam em nossos serviços, infelizmente quando já se encontram em situação de violência grave – normalmente marcadas pela violência física – revelam também a presença de violência leves, em concomitância.

O segundo nível da violência – moderada – é descrita com episódios de controle, xingamentos, destruição de objetos pessoais e o início de violência física leve. Esse tipo de violência que já deveria ser inaceitável, ainda é tolerado por muitas mulheres em suas relações afetivas. Esse tipo de violência, infelizmente é considerado por muitas que vivenciam essa situação, como normal e suportável.

Entendemos que o momento de questionar-se e talvez até já de pedir ajuda, deveria ser o primeiro estágio da violência, para que a situação não precisasse avançar para esse segundo grau. Contudo, consideramos esse segundo grau como o limite máximo para o pedido de socorro. As mulheres em situação desse tipo de violência moderada, deveriam não tolerá-la e agir imediatamente, procurando auxílio profissional para que pudessem enfrentar tal condição.

Isso dito, falemos da realidade que se apresenta em nossa sociedade.

As mulheres em situação de violência procuram ajuda profissional, (quando procuram) ao atingirem o nível mais grave na escala da violência. É no terceiro e último estágio de gravidade – quando há episódios de lesão corporal grave e mutilação, ameaça de morte, cárcere privado, entre outros – que a mulher, já não vendo mais saída para a sua situação, recorre ao socorro. Importante lembrar que, muitas, mesmo vivendo nessas condições, ainda escolhem manter-se longe dos serviços de enfrentamento e atendimento, negando os episódios de violência vividos.

O que temos testemunhado em nossa sociedade, são mulheres que chegam ao feminicídio, sem nunca ter procurado ajuda, ou mesmo buscado auxílio talvez tarde demais.

E como podemos então pensar em possíveis avanços para a prevenção do

feminicídio?

O feminicídio é o ultimo e mais grave tipo de violência que uma mulher pode sofrer e a violência em última instância que um homem pode cometer contra uma mulher. Esse tipo de violência, a mais grave de todas, raríssimas vezes ocorre ocasionalmente. Esse tipo de violência, frequentemente é cometida por homens que já haviam se envolvido em outros tipos de violência contra a mulher. Da mesma forma, essa mulher agora já sem vida, frequentemente vinha vivendo em situação de violência em sua relação conjugal.

E por que viver assim? Por que esperar tanto tempo para pedir socorro? Por que suportar a violência até chegar nesse estágio tão grave, comumente como uma repetição de outras violências mais leves vivida há muito tempo? Por que um homem permanece nessa posição de “agressor” enquanto uma mulher permanece na posição de “vítima”?

As políticas públicas têm lutado bastante no enfrentamento do feminicídio, especialmente a área jurídica, criando legislações cada vez mais rigorosas. Entretanto, temos presenciado uma negligência por parte dos agressores que não parecem intimidar-se frente a lei, continuando no descumprimento das leis protetivas.

E o que mais podemos fazer como políticas públicas, para além das leis?

Trazemos aqui uma metáfora para pensar em estratégias: distintas, porém parceiras. A metáfora do fogo!

Sabemos que todo incêndio, que se apresenta com altas labaredas, em algum momento anterior teve o seu início provocado por uma pequena chama, ou mesmo uma rápida faísca.

Parece-nos que estamos tentando “apagar incêndio”, já que as mulheres se apresentam já “em chamas e labaredas”. É isso que temos tentado fazer com muito esforço – “apagar incêndio” –, cientes de que algumas vezes esse fogo é incontrolável, resultando na queima total da mulher – o feminicídio.

Nesse sentido, e deslocando essa metáfora para a violência contra a mulher, seria interessante pensar a situação de incêndio marcada pelas violências físicas e sexual (terceiro nível – estágio grave), enquanto a situação de faísca marcada por violências moral e psicológica (primeiro e segundo nível – graus leve e moderado).

É fato que todas essas providências de emergência devem ser tomadas

imediatamente e cada vez mais pensadas e desenvolvidas, pois cada mulher ao se apresentar em chamadas, deve ser acolhida e socorrida, no sentido de conter todo e qualquer dano presente e futuro.

Contudo precisamos pensar em estratégias preventivas – tanto para o presente, como para as gerações futuras – para que as mulheres possam procurar ajuda em momento anterior, quando ainda não estão vivendo esse fogo incontrolável. É preciso desenvolvermos estratégias preventivas que favoreçam que as mulheres possam perceber o risco que correm ao viverem um relacionamento permeado por faíscas contínuas. É preciso que as mulheres, e mesmos as meninas mais jovens, percebam as violências moral e psicológica e conscientizem-se do perigo e da necessidade do pedido de ajuda.

Num primeiro momento, como possível proposta de prevenção do feminicídio, entendemos o acolhimento e tratamento não apenas da mulher, mas também do agressor²³, como uma tentativa de controle do incêndio. Como mencionado em momento anterior, alguns trabalhos vêm sendo realizados pela psicologia clínica, a partir do acolhimento e escuta dos agressores, revelando resultados expressivos.

Nesse momento do texto porém, privilegiaremos a reflexão a respeito da prevenção do feminicídio a partir de uma outra possibilidade, pensando mais adiante, uma tática de mais longo prazo, com estratégias de promoção da conscientização da sociedade para as violências leves e moderadas, favorecendo talvez que as mulheres possam buscar socorro mais cedo – ainda no momento da presença de faíscas.

Uma primeira ação diz respeito a conscientização que já vem sendo feita, mas que precisa de incentivo para sua intensificação. É preciso criarmos mais campanhas psicoeducativas para a sociedade em geral e, para isso, incluir os homens nessa mudança de consciência.

Projetos como o USP MULHERES²⁴, como parte do programa “HeForShe” / ONU MULHERES, devem ser mais divulgados e estendidos à outras iniciativas, ao

²³ Falaremos de modo detalhado a respeito do possível acolhimento e tratamento do agressor, mais adiante ainda nesse capítulo, no item “7.4.4 – A possibilidade da assistência ao agressor”

²⁴ Tratamos dessa temática no Capítulo 2 sobre as políticas públicas no Brasil

proporem “esforço global para envolver a população masculina na remoção de barreiras sociais e culturais que impedem mulheres de conquistar os espaços e atingir todo o seu potencial”, visando uma nova mentalidade na sociedade, “uma visão comum da igualdade entre os gêneros sem que haja atitudes e comportamentos machistas”, onde homens e mulheres busquem juntos a possibilidade de igualdade de gêneros. Projetos como este, podem e devem ser ampliados para que os profissionais envolvidos nos equipamentos de enfrentamento à violência no Brasil possam lançar campanhas regionais de conscientização social.

Outro projeto importante, entre tantos outros que vêm sendo realizado no Brasil e que merece expansão é o “Maria da Penha vai à escola”. Esse projeto que capacita profissionais na área da educação, com o objetivo de expandir a discussão sobre violência doméstica nas escolas, pode ter um alcance preventivo bastante amplo.

Por um lado, pode favorecer a conscientização das mulheres para que possam perceber a situação de violência em seu ambiente familiar e encorajá-las a busca do auxílio profissional no momento em que a violência se apresenta no estágio mais leve ou moderado (moral e psicológica).

Por outro ângulo, pode conscientizar também as crianças (e quem sabe os homens – os pais), para que desenvolvam o seu sentido crítico em relação à situação de violência doméstica, favorecendo uma possível mudança de mentalidade em relação a igualdade de gênero. Nesse sentido, talvez possamos estar criando um projeto de prevenção à violência contra a mulher nas gerações futuras.

Nossa aposta é a de que, com campanhas psicoeducativas de conscientização e empoderamento na sociedade, possamos sensibilizar as mulheres para que consigam perceber-se em situação de violência e sintam-se incentivada à busca pelo serviço de assistência à violência em momento mais inicial do problema.

Nossa aposta é a de que, assim como na saúde pública somos incentivados a trabalhar em níveis primários e secundários (promoção, prevenção e diagnósticos/intervenções clínicas precoces), para que nossos pacientes não precisem chegar ao nível terciário e quaternário (com internações e intervenções mais complexas), que possamos praticar na assistência à violência contra a mulher,

uma lógica semelhante. Sendo assim, nos esforçando para uma mudança de mentalidade onde possamos, para além do trabalho de tratamento e reabilitação, impulsionar o trabalho de promoção e prevenção para que não precisemos nos deparar com o pior.

