

A violência da escuta e a escuta da violência

The Violence of Listening and the Listening of Violence

Raquel Furtado Conte

Resumo

Este artigo discute as experiências vivenciadas por duas mulheres, em situação de violência de gênero com seus parceiros, diante de dois serviços da Rede de Enfrentamento à Violência contra as mulheres de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul. A partir de um estudo qualitativo do tipo exploratório e interpretativo, busca-se entrelaçar os conceitos de Freud, Winnicott e Ferenczi acerca da escuta do trauma em psicanálise, a partir de fragmentos clínicos do acolhimento inicial das duas mulheres, que frequentam um serviço de psicologia da rede. Os temas centrais discutidos enfatizam sobre a postura dos profissionais nos serviços à guisa das recomendações da psicanálise sobre a postura do analista, além da importância do ambiente facilitador para o desenvolvimento da confiabilidade proposta na ética do cuidado da psicanálise de pacientes traumatizados. Com base nos fenômenos transferenciais e contratransferenciais, é possível compreender a importância da qualificação dos profissionais nos serviços, perpassando a análise como um instrumento facilitador e protetivo para os envolvidos nos atendimentos de mulheres em situação de violência. A violência da escuta de profissionais não qualificados acaba por provocar um novo desamparo psíquico diante de situações traumáticas, impedindo, assim, a escuta da violência. Como considerações finais, salienta-se para a importância da qualificação técnica dos diversos setores da sociedade que realizam algum tipo de escuta e acolhimento junto à população, considerando ainda mais as pessoas em situação de vulnerabilidade.

Palavras-chave: Escuta, Psicanálise, Trauma, Violência de gênero.

1 Introdução

Este artigo discute as experiências vivenciadas por duas mulheres em situação de violência de gênero com seus parceiros diante de dois serviços da Rede de Enfrentamento à Violência contra as mulheres, de uma cidade do interior do estado do Rio Grande do Sul. A partir de queixas no acolhimento inicial dessas mulheres em um serviço de psicologia de uma Universidade do interior do Rio Grande do Sul, são apresentados alguns fragmentos clínicos para discutir a temática acerca da escuta da violência e a violência da escuta.

A rede de serviços que atende as mulheres em situação de violência está implicada

com o objetivo n.º 5 dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda de 2030 da Organização das Nações Unidas, que tem como meta:

Eliminar todas as formas de discriminação de gênero, nas suas intersecções com raça, etnia, idade, deficiência, orientação sexual, identidade de gênero, territorialidade, cultura, religião e nacionalidade, em especial para as meninas e mulheres do campo, da floresta, das águas e das periferias urbanas (ONU, s/d).

De certa forma, os profissionais que atuam nesses serviços tornam-se aliados na promoção da cidadania e do fortalecimento integral das meninas e mulheres, além de estar atentos aos diversos encaminhamentos disponíveis, a partir dos avanços de leis e políticas voltadas para o enfrentamento da violência contra as mulheres, para realizar o acolhimento e o encaminhamentos necessários. No entanto, nem sempre esses profissionais dispõem de espaço, tempo e qualificação para auxiliar com os destinos das demandas solicitadas por essas mulheres. Em razão disso, muitas mulheres são acolhidas por uma psicóloga relatam com frequência sobre o descontentamento com as orientações e as informações recebidas.

Como refere Miura (2014), o padecimento dos profissionais e a falha nas ações terapêuticas e orientativas estão implicadas com um ambiente institucional que não promove nenhum respaldo para a equipe técnica. A autora sugere que uma das formas de minimizar o mal-estar institucional é a supervisão institucional. Além disso, refere que essa atividade é essencial para que uma equipe consiga lidar com demandas cotidianas no contexto dos atendimentos da violência, numa atitude em que a equipe não se desespere nem “revitalize a vítima com ações inseguras e precipitadas ou, então, revide a agressão do agressor, sem perceber que está agredindo-o” (p. 186).

Banhada em diversas fontes do saber, a psicologia é uma disciplina das ciências humanas que está implicada com a ética e o dever dos direitos humanos sem, contudo, desconsiderar a contribuição da psicanálise, no que se refere aos aspectos inconscientes que mobilizam os sujeitos para destinos diversos de suas paixões, que nem sempre caminham de mãos dadas com o “bem” e a justiça para o “si mesmo”. Ou seja, a judicialização dos conflitos e dos afetos não encerra os destinos pulsionais dos sujeitos diante de uma relação frustrante, abusiva e traumática.

Se retornarmos a Freud (1915/1996), poderemos verificar que em seu trabalho *Reflexões para os tempos de guerra e morte*, ele afirma que nenhum progresso tecnológico e científico disponível na cultura é capaz de produzir um progresso psíquico. O desamparo do sujeito diante da gestão de sua subjetividade é algo infinitamente constante e, por mais que a cultura forneça estratégias para driblar o mal-estar, as demandas pulsionais não se modificam com o passar dos anos, principalmente aquelas relativas ao amor e ao ódio.

