

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

GUILHERME GAZOLA FERRARI

O *Setting* Psicanalítico: mudanças e implicações a partir da pandemia do Coronavírus

Maringá
2025

GUILHERME GAZOLA FERRARI

O *Setting* Psicanalítico: mudanças e implicações a partir da pandemia do Coronavírus

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Área de concentração: Constituição do Sujeito e Historicidade

Linha de pesquisa: Psicanálise e Civilização

Orientador: Prof. Dr. Paulo José da Costa

Maringá
2025

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá - PR, Brasil)

| | |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| F375s | <p>Ferrari , Guilherme Gazola</p> <p>O <i>setting</i> psicanalítico : mudanças e implicações a partir da pandemia do Coronavírus / Guilherme Gazola Ferrari . -- Maringá, PR, 2025. 217 f.</p> <p>Orientador: Prof. Dr. Paulo José da Costa . Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2025.</p> <p>1. Psicanálise . 2. <i>Setting</i> psicanalítico. 3. <i>Setting</i> interno. 4. Pandemia . 5. Coronavírus . I. Costa , Paulo José da, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Departamento de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDD 23.ed. 150.195</p> |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Ademir Henrique dos Santos - CRB-9/1065



Universidade Estadual de Maringá
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

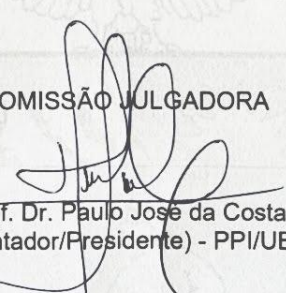


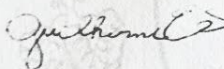
Guilherme Gazola Ferrari

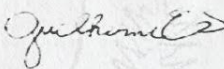
***O Setting Psicanalítico: mudanças e implicações a partir da
pandemia do Coronavírus***

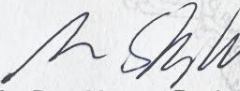
Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Psicologia.

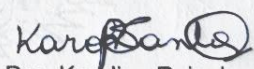
COMISSÃO JULGADORA


Prof. Dr. Paulo José da Costa
(Orientador/Presidente) - PPI/UEM


Prof. Dra. Ivonise Fernandes da
Motta
Examinadora - Externa - USP


Prof. Dra. Miriam Tachibana
Examinadora - Externa - UFU


Prof. Dra. Marcos Paulo Shiozaki
Examinador - Externo - EPPM


Prof. Dra. Karolina Reis dos Santos
Lukachaki
Examinadora - Externa - DPI/UEM

Aprovado em: 15/05/2025
Defesa realizada: Bloco 118 - Sala de Vídeo

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à memória de meu avô Aristeu e das outras quase 20 milhões de pessoas, que também foram vítimas da Covid-19.

AGRADECIMENTOS

À Deus pela vida.

Agradeço ao meu pai, Antonio Ferrari, e a minha mãe, Maria Alice Gazola Ferrari, por todo o amor, carinho, afeto, apoio, orações e por terem me ensinado todos os dias sobre perseverança, sobre força, sobre a importância do trabalho e do quanto a educação é importante em nossa vida. À minha avó, Jandira, pelo ensinamento de força, carinho e amor.

Agradeço ao meu noivo, Paulo Yanko, pelo cuidado, atenção, pela paciência, por escutar meus momentos de dúvida e por segurar as pontas diante das minhas angústias. Agradeço também às minhas amadas Cissa e Lilly, minhas companheiras de todas as horas.

Agradeço à amiga Fernanda Alvez Baldim e suas palavras de apoio sempre acolhedoras; ao amigo Gustavo Angeli que mesmo na distância sempre esteve presente e me acolheu nos momentos de dúvidas; às amigas Neila Kesya e Anne Caroline, que desde a infância sempre me acompanharam e estiveram em todos os momentos importantes de minha vida, ao meu lado de mãos dadas; às amigas que a formação em psicanálise meu deu: Camila Oliveira e Ronise Basaglia, que acreditaram e apoiaram meu trabalho.

Agradeço também os amigos que se fizeram presentes nesse tempo e que de alguma forma se preocuparam e apoiaram, mesmo sem se darem conta: Camila Veltrini, Letícia Lucas, Andreia Silva, Juliana Ivantes, Drielle Sanches, Ana Volpato e Cleber Correia.

Agradeço às correções feitas pela querida amiga Mariana Tait.

Agradeço à minha analista no início do doutorado, Rosane, por toda a escuta de anos, o cuidado, a atenção; e também ao meu analista atual Marcelo, pela escuta, pelo cuidado, por passar comigo por momentos delicados nos últimos dois anos e me proporcionar um espaço de acolhimento para minhas angústias tanto do doutorado quanto da vida pessoal.

Agradeço à Associação Roda de Psicanálise, da qual faço parte, pois, mesmo que de forma indireta, estiveram juntos nesse processo, afinal, foi durante um módulo de minha formação como psicanalista que iniciei a construção do projeto que culminaria nessa tese.

Agradeço todos os professores e as professoras que tive durante a minha vida, desde o maternal até o doutorado pela dedicação, carinho e afeto ao ensinar. Em especial: Leila Pryjma, Rosa Celeste, Cláudio Stieltjes e Cristina Vilela de Carvalho.

Agradeço ao meu orientador Paulo José da Costa por ter aceitado construir essa tese comigo durante esse percurso, por todo o apoio, pelas supervisões, pela escuta atenta e cuidadosa, pela ajuda com a escrita, por me instigar a querer saber mais, por ser um exemplo de profissional ético, cuidadoso e inteligente.

Agradeço aos membros da banca (Profa. Dra. Ivonise Fernandes da Motta, Profa. Dra. Miriam Tachibana, Profa. Dra. Karolina Reis dos Santos Lukachaki e Prof. Dr. Marcos Paulo Shiozaki) por terem lido minha tese, pela disponibilidade, cuidado, atenção com as indicações necessárias e pelas possibilidades construtivas.

Agradeço os/as psicanalistas que aceitaram participar de minha pesquisa.

Agradeço aos meus pacientes.

Agradeço ao PPI, representado pelo Norberto, pela prontidão e cuidado na ajuda com burocracias necessárias.

Agradeço à Universidade Estadual de Maringá.

Agradeço à Capes e ao CNPq pelo apoio financeiro através das bolsas concedidas.

EPÍGRAFE

Eu vi centenas de céus abertos, fechados, indecisos
Vi tormentas e eclipses
Verão, inverno, outono
Primavera da janela
Do meu universo reduzido
E vi sorrisos e suspiros
Olhos atentos e perdidos
Vi flores mortas renascere
E troca de dente de filho aqui de dentro
Do meu universo expandido
E tudo vira história pra contar
Em algum momento do futuro
Que promete ser melhor ou mais escuro
E vira música pra cantar
Espremida à mão de um coração aflito
Que quer muito acreditar
(Sandy, *Universo reduzido*, 2021)

O *Setting* Psicanalítico: mudanças e implicações a partir da pandemia do Coronavírus.

RESUMO

A presente investigação teve como objetivo compreender quais foram as implicações, continuidades e descontinuidades no *setting* psicanalítico, tanto em seus aspectos objetivos quanto subjetivos, a partir da pandemia do Coronavírus. O *setting* psicanalítico se modificou com a pandemia, em função da exigência de distanciamento entre as pessoas para evitar a contaminação e talvez até a morte, com medidas restritivas como o estabelecimento de toque de recolher, *lockdown*, entre outras. Desse modo, a nova realidade impôs à clínica psicanalítica a necessidade de que, para continuar atendendo as pessoas, era preciso migrar os atendimentos presenciais para o remoto, embora a maioria dos/as psicanalistas não estivesse preparado/a para isso. Do ponto de vista metodológico, adotamos o método psicanalítico e, com essa perspectiva, realizamos entrevistas semiestruturadas com seis psicanalistas que durante a pandemia vivenciaram em suas práticas as questões relacionadas aos atendimentos nesse período. A partir da análise de cada uma das entrevistas, elaboramos ensaios metapsicológicos, como recurso para expressar como os dados foram sendo construídos. Com os ensaios pudemos associar teoria e técnica, para entender como as mudanças que ocorreram no *setting* externo e no *setting* interno foram assimiladas pelos psicanalistas. Nesse processo, ao pensar nos conceitos de recusa, objeto fetiche e objeto transicional, discutimos os caminhos possíveis e as saídas construídas por psicanalistas durante a pandemia. Concluímos que havia uma continuidade do ser psicanalista em relação ao *setting* psicanalítico que, com o impacto pandêmico, foi interrompida ou, pelo menos, colocada diante de uma situação que pudesse interrompê-la, gerando múltiplos questionamentos, angústias, incertezas. Diante de tal condição, foi preciso lidar com as vivências de separação, com as falhas ambientais, com as descontinuidades, com a necessidade de se buscar um sentido de continuidade do ser pessoa e do ser profissional psicanalista, mesmo que por caminhos e meios diferentes do que era comum até então.

Palavras-Chave: *Setting* Psicanalítico. *Setting* Interno. Psicanálise. Pandemia do Coronavírus.

The Psychoanalytic Setting: changes and implications following the Coronavirus pandemic.

ABSTRACT

This research aimed to understand the implications, continuities, and discontinuities in the psychoanalytic setting, both in its objective and subjective aspects, since the coronavirus pandemic. The psychoanalytic setting has changed with the pandemic, due to the requirement for social distancing between people to avoid contamination and perhaps even death, with restrictive measures such as the establishment of curfews, lockdowns, among others. Thus, the new reality imposed on the psychoanalytic clinic the need to migrate in-person to remote care in order to continue serving people, although most psychoanalysts were not prepared for this. From a methodological point of view, we adopted the psychoanalytic method and, with this perspective, we conducted semi-structured interviews with six psychoanalysts who, during the pandemic, experienced in their practices the issues related to care during this period. Based on the analysis of each of the interviews, we prepared metapsychological essays as a resource to express how the data were constructed. Through the essays, we were able to combine theory and technique to understand how the changes that occurred in the external and internal settings were assimilated by psychoanalysts. In this process, when thinking about the concepts of refusal, fetish object, and transitional object, we discussed the possible paths and solutions constructed by psychoanalysts during the pandemic. We concluded that there was a continuity of being a psychoanalyst in relation to the psychoanalytic setting that, with the impact of the pandemic, was interrupted or, at least, placed before a situation that could interrupt it, generating multiple questions, anxieties, and uncertainties. Faced with such a condition, it was necessary to deal with the experiences of separation, with environmental failures, with discontinuities, with the need to seek a sense of continuity of being a person and being a professional psychoanalyst, even if through different paths and means than what was common until then.

Keywords: Psychoanalytic Setting. Internal Setting. Psychoanalysis. Coronavirus Pandemic.

SUMÁRIO

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| INTRODUÇÃO..... | 12 |
| 1 CAPÍTULO 1 - O <i>Setting</i> ou Enquadre Psicanalíticos: uma perspectiva conceitual e seus desdobramentos no processo analítico..... | 21 |
| 1.1. O <i>Setting</i> Psicanalítico ou Enquadre: Algumas Discussões | 22 |
| 1.2. O desenvolvimento emocional do sujeito de acordo com Donald W. Winnicott e suas possíveis correlações com a estruturação do <i>setting</i> | 38 |
| 1.3. O <i>setting</i> interno: conceituações na psicanálise..... | 53 |
| 2 CAPÍTULO 2 - Ruptura do <i>setting</i> : a pandemia do Coronavírus e seus impactos na clínica psicanalítica..... | 64 |
| 2.1. A ruptura do <i>setting</i> psicanalítico | 64 |
| 2.2. A pandemia do Coronavírus..... | 75 |
| 2.3. O atendimento psicanalítico remoto..... | 84 |
| 3 CAPÍTULO 3 - O método: em busca de um percurso necessário | 100 |
| 3.1. A pesquisa em psicanálise com o método psicanalítico..... | 100 |
| 3.2. Os procedimentos da pesquisa..... | 105 |
| 3.3. O ensaio metapsicológico na “entre vista” do pesquisador..... | 110 |
| 4 CAPÍTULO 4 - Ensaio Metapsicológicos: a Psicanálise na “entre vista” do pesquisador/psicanalista..... | 114 |
| 4.1. Ensaio 1 - A armadura de Caroline..... | 114 |
| 4.2. Ensaio 2 - Mauro e a pandemia em “banho-maria”..... | 123 |
| 4.3. Ensaio 3 - “Tentar ou não tentar: eis a questão” de Priscila..... | 135 |
| 4.4. Ensaio 4 - O (novo) mundo de Sofia..... | 143 |
| 4.5. Ensaio 5 - A culpa da transgressão de Cassiano..... | 154 |
| 4.6. Ensaio 6 - Um consultório sem fronteiras: a mudança de Aline..... | 163 |
| 5 CAPÍTULO 5 - O <i>Setting</i> Psicanalítico e a Pandemia: Resultados e Discussões..... | 172 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 197 |
| REFERÊNCIAS..... | 205 |
| ANEXOS..... | 214 |

INTRODUÇÃO

Pesquisar sobre a pandemia e os impactos que ela causou na clínica psicanalítica se tornou um dos nossos objetivos, enquanto pesquisador, principalmente porque nos sentimos profundamente incomodados e impactados com as mudanças que ocorreram a partir do início de 2020. Naquele momento, o impacto da pandemia nos mobilizou de diferentes maneiras e particularmente pelos medos que pairavam em nossas mentes, tais como: da morte, de perder um ente querido pela quantidade de mortes que ocorriam no dia a dia, de como seria a vida financeira com as mudanças nos atendimentos, entre outros. Uma avalanche de informações muitas vezes desencontradas, sensações e sentimentos atingiam a nossa mente.

Por conseguinte, vivenciando um processo de enfrentamento a tudo isso que nos impactava, a necessidade de entender e de estudar sobre isso nos pareceu uma via possível e importante para mediar tantas questões. Nesse contexto, em 2020 fazíamos a Formação Básica em Psicanálise oferecida pelo Departamento de Psicanálise do Instituto *Sedes Sapientiae*, na qual o módulo em vigência, denominado “Narcisismo, Constituição do Eu e os Ideais”, exigia apresentar um trabalho de conclusão. Tal trabalho teve como tema a pandemia do Coronavírus e seu título foi: “Havia uma pedr... PANDEMIA no meio do caminho”. Nele discutimos os impactos que a pandemia havia ocasionado tanto em nossa vida pessoal quanto em nossa prática clínica. Entretanto, mesmo após o término do módulo e a apresentação do trabalho, a pandemia continuou e as inquietações não passaram. Começamos a perceber que aquele trabalho do módulo poderia ser ampliado, estudado com mais afinco, profundidade e tempo. Desse modo, ele se transformou no projeto que deu início à presente investigação.

Há cinco anos, no final de 2019, o mundo todo foi atingido pelo vírus Coronavírus (SARS-CoV-2), que se espalhou rapidamente, causando um colapso nos sistemas de saúde e muitas mortes. Essa pandemia impactou profundamente a sociedade, gerando uma

reconfiguração de sistemas psíquicos, políticos, econômicos, sociais e biológicos por mais de dois anos. A pandemia da COVID-19 foi declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 11 de março de 2020 e teve seu fim declarado em maio de 2023.

O Coronavírus, conforme o Ministério da Saúde do Brasil (2020), é comum em animais, mas a infecção em humanos era rara até dezembro de 2019, quando ocorreu a primeira infecção em Wuhan, na China. A partir daí, o vírus se espalhou rapidamente pela China, Ásia e, posteriormente, para outros continentes, pelas mais variadas formas de transmissão.

Os infectados apresentavam quadros clínicos diversos, desde assintomáticos até casos graves com pneumonia e dificuldades gravíssimas para respirar. O vírus também sofreu muitas mutações nos primeiros anos e, com isso, vivenciamos novas formas de contaminação e mais sintomas. Os idosos foram o grupo mais vulnerável inicialmente, mas conforme o vírus se transformava muito rapidamente com as mutações, qualquer pessoa poderia ser infectada e ficar em estado grave, chegando a falecer.

As condições de vida da sociedade durante esse período se modificaram e o modo de combater o vírus também. Inicialmente, as pessoas não podiam ter contato físico e o isolamento era a principal forma de evitar a propagação. Foram instituídas medidas protetivas como o uso de máscaras, álcool em gel, *lockdown* e toques de recolher.

Em maio de 2020, o Ministério da Saúde recomendou o *lockdown* em municípios com aumento de casos, e em março de 2021, o sistema de saúde do Brasil entrou em colapso, com hospitais lotados e falta de oxigênio, bem como em muitos outros países. A situação era caótica, com profissionais de saúde exaustos e a saúde mental da população abalada.

Maria Homem (2020) destaca que a pandemia afetou a todos, desequilibrando os pactos sociais e as emoções individuais, com insônia, ansiedade, tédio, depressão, angústia e

solidão. A pandemia causou também mudanças com impactos sociais, econômicos, emocionais e educacionais, transformando a mobilidade e as relações entre as pessoas.

Com a mudança na mobilidade, as relações de trabalho também mudaram, muitas empresas faliram e o *home-office* se tornou a saída para muitos trabalhadores. O trabalho *on-line* e os negócios de delivery ajudaram a movimentar a economia, o trabalho informal cresceu e a população brasileira viveu anos de preocupação econômica diante de um cenário tão instável e inseguro.

Na educação, o período da pandemia foi de muitas perdas, principalmente na educação infantil, com dificuldades na tecnologia e no ensino *on-line*, o que fez com que a alfabetização inicial fosse prejudicada. Sem as aulas, as atividades ficaram com os pais e o uso prejudicial de telas aumentou muito. As universidades também precisaram se adaptar, públicas e particulares. As instituições particulares conseguiram voltar mais rapidamente às aulas pela via remota, visto que já lidavam com equipamentos para cursos EAD – Educação a Distância (que aumentaram muito por causa do isolamento necessário nessa época), enquanto as universidades públicas, embora tivessem sistemas EAD, precisaram de um pouco mais de tempo para conseguir se organizar, pois necessitaram de reuniões e aprovações que vinham de como os governos estadual e federal iriam lidar com a situação, mas após esse momento de organização inicial também tiveram início às aulas na modalidade *on-line*.

Dentre essas mudanças elencadas acima e tantas outras que veremos mais adiante, começamos a nos inquietar sobre os rumos que tudo isso poderia ter no campo emocional e mais especificamente na psicanálise, nosso campo de atuação. Nos propusemos a responder à questão que surgiu nesse momento no campo psicanalítico: “houve ou não mudanças a partir do atendimento *on-line*?” Se houve, “quais são essas mudanças?” Se elas de fato aconteceram, como fica o campo teórico da psicanálise em relação a isso? Precisaríamos rever a construção de alguns conceitos centrais na teoria? Na busca por respostas, procuramos na literatura

psicanalítica elementos que pudessem nos dar suporte para compreender melhor a temática, bem como o embasamento necessário para traçar caminhos possíveis de discussão.

Autores como Zimmerman e Bleger citados por Queiroz (2001) apresentam o conceito de *setting*, ou enquadre, como a soma dos procedimentos que envolveriam a organização, a normatização e que possibilitariam o processo analítico. Situações como dias, horários, local, férias, regras específicas sobre faltas e sessões extras, estariam nesse contexto. Queiroz (2001) apresenta que, na compreensão de Bleger, o enquadre tem alguns elementos como o/a analista em si e seu papel, os fatores ambientais e temporais e a própria parte técnica (horários, honorários, interrupções). Podemos notar aqui que são explicações muito objetivas e práticas do *setting* ou enquadre.

Em relação ao que se veio chamar de “*setting* interno” (Almeida, 2020), ou “atitude psicanalítica interna” (Zimmerman, 1999), ou “enquadre interior” (Figueiredo, 2021), diz respeito a uma condição psíquica do/a analista para ocupar essa função. Nas leituras que fizemos, encontramos diversas nomenclaturas e posicionamentos para essa condição do/a analista, como descrito acima, evidenciando-nos uma não sistematização conceitual, o que dificulta o seu entendimento. Diante dessa pluralidade, deparamo-nos com alguns questionamentos: há diferenças entre *setting* interno e enquadre interior? Por que será que cada teórico acaba utilizando uma terminologia diferente para se referir a essa condição? Será que por utilizar palavras diferentes algo muda?

Pensar no *setting*, ou enquadre, como nos referimos acima, é pensar predominantemente em um lugar físico e tudo o que envolve o trabalho analítico numa ordem mais prática. Contudo, há uma ordem subjetiva que nos faz resgatar a ideia de *setting* interno, ou suas derivações. Nesse sentido, Zimmerman (1999, p. 301) comenta que, para a preservação do *setting*, é necessária uma “atitude psicanalítica interna”, sendo uma “necessidade de o analista emprestar temporariamente algumas funções do seu ego, que o analisando ainda não

desenvolveu, como são as capacidades de pensar, ajuizar, conhecer, sintetizar” (Zimerman, 1999, p. 301). O autor segue dizendo que essa atitude seria semelhante ao que uma mãe faz quando o seu bebê cai no chão, que o levanta, toma conta, cuida e encoraja a continuar. Pensando nessa forma metafórica, sabemos que uma mãe aprende a ser mãe a partir da maternagem à qual foi exposta, ou seja, a partir dos cuidados que uma figura materna lhe deu. Nessa comparação, como se constitui tal atitude psicanalítica interna? Como ela é apreendida/desenvolvida? Aqui podemos citar o tripé psicanalítico da formação, e sabe-se que para a construção de um/a psicanalista, são necessários: análise pessoal, supervisões de casos e estudos constantes.

Barros (2013), ao discutir sobre o *setting* analítico na clínica cotidiana, além de trazer aspectos já mencionados, como o espaço físico, também acrescenta a ideia da necessidade de se atentar aos princípios da relação analista e pacientes, e que o/a analista deve ocupar uma posição simbólica durante o percurso da análise, sendo essa posição interna o que dará consistência ao tratamento. A autora citada se apropria de ideias winnicottianas, ao acrescentar que o/a analista deve proporcionar um *setting* como uma “mãe-ambiente” (Barros, 2013, p. 75), trazendo constância, previsibilidade e confiança na relação. Na concepção dessa autora, tudo isso aconteceria com uma adaptação do/a analista às necessidades de seus/suas pacientes, o que favoreceria o desenvolvimento da transferência na relação.

A posição simbólica que o/a analista ocupa, e que é favorecida pela transferência, faz com que ele/a possua a proposição bioniana da capacidade negativa, conceito discutido por Unikowski (2020) e Figueiredo (2021) como a capacidade de suportar o não saber do outro, não precisar dar uma resposta de imediato e poder estar presente, junto com o/a paciente à espera do inesperado. Ao esperar o inesperado junto com o/a paciente, o/a analista passa por turbulências nesse encontro e consigo mesmo, e aí temos mais uma vez o ponto de pensar sobre o *setting* ou enquadre interior. Que espaço é esse dentro do analista? Trata-se do

psiquismo do/a analista? Existe algum tipo de controle para esse espaço, assim como no *setting* externo?

Sueli Hisada (2002) discute a ideia de *setting* numa perspectiva winnicotiana, esclarecendo que o *setting* analítico, assim como proposto de uma forma fixa e até padronizada, não tem como ser utilizado com todos/as os/as pacientes. Cabe ressaltar que esse estudo é de muito antes da pandemia. Ou seja, o *setting* e suas novas configurações já eram (re)pensados e discutidos. A autora considera necessário “compreender as modificações do *setting* terapêutico como facilitador de um processo psicanalítico que leve a uma mudança psíquica” (Hisada, 2002, p. 1).

O *setting* é o lugar para um acontecimento, é a situação que é posta. Não é moldura, não é interpretação, não é a observação de fenômeno. O *setting* é o que possibilita o manejo, que é o procedimento clínico necessário quando houve falhas precoces no desenvolvimento. Envolve comunicação verbal (tempo, frequência, dia, local) e postura (função psíquica do analista, disponibilidade e atitude profissional). E o manejo insiste em proteger, intermediar, atender. O *setting* é a definição do espaço psicanalítico no qual se podem produzir trocas transferenciais e processos de transformação (Hisada, 2002, p. 5).

De acordo com Hisada (2002), na perspectiva winnicottiana o *setting* é um lugar que proporciona ilusão, sendo um espaço potencial e que traz características da preocupação materna primária, conceitos que serão melhor discutidos posteriormente, mas que aqui nos ajudam a entender que não se trata apenas do espaço físico.

Nesse caminho de discussão, Hisada (2002, p. 98.) comenta que, na análise, analista e analisando/a compartilham um “lugar com espaço e limite, que contém risco com segurança”. E aqui questionamos: como fica esse lugar com o *setting* modificado a partir da pandemia? Como fica esse lugar de risco, mas também de segurança? Notamos que com a pandemia o *setting* precisou mudar, mas esse *setting* já possuía mudanças e adaptações que divergiam de um *setting* fixo e fechado.

Sobre mudanças e adaptações no *setting*, Belo (2020) relembra que Freud, mesmo no início do século XX já realizava formas de atendimento à distância por cartas, como no caso do pequeno Hans, criança que Freud não atendeu presencialmente, mas que teve uma ampla

correspondência com o pai da criança, o qual era supervisionado ao analisar o filho; e outro exemplo seriam as cartas de Freud a Fliess, caracterizadas como um processo de construção da psicanálise, mas também de autoanálise do autor. O que podemos tirar disso é que, com o próprio Freud, o *setting* não era algo fixo e fechado, havia aberturas e possibilidades de criação. O manejo já era possível de ser feito de outras formas.

Conforme apresenta Hisada (2002), o/a psicanalista pode oferecer ao/à paciente uma análise modificada através da adaptação do *setting* e isso “requer do terapeuta diferentes modalidades de abordagem conforme as necessidades mais arcaicas do paciente” (Hisada, 2002, p. 91). Essas diferentes modalidades de abordagem estão relacionadas ao manejo do *setting*, e numa abordagem winnicottiana isso se daria, por exemplo, com a extensão de horários, sessões mais longas ou até mais curtas, fazendo uma escuta que esteja de acordo com o tempo e a necessidade do paciente. Dessa forma, temos que “o *setting* analítico proporciona espaço, tempo e a presença do analista para o processo clínico. O resultado experiencial deste *setting* para o paciente é o *holding*” (Hisada, 2002, p. 95).