6.3.2 – A POSSIBILIDADE DA ASSISTÊNCIA AO AGRESSOR

A partir da prática clínica de diversos profissionais que vêm trabalhando com agressores e infratores da Lei (Souza e Pimenta 2014; Cerruti e Rosa, 2008; Souza, Peixoto e Moreira, 2013; Guerra, Martins e Ottoni, 2014), podemos perceber a necessidade de assistência ao homem agressor na violência contra a mulher.

Como os homens que porventura são atendidos nesse contexto são escutados? Como agressor ou como um sujeito que, por mais estranho que possa parecer, pode estar também em sofrimento psíquico? Temos dado voz ao sofrimento desses homens?

Sabemos que alguns homens agressores não sentem arrependimento diante da violência, talvez esses não se submetam aos nossos cuidados. Contudo, tantos outros não apenas apresentam arrependimento real, como muitas vezes manifestam um sofrimento psíquico profundo. Um sofrimento por ter violentado alguém que se ama. Um sofrimento por não conseguir fazer diferente.

Temos escutado esses homens?

Se discutimos até aqui que a violência contra a mulher se dá dentro numa relação, num laço afetivo, um par; há de se ter um sujeito na posição de agressor, enquanto outro na posição de vítima – no caso dessa tese, o homem que agride e mulher que sofre violência.

Ao analisarmos a violência doméstica, percebemos uma relação formada por um par – homem/mulher – que se apresenta em parceria sintomática, possivelmente em função de escolhas amorosas estabelecidas a partir de um funcionamento inconsciente. Desse modo, é importante a atenção aos papéis pré-

estabelecidos em cada relação e a escuta do lugar ocupado por cada um nessa parceria, favorecendo o questionamento da posição subjetiva e intersubjetiva das partes envolvidas no conflito.

De acordo com Cerruti e Rosa (2008), as políticas públicas abordam o fenômeno da violência pelo discurso jurídico, considerando a dualidade agressor/vítima, priorizando o atendimento à mulher como vítima, “uma perspectiva que define o masculino como agressivo e o feminino como passivo, reproduzindo uma lógica adversarial que confere à mulher a posição de vítima de circunstâncias desfavoráveis”. (p.1050) Essa política, acaba por desfavorecer tanto o atendimento psicológico, como a possibilidade de análise do problema em termos político, social e subjetivo, impedindo sujeitos envolvidos na situação de violência em elaborar e superar conflitos. Essa política, na qual o psicólogo desvia o seu lugar de quem deveria escutar o sofrimento psíquico dessas mulheres, para o objetivo exclusivo de contribuir com o sistema jurídico, acaba por impedir que o atendimento psicológico aconteça de modo a acolher a dor subjetiva.

Ao refletirmos também a respeito da evasão dos serviços, concordamos com Souza e Pimenta (2014) que apontam para uma relação parceiro-sintoma entre a mulher e seu agressor. Na mesma direção, Cerruti e Rosa (2008) em sua prática clínica nos equipamentos, apresentam resultados de queda significativa da evasão das mulheres naquele serviço, após a inclusão dos homens agressores nos atendimentos, confirmando a necessidade de implementação de novas práticas, com um trabalho interdisciplinar para além da lógica jurídica.

Entendemos que, ao atribuir à mulher a posição de vítima passiva, enquanto que ao homem de agressor, sem quaisquer questionamentos e/ou implicações, impedimos a escuta e análise da dinâmica de funcionamento do casal em situação de violência, suas posições subjetivas frente ao laço estabelecido, afastando também a escuta do sofrimento presente na experiência de cada um, de modo singular, dificultando o atendimento em direção a interrupção do ciclo.

Segundo Guerra, Martins e Ottoni (2014), um dispositivo onde adolescentes infratores da Lei possam falar de seu sofrimento ao contar sua história, favorece a construção de uma implicação em seu posicionamento subjetivo como infrator, promovendo a possibilidade de mudança nos modos de atos e escolhas na vida. Em nossa tese, apostamos que um espaço de fala onde os homens agressores,

possam dizer de sua posição no laço da violência doméstica, pode facilitar a implicação e responsabilização no ato violento, possibilitando a emergência da subjetividade e a construção de um novo saber sobre si, talvez impulsionando uma mudança de posição na parceria-sintoma.

Se, até aqui, muito falamos da posição da psicanálise ao defender a necessidade de implicação e responsabilização de cada um dos sujeito nos acontecimentos de suas vidas, faz-se necessário também a atenção aos homens para que possam se questionar e se implicar em sua posição de agressor.

Se, ao refletirmos a transdisciplinaridade – onde todos os envolvidos na situação devam ter voz – por que não pensarmos em serviços que acolham também esses homens? Talvez possam ser serviços distintos (ou não), mas que os homens envolvidos na situação das mulheres que acolhemos, possam ser escutados como mais um envolvido na complexa relação de violência doméstica.

Nesse sentido, e como mais uma estratégia ao enfrentamento do rompimento do ciclo repetitivo da violência, defendemos a possibilidade de escuta e atendimento também ao homem, mesmo que na posição de agressor no fenômeno, uma posição de quem pode também estar em sofrimento psíquico em função desse lugar ocupado no laço.

6.3.3 – A PARCERIA ENTRE POLÍTICAS PÚBLICAS E ENSINO

Aqui, refletimos a respeito da presença do psicanalista nos equipamentos de atendimento à violência contra a mulher a partir da estratégia de parceria entre serviço público e universidade.

Ainda em fase de implantação, a partir de uma parceria recentemente estabelecida e ainda em construção, entre o serviço público – notadamente um Centros de Referência (CRAM) – e a universidade, apostamos na promoção de efeitos promissores tanto para as mulheres que frequentam nosso serviço, como para a formação dos nossos alunos(as). De um lado a escuta clínica à grupos de usuárias do serviço e por outro o desenvolvimento de debates acadêmicos

teórico/prático com alunas estagiárias do curso de psicologia.

Nossa equipe iniciou recentemente grupos terapêuticos, oferecidos às mulheres usuárias de um CRAM na cidade de Ilhéus, na Bahia, com a proposta de escuta clínica em grupo, um espaço que visa a promoção da fala e da subjetividade de cada uma dessas mulheres que chegam frequentemente coladas no discurso da identificação pela vitimização coletiva.

Nosso trabalho tem sido no sentido de que possamos, atentos à posição subjetiva de cada mulher e, ao proporcionarmos um espaço de fala livre, um grupo terapêutico, acompanhado de vivências corporais, artísticas e intervenções clínicas, evocar a subjetividade, onde cada mulher possa compartilhar de seu sofrimento de modo singular, seja em relação à violência que as trazem ali, ou qualquer outro sofrimento que venha a emergir durante o processo. Ademais, ao notarmos em qualquer das mulheres do grupo, a necessidade por atendimento clínico individualizado, temos a oportunidade de encaminhá-las à clínica escola da faculdade parceira.

Nesse primeiro momento de parceria em construção, estamos presentes inicialmente, logo após a triagem (quando as assistidas passam por entrevistas e aconselhamento psicossocial – com a assistente social e a psicóloga do serviço – e orientação e assistência jurídica), ao chegarem no CRAM encaminhadas por outros equipamentos da rede – DEAM, CRAS/CREAS, entre outros – ou por demanda espontânea.

Nesse primeiro tempo e na posição de responsável pelo grupo como supervisora de estágio, realizo a primeira entrevista individual – escuta clínica psicanalítica. A partir daí e do estabelecimento inicial de vínculo, tentamos uma intervenção institucional no sentido de promovermos cada vez mais a escuta atenta à identificação de queixas e demandas, bem como a adesão das assistidas à um possível acompanhamento, oferecendo a possibilidade da participação no grupo terapêutico.

As políticas públicas vêm defendendo, quando necessário, o encaminhamento à arte-terapia. Contudo, o que temos visto na prática é que, poucos Centros de Referência contam com esse profissional na sua equipe. Desse modo, entendemos que, para além da carência da psicologia clínica que nos ocupa, temos mantido nossos equipamentos sem a possibilidade de acompanhamento

terapêutico nenhum.

É nessa lacuna que nos inserimos, como clínicos, pesquisadores e docentes, estabelecendo uma parceria com contribuições mútuas, onde oferecemos grupos terapêuticos com atendimento clínico, atendendo a demanda do equipamento por um acompanhamento terapêutico às mulheres, bem como possibilitando a pesquisa acadêmica (teoria e prática) de nossos alunos da graduação em psicologia. Ademais, promovemos encontros da equipe no intuito de pensarmos, transdisciplinarmente, a resolubilidade dos problemas presentes naquele equipamento.