De acordo com Ceccarelli (2009), o desamparo psíquico é vivenciado pelo adulto sempre que ele se depara com a angústia, e o sujeito, imerso na cultura dispõe de vários tipos de auxílio, como religião, adições, aos quais pode se apegar, o que denota a dependência psíquica de ser confortado e acolhido.

A psicanálise nos oferece caminhos para pensar, nomear e interpretar aspectos simbolizados ou não no psiquismo do sujeito, e sua compreensão se faz a partir das manifestações do inconsciente. O inconsciente é um substantivo que não apenas define os processos mentais que não são conscientes, como ele apresenta uma noção tópica e dinâmica. A primeira noção se refere a um sistema com um lugar psíquico, mas não anatômico. A noção dinâmica se refere a um sistema de qualificação. Em 1923 Freud (1900, 1923/1996) apresentou uma releitura da primeira tópica e criou um modelo estrutural do inconsciente conhecido como Eu, Isso e Supereu.

Em 1930, Freud afirmou que a entrada na civilização impõe regras e limitações com o intuito de manter a ordem e possibilitar a convivência em sociedade que, por sua vez, impõem sofrimento ao sujeito. Além disso, afirma que as relações com os demais são as causas de grande parte de nosso sofrimento, uma vez que a relação com a alteridade inclui um mal-estar. Assim, mulheres engendradas em relações de violência, precisam ser compreendidas e (sobretudo)

lembradas dentro dessa perspectiva: entre o jogo das pulsões, seus destinos e o laço social, sem esquecer a cultura e os padrões enrijecidos que encontramos nos discursos e nas práticas sociais, que em muito contribuem para a moral repressora que o patriarcado impõe, além de exercer influências na educação e na oferta de possibilidades sociais, afetivas e econômicas.

É importante lembrar que, ainda que a dominação masculina seja um privilégio que a sociedade patriarcal concede aos homens, nem todos a utilizam da mesma forma, assim como nem todas as mulheres se submetem igualmente a essa dominação. Numa perspectiva relacional de que o poder se articula segundo o “campo de forças” e se homens e mulheres detêm parcelas de poder, embora de forma desigual, cada um irá utilizar suas estratégias de poder, dominação e submissão, de acordo com seus arranjos psíquicos (Araújo, 2024).

Uma breve apresentação das mulheres mencionadas neste artigo reflete a experiência da autora, que há mais de 17 anos vem atendendo mulheres em situação de violência. Em geral, as mulheres que buscam o serviço de psicologia já frequentaram algum serviço da Rede de Enfrentamento à Violência contra as mulheres. É comum que muitas delas recebam orientação e encaminhamento do Centro de Referência da Mulher,¹ já que esse serviço acolhe as mulheres em situação de violência, independentemente de terem ou não feito um boletim de ocorrência² ou o

1 O Centro de Referência faz parte da rede de serviços de enfrentamento à violência contra a mulher e oferece acolhimento e acompanhamento interdisciplinar (social, psicológico, pedagógico e de orientação jurídica) às mulheres em situação de violência de gênero. (<https://www.tjrs.jus.br/novo/violencia-domestica/enderecos/centros-de-referencia-de-atendimento-a-mulher/>).

2 O boletim de ocorrência (BO) no contexto da violência contra as mulheres corresponde aos registros de ocorrência que podem ser realizados na Delegacia de Polícia ou na Delegacia da Mulher, ou podem ser efetivados de forma *on-line*. (<https://www.pc.rs.gov.br/carta-de-servicos/servicos?servico=2213>).

exame de corpo de delito.³

Essas mulheres, que são encontradas em diferentes serviços da rede, podem ou não permanecer no serviço de psicoterapia oferecido por um Serviço de Psicologia de uma Universidade do interior do RS. A experiência no serviço aponta que o número de mulheres encaminhadas é inferior ao número de mulheres que chegam ao serviço, assim como o número de mulheres que permanecem em psicoterapia. Por exemplo, no ano 2024 foram realizados 17 encaminhamentos e 5 mulheres permaneceram em psicoterapia. Conforme a pesquisa de Eizirik *et al.* (2007), as vítimas de trauma apresentam mais situações de impasses ou de fracassos terapêuticos, com menores taxas de sucesso no tratamento quando comparadas a pessoas sem história de trauma.

A violência que se pretende discutir neste trabalho diz respeito às violências relatadas por elas nos serviços da rede. São diversas as insatisfações: desde o sentimento de não se sentirem acolhidas, a insegurança em relação aos seus direitos, a confusão ou não compreensão dos trâmites legais e processuais até o sentimento de inadequação como mulher diante da tomada de algumas decisões, entre outros. Uma hipótese para pensar essa questão é que há uma mobilização no

3 O exame de corpo de delito é uma perícia que visa comprovar a materialidade de um crime, ou seja, a existência de vestígios que demonstrem a infração. É uma prova obrigatória em todos os crimes que deixam vestígios, como homicídio, lesão corporal ou dano. A ausência do exame de corpo de delito pode levar à nulidade do processo. (<https://www.jusbrasil.com.br/artigos/o-que-e-o-corpo-de-delito/682979892>). No contexto da violência contra as mulheres, ele se torna uma prova importante para o processo e a inclusão da Lei Maria da Penha. A Lei Maria da Penha ou Lei nº 11.340, de 7 ago. 2006 – criada para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º 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. (https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11340.htm).

profissional que escuta acerca das violências a partir de uma contratransferência não instrumentalizada.