Susemihl (2020, p. 50) apresenta o conceito de “*setting* eletrônico”, definido como o atendimento à distância que se dá pela tela do computador ou celular, e relata como as sessões no período da pandemia tiveram mudanças importantes, como não ter a sala de espera, o encontro antes da sessão, o cumprimento, a acomodação, onde o ritual de chegada e entrada do paciente à sala de atendimento se transformou no “ajuste de som e câmera”. E menciona o fato do extremo cansaço pelo fato de ficar tanto tempo diante da tela. Porém, seguindo o caminho da discussão, a autora tem uma preocupação que vale notarmos “(...) essa nova psicanálise talvez também se torne algo que permanecerá, não sabemos ainda como” (Susemihl, 2020, p. 51). Que nova psicanálise é essa? A psicanálise como prática *on-line*? Ou a psicanálise que deverá rever seus conceitos pensando nesse momento turbulento? Será que essa mudança para o *on-line* não trará reflexos em conceituações e na dinâmica dos

atendimentos que precisam ser analisadas? Pelo que temos encontrado, alguns autores acham que sim, que existem mudanças que precisam ser analisadas e estudadas, mas outros não, considerando tudo isso como um recorte temporal, que logo irá passar.

Em nossa prática e entendimento teórico, nos encaixamos no grupo de analistas e estudiosos que perceberam uma mudança e que essa mudança precisa ser encarada, analisada e pensada com cuidado e atenção. Não temos como negar que ao mudar o *setting* analítico, antes tão preservado e cuidado, e agora tão mais aberto e compartilhado, há questões que irão emergir com o tempo, principalmente quando pensamos inicialmente na questão prática, mas também na questão teórica.

Nogueira (2020), na esteira dessas discussões, relata que a pandemia traz algo da ordem da surpresa, e que cada sujeito produz uma variação subjetiva com características típicas e traumáticas, em que “A chegada do inesperado lança o sujeito em um estado de espera, perturbando não apenas o campo do sentido, mas sobretudo o campo do temporal” (Nogueira, 2020, p. 120). E nesse campo, temos o inesperado como a ideia do isolamento. Aqui cabe nos questionarmos se somente o isolamento foi o inesperado, uma vez que outros fatores surgiram como a própria vivência da pandemia em si, a necessidade de uso das máscaras, as vivências nos hospitais com a falta de oxigênio e medicamentos, todas as vivências que foram experimentadas de forma coletiva. O que virá depois disso? Negação? Hipocondria? E como ficou quem escuta na clínica? A clínica foi invadida pelo inesperado. E se as pessoas invadidas pelo inesperado produzem variações traumáticas, como ficou o *setting* interno dos/as psicanalistas com esse inesperado?

Juntamente com essas dúvidas que envolvem o *setting* e sua conceituação, também abrimos aqui para pensar esse *setting* interno a partir da pandemia do Coronavírus. Como vimos, a pandemia trouxe mudanças no *setting* externo, o lugar físico mudou de um dia para o outro, por uma condição objetiva, não foi uma escolha. Entretanto, mesmo antes da pandemia

ter passado, tivemos uma mudança na procura por análise. A possibilidade de atendimentos *on-line* fez com que a busca por ajuda crescesse muito, uma vez que trouxe uma certa comodidade aos/às pacientes pelo fato de não precisarem sair de casa. Falamos aqui daqueles/as que tem espaço e tranquilidade para isso, o que não é uma realidade para todos/as. Nesse processo, a possibilidade de voltar aos atendimentos presenciais com todos os cuidados foi possível a partir de certo momento da pandemia; e aí temos uma questão: muitos/as analistas retornaram ao presencial, muitos ficaram no *on-line* e no presencial, mas houve quem não chegou a voltar ao presencial, fazendo com que sua clínica se tornasse completamente *on-line*. Ressaltamos aqui essas mudanças, mas apenas para trazer em voga uma discussão importante, que se não analisada pode passar despercebida. A ideia de *setting* analítico mostra-se a cada dia com mudanças, e como não notarmos isso como uma possível mudança conceitual na psicanálise?

Dessa forma, essa tese tem como objetivo compreender as implicações, continuidades e descontinuidades no *setting* psicanalítico, a partir da pandemia do Coronavírus. Para tanto, nos valem de entrevistas com psicanalistas com o intuito de obter informações que nos ajudassem a pensar nossas dúvidas e abrir outros possíveis questionamentos, nessa busca pela compreensão desses possíveis impactos no que estamos chamando de *setting* psicanalítico. Essa pesquisa se justifica na medida em que torna possível trabalhar com um conceito que faz parte da teoria e da prática psicanalítica e que, a partir de um fenômeno global (a pandemia), foi se modificando nesses últimos cinco anos, em função das novas experiências.

CAPÍTULO 1

O *Setting* ou Enquadre Psicanalíticos: uma perspectiva conceitual e seus desdobramentos no processo analítico

Estudar a clínica psicanalítica nos coloca em um grande desafio quando nos deparamos com uma quantidade enorme de caminhos a seguir, ainda mais com a infinidade de conceitos e autores que, com o passar dos anos, após Sigmund Freud, foram se apropriando da teoria e da técnica. Porém, apesar de qualquer dificuldade que possa surgir, nosso impulso pelo conhecimento¹ nos faz enveredar por esses caminhos, por vezes tortuosos, outras enigmáticos, e outras vezes esclarecedores, a construir a presente pesquisa.

A ideia dessa pesquisa surgiu a partir de um momento de intenso conflito social, a saber, a pandemia do Coronavírus. Um momento em que precisou acontecer uma enorme mudança na estrutura social, médica, sanitária, econômica, nos meios de trabalho, na forma de estudar, no como se locomover. Enfim, um momento de tantas mudanças e que, obviamente, afetaram a nossa prática clínica e de tantos outros/as psicanalistas que faziam seus atendimentos de maneira presencial, não somente no Brasil, como no mundo todo. Essas mudanças trouxeram diversas novidades, muitas dúvidas e incertezas, que foram o combustível para iniciarmos essa pesquisa, que versa sobre as implicações no *setting* psicanalítico após todas as mudanças de atendimentos do presencial ao remoto, em tão curto espaço de tempo, deflagrando o questionamento de essa alteração ser algo que se possa ter um olhar simplificado, ou se tudo isso acarretaria, ou não, em modificações em conceitos específicos da teoria psicanalítica, e, como dito, o enfoque recaiu no *setting* ou enquadre (como alguns autores preferem designar). A mudança do presencial ao remoto seria apenas quanto ao local físico, e que muito rapidamente seria solucionado, ou poderia trazer outros

¹ Termo discutido por Sigmund Freud (1905/2016), em seu texto “Três ensaios para a teoria da sexualidade”, ao falar sobre a pulsão pelo conhecimento.

reflexos e modificações externas e internas? Essas e outras questões embasam a discussão e construção da exposição que aqui que iniciamos.

1.1. O *Setting* Psicanalítico ou Enquadre: Algumas Discussões

Segundo Zimmerman (1999), o *setting* teria como tradução na língua portuguesa a palavra enquadre. Nos detivemos a essa tradução, pois dentre os autores que utilizaremos é perceptível como cada um se apropria de um modo de escrever sobre esse conceito que estamos abordando, inclusive quanto ao termo adotado. Assim sendo, salientamos que manteremos a especificidade de cada autor, pois ambas as palavras indicadas, nesse primeiro momento, têm a mesma significação. Contudo, quando se mostrarem com significações diferentes, ou com algo que foge à ideia central, faremos as devidas considerações. Posteriormente, utilizaremos o termo *setting*.

Dada essa primeira consideração, temos que o *setting* é definido como “a soma de todos os procedimentos que organizam, normatizam e possibilitam o processo psicanalítico” (Zimmerman, 1999, p. 301), numa combinação das regras que envolvem uma sessão de análise, como a delimitação de tempo, o horário, o valor dos honorários, as faltas, as férias e, acrescentamos, o local. O *setting*, de acordo com o autor citado, precisa ser preservado pelo/a analista, deixando o mínimo de interferências externas advirem. Essa não interferência de fora torna-se importante para manter o/a paciente em um espaço seguro, confortável e confiável, onde poderá falar sobre suas questões de forma sigilosa e sem receios de que isso transpasse as paredes do local para terceiros.

Zimmerman (2001/2004) comenta que o *setting* funciona como um fator terapêutico, na medida em que possibilita a criação de um espaço novo, único e especial, onde, na relação com o/a analista, o/a paciente conquista a possibilidade de reviver suas “antigas e penosas

experiências afetivas que foram mal solucionadas em seu passado remoto” (Zimmerman, 2004, p. 66). Isso acontece pelo que o autor chamou de “vínculo transferencial” (2001, p. 382), que seria justamente o vínculo estabelecido entre analisando/a e analista, em que o primeiro, ao trazer seus aspectos infantis, tem o auxílio da parte adulta, oferecida pelo segundo, o que pode gerar a elaboração das experiências penosas suscitadas.

O *setting*, além do espaço físico, é um cenário muito especial, em que os conteúdos conscientes e inconscientes do/a paciente, via transferência, podem emergir na relação com o/a analista e propiciar elaboração em análise. Tudo isso acontece, de acordo com Zimmerman (2004), nesse espaço novo, único e singular. O *setting* (ou enquadre) propicia o desenvolvimento de um modelo de funcionamento parental desenvolvido na relação paciente-psicanalista, com uma atmosfera firme e ao mesmo tempo com acolhimento, respeito e empatia.

Zimmerman (2001) comenta que o *setting* muitas vezes acaba sofrendo pressões por alguns/mas pacientes e sucessivas modificações podem ser necessárias, mas ainda assim, a preservação do mesmo visa algumas funções específicas, a saber: 1. Auxilia no entendimento da realidade exterior com suas frustrações e privações; 2. Tem a função de ajudar na predominância do princípio de realidade sobre o princípio de prazer; 3. Promove a delimitação entre o eu e o outro; 4. Auxilia, em casos de pacientes regredidos, na capacidade de diferenciação, separação e individuação; e, 5. Definição de limites e limitações.

Cabe ressaltar que o/a psicanalista deve possuir a capacidade de sobreviver aos ataques do/a paciente, uma vez que na transferência o infantil, o inconsciente, aparece na sessão, e o/a analista precisa suportar os efeitos que isso pode ocasionar no *setting*. Esses efeitos promovem ressignificações e desidentificações com a criação de novos significados e novas identificações mais saudáveis na vida do/a paciente (Zimmerman, 2001/2004).

Ainda em relação às conceituações e formalizações do *setting*, um ponto digno de nota é que ao ser estabelecido na relação analista-paciente, não tem um viés impositivo, mas, como Zimmerman (2004) diz, desenvolve-se no formato de uma proposição, numa construção a dois na dialética estabelecida na relação entre ambos. Dessa forma, podemos entender que a construção do *setting* não se dá de forma passiva, mas sim de forma ativa, uma vez que, como visto anteriormente, ele é o cenário do trabalho analítico, onde velhas e novas experiências emocionais são reproduzidas. É nesse lugar que as partes infantis irão aparecer e a parcela adulta poderá ajudar no cuidado do desamparo.

Pensar no *setting* acaba nos fazendo pensar no lugar do/a analista e na ideia de neutralidade, uma vez que esta é uma das regras fundamentais da psicanálise. Porém, sabemos que o modo como ela foi estabelecida por alguns autores, fez com que a psicanálise fosse ligada à frieza, à falta de tato e empatia com os pacientes. Percebemos que, com o passar do tempo e com os desenvolvimentos posteriores, essa visão foi tomando outros contornos, a ponto de entendermos que o/a psicanalista não é mais aquele sujeito sério e frio que apenas observa o que o/a paciente traz, pois, como o próprio Zimmerman (2004) apresenta, a estrutura psíquica do/a analista, seu modo de ser, sua capacidade de empatia, os atributos de sua personalidade e seu modo de ser no mundo, sua pessoa real, são aspectos necessários nas construções que ocorrem em análise. Com isto, temos que “analista e analisando fazem parte da realidade psíquica que está sendo observada e, portanto, ambos são agentes da modificação da realidade exterior à medida que modificam as respectivas realidades interiores” (p. 68).

Até aqui pudemos notar que o *setting* envolve questões de ordem formal para que as sessões de análise aconteçam, como horário, local, honorários, etc., mas também remete àquilo que se estabelece no encontro analítico, no encontro entre duas pessoas, um/a analista e um/a paciente, que vão constituir um par, uma relação de trabalho, um encontro de conscientes e inconscientes, na busca de entender os males que afetam o/a analisando/a que

procura pela análise. Em um primeiro olhar, pode dar a impressão ao/à leitor/a de algo rígido e meramente burocrático, mas queremos aqui trazer o quanto essas combinações possuem nuances muito importantes e necessárias de serem cuidadas e analisadas no processo analítico.

Migliavacca (2008) apresenta uma metáfora interessante para o *setting*, como se ele fosse uma moldura, mas não uma qualquer, uma “moldura viva” (p. 219) e que, a partir dela, o trabalho psicanalítico poderia acontecer. Mas antes de mencionar essa estrutura, a autora adverte que a elaboração conceitual do *setting* se consolidou a partir da prática de Freud e de seus/as sucessores/as, sempre levando em conta a ética e o cuidado com os/as pacientes. Ela também ressalta que a preservação do *setting* é importante pela “relação peculiar” (Migliavacca, 2008, p. 220) que se estabelece entre psicanalista e paciente, através dos fenômenos transferenciais.

Ainda de acordo com a autora acima citada, o *setting* possui três vieses de pensamento: um que envolve o método, outro que envolve a técnica e o último que versa sobre a ética. Em relação ao método, Migliavacca (2008) descreve que ele se realiza e se expressa através da prática clínica e que nas relações humanas ali estabelecidas poderão criar um encontro terapêutico em direção de algo imprevisível e com ampliação de consciência.

Tal processo de ampliação de consciência se desenrola à medida que se pode observar e identificar os sentimentos, emoções, necessidades, desejos e fantasias que constituem um relacionamento, ao mesmo tempo em que se constroem recursos internos para elaborar e lidar com as experiências emocionais inerentes ao encontro (Migliavacca, 2008, p. 219).

Para a autora supracitada, cria-se um campo analítico, que propiciará a expressão de conteúdos que nunca haviam encontrado algum espaço de acolhimento e, nesse novo campo com o/a analista, busca-se a elaboração de conflitos, mas também a construção de novas vivências. “Ou seja, cria-se um campo de reconstrução de aspectos danificados do *self*, e também um campo de construção de condições internas para lidar com a própria vida psíquica, que nunca haviam sido construídas antes” (Migliavacca, 2008, p. 220).

Ainda em relação ao método, outro ponto importante destacado por Migliavacca (2008) é a função terapêutica de acolher as projeções do/a paciente, tolerá-las e auxiliar na elaboração dessas vivências emocionais tão intensas, sendo necessário, para que tudo isso ocorra, que essas experiências sejam contidas, emolduradas, com “uma moldura que seja suficientemente clara, firme, consistente, rigorosa e flexível ao mesmo tempo, dentro da qual os conteúdos psíquicos possam encontrar a possibilidade de se manifestarem com suficiente liberdade para serem examinados” (Migliavacca, 2008, p. 222). Essa moldura, de acordo com a autora, seria o *setting*.

Quanto ao viés que envolve a técnica, a autora comenta que o *setting* é perpassado por arranjos práticos (como discutimos acima), mas também por questões que acontecem dentro da moldura, ou seja, o *setting* também é visualizado como um objeto que pode ser internalizado. Vale destacar que, “o esclarecimento necessário dos arranjos práticos é um dos pilares da moldura dentro da qual se desenhará em infinitas direções, o encontro de duas mentes, a do profissional e a de seu paciente, em busca de realização” (Migliavacca, 2008, p. 223). Esse encontro de mentes gerará angústia no/a paciente, pois, conforme a autora salienta, o custo emocional de se fazer uma análise e bancá-la no sentido de um trabalho, não é fácil de ser assumido.

O *setting* representa um encontro com hora marcada, com um preço e um trabalho interno de elaboração. Contudo, Migliavacca (2008) afirma ser nesse ambiente que se desenrola uma intensidade enorme de dramas reais, de histórias, de relações humanas, pois o *setting* abarca o que está dentro dele, da moldura, mas também o que está fora dele, embora de uma forma diferente. Aqui vale lembrar a necessidade de o/a analista manter o *setting* protegido do que vem de fora.

Para Migliavacca (2008), o *setting* remete a uma postura, a uma atitude do analista de não considerar o que vem do paciente como uma mera atuação, mas ter a sensibilidade de

perceber as reais necessidades dele e auxiliar com uma tradução. Desse modo, “o *setting* se revela muito mais pela internalização de uma certa postura do que propriamente em seguir regras” (Migliavacca, 2008, p. 224).

O último viés abordado por Migliavacca (2008) é o ético, que abarca o respeito ao método, ao/a paciente e ao desenvolvimento pessoal, pois sem isso não há trabalho psicanalítico, a não ser que, como diz a autora, se façam apenas um amontoado de regras transformando a prática psicanalítica numa mera caricatura. A ética está ligada à responsabilidade do/a analista consigo próprio/a e com a prática com seu/sua paciente. Isso é tão importante que entra em um dos pilares do tripé psicanalítico, a saber aqui, a análise pessoal, pois um/a psicanalista precisa caminhar em sua análise, para também poder auxiliar um/a outro/a como lidar com seus próprios conflitos e sintomas.

Isso pressupõe que, dentro das regras formais que constituem o *setting*, desenvolve-se um relacionamento humano no qual todas as condições pessoais, características de personalidade, expressões pulsionais, conflitos, fantasias, angústias, necessidades, desejos, anseios, tudo o que compõe um encontro entre duas pessoas tem lugar e busca continência; e pressupõe também que ao analista cabe a construção de recursos internos suficientes para acolher e propiciar as expressões da vida psíquica do outro, abrindo caminho para a elaboração e o crescimento mental. Com isso, ele põe a serviço do paciente as conquistas pessoais, no plano psíquico, e uma melhor qualidade de clínica (Migliavacca, 2008, p. 225).

Dentro do que temos visto até o momento a respeito do *setting*, podemos encontrar duas possibilidades de entendimento, embora não excludentes. Uma visão prática e objetiva e outra simbólica. A visão prática e objetiva aparece quando entendemos o *setting* como o espaço físico e os aspectos formais a ele ligados (horários, honorários, férias, local, contrato etc.). A visão simbólica, embora tratada de muitas maneiras por diferentes autores, tem como eixo comum a ética e o cuidado do/a psicanalista para a relação que se estabelece com seu/sua paciente.

Barros (2013) afirma que existem alguns elementos organizadores para o *setting*, como o espaço físico, o contrato elaborado e os princípios da relação que ali se estabelece que, a nosso ver, estão ligados a uma visão simbólica, ou seja, a capacidade do/a analista

oferecer um espaço externo e interno para propiciar um trabalho que vise a estruturação simbólica daquilo que envolve o sofrimento do/a paciente.

Ao comentar sobre como o *setting* é trabalhado por alguns/mas psicanalistas, Barros (2013) explica que, na concepção winnicottiana, o *setting* precisa ser adaptado às necessidades do/a paciente, para que assim se desenvolva a possibilidade do encontro analítico, favorecendo a transferência e, com isso, a continuidade do próprio trabalho analítico. Assim, o/a psicanalista não deve se colocar de forma rígida, mas se abster de autoritarismos ou doutrinação e deixar-se abrir para a espontaneidade que a situação da análise pode ocasionar. Em relação à concepção winnicottiana, posteriormente teremos um tópico para discutir mais detidamente suas construções e elaborações sobre o *setting*, mas o que queremos deixar notado é que esse conceito, apesar de aspectos objetivos, não precisa manter um formato rígido e único.

Nesse caminho de não se manter rígido no trabalho analítico, Maia e Pinheiro (2011) discutem que a atuação clínica vai sendo despertada pelas necessidades do/a paciente e que, para tanto, psicanalistas precisam se manter vivos, ou seja, sobreviver aos ataques que venham do/a paciente, da família ou até mesmo de questões externas ao *setting*, como aspectos institucionais e, por que não dizer aqui, de saúde, como uma pandemia, embora as autoras não se refiram a isso. Um ponto importante destacado por Maia e Pinheiro (2011), é a necessidade de abrir-se para algo inusitado, pois mesmo diante das ocorrências na clínica, o/a psicanalista deve ser vivo/a, consciente e aberto/a para uma adaptação ativa a cada paciente e a cada tipo de necessidade.

Trabucco (p. 117, 2021) também nos traz uma visão de que o *setting* é algo paradoxal, pois ao mesmo tempo em que tem uma base material, também é uma “atitude mental” e isso é algo totalmente simbólico. Para o autor, o *setting* nasce como uma estrutura externa, que proporciona estabilidade à dupla analítica, mas vai se enriquecendo e ganhando novos

significados, como a atenção e cuidados com as trocas mentais e o que a partir disso pode ser criado na análise. Essas trocas mentais em análise podem se iniciar desde o primeiro contato entre paciente e psicanalista, e vão tomando novos contornos a partir dos sucessivos encontros psicanalíticos (Trabucco, 2021).

Otávio (2018), ao discutir a formação do *setting* a partir de Freud, concorda com outros autores e autoras já citados/as, ao apresentar que, para a análise acontecer, é necessário um espaço físico que exige segurança e dê caminho à confiança, para que a dupla se sinta à vontade ao trabalhar. Salienta ainda ser necessário que “os dois estejam protegidos de incômodos exteriores, como sons, barulhos, ruídos, presença de terceiros, pois esses fatores podem vir a atravessar, comprometer, e até mesmo, inviabilizar a terapia” (Otávio, 2018, p. 48). Mas tanto esse autor, quanto Belo (2020), questionam o fato de o *setting* precisar ser fixo, no consultório do psicanalista, citando os casos em que Freud atendeu pacientes em contextos completamente diferentes deste abordado. Como exemplo, Belo (2020) cita o caso da paciente Katharina, a qual fora atendida por Freud em suas férias nas montanhas. Este é um exemplo que nos ajuda a perceber o que Trabucco (2021) trouxe como paradoxal, uma vez que temos o espaço físico, mas ele não é o único balizador para que uma análise possa acontecer. Há uma condição interna do/a analista que auxilia nesse processo e com essa condição o *setting* pode ser levado a qualquer lugar que o/a analista exerça com cuidado ético, uma vez que, além do físico, temos o espaço mental.

Nessa linha de pensar o *setting* além de um local físico, Moreira e Esteves (p. 6) trazem a expressão “espaço mental do *setting*”, através do qual o psicanalista pode manter “os papéis, as regras, a ética em qualquer lugar, sem depender do ambiente físico” (Moreira & Esteves, 2012, p. 6). Elas discorrem que paciente e psicanalista possuem funções concretas na análise, mas que com esse espaço mental por parte do/a analista, o *setting* pode estar em qualquer lugar que o/a psicanalista vá, independente do espaço físico. E ainda seguem

afirmando que, “independente do local, o terapeuta deve poder manter as questões da abstinência, da aliança terapêutica, da ética e da transferência como princípios para guiar o seu trabalho” (p. 7). Dessa forma, o/a psicanalista que “internalizar o lugar não o perderá por alterações na sala e conseguirá trabalhar com o paciente as fantasias e/ou desejos que poderão surgir com essas modificações” (Moreira & Esteves, 2012, p. 7).

Ao discutir o enquadre psicanalítico, Bleger (1967/2002) nos traz alguns pontos importantes a serem mencionados. Inicialmente o autor apresenta o conceito de “situação psicanalítica” (p. 103), como sendo tudo aquilo que compreende a relação que existe entre psicanalista e paciente. O autor segue dizendo que esta seria um processo, ou seja, os fenômenos que estudamos, aquilo que analisamos e posteriormente interpretamos em uma análise. Porém, para o autor a situação psicanalítica também é compreendida por um não-processo, ou seja, aquilo que ele denominou de enquadre, os aspectos invariáveis do processo; o enquadre seria o invariável e o processo o conjunto do que é variável.

Segundo esse mesmo autor, o enquadre, ou o invariável presente na situação psicanalítica, seria a junção do papel exercido pelo/a psicanalista, o conjunto de fatores ambientais e temporais, e a parte técnica, que inclui o estabelecimento e manutenção de horários, honorários, interrupções etc. É importante destacar que o enquadre, para Bleger (1967/2002), por mais que seja invariável, pode sofrer rupturas ou distorções, mas que estas acabam sempre sendo reestabelecidas pelo psicanalista.

O autor supracitado decidiu estudar o enquadre por, em um primeiro momento, parecer algo que “não é problema” (p. 104), ou seja, ele aborda que existem algumas análises em que o enquadre não tem variáveis, e que por isso acaba não sendo levado tanto em consideração. A tese de Bleger (1967/2002) é que isso já é um problema, pois não tratar o enquadre como uma variável já se torna questionável no campo psicanalítico. A título de comparação, ele traz uma definição de instituição, a qual seria algo que se prolonga por anos e

que mantém um conjunto específico de normas e atitudes, o que, para ele, isso também poderia ser uma definição para o enquadre.

Pelo fato de o enquadre tentar ser mantido de forma invariável pelo psicanalista, Bleger (1967/2002) nos diz que ele parece ser “inexistente ou não levado em conta” (p. 104), mas só passa a ser pensado ou levado em consideração de forma consciente, quando de alguma maneira ele “falta” (p. 104), é obstruído ou deixa de existir. Com isto, a ideia apresentada pelo autor é que o enquadre é constituído de um “mundo fantasma” (p. 104) que seria a organização mais arcaica, indiferenciada e percebida em sua falta. Nas palavras de Bleger (1967/2002, pp.104-105)

O conhecimento de algo só se dá na ausência deste algo até que se organize como objeto interno. Porém, aquilo que não percebemos também existe. E este ‘mundo fantasma’ existe depositado em um enquadre, mesmo que este não tenha se rompido.

Ao fazer a discussão sobre o enquadre, Bleger (1967/2002) também tece alguns comentários sobre a formação do Eu. O autor apresenta que a personalidade dos indivíduos é formada pela somatória das instituições à qual estão submetidos e que a identidade se forma à partir desse conjunto. Cabe ressaltar que isso não é formado apenas por relações estáveis, mas também pelas frustrações e pela percepção daquilo que falta, ou seja, o “mundo fantasma” que também está na formação do Eu, apesar de não ser percebido a todo momento. Desse modo, para o autor, o enquadre teria a mesma função que a simbiose entre a mãe e o bebê, ou seja, o desenvolvimento do Eu, uma vez que “serve de suporte, de moldura, porém podemos vê-lo – por enquanto – quando muda ou rompe” (p. 105).

Dois tipos de enquadre são apresentados por Bleger (1967/2002): um primeiro que é proposto, mantido e cuidado pelo/a psicanalista, sendo aceito conscientemente pelo/a paciente; e um segundo, pertencente ao “mundo fantasma” (p. 104), que é projetado pelo/a paciente, constituindo-se no espaço da compulsão à repetição. O autor ainda discute que, na relação psicanalista-paciente, nem sempre o primeiro irá atender às demandas do mundo fantasma do/a paciente e, dessa forma, para Bleger (1967/2002), isso ocasionaria uma

diferença no entendimento de determinada situação, onde cada um/a da dupla analítica poderia estar funcionando de uma forma, ou seja, cada um/a estaria em um espaço da mente, em um local, em um *setting*, onde o não-cumprimento das demandas auxilia a revelar o enquadre e suas diferenças. Os/as pacientes trazem um enquadre próprio para a análise, “que foi instituído de sua relação simbiótica primitiva” (Bleger, 1967/2002, p. 107), e isso nos faz perceber o quanto este tipo se refere à parte mais primitiva da personalidade, sendo uma fusão “eu-corpo-mundo” (p. 107), sendo essa fusão no enquadre só percebida a partir das rupturas.