*A verdadeira viagem de descobrimento não consiste em ver novas paisagens,
mas em ter novos olhos.*

Marcel Proust

7. A VIRADA DE UM CICLO: MOMENTO DE CONCLUIR

Enfim aqui! Nesse momento, com a sensação de não ter ainda chegado ao fim. Certamente não chegamos. Como chegar ao fim quando ainda se há vida? Mas é tempo de concluir. Concluir um ciclo.

Não a toa escolhemos falar de ciclos nessa tese. Ciclos que sempre estão presentes, nesse caso, o ciclo da repetição da violência contra a mulher. Mas há de se lembrar que ciclo é o movimento natural da vida, onde nascemos, vivemos (ou não) e morremos. Ciclos de uma vida, ciclos de um período da história, que ocorrem e hão de ocorrer, talvez infinitamente.

Talvez precisemos repetir alguns ciclos. Talvez repetimos alguns ciclos por escolha, outras vezes somos levados à repetição, mesmo que inconscientemente.

As vezes repetimos situações desagradáveis, não por escolha, mas porque ainda não conseguimos nos desvencilhar de um funcionamento psíquico que, muitas vezes, nem sabemos qual é. Muitas vezes repetimos ciclos dos quais nem sequer nos damos conta.

Talvez possamos interromper ciclos. Talvez não. É preciso poder escolher, mesmo advertidos de que toda escolha é, acima de tudo, uma escolha inconsciente.

É certo de que não há garantias. Escolher pela interrupção de um ciclo, não garante a sua extinção. Muitas vezes não conseguimos transformar em realidade as situações que acreditamos lutar. Mas querer escolher, implicar-se pelo processo da escolha já nos abre novas possibilidades.

Certos da repetição em nossa vida, sejam ela positivas ou negativas, a escolha por implicar-se no processo da vida, nos permite a construção de um futuro diferente do atual.

Iniciamos a pesquisa que culminou nessa tese, muitos anos atrás, sem saber ao certo por onde caminharíamos.

Já na especialização em psicologia hospitalar, me deparei com as vertentes clínica e institucional, ao atuar no departamento de ginecologia de um hospital público universitário na cidade de SP.

Foi a partir da clínica, atendendo mulheres no departamento da ginecologia, que nasce a pesquisa que foi se transformando ao longo dos anos, entre diferentes ciclos, até chegar a essa que agora concluo.

Eu trabalhava junto à uma médica ginecologista que acreditava na interlocução com a psicologia, apostando que as pacientes que passavam pela psicologia apresentavam melhoria em seus quadros clínicos orgânicos. Por esse motivo, havia então um protocolo de encaminhamento para a psicologia, de pacientes com sintomas do tipo: depressão, síndrome do pânico, ausência de libido e alguns sofrimentos decorrentes de quadros orgânicos como irregularidade no ciclo menstrual, ovário policístico, até sintomas mais graves como miomas e câncer de mama, útero e ovários.

Foi nesse momento que, por acaso, a clínica me presenteou com uma primeira questão de pesquisa. Surpreendentemente me deparei com a questão do segredo da violência sexual quando muitas dessas mulheres com sintomas ginecológicos, contavam pela primeira vez, episódios de abuso na infância e a repetição da violência por uma vida toda.

Elas diziam: Dra., eu nunca contei isso pra ninguém, mas agora preciso lhe falar.

Começava ali, a partir da minha prática clínica como psicóloga clínica e aprendiz da psicanálise, o meu percurso como pesquisadora.

Num primeiro momento, percebemos a relevância da escuta clínica na instituição de saúde para promover a subjetividade das mulheres e dar voz ao seu sofrimento. No momento seguinte, a importância da pesquisa científica articulada com a prática clínica. E por fim, a relevância da transmissão da experiência da clínica.

Esse trabalho, gerou uma questão inicial em relação ao segredo da violência sexual. Por que repetem caladas, as vezes por toda uma vida, algo que traz tanto sofrimento?

A partir disso, desenvolvi uma primeira pesquisa, o texto de conclusão da especialização, que culminou na segunda pesquisa – a dissertação do mestrado que recebeu o título de “Afim, segredo de quê? (...)”, quando a clínica me mostrou que o segredo tinha funções muito diversas para cada uma das mulheres.

Nesse momento, pudemos perceber que o segredo, não era propriamente o segredo da violência sexual, mas um ponto nodal da questão “segredo” que ao ser revelado estaria desvelando consigo uma fantasia infantil, a partir do modo como uma criança havia vivido uma situação traumática, e hoje, essa menina/mulher, adulta, estaria lidando com sua demanda de amor, seu modo em estabelecer laços, muitas vezes marcado pela violência (passada e presente).

Nesse momento encerrávamos um ciclo, com a sensação de que ainda haveria muita pesquisa a ser realizada e com o desejo da continuidade.

Iniciando um novo ciclo, continuando a pesquisa e o passo seguinte se transformou nessa pesquisa de doutorado.

O trabalho tomou um rumo um pouco diferente, deixando de ser um recorte da violência sexual e passando à temática da violência doméstica, violência contra a mulher de modo mais ampliado e, especialmente à articulação da clínica da violência com as políticas públicas. Sobre tudo, ainda pensando o enigma da repetição da violência.

A pesquisa começa como no início de uma análise, onde existe uma questão, mas não se sabe onde se vai chegar.

Como poderíamos transmitir as contribuições da psicanálise para o avanço das políticas públicas no enfrentamento ao ciclo da violência contra a mulher? Como comunicar a relevância em considerarmos a repetição como dado clínico? Como propor a clínica como mais uma estratégia no avanço dos serviços de atenção às mulheres em situação de violência?

Iniciamos então uma longa pesquisa a respeito da história do desenvolvimento das políticas pública para as mulheres no Brasil, desde o seu início. Trouxemos dados e reflexões a respeito da criação da Lei Maria da Penha e da construção da rede de enfrentamento e atendimento, bem como do estabelecimento dos centros de referência de atendimento à mulher, a Lei do feminicídio e suas repercussões.

Desenvolvemos estudo dos tipos de violência marcadas pelas políticas públicas e pela Lei, caracterizando-os desde seu estágio mais inicial, até o feminicídio em sua condição mais grave das categorias da violência contra a mulher.

Para sustentarmos nossa tese, escolhemos pelo caminho da repetição como dado clínico e a implicação de cada sujeito em sua história, como possibilidade de tratamento do sofrimento e manejo clínico na direção do rompimento do ciclo da violência. Para isso apoiamos nossa discussão na teoria psicanalítica, com o objetivo de trazer contribuições da psicanálise para o avanço dos equipamentos da rede de enfrentamento e atendimento às mulheres em situação de violência.

Discorremos a respeito dos limites e alcances do atendimento psicológico na rede, refletindo a respeito das conquistas, mas também dos problemas e lacunas. Em seguida apresentamos os conceitos de repetição, ética e implicação em psicanálise, delineando a diferenciação entre culpa e responsabilização, articulando com a escuta clínica à mulheres em situação de violência e a possibilidade de retificação subjetiva.

Por fim, trouxemos uma reflexão dos serviços públicos de atenção à mulher em situação de violência propondo uma estratégia de humanização pautada nos princípios do SUS e a transdisciplinaridade como um caminho para a humanização no enfrentamento à violência contra a mulher a partir da interlocução com áreas de saber distintas. Apresentamos a discussão a respeito da responsabilização dos profissionais de psicologia na rede, a prevenção do feminicídio, a possibilidade da assistência ao agressor e a parceria entre políticas públicas e ensino, promovendo o incentivo à formação continuada e a novas pesquisas.

Ademais, apresentamos a aposta do psicanalista como clínico nos serviços da rede, especialmente nos centros de referência, para a promoção da subjetividade e tratamento do sofrimento singular, confiando na possibilidade da retificação subjetiva e elaboração da repetição da violência, favorecendo a mudança, na tentativa do rompimento do ciclo.

Alguém pode chegar à clínica em processo de análise, pronto para falar para um analista, talvez por ter passado por essa experiência de “retificação subjetiva” em alguma relação ou acontecimento em sua vida, quando pôde, a partir desse momento, questionar-se pelo que constrói em sua vida. Entretanto, a maioria das pessoas que chegam à clínica, chegam descomprometidas de seus sintomas, sem implicação alguma na sua história, na história relatada. Cabe nesse caso, a manobra analítica para que essa pessoa possa retificar-se subjetivamente, implicando-se na vida.