Embora a contratransferência seja um fenômeno comumente utilizado em psicanálise e, mais especificamente, na relação entre analista e paciente, Eizirik *et al.* (2007) afirmam que é importante haver um estudo dos sentimentos despertados em pacientes vítimas de violência, já que, além de intensos, muitas vezes esses sentimentos constituem barreiras para o sucesso do tratamento. As autoras ressaltam ainda que há pouca publicação referente ao tema da contratransferência com essa população. Elas afirmam que os terapeutas podem ser os primeiros a identificar sentimentos que não estão acessíveis na experiência vivida por essas mulheres, uma vez que podem ser intoleráveis e contraditórios. Além disso, podem ser reproduzidos e reexperimentados durante o tratamento, “podendo atemorizar a ambos e criar impasses se não forem adequadamente reconhecidos e elaborados” (Eizirik *et al.*, 2007, p. 198).

Tomando por base a vivência da violência de gênero vivenciada pelas mulheres, é possível relacionar a noção de trauma definida por Freud, como um acontecimento de natureza psíquica, no qual o indivíduo é invadido por uma excitação que não pode ser eliminada (por incapacidade do momento ou do seu desenvolvimento emocional/psíquico). Essa excitação de natureza sexual ou de relações marcadas por excitações do tipo erótica, tem o complexo de Édipo como uma experiência considerada traumática, uma vez que, se todos os desejos fossem realizados, ocorreria a destruição do sujeito e da cultura.

De acordo com Fulgêncio (2004), segundo Freud, a sexualidade é sempre traumática e edípica, e tudo é compreendido como uma “questão de sublimação da sexualidade ou de dificuldades dessa sublimação ou, ainda, de sua realização sempre impossível na sua totalidade” (p. 261). O autor resalta que a noção de trauma em Freud exige que, desde o início, exista um indivíduo amadurecido,

que reconhece em seu interior uma excitação vivida como algo a ser eliminado que é, inclusive, vivida como um conflito entre desejos irreconciliáveis e que esse indivíduo já precisa estar maduro para estabelecer relações com objetos externos a si.

Mas o trauma, pensado aqui como nos casos da violência de gênero, pode ter seu efeito avassalador de acordo com o desenvolvimento emocional alcançado pelo sujeito em termos de confiabilidade e integração do *self*, se compararmos às ideias de Winnicott (1983). Diferentemente de Freud, Winnicott concebeu o trauma como um fracasso ambiental que impede a continuidade do ser e forneceu uma diversa classificação de tipos de trauma de acordo com as fases do desenvolvimento e, ainda que não se haja espaço para detalhar todos eles, é preciso lembrar que para o autor, os sentidos do trauma são pensados em termos relacionais (Winnicott, 1983). Para ele não é a intensidade de energia das pulsões (como em Freud) que caracteriza o trauma, e sim o significado de cada relação inter-humana em termos da continuidade de ser e da confiabilidade no ambiente. Do seu ponto de vista, é o cuidado e não o trauma que está na base da constituição do si mesmo e da vida cultural (Winnicott, 1983).

A não escuta empática das mulheres e suas vivências traumáticas pode ser concebida como uma condição que as traumatiza ainda mais, seguindo a lógica do desmentido em Ferenczi. Em seu artigo *Confusão de línguas entre os adultos e a criança*, Ferenczi (1933/1992) conceitua o trauma ou a comoção psíquica como resultante da confusão que a linguagem da paixão dos adultos pode provocar na subjetividade da criança, ainda marcadamente caracterizada pela linguagem da ternura. O trauma pressupõe a intervenção de um fator exógeno que acarreta uma alteração no psiquismo. Entre essas falhas, Ferenczi menciona as seduções normalmente incestuosas de um adulto ou mesmo o abuso sexual. Para Ferenczi (1933/1992), haveria dois tempos do trauma: utilizando o

exemplo da violência sexual, ele afirma que o primeiro momento seria aquele no qual a violência acontece, e o segundo, corresponderia ao desmentido pelo adulto, em quem a criança confia e recorre em busca de amparo e sentido para sua experiência. De acordo com Ferenczi (1933/1992), é o desmentido que confere um caráter desestruturante e patológico: de um lado há uma criança que tenta se organizar pelos sentidos que são dados pelo outro; outro lado, há um adulto que deveria oferecer condições para ela estabelecer uma relação mediada com o mundo.