Situações catastróficas sempre pressupõe a “ruptura” do enquadre por parte do analista (férias, não cumprimento de horário), porque com essas rupturas (que fazem parte do enquadre) se produz uma “rachadura” através da qual se introduz a realidade que acaba sendo catastrófica para o paciente: “seu” enquadre, seu “mundo fantasma” fica sem depositário e torna-se evidente que “seu” enquadre não é o enquadre psicanalítico” (Bleger, 1967/2002, p. 107).

Nessa diferenciação de enquadres, conforme o autor supracitado, o/a psicanalista deve estar aberto/a e disposto/a em aceitar o enquadre que o/a paciente traz, uma vez que ele é a representação da relação simbiótica primitiva e não resolvida do/a paciente, mas Bleger (1967/2002) ressalva que o/a psicanalista não deve abandonar seu próprio enquadre, pois é a partir dele que poderá “analisar o processo e o próprio enquadre transformado em processo” (p. 111). O importante nesse cuidado de não abandonar o próprio enquadre e estar aberto ao novo do/a paciente, é que isso propicia que ele se transforme em objeto da análise. Temos então que o enquadre do/a paciente revela sua simbiose mais inicial com a mãe e o “enquadre do psicanalista deve servir para restabelecer a simbiose original, mas justamente com o objetivo de modificá-la” (Bleger, 1967/2002, p. 111). Desse ponto de vista, essa modificação é possível a partir das rupturas, que podem ou não ser introduzidas ou admitidas no enquadre pelo/a psicanalista.

Nesse caminho de se pensar o *setting* ou enquadre, notamos o quanto a relação que há entre paciente e psicanalista é de suma importância e, por esta perspectiva, Greenson (1967/1981) destaca e retoma o conceito de aliança de trabalho, a qual é definida como “o relacionamento relativamente racional e não-neurótico entre paciente e analista que permite

ao paciente trabalhar resolutamente na situação analítica” (p. 50). Este autor conceitua o *setting* como o “cenário analítico” (p. 50) que, somado ao/à paciente e ao/à analista, formam a chamada aliança de trabalho. Tal aliança acontece através do trabalho do/a analista, que escuta, compreende e interpreta resistências com uma atitude empática e não julgadora; do/a paciente que, ao notar essa abertura, pode se sentir confortável e trabalhar em sua análise; do cenário, que “facilita o desenvolvimento da aliança de trabalho através da frequência de sessões, longa duração do tratamento, uso de divã, silêncio etc.” (Greenson, 1967/1981, p. 50).

A forma de trabalhar do analista, seu estilo terapêutico e o cenário analítico criam um “ambiente analítico” que é uma maneira importante de induzir o paciente como experiência, algo até então reprimido. Este ambiente favorece a aliança de trabalho e instiga o paciente, temporária e parcialmente, a se identificar com o ponto de vista analítico do analista (Greenson, 1967/1981, p. 51).

Com estas palavras do autor, podemos notar o quanto a aliança de trabalho não se dá apenas em aspectos formais, mas passa por eles, indo muito além, auxiliando na criação de uma situação analítica que propiciará a constituição da transferência, que abrirá espaço para futuras interpretações na sessão de análise.

O termo aliança de trabalho é usado para designar o *rapport* racional, não-neurótico, que o paciente tem com seu analista. É esta parte racional e intencional dos sentimentos do paciente para com seu analista que assegura a aliança de trabalho. Essa denominação, aliança de trabalho, foi escolhida porque o termo enfatiza sua função notável: ela gira em torno da capacidade do paciente para trabalhar na situação analítica (Greenson, 1967/1981, p. 212).

Greenson (1967/1981), além de abordar esses aspectos que temos discutido sobre a aliança de trabalho, também apresenta algumas contribuições e características que são importantes para o/a psicanalista pensar e exercer no processo analítico. Citamos aqui a ideia de olhar de forma realista e racional o que ocorre, mas sempre levando em conta a singularidade e artificialidade de alguns processos; outro ponto é que o/a psicanalista não deve dar lugar à “afetação, ritualismo, autoritarismo, distanciamento” (p. 235).

Outras características importantes para Greenson (1967/1981) são a atitude, a forma como se trabalha, o uso do humor e o ambiente, que juntas podem dar espaço à humanidade

do/a analista, ou seja, um/a analista que tem compaixão, que se preocupa e se esforça em seu trabalho. Greenson (1967/1981) apresenta que o “remédio” oferecido pelo/a psicanalista ao/a seu/sua paciente é a “compreensão interna”, sendo que ela seria uma preocupação com a “desgraça neurótica que o paciente trouxe para a análise” (p. 237) e um cuidado com os objetivos do tratamento. Cabe ressaltar que características como “distanciamento, autoritarismo, frieza, extravagância, complacência e rigidez” (p. 237) não devem fazer parte do momento da análise.

Todas essas características, que envolvem o/a psicanalista no caminho de firmar uma aliança de trabalho com o/a paciente, são de suma importância, uma vez que auxiliam no processo de criação da neurose de transferência. Sabemos que se trata de um processo artificial, porém, que ao ser manejado em análise permite ao/à paciente depositar na relação com o/a psicanalista seus conteúdos inconscientes, propiciando a construção do trabalho de ambos.

Nesse processo é importante o/a psicanalista notar como se sente com o/a paciente, com o intuito de poder criar uma dose de empatia, de interesse em conhecer, em escutar sobre a intimidade, a vida emocional dele/a e, ainda assim, manter distância para uma compreensão imparcial do apresentado. “Para termos empatia, temos de sentir, até certo ponto, a mesma qualidade de emoções ou impulsos que o paciente está sentindo. Mas isto não deve ser mostrado de maneira evidente ao paciente (...) nossa reação tem que ser controlada” (Greenson, 1967/1981, p. 311).

Essa discussão nos leva a pensar no tripé da psicanálise, ou seja, algumas condições importantes para que o/a psicanalista exerça o seu trabalho. O tripé é constituído pela análise pessoal, supervisão de casos clínicos e estudos. Ele se torna importante, uma vez que quem trabalha com a psicanálise usa a sua própria mente como veículo de trabalho, para a escuta inconsciente. Para que isso ocorra, o/a próprio/a psicanalista precisa ter escutado o seu

inconsciente na relação com o seu/sua próprio/a analista. A partir desse cuidado com a manutenção do tripé psicanalítico, a mente do/a psicanalista vai dispor de recursos e aptidões que auxiliam no processo de compreensão dos pensamentos, dos sentimentos, das fantasias e, como dito acima, na construção da empatia, cujo “mecanismo essencial é uma identificação parcial e temporária com o paciente, baseando-se num modelo funcional do paciente dentro do analista, modelo esse que ele construiu com a soma de suas experiências com o paciente” (Greenson, 1967/1981, p. 410).

Continuando em nossa discussão a respeito de como o/a psicanalista deve manejar a situação analítica, torna-se importante destacar o que Greenson (1967/1981) citou, quando discute que ao propiciar a neurose de transferência, o papel do/a analista é de compreensão e compromisso terapêutico, e suas reações devem ser controladas e silenciosas. Um importante catalizador disso tudo, de acordo com o autor, é o ambiente analítico, que “deve ser acolhedor, tolerante e humano” (p. 419). Ao trazermos essa citação queremos demonstrar que a aliança de trabalho não é apenas formal como apresentamos anteriormente, pois ela perpassa diferentes momentos da clínica, e o ambiente analítico não seria somente um espaço físico que gera sensação de conforto, de segurança, mas vai além disso, pois ele é também aquilo que o/a próprio/a psicanalista pode oferecer ao/à paciente: aquilo que tem de humano e acolhedor.

Retomando a ideia do ambiente que proporciona o trabalho analítico, ao recomendar que o/a psicanalista deve ser empático, Greenson (1967/1981) abre um espaço para se pensar em um/a analista vivo/a, que se envolve e se compromete com o/a paciente: “ele precisa gostar do paciente; uma antipatia ou desinteresse prolongados, assim como um amor muito intenso, irão interferir na terapia” (p. 434). O/a psicanalista precisa desenvolver a possibilidade de estar próximo/a, mas ao mesmo tempo se distanciar quando necessário e,

como vimos antes, o tripé psicanalítico auxilia nesse processo, de modo a se consolidar o que o autor denomina de ambiente analítico.

Ao ressaltarmos o ambiente analítico, conforme especifica Greenson (1967/1981), queremos propor chamá-lo de *setting* e *setting* interno, que discutiremos mais à frente. Por enquanto, salientamos que, para esse autor, tal ambiente analítico seria a estrutura física, a rotina da clínica e que todos os processos envolvidos influenciam no tratamento, pois tudo o que envolve o/a psicanalista, como a compreensão interna, as potencialidades, a empatia, a abertura para escutar o/a paciente, também são aspectos que o compõem.

Após pensarmos na aliança de trabalho e no ambiente analítico, julgamos pertinente tratarmos aqui da situação analítica, sobre a qual Etchegoyen (1987) nos faz pensar que esse termo tem um lugar no tratamento analítico, porém, não um lugar físico, mas no sentido de ter uma função específica a ser estudada. A situação analítica seria, para esse autor, a relação que existe entre psicanalista e paciente, na qual ambos/as estariam dispostos/as a uma tarefa, que seria explorar o inconsciente de um/a, com a participação técnica do outro/a. Nas palavras do autor:

A situação analítica é um campo (...). Assim como o campo psicológico é definido pela interação entre o organismo e seu ambiente, do mesmo modo ‘o campo analítico resulta da interação entre o paciente e o ambiente, que inclui a pessoa e o papel do analista’ (Etchegoyen, 1987, p. 288).

Na relação entre o/a paciente e o/a psicanalista deve existir algumas regras para o funcionamento do tratamento. “Definir a situação analítica como o conjunto de transações que sobrevêm entre o analisado e o analista em função da tarefa que os reúne implica que há regras que devem ordenar essa relação” (Etchegoyen, 1987, p. 288). Nesse excerto que apresentamos, a situação analítica fica como um campo de transações no tratamento e de regras necessárias para o seu funcionamento.

A partir das ideias discutidas por Etchegoyen (1987), notamos o quanto o ambiente analítico, o/a paciente e o papel desempenhado pelo/a analista são fundamentais em um

processo analítico, notamos também que em alguns momentos, principalmente o ambiente (espaço físico) precisa ter uma certa constância e ser mantido o mais longe de interferências possíveis.

O campo psicanalítico tem uma estrutura espacial e temporal, que demarcam o consultório do analista e o acordo prévio sobre a duração e o ritmo das sessões. Nesse marco, dá-se a configuração funcional do analisado e analista, que assume sempre uma ambiguidade irreduzível. O essencial do procedimento analítico, dizem os Baranger, é que todo acontecimento que se dá no campo é ao mesmo tempo outra coisa (Etchegoyen, 1987, p. 289).

Temos então que uma análise acontece em um lugar específico, o consultório, com a determinação de um tempo limite quanto ao horário das sessões e frequência, mas que fora isso tem o algo a mais, o algo que revela a relação que existe entre o par analítico.

Como visto, o enquadre deve ser mantido sem interferências, mas sabemos o quanto isso se torna difícil em alguns contextos. Principalmente como o que temos passado com a pandemia. Mas é interessante notar que nas leituras que temos nos apropriado, independente de nosso ponto disparador que foi a pandemia, o enquadre já era pensado como algo que poderia sofrer interferências de diferentes formas. Ao receber influências do meio social e até mesmo de vivências do/a próprio/a psicanalista, o enquadre é modificado, e, dependendo de qual circunstância atingi-lo. Isso deve ser levado em consideração e pensado a partir da soma de fatores que o modificaram, e é claro que isso terá como resultado algum impacto no trabalho analítico desenvolvido pela dupla paciente-psicanalista.

Discutindo o assunto numa perspectiva winnicottiana, como vimos na Introdução, Hisada (2002, p. 1)) esclarece que o *setting* analítico, proposto de uma forma fixa e até padronizada, não tem como ser utilizado com todos/as os/as pacientes, sendo necessário “compreender as modificações do *setting* terapêutico como facilitador de um processo psicanalítico que leve a uma mudança psíquica”. Entendido como um espaço potencial e da ilusão, o *setting* é comparado com características da preocupação materna primária, conceito que será melhor discutido posteriormente, mas que aqui nos ajuda a entender que não se trata apenas do espaço físico.

Até aqui fizemos uma discussão visando construir um breve resgate conceitual sobre o *setting*/enquadre e seus desdobramentos no processo analítico, o que nos fez notar que uma mudança no *setting*/enquadre seria possível mesmo antes do início da pandemia que nos suscitou o desenvolvimento da presente investigação. Também com a autora Hisada (2002), pudemos notar que, numa leitura winnicottiana, o *setting* é visto de forma ampliada e, em alguns momentos, com possibilidades de modificações, dependendo de cada caso.

A título de sistematização do que vimos até aqui, podemos dizer que o *setting*, o enquadre ou o ambiente analítico, são vistos como um lugar de interações entre psicanalista e paciente, um ambiente de encontros de inconscientes, sendo um lugar controlável, e seguro para a dupla, embora não isento de interferências por mais que se cuide para evitá-las. Também vale dizer que o enquadre pode ser atingido por diversos fatores externos, que podem levar a gerar possíveis questionamentos e mudanças, uma delas é quando o *setting* é tomado por questões que envolvem o/a psicanalista, e que assim, podem causar efeitos danosos, ou não, na relação analítica. Esses efeitos podem ser trabalhados na sessão, interpretados e manejados, como visto, sempre tendo a ética como um balizador disso tudo.

Nesse ponto, após termos aberto uma discussão explorando alguns conceitos, partiremos a um aprofundamento, pensando no *setting*, na sua construção e implicações, a partir do ponto de vista de Donald Woods Winnicott, autor central em nossa investigação.

1.2 O desenvolvimento emocional do sujeito de acordo com Donald W. Winnicott e suas possíveis correlações com a estruturação do *setting*

Ao nos atentarmos às discussões do tópico anterior, pudemos notar o quanto o *setting* na teoria psicanalítica possui nuances que nos levam a pensar o local físico, as formalidades que envolvem a construção de uma clínica, até um espaço interno, que envolve a relação entre

analista e paciente. Para tanto, nos atentamos em uma construção teórica que nos desse base para aprofundar as nossas discussões, elegendo as proposições de D. W. Winnicott, tendo este autor como principal interlocutor. Cabe ressaltar que aqui faremos uma exposição de como Winnicott constitui o desenvolvimento do sujeito e o quanto isso pode estar diretamente ligado ao que acontece em uma sessão de análise, ou seja, a relação mãe-bebê pode ser base para o entendimento de como se dá a relação paciente-psicanalista.

Iniciamos essa discussão com a ideia proposta por Winnicott (1963/2022d) em que ele apresenta o quanto autores da psicanálise, de um modo geral, sempre tiveram uma certa relutância em discutir sobre os fatores ambientais, em que aquilo que fosse externo ao sujeito seria desfavorável. Entretanto, o autor revela uma lacuna, uma vez que quando se pensa na ideia de dependência, implicitamente tem-se ligado um fator externo. E nesse caminho, ele segue que um fator externo e essencial à análise seria o/a analista, discutido por ele como um “analista suficientemente bom” (p. 324).

Nessa discussão, Winnicott (1963/2022d) se propõe ao estudo da personalidade do/a analista, ou seja, na possibilidade de o/a analista se “identificar com o paciente” (p. 324), e isso teria uma relação com detalhes que fazem parte dos cuidados maternos, relacionado com o estado especial que as mães, ou quem exerce a função materna, apresentam para cuidar de seus filhos nos estágios iniciais após o nascimento. O autor segue advertindo que o cuidado psicanalítico em uma sessão não é igual a um cuidado materno, porém, em tudo o que o/a analista faz há uma relação com aquilo que envolve os cuidados iniciais do bebê.

Pensar nos cuidados iniciais do bebê e na possível transferência disso na relação com o analista, nos faz aprofundar na teoria winnicottiana e discutir sobre a relação mãe/figura materna-bebê. Para o autor, essa relação tem fundamental importância, tanto que ele nos apresenta o conceito de “Preocupação Materna Primária” (Winnicott, 1956/2021, p. 495), que tem implicações importantes para o bebê que está para nascer e nos seus primeiros dias e

semanas de vida. Seria um estado em que a mãe se encontra com a sensibilidade mais afluada, acentuada durante a gravidez, próximo ao parto e que vai até algumas semanas após o nascimento do bebê. Winnicott (1956/2021) alerta que poderia ser caracterizado como uma doença, mas uma “doença normal” (p. 496), que “possibilitaria a adaptação sensível e delicada às necessidades do bebê nos primeiros momentos de vida” (p. 497).

Essa preocupação materna primária desenvolvida na mãe, de acordo com Winnicott (1956/2021) é o que dá a base para que a criança possa se constituir e se desenvolver, podendo assim, ter reconhecidos os seus movimentos espontâneos e as suas sensações. Preocupar-se é proporcionar uma “adaptação suficientemente boa à necessidade do bebê” (p. 498). Obviamente que nesse caminho falhas podem acontecer e são capazes de interromper o que o autor denominou de “continuar a ser do bebê” (p. 498). O excesso de falhas não produz frustração nas etapas iniciais do nascimento do bebê, mas, sim, ameaça de aniquilação, o que seria uma ansiedade muito primitiva. Diante disso, para a teoria winnicottiana, o ego é estabelecido quando esse “continuar a ser” (p. 498) não é interrompido e quando a mãe consegue entrar no estado de preocupação materna primária. Nas palavras de Winnicott (1956/2021, p. 499), “somente a mãe sensibilizada do modo como estou descrevendo pode colocar-se no lugar do bebê, e assim corresponder às suas necessidades”. Corresponder significa, inicialmente, estar atenta às necessidades corporais e, posteriormente, às necessidades egóicas, sendo nessa relação que aos poucos o bebê desenvolve a capacidade de perceber a mãe como algo diferente dele, uma outra pessoa. Cabe ressaltar aqui que falhas nesse momento produzem uma sensação de aniquilação no bebê, como ameaça à sua existência pessoal.

No caminho de nossa discussão até aqui, Winnicott tem nos mostrado o quanto a constituição egóica de uma pessoa acontece nas etapas finais da gestação e início da vida, e que a depender de como se der a relação entre a figura materna e o bebê, isso poderá produzir

efeitos de reconhecimento de si, ou de aniquilação. Desse modo, o autor está nos apresentando um aspecto muito importante do seu ponto de vista, pois o ambiente toma um lugar de auxílio na estruturação de uma vida e daquilo que a envolve.

Conforme a tese ora apresentada, a provisão de um ambiente suficientemente bom na fase mais primitiva permite que o bebê comece a existir, a ter experiências, a constituir um ego pessoal, a dominar os instintos e a defrontar-se com todas as dificuldades inerentes à vida (Winnicott, 1956/2021, p. 500).

Winnicott (1966/2020c) comenta que esse estado que a mãe passa de preocupação materna primária é comum, e necessário para o desenvolvimento do bebê, uma vez que inicialmente “a mãe é o bebê e o bebê é a mãe” (p. 20). Como vimos acima, nessa fase ela precisa se adaptar às necessidades do bebê, e essa adaptação só é possível quando essa figura materna está amparada de forma adequada, seja por um companheiro, pela família ou pelo Estado, de modo que ela possa exercer essa importante função, entender quais as reais necessidades do bebê e como fazer isso. A essa configuração materna Winnicott (1966/2020c) denomina como “a mãe dedicada comum” (p. 17), ou a mãe suficientemente boa, conforme outras traduções. E ao falar dessa preparação para o cuidado ele acrescenta:

Não me refiro apenas à sua capacidade de reconhecer se o bebê está ou não com fome e esse tipo de coisa; refiro-me às incontáveis sutilezas (...) contento-me a usar a palavra *segurar* [*hold*], estendendo seu significado para tudo o que a mãe é e faz durante esse período (1966/2020c, p. 21).

Esses momentos da relação com o bebê, de cuidado (*hold*), dão a ele a oportunidade de ser, de poder seguir os próximos passos rumo ao seu desenvolvimento, às suas próximas ações, tornando-se isso a base da “experiência de si mesmo” (Winnicott, 1966/2020c, p. 22). Os cuidados repetidos com o passar do tempo dão ao bebê a capacidade de “sentir-se real” (p. 22), ou seja, sendo real, aos poucos ele passa a aprender como prosseguir em seu processo de amadurecimento e enfrentamento do mundo. Claro que o autor adverte que esse processo não é simples e essa mãe dedicada comum precisa estar identificada com o bebê, envolvida com seus cuidados, para que o amadurecimento possa de fato ocorrer.

O estado de dedicação da mãe para com o bebê não pode acontecer infinitamente e, com o passar do tempo, torna-se necessário que a mãe falhe, ou seja, que ela não atenda a todas as necessidades do bebê em tempo integral. Afinal, após o período de profundo envolvimento com o bebê, essa mãe passa a se dar conta de que é uma pessoa, de que não é só mãe, e que precisa de um espaço e tempo para realizar suas próprias atividades. Cabe ressaltar que “seria angustiante para a criança continuar se sentindo onipotente mesmo depois de desenvolver o aparato necessário para lidar com frustrações e eventuais falhas do ambiente” (Winnicott, 1966/2020c, p. 22). Ou seja, após uma fase de dedicação intensa, onde a mãe e o bebê estão identificados como uma coisa só, essa fase precisa dar espaço para um novo momento, tanto para a mãe, quanto para o bebê.

Nesse caminho que estamos propondo de discussão, o autor apresenta algo importante, visto que nossa discussão nessa tese é sobre o *setting*, quando ele afirma que a criança necessita de um “ambiente [*setting*] estável para resolver seus conflitos de amor e ódio” (Winnicott, 1966/2020c, p. 25), o qual seria um ambiente facilitador em que esse bebê pode ter palco para suas vivências e processos de amadurecimento. Destaca ainda o autor que esse *setting* precisa ser “suficientemente bom” para que possa auxiliar no processo de “integração” (p. 25). Essa integração refere-se à quando o bebê se torna uma unidade, ainda que exista uma dose de dependência. Todo esse processo de integração é possível graças ao ego da mãe que facilita a organização do ego do bebê. A mãe identifica-se com o bebê e passa a sentir intensamente o que é necessário para o desenvolvimento dele. O bebê, por sua vez, desde o início não percebe nada além dele mesmo, portanto, “a mãe também é uma parte dele” (Winnicott, 1966/2020c, p. 26), criando o que se chama de identificação primária, o início do ser.

Para Winnicott (1966/2020c), à palavra ser se segue a expressão “eu sou” (p. 26), a qual se refere a uma existência de estar “junto a outro ser humano, que ainda não se

diferenciou” (p. 26). Em outras palavras, o ser seria o início de tudo e o eu sou estaria ligado ao estágio seguinte. Tal compreensão se torna importante para nós, pois isso nos dará base para entender as fases do desenvolvimento propostas pelo autor e o quanto isso está ligado ao *setting* psicanalítico na concepção winnicottiana.

Após tratar da integração, Winnicott (1966/2020c) segue afirmando que o fracasso dela desembocaria na desintegração, a qual seria uma das “ansiedades mais básicas e inimagináveis da infância” (p. 27), o que é possível de ser evitado com cuidados comuns que um bebê receberia de um ser humano adulto. O autor apresenta esses cuidados iniciais como de fundamental importância para prevenir problemas mentais graves que podem disso advir, levando-o a pensar nas relações de objeto, apresentando-nos que uma boa relação entre a mãe e o bebê faz com que este possa utilizar os objetos de forma simbólica. Contudo, também alerta que algum tipo de colapso nessa relação inicial poderia ocasionar uma “incapacidade de estabelecer uma relação de objeto” (Winnicott, 1966/2020c, p. 27), ou pelo menos dificultar.

Winnicott (1950/2020a; 1964/2020b; 1966/2020c; 1968/2020d), através de sua construção teórica, nos proporciona conhecer as diversas maneiras de se pensar a relação inicial mãe-bebê e o quanto ela é a base para as relações futuras, tanto para objetos internos, quanto externos.

De início, um ponto primordial que Winnicott (1950/2020a) apresenta é o “segurar o bebê” (p. 31), ou como ficou convencionado de chamar o *holding*. Esse segurar o bebê seria a sustentação que o adulto consegue dar ao estar com a criança entre seus braços, uma vez que são sensíveis ao colo. Ao falar sobre o *holding*, Winnicott (1950/2020a) escreve para as mães, e apresenta o quanto segurar com cuidado e atenção o bebê auxilia no entendimento de suas necessidades. Assim sendo, temos que a importância do *holding* se constitui pela maneira como ele é feito, ajudando no estabelecimento de “uma boa base para a saúde mental dos novos membros da comunidade” (p. 33).

Do meu ponto de vista, a saúde mental do indivíduo começa a se estabelecer desde o início pela mãe que fornece o que chamei de ambiente facilitador, em meio ao qual os processos naturais de crescimento do bebê e as interações com o ambiente podem evoluir de acordo com o padrão herdado pelo indivíduo. A mãe está (sem saber) estabelecendo as bases da saúde mental do filho (Winnicott, 1968/2020d, p. 38).

Para Winnicott (1964/2020b), é nessa experiência do “segurar suficientemente bem” (p. 50), apresentada como corriqueira, que a mãe oferece a função de “ego auxiliar” (p. 50) ao bebê, o que o impulsiona a desenvolver o seu “ego pessoal” (p. 50) através das adaptações às suas reais necessidades. Ao não ter essas experiências tão singulares e importantes, ou o bebê desenvolve um ego prematuro, ou uma perturbação em sua saúde mental.

O termo *holding* ou sustentação, como proposto por Winnicott (1960/2022a), significa não apenas a ideia de segurar fisicamente o bebê, mas tudo que envolve os cuidados ambientais, ou seja, temos a satisfação das necessidades fisiológicas, a proteção contra lesões, a rotina de cuidados dia e noite. Afirma o autor que “a sustentação inclui em especial a sustentação física do bebê, que é uma forma de amar” (p. 61). Assim, com uma boa adaptação, no sentido winnicottiano, e desenvolvimento do ego, o bebê poderá ter uma boa relação com o mundo, de forma criativa, permitindo que desfrute do patrimônio cultural e das relações objetais que posteriormente poderão se desenvolver.