No caso da nossa tese, mulheres que chegam no serviço de atenção à violência, chegam, em sua grande maioria, sem implicação nenhuma no que vive, ou se queixa – a violência doméstica. Essas mulheres chegam buscando respostas prontas para o seu problema.

Como políticas públicas, podemos oferecer respostas prontas, universais, cada equipamento em seu saber, de modo multidisciplinar, sugerindo o que acreditamos ser o melhor a cada uma dessas mulheres. Mas podemos oferecer também um serviço transdisciplinar, considerando o saber da ciência e dos diversos serviços interdisciplinares, mas considerando sobremaneira o saber de cada uma dessas mulheres e os envolvidos na situação. Sobretudo, oferecer um acolhimento também atento à escuta do sofrimento, a particularidade de cada uma das histórias que poderão ser contadas e escutadas como testemunho, atendendo à Política Nacional de Humanização, Clínica Ampliada e às Políticas Públicas para as Mulheres.

Um analista no equipamento de atenção a violência certamente estará atento à subjetividade e a singularidade de cada uma das mulheres escutadas. Um analista, certamente apostará na potencialidade de cada mulher em implicar-se na sua própria história, encontrar um caminho singular de saída do seu problema, construindo um novo futuro, seja qual for a sua escolha e o seu caminho.

Está aí a aposta! Um possível ato analítico que promova a subjetividade. A aposta no sujeito, no sujeito do inconsciente, no sujeito dividido entre o que sabe e o que não sabe de si. Esta aí a aposta! Um ato analítico que acredita promover uma saída possível. A possibilidade de escolha por um novo caminho – ou não – mas que seja uma escolha, escolha responsável.

Está aí uma contribuição da psicanálise. A relação entre clínica, instituição e ensino. Está aí uma contribuição da psicanálise. Propor a inserção de mais um discurso nesse debate onde todos os saberes devem ser bem vindos.

A partir desse momento, algumas questões se respondem. Sobretudo, muitas questões ficam em aberto, possibilitando novas possibilidades de pesquisas e estratégias a serem implantadas.

Concluimos, acreditando no privilégio em terminar mais um ciclo dessa maneira, uma tese que propõe novos caminhos e novas discussões, mas acima de tudo, a transmissão de uma experiência que abre espaço para o início de mais um

ciclo. Uma possibilidade de avanço contínuo, confiando no desenvolvimento da pesquisa se dá nos momentos de ruptura, onde as lacunas promovam o questionamento e a construção de novos saberes, sempre em criação e transformação.

Nos parece que ainda há muito trabalho a ser feito, muitas pesquisas a serem realizadas, muitos questionamentos porvir. Mas agora é momento de concluir.

Fechamos um ciclo e iniciamos outro.

Concluimos e continuamos....

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADED, N.L.O., DALCIN, B.L.G.S., MORAES, T.M. & CAVALCANTI, M.T. (2006). Abuso sexual em crianças e Adolescentes: Revisão de 100 anos de literatura. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(4), 204-213.
- ALMEIDA, L.P. de; ATALLAH, R.M.F. O conceito de repetição e sua importância para a teoria psicanalítica. *Ágora* (Rio J.), Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 203-218, Dec. 2008. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982008000200003&lng=en&nrm=iso Access on 23 Feb.2019 <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982008000200003>.
- ANDRADE, E. Da vitimização à responsabilidade na pós-graduação. IPLA - Instituto da Psicanálise Lacaniana. Disponível em: <http://www.ipla.com.br/editorias/educacao/da-vitimizacao-a-responsabilidade-na-pos-graduacao.html> acessado em: 09/04/19
- AULAGNIER, P. Um intérprete em busca de sentido. São Paulo: Escuta, 1990.
- AZEVEDO, E.C. Atendimento psicanalítico a crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 21(4), 66-77, Brasília, dezembro, 2001.
- BARCELAR, M.L.R.; CHAVES, W.C. Retificação subjetiva: os contrapontos entre a clínica psicanalítica e a epistemologia histórica. Disponível em: <www.psicanalise.ufc.br/hot-site/pdf/Trabalhos/53.pdf>acesso em 02/06/2019.
- BENEDICT, A. Moralidade e responsabilidade em tempos sombrios. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 3, no 6, jul/dez, p. 266-279, 2001.
- BENEVIDES, R. A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces? *Psicol. Soc.* v.17, n.2, Aug.2005.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciênc.& Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p.561-571, Set.2005.
- BIRMAN, J.; CUNHA, E.L.. Vínculos entre modernidade, ética e subjetivação no pensamento de Freud. *Estudos de Psicanálise*, Belo Horizonte - MG, n. 40, p. 37-48, Dezembro, 2013, p. 38
- BISPO, F.S. A ética da contingência e a implicação da psicanálise no laço social. *Psic. Rev. São Paulo*, volume 23, n.1, 75-95, 2014

- BOÉTIE, É. de La. *Discurso Sobre a Servidão Voluntária (1549)*, 2006, disponível em http://www.miniweb.com.br/biblioteca/Artigos/servidao_voluntaria.pdf, acesso em 10 de janeiro de 2016, s/p.
- BOLLAS, C. O trauma do incesto. In: *Forças do destino: psicanálise e idioma humano*. Rio de Janeiro: Imago, 1992.
- BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas para Mulheres. Secretaria de Governo da Presidência da República. (spm.gov.br) https://sistema3.planalto.gov.br//spm/atu/atu/atu_mulher.php?uf=TD Acessado em 06/11/2017.
- BRASIL – Norma Técnica de Uniformização: Centros de Referência de atendimento à mulher em situação de violência. Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. Brasília: 2006.
- BRASIL – Viver sem violência é direito de toda mulher: Entenda a Lei Maria da Penha. Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. Brasília: 2015.
- BRASIL – Norma técnica: atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Brasília: 2015.
- BRASIL – Ministério da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica – 3a. Edição atual. e ampl. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL - Ministério da Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL – Enfrentando a Violência contra a Mulher. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Brasília: 2005. 64p.
- BRASIL – Rede de Enfrentando à Violência contra as Mulheres. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília: 2011.
- BRASIL – Plano Nacional de Políticas para Mulheres. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Brasília: 2004.
- BRASIL - Ministério da Justiça e Cidadania. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2016. Acesso em 20/11/2016. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/>
- BRASIL - Portal Brasil. 2016. Acesso em 20/11/2016. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2016/05/governo-federal-cria-nucleo-de-combate-a-violencia-contra-a-mulher>

BRASIL – Campanhas. 2016. Acesso em 20/11/2016. Disponível em: http://www.spm.gov.br/assuntos/violencia/copy_of_campanhas

BRASIL. Agência Senado. DataSenado aponta aumento no percentual de mulheres vítimas de violência. Senado Federal. Brasil, 2017. . [acesso em 14 novembro 2017] Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2017/06/08/datasenado-aponta-aumento-no-percentual-de-mulheres-vitimas-de-violencia>

BRASIL – Waiselfisz, J.J. Mapa da Violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil. Flacso. 1a. Ed. Brasília, 2015. [acesso em 14 nov 17] Disponível em: http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf

BRASIL – Mapa da Violência contra a Mulher. Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher Câmara dos Deputados. Brasília. 2018. [acesso em 27 jul 19] Disponível em: https://pt.org.br/wp-content/uploads/2019/02/mapa-da-violencia_pagina-cmulhercom pactado.pdf

BRASIL. *ABC do SUS: Doutrinas e princípios*. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: < http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf>

BRASIL. *Clínica Ampliada*, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://www.ufjf.br/hu/files/2009/10/projetos_terapeuticos.pdf>

BRASIL. Política nacional de promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>

BRASIL – Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização*. Ver em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=28361

BRASIL – MMFDH. Disponível em: <https://www.mdh.gov.br/todas-as-noticias/2019/maio/ministra-damara-alves-empossa-nova-secretaria-nacional-de-politicas-para-mulheres> acessado em: 29/07/19.

BUENO, C.M. de O. Entrevista – espaço de construção subjetiva. 4. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002

CARNEIRO, A.B.F.; PENA, B.F.; CARDOSO, I.M. Entrevistas preliminares: marcos orientadores do tratamento psicanalítico. *Reverso*, Belo Horizonte, v. 38, n. 71, p. 27-36, jun. 2016. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010273952016000100003&lng=pt&nrm=iso> acesso em 02/06/19.