A escuta da clínica da violência, portanto, deve perpassar esse horizonte de contribuições acerca das concepções de trauma em psicanálise. Diante do exposto, este trabalho pretende contribuir com algumas reflexões que previnam ou minimizem a violência da escuta, a partir dos conceitos de trauma em Freud, Ferenczi e Winnicott, além da ética do cuidado e do conceito de contratransferência.

2 Fragmentos clínicos: a violência da escuta e a escuta da violência

A metodologia deste trabalho se define pelo delineamento qualitativo, de caráter exploratório e interpretativo. Como fontes de dados da literatura, foram revisitadas algumas obras de Freud acerca da escuta e recomendações técnicas da psicanálise, bem como alguns conceitos de trauma em Freud, Winnicott e Ferenczi, a ética do cuidado em Winnicott e Ferenczi, bem como o conceito de contratransferência. Para ilustrar alguns impasses na escuta da temática da violência, foram utilizados alguns fragmentos clínicos de duas mulheres que buscaram o serviço de psicologia de uma universidade de interior do Rio Grande do Sul.

Para apresentar os relatos de algumas mulheres atendidas pela autora, é necessário que se enfatize o que nos lembra Freud (1910/1996) em seu trabalho *Psicanálise silvestre* acerca do cuidado que se deve ter com as pacientes se queixam daquilo que foi dito por um médico, pois não sabemos

exatamente o que foi dito. Além disso, Freud esclarece que elas podem estar descontentes com o atendimento ou o diagnóstico, por isso precisamos ter cuidado para não condenar indevidamente o profissional a quem elas se referem. Entre aquilo que realmente foi dito e aquilo que elas puderam interpretar, há uma lacuna. Freud ressalta que é comum que os médicos se tornem objeto dos impulsos hostis do paciente e, muitas vezes, assumimos, por projeção deles, desejos reprimidos. Ele relatou, então, aquilo que uma paciente lhe contou, de que diante de uma crise de angústia agravada pela separação, o médico lhe teria orientado que tivesse relações sexuais, a fim de eliminar sua angústia. A partir daí, Freud discorre sobre algumas recomendações que devem permear a escuta da clínica psicanalítica e aponta algumas considerações importantes que serão retomadas aqui a partir dos relatos trazidos pelas pacientes. Portanto, tal como nesse trabalho de Freud, foi tomado como verdadeiro aquilo que as duas pacientes relataram no acolhimento com o serviço de psicologia, a fim de ilustrar a temática que se pretende discutir aqui neste artigo – a violência da escuta e a escuta da violência.

Os cuidados éticos foram tomados conforme a Resolução n. 466/2012 e a Resolução n. 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, priorizando as questões do resguardo quanto à privacidade e ao anonimato das pessoas envolvidas, bem como a declaração de conflitos de interesses. Os fragmentos clínicos apresentados são de duas mulheres participantes de um projeto de pesquisa de uma universidade do interior do Rio Grande do Sul, que tiveram apreciação do Comitê de Ética da Universidade com o Parecer Consubstanciado da Plataforma Brasil. Após assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), as participantes iniciaram o processo de acolhimento no serviço.

Em geral, as primeiras sessões do serviço de psicologia, preza pela coleta de alguns dados sociodemográficos das mulheres, bem

como pela escuta dos dados que a paciente deseja informar acerca de si, respeitando-se o tempo subjetivo de cada paciente para a revelação do si mesmo e para o estabelecimento da transferência. Nesse sentido, se coaduna com o que Freud (1912/1996) frisou sobre a atenção flutuante do analista e a associação livre do analisando. Isso sugere a criação de um espaço de confiança no qual o paciente possa revelar sem críticas e sem restrições aquilo que se passa na sua mente. Através de uma atividade de receptividade, o analista pode identificar, compreender e interpretar aquilo que está oculto naquilo que o sujeito revela. No ano seguinte, Freud (1913/1996) escreve *Sobre o início do tratamento*, no qual destaca a importância das entrevistas preliminares, já que elas permitem ao analista a oportunidade de conhecer o caso, fazer um diagnóstico diferencial, reconhecer as patologias que poderão se beneficiar do tratamento analítico e encaminhar as diretrizes para o tratamento. Além disso, Freud aconselha que as interpretações sejam feitas após o estabelecimento de uma transferência eficaz, uma aliança sólida e que esteja bem próximo do seu conflito. Afirma que a revelação fora do tempo trará dificuldades e resistências por parte do analisando.

2.1 A mulher que precisa ter relações sexuais

Maria apresentou sua demanda de tratamento, ou seja, buscar ajuda para conseguir lidar com a sua ansiedade atual, já que ela estava pensando em se mudar e retornar para o seu estado de origem. Contou que estava na cidade há apenas um ano e que havia se mudado para vir morar com um homem, que era seu namorado na adolescência. Porém, informou que, assim como estava ali na consulta, não saberia se conseguiria vir de novo, porque talvez fosse começar a trabalhar, já que precisava também de dinheiro para poder retornar ao seu estado. Em seguida, contou que havia ido ao médico, por causa de sua angústia e ele a orientou para buscar

um homem para ter relações sexuais, que era disso que ela estava precisando. Relatou sua indignação com o aconselhamento médico.