Outro ponto a ser destacado sobre as possibilidades de colapso na relação inicial mãe-bebê, é sobre a alimentação. A forma de contato inicial mais íntima é a amamentação e ela é importante pela nutrição e pela satisfação que dá ao bebê, mas a partir dela outras formas de sentimentos vão surgindo, como a agressividade. “Com o passar do tempo, o bebê começa a chutar, a gritar e a arranhar” (Winnicott, 1968/2020d, p. 44), inclusive, dependendo do momento, existem bebês que chegam a machucar o mamilo de suas figuras maternas, num impulso de morder, sendo este um aspecto cruel no desenvolvimento do bebê. Nesse momento, a mãe tem um papel importante frente a todos os ataques que recebe do bebê, como Winnicott (1968/2020d) alerta: a mãe precisa sobreviver e não se vingar de seu/sua filho/a. Caso ela sobreviva, “o bebê encontrará um novo sentido para a palavra amor (...) esse é o

processo que objetifica a mãe, coloca-a em um mundo que não é parte do bebê, que a torna útil” (Winnicott, 1968/2020d, p. 45). Aqui temos outra base para o desenvolvimento saudável do bebê, que é a sobrevivência da figura materna, que ele atacou em algum momento. Essa pode ser uma comparação feita na relação paciente-analista, uma vez que este/a último/a precisa sobreviver aos ataques do/a paciente durante as sessões para, posteriormente, compreender isso junto com o/a paciente e propiciar possíveis elaborações traumáticas que aí possam estar envolvidas.

Até aqui nos deparamos com algumas teorizações de Winnicott que auxiliam no entendimento de como o sujeito vai se constituindo e da sua saúde mental; o que pode ser resumido no processo de integração, como visto anteriormente. Com isso, queremos discutir o quanto no processo de amadurecimento, iniciado nos estágios iniciais da vida, a integração é condição essencial. Para essa integração, Winnicott (1964/2020b) nos apresenta que o indivíduo passa por três etapas principais que constituem o desenvolvimento emocional, a saber: “a integração do *self*, o estabelecimento da psique no corpo e as relações de objeto. Três funções que são encontradas na relação com a figura materna que correspondem a: segurar, manusear e apresentar objetos” (p. 51). Essas etapas são a base para podermos discutir posteriormente a dependência absoluta, a dependência relativa e rumo a independência, que são fases constituintes dos sujeitos. Vale acrescentar que toda essa possibilidade de amadurecimento só acontece quando temos um “ambiente facilitador” (p. 51).

Para Winnicott (1960/2022a), o ambiente é o que dará o caminho para o desenvolvimento, tanto que o bebê pode ser acometido por coisas boas ou más e que isso se torna possível a ele pela capacidade de conseguir se abrir para que fatores externos se achem em sua área onipotente, mas é claro que isso não se dá sem abalos. Nesse ponto, o

autor nos faz pensar o quanto os acontecimentos iniciais podem se repetir na relação com o/a analista e o quanto este/a deve estar

preparado para esperar até que o paciente consiga apresentar os fatores ambientais de forma que eles possam ser interpretados como projeções. Nos casos bem escolhidos, esse resultado vem da capacidade do paciente de confiar, que é redescoberta na confiabilidade do analista e no *setting* profissional (Winnicott, 1960/2022a, p. 45).

Essa ideia de confiança e desenvolvimento dela vem daquilo que temos discutido sobre os colapsos que o sujeito pode ter em seu desenvolvimento. Nesse caminho, desenvolver a confiança em um outro depende da maneira como ela foi desenvolvida nas relações iniciais e, por isso, Winnicott (1960/2022a) faz essa correlação análise/analista com cuidados/mãe-bebê. Por isso, no *setting* analítico, o espaço para a confiabilidade tem importância, mas ao mesmo tempo se torna uma das grandes dificuldades, pelo fato de que se “o paciente não experimentou tal confiabilidade no cuidado materno na infância (...) terá que encontrá-la pela primeira vez no comportamento do analista” (Winnicott, 1960/2022a, p. 46). Nesse processo, o/a analista deve escutar atentamente o que vem do/a paciente, captar as pistas e fazer interpretações a partir do material inconsciente que aquele/a vai apresentando aos poucos.

Nessa correlação mãe-bebê/analista-paciente, é importante ter em mente que existem limites necessários. Em relação à mãe, ela se identifica com o bebê em crescimento e atinge um estado de sensibilidade acentuado, onde percebe, ou intui, o que ele necessita, o que seria uma “identificação projetiva” (Winnicott, 1960/2022a, p. 67). Essa forma de identificação faz com que a mãe, de algum modo, saiba o que o bebê sente e o que é necessário para sustentar aquilo; sem essa identificação ela não conseguirá prover o necessário ao bebê. Já o/a analista, também pode acabar, por um tempo, ocupando o lugar de satisfazer as necessidades do/a paciente, que pode estar revivendo estágios mais precoces do desenvolvimento na transferência. Entretanto, “diferente da mãe, precisa estar atento à sensibilidade que se desenvolve nele ou nela como resposta à imaturidade e dependência do paciente” (p. 66), ou

seja, o/a analista precisa estar atento/a à condição que o/a paciente se encontra e ao como lidar com as possíveis regressões que possam acontecer.

Acima fizemos alguns comentários sobre a ideia de integração, mas nesse momento é necessário uma ampliação e aprofundamento, principalmente quando levamos em conta as discussões que envolvem as etapas do desenvolvimento do indivíduo para o autor em pauta. Para Winnicott (1963/2022c), o crescimento emocional dos indivíduos é uma “jornada da dependência à independência” (p. 104). Essa jornada é única e cada ser humano chega a determinados lugares a partir dela, que pode ser não muito longe e manter-se em uma dependência, ou chegar o mais próximo possível da independência. Tudo isso depende de fatores que temos discutido até então, principalmente em como os cuidados ambientais influenciam ou não na continuidade do ser dos indivíduos. Contudo, afirma Winnicott (1963/2022c, p. 105): “a independência nunca é absoluta”, uma vez que ser saudável para o autor não é sinônimo de isolamento; muito pelo contrário, é a possibilidade de entender que o indivíduo se desenvolve a partir do contato com a sociedade, a cultura. Ainda Winnicott (1963/2022c) nos apresenta três etapas para pensar o avançar do desenvolvimento humano, a saber: “dependência absoluta; dependência relativa; e rumo à independência” (p. 106).

A dependência absoluta, como o próprio nome já nos diz, é o momento do desenvolvimento em que o indivíduo, ainda bebê, é “completamente dependente da provisão física pela mãe viva” (Winnicott, 1963/2022c, p. 106), cabendo ressaltar que o ambiente não faz a criança, mas ajuda na possibilidade do desenvolvimento de seu potencial. Winnicott (1963/2022c) considera que uma mãe e um pai não produzem uma criança, assim como um artista produz uma obra. Entretanto, a mãe e o pai “iniciam um processo de desenvolvimento que cria um habitante no corpo da mãe, e mais tarde, em seus braços, e depois disso, no lar proporcionado pelos pais” (p. 107). Com um bom cuidado dessa família, os processos de amadurecimento não ficarão bloqueados e o bebê conseguirá atingi-los de forma espontânea.

Cabe ressaltar aqui que é nesse estágio em que a mãe desenvolve a preocupação materna primária, comentado anteriormente, se identifica com o bebê e pode se adaptar a ele. Nesse estágio, o autor apresenta que a mãe não deve desapontar o bebê, embora ela deva frustrá-lo no que se refere às necessidades instintivas.

A fundamental importância dessa etapa é que a mãe tem a possibilidade de auxiliar no “continuar a ser” (Winnicott, 1963/2022c, p. 109) do indivíduo, para chegar a sujeito. A dependência absoluta que gera uma sensação de onipotência no bebê, pela total provisão da mãe a ele, aos poucos vai dando lugar às frustrações, onde a figura materna relembra que tem uma vida além de ser mãe. Ou seja, ela precisa retomar sua própria independência e, com isso, passa a frustrar o bebê, vindo a falhar por um lado, mas também dando espaço para o bebê sentir raiva e, assim, ir construindo as condições para a próxima etapa.

A dependência relativa é o estado em que o bebê pode tomar maior conhecimento do que está à sua volta. Nessa etapa, de acordo com Winnicott (1963/2022c), a adaptação do estágio anterior dá lugar a uma falha, a uma desadaptação, o que auxilia no desenvolvimento do bebê e no começo da compreensão intelectual das coisas. Como vimos, na etapa anterior a mãe dedicada, ao se adaptar ao bebê, abdica em alguns momentos de sua vida e posteriormente, começa um retorno gradativo a si mesma. Certamente que isso não acontece sem reverberações no bebê. Dessa forma, “quando a mãe fica longe por um tempo superior ao da capacidade de o bebê crer em sua sobrevivência, aparece ansiedade, e esse é o primeiro sinal de que a criança tem consciência” (Winnicott, 1963/2022c, p. 111). Com a falta da mãe, a ideia de onipotência do bebê começa a ruir e o ódio e a raiva começam a aparecer. Contudo, a capacidade de se identificar com a mãe e/ou o pai faz com que o bebê consiga aos poucos contornar esses sentimentos novos.

Nesse momento, “o exterior significa ‘não EU’, então o interior significa EU, e passa a haver um lugar onde as coisas podem ser guardadas” (Winnicott, 1963/2022c, p. 115). O bebê

vivencia um intercâmbio entre a realidade interna e a externa, enriquecendo seu desenvolvimento e, assim, ele não é mais um criador único do mundo, seu mundo interno agora também é povoado por coisas do outro mundo. Nesse contexto, para Winnicott (1963/2022c) a percepção ganha um lugar de importância, pois ela é entendida como sinônimo de criação, o que propicia um certo controle sobre os acontecimentos (internos e externos).

Após a passagem vista acima, a criança pode se defrontar com o mundo e com todas as complexidades que o compõem, porque “a criança se identifica com a sociedade, porque a sociedade local é uma atmosfera de seu próprio mundo pessoal, bem como é uma atmosfera de fenômenos verdadeiramente externos” (Winnicott, 1963/2022c, p. 115). Com essas identificações, primeiramente familiares e posteriormente sociais, a criança passa a desenvolver uma verdadeira independência, onde ela pode viver uma existência satisfatória; isso vai acontecendo conforme essa criança cresce, passando pela adolescência e chegando na vida adulta. O estágio de “Rumo à Independência” (p. 116), descreve, dessa forma, os esforços da criança, do adolescente e do adulto, de crescer a amadurecer, apesar de raramente se atingir uma maturidade completa, nos alerta Winnicott (1963/2022c). Entretanto, o autor comenta:

Uma vez que eles tenham encontrado um lugar na sociedade através do trabalho, e tenham talvez se casado ou se assentado em algum padrão que seja uma conciliação entre imitar os pais e, desafiando-os, estabelecer uma identidade pessoal, uma vez que tenham ocorrido esses desenvolvimentos pode-se dizer que se iniciou a vida adulta, e que os indivíduos, um a um, estão saindo da área coberta por esta breve conceituação do crescimento descrito em termos de dependência à independência (Winnicott, 1963/2022c, p. 116).

A ideia de apresentar esses estágios propostos por Winnicott é para auxiliar-nos no entendimento de como o sujeito vai se constituindo e o quanto isso pode estar ligado à relação com o/a analista, como dito anteriormente. E aqui, a fase da “dependência absoluta” se torna importante para nossas discussões, uma vez que ela nos revela mecanismos que o bebê apresenta, e que na análise, via transferência, podem ressurgir na relação com o/a analista,

assim como pode fazer surgir reações contratransferenciais. Cabe ressaltar que as outras etapas também podem aparecer via transferência, mas a dependência absoluta é a que nos leva a um momento mais precoce do indivíduo.

O que Winnicott (1964/2020b) nos apresenta é que não necessariamente precisamos ter a criança real em sessão, mas que ela estará ali de forma simbólica na relação estabelecida com o/a analista. Nas palavras do autor,

O bebê está lá no divã, ou no chão ou em algum outro ponto, e a dependência está presente em toda sua magnitude, a função do ego auxiliar do analista está ativa, e a observação do bebê se dá de forma direta, a não ser pelo fato de que o paciente é uma pessoa adulta, com certo grau de sofisticação (Winnicott, 1964/2020b, p. 53).

Ao discutir o amadurecimento infantil, Winnicott (1963/2022d) descreve que modificações técnicas são necessárias, mas algo permanece aceito desde o início da psicanálise, a saber: o *setting*. O autor nos relembra que o/a analista se comporta e se dedica ao que envolve o/a paciente na chamada “hora analítica” (p. 309), e deixa de lado tudo o que não é essencial ao trabalho.

Nesse “*setting* adaptável ao ego” (Winnicott, 1963/2022d, p. 309), o/a paciente pode se encontrar em um estado de dependência absoluta, assim como o antes vivenciado na relação com a mãe, mas claro que isso não é algo simples. Segundo Winnicott (1963/2022d), isso é muito doloroso e complexo quando acontece. Doloroso porque é difícil estar dependente, quando não se é um bebê, e complexo porque leva tempo e cautela, devido a possíveis experiências anteriores com falhas.

A inovação que Winnicott (1963/2022d) traz é que o/a analista tem a função de sustentar o/a paciente e isso “vem na forma de transmitir em palavras” (p. 310) uma compreensão ao que o/a paciente está experimentando. Isso quer dizer que mais do que apenas interpretar na relação transferencial, a interpretação deve ser feita com muito cuidado, ou às vezes nem feita, “porque a necessidade principal é a de simples apoio do ego, ou de

sustentação” (p. 311), que podem ajudar em uma possível tendência à desintegração do indivíduo.

A autora Vaisberg (2004), inspirando-se na perspectiva winnicottiana, comenta que o/a analista precisa ser o “ambiente precoce” (p. 43) do paciente e que isso acontece através do manejo do *setting*, o qual propicia a regressão. Esse manejo é citado pela autora como uma preparação que demora tempo e dá trabalho, mas que poderá desenvolver um terreno fértil para a realização de interpretações e novas construções, que poderão trazer o indivíduo a uma condição de integração e um saber sobre si mesmo.

Saber sobre si é um ganho importante para o indivíduo, uma vez que ele pode sair da condição de dependência absoluta e enveredar num caminho de busca de sua independência, sendo este caminho complexo, o que faz com o sujeito tenha algumas dificuldades com o passar do tempo. Entretanto, é importante lembrarmos que uma mãe/ambiente/analista suficientemente bons poderão sustentar as possíveis confusões do sujeito, auxiliando-o em seu processo de integração e, assim, poder sentir-se vivo e real.

Vaisberg (2004) acrescenta que a sustentação do indivíduo se dá no encontro e que este é possível graças à capacidade humana de ter fé na possibilidade da criação humana.

Com relação à análise:

Significa que o psicanalista aposta no oferecimento de um ambiente humano suficientemente bom (...) Dar essa sustentação é, de certo modo, acompanhar atenta e devotamente as necessidades existenciais do paciente, necessidades que devem ser satisfeitas sob o risco de afetar exatamente o sentimento de ser real e estar vivo (Vaisberg, 2004, p. 56).

Cabe ressaltar que a ideia de sustentação indicada por Vaisberg (2004) é discutida como um fenômeno complexo, uma vez que não se sustenta da mesma forma bebês, crianças, adolescentes e adultos. Ou seja, “sustentar não se confunde com uma espécie de ‘dar apoio’ (...) exige não apenas uma condição de amadurecimento pessoal suficientemente boa (...), mas sobretudo uma verdadeira psicanálise” (Vaisberg, 2004, p. 57). Isto é, o/a psicanalista precisa

de uma análise pessoal, uma vez que ao acolher suas expressões genuínas, poderá assim, também acolher a dos outros.

Winnicott (1962/2022b) já dizia que um/a psicanalista, ao praticar a psicanálise, precisa “se manter vivo, se manter bem e se manter desperto” (p. 212); portanto, ele precisa estar bem para, ao iniciar uma jornada de análise com seu/sua paciente, possa sobreviver e continuá-la até o seu término. E aqui temos algo importante que, tanto Vaisberg (2004) ao falar sobre a sustentação, quanto Winnicott (1962/2022b) ao falar sobre os cuidados do/a psicanalista, nos deixam o caminho para pensar o quanto o *setting* deve ser cuidado e mantido.

As autoras Labaki e Cartocci (2016) comentam, a partir de uma leitura winnicottiana, que existe uma associação entre o que envolve o materno com o enquadramento. Para as autoras, “a dimensão materna estaria referida nas coordenadas do enquadre analítico enquanto estrutura” (p. 187); em outras palavras, o espaço analítico é feito do espaço psíquico. Ao falar do enquadre, elas dizem que

Enquadre é aquilo que emoldura a cena e a protege, e que, uma vez acordado entre paciente e analista, segue como pano de fundo, sendo cuidado por ambos. A moldura cria um *topos*, um espaço vazio em seu interior, matriz, para que o analisando o preencha (Labaki & Cartocci, 2016, p. 187).

Esse *setting*, ou enquadre, é o local físico e tudo que envolve as regras formais na relação terapêutica, como discutimos no primeiro tópico, mas já podemos notar que é muito mais do que um lugar, ele é também uma condição interna desenvolvida no/a psicanalista para exercer a função da escuta em uma análise. Sobre o *setting*, Labaki e Cartocci (2016) dizem que o termo foi cunhado por Winnicott e reúne aspectos que envolvem a técnica e o cenário da análise. Ao seguir na discussão, elas apresentam o “enquadre interno” (p. 188), como o espaço desenvolvido no analista que salva e conduz o processo analítico.

Em tempos e espaços bem delimitados pelo enquadre, os movimentos de aproximação e separação, presença e ausência farão parte do material a ser trabalhado na transferência e se tornarão campos privilegiados de construção de palavras e sentidos. O enquadre assim constituído permanece como pano de fundo e comporta simultaneamente tanto o *holding*

quanto o limite que, ancorado na lei, no lugar do pai, remete ao corte necessário para a manutenção do desejo. Dessa forma, exerce também a função de terceiro, para que o encontro analítico não se precipite em intrusão e faça sumir o espaço aberto para o paciente (Labaki & Cartocci, 2016, p. 188).

A partir do exposto anteriormente, podemos notar que, para Winnicott, pensar no *setting* é pensar na relação figura materna/bebê, é pensar nessa relação inicial que dará as bases para todas as outras relações com objetos que o indivíduo for tendo durante sua vida. Notamos que quando o autor apresenta a ideia de adaptação tanto às necessidades do bebê, feita pela figura materna, quanto às necessidades do/a paciente, feita pelo/a psicanalista, temos a brecha para pensar na construção do *setting* psicanalítico. É a partir desse *setting*, que tem como tradução a palavra enquadre, que paciente e psicanalista poderão se comunicar a partir da transferência. No *setting*, o encontro de inconscientes acontece e o trabalho psicanalítico pode se realizar. É importante destacar que, assim como a figura materna que inicialmente fica devotada ao bebê e depois vai abrindo espaço para a constituição do indivíduo, o/a psicanalista também faz uma presença viva e disponível, mas que com o tempo precisa de limites.

Nesse momento, julgamos importante recorrer à autora Vaisberg (2004), quando afirma ser necessário ao/a analista “fazer presença devotada e disponível, no âmbito limitado do encontro terapêutico” (p. 57), e que essa presença é o que possibilita a confiança e a abertura de caminhos. Concordamos com a autora e podemos dizer que a presença do/a analista no *setting* produz confiança, auxilia processo de continuidade da vida do indivíduo e possibilita a abertura para a espontaneidade, tanto do/a paciente quanto do/a analista.

1.3 O *setting* interno: conceituações na psicanálise

Até o momento discutimos a construção do *setting* ou enquadre no saber psicanalítico e o quanto a teoria winnicottiana nos dá bases para entender o desenvolvimento tanto do

sujeito quanto do enquadre diferenciado. Para este tópico, continuamos em nossa exploração sobre o *setting*, mas aqui nos propomos a apresentar um lugar não anatômico e não físico, como vimos anteriormente neste capítulo. Para tanto, discutiremos o *setting* interno e como esse conceito se apresenta na teoria psicanalítica.

O próprio termo já nos convida a pensar em interioridade, algo interno, um espaço que existe na mente do/a analista e que, pelas suas características, uma relação transferencial em uma sessão de análise pode acontecer. Esse espaço seria como um palco em que os atores principais (psicanalista e paciente) poderiam deixar que seus pensamentos se entrelaçassem e criem a possibilidade de histórias serem (re)contadas e (re)vividas. Esse espaço exige cuidados e atenção aos mínimos detalhes que possam surgir, como, por exemplo, os traumas que o/a paciente possa ter vivido em sua vida. O *setting* interno do/a psicanalista acaba sendo um lugar desenvolvido nele/a para poder receber essas histórias, escutá-las, metabolizá-las e devolvê-las ao/à paciente de forma elaborada ou até mesmo interpretativa. Assim, retomamos a metáfora do palco, visto que será possível à dupla analítica encenar novas formas de lidar com a situação (re)vivida, algumas vezes repetindo e outras elaborando novos discursos e possibilidades de interação.

Para iniciar nossas discussões sobre o *setting* interno, utilizamos o Dicionário Enciclopédico Inter-Regional de Psicanálise da IPA (Vasconcelos, 2021), o qual inicia apresentando que o conceito em pauta já estava presente nas recomendações de Freud a quem se dedica à prática da psicanálise, através da atenção uniformemente suspensa, da neutralidade e da abstinência, embora o conceito em si não seja mencionado. O que se percebe é que, a partir das recomendações freudianas, uma noção de *setting* interno já estava sendo gestada, apesar de ainda não se constituir em uma conceituação sistematizada pelo autor. Isso nos mostra o quanto esse espaço interno do/a psicanalista tem importância na teoria psicanalítica, fazendo-nos perceber que Freud se preocupava com o fazer psicanalítico,

com o/a próprio/a psicanalista, com o seu mundo interno e o quanto um encontro analítico poderia ser palco para as mais diversas vivências dos/as pacientes.

Um aspecto apresentado no Dicionário da IPA (Vasconcelos, 2021) é o de que o *setting* interno, apesar de ser ligado à figura do/a analista, também diz respeito à do/a paciente, uma vez que este último precisa permitir “a livre expressão de fantasias, conflitos e afetos inconscientes” (p. 218) para que o/a analista possa assim tentar compreender o que lhe é dito. O/a paciente precisa atingir um certo estado mental que é propiciado pelo estado mental do/a analista; ou seja, esse encontro de “*settings* internos” é o que possibilita uma análise acontecer.

O estado mental do/a analista apresentado no Dicionário da IPA (Vasconcelos, 2021), nos faz pensar na “Atitude Psicanalítica Interna”, um conceito discutido por Zimmerman (1999, p. 301), que seria uma atitude essencial para o funcionamento do *setting*. O autor avança ao nos fazer olhar para a figura do/a psicanalista, sua atitude interna, seu espaço de analisar, sua atmosfera de trabalho, que pode ser vista como o consultório, mas também o seu próprio corpo, a sua psique, a sua mente e as suas emoções.

Com Ferro (2019), o *setting* toma um contorno interessante a ser analisado, uma vez que ele o divide em quatro quadrantes de conceituação. A primeira diz respeito às regras formais que envolvem uma sessão analítica, “a arrumação da sala, as modalidades do encontro, a regularidade das sessões, sua duração, etc.” (p. 242); a segunda, nosso foco de atenção, nos coloca diante do que o autor denomina de “a condição mental do analista” (p. 243), a qual vai sofrendo “oscilações próprias que derivam do jogo de suas fantasmatisações e das oscilações de sua mente” (p. 243) e também vai sendo modificada a partir da relação com os estados emocionais do/a paciente; a terceira e a quarta se referem às violações e perturbações do *setting* ocasionadas ou pelo/a paciente ou pelo/a analista. Em relação à condição mental do/a analista cabe ressaltar que ela será “continuamente perturbada e

continuamente restabelecida” (p. 244), na medida em que o/a analista tiver disponibilidade para se atentar e escutar aquilo de mais primitivo que vem do/a paciente.

Ferro (2019) segue discutindo as rupturas de campo e apresenta duas formas: uma que parte do/a paciente e a outra que vem do/a psicanalista. As que vem do/a paciente, quando são escutadas pelo/a psicanalista e manejadas, são uma fonte muito rica de conteúdos e questões a serem trabalhadas nas sessões; já as rupturas que partem do/a psicanalista revelam aspectos mais íntimos dele/a e que não deveriam recair nas sessões; porém, sabe-se o quanto algumas situações são inevitáveis de controle, e aí que o/a psicanalista deve se atentar ao que isso pode ocasionar na relação com o/a seu/sua paciente. De acordo com o autor, “a mente do analista não pode ser por anos invariável; eventos fantasmáticos e existenciais modificarão a condição mental, a disponibilidade do analista mudará não pouco em ocasiões de lutos, preocupações, doenças, crises, depressões ou frustrações” (Ferro, 2019, pp. 265-266).

Essa condição mental discutida pelo autor está em consonância com o conceito de *setting* interno, entendendo que ele é uma condição interna do/a psicanalista, que vai sendo desenvolvida e que pode ser utilizada para acolher e interpretar situações dos/as pacientes, mas caso o/a analista não esteja bem, ou passando por situações que se referem a coisas externas do campo, isso pode afetar o *setting*.

Labarthe (2012) menciona o termo “enquadre interno” (p. 97), o qual se estabelece com a dupla analítica, uma vez que ele “constitui uma área da mente do analista em que a realidade é definida por conceitos como simbolismo, fantasia, transferência e significado inconsciente.” (p. 97, tradução nossa). Para a autora, tanto o quadre externo quanto o quadre interno servem como proteção. O primeiro protege o espaço-tempo de uma sessão analítica e o segundo protege a mente do/a analista; entretanto, ambos os quadres podem ser violados, e aí que algumas dificuldades podem acontecer, pois abalam a sessão analítica (fato

que discutiremos melhor no próximo capítulo, quando falarmos sobre a pandemia como violadora do *setting* analítico).

Ainda, algo importante a ser destacado é que, caso o enquadre interno não seja violado pelo que vem de fora, cria algo muito potente na sessão, uma vez que o que vem de fora pode ser absorvido em termos analíticos e interpretativos (Labarthe, 2012). Quando não violado, o espaço interno do/a psicanalista pode: entrar em contato com aqueles conteúdos que vem do/a paciente e que por algum motivo não conseguiram ser metabolizados por ele e proteger o/a analista de suas experiências que não estão articuladas com o momento da sessão, mas que podem ter algum significado e sentido posterior em sua vida fora do *setting*.

Esse espaço interno pode carregar tanto os aspectos não digeridos do/a paciente, quanto as próprias vivências do/a analista. É um espaço que precisa ser cuidado, uma vez que, narcisisticamente, de acordo com Labarthe (2012), analistas podem chegar a um ponto de achar que não precisam mais de análise ou até mesmo de supervisão, pois já sabem de tudo, fato este que pode acarretar numa dificuldade na escuta e numa perda do senso de humanidade, algo tão importante em uma relação analítica.