- CARREIRA, A.F. (2009). Algumas considerações sobre a fantasia em Freud e Lacan. *Psicologia USP*, 20(2), 157-172.
- CAZANATTO, E.; MARTTA, M.K.. A Escuta Clínica Psicanalítica em uma Instituição Pública: Construindo Espaços. *Psicologia: Ciência e Profissão* Abr/Jun. v. 36 n°2, 486-496, 2016.
- CESAROTTO, O. (2000). In: Rosa, M.D. *Histórias que não se contam: o não-dito e a psicanálise com crianças e adolescentes*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009.
- CERRUTI, M.Q., ROSA, M.D. Em busca de novas abordagens para a violência de gênero: a desconstrução da vítima. *Revista mal-estar e subjetividade*. v.8, n.4, 1047-1076, Fortaleza, dez. 2008.
- CIDH – Comissão Internacional de Direitos Humanos – Organização dos Estados Americanos. Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, “convenção de Belém do Pará” 1994. [acesso em 31 julho 19] Disponível em: <http://www.cidh.org/basicos/portugues/m.belem.do.para.htm>
- CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Orgs.). *Promoção da saúde: conceito, reflexões, tendências*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- CONTE, M. Psicanálise e redução de danos: articulações possíveis. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, Porto Alegre, p. 23-33, n. 25, ano XI, 2004.
- CFP - Conselho Federal de Psicologia. *Práticas profissionais dos(as) psicólogos(as) nos programas de atenção às mulheres em situação de violência*. Brasília. 2010a.
- CHAGAS, L.F., MORETTO, M.L.T., LUCIA, M.C.S. “O segredo que denuncia: um estudo no Hospital Público Universitário sobre o sofrimento psíquico de mulheres acometidas por violência sexual”. Trabalho de Conclusão do V Curso Avançado de Formação Continuada em Psicologia Hospitalar: Saúde, Subjetividade e Instituição. FMUSP. São Paulo, 2010.
- CHAGAS, L.F. Afinal, segredo de quê? Uma leitura metapsicológica da função do segredo na violência sexual e o atendimento em instituição de saúde. 111 p. Dissertação de mestrado – IP, Universidade de São Paulo, 2014.
- CHIES, A. Quem gosta de apanhar? Uma perspectiva psicanalítica da violência de gênero. *Revista Ministério Público Distrito Federal*, Brasília, v.1, n.6, 354-384, 2012.

- CLOITRE, M., COHEN, L.R., KOENEN, K. & HAN, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Jornal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1067-1074.
- COSTA, A.M.M. A ficção do si mesmo: Interpretação e ato em psicanálise. Companhia de Freud, 1998.
- COUTINHO JORGE, M.A. Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan: As bases conceituais. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.
- COELHO, C.M.S. Psicanálise e laço social: uma leitura do Seminário 17. *Mental. Barbacena*, v. 4, n. 6, p. 107-121, jun. 2006. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-4427200600010009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 23 nov. 2016.
- CROMBERG, R.U. Cena Incestuosa. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- CUNHA, G.T. O conceito ampliado de saúde e a transição das tecnologias de ensino-serviço no SUS: Por quê precisamos da clínica ampliada?, 2005
- DARRIBA, V. A falta conceituada por Lacan: da coisa ao objeto *a*. In: *Ágora* (Rio de Janeiro) v. VIII n. 1 jan/jun 2005, p. 63-76.
- DESLANDES, S. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):7-14, 2004.
- DELMANTO, C., DELMANTO, R., DELMANTO, R.J., DELMANTO, F.M.A. Código Penal Comentado. 8ª. Edição, Editora Saraiva, São Paulo, 2010.
- DICIO. Dicionário Online de Português. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/responsabilizacao/> Acesso em: 31-05-2019.
- DOLTO, F. Psicanálise e Pediatria. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1980.
- DUNKER, C.I.L. Culpa, responsabilidade e implicação. Blog da UBU Editora. 2019. Disponível em: <http://blog.ubueditora.com.br/culpa-responsabilidade-e-implicacao/> acessado em: 09/04/19.
- ELIA, L. Responsabilidade do Sujeito e Responsabilidade do Cuidado no Campo da Saúde Mental. **Academus Revista Científica da Saúde**, [S.l.], v. 3, n. 4, mar. 2016. ISSN 1806-9495. Disponível em: <<https://smsrio.org/revista/index.php/revista/article/view/92>>. Acesso em: 31 maio 2019.
- FAIMAN, C.J.S. (2004) Abuso sexual: a violência do incesto à luz da psicanálise. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

- FARIA, M.R. (2004) Constituição do sujeito e estrutura familiar: O complexo de Édipo de Freud a Lacan. São Paulo: Cabral Editora e Livraria Universitária, 2003.
- FAÚNDES, A., ROSAS, C.F., BEDONE, A.J., OROZCO, L.T. (2006) *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 28(2), 126-35.
- FIGUEIREDO, A.C. (1997). Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público. Rio de Janeiro, RJ: Relume-Dumará.
- FIGUEIREDO, A.C. Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. **Mental**, Barbacena, v. 3, n. 5, p. 43-55, nov, 2005. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167944272005000200004&lng=pt&nrm=iso acesso em 30/maio/19.
- FIGUEIREDO, L.C. Revisitando as psicologias: da epistemologia à ética das práticas e discursos psicológicos. São Paulo/Petrópolis: EDUC/Vozes, 1996.
- FINGERMAN, D. Repetição e experiência psicanalítica. In: Fingerman, D. Os paradoxos da repetição. São Paulo: Annablume, 2014.
- FINGERMAN, D. Desejo e repetição. Stylus Revista de Psicanálise, Rio de Janeiro, 28, 67-77, 2014.
- FORBES, J.F. A angústia da responsabilidade. Entrevista realizada em 9/2/2009. Disponível em: http://www.guiarioclaro.com.br/guia_novo/frame/frame.htm?link=show&serial=140004807&secao=Editorias&retranca=Cultura&editoria=Entrevistas&titulo=A%20angústia%20da%20responsabilidade acessado em: 20/05/19.
- FORBES, J.F. Inconsciente e Responsabilidade: Psicanálise do século XXI., Ed. Manole: Barueri-SP, 2012.
- FREUD, S. (1893) Estudos sobre a Histeria. E.S.B., vol. II, Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____ (1893-95) *Katharina*. In: Casos Clínicos. E.S.B., vol. II, Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____ (1894) *As neuropsicoses de defesa*. E.S.B., vol. III, Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____ (1895) *Projeto para uma Psicologia Científica*. E.S.B., vol. III, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

- _____ (0000) O problema econômico do masoquismo E.S.B., vol. III, Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____ (1925) A negativa. E.S.B., vol. III, Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____ (1896) *Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa*. E.S.B., vol. III, Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____ (1896) *Carta 52*. E.S.B., vol. III, Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____ (1900) A interpretação dos sonhos. E.S.B., vol. V, Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____ (1905) Os três ensaios sobre a teoria da sexualidade. E.S.B., vol. VII, Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____ (1907) O esclarecimento sexual das crianças. E.S.B., vol. VII, Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____ (1908) Sobre as Teorias sexuais das crianças. E.S.B., vol. IX, Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____ (1909[1908]) Romances Familiares. E.S.B., vol. IX, Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____ (1912) Sobre a transferência. E.S.B., vol. XII, Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____ (1914) Recordar, repetir e elaborar. E.S.B., vol. XII, Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____ (1915) *Reflexões para os tempos de guerra e morte*. E.S.B., vol. III, Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____ (1918[1914]) *História de uma neurose infantil*. E.S.B., vol. XVII, Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____ (1919) Uma criança é espancada. E.S.B., vol. XVII, Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____ (1919) O estranho. E.S.B., vol. XVII, Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____ (1920) Além do princípio de prazer. E.S.B., vol. XVIII, Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____ (1921) Psicologia de grupo e a análise do ego. E.S.B., vol. XVIII, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