A terapeuta escutou aquilo como um soco no estômago e lembrou instantaneamente do trabalho do Freud (1910/1996) *Psicanálise silvestre* e a repetição do equívoco do médico nos tempos atuais, decorridos já um século e alguns anos de debates e discussões acerca da temática da sexualidade em Freud. Após esse desabafo, a paciente discorre sobre seu relacionamento atual e o rompimento traumático com seu parceiro. A partir de um romance na adolescência, ao que parece, mal-acabado, ela reencontrou seu parceiro nas redes sociais e, instantaneamente, foi morar com ele. A partir daí, viveu momentos de tensão, violência física, sexual e violência psicológica, com ofensas e xingamentos. Sem emprego, em uma cidade desconhecida, desesperou-se, perdeu o rumo, não sabia aonde ir ou para onde retornar, abandonara toda a sua vida para viver a paixão juvenil. Descobriu-se emaranhada numa relação com um homem violento e, posteriormente, ela descobriu que ele já havia tido problemas anteriores de violência com outras mulheres.

Assim como no caso apresentado por Freud, Maria foi interceptada em sua busca de ajuda para suas angústias. Foi compreendida pelo médico, com uma senhora que estava com carência sexual. Maria foi escutada do ponto de vista médico, que lhe ofereceu uma solução prática para sua angústia. Como Freud (1910/1996) convoca a pensar no seu texto *Psicanálise silvestre*, para a psicanálise existe um fator mental implicado nas insatisfações do sujeito. O sintoma é a expressão de um conflito entre a libido e as forças repressoras, fazendo com que os desejos sexuais sejam aflorados; em contrapartida, as resistências fazem força contrária para sua satisfação. Além disso, Freud atenta para o fato de que nem sempre a condição atual do paciente é o fator causal da ansiedade, a exemplo dos casos de neurose de angústia como ele nomeou. A consideração apenas dos sintomas atuais não

permite que se leve em conta os fatores psíquicos implicados nos sintomas e sua compreensão psicodinâmica. Para Freud, a ideia de apresentar soluções práticas a um fator causal explícito, não auxilia o paciente para mover as barreiras que o impedem de lidar com seus impulsos sexuais. Assim como no caso da paciente de Freud, Maria pode ter sido vítima de um possível erro de diagnóstico: o médico teria suposto que ela teria uma neurose de angústia, portanto, uma terapia somática faria sentido.

O que aconteceu com Maria pode ser comparado ao fenômeno da resistência transferencial, ressaltado por Ferenczi (1932/1990), que se refere a um fenômeno encontrado na clínica traumatizante, que tem a impessoalidade como um mal desnecessário no encontro analítico. Nesses casos, o comportamento do analista instiga o aparecimento da resistência transferencial do paciente. Um dos comportamentos citados é o saber excessivo e a representação de divindade em que o analista se implica. No caso de Maria, observamos esse lugar e o comportamento ocupado pelo médico e, por outro lado, a condição indigna com a qual ela precisou lidar.

É possível compreender que, no caso de Maria, não houve nem tato nem discricção do médico para abordar a queixa trazida por ela e, muito menos, houve um acolhimento para a situação de violência que ela estava experienciando. Assim como Freud (1910/1996) revela em seu trabalho, uma interpretação antecipada pode atrapalhar o vínculo entre paciente e médico, assim como pode contribuir para o estado de confusão e desintegração do pensamento. No caso de Maria, o médico compreendeu que a vida sexual da paciente é que estava em falta, denotando sua equivocada compreensão acerca da psicosexualidade apresentada por Freud.

No caso de Maria, possivelmente a situação atual da violência com o parceiro pode ter remetido a experiências traumáticas vivenciadas anteriormente, o que pode ter suscitado o aparecimento do afeto angustiante.

No entanto, a escuta médica não teria talvez a qualificação necessária para compreender a complexidade dessa relação. Além disso, pelo uso de um saber excessivo, o médico não pode acolher a paciente de forma mais empática. O que poderia ser pensado em termos da não adequação à ética de cuidado de Ferenczi (1933/1992) se refere ao desmentido que ocorre na cena, na qual Maria busca ajuda externa para sanar ou minimizar parte de seu conflito, e sua experiência física e psíquica da violência não pode ser considerada. Não podendo desenvolver um sentimento de confiança no médico, desconsiderou essa fonte de ajuda e trouxe para a escuta psicológica outra dúvida: “O que tu acha disso que o médico falou?” (*sic*).