Na compreensão de Labarthe (2012), o enquadre interno protege a chamada “realidade psicanalítica” (p. 100), que seria a possibilidade de ser livre em suas considerações e ter liberdade em espaços de sua mente. Nas palavras da autora, “sentir a liberdade da própria experiência no enquadre interno é a base para esse tipo de escuta dirigida para dentro quando defino o analista como alguém que escuta analiticamente” (p. 100). Nesse âmbito, algo a ser destacado é que, quando o/a analista pode se escutar analiticamente, isso enriquece e amplia sua capacidade psíquica e pode ajudar ainda mais na análise de seu/sua paciente.

Olhar para o/a psicanalista e para o que envolve a construção do seu *setting* interno é poder entrar em contato com o que Figueiredo (2021) apresenta como a “mente do analista” e a sua construção, uma vez que o autor discute quais fatores são necessários para que o/a

psicanalista desenvolva essa atitude interna de escutar e acolher aquilo que vem do outro. Como ponto de partida, o autor sugere que as condições materiais do enquadre² são instaladas pela mente do/a analista, e o trabalho analítico pode acontecer a partir de sua mente, mesmo sem um enquadre externo. Isso nos faz refletir no quanto uma análise pode acontecer mesmo sem se considerar a especificidade do espaço físico. Esse ponto será importante para nós em nosso próximo capítulo.

Temos então que, para o autor, o que faz uma pessoa ser analista depende de seu “enquadre interior” (Figueiredo, 2021, p. 10), que é definido como uma “certa disposição da mente que oferece um espaço e um tempo de escuta e pensamento protegidos” (p. 10). Nesse sentido, somente através de um enquadre interior bem estabelecido é que se pode desenvolver e criar condições possíveis para um “enquadre psicanalítico no sentido convencional” (p. 10). O que notamos com essas afirmações de Figueiredo (2021) é que ele nos alerta que não adianta o/a psicanalista possuir um enquadre externo, um consultório montado e equipado para receber seus/suas pacientes, se ele/ela não possuir uma internalização em sua mente do que seria esse lugar que quer ocupar e da responsabilidade ética e afetiva que isso envolve na relação que se estabelece com o/a seu/sua paciente.

A nomenclatura “enquadre interior” (Figueiredo, 2021, p. 75) é utilizada para abordar essa disposição da mente do/a analista que deve ter duas dimensões, uma ética e outra técnica, que abarcarão uma presença implicada e reservada do/a analista e o desenvolvimento de sua atenção flutuante, que irão propiciar a capacidade de escuta no trabalho psicanalítico. Para tanto, o autor discute alguns quesitos necessários para a produção do enquadre interior e, dentre eles, uma “boa experiência de análise” (p. 10) é discutida como uma construção transferencial entre a pessoa e a psicanálise, pela sua análise pessoal, pelos seus estudos ou

² Figueiredo (2021), em seu livro *A mente do analista*, utiliza o conceito enquadre e enquadre interno para se referir ao que temos discutido em nossa tese como *setting* e *setting* interno. Ressaltamos que nos momentos em que utilizarmos o autor, manteremos a forma como ele utiliza o conceito, considerando que para alguns autores enquadre seria a tradução da palavra *setting*.

supervisões da prática clínica. Esse caminho seguido pelo/a psicanalista propicia ao/à paciente um espaço de segurança, onde poderá se sentir acolhido e escutado pelo/a analista, e este/a, em contrapartida, oferecerá tempo, apoio e sua escuta nessa relação (Figueiredo, 2021).

Aprofundando nossas discussões, a autora Alizade (2002a) nos apresenta algumas considerações importantes sobre o enquadre interno. Para a autora, ele seria a parte íntima e essencial de todo o tratamento psicanalítico, é um dispositivo de trabalho, que aos poucos vai sendo incorporado à mente do/a analista e à atmosfera que envolve a sessão de análise.

O enquadre interno, para Alizade (2002b), é um conjunto de propriedades psíquicas que funciona como um radar ou antena invisível e acrescenta, como visto em Figueiredo (2021) e Labarthe (2012), que esse enquadre é internalizado graças à análise pessoal do/a analista, somando-se às suas experiências de vida. Para Alizade (2002b), o enquadre interno é uma conquista psíquica que todo/a psicanalista organiza em sua mente a partir de um processo delicado que se dá entre o dispositivo interno e o/a paciente que aceita o trabalho analítico. Cabe ressaltar que o/a paciente muitas vezes questiona o *setting*, ao não querer rever os honorários do psicanalista, atrasar pagamentos, ao pedir mudanças de horários, chegar atrasado, desmarcar sessões em cima da hora e querer outro horário à sua escolha, mas isso tem que ser cuidado pelo/a psicanalista, o qual deve entender que isso gera impactos em seu *setting* interno, e que tais aspectos precisam ser escutados, entendidos e manejados na relação.

Para Labarthe (2012), a construção do enquadre interno do/a analista é sedimentada pela sua análise pessoal. Conforme a autora, a espontaneidade e a liberdade do enquadre vão sendo produzidas através de um contato emocional profundo com as próprias questões. Ela o apresenta como um “tecido psíquico interno” (p. 91), o qual é formado pelos encontros e reencontros possíveis de tudo o que vai sendo internalizado com a psicanálise (seja as próprias sessões, as supervisões, os atendimentos feitos e os estudos). Essa metáfora do tecido se torna interessante quando notamos que ele é formado por uma interligação de fios, ou seja,

elementos menores, que vão se aglutinando e dão forma a algo novo. Pensar na construção de uma mente analítica com essa metáfora nos ajuda a pensar nesse tecido interno, o qual é formado por diversas vivências da vida do/a analista.

Labarthe (2012) segue dizendo que o/a psicanalista deve ter um esforço contínuo em seu trabalho, uma vez que ele/ela precisa escutar aquilo que o/a seu/sua paciente não quer escutar, justamente aquelas experiências não elaboradas e que aparentemente não tem um sentido consciente. O trabalho do/a psicanalista, nesse caso, é encontrar uma forma de comunicar o que vem entendendo para o/a paciente, não como uma interpretação fixa e fechada, mas como um convite para que juntos possam buscar compreender mais a fundo o que se passa.

Algo a ser mencionado é que Figueiredo (2021) entende que “ser escutado, escutar, pensar e elaborar suas experiências emocionais nos encontros” (p. 10) é o que proporciona o desenvolvimento do “desejo de analista” (p. 10). Isso é denominado pelo autor como contratransferência primordial, definida como uma “disposição da mente” (p. 11), que vai sendo criada antes e durante o encontro do par analítico, auxiliando no processo de lidar com as incertezas e agitações que ele pode ocasionar. Essas agitações proporcionam uma abertura àquilo que a dupla ainda não conhece, mas que favorece a escuta do outro/a (paciente) e de si mesmo/a (psicanalista). Cabe ressaltar que as turbulências do encontro geram modificações e desenvolvimento para a dupla, não deixando de ser uma via de “criação e expansão da mente a serviço da aventura, da descoberta, da invenção” (Figueiredo, 2021, p. 46). Ao entrarmos em contato com as turbulências emocionais despertadas pelo encontro do par analítico, o autor segue nos dizendo que isso, ao provocar a transferência, ativa padrões antigos de pensamento e reações afetivas. Com isso, podemos afirmar que a transferência, tanto em sua forma positiva como na negativa, é um deslocamento das experiências e vivências muito

remotas do sujeito, as quais permanecem em seu mundo interno, e no *setting* psicanalítico encontram uma via para serem escutadas e analisadas pelo psicanalista.

Zimerman (1999, p. 331) define a transferência como:

O fenômeno transferencial como o conjunto de todas as formas pelas quais o paciente vivencia com a pessoa do psicanalista, na experiência emocional da relação analítica, todas as “representações” que ele tem do seu próprio self, as “relações objetais” que habitam o seu psiquismo e os conteúdos psíquicos que estão organizados como “fantasias inconscientes”, com as respectivas distorções perceptivas, de modo a permitir “interpretações” do psicanalista, as quais possibilitem a integração do presente com o passado, o imaginário com o real, o inconsciente com o consciente.

Essa descrição nos auxilia a entender o quanto a transferência é um campo muito profícuo para se pensar as nuances que envolvem a relação que se dá entre paciente e psicanalista, uma vez que o/a primeiro/a pode abrir ao/à segundo/a sua vida e dar espaço para suas repetições acontecerem no âmbito do *setting* psicanalítico, propiciados pelo *setting* interno do/a psicanalista.

Para Figueiredo (2021), o processo de entender a mente do/a analista acontece quando nos focamos no encontro psicanalítico, ou seja, o encontro do par paciente-psicanalista, uma vez que é nesse encontro que se despertam “complexidades, incertezas, turbulências e desafios” (p. 11). Tudo isso que é despertado no/a analista pode trazer perigos ao seu “equilíbrio narcísico” (p. 11) e produzir efeitos que levem a cansaço, mal-estar, adoecimentos, mas também pode produzir efeitos enriquecedores. Todas essas constatações levam Figueiredo (2021) a pensar na “função psicanalítica da personalidade” (p. 11) que seria uma capacidade humana de “hospedagem, afetação, ligação, representação, simbolização, transformação e compartilhamento das experiências emocionais” (p. 11).

Discutir o mundo emocional do/a psicanalista nos leva à contratransferência. Zimerman (1999) apresenta-a como um dos conceitos mais importantes da psicanálise, podendo ser entendida como o momento em que há um contato entre analista e paciente, a partir do qual há uma internalização de identificações projetivas na pessoa do/a psicanalista, o que pode mobilizar nele diversas respostas emocionais, latentes ou manifestas, “sob a forma

de um conjunto de sentimentos, afetos, associações, fantasias, evocações, lapsos, imagens, sensações corporais” (p. 350).

Para França (2015, p. 225), ela seria “os aspectos de atitude interna do analista diante do paciente”, ou seja, o que o encontro com aquele/a paciente poderia despertar na vida emocional do/a analista. O/a paciente pode despertar os mais diversos sentimentos no/a analista, como simpatia ou estranhamento, que precisam ser pensados e elaborados por ele/ela. É possível afirmar que todo/a paciente já foi sonhado/a pelo/a analista, “e nesse sonho entram acolhimento, desejos e mesmo idealização, no sentido de esperança de alguma modalidade de desenvolvimento. Ocorrem aspectos amorosos sublimados na relação, nos diversos elos em jogo, além de outros tipos de vínculo” (França, 2015, p. 225).

Ao nos questionar como o/a psicanalista lida com a transferência, Figueiredo (2021) afirma que toda a força que vem dessa relação e tudo o que ele/a escuta, pode afetá-lo/a de alguma forma, através da contratransferência, ou seja, aquilo que ele/a acaba sentindo e vivenciando a partir das turbulências despertadas em sessão.

Em relação ao/à analista, França (2015) apresenta que o seu *setting* interno é composto por níveis de trabalho: um em que o/a analista está ligado à técnica, aos procedimentos e contando com a sua experiência; e outro em que o/a analista busca compreender o mundo interno do/a paciente, a relação estabelecida entre ambos, bem como a busca de compreensão das repressões e dos recursos possíveis para o/a paciente, fazendo isso através de *insights* e interpretações. Esses níveis, de acordo com o autor, vão sendo desenvolvidos com o tempo e com a formação do/a analista, que vai desenvolvendo sua particularidade, sua identidade como psicanalista, somando-se a isso a prática com os/as pacientes e a escuta de cada um que resulta em um acervo inestimável para formar um pensamento clínico.

Com isso, podemos afirmar que a transferência, tanto em sua forma positiva como na negativa, é um deslocamento das experiências e vivências muito remotas do indivíduo, as

quais permanecem em seu mundo interno, e no *setting* psicanalítico encontram uma via para serem escutadas e analisadas pelo psicanalista.

Após nossa discussão anterior a respeito do desenvolvimento a partir da teoria winnicottiana, bem como das discussões apresentadas nesse tópico sobre o que seria o *setting* interno, podemos notar o quanto a construção do *setting* é desenvolvida tomando como base as primeiras relações de objeto do bebê. O que queremos afirmar é que, a partir da relação mãe-bebê, da maneira como essa etapa da vida foi sendo desenvolvida, teremos o alicerce para as relações futuras que estabeleceremos. O importante a ser destacado é: a maneira como foi feito esse manejo e cuidado pela figura materna cria condições para que o bebê (futuro adulto e psicanalista) possa ter um ambiente interno organizado e com possibilidades de acolher aquilo que vem de fora e acessa o *setting*, como as confusões e turbulências dos/as pacientes. Certamente que isto passa pela análise pessoal do futuro analista.

O que queremos destacar aqui é que o *setting* interno, sendo esse espaço tão importante em uma análise e que vai sendo desenvolvido pelo/a psicanalista transferencialmente com a psicanálise, para a sua construção, leva em consideração aspectos e vivências da sua constituição como sujeito, que se dá a partir da maneira como ele/ela foi sendo manejado e cuidado pelas suas figuras parentais, de como ele/ela processou e internalizou tais experiências, e que afetarão diretamente na maneira como ele/ela pode construir seu *setting* interno. O *setting* interno é construído e desenvolvido a partir de um ambiente suficientemente bom.

CAPÍTULO 2

Ruptura do *setting*: a pandemia do Coronavírus e seus impactos na clínica psicanalítica

Para este capítulo aprofundaremos nossas discussões em torno do *setting* psicanalítico, tanto em sua forma externa quanto na interna, e nos atentaremos em discutir as maneiras que existem para se romper um *setting*. No capítulo anterior, Ferro (2019) aponta duas formas de rompimento, a que parte do paciente e a que parte do psicanalista. Entretanto, aqui podemos nos questionar: quando existe uma pandemia, como vivenciamos entre os anos de 2020 e 2022 em sua maior fase, que atinge todas as pessoas de uma maneira geral, isso também não poderia ocasionar um rompimento do *setting*? Ou pelo menos ocasionar algum tipo de mudança na relação existente no campo psicanalítico? Essas e outras questões serão discutidas nesse momento, o que nos dará base, supomos, para o percurso que desenvolvemos em torno do nosso objeto de investigação.

2.1. A ruptura do *setting* psicanalítico

Como discutimos anteriormente, o *setting* psicanalítico envolve tanto a estrutura externa, pensando no consultório e tudo que o envolve, quanto a relação estabelecida pelo/a psicanalista com a psicanálise e com o/a paciente. Para tanto, ao pensarmos em um *setting* que pode ser rompido, precisamos entender quais as formas que o fazem se estruturar.

Para essa discussão, inicialmente nos valeremos do conceito de campo discutido e apresentado por Baranger e Baranger (1961). Para o casal Baranger, o campo analítico é uma situação estabelecida na relação que começa a se desenvolver entre paciente e psicanalista. Quando esse encontro é constante, permite que se crie um espaço de trabalho fixo, o que gera acolhimento e a possibilidade de confiança. Nesse âmbito, Baranger e Baranger (1961) fazem

uma discussão que envolve o consultório do psicanalista e o quanto esse espaço pode interferir nas fantasias que o/a paciente pode ter na relação que se inicia. Um fato importante é que, caso existam mudanças espaciais, elas não podem ser vistas apenas de forma objetiva, mas devem ser pensadas em como isso pode, simbolicamente, interferir nas sessões.

O campo passa a ser constituído a partir de um acordo entre psicanalista e paciente, que envolve as questões formais – como visto no primeiro capítulo – e o compromisso com as palavras que vai se estabelecendo entre a dupla. Isso que demos o nome de compromisso com as palavras é o que envolve a associação livre do/a paciente, ao dizer tudo o que vier à mente sem censuras, e o comprometimento do/a psicanalista em escutar a fala do/a paciente e a partir dela proporcionar interpretações e elaborações de conflitos latentes (Baranger & Baranger, 1961; Freud, 1912/2010).

Baranger e Baranger (1961) apresentam que o campo analítico não tem apenas uma dimensão dupla, envolvendo psicanalista e paciente, mas sim, múltipla, ou seja, envolvendo muitas situações que se sobrepõem e se mesclam durante a análise, o que fazem com que o campo analítico esteja sempre em movimento. Esse movimento acontece pela ambiguidade que o campo proporciona, ao funcionar numa perspectiva do “como se” (Baranger & Baranger, 1961, p. 06). Nas palavras dos autores, “é essencial para o procedimento analítico que toda coisa ou todo acontecimento no campo seja ao mesmo tempo outra coisa” (Baranger & Baranger, 1961, p. 06, tradução nossa).

Para os autores, essa ambiguidade é tão essencial a ponto de que, se ela não ocorre, o trabalho analítico pode não existir. Um exemplo citado por Baranger e Baranger (1961) é quando o campo analítico acaba sendo invadido por persecutoriedade, a partir da transferência. Nesse caso, o/a paciente espera algo do/a analista, e este/a precisa manter o seu lugar analítico, tomando cuidado para não perder isso de vista, pois pode acabar sendo colocado numa posição de perseguidor, o que ativaria muitas fantasias do/a paciente e ser algo

desastroso para o campo. Cabe ressaltar que as fantasias no campo, a partir da transferência, poderão acontecer independente do/a analista, mas nesse caso citado pelos autores é um exemplo de uma forma de cuidado que o/a analista precisa tomar. Nesse ponto, temos uma das possibilidades de ruptura do *setting*, ou seja, quando a ambiguidade das vivências entre paciente e analista não consegue ser manejada e interpretada, aquilo que faz parte da fantasia do/a paciente acaba tomando lugar dos fatos da realidade que acontecem na sessão. O/a analista, que está ali para escutar e propor caminhos na análise, acaba sendo vivenciado como ruim e perseguidor, o que pode ocasionar resistências ao *setting* e ao tratamento.

Outro ponto discutido por Baranger e Baranger (1961) é sobre a questão temporal do campo analítico, uma vez que uma sessão de análise propõe vivências que fazem uma mescla entre o que vem do passado, o que acontece no presente e as possibilidades de futuro. Com isso, ao tomar consciência de sua história e dos acontecimentos passados, o/a paciente pode modificar possíveis repetições futuras. Ao falar sobre isso, os autores abrem a discussão sobre o corpo na análise e as vivências que ele pode se deixar sentir. O/a paciente pode deixar com que seu corpo reviva experiências reprimidas e senti-las junto com o/a analista e, ao final da sessão, pode recuperar seu “corpo real” (p. 08) para dar continuidade à sua vida. Os/as pacientes desenvolvem uma grande quantidade de sensações corporais que podem ser muito ricas para a análise, como “dores de cabeça, sentimento de cansaço ou peso, percepções de frio ou calor, modificações na digestão, na respiração, no ritmo cardíaco, (...) tensões musculares” (Baranger & Baranger, 1961, p. 08). Essas sensações e sintomas corporais devem ser escutados pelo/a analista, a fim de que não se perca uma das dimensões que envolve o processo analítico, ou seja, esse corpo real que acaba sendo envolvido por sintomas que revelam algo inconsciente do indivíduo.

Cabe ressaltar que, além do corpo do/a paciente, o/a do analista também pode ser palco de comunicações inconscientes e Baranger e Baranger (1961) dão a esse fenômeno o

nome de “contraidentificação projetiva corporal” (p. 09, tradução nossa), a qual tem como característica o fato de o/a analista também manifestar reações corporais, que na realidade são respostas às invasões daquilo que vem do/a paciente. De acordo com os autores, essas reações corporais no/a analista deixam de aparecer quando, em sessão, ele/a consegue formular uma interpretação e, com isso, fazer com que o/a paciente “reassuma as partes projetadas de seu *self* localizadas no analista” (Baranger & Baranger, 1961, p. 09, tradução nossa).

A contraidentificação projetiva corporal descrita por Baranger e Baranger (1961), nos faz observar o quanto a relação estabelecida no campo analítico tem uma força enorme, que precisa ser manejada e cuidada para que esse trânsito de sensações, sentimentos e até mesmo sintomas, possam encontrar ali palco de expressão. Contudo, que a dupla, e principalmente o/a psicanalista, nesse momento consiga separar o que é seu e o que é do/a paciente. Aqui temos mais um ponto que pode ocasionar uma ruptura no *setting*, uma vez que esses sintomas podem ser tão fortes, ou até mesmo abalar o/a psicanalista, que quando não escutado ou levado em supervisão, pode acabar entrando em conluio com os sintomas e não conseguir fazer uma interpretação ou manejo disso, tomando para si esses sintomas. Nesses casos a análise pode ficar comprometida, pois rompe-se a barreira entre analista e sintomas do paciente, e essa ruptura pode tornar inviável o processo de análise ou torná-lo muito penoso para ambos. Entretanto, essa situação, ao ser bem escutada e cuidada, pode fazer com que a análise continue e “surge disso que o analista deve utilizar sua própria ambiguidade corporal como indicador acerca das dimensões inconscientes da situação” (Baranger & Baranger, 1961, p. 09, tradução nossa), que ao perceber isso, pode interpretar a situação.

No campo analítico, Baranger e Baranger (1961) também apresentam as “estruturações sobrepostas” (p. 10, tradução nossa), fato que acontece na relação analítica (psicanalista-paciente). Com esse conceito, os autores querem abrir a discussão de que, em uma sessão de análise, existe uma “estrutura bipessoal terapêutica de base” (p. 10, tradução

nossa), envolvendo uma sobreposição de conteúdos e vivências que envolvem paciente e psicanalista. Isso quer dizer, segundo os autores, que existem múltiplas estruturas que se sobrepõem na análise e que em alguns casos, inclusive, podem acabar encobrendo conteúdos que poderiam ser trabalhados no processo analítico. Baranger e Baranger (1961) estão demonstrando com isso que, na fala dos/as pacientes e na escuta dos/as analistas, podem existir tanto conteúdos manifestos, como também conteúdos latentes, os quais vão se sobrepondo, através de camadas, repletas de conteúdos, e assim o latente acaba não sendo percebido de imediato.

Nesse âmbito, além do que se manifesta e do que fica latente na escuta e na fala, tanto do/a paciente, quanto do/a psicanalista, o casal Baranger fala de um ponto de encontro de conteúdos, o chamado “ponto de convergência das situações” (Baranger & Baranger, 1961, p. 11, tradução nossa). Este ponto é apresentado como uma configuração muito importante para o processo analítico, uma vez que ele é um lugar de encontro entre o que vem do/a paciente e do/a psicanalista, e aí a interpretação acaba encontrando um caminho importante.

O analista se questiona dentro das múltiplas situações latentes que pode perceber no material proporcionado, e que se relacionam com o conteúdo manifesto e com a fantasia atual do contrato, qual situação é efetivamente interpretável. Por outro lado, dentro das múltiplas situações históricas, atuais, transferenciais do paciente, que interferem na configuração do campo, uma é mais vívida que as outras (...). Esta é a situação mais urgente e, por isso, a que deve ser interpretada por preferência, se a interpretação quer adotar uma possibilidade efetiva de mudanças no campo. É o que denomina de “ponto de urgência” (Baranger & Baranger, 1961, p. 11, tradução nossa).

Perceber os pontos de urgência se torna um trabalho importante para o/a psicanalista, pois abre a possibilidade de construir interpretações no campo analítico. Isso tudo acontece graças a abertura de um tipo de comunicação mais profunda entre a dupla analítica, que seria a “comunicação dos inconscientes” (Baranger & Baranger, 1961, p. 12, tradução nossa).

A comunicação entre inconscientes nos faz perceber com mais clareza o campo bipessoal existente na análise e o quanto a fantasia inconsciente que aí pode se construir é algo não apenas do/a paciente, mas da dupla analítica. Claro que a estruturação dessa fantasia

em sua grande parte provém do/a paciente. Supõe-se uma liberdade maior do/a analista ao se moldar à fantasia do/a paciente; entretanto, devido à sua posição, ele/a não pode perder “sua integridade e sua função de controlar o contrato básico” (Baranger & Baranger, 1961, p. 12, tradução nossa).

O casal Baranger discute nessa esteira algo bastante importante, pois uma vez que a fantasia é da dupla analítica, o/a analista acaba tendo uma parte nisso. Claro que ele/a não pode trazer sua fantasia de forma descabida para a sessão, mas deve estar atento ao quanto ela pode ter algum sentido junto com a que vem do/a paciente. Isso implica tanto numa posição de “renúncia da onipotência por parte do analista” (Baranger & Baranger, 1961, p. 12, tradução nossa), quanto na abertura para uma construção conjunta e sensível do que aparece.

Um ponto de atenção que os autores supracitados comentam é a existência de momentos em que o/a analista pode chegar à sessão com problemas e preocupações de sua vida pessoal e isso pode acabar interferindo no *setting* diante da possibilidade de se criar um ambiente mais intenso e depressivo, o que pode gerar reações no/a paciente (luto e choro, por exemplo). Segundo Baranger e Baranger (1961),

obviamente a reação de contraidentificação deve permanecer no analista, e autoanalisar-se até a sua solução, se não desencadearia um interjogo de reações secundárias que chegaria a confundir a sessão analítica em uma situação de casal qualquer, e a desvirtuaria por completo (p. 15, tradução nossa).

Pensar nesse cuidado por parte do/a analista se torna importante, pois não estar atento a isso pode ser considerado mais um tipo de ruptura no *setting*. E aqui aproveitamos para pensar que essa ruptura pode ser tanto no *setting* no sentido das sessões de análise e dos aspectos objetivos, como também rupturas nos *settings* internos de cada um da dupla. Uma vez que, como discutido no capítulo anterior, o *setting* também está relacionado com o mundo interno de cada um da dupla, uma ruptura nisso pode ocasionar na finalização ou em turbulências na transferência analítica estabelecida.

Como apresentamos sobre as “estruturações sobrepostas” discutidas por Baranger e Baranger (1961), não podemos deixar de mencionar o conceito cunhado por Janine Puget e Leonardo Wender (1982) de “mundos superpostos”. Para esses últimos autores, acontecem momentos em que o par analista-paciente pode “compartilhar um meio e uma problemática acerca da qual ambos possuem informações e notícias de interesse e transcendência comum” (1982, p. 504, tradução nossa). Nessa sobreposição de mundos, algumas problemáticas podem acontecer e quando não bem escutadas e manejadas, também podem romper com o *setting*.

Puget e Wender (1982) cunharam a ideia de mundos superpostos durante uma crise institucional na Associação Psicanalítica Argentina, uma vez que começaram a notar que analistas e seus/suas pacientes, ao compartilharem ou já saberem das mesmas informações, criavam uma dificuldade na análise, onde muitos/as analistas se perdiam em seu papel de compreensão e aprofundamento nas questões que envolviam a vida dos/as pacientes, ficavam presos à escuta de conteúdos manifestos, deixando de escutar os latentes. Para os autores, “toda vez que a realidade externa comum aparece no campo analítico com seus dados, pode produzir transformações e distorções na escuta do analista em qualquer tratamento. Essa problemática o coloca diariamente em dificuldades técnicas específicas” (Puget & Wender, 1982, p. 505, tradução nossa). A especificidade dessas dificuldades coloca o/a analista diante daquilo que envolve as recomendações para quem exerce a psicanálise, principalmente no campo da neutralidade e abstinência, no sentido de conseguir separar os conteúdos que vem de fora e escutar ativamente o significado que eles possuem em uma sessão específica.