- _____ (1923) *A organização genital infantil*. E.S.B., vol. XIX, Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____ (1924) *A dissolução do complexo de Édipo*. E.S.B., vol. XIX, Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____ (1925) *Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos*. E.S.B., vol. XIX, Rio de Janeiro: Imago, 1996
- _____ (1925) Algumas notas adicionais sobre a interpretação dos sonhos como um todo. E.S.B., vol. XIX, Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____ (1926) A questão da análise leiga. E.S.B., vol. XX, Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____ (1926) Inibição, sintoma e ansiedade. E.S.B., vol. XX, Rio de Janeiro: 1996.
- _____ (1930[1929]) O mal-estar na civilização. Cap. IV. E.S.B., vol. XXI, Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____ (1931) Sexualidade Feminina. E.S.B., vol. XXI, Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____ (1933[1932]) Feminilidade. Conferência XXXIII E.S.B., vol. XXII, Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____ (1937) Análise Terminável e Interminável, vol. XXIII, Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____ (1940[1938]) Esboço da Psicanálise. E.S.B., vol. XXXIII, Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- FRIDMAN, A.; VIDAL, N. Responsabilidade e Imputabilidade: Diálogos entre a Psicanálise e o Direito. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, Vol. 33, pp. 1-8, 2016.
- FRIGOTTO, G. A interdisciplinaridade como necessidade e como problema nas ciências sociais. *Rev. Centro Educação e Letras Unioeste*. v.10, n.1, p.41-62, 2008.
- GARCIA, C. Responsabilidade sem culpa? *CIENT Digital*, Belo Horizonte, n. 7, 2009. Disponível em: <<http://www.institutopsicanalise-mg.com.br/psicanalise/Cien/pdf/Cien7.pdf>>. Acesso em: 15 de jul. de 2012

- GARCIA, C. RESPONSABILIDADE OBJETIVA E RESPONSABILIDADE SUBJETIVA. *Responsabilidades*, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 85-90, mar./ago. 2011
- GARCIA-ROZA, L.A. *Introdução à metapsicologia freudiana*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, v. 1, 1991.
- _____. *Acaso e repetição em Psicanálise: uma introdução à teoria das pulsões*. 4ª. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.
- GIOVANELLA, L. et al (Orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Acesso em: 30 julho 2019. Disponível em: <http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/governo-de-sao-paulo-lanca-aplicativo-sos-mulher/>
- GUERRA, A.M.C. (2005). A psicanálise no campo da saúde mental infanto-juvenil. *Psyché*, 15(4), 139-154. Recuperado de http://www.pucminas.br/documentos/psicanalise_campo_saude_mental_infanto-juvenil.pdf
- GUERRA, A.M.C.; MARTINS, A.S.; OTONI, M.S. Adolescência e infração: conjugando fatores subjetivos e políticos no compartilhamento de responsabilidades. *Revista Brasileira de Ciências Criminas*, [s.l.], v. 109, p.109-130, 2014. Disponível em: <<https://psicanalisespolitica.files.wordpress.com/2014/06/2014-final-andre2949cc3aba-me2949cc3bcris-guerraline-martins-e-marina-otoni-livro-sp-debbieux.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2019.
- HABIGZANG, L.F., HATZENBERGER, R., DALA CORTE, F., STROEHER, F. & KOLLER, S. Avaliação de um modelo de intervenção psicológica para meninas vítimas de abuso sexual. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24 (1), 67-76, Brasília, jan/mar, 2008.
- HANADA, H. Os psicólogo e assistência à mulheres em situação de violência. Dissertação. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2007.
- HANADA, H., D'OLIVEIRA, A.F.P.L., SCHRAIBER, L.B. Os psicólogos na rede de assistência a mulheres em situação de violência. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 18(1): 288, janeiro-abril/2010

- HERNANDES, J. O silêncio para a psicanálise: implicações clínicas e teóricas. 120p. Dissertação de Mestrado – IP, Universidade de São Paulo, 2005.
- HETZEL-HIGGIN, M.D., BRAUSCH, A.M. & MONTGOMERY, B.S. (2007). A meta-analytic investigation of therapy modality outcomes for sexually abused children and adolescents: An exploratory study. *Child Abuse & Neglect*, 31, 125-141.
- HOLANDA, S.A.R.; DUTRA, E.M.S.; MEDEIROS, C.P.; RIBEIRO, C.T. Efeitos analíticos de uma escuta em grupo: uma discussão sobre a função do analista. *Revista Estilos da clínica*, São Paulo, v. 21, n. 2, maio/ago. 2016, 321-345.
- HOFFMANN, C. 'Eu' devo assumir a responsabilidade do inconsciente. *Ágora*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 41-46, Jan. 2005.
- INGLEZ-MAZZARELLA, T. Fazer-se herdeiro: a transmissão psíquica entre gerações. São Paulo: Escuta, 2006.
- IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Brasil, 2014. [acesso em 04 abril 2014] Disponível em: http://ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=21907&catid=159&Itemid=75
- IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Brasil, 2015. [acesso em 14 novembro 2017] Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=24606
- JERUSALINSKY, A.N.; MEZAN, R. Que tipo de ciência é a Psicanálise. Longe da ortodoxia e do ecletismo. *Revista Percurso*, São Paulo, 2007. p. 136 – 137
- JULIEN, P. O estranho gozo do próximo: ética e psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996, p.172.
- JUNQUEIRA, C. Ética e consciência moral na Psicanálise. São Paulo: Via Lettera: FAPESP, 2006.
- JUNQUEIRA, L.A.P. (2000). Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais de saúde. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro. 34 (6): 35-45. Nov-Dez, 2000.

- JUS. A Lei nº 13.827/19 e a aplicação de medidas protetivas de urgência pelas autoridades policiais. [acesso em 30 julho 2019] Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/73964/a-lei-n-13-827-19-e-a-aplicacao-de-medidas-protetivas-de-urgencia-pelas-autoridades-policiais>. 2019.
- JUS. Lei Maria da Penha: origem e representação. [acesso em 30 julho 2019] Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/50598/lei-maria-da-penha-origem-e-representacao>. 2016.
- JUS-BRASIL. A repercussão internacional do caso Maria da Penha [acesso em 30 julho 2019] Disponível em: <https://thaisteixeira98871.jusbrasil.com.br/artigos/344510125/a-repercussao-internacional-do-caso-maria-da-penha>. 2016.
- KAUFMANN, P. (1996). Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar.
- KEHL, M.R.. Sobre ética e psicanálise. São Paulo: Companhia das letras, 2002.
- KEHL, M.R.B. História e Repetição. In: Fingermaun, D. Os paradoxos da repetição. São Paulo: Annablume, 2014.
- LACAN, J. (1966) Escritos. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- LACAN, J. (1953). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- _____. (1958) *A direção do tratamento e os princípios de seu poder*. In: Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 591-652.
- _____. (1966) *Instância da letra no inconsciente*. In: Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995. p. 496-533.
- _____. (1960). Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. In Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- _____. (1965). A ciência e a verdade. In Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- _____. (1953-1954). O Seminário, livro 1: os escritos técnicos de Freud. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986
- _____. (1954-1955). O Seminário, livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985
- _____. (1959/60) O Seminário: Livro 7: a ética na psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

- _____ (1964) O Seminário: Livro 11: os quatro conceitos fundamentais de psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.
- _____ (1969/70) O Seminário: Livro 17: o avesso da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.
- LANKTREE, C.B. & BRIERE, J. (1995). Outcome of therapy for sexually abused children: A repeated measures study. *Child Abuse & Neglect*, 19(9), 1145-1155.
- LANG, C.S. Ética na Psicanálise: Freud, Lacan & Foucault. Dissertação de Mestrado, Caxias do Sul, RS, 2016, 92p.
- LAPLANCHE, J., & PONTALIS (2001). Vocabulário de psicanálise. 4a ed. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- LEBRUN, J. (2009). Clínica da instituição: o que a Psicanálise contribuiu para a vida coletiva. Porto Alegre, RS: CMC Editora.
- LÉVINAS, E. (1947). *Le temps et l'Autre*. Paris, Fata Morgana, 1979. Tradução Livre: Ulpiano Vázquez e Edgar Piva.
- LÉVINAS, E. (1972) Humanismo do outro Homem. Petrópolis, Vozes, 1993, p.131.
- LEFF, E. (2000) Complexidade, interdisciplinaridade e saber ambiental. In: Interdisciplinaridade em Ciências Ambientais. São Paulo: Signus, pp. 22-50.
- LIMA, G.Q., WERLANG, B.W. Mulheres que sofrem violência doméstica: contribuições da psicanálise. *Psicologia em Estudo*, 16 (4), 511-520, 2011.
- LIMA, S.S., POLLO, V. A violência sexual em nossos dias: questões para a psicanálise. *Psicologia Ciência e Profissão*, 25 (4), 546-571, 2005.
- LUCENA, K.D., et al . Analysis of the cycle of domestic violence against women. J. Hum. Growth Dev., São Paulo , v. 26, n. 2, p. 139-146, 2016 .
- LUCÂNIA, E.R., MIYAZAKI, M.C.O.S. & DOMINGOS, N.A.M. (2008). Projeto Acolher: caracterização de pacientes e relato do atendimento psicológico a pessoas sexualmente vitimadas. *Temas em Psicologia*, 16(1), 73-82.
- MARTINS, L.P.L. e DARRIBA, V.A. Do bem supremo à ética do desejo: contribuições da psicanálise à discussão ética. Princípios, Natal, v.18, n.29, jan./jun. 2011, p.203-229.
- MEYER, A.V. O Discurso de Roma: ponto de inflexão da psicanálise. Ide. v.32, n.49, dez. São Paulo, 2009.