Ferenczi (1930/1992) ressalta que a “atitude de observação objetiva e reservada” (p. 60) tem sua importância e a diferencia da atitude de “reserva severa e fria” (p. 61). A primeira oferece espaço para o paciente poder entrar em contato com o seu mundo interno, em um processo crescente no qual se torna perceptível o nosso interesse sincero em escutá-lo, numa atitude “amistosamente benevolente”, nas palavras de Ferenczi (p. 60), o que levaria ao desenvolvimento da confiança. Já a segunda nos remete a uma atitude defensiva por parte do analista, até mesmo caricata, que resultaria em um aumento das resistências ou mesmo em retraumatismos para o paciente.

O *holding* proposto na clínica da escuta de Winnicott (1983) faz contorno à experiência do encontro entre paciente e analista: é preciso ter um ambiente acolhedor e facilitador para que ocorra um vínculo profícuo. No momento do acolhimento inicial, a profissional de psicologia não adentrou na dúvida despertada, mas sugeriu que pudessem pensar mais sobre isso no decorrer das demais sessões, fato que foi improvável de acontecer, pois a paciente não retornou.

Ao nomear a escuta da violência como o oposto da violência da escuta, neste trabalho,

é necessário lembrar daquilo que é preconizado por Ferenczi (1928/1992) na ética do cuidado, em que ele enfatiza o tato, a empatia analítica, o valor da dimensão afetiva e corporal e a importância da confiabilidade na relação analítica como conceitos fundamentais para a prática analítica atual que privilegia a dimensão do cuidado.

2.2 A Mulher que não tem direito a nada

Joana, 50 anos, apresentou sua situação atual de violência com o marido, com o qual convive há 20 anos e tem um filho de 10 anos do casal. Comentou que havia sofrido violência sexual na adolescência com o cunhado, casado com sua irmã, durante o período em que trabalhou na casa deles em troca de moradia. Por dificuldades em realizar a denúncia, em razão da preocupação em “poupar” (*sic*) a irmã e não constranger o contexto social no qual residiam, decidiu não fazer boletim de ocorrência quando aconteceu o evento. Ao relatar para sua irmã, anos mais tarde, sobre o ocorrido, não obteve uma escuta adequada e foi negligenciado o teor do abuso na época. Atualmente, por conviver muito próximo da irmã, contou para o marido o que lhe acontecera na adolescência, para que ele pudesse entender o quanto se sentia constrangida de visitar sua irmã e participar dos eventos da família. Novamente não obteve uma resposta positiva, inclusive foi acusada de ter provocado o cunhado. Em seguida, descobriu a traição do marido com uma amiga dela, casada, que frequentava sua casa em eventos íntimos, como jantares e almoços promovidos por ela e seu marido. Ao discutir com o marido sobre o que descobrira, foi repreendida, chamada de louca e, novamente, foi ignorada a situação de violência e injustiça que ela estava revelando. Decidiu pedir a separação, mas sem realizar boletim de ocorrência.

Atualmente mora na mesma casa com o marido e aguarda a separação. Queixa-se de que, ao buscar informações com a sua advogada em uma instituição pública, recebeu

a notícia de que não teria direito sobre os bens adquiridos durante o casamento, por causa da união não legalizada com o marido. Diante do sentimento de injustiça, ficou com medo de enfrentar a separação e, em sua última sessão, relatou que estava repensando se iria realmente levar adiante o seu desejo de separação, uma vez que não achava justo perder o que conquistaram juntos, aliado ao fato de ter um filho para criar e não ter um emprego para se sustentar financeiramente. O parceiro, aproveitando de seu momento de maior fragilidade e confusão diante da realidade, voltou a seduzi-la, levando-a a viajar e inserindo-a no trabalho com ele para que ela recebesse um salário.

Além do que já foi comentado no caso da Maria, em relação à intervenção profissional sem o tato e a empatia necessária, na clínica do trauma, é possível assinalar aqui, para os efeitos no psiquismo do desmentido, uma vez que ela foi revitimizada em duas tentativas de compartilhar sua experiência de abuso sexual e ignorada em ambas. Como é possível verificar na clínica do trauma, o fenômeno do desmentido opera como uma barreira no psiquismo de acessar a experiência e tem um caráter desestruturante (Ferenczi, 1933/1992). O outro, para Ferenczi (1932/1990), é não apenas aquele capaz de sustentar e intervir de forma positiva para o movimento de coerção psíquica, mas também aquele capaz de oferecer ao sujeito a faceta desestruturante do trauma. Joana decide unir-se ao agressor, sem perceber que dessa forma, ela introjeta-o em si mesmo, ao que Ferenczi (1933/1992) denominou da “identificação com o agressor”. Aniquila seu psiquismo e se submete a permanecer no lugar que já conhece, o lugar da invisibilidade e da impropriedade de seus atributos físicos e psíquicos, por temer o desconhecido e uma expectativa nada confiante no ambiente (inclusive serviços, direitos, entre outros). Embora seja impossível esgotar o assunto neste trabalho, é preciso ressaltar a transferência e a contratransferência

como instrumentos essenciais e, ao mesmo tempo, delicados na clínica do trauma.