O “mundo superposto” (Puget & Wender, 1982, p. 506, tradução nossa) é a zona em comum do/a paciente e do/a analista, podendo ser entendido como o “ponto de convergência” discutido por Baranger e Baranger (1961). É uma área de significativa importância analítica, mas que também pode ser muito perigosa pelos conflitos que aí podem se desenvolver. Para os primeiros autores, lidar com essa zona é lidar com problemas técnicos e éticos, que

possuem uma solução construída no par, na unicidade de cada encontro, não possuindo regras transmissíveis, onde a resolução dos problemas passíveis de acontecer, ficam ligados à intuição do momento.

Como vimos no primeiro capítulo, com o *setting* externo o/a analista consegue ter um espaço protegido, seguro, constante e organizado para receber o/a paciente e seus conflitos. Isto produziria as condições para um/a analista que se enquadra às regras e normas e, com isto, deixa a sessão analítica protegida “contra a irrupção do mundo superposto” (Puget & Wender, 1982, p. 507, tradução nossa).

O discutido até aqui nos deixa uma impressão de que os mundos superpostos são algo prejudicial à análise e à relação analista-paciente. Entretanto, não podemos deixar de comentar o efeito paradoxal produzido. Por um lado, essa sobreposição de conteúdos traz um efeito de aproximação, uma vez que ambos os constituintes da dupla têm um ponto de encontro comum, como, por exemplo, a pandemia do Coronavírus cujos efeitos que ela teve nas sessões de análise nos reportam a essa aproximação, uma vez que tanto analistas quanto pacientes, passaram por uma situação traumática, de calamidade pública, e seus mundos acabaram em alguns momentos por se sobrepor, trazendo reflexos na relação analítica. Esse fato será discutido nos próximos capítulos, mas trouxemos aqui de antemão, para nos fazer perceber o quanto aquilo que vem de fora, do mundo externo, pode realmente atingir em cheio o *setting*, tanto externo quanto o interno, independente dos cuidados que se tenha na sua manutenção.

Por outro lado, além a condição de aproximação, Puget e Wender (1982) discorreram mais atentamente sobre os efeitos negativos que o mundo superposto pode ocasionar. Para os autores, essa condição pode ser traumática para o/a psicanalista, uma vez que “perturba brusca e surpreendentemente a comunicação analítica” (p. 508, tradução nossa), fazendo com que o/a analista possa perder seu lugar de escuta com o/a paciente. Contudo, perder a escuta no

momento da sessão analítica se torna algo delicado, uma vez que é necessário um certo “espaço-tempo” (p. 508, tradução nossa) para que a situação traumática seja elaborada, fato que fica suprimido diante do/a paciente. Sabemos que para elaborar alguma situação conflituosa interna, precisamos de tempo, espaço, escuta de um outro, mas que em sessão, durante o trabalho de escuta do/a paciente, isso não é possível.

Puget e Wender (1982) afirmam que nesse momento traumático durante a sessão, pode-se criar, de maneira inconsciente no/a analista, uma microneurose que se manifesta a partir de alguns sintomas, como: “mal-estar, angústia, ruminação, repetição, pobreza ideativa, em alguns momentos desestruturação psicótica, reativação de ansiedade paranoides e confusão – um verdadeiro transtorno de pensamento” (p. 508, tradução nossa).

Quando os sintomas do/a psicanalista são manejados e interpretados em sua análise pessoal e supervisão, deixam-no/a mais livre e tranquilo para poder escutar a si e ao outro, o/a seu/sua paciente. Contudo, com a ideia proposta pelos autores, podemos perceber que existem momentos em que a mente do/a analista acaba sendo invadida de maneira muito intensa pelo que vem do mundo externo e, pela sua condição humana, pode acabar não conseguindo criar um manejo para o momento, até porque, ao se tratar de questões inconscientes, sabemos a força que elas possuem em nosso psiquismo e o quanto podem ser mobilizadoras, ou até mesmo paralisadoras.

A partir dessas dificuldades que atravessam a escuta do/a psicanalista, outros problemas podem surgir na sessão analítica com o par. O/a psicanalista, ao perceber as alterações que podem ocorrer com o mundo superposto, a fim de proteger o *setting* da entrada de mais conteúdos, acaba por deixar a relação da dupla rígida, o que pode ocasionar a sua ruptura. Essa rigidez se dá pelo uso de racionalizações e pelas dificuldades que começa a ter com as interpretações de situações do/a paciente (Puget & Wender, 1982). Para estes autores, a função da interpretação fica alterada e muitas vezes enviesada, pois ela acontece de forma a

“iludir, retificar, atenuar, um dado que afeta o analista por razões ilegítimas ao processo” (p. 509, tradução nossa). Nesse momento, cabe ressaltar que essa interpretação feita pelo/a analista, em alguns casos pode ser aceita pelo/a paciente, mesmo que ele/a não concorde de imediato, a fim de manter o vínculo transferencial. Entretanto, isso é perigoso, uma vez que pode “cronificar territórios do mundo interno do paciente” (p. 509, tradução nossa) e ao mesmo tempo criar zonas mudas na relação paciente-psicanalista que são criadas pelos mundos superpostos não resolvidos, deixando ruídos e desconfortos na relação.

A relação paciente-psicanalista é muito importante e precisa ser cuidada no campo analítico, pois essa dupla está ali para trabalhar em torno das vivências do/a paciente e com a construção de possíveis caminhos para a solução ou melhora dessas situações. Mas como temos percebido, existem várias situações que podem advir e romper o vínculo e o *setting*.

Em relação a isso, Puget e Wender (1982) descreveram algumas situações prototípicas, que podem nos ajudar no entendimento do quanto a ruptura abala a sessão, o vínculo, o/a paciente e o/a psicanalista. Inicialmente, os autores citam a ideia de “dados-notícia” (p. 511), situação na qual o/a analista substitui a figura do/a paciente pela da notícia contada por este/a, demonstrando o interesse maior do/a psicanalista no fato em si, do que em como aquilo pode impactar a vida do/a paciente. Outra situação denominada de “dados traumáticos” (p. 511) é quando o/a analista acaba entrando em contato com alguma situação relatada pelo/a paciente e aquilo culmina por produzir “afetos penosos ou negativos” (p. 511), o que o/a leva a uma regressão confusional do mesmo.

A terceira situação relatada seria os “materiais de efeito traumático por soma ou repetição” (Puget & Wender, 1982, p. 511), que inicialmente, quando relatada por um/a paciente somente, poderia ser metabolizada pelo/a psicanalista e o trabalho continuaria acontecendo. Nesse caso, todavia, os autores nos remetem a pensar em situações nas quais mais de um/a paciente relata e descreve a mesma situação. Essa repetição de conteúdos

durante dias ou meses poderá resultar em uma “saturação emocional por repetição” (p. 511). Esse é um dos casos que podemos pensar com relação à pandemia do Coronavírus, uma vez que, por mais de um ano, isso acabou sendo um movimento externo que transpassou as sessões de análise através da fala de praticamente todos/as os/as pacientes, e os/as analistas, em todas as sessões, precisaram escutar e pensar sobre isso com cada paciente em específico, bem como sobre os efeitos que a pandemia e seus reflexos tinham em seus psiquismos.

Discutir esse ponto acima nos coloca diante de outra situação, denominada de “síndrome da parede quebrada” (Puget & Wender, 1982, p. 513) que, como o nome já nos dá uma ideia, é quando alguma circunstância pessoal do/a analista acaba tendo espaço dentro da sessão analítica. Claro que isso pode ser desastroso, mas também pode trazer algumas consequências importantes, como “desidealização, diminuição da onipotência, moderação do narcisismo a níveis adultos, e para o analista, a dor ou vergonha experimentadas se traduzirão em: maior sabedoria analítica, realocação do narcisismo profissional e em humildade ante ao paciente e à profissão” (Puget & Wender, 1982, p. 514). Essa entrada de situações do/a analista na sessão nos faz pensar em algumas circunstâncias a serem destacadas: a primeira, seria o/a paciente entrar em contato com um/a analista vivo/a, que também sente e tem problemáticas que podem interferir na sessão, e pensar sobre isso pode ser uma das chaves da relação analítica; a segunda, por outro lado, como temos visto com os autores acima discutidos, isso pode ser desastroso e causar uma ruptura.

Ao produzir uma ruptura na sessão analítica, o mundo superposto ocasiona uma inundação traumática, podendo fazer com que a técnica da interpretação por parte do/a analista fique empobrecida ou até prejudicada. Desse modo, para Puget e Wender (1982, p. 519), “o mundo superposto é o calcanhar de Aquiles do psicanalista e psicanalizando, dado que a problemática se inscreve em um dilema que resulta da realidade externa e da psicanálise. O mundo superposto é um momento de eclipse psicanalítico”.

Até aqui pudemos notar que esses eventos que vem de fora, ou seja, do mundo externo, conforme relatado pelos autores, seriam situações de conhecimento comum que estariam relacionados à vida ou do/a paciente e do/a psicanalista. Ao somar essas discussões com a proposta por Ferro (2019), como discutimos no capítulo anterior, notamos o quanto estes autores, ao descrever as possibilidades de rompimento do *setting*, não discutiram a possibilidade de uma terceira forma de ruptura, que levaria em conta não mais somente aquilo que vem do paciente e atinge o psicanalista, ou o contrário, mas uma forma de proporções diferentes das apresentadas.

Desse modo, nossa pesquisa entra como uma possibilidade de se pensar acerca dessa terceira via, que está ligada a uma situação de calamidade pública mundial, como foi o caso da pandemia do Coronavírus e a doença dele derivada, a Covid-19. Destacamos que seu pico maior foi entre março de 2020 até novembro de 2021, recorte de tempo que nos atentaremos em nossa pesquisa. No próximo tópico, faremos uma apresentação mais aprofundada do que foi a pandemia e, posteriormente, discutiremos os impactos que ela teve no *setting* psicanalítico.

2.2. A pandemia do Coronavírus

Entre os anos de 2020 e 2022, vivenciamos um contexto pandêmico, quando o vírus mortal Coronavírus (SARS-CoV-2) se espalhou por todo o mundo em menos de três meses, causando uma reconfiguração de sistemas psíquicos, políticos, econômicos e biológicos. De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil (2020), o Coronavírus é muito “comum em muitas espécies diferentes de animais, incluindo camelos, gado, gatos e morcegos” e, até onde se sabia, a infecção em humanos era muito rara. Entretanto, em meados de dezembro de 2019, numa cidade chamada Wuhan na China, aconteceu a primeira infecção do que veio a ser

denominado de Covid-19, a doença causada pelo Coronavírus. Essa primeira infecção levou a uma transmissão muito rápida entre a população chinesa, expandindo-se do mesmo modo para outros países da Ásia, da Europa, das Américas e Oceania.

A transmissão do vírus acontece de forma muito rápida e sutil, através da via aérea, bem como pelo toque de um aperto de mão, por gotículas de saliva ou das narinas expelidas por tosses ou espirros. Também pode ocorrer através de superfícies contaminadas que podem ser tocadas por várias pessoas como celulares, mesas, talheres, maçanetas, corrimões, brinquedos, teclados de computador, etc.

Os infectados apresentavam um espectro clínico variável entre assintomáticos, mas que ainda assim transmitiam o vírus; pessoas com sintomas leves, muito parecidos com o de uma gripe comum (coriza, tosse, febre, dor de garganta, dor de cabeça) e, em alguns casos, a perda do paladar e do olfato, com o tempo de melhora variando de 7 a 14 dias. Por último, o houve também o quadro de pessoas com sintomas gravíssimos, como febre alta, perda de apetite e perda de peso, tosse forte e prolongada, dificuldade para respirar, fadiga e falta de ar que, com grande frequência acabavam precisando ficar internadas em hospitais, alguns para utilização de respiradores leves, outros colocados em coma induzido, passando pelo procedimento de intubação para auxiliar na respiração mecânica, pois os pulmões começavam a parar de funcionar conforme o agravamento da doença ocorria.

Cabe ressaltar que durante o período pandêmico o vírus sofreu mutações conforme se espalhava pelas sociedades no mundo. As mutações estudadas foram denominadas como cepa amazônica, ômicron, delta e cepa deltacron. Esta última surgiu com uma condição de transmissibilidade muito maior que as anteriores, principalmente em jovens, mas com sintomas que variavam de acordo com o organismo de cada pessoa. Esse é um dado importante, pois de início, os idosos foram o grupo mais vulnerável e afetado, seguido do

grupo das pessoas com comorbidades, com alta taxa de mortalidade. Posteriormente, com as mudanças do vírus, ocorreu o aumento da transmissão em pessoas mais jovens.

Em meio as altas taxas de transmissibilidade da doença, os laboratórios de pesquisas no mundo todo correram contra o tempo para desenvolver vacinas imunizantes contra a Covid-19. Dentre as vacinas ofertadas, apenas para citar algumas, tivemos: CoronaVac; AstraZeneca, a vacina da Pfizer e da Janssen. Cabe ressaltar também que a aceitação das vacinas não foi tranquila, principalmente no Brasil, dada uma grande vertente de pessoas antivacina, a falta de campanha de conscientização e incentivo por parte do governo federal, somando-se a isso uma onda de *fakenews* que assolou o país durante a pandemia. Felizmente, apesar desse quadro, em 2023, as pessoas que seguiram as orientações do Ministério da Saúde e se imunizaram, já estavam com a 5ª dose da vacina tomada, a chamada “bivalente”.

Dado esse panorama, muitas condições da vida se modificaram, inclusive uma delas foi em relação a forma de combater o vírus. No início da pandemia, para não aumentar a transmissibilidade, era recomendado que as pessoas não se encontrassem, não poderiam ter contato físico e, quanto mais recolhidas ficassem (entre 7 e 14 dias), as condições de sobrevivência do vírus diminuiriam, uma vez que ele persiste por encontrar hospedeiros e se alojar. Para isto, a OMS aconselhou medidas protetivas para a população, as quais foram acatadas por muitos países, estados, cidades para evitar o alastro do vírus, pois, se todos pegassem a doença ao mesmo tempo, o sistema de saúde não conseguiria dar conta dos casos. Dentre essas medidas podemos elencar as mais simples, mas muito necessárias, como o uso de máscaras e de álcool em gel e as mais difíceis e complexas como o toque de recolher, o distanciamento social e o *Lockdown* (que se traduz como confinamento). Essas medidas visavam a diminuição da circulação de pessoas, para evitar locais de aglomerados e de encontros e, com isso, havia a possibilidade de menor transmissão do vírus.

Sabemos que a prática de *lockdown* é um tipo de medida extrema, mas para aquele momento em específico se fez necessária. Em maio de 2020, o Ministério da Saúde chegou a fazer uma recomendação que deveria existir o *lockdown* em municípios que tivessem um aumento da população com a doença, devendo ter uma diminuição de pelo menos 60% de pessoas nas ruas ou o bloqueio total em situações mais críticas, considerando a taxa de ocupação de leitos hospitalares. Houve períodos de maior restrição conforme o sistema de saúde local fosse mais sobrecarregado.

Em março de 2021, um ano após o primeiro caso da doença no Brasil, vivenciamos o colapso do sistema de saúde em nosso país, com hospitais públicos e particulares apresentando taxas de praticamente 100% dos leitos ocupados, filas de espera de pessoas necessitando de UTI e de oxigênio no país todo. Por estas razões, a situação ficou totalmente caótica e descontrolada, com profissionais de saúde exauridos pelas altas demandas de trabalho, assim como a saúde mental de boa parcela da população que ficou abalada e fragilizada diante de tantas perdas. Além disso, em nosso país, em meio a essa pandemia, também eclodiu uma grave crise política que já estava latente.

O paradoxal nessa ideia de confinamento e afastamento social foi essa vivência em um momento histórico que presa pela liberdade, pelo imperativo do prazer a todo momento e a qualquer custo. Com essa necessidade de recolhimento social, questões políticas acabaram fazendo com que uma grande parcela da população ficasse confusa em relação a seguir ou não as medidas recomendadas que se faziam necessárias. Soma-se a isso as *fakenews* e o excesso de informações desencontradas que todos acessavam o tempo todo, além da preocupação e medo que assolaram a população em geral.

Foscaches (2020) comenta que o comportamento de algumas pessoas na pandemia pode ser um reflexo da forma como lidam com a castração, a partir dessa condição imposta a todos. Para se ter uma ideia de como algumas pessoas vivenciam isso, Birman (2020)

apresenta que Trump (presidente dos EUA em seu primeiro mandato), anos atrás, havia recebido um relatório sendo informado que uma nova pandemia poderia assolar o país e o mundo, mas negou a situação e, em 2020, no meio da crise, adotou posturas negacionistas que iam contra o que os órgãos de saúde aconselhavam. O posicionamento de Trump serviu de modelo também para as ações do ex-presidente Jair Bolsonaro, que atrasou vacinas, não apoiou as medidas restritivas que seriam úteis e não considerou a gravidade da pandemia para a população em geral, principalmente para a camada mais pobre (e mais afetada) do país. Infelizmente, esse tipo de postura negacionista quanto ao vírus e à pandemia, menosprezando sua letalidade de diversas formas, causou uma enorme confusão social e sanitária, como dito anteriormente. Digamos que, para esse momento, o que menos precisávamos era de um presidente que discutisse com a ciência a partir de achismos e supostos saberes não explicados, nem comprovados cientificamente. Ainda pior, a figura de líder da nação trabalhava incentivando a população a não seguir o saber científico, com discursos que diminuía o uso das máscaras e das vacinas, sendo estas comprovadamente formas auxiliares no controle da pandemia. Isso fica evidente na fala de Silveira (2020), quando nos apresenta que

(...) não estamos diante do exercício de um poder do Estado que impõe limitações ao direito de ir e vir (...). Muito ao contrário, vivemos sob um governo cujo instrumento de opressão é, antes, um empuxo ao gozo ilimitado, que, no final das contas, é um empuxo para a morte (p. 103).

O que Trump e Bolsonaro fizeram enquanto governantes foi de levar parte da população de seus países a uma negação da realidade, o que Dunker (2020) caracterizou como a ideia de negacionismo, uma vez que foi incorporado por uma massa de pessoas que acreditaram em suas falas, levando em consideração determinadas visões de mundo. Aos gritos de “a vida tem que continuar” *versus* “quantas pessoas terão que morrer”, todos ficaram diante do paradoxo: vida ou morte? Ou como podemos agora dizer em nossa sociedade capitalista, o paradoxo entre a bolsa e a vida (Birman, 2020).

Esse processo de negacionismo da pandemia, diante da letalidade do vírus, nos faz constatar que no Brasil há uma invasão do desrespeito, de discursos de ódio e de manifestações preconceituosas, o que Ribeiro (2020) destaca como a “política de morte praticada no Brasil” (p. 31), pois, por exemplo, ao pedir às pessoas que saíssem às ruas para trabalhar, mas sem condições sanitárias suficientes e sem o cuidado adequado para manter a saúde, o ex-presidente as colocava diante do perigo do vírus e da morte.

Birman (2020) se apropria das ideias de Foucault e apresenta duas formas de dispositivo de controle social e sanitários, que se enquadram muito bem com nosso momento: o “dispositivo da peste” (p. 73) e o “dispositivo da lepra” (p. 71). Este último, seria o dispositivo utilizado no fim da Idade Média, onde os leprosos eram excluídos da sociedade para as periferias para que, dessa forma, ocorresse a eliminação das contaminações. Temos aí um dispositivo genocida, tendo em vista que, pela expulsão, as pessoas eram excluídas e levadas à sua própria morte. Já o primeiro dispositivo, ocorreu na passagem do século XVI para o XVII, momento em que a Europa passava pela peste negra ou bubônica. Nesse dispositivo, segundo Birman (2020), foram instituídas as quarentenas, onde a mobilidade social era interdita, ou seja, todos paravam.

Assim, o autor traz essas concepções para a contemporaneidade e apresenta o dispositivo da peste como um exemplo do recomendado pela Organização Mundial da Saúde, tendo uma perspectiva de cuidado social e ligada à ciência. O dispositivo da lepra, por sua vez, é observado nas práticas do presidente do Brasil vigente na época da pandemia, um dispositivo medieval, que ao propor um isolamento vertical, não faria com que o vírus parasse de se disseminar, uma vez que a maior parcela da população continuaria saindo e levando o vírus para suas casas e contaminando os mais suscetíveis à doença, o que acarretaria mais mortes (Birman, 2020).

Com todo o exposto até aqui, podemos notar o quanto a pandemia nos trouxe questões sociais, políticas, econômicas e sanitárias, mas também questões de ordem emocional e inconscientes. Maria Homem (2020) afirma que “no mundo todo, as coisas ficam mais agudas para cada um, mas também no coletivo. Os pactos sociais se desequilibram, tanto no interior das casas quanto no calor das ruas” (p. 10). Aqui acrescentamos que há também um desequilíbrio em cada um de nós, com as nossas próprias emoções. A autora segue dizendo que “são múltiplas as vivências do Eu nestes tempos, como insônia, ansiedade, tédio, depressão, angústia e solidão” (p. 19), questionando sobre o que fazer para suportar tudo isso. Talvez essa seja uma das questões mais difíceis de ser respondida, uma vez que entre 2020 e 2022 uma grande parcela da população vivenciou um trauma diário e com muitas dificuldades de elaboração. O que suscitava a experiência traumática era, entre outras coisas, o medo do vírus (algo não visto, mas que pairava no ar e nas superfícies contaminadas, trazendo consequências ainda desconhecidas em nosso organismo), e a morte (enquanto possibilidade caso ocorresse a contaminação e enquanto realidade, pois muitos óbitos ocorriam todos os dias), fazendo com que as pessoas vivenciassem de modo muito acentuado as suas questões relacionadas à finitude humana.

A pandemia causou tantas experiências traumáticas nos últimos 5 anos, que a possibilidade de elaboração de toda a angústia suscitada, dos lutos e demais vivências envolvidas acontece de forma lenta, uma vez que no ápice pandêmico (entre 2020 e 2021) não havia tempo suficiente para se pensar e elaborar as situações diárias que envolviam problemas relacionados a tantos aspectos sanitários, políticos, econômicos e financeiros. A experiência da morte anunciada constituiu-se para muitos numa experiência traumática recorrente pois, desde março de 2020 até meados de 2022, todos os dias era apresentada a quantidade de mortes no mundo e no Brasil, causadas pela pandemia. Esse número de mortes referia-se a pessoas que vivenciavam seu cotidiano com suas famílias nos mais diferentes contextos e que,

devido à pandemia do Coronavírus associada às crises sanitária, política e econômica no país, acabaram por perder suas vidas. Certamente que antes da pandemia mortes existiam todos os dias, mas não era algo anunciado como aconteceu nesse período, nem na mesma proporção. O fato era que uma parcela da população estava em luto, tentando elaborar cotidianamente a morte dessas vidas.

Também é preciso considerar que, naquelas condições, parte da população estava lutando para sobreviver em condições muito difíceis e até caóticas. Muitos não tinham o que comer, muitos perderam seus empregos, muitos sofreram violência doméstica, muitos tiveram suas vidas transformadas negativamente tendo em vista o impacto que a pandemia teve no setor produtivo e do trabalho, em que muitas pessoas perderam as suas fontes de renda.

Em relação à situação traumática, Freud (1926/2014a) apresenta que ela tem como essência uma experiência de desamparo ocorrida pelo Eu, com uma acumulação de excitações, tanto de origem interna quanto externa. Com isto, o autor apresenta o que denominou de angústia real, a qual acontece sem uma sinalização do perigo, na qual o sujeito seria afetado diretamente pela surpresa e a experiência traumática que poderia ocasionar os sintomas aconteceria através dessas vivências sem preparação. Birman (2020) pontua que seria uma experiência em que o sujeito “não pode reconhecer e realizar de fato a antecipação do perigo” (p. 139), fato vivenciado por nós naquele momento pandêmico, que não foi esperado. Não tivemos um tempo para poder pensar e preparar uma saída. Para o autor:

a angústia e o trauma seriam o desamparo e o desalento no sujeito, evidenciando a experiência do inesperado para este que não se antecipou ao perigo e não pode agenciar suas defesas psíquicas pela transformação crucial do invisível em visível e do indizível em dizível (Birman, 2020, p. 140).

Ao elucidar as ideias do traumático, Ferenczi (1933/2011) fala sobre o tempo do indizível, o tempo do testemunho e o do desmentido. O tempo do indizível seria quando um adulto faz um ato excessivo para com uma criança, a qual não possui ainda possibilidades de representação. O segundo momento seria o do testemunho, em que a criança procuraria ajuda

em algum adulto de confiança, para auxiliá-la a nomear o ocorrido, ou seja, ela busca um reconhecimento de sua dor. E é aí que o fracasso pode ocorrer, pois quando a criança não é acolhida, a violência sofrida se torna efetivamente traumática e ela passa pelo tempo do desmentido, como se nada do que passou fosse realidade. Utilizando essas ideias freudianas, podemos fazer uma correlação com as vivências traumáticas vivenciadas em função da pandemia, uma busca da sociedade por encontrar uma explicação, validação e cuidado para isso, seguidos de uma negação de algumas autoridades para com essa realidade. O que podemos tirar disso é que, ao vivenciarmos a experiência traumática todos os dias, tentando achar uma saída ou ajuda para a pandemia, ela por si só já instaurou uma condição de desamparo, uma vez que não se sabia muito bem o que de fato aconteceria, a proporção mundial que ela tomou e a rapidez de seu alastramento, por que de início não sabíamos muito sobre a contaminação. E, somado a essa condição de desamparo, temos a falta de reconhecimento por parte das autoridades que influenciou ainda mais a amplificação desse desamparo e sofrimento.

Retomando a ideia do *lockdown*, tivemos o pedido de “Fique em casa”, em nome da vida, feito pela ciência. Consideramos que a ética da psicanálise e da psicologia se fizeram presentes nesse momento. Sabemos que a saúde mental da população sempre foi amplamente negligenciada, mas nunca se escutou tanto falar em cuidados com a saúde física e mental como na quarentena dos anos de 2020 a 2022, inclusive os noticiários apresentavam dados alarmantes de pessoas passando por estados depressivos, de ansiedade e fobia, frente ao período pandêmico. Entretanto, dada a nova condição e as medidas de isolamento, uma questão ficou em torno dos/as profissionais de psicologia e de psicanálise: como ficaram os atendimentos clínicos dos/as pacientes naquele momento e posteriormente com um abrandamento da pandemia?