- MICHAELIS. Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. Michaelis online. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/> Acesso em: 16-05-2019.
- MILLER, J.A. Silet: Os paradoxos da pulsão. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 2005.
- _____. O osso de uma análise. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- MIRANDA, C.E.S., RAMOS, J.S. Uma mulher é espancada: a violência doméstica contra a mulher a luz da psicanálise. Estudos contemporâneos da subjetividade. v.4, n.1, 2014.
- MOREIRA, J. de O., ROMAGNOLI, R.C.; NEVES, E.O. O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde. *Psicol. Ciência e profissão*, Brasília, v. 27, n. 4, p. 608-621, dez. 2007.
- MOREIRA, J.de O. A alteridade no enlaçamento social: uma leitura sobre o texto freudiano “O mal-estar na civilização”. *Estudos de Psicologia*, 10(2), 287-294, 2005.
- MOREIRA, J.deO.; PEIXOTO, M.L.V.L.; SOUZA, J.M.P. Culpa e responsabilização subjetiva: enlaces da psicanálise com o direito no acompanhamento de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa. In: *Culpa e laço social: possibilidades e limites*. EdUEMG, 2013.
- MOREIRA, J.de O.. (2010). Retecendo as posições maternas junto à criança vítima de negligência ou abuso sexual: da mãe ideal à maternidade possível. In Guerra, A.M.C., & Moreira, J. de O. (Orgs.), *A psicanálise nas instituições públicas: saúde mental, assistência e defesa social* (pp. 47-58). Curitiba: CVR.
- MORETTO, M.L.T. O que pode um analista no hospital? São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. 217 p.
- _____. O psicanalista num programa de transplante de fígado: a experiência do “outro em si”. 262 p. Tese de doutorado – IP, Universidade de São Paulo, 2006.
- _____. Neurociências e Psicopatologia em Psicanálise. In: *Neuropsicologia e as interfaces com as neurociências*. SP: Casa Psicólogo, 2007. p. 221-223.
- _____. *Psicanálise, saúde e instituição: contribuições mútuas*. Livre-Docência. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. 2018.142 f.
- _____. *Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde*. São Paulo: Zagodoni Editora, 2019. 160p.
- MORETTO, M.L.T; PRIZSKULNIK, L. Sobre a inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde. In: *Tempo Psicanalítico*, v. 46.2, p. 287-298, 2014.

- MURAD, M.F.G. A responsabilidade do sujeito, a responsabilidade do analista e a ética da psicanálise, 2015. Disponível em: <http://www.spid.com.br/pdfs/2010-2/Atividades-Jornada-Interna-2009.2-A-responsabilidade-do-sujeito-e-a-responsabilidade-do-analista-Maria-Fernanda.doc.pdf> Acessado em: 09/04/2019.
- NASIO, J.-D. *Introdução às Obras de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1995
- NASIO, J.-D. *Porque repetimos os mesmos erros*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2012.
- NICOLESCU, B. La Transdisciplinarité – Manifeste, Éditions du Rocher, Monaco, 1996, 33-34. Uma nova visão do mundo: A transdisciplinaridade. 1-3.
- OLIVEIRA, E.M. Fórum: Violência sexual e saúde. Introdução. Cadernos de Saúde Pública, 23(2), Rio de Janeiro, fevereiro, 2007.
- OLIVEIRA, E.M., BARBOSA, R.M., MOURA, A.A.V.M., KOSSEL, K.V., MORELLI, K., BOTELHO, L.F.F. & STOIANOV, M. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. Revista de Saúde Pública, 39(3), São Paulo, junho, 2005.
- OLIVEIRA, D.C.; SOUZA, L. (2006). Gênero e violência conjugal: concepções de psicólogos. *Estudos e pesquisa em psicologia*, 6(2), 34-50.
- ONU MULHERES. (2016) Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e o Empoderamento das Mulheres. Acesso em 20/11/2016. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/onu-mulheres/sobre-a-onu-mulheres/>
- ONU MULHERES. (2016) Fim da violência contra as mulheres. Acesso em 20/11/2016. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/areas-tematicas/fim-da-violencia-contra-as-mulheres/>
- ONU (2017) ONU Mulheres considera preocupante MP das secretarias de políticas para mulheres e igualdade racial. Acesso em 29/07/2019. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/onu-mulheres-considera-preocupante-mp-das-secretarias-de-politicas-para-mulheres-e-igualdade-racial/>
- PACHECO, O.M.C de A. *Sujeito e singularidade: ensaio sobre a construção da diferença*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996, p. 56
- PACHECO FILHO, R.A. Comunicação oral. Mesa 3 – Psicanálise e Saúde. II CONLAPSA 2015 – Universidade de São Paulo – 01 a 03/setembro/2015.

- PORTO, M. Violência contra mulheres e atendimento psicológico: o que pensam os/as gestores/as municipais do SUS. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 26(3), Brasília, setembro, 2006.
- PORTO, M. Mulheres em situação de violência e políticas públicas de atendimento psicológico : experiências e desafios da psicologia. Tese de Doutorado. Brasília. 2014
- PORTO, M.; Bucher-Maluschke, J.S.N.F. Atendimento psicológico e a Secretaria de políticas para as mulheres. *Psicologia & Sociedade*, 24(3), 567-576, 2012.
- PNH – Política Nacional de Humanização: HumanizaSUS. Disponível em: <http://www.saude.gov.br> Acessado em: 01/07/2019.
- PRATES, A.L. (2006). O trauma é o infantil – cena primária: verdade e ficção no caso do “Homem dos lobos”. *Pulsional*, ano XIX, n. 186, 56-62.
- PRIBERAM. Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. 2008-2013. Disponível em: <https://dicionario.priberam.org/> Acesso em: 16-05-2019.
- QUINET, A. A descoberta do Inconsciente. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2000.
- QUINET, A. As 4 + 1 condições da análise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1991.
- RAJCHMAN, J. Eros e verdade: Lacan, Foucault e a questão da ética. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993
- REIK, T. (1926). No início é o silêncio. In: Nasio, J.D. (org.). O silêncio em psicanálise. Campinas: Papirus, 1989.
- REZNIK, D. D. e SALEM, P. Duas faces da noção de segredo em Psicanálise. *Caderno de Psicanálise*, Rio de Janeiro, ano XXXII, n. 23, p. 93-105. 2010.
- RIBEIRO, A.M., FERRIANI, M.G.C. & REIS, J.N. (2004). Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas a vitimização nas relações familiares. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 456-464.
- ROCHA, T.H.R. Crack: entre a culpa e a responsabilidade pelo uso. In: Culpa e laço social: possibilidades e limites. EdUEMG, 2013.
- ROCHA, F.J.B.. Sobre *Fort Da* e Entrada em análise. Trabalho apresentado como “Tema Livre” no 29o Congresso Latino-Americano de Psicanálise, de 10 a 13 de outubro, 2012. São Paulo–SP. Federação Psicanalítica da América Latina. Disponível em: < http://fepal.org/nuevo/images/253_Barbosa_Rocha.pdf