Os psicanalistas Solange Maria Serrano Fuchs e Carlos Augusto Peixoto Junior (2014) ressaltam que, na clínica do trauma, os pacientes mais regressivos têm mais desconfiança no relacionamento com o analista e, estendemos aqui para os profissionais aos quais demandam algum tipo de ajuda. De acordo com eles, a desconfiança básica é a defesa que decorre da necessidade de proteção contra as angústias traumáticas vividas por ocasião das intrusões ambientais, que podem estar relacionadas ao sentimento de desamparo diante do abandono por parte dos objetos ou a sua presença excessiva, o que pode gerar profundas distorções no ego. Portanto, quando o acolhimento no ambiente familiar e no serviço não servem de local acolhedor e promotor do desenvolvimento, como no caso explicitado por Maria, é preciso repensar acerca do manejo adequado para tal.

Um dos conceitos fundamentais para clínica do trauma, além dos já citados, refere-se ao conceito de *concern* em Winnicott, que remeteria à preocupação, ou seja, como a capacidade de se desenvolver uma maturidade autêntica para propiciar um ambiente suficientemente bom para poder se realizar, incluindo o compromisso de tolerar nossa destrutividade e assumir a responsabilidade de suas consequências. Manica (2005) nos fala que seria importante escrever uma psicanálise das experiências emocionais extremas e talvez teorizar acerca de uma metapsicologia dos afetos, além da metapsicologia das pulsões. Ele propõe uma nova sequência naquilo que Freud falava em 1914: não recordar, repetir e reelaborar, mas repetir, elaborar progressivamente, para poder recuperar as partes do *self* agonizante e afásicas mediante o trabalho de “coconstrução, simbolização e reafetivação na relação analítica” (Manica, 2005, p. 246). O autor refere as contribuições de Winnicott acerca da ternura, como

um instrumento importante para a técnica, pois o que também desajustou a evolução do sujeito foi a impossibilidade de vivenciar a ternura de um continente que ajudasse a se individualizar.

Levando em conta os recortes clínicos apresentados, é possível pensar como o manejo da transferência de casos de violência pode levar a uma violência da escuta, a partir de alguns impasses apresentados até aqui, assim como um manejo adequado pode permitir às pacientes, uma possibilidade de reexistir de forma menos traumática, mais confiante e mais esperançosa.

De acordo com a pesquisa de Eizirik *et al.* (2007, uma das formas de adquirir um manejo mais adequado da transferência está atrelado à análise pessoal e à formação profissional do terapeuta, as quais estão relacionadas com as reações contratransferenciais manejadas na clínica de situações extremas e do trauma.

Considerações finais

É possível compreender, a partir deste artigo, que os traumas decorrentes de situações de violência experienciada apresentam uma sobrecarga de trabalho psíquico, portanto é necessário que seu significado e sua representação sejam subjetivados, para que se possa entender aquilo que é possível de ser simbolizado pelas pacientes.

O acolhimento nos serviços é primordial para um início de um recomeço (para pacientes menos regressivos) ou de um novo começo (para pacientes mais regressivos), de uma escuta acerca da experiência vivenciada pelas pacientes. No entanto essa escuta está atrelada ao desenvolvimento emocional do profissional que a acolhe e das possibilidades de escuta de sua prática, a fim de que ele também possa ressignificar as situações experienciadas na clínica do trauma. É fato que preconceitos, julgamentos, assim como um saber excessivo, são fatores intrusivos que podem prejudicar o desenvolvimento da

empatia e do *holding* propagados na clínica do trauma.

Como a violência de gênero é um fenômeno estruturante em nossa sociedade, alguns pontos cegos podem dificultar a identificação e a percepção do fenômeno, por isso pode ser naturalizada e banalizada pelas pacientes e analistas/profissionais nos serviços. Para uma escuta da violência, é necessário o manejo dos aspectos destrutivos daquele que atende, evitando-se, assim, o processo de revitimização ou de retraumatização, definido como o fenômeno do “desmentido” na clínica psicanalítica.

Considera-se que a ética do cuidado é fundamental para o desenvolvimento da escuta da violência e a interrupção ou, ao menos, a minimização da violência da escuta. Dentro da perspectiva da ética do cuidado, o apoio psicológico e a supervisão dos casos às equipes e aos profissionais desses serviços é fundamental para que esse cenário possa se instaurar.

Abstract

This article discusses the experiences of two women in situations of gender-based violence with their partners, in two services of the Network for Combating Violence against Women, in a city in the interior of Rio Grande do Sul. Based on a qualitative, exploratory and interpretative study, it seeks to intertwine the concepts of Freud, Winnicott and Ferenczi about listening to trauma in psychoanalysis, based on clinical fragments of the initial reception of two women, who attend a psychology service of the network. The central themes discussed emphasize the attitude of professionals in the services in the guise of psychoanalysis' recommendations on the analyst's attitude and the importance of a facilitating environment for the development of trustworthiness, proposed in the ethics of psychoanalytic care of traumatized patients. Based on transference and countertransference phenomena, it is possible to understand the importance of qualifying professionals in the services, permeating analysis as a facilitating and protective instrument for those involved in the care of women in situations of violence. The violence of listening by unqualified professionals ends up causing new psychological helplessness in the face of traumatic situations, thus preventing listening to violence. As final considerations, we highlight the importance of technical qualifications in the various sectors of society that conduct some type of listening and support for the population, especially considering people in vulnerable situations.