2.3. O atendimento psicanalítico remoto

O atendimento psicológico *on-line* (remoto) já é algo regulamentado pelo Conselho Federal de Psicologia desde 2012 (Resolução CFP nº 11/2012), de forma experimental e sancionado de fato desde 2018 (Resolução CFP nº 11/2018), como uma prática possível aos profissionais, sempre levando em conta a ética profissional, o sigilo e a necessidade de cadastro na plataforma de registro “E-psi”. Portanto, essa forma dita “nova” aos profissionais de psicologia já existia como uma realidade possível e, durante o período da pandemia acabou servindo também como uma base de inspiração aos/as psicanalistas.

Essas novidades vieram “mudando nossos próprios modos de pensar, sentir e viver, e a clínica analítica, obviamente, não se manteve à parte desse movimento” (Pitliuk, 2022, p. 18). Contudo, cabe destacar que os atendimentos *on-line* não eram muito aceitos, nem levados em consideração pela categoria, uma vez que os presenciais abarcam outras formas de escuta e a presença física é considerada como algo de suma importância, o que no atendimento *on-line* se tornaria deficitário. O atendimento virtual e remoto teve certa resistência para profissionais da área aceitarem essa modalidade de atuação profissional.

Com a pandemia, profissionais de psicologia e da psicanálise se viram inundados por questões importantes para atuação profissional, principalmente as que envolviam o como fazer a passagem dos/as pacientes atendidos presencialmente para o *on-line*, já que não podiam mais comparecer aos consultórios devido ao confinamento. Entendemos o atendimento psicológico *on-line*, quando oferecido até então, como uma modalidade ofertada a pacientes que desejavam e conseguiam lidar com esse formato. Mas, no contexto pandêmico, surge a questão: e aqueles que não escolheram isso? Na nova condição das medidas sanitárias, o atendimento remoto se tornou uma realidade firmada no contrato entre profissionais *psis* e pacientes. A pandemia convocou os/as profissionais de psicologia e

psicanálise a um “fazer diferente”, um “fazer mais” (Rocha, 2020, p. 65), e esse fazer diferente envolve justamente a capacidade de ser criativo nesse momento de angústia e medo.

Nogueira (2020) adverte que a chegada da pandemia foi o início de algo inesperado, não se tinha informações de como lidar com o Coronavírus ainda, e isso acabou por perturbar os sentidos de alguns, bem como o que envolve a sensação do tempo. O autor discute que na espera, com o passar do tempo, as pessoas começaram a “des-esperar” (p. 120), pois embora fosse uma espera imposta por medidas sanitárias e de segurança social, deixava uma parcela da população rodeada de medo e insegurança. Nesse sentido, “confinados em nossos lares, assistimos estupefatos a disputas de versões sobre origem, diagnóstico, imunização e tratamento da doença, ao mesmo tempo que vivemos dramas privados que ressoam nos dramas públicos” (Nogueira, 2020, p. 121).

O confinamento, a busca por notícias ou formas de lidar com todos esses dramas decorrentes (o medo da morte, a insegurança, a sensação de desamparo, etc.) continuaram a existir, ou até se exacerbaram, sendo a clínica psicanalítica invadida pela espera que não podia esperar, a urgência por um cuidado e pela possibilidade de ser escutado/a precisava continuar a acontecer. Assim foi e continua sendo.

As “tecnologias de comunicação à distância” (p. 21) são apresentadas por Pitliuk (2022) como paradoxais. Os corpos das pessoas estão cada vez mais distantes, porém, com essas tecnologias, pode-se criar uma grande proximidade no sentido emocional. Para a autora, “distância realmente já não designa algo bem estabelecido para nós” (p. 22). Isso significa que a distância física, apesar de criar dificuldades e perdas nos encontros e nas vivências que envolvem o contato, o olho no olho, os sentidos como um todo, também possui um outro lado, que acontece quando as pessoas estão ligadas de forma emocional e aquilo que se apresenta como uma dificuldade (a distância) pode acabar não sendo um obstáculo para que uma relação aconteça, como é o caso da relação paciente-psicanalista. Veremos adiante que isso

não é um consenso entre todos/as os/as profissionais *psis*. No entanto, não podemos deixar de pontuar o quanto a partir da pandemia, e de todas as estratégias de cuidado para a não transmissão do vírus, as distâncias passaram a ser necessárias, e com elas, as formas *on-line* de atendimento foram ganhando um novo olhar por parte de psicanalistas e psicólogos.

A psicanálise vem se aproximando cada vez mais da “vida como ela é” (hospitais, prisões, equipamentos de saúde pública de modo geral, moradores em situação de rua etc.), e experiências analíticas entre pessoas geograficamente distantes não fogem à regra: constituem-se em um desafio igualmente grande e nos demandam as mesmas atitudes – críticas e inventivas -, voltando sempre nossa atenção para a singularidade dos usos, dos processos e das relações (Pitliuk, 2022, p. 24).

De acordo com Pitliuk (2022), o uso da tecnologia permitiu para a psicanálise a criação de “pontes elásticas” (p. 28), ou seja, caminhos flexíveis que permitiriam novas experiências, “construções e reconstruções sutis e essenciais” (p. 28) no campo analítico, e por que não dizer na própria teoria psicanalítica, com a ampliação da forma de entender e conceituar o *setting*. Notamos que a autora é uma das estudiosas que já discutiam a análise *on-line*, ou como ela mesma denomina “em-linha” (p. 17), mesmo antes dos acontecimentos da pandemia do Coronavírus. Pitliuk (2022) já tinha essas discussões em seu campo de estudos e via o quanto as transformações sociais que aconteciam e acontecem permeadas pela tecnologia também deveriam ser pensadas e utilizadas no campo psicanalítico. Para a autora, a análise em-linha possibilitaria a construção de um “universo transicional (...) mediado por tecnologias de comunicação” (p. 40) que seria um misto do que é objetivo e subjetivo, ou seja, no encontro entre o/a paciente e o/a seu/sua psicanalista, este/a último/a, poderia reconhecê-lo e valorizá-lo em suas singularidades.

Para Almeida (2020), a ideia de flexibilidade leva a pensar sobre a adaptação de psicanalistas ao novo contexto e adverte sobre a necessidade de uma “elasticidade da técnica” (p. 69), que já se fazia presente para preservar o vínculo, mas que no momento da pandemia, com os atendimentos remotos, precisaria de mais atenção. A autora nos faz pensar na flexibilidade que a mente do/a analista precisa ter para reverberar na plasticidade necessária

para manter o vínculo e a análise poder continuar. Nesse ponto, Almeida (2020) fala sobre a transdimensionalidade que pode se apresentar, a partir do encontro remoto entre psicanalista-paciente. O que a autora aborda é que a partir da tela teríamos apenas um encontro bidimensional, ou seja, o que vemos pela tela e nada mais, como se fosse algo sem um laço ou vínculo. Entretanto, essa estrutura bidimensional vai sendo bordeada por histórias, vivências, angústias, emoções, o que dá uma nova dimensão a isso tudo, e a visão de apenas duas dimensões dá lugar a um espaço transdimensional, isto é, várias dimensões da vida da dupla acabam sendo vistas e escutadas através das telas (computador, celular, *tablets*). Para a autora, pensar desse modo ajuda a lidar com a ideia de que pelas telas não seria possível criar uma boa transferência e vínculos que permitissem o processo analítico acontecer. Inclusive aqui cabe lembrar Rocha (2020), quando comenta como os sons que vem de fora da sessão e acabam adentrando nela permitem com que essa relação bidimensional, que de alguma forma poderia ficar engessada, possa se transformar em algo mais humano, trazendo não só a sensação, mas a realidade de que do outro lado da tela tem uma vida que está presente nesse encontro.

O universo transicional, apresentado por Pitliuk (2022), e a transdimensionalidade, apresentada por Almeida (2020), podem ser associados com os objetos e fenômenos transicionais discutidos por Winnicott (1951/2019). Para este autor, os objetos transicionais seriam objetos elencados pelas crianças para lidar com a ausência da figura materna. Esse primeiro objeto “não-eu” (p. 14) pode ser o próprio punho, “um ursinho, uma boneca ou um brinquedo macio ou duro” (p. 14). Segundo Winnicott (1951/2019), esses objetos e fenômenos seriam uma “área intermediária de experiência” (p. 14), definida como um terceiro espaço, que fica entre a “realidade interior e a vida exterior” (p. 15), buscando sempre manter uma diferenciação entre as outras áreas, mas ao mesmo tempo mantendo um tipo de relação entre elas. Nas palavras do autor, seria “um estado intermediário entre a incapacidade e a

crecente capacidade do bebê de reconhecer e aceitar a realidade” (p. 16). Trazemos esse conceito para discutir que durante a pandemia, os atendimentos remotos funcionaram como uma área intermediária, entre a realidade externa (vivências com a pandemia) e as vivências internas (medos, angústias). Eles foram de importância em muitos casos, para ajudar com que pacientes que estavam sofrendo com a situação pudessem passar por esse momento, sem perder um vínculo e a esperança de que em algum momento aquilo tudo iria passar.

Pitliuk (2022), ao comentar sobre o *setting* em-linha, o denomina de “*setting* internético” (p. 41) e nos faz pensar o quanto precisamos aprender a lidar com as intercorrências que podem transpassar uma sessão de análise, bem como também aprender a lidar com os aplicativos de conversa, com a velocidade da internet e as oscilações que poderiam acontecer, se a câmera seria boa para a videochamada, se o/a paciente teria internet disponível ou algum lugar em sigilo para fazer a sua sessão. Nos recordamos aqui nessa época de pacientes que precisavam ir ao banheiro para se sentirem tranquilos/as fazendo a sessão, ou que faziam a chamada dentro de seu carro, ou até mesmo na rua em uma caminhada; fora aqueles/as que não tinham nenhuma dessas opções e pediam sessões por mensagens ou áudios do *WhatsApp*. Até aqui vimos o lado do/a paciente, mas de acordo com Rocha (2020), é necessário notar que psicanalistas também precisaram encontrar um lugar calmo e sigiloso, uma vez que os consultórios migraram para suas residências. Interferências podiam vir de ambas as partes: “o latido do cachorro no corredor, a voz da criança do lado de fora da porta, a discussão do casal vizinho que invade as vidraças cerradas das janelas” (Rocha, 2020, p. 63).

Na discussão de um caso apresentado por Pitliuk (2022), fica evidente o quanto a análise em-linha tem suas dificuldades até uma adaptação ao que envolve o uso das tecnologias; porém, após isso ser entendido e manejado – tanto pelo/a paciente, como pelo/a psicanalista – a análise pode acontecer e esses fatores são percebidos como circunstâncias que

não coíbiam a “liberdade de ser, de sentir e de expressar” (p. 42) da paciente atendida pela autora. Com isso, percebemos que, apesar das dificuldades nos atendimentos em-linha, eles não são uma impossibilidade; muito pelo contrário, quando bem manejados são, e ainda tem sido, uma possibilidade muito interessante no acesso à análise feito por muitas pessoas, principalmente, com o início da pandemia e com as condições por ela impostas.

Susemihl (2020) dá o nome de “*setting* eletrônico” (p. 49) a essa modalidade remota, que foi criada às pressas. Para a autora, com seus/suas pacientes, o primeiro encontro via videochamada foi repleto de emoções, tanto alegres, por poder ver que a pessoa estava viva, como por medos, pelo fato de ainda não saber o que poderia acontecer e quanto tempo duraria o isolamento. Muito próximo da ideia de Pitliuk (2022), Susemihl (2020) também aborda a questão do fio, mas faz uma comparação ao fato de que “vivemos mais concretamente o quanto a nossa vida é por um fio” (p. 50), aludindo às dificuldades por conta do vírus, mas também de que as sessões poderiam continuar justamente por fios que se entrelaçavam e permitiam que a dupla pudesse se conectar.

Trazendo uma discussão sobre suas vivências com os atendimentos remotos, Susemihl (2020) aborda algumas experiências cotidianas que lhe fizeram falta e que tomaram novos contornos com o *setting* eletrônico:

Logo me ressinto da falta do momento-espaco da passagem, da transição – o anúncio da chegada, abrir a porta, o cumprimento, a acomodação e o prosseguimento da sessão –, momentos plenos de impactos, sensações e apreensões. Por meio do apertado de uma tecla o outro se faz presente na tela, o ritual da transição se transformou em um ajuste de som e de câmera. Na despedida, novo estranhamento, a sensação de um corte abrupto, sem nenhum daqueles inúmeros hábitos do dia a dia que usamos para nos separar e a partir dos quais temos a experiência gradativa da separação (Susemihl, 2020, p. 50).

Através do relato dessa autora, podemos nos dar conta que algumas situações, que antes eram tidas como cotidianas e normais, fazem falta de início, mas depois vão tomando um novo contorno e a dupla pode ir criando formas de lidar com essas mudanças, possibilitando novas maneiras de vivenciar o *setting*.

Como vimos no capítulo anterior, o *setting* psicanalítico precisou ser pensado para a forma de atendimentos *on-line*, mas Pitliuk (2022) salienta que para alguns/mas pacientes é necessário mantê-lo quase que do mesmo modo, ou seja, estável e funcionando com as mesmas regras, apesar do espaço físico ser diferente. Mas a autora segue dizendo que

Obviamente, ao mesmo tempo que eu mantinha o *setting* estável “com unhas e dentes”, havia também o fato de eu ser viva e pertencente ao mundo vivo, de **ter afetos e reagir afetivamente**. A luta, então, era não permitir que o *setting* formal fosse afetado pelas minhas reações afetivas: trata-se de fazê-lo funcionar como uma máquina, justamente para que o vivo da relação pudesse sobreviver (Pitliuk, 2022, p. 43, negritos nossos).

Aqui podemos notar que, quando a autora fala sobre ter afetos e reagir afetivamente, ela está falando de seu *setting* interno, que é impactado por afetos externos (do paciente ou de vivências fora da sessão, pessoais ou gerais), que podem ocasionar uma ruptura no *setting*. A autora chama de “funcionar como uma máquina” (p. 43) a ideia de trabalhar na clínica psicanalítica e cuidar para não deixar que aspectos externos transpassem a escuta; porém sempre cuidando para que o *setting* não deixe de ser um espaço que possibilite construções e criatividade para o/a paciente.

Sustentar a clínica *on-line* se torna um grande desafio para alguns/mas psicanalistas, mas desde 1951 já existem relatos de atendimentos que não aconteciam de forma presencial, por exemplo, através do telefone. Antes disso, Belo (2020) comenta que a análise do pequeno Hans, relatada por Freud, na realidade aconteceu de forma remota, através da troca de cartas entre o psicanalista e o pai do menino. Pitliuk (2022) nos informa que, a partir de 1980, mais materiais começaram a ser divulgados sobre a temática, até chegarmos no que dissemos no início desse capítulo, com uma regulamentação por parte da psicologia, a partir de 2012.

Pensar na análise em-linha faz com que Pitliuk (2022) nos apresente uma discussão importante e sensível, na medida que ela apresenta uma metáfora, comparando o fio (do telefone ou do fone de ouvido) ou o cabo (da internet ou WI-FI), com um cordão umbilical. Um cordão que possibilita vida, cuidado, nutrição e que, na condição de uma análise em-

linha, também pode possibilitar esse cuidado e atenção com uma escuta atenta e sensível ao sofrimento do/a paciente.

A metáfora do cordão umbilical nos fez associar com a dinâmica que existe entre uma mãe e um/a filho/a, uma relação muito primária, de nutrição, mas também de afeto e acolhimento. Esse cordão umbilical deixará de existir em algum momento, mas uma linha invisível poderá continuar ligando mãe e filho/a, onde as vivências dessa figura materna irão sendo passadas para a criança. Esse fio poderá ser uma representação de vias inconscientes que ligam uma pessoa a outra, tendo início naquela relação primordial e importante. Quando Winnicott (1966/2020c) fala sobre uma mãe suficientemente boa, ele dá abertura para discutir um ambiente que acolhe o bebê, mas que ao mesmo tempo pode falhar, justamente pela sua condição humana. As sessões de análise de forma *on-line* colocam psicanalistas nessa condição, ou seja, tentam manter o *setting* o mais protegido possível. Entretanto, dadas as condições externas, como a pandemia, ele acaba sendo atingido, o que não quer dizer o seu término, mas talvez uma ruptura ou abertura de caminho para novos modos de lidar com o *setting* e a transferência.

Trabalhar de forma *on-line* proporcionou aos/às analistas perceber o quanto a prática clínica pode ser elástica; ou seja, a distância não necessariamente quebra o vínculo que liga duas pessoas emocionalmente. Assim, o trabalho pode continuar acontecendo, ou até se iniciar dessa forma. Para Pitliuk (2022), o trabalho analítico acontece “no divã, na poltrona, no telefone, no aplicativo” (p. 81); claro que não totalmente da mesma forma ou no mesmo tempo, mas “não numa variação” (p. 81) tão grande, que não permita a escuta do inconsciente acontecer. A grande questão nisso será o como a dupla analítica conseguirá lidar com o distanciamento físico e com a singularidade que cada um terá.

Trata-se, sempre, de que analista e analisante consigam ser tocados pelo encontro e possam abrir fissuras no literal. O literal é sempre insuficiente para lidar com a vida – é por isso que se busca o analista -, e é sobre essa capacidade de devanear, de encontrar/produzir aberturas ou linhas de fuga, que a análise se desenrola (Pitliuk, 2022, p. 81).

Discutir o encontro analítico que se dá entre dois corpos e as consequências geradas pelo confinamento na pandemia, nos fazem pensar no que Izcovich (2020) apresenta sobre o real lugar do corpo na psicanálise. Para o autor, uma análise só aconteceria pelo encontro físico entre corpos. Entretanto, ele reverte a lógica e nos faz notar que o funcionamento de uma análise se dá principalmente pela transferência e não pelo corpo. Em suas palavras, “a relação com o analista é uma relação amorosa, sem os corpos. O que captura os corpos é um discurso. O discurso analítico captura os corpos do analisante e do analista. O discurso não precisa de uma presença” (Izcovich, 2020, p. 50).

Aos poucos, a partir das leituras que fizemos e discutimos, vamos nos dando conta que pensar numa análise remota, por um bom tempo era entendida como impossível, inadequada, ou até mesmo não eficaz. Apesar de terem autores, psicólogos e psicanalistas, que estudavam e faziam essa prática de forma esporádica, ainda existia uma suspeita se essa modalidade seria interessante ou não. Entretanto, com a pandemia e a necessidade de isolamento, muitas pessoas que faziam análise não puderam mais, dado a impossibilidade dos encontros presenciais. Os/as analistas precisaram rapidamente modificar o seu *setting*, encontrar (na maioria das vezes em suas casas) um espaço sigiloso para atendimento, aprender a lidar com as tecnologias e aplicativos de reuniões *on-line* (*Google Meet*, *Zoom* e outras). Nesse momento nem todos os/as analistas fizeram essa mudança para os atendimentos remotos. Tivemos relatos de pessoas que ficaram sem atendimento clínico, pois seus/suas psicanalistas não concordavam que uma análise poderia se dar fora do *setting* presencial.

Além das pessoas que já faziam análise presencial e migraram para o remoto, com o início da pandemia, o medo da situação fez com que algumas outras pessoas, que não faziam análise até então, procurassem analistas para cuidar da saúde mental. Nesse movimento, a possibilidade de atendimentos *on-line* e as altas demandas por cuidados em saúde mental de

uma parcela da população bem mobilizada em função da pandemia, fez com que essa modalidade ganhasse uma nova proporção, novos estudos e novos olhares.

Pudemos notar através de nossos estudos que diversos autores se empenharam em discutir o que a pandemia estava acarretando em suas práticas e, ao mesmo tempo, percebemos em todos a necessidade de pensar as mudanças que a forma remota de atendimento estava ocasionando na psicanálise e na relação com seus pacientes (Civitarese, 2021; Ellman, 2021; Escardó, 2021; Ferro, 2021; Hart, 2021; Vorus & Ellman, 2021; Weinstein, 2021), sendo unanimidade em seus relatos o quanto, apesar das dificuldades, os atendimentos remotos eram uma prática possível e real, mas que precisava ser adaptada no caso a caso.

Vorus e Ellman (2021) discutiram que a “teleterapia” (p. 97) era utilizada em casos muito específicos e de forma temporária, mas nunca da maneira como estava ocorrendo no momento da pandemia, com todos/as os/as pacientes e no mundo todo, levando-os a perceber que essa prática teria ganhos e perdas potenciais. Fato este também discutido por Civitarese (2021), que apresenta a ideia de que em sua prática a imagem era exaustiva, optando mais por ligações de áudio, onde “o foco na voz, faz mais sentido” (p. 133, tradução nossa).

Dentre os ganhos com os atendimentos remotos, autoras como Ellman (2021), Escardó (2021) e Weinstein (2021) entenderam ser um alívio em meio à pandemia, ainda poder atender os/as seus/suas pacientes. Para a primeira autora, de início foi difícil deixar o consultório, uma vez que ele refletia parte de quem era ela, mas entendeu a necessidade de abandonar esse local por tempo indeterminado, tendo um alívio ao perceber que de forma *online* poderia continuar acompanhando os/as seus/suas pacientes. Escardó (2021) uma psicanalista peruana, relatou o quanto em seu país a situação do Coronavírus foi muito difícil e que os atendimentos remotos de fato eram diferentes, mas que não impossibilitavam a escuta. A autora ressalta que “fazer análise em casa estabelece novas formas de fazer análise,

o que pediu mais flexibilidade dos analistas” (Escardó, 2021, p. 104, tradução nossa). Essa flexibilidade também foi mencionada por Ferro (2021), ao abordar que psicanalistas precisaram abandonar noções imutáveis da psicanálise e “reconhecer o valor da flexibilidade e aprender a fazer da invariância algo precioso a ser modificado na hora certa” (p. 140, tradução nossa).

Alguns fatores externos, como discutimos anteriormente, podiam acabar entrando na sessão como filhos, animais domésticos, barulhos das casas ou dos vizinhos, ou também o fato de que em casa muitas vezes os/as pacientes estavam mais à vontade, com pijamas, por exemplo. Nesses casos, dever-se-ia contar com a tal flexibilidade do/a analista, mas também alguns contratos poderiam ser feitos, como disse Weinstein (2021): “com o tempo achei essencial manter uma formalidade na forma de vestir” (p. 111, tradução nossa), sendo esses alguns ajustes para tentar manter o *setting* o mais parecido possível com o presencial. O exemplo dado, em relação à forma de vestir, é pelo fato de que, estando em casa, alguns/mas pacientes acabavam utilizando roupas mais confortáveis, como os pijamas, já citados, o que não seria feito em sessões presenciais. Esses contratos no sentido simbólico, como conversas, ou ajustes necessários, eram feitos no caso a caso, ajudando a manter a relação da dupla e ao mesmo tempo não perder a possibilidade da escuta naquele momento. Outro ponto discutido é que anteriormente algumas pessoas, tanto analistas quanto pacientes, dependendo de onde moravam, poderiam demorar até duas horas para chegar na sessão, além do trânsito e outras dificuldades a mais, e que com os atendimentos remotos todas essas dificuldades se dissiparam (Weinstein, 2021).

Nesse caminho de pensar as mudanças no *setting* psicanalítico, Ferro (2021), de início, as via como inimagináveis anteriormente, uma vez que o *setting* era tido como um dos “pilares inabaláveis” (p. 140, tradução nossa) do trabalho psicanalítico, mas que de um dia para o outro foi abandonado e modificado em grande escala. Para o autor, “muitos se

opuseram fortemente a essa mudança, enquanto outros aceitaram sua inevitabilidade” (Ferro, 2021, p. 140, tradução nossa). Nossas leituras predominantemente indicam psicanalistas que entenderam essa necessidade, mas ainda assim, de fato existem autores que não compactuaram com essa modalidade.

Hart (2021) foi um psicanalista que escreveu sobre sua prática durante a pandemia e nos dá uma visão contrária aos atendimentos remotos. Apesar de ele ter feito alguns, devido às necessidades do momento, salientou que essa forma de atender não era normal e que, diante da tela, ele se tornava uma junção de *pixels* para seus/suas pacientes, inclusive uma de suas pacientes chegou a dizer que ele ficava fragmentado. Para o autor, “os equipamentos davam a ilusão de que eu via a paciente e ela me via, e que estávamos na presença um do outro” (Hart, 2021, p. 105, tradução nossa).

Para lidar com os atendimentos remotos, mesmo não concordando com eles, o autor disse que conversou com outros/as psicanalistas que não fizeram atendimentos *on-line* e que deram abertura a outras formas, em espaços abertos, como nos parques, em jardins ou até mesmo pelas janelas dos consultórios. Isso nos mostra que atender ou não de forma remota, apesar de ter uma questão ética, tem também a disponibilidade do/a analista e do/da paciente para isso. E assim como a grande maioria criou condições para o *on-line*, alguns outros criaram condições em locais abertos, para que os processos de análise continuassem a acontecer.

A “desconcretização do consultório” (Ferro, 2021, p. 141, tradução nossa) foi uma expressão muito interessante utilizada pelo autor para abordar que o consultório deixou de ser um lugar concreto, uma sala fechada, neutra e sem a entrada de fatores externos, para um *setting* que ocupa um lugar na mente da dupla analítica. O autor segue dizendo que “este é o *setting* que absorve a comunicação e que se abre para a existência de mundos ou universos

paralelos” (Ferro, 2021, p. 141, tradução nossa). Tal fala desse autor nos faz relacionar com os mundos superpostos, discutidos por Puget e Wender (1982), como vimos anteriormente.

De acordo com Quinet (2020), atender de forma remota durante a pandemia do Coronavírus era uma questão ética de psicanalistas e da humanidade como um todo, uma vez que a sobrevivência estava em jogo. Para o autor, ao atender remotamente, os/as psicanalistas não negariam a realidade, trazendo para si a responsabilidade diante de seus/suas pacientes. Ou seja, nesse momento difícil, estariam ali de forma ética, para escutar o sofrimento mental que poderia ser ocasionado pelo medo, pela angústia, que a possibilidade da morte trazia, ou outras situações que começavam a surgir também. Melo (2020) vai na mesma direção de Quinet (2020) e da ética de psicanalistas naquele momento pandêmico, quando ela comenta que a psicanálise não poderia parar, nem recuar nesse momento de dificuldade global em que os atendimentos *on-line* seriam os únicos possíveis, tendo o/a analista que se adaptar. Para a autora, “a psicanálise em intensão e extensão tem seu lugar nesta época de quarentena devido ao coronavírus” (Melo, 2020, p. 83).

Quinet (2020) segue afirmando que a “análise virtual” (p. 18) é um encontro, assim como a análise presencial que acontece ao vivo e em cores. Segundo o autor, a análise *on-line* também é, uma vez que há hora marcada, um aplicativo e um *link* a ser acessado, bem como ao ligar a câmera encontra-se a presença viva do outro. Nesse momento, a voz e o olhar, que fazem parte de nosso corpo, ganham possibilidade de expressão e a dupla pode trabalhar (Quinet, 2020). Em meio a tantas dúvidas se uma análise poderia ou não acontecer de forma *on-line*, Quinet (2020) afirma: “podemos pensar na psicanálise *on-line*, sim, como uma psicanálise presencial: porque implica a presença do analista – não uma presença física, mas de outra ordem” (p. 21). Notamos que os autores e autoras antes discutidos possuem essa mesma visão, de que a análise pode sim acontecer *on-line*, e que a transferência será de grande valia para isso.