- ROSA, M. D. O não-dito como operador na clínica com crianças e adolescentes. In: Pacheco Filho, R. A. et. al. (org.). *Novas contribuições metapsicológicas à clínica psicanalítica*. Taubaté: Cabral, 2003.p. 97-113.
- ROSA, M. D. (2000) Histórias que não se contam: o não-dito e a psicanálise com crianças e adolescentes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009.
- ROSA, M. D. O não-dito familiar e a transmissão da história. Revista Psychê, São Paulo, ano V, n. 8, p. 123-137. 2001.
- ROSA, M.D. A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento. São Paulo: Escuta, 2016.
- ROSA, M.D. A psicanálise e as instituições: um enlace ético-político. In: COLOQUIO DO LEPSI IP/FE-USP, 5., 2004, São Paulo. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000032004000100045&lng=en&nrm=abn>. Acessado em: 09/04/2019.
- ROSÁRIO A.B.; MOREIRA, J. de O. (orgs.). Culpa e laço social: possibilidades e limites. Barbacena: EdUEMG, 2013.
- ROUDINESCO, E.. Por que a psicanálise? Rio de Janeiro: Zahar, 1999
- RÜDIGER, D. Punir ou implicar? IPLA - Instituto da Psicanálise Lacaniana. Disponível em: <http://www.ipla.com.br/editorias/sociedade/punir-ou-implicar.html> acessado em: 09/04/19
- SALUM, M.J.G.. Crime, violência e responsabilidade na clínica psicanalítica contemporânea. aSEPHallus. Disponível em: http://www.isepol.com/asephallus/numero_08/editorial.html acessado em: 09/04/19
- SALUM, M.J.G.. Invenção e responsabilidade na psicanálise aplicada ao judiciário. aSEPHallus. Disponível em: http://www.isepol.com/asephallus/numero_08/editorial.html acessado em: 21/05/19
- SANT'ANNA, P.A., BAIMA, A.P.S. (2008). Indicadores clínicos em psicoterapia com mulheres vítimas de abuso sexual. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28(4), 728-741.
- SANTOS, T.C.. Da ética do desejo à responsabilidade sobre o gozo. aSEPHallus. 2013. Disponível em: http://www.isepol.com/asephallus/numero_08/editorial.html acessado em: 09/04/19
- SANTOS, T.C.. Da ética do desejo à responsabilidade pelo real. In: aSEPHallus. Revista eletrônica do NÚCLEO SEPHORA de pesquisa sobre o moderno e o contemporâneo Volume IV, N. 8, mai-out./2009

- SAUSSURE, F. (1916) Curso de linguística geral. São Paulo: Cultrix, 1995.
- SENADO FEDERAL. 2019. Observatório da mulher contra a violência. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia-a-a-violencia-contra-a-mulher>. Acessado em: 02/08/19
- SCHRAIBER, L.B., D'OLIVEIRA, A.F.P.L., FRANCA, J.I., STRAKE, S.S. & OLIVEIRA, E.A. (2000). A violência contra mulheres: demandas espontâneas e busca ativa em unidades básicas de saúde. *Saúde Social*, 9(1/2), 3-15.
- SCOTTI, S. Psicanálise: Uma Ética do Desejo. *Revista de Psicologia*, Fortaleza, v. 3 n. 2, p. 56-60, jul./dez. 2012.
- SEI, M.F., OLIVEIRA, S.A.P., CABRERA, C.C. & KODATO, S. Atenção psicossocial à mulher e criança vitimizada: uma experiência. *Rev. SPAGESP*, 4(4), Ribeirão Preto, dez, 2003.
- SIQUEIRA, F.G.. Da culpa em Freud à responsabilidade em Lacan: paradigmas para uma articulação entre psicanálise e criminologia. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 21, n. 1, p. 141-157 abr. 2015
- SOMMERMAN, A. Inter ou Transdisciplinaridade? Da fragmentação disciplinar ao novo diálogo entre os saberes. São Paulo: Paulus. 2006.
- SOUTO, F.I.M.. Nos anais da repetição: um retorno em Freud. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. 2017.131 f.
- SOUZA, H.G.; PIMENTA, P. Por que elas não (re)tornam? Considerações sobre a não adesão ao tratamento por parte da mulher em situação de violência. *Opção Lacaniana*, São Paulo, ano V, n. 15, nov, 2014.
- SOUZA, H.G.; CUNHA, C.F. A interlocução da psicanálise com as políticas públicas de enfrentamento da violência doméstica contra a mulher. *Opção Lacaniana*, São Paulo, ano IX, n. 25-26, jun-jul, 2018.
- SOUZA, T.P.S. O lugar do desejo feminino frente à violência. *Reverso*, Belo Horizonte, v. 33, n. 62, p. 85-91, set. 2011.
- SOUZA, J.M.P.; MOREIRA, J. de O.. Psicanálise e Direito: escutar o sujeito no âmbito das medidas socioeducativas. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. Rio de Janeiro. V. 14, n.1, p. 182-200, 2014.
- SOUZA, J.M.P.; PEIXOTO, M.L.V.L.; MOREIRA, J. de O.. Culpa e responsabilização subjetiva: enlaces da psicanálise com o direito no acompanhamento de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa. In: *Culpa e laço social: possibilidades e limites*. EdUEMG, 2013.

- SOUZA, N. S. (1996). Ética e clínica da psicanálise. In M. I. França (Org.), *Ética, psicanálise e sua transmissão*. Petrópolis: Vozes.
- SULLIVAN, T.P.; MCPARTLAND, T.; ARMELI, S.; JAQUIER, V.; TENNEN, H. Is it the exception or the rule? daily co-occurrence of physical, sexual, and psychological partner violence in a 90-day study of substance-using, community women. *Psychology of Violence*, 2012. Apr. 1:2(2). doi:1037/a0027106
- TALBOT, N.L., CONWELL, Y., O'HARA, M.W., STUART, S., WARD, E.A., GAMBLE, S.A., WATTS, A. & TU, X. (2005). Interpersonal psychotherapy for depressed women with sexual abuse histories: a pilot study in a community mental health center. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. Dec,193(12), 847-50.
- TEIXEIRA, A. M. R. (2011b). Singularidade subjetiva e metodologia clínica. *Revista Clinicaps: impasses da clínica*, 5(13), 1-7. Recuperado em 05 de fevereiro de 2014, de http://www.clinicaps.com.br/clinicaps_pdf/Rev_13/Padronizado%20Antonio%20Teixeira.pdf.
- TEIXEIRA, R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p.585-597, Set. 2005
- TERRAZAS, J.G. O conceito de pulsão de morte na obra de Freud. *Ágora* v. V n. 1 jan/jun 2002, p. 8
- THOMPSON, E. C. A. (2009). Vitimização e compulsão à repetição: uma reflexão psicanalítica sobre a recorrência da violência. Trabalho de Conclusão de Curso. Uniceub, Brasília, 2009.
- TOREZAN, Z.C.F; AGUIAR, F. O sujeito da psicanálise: particularidades na contemporaneidade. *Rev. Mal-Estar Subj.*, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 525-554, 2011.
- TURATO, E.R. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicada nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.
- USP MULHERES. Universidade de São Paulo. [acesso em 27 julho 19] Disponível em: <http://uspmulheres.usp.br>
- USP, Universidade de São Paulo. Jornal da USP [acesso em 27 julho 19] Disponível em: <https://jornal.usp.br/ciencias/universidade-lanca-a-campanha-usp-mulheres-elas-podem/>

- VASCONCELOS, E.M. (2009). Epistemologia, diálogos e saberes: estratégias para práticas interparadigmáticas em saúde mental. *Cad. Bras. Saúde Mental*, Vol. 1, n.1, jan-abr. 2009
- VILHENA, J., & AMARAL, M. E. C. (2001). Em busca de uma certa singularidade. Reflexões acerca da Psicanálise infantil em uma instituição, *Psyché*, 6(9), 197-211. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/307/30700915.pdf>
- WALKER, L. The Battered Woman. 1979. In: CORDERO, María del Rocío (trad.), "La Teoría del círculo de la violencia". Disponível em: <webs.uvigo.es/pmayobre/06/arch/profesorado/feli/agredidas.doc>. Acesso em: 30 de julho de 2019.
- WEGMAN, H.L. & STETLER, C. (2009). A Meta-Analytic Review of the Effects of Childhood Abuse on Medical Outcomes in Adulthood. *Psychosomatic Medicine*, 71, 805–812.
- WINTER, C.F.C. Responsabilidade é um bem que se constrói. *Iusgentium*, v.10, n.5, p. 207-222, jul/dez, 2014
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (OMS-WHO), 2003. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. [acesso em 22 mai 16] Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924154628X.pdf>
- ZILIOOTTO, D.M. A posição do sujeito na fala e seus efeitos: uma reflexão sobre os quatro discursos. *Revista Psicologia USP*, São Paulo, 15(1/2), 215-223, 2004.