Keywords: *Listening, Psychoanalysis, Trauma, Gender violence.*

Referências

- Araújo, M. F. (2008). Gênero e violência contra a mulher: o perigoso jogo de poder e dominação. *Psicologia para América Latina*, n. 14, p. 0-0.
- Ceccarelli, P. R. (2009). Laço social: uma ilusão frente ao desamparo. *Reverso*, Belo Horizonte, ano 31, n. 58, pp. 33-42, set.
- Eizirik, M. *et al.* (2007). Contratransferência no atendimento inicial de vítimas de violência sexual e urbana: uma pesquisa qualitativa/quantitativa. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 29, pp. 197-204.
- Ferenczi, S. (1930). Princípio de relaxamento e neocatarse. In S. Ferenczi, **Obras completas**. (Á. Cabral, trad., vol. 4, pp. 53-68). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1930).
- Ferenczi, S. (1990). **Diário clínico**. (Á. Cabral, trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1932).
- Ferenczi, S. (1992). A elasticidade da técnica psicanalítica. In S. Ferenczi, **Obras completas**. (Á. Cabral, trad., vol. 4, pp. 25-36). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original concebido entre 1927-1928).
- Ferenczi, S. (2011). Confusão de línguas entre o adulto e a criança. In S. Ferenczi, **Obras completas**. (Á. Cabral, trad., vol. 4, pp. 111-119). São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 111-135. (trabalho original publicado em 1933).
- Freud, S. (1996). A interpretação dos sonhos. Parte 1. In S. Freud, **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. (J. Salomão, trad., vol. 4, pp. 182-309). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1900).
- Freud, S. (1996). O ego e o id. In S. Freud, **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. (J. Salomão, trad., vol. 19, pp. 13-72). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1923).
- Freud, S. (1996). O mal-estar na civilização. In S. Freud, **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. (J. Salomão, trad., vol. 21, pp. 73-150). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1930).
- Freud, S. (1996). Psicanálise silvestre. In S. Freud, **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. (J. Salomão, trad., vol. 11, pp. 231-239). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1910).
- Freud, S. (1996). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In S. Freud, **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. (J. Salomão, trad., vol. 12, pp. 121-133). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1912).
- Freud, S. (1996). Reflexões para o tempo de guerra e morte. In S. Freud, **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. (J. Salomão, trad., vol. 14, pp. 310-341). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915).
- Freud, S. (1996). Sobre o início do tratamento (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I. In S. Freud, **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. (J. Salomão, trad., vol. 12, pp. 164-187). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1913).
- Fuchs, S. M. S. & Peixoto Júnior, C. A. (2014). Sobre o trauma: contribuições de Ferenczi e Winnicott para a clínica psicanalítica. *Tempo psicanalítico*, v. 46, n. 1, pp. 161-183.
- Fulgêncio, L. (2004). A noção de trauma em Freud e Winnicott. *Natureza humana*, v. 6, n. 2, pp. 255-270.
- Manica, M. (2006). Contratransferência em situações “extremas”. In J. Zaslavsky, M. J. P.; M. J. P. Santos *et al.* **Contratransferência: teoria e prática clínica**. (pp. 244-255). Porto Alegre: Artmed.
- Miura, P. O. (2014). Contribuição winnicottiana à terapêutica dos traumas de violência intrafamiliar: intervenção institucional. *Psicologia Revista*, v. 23, n. 2, pp. 181-196.
- Organização das Nações Unidas. (s/d.). Os objetivos de desenvolvimento sustentável: dos ODM aos ODS. **Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento** (PNUD). Recuperado de: <http://www.pnud.org.br/ODS.aspx>.
- Winnicott, D. W. (1982). **O ambiente e os processos de maturação**. (I. C. S. Ortiz, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Sobre a autora

Raquel Furtado Conte

Psicanalista.

Mestre em psicologia do desenvolvimento.

Doutora em diversidade e inclusão social pela Universidade pela Feevale.

Pós-doutoranda em direito ambiental pela Universidade de Caxias do Sul (UCS).

Professora adjunta do curso de psicologia da Universidade de Caxias do Sul (UCS).

Especialista em psicanálise e psicanálise dos vínculos pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS.

Pesquisadora e professora do corpo permanente do Programa de Pós-Graduação do Mestrado em Psicologia da Universidade de Caxias do Sul - CAPES. Membro do Grupo de Estudos Psicologia e Estudos de Gênero da ANPEPP.

E-mail: rfconte@ucs.br