No âmbito da psicanálise, Susemihl (2020) questiona se os atendimentos remotos ficariam empobrecidos com o tempo e o que de fato estaríamos oferecendo: somente uma tentativa de manter vínculos, ou a possibilidade de construção de algo novo a partir desse momento? De acordo com a autora, a resposta a essa questão pôde ser percebida com o passar da pandemia, assim como os atendimentos *on-line* acabaram sendo ampliados e discutidos durante todo esse tempo. A autora afirma que estar presente, mesmo à distância, criou uma forma de relação mais “porosa e instável” (p. 62), o que não significa a não possibilidade dos encontros e da análise acontecer. Isso só torna necessário o desenvolvimento de novas maneiras de lidar com a transferência, com o vínculo que vai sendo criado e estabelecido entre os membros da dupla.

Pensando nas mudanças que estavam acontecendo com as sessões *on-line*, Susemihl (2020) relata que, mesmo com os/as pacientes que já estavam no divã, a ideia pensada pela maioria seria fazer sessões direto por ligação, mas para ela não. Além de escutar, ela queria ver os/as pacientes, mesmo que brevemente no início da sessão, para logo após evitar o contato direto do olhar.

Todo o caos causado pela pandemia e pelas necessidades por ela imposta, como o isolamento, fez com que as estruturas antes cristalizadas do *setting* psicanalítico precisassem de um novo olhar e novos estudos. Nesse sentido, Rocha (2020) alerta que todas as incertezas e desafios fizeram com que a prática da escuta não se restringisse aos consultórios, sendo possível para ela uma nova ordem, onde ganhos e perdas se apresentariam a todos os momentos.

Podemos antecipar que há perdas sim, é claro, pois as ferramentas virtuais possibilitam a continuidade das análises, mas impedem o contato pessoal e toda a leitura sensorial naturalmente viabilizada no encontro presencial e tão útil ao nosso fazer analítico. Mas precisamos considerar que, conforme relatos de diversos colegas, surpreendentemente há ganhos, já que muitos pacientes têm apresentado intensificação evidente do ritmo e do aprofundamento de seus processos analíticos (Rocha, 2020, p. 63).

O que entra em jogo durante a pandemia do Coronavírus, como vimos anteriormente, é a mudança no *setting* psicanalítico. Mas algo fica cada vez mais claro: o quanto o *setting* interno de psicanalistas contou muito para que a análise pudesse continuar, mesmo com as dificuldades apresentadas. Notamos com o passar do tempo, enquanto a pandemia ainda não dava notícias de um fim, o quanto a prática remota foi sendo aperfeiçoada, pensada com cautela, e alguns/mas psicanalistas foram se dando conta que ela era possível, enquanto outros/as não conseguiam de fato se adaptar à situação.

A partir do que temos discutido, nos damos conta do quanto a clínica psicanalítica de fato foi se modificando no momento da pandemia, como uma necessidade, pois não havia outra forma de continuar um processo analítico naquele momento, a não ser que paciente e psicanalista decidissem por pausar as sessões. Como fomos discutindo ao longo do capítulo, a pandemia foi um evento mundial que produziu efeitos diversos nas pessoas, inclusive efeitos traumáticos para algumas delas. Nessa perspectiva, a possibilidade de manter as análises remotas era uma maneira de ter mais recursos para lidar com as dificuldades do momento.

Com o passar desses três anos (2020 a 2023 – data de escrita dessa parte da tese), chegamos em um contexto completamente diferente da pandemia, tanto que no dia 05 de maio de 2023 foi declarado o fim da emergência de saúde pública no mundo, com relação ao Coronavírus. Isso quer dizer que a doença Covid-19 não acabou, mas o *status* de pandemia mundial deixou de existir. Nesse tempo, como vimos no tópico anterior, as vacinas foram desenvolvidas em tempo recorde e uma grande parcela da população começou a se imunizar com as doses necessárias para conter o vírus e diminuir a disseminação da doença. Atualmente os casos são raros, apesar de ainda existirem, e as estatísticas demonstram que os casos mais graves acabam acontecendo em pessoas que infelizmente se recusaram a tomar as vacinas.

Entre as etapas iniciais da pandemia, o seu auge e agora com a sua diminuição, a clínica psicanalítica de fato precisou se reestruturar. Como vimos, psicanalistas e pacientes foram os/as grandes autores/as dessas mudanças. Cabe ressaltar que mesmo quando as necessidades de isolamento social terminaram, com o abrandamento da pandemia, muitas pessoas decidiram continuar com as suas sessões *on-line*. Diversos fatores contribuíram para isso, mas dentre eles citamos: distâncias, mobilidade, tempo, e porque perceberam que tinham ganhos, como os acima mencionados, nessa forma *on-line*. Certamente isso foi possível porque psicanalistas também se abriram a essa modalidade com o passar do tempo.

Para finalizar esse capítulo, é preciso considerar que o *setting* foi abalado, afinal, era uma estrutura consolidada e com mínimas possibilidades de mudança no dia a dia, mas os efeitos catastróficos de uma pandemia modificaram a sua invariância e isso trouxe abalos, tanto na teoria como na técnica psicanalítica, aspectos que precisaram e precisam ser pensados e estudados, como os dois pontos discutidos por Lichtenstein (2021) e Wolson (2021), que darão aberturas para posteriores discussões em nossa tese. O primeiro apresenta que o “circuito foi quebrado” (p. 107, tradução nossa) e que a lógica necessita ser revista, sendo necessário, o quanto antes, “estudar o que mudou, o que se perdeu e o que foi adicionado” (p. 107, tradução nossa). Pensamos que nossa investigação possa colaborar nessa direção, quando, a partir das entrevistas que discutiremos mais a frente, teremos mais elementos para pensar essas questões e, talvez, o que de novo pode ser construído com tudo isso. Quanto ao segundo autor, Wolson (2021) advertiu que o *holding*, conceito winnicottiano, seria algo que se perdeu no *cyber* espaço, e isso nos chamou a atenção: será mesmo que esse conceito tão importante acaba sendo perdido pelos atendimentos remotos? Dessa forma, deixamos o espaço aberto para que posteriormente possamos aprofundar essas discussões, principalmente a partir dos dados obtidos ao longo desta pesquisa.

CAPÍTULO 3

O método: em busca de um percurso necessário

3.1 A pesquisa em psicanálise com o método psicanalítico

Pensar na construção de uma pesquisa científica no campo psicanalítico, em alguns pontos se torna algo delicado, uma vez que o saber científico da ciência clássica exigia racionalidade, objetividade, verdades absolutas e a possibilidade de replicação de seus constructos. Com a passagem para a ciência moderna, como discutem Tavares e Hashimoto (2013), mudanças paradigmáticas acontecem e há um rompimento com a ideia de racionalidade positivista. Acontece que na ciência clássica, o modelo estava pautado em verdades universais e naturais, que permitiam o estabelecimento de leis gerais. Com o advento da ciência moderna, temos que

A partir desse novo modelo científico aponta-se para uma concepção de natureza em que o próprio homem está situado no interior deste mundo que ele mesmo tenta compreender, de maneira que não se trata mais de um mundo cuja natureza está pré-determinada para sempre e onde a função dos homens seria apenas revelá-la (Tavares & Hashimoto, 2013, p. 167).

Nessa passagem da ciência clássica para a moderna, o novo modelo científico propunha que, além do ser humano como produtor de conhecimento sobre o mundo (sujeito), ele também é objeto, rompendo-se uma dicotomia, considerando-se que todo saber construído passaria pelo próprio pesquisador e por suas vivências. Romper com a dicotomia clássica e construir uma nova forma de entender o saber científico acabou sendo um dos desafios de Sigmund Freud que, ao criar a psicanálise, a apresentou como um modo de investigação transgressor aos moldes de época, uma vez que era um procedimento de investigação de processos inconscientes; um procedimento terapêutico; e um conjunto de conhecimentos em expansão e formulação (Freud, 1923/2011a). Em outras palavras, temos uma proposta de investigação científica que se consolidou na contramão da ciência clássica, mas que se demonstrou como um saber possível e em constante construção.

O método psicanalítico foi criado por Freud (1912/2010), a partir de sua escuta clínica e desenvolvimento teórico. O autor apresenta que, para utilizar este método, o/a psicanalista precisa se atentar a dois movimentos importantes, a saber, a associação livre do/a paciente e a atenção uniformemente suspensa por parte do/a analista. Na conjunção desses aspectos, psicanalista e paciente poderiam encontrar caminhos de escuta do inconsciente. Notamos aqui que se trata de um método clínico, oriundo do atendimento no auxílio em relação aos sintomas e problemáticas que o/a paciente pode estar passando. Mas a grande sacada do autor é que ele também pode ser caracterizado como um método de investigação que extrapola a clínica *stricto sensu* (Herrmann, 2015; Mezan, 1999). De acordo com Tavares e Hashimoto (2013, p. 171), “ao empregar o método da associação livre Freud rompe com o determinismo lógico da racionalidade científica de sua época, abrindo as portas da subjetividade e da implicação do próprio sujeito no possível desvelamento de suas causas psíquicas”.

A pesquisa com o método psicanalítico trabalha com a “impossibilidade de previsão do inconsciente” (Irribary, 2003, p. 117) e, dessa forma, uma sistematização completa dos resultados não pode ser exigida. Nesse âmbito, o/a pesquisador precisa entender que seus resultados não irão trazer uma generalização, mas poderão ser base para que outros membros da área psicanalítica possam ter uma noção do que o/a pesquisador encontrou e que aquilo pode impactar tanto a teoria quanto a técnica.

Na mesma linha, Tavares e Hashimoto (2013) ressaltam que esse tipo de pesquisa é atravessado pela subjetividade do/a pesquisador(a)/psicanalista. Isso faz sair de uma ilusão de neutralidade ao romper com o saber científico clássico e traz uma forma criativa de se pensar a construção de saberes e sentidos em uma pesquisa.

Com a psicanálise, se abre uma nova forma de entendimento, ou seja, um modo singular de pesquisar o sujeito a partir de sua história e de sua relação com a subjetividade de seu/sua analista, sendo, portanto, impossível se falar de generalização e replicação. Tendo isto

em vista, Tavares e Hashimoto (2013) afirmam que não é pelo fato de não poder replicar a experiência que ela se torna inválida ou errada.

A abertura ao novo e ao inesperado, a surpresa de determinados resultados e descaminhos no transcorrer do emprego de uma determinada metodologia, em suma, isto não necessariamente enfraquece o valor de um processo investigativo, mas ao contrário, o possibilita estar em condições de considerar as possibilidades que se insinuam por entre a busca cega pelas certezas frias (Tavares & Hashimoto, 2013, p. 169).

O que se percebe, de acordo com Figueiredo e Minerbo (2006), é que ao se utilizar do método psicanalítico em uma pesquisa, as distâncias entre pesquisador/a, referencial teórico e objeto diminuem e se entrelaçam num corpo a corpo, ou melhor, inconsciente a inconsciente, no qual, ao final, ambos sairão diferentes de como entraram.

Nesse âmbito, Mezan (1999) se questiona sobre quais seriam os critérios para avaliar a qualidade de uma pesquisa em psicanálise com o método psicanalítico, e responde à indagação dizendo que uma investigação psicanalítica é do tipo qualitativo, trabalhando com profundidade e com a especificidade de cada caso.

É o mergulho na sua singularidade que permite extrair dele tanto o que lhe pertence com exclusividade quanto o que compartilha com outros do mesmo tipo: por isso, o caso ganha um valor que se pode chamar exemplar. Uma boa pesquisa em Psicanálise, portanto, deve evidenciar estes dois planos, o da especificidade e o da generalidade. Este é o primeiro critério a ser considerado, independentemente do material que serve de base à investigação (Mezan, 1999, p. 22).

Uma distinção se faz importante nesse momento entre pesquisa teórica sobre psicanálise e pesquisa *em* psicanálise. Para Tavares e Hashimoto (2013), a primeira pesquisa seria feita por qualquer estudioso/a que se interesse pela psicanálise, que queira estudar e discutir aspectos teóricos do saber; já a segunda, a pesquisa *em* psicanálise, seria quando o/a pesquisador/a também seria psicanalista, portanto, habilitado/a no uso do método psicanalítico. Com isso em vista, nossa pesquisa é caracterizada como uma pesquisa *em* psicanálise, uma vez que somos pesquisador e psicanalista, utilizando do método psicanalítico no processo investigativo.

É preciso considerar que uma pesquisa com o método psicanalítico não se dá sem afetos, sem alguma mobilização, sem um atravessamento que aconteça no/a próprio/a psicanalista/pesquisador(a). Assim como em uma sessão de análise que o/a psicanalista escuta o/a paciente e, a partir disso, propõe intervenções e pensa em seu manejo, uma pesquisa com esse método também se dá dessa forma. Ou seja, o/a psicanalista/pesquisador(a) escuta algo e a partir do que lhe chama atenção, do que lhe toca e lhe faz questão, um campo de investigação se abre. “Não há como fugir da compreensão de que o produto de uma pesquisa é, antes de tudo, o que nasce do encontro dos corpos e das psiques do/a pesquisador/a e do objeto pesquisado” (Donard, 2022, p. 51). Gerhardt e Silveira (2009) acrescentam que o pesquisador(a)/psicanalista é ao mesmo tempo sujeito e objeto da pesquisa, o que faz com que o desenvolvimento dela possa ser imprevisível, mas capaz de produzir novos caminhos e possíveis interpretações do fenômeno estudado.

O/a pesquisador/a é o/a primeiro/a a fazer parte da pesquisa, uma vez que ele/ela, antes de qualquer um/a, está intimamente ligado ao que almeja estudar. Isto o/a coloca em uma posição importante na construção dos resultados, tanto que Irribary (2003) adverte ser um absurdo não admitir a implicação do/a pesquisador/a, uma vez que “é pelo punho dele que uma contribuição conceitual vai se organizar” (p. 122). Por essa compreensão, os/as pesquisadores/as psicanalistas devem se deixar “afetar pelo que está à sua frente” (Ribeiro, Flores & Ramos, 2022, p. 35) e enfrentar os impactos que poderão emergir do encontro, deixando-se muitas vezes à deriva, como um barco sem rumo pré-estabelecido, mas atento a encontrar algum lugar que dê pé para uma expansão compreensiva, trazendo novos sentidos e transformações nos conhecimentos que foram sendo acumulados até então, sem deixar de lado a sua persistência, os cuidados éticos e estudos pertinentes (Naffah Neto, 2006; Ribeiro, Flores & Ramos, 2022).

Naffah Neto (2006) dá a esse tipo de pesquisa o nome de “pesquisa-escuta” (p. 280), ou seja, uma forma de pesquisar em que o/a pesquisador/a se deixa ser impregnado pelo que vem das respostas do/a entrevistado/a, por exemplo, de modo a ser afetado/a. Isso nos faz perceber uma forma de pesquisa sem uma atenção seletiva em algo específico, mas de fato a uma escuta aberta e ampla. Para este autor, essa impregnação pode ser tanto corporal quanto espiritual/emocional, e que após a análise desse encontro teremos a possibilidade de formular um novo conhecimento.

Ribeiro, Flores e Ramos (2022) nos advertem que “os dispositivos que regulam a consistência de uma pesquisa são, na realidade, múltiplas vozes, internas e externas, evocadas e esquecidas pelo pesquisador-psicanalista” (p. 46). Ou seja, para estes autores, a pesquisa com o método psicanalítico se dá no campo intersubjetivo e é comparada a um mosaico com seus vértices e pontos de observação, que vão construindo determinadas figuras em um tempo limitado. Esse ponto é importante, uma vez que, por se tratar de uma pesquisa, ela tem um tempo limitado para acontecer e, diante desse tempo, o método e os procedimentos precisam seguir uma determinada lógica e uma certa padronização.

Ao nos utilizarmos do método psicanalítico, portanto, nos apropriamos do método freudiano. Contudo, como afirma Irribary (2003), essa apropriação nos leva a partir de nossa prática a descobrir nosso próprio método, que obviamente será filiado ao primeiro, mas que será singularizado pelo modo como realizaremos as entrevistas e as posteriores análises, como é o nosso caso.

Assim sendo, ao realizar uma investigação, como essa que nos propomos, tivemos o cuidado de não apenas citar teorias ou validar o encontrado com a prática, como salienta Irribary (2003), mas levantamos um problema no campo da psicanálise e buscamos construir uma contribuição que não estivesse somente ligada a uma confirmação do que a teoria nos

diz. Como apresenta o autor, “o pesquisador psicanalítico está engajado em um processo de descoberta, de revelação ou mesmo renovação de seu campo” (p. 123).

3.2. Os procedimentos da pesquisa

Para Toassi e Petry (2021), uma pesquisa qualitativa tem como objetivo principal procurar respostas para questões que não são traduzíveis em quantidades numéricas, uma vez que seu material principal de análise se trata da linguagem e da forma como uma pessoa lida com determinada situação em seu meio. Conforme os mesmos autores, busca-se a partir de um determinado fenômeno social em que o indivíduo está inserido, compreender suas vivências, para uma posterior análise a partir de uma teoria proposta pelo pesquisador. Ainda de acordo com estes autores, um ponto importante é que essa pesquisa se propõe a acontecer em um ambiente “natural”, que seja tranquilo ao/a pesquisador/a e ao/à pesquisado/a, não sendo necessário um ambiente experimental e artificial.

Thiry-Cherques (2009) apresenta que, em pesquisas de cunho qualitativo e não-probabilísticas, como no nosso caso, “os indivíduos são selecionados de acordo com critérios julgados relevantes para um objeto particular de investigação” (p. 22), indicando duas formas de seleção: a acidental, ou por conveniência, “em que os sujeitos são os que se podem acessar e os dados são os possíveis de se obterem” (p. 22); e a seleção intencional, ou por julgamento, “em que os sujeitos-tipo são selecionados por representarem as características relevantes da população de estudo” (p. 22). Com base nisso, a escolha dos/as profissionais que participaram de nossa pesquisa foi a seleção intencional. Portanto, foram selecionados/as seis psicanalistas a partir de alguns critérios, a saber: que estivessem fazendo análise e supervisão; com o tempo de atuação profissional acima de 5 anos em consultório particular, atendendo crianças, adolescentes ou adultos; tendo vivenciado o momento de transição e as discussões que

envolviam as possíveis mudanças dos atendimentos presenciais para os remotos durante a pandemia.

O contato com os/as participantes se deu a partir de duas formas: 1) contato com um/a psicanalista publicamente conhecido/a e, a partir desse primeiro contato, solicitamos indicações de profissionais que poderiam aceitar participar da pesquisa; 2) através de *e-mails* e/ou telefones que são disponibilizados para acesso público em três instituições de formação, ensino e transmissão da Psicanálise (a Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo³; o Instituto Sedes Sapientiae⁴ e o Instituto Brasileiro de Psicanálise Winnicottiana)⁵. A partir do *e-mail* procedemos o convite aos/às psicanalistas para participar da pesquisa, explicando o objetivo e esclarecendo dúvidas que porventura surgissem. Em caso de aceitação, marcamos o dia e horário possível para a realização da entrevista, o envio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), bem como nos colocamos a disposição para esclarecer quaisquer dúvidas que pudessem surgir. Não delimitamos uma faixa de idade e orientação sexual, uma vez que nos propusemos a entender as possíveis mudanças que cada um pode ter passado, independente dessas variáveis.

O número de participantes (seis) também foi definido de modo intencional, pois inicialmente prevíamos utilizar o critério de saturação, conforme propõe Thiry-Cherques (2009) para a definição da amostra, o que poderia determinar uma quantidade maior. Contudo, por sugestão da banca do Exame de Qualificação, por entenderem que em uma pesquisa com o método psicanalítico esse critério não é necessário, podendo-se definir o número de participantes que for conveniente à especificidade da investigação, julgamos que seis seria um número suficiente de entrevistados/as. Essa escolha se deu em função de que fomos fazendo as entrevistas e o contato progressivo com o material nos foi mostrando que tínhamos um *corpus* de dados que nos parecia suficiente aos nossos propósitos.

³ <https://www.sbbsp.org.br/membros-e-filiados/>

⁴ <http://www.sedes.org.br/Departamentos/Psicanalise/index.php?mpg=13.00.00&leta=A>

⁵ <https://ibpw.org.br/filiados/>

Nossa pesquisa foi enviada à Plataforma Brasil e passou pela avaliação do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, da Universidade Estadual de Maringá, o qual foi favorável à sua realização. Após a aprovação, obtivemos o Certificado de Apreciação de Apresentação Ética (CAAE) de nº 60693422.7.0000.0104.

Para operacionalizar o desenvolvimento de nossa investigação, utilizamos do recurso de entrevistas semiestruturadas, tendo um roteiro com questões disparadoras (Ramos, 1994). Com o intuito de abrir o caminho para o assunto que desejamos abordar, adotamos o uso de perguntas disparadoras, como uma tentativa de abrir o campo dos/as colaboradores/as a seguir pela associação livre e a atenção flutuante do pesquisador. Nesse mergulho ao tema proposto, enquanto dupla pesquisador e colaborador/a, buscamos encontros no campo do discurso, propiciando o estabelecimento da construção de um saber compartilhado, nessa troca de saberes conscientes e inconscientes.

Cordeiro (2022), Costa e Poli (2006) e Rosa e Domingues (2010), ao apresentarem a utilização da entrevista em uma pesquisa com o método psicanalítico, indicam a transferência como um conceito importante. Segundo Costa e Poli (2006), a transferência é uma pré-condição para que a pesquisa aconteça, existindo a necessidade da construção de um campo relacional entre entrevistado/a e entrevistador/a, criando as condições possíveis à emergência do que vem do inconsciente, pois este é o “insabido” (p. 17), que precisa se constituir em um conhecimento através de uma relação possível, graças ao espaço transferencial. Nesse ponto, temos que a transferência é um conceito em comum entre a clínica e a pesquisa com o método psicanalítico, onde “a diferença entre essas duas situações está no manejo da transferência: enquanto no tratamento a transferência deve ser diluída, na situação de pesquisa deve ser instrumentalizada para produção do texto metapsicológico” (Rosa & Domingues, 2010, p. 185).

Em consonância, Cordeiro (2022) destaca que, com o método psicanalítico, o/a pesquisador/a transita entre dois lados: “de um lado, se aproxima do objeto de estudo, deixando-se impregnar por suas questões, e, de outro, ocupa a posição de observador, mantendo a distância necessária para descrever e analisar os acontecimentos de maneira objetiva” (p. 142). O que temos é um/a pesquisador/a que se debruça em seu objeto de estudo e é impregnado/a pelos conteúdos que, com o passar do tempo, vão sendo decantados e misturados com os conteúdos do/a investigador/a, que culmina numa elaboração, possibilitando a construção de novos saberes. É importante ressaltar o quanto a inquietação do/a próprio/a pesquisador/a entra em jogo nesse mergulho em direção ao desconhecido.

As entrevistas aconteceram nas modalidades: a) presencial, para entrevistados/as locais, ou de outras cidades às quais o pesquisador conseguiu se deslocar para a realização do encontro, sendo a entrevista em local previamente combinado; e b) *on-line*, através da plataforma de comunicação Google *Meet*, para aqueles/as profissionais residentes em cidades distantes, inclusive fora do país. Em ambas as modalidades, os/as convidados/as assinaram o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE) – conforme anexo A. Quando presencial, a assinatura do TCLE se deu no momento da entrevista; quando *on-line*, este Termo foi enviado por e-mail ao/à entrevistado/a, que assinou e devolveu também via e-mail para ser arquivado junto ao material da pesquisa.

Cada entrevista foi realizada em um encontro, em que inicialmente demos explicações sobre a pesquisa, apresentamos o termo de compromisso, os cuidados éticos e o sigilo, e realizamos a entrevista semiestruturada, pela qual tratamos de questões que nortearam a vida do/a psicanalista em relação aos seus atendimentos durante pandemia.

As entrevistas foram gravadas em áudio, com a autorização do/a entrevistado/a, e posteriormente transcritas⁶ para que esse material servisse de suporte para o processo de

⁶ No processo de transcrição mantivemos exatamente como o/a entrevistado/a falou, inclusive os erros de linguagem, pausas, etc.

análise pretendido com a pesquisa. Na análise, além das transcrições, foram consideradas as vivências, as observações e anotações, acontecidas durante a realização das entrevistas, considerando os fenômenos relacionais. Destacamos também que esses áudios e transcrições serão guardados por 5 anos, levando em consideração a Resolução do CFP nº 001/2009, e posteriormente serão eliminados.

Para essa fase, conforme a metodologia apresentada para esse trabalho, nos utilizamos da entrevista semiestruturada que, por suas características, embora centrada em um tema, propicia uma liberdade de respostas, o que gera a possibilidade de exploração mais ampla (Lakatos & Marconi, 2012), inclusive também porque novas questões podem ser inseridas no momento da entrevista, caso sejam necessárias em função de especificidades do momento desse encontro. Para tanto, elencamos aqui algumas perguntas disparadoras (vide Anexo B), sendo elas:

1. Como foi quando você se defrontou com a pandemia do novo Coronavírus?
2. Você já fazia atendimentos *on-line* antes da pandemia?
3. Quais cuidados iniciais você teve de tomar em relação aos seus atendimentos?
4. Como foi a passagem dos atendimentos presenciais aos remotos?
5. Você sentiu alguma mudança na sua escuta nos atendimentos remotos?
6. Nesse tempo de atendimento remoto, como você lidou com suas questões emocionais, relacionadas ou não com essa mudança?
7. Comente sobre o *setting* interno, considerando sua experiência antes e durante a pandemia.

Definidas as questões disparadoras para nortear a entrevista, partimos do pressuposto que, ao trabalharmos com o método psicanalítico, estamos abertos às infinitas possibilidades associativas que o/a entrevistado/a possa fazer a partir delas, bem como também pudemos nos abrir para novas questões e associações que se fizeram necessárias.

3.3 O ensaio metapsicológico na “entre vista” do pesquisador

Ao nos depararmos com o momento da análise das entrevistas, nos fez pensar no que teria a mais, o que poderia estar latente nelas, além do que fora manifesto pelos/as psicanalistas entrevistados/as e no que estaria na “entre vista” do pesquisador, o que poderia estar além do seu campo de visão/escuta e que auxiliaria na construção de nossa tese. Dessa forma, a partir da leitura e transferência com as entrevistas, o pesquisador deu abertura à construção de um texto narrativo que posteriormente foi analisado sob uma vertente psicanalítica de D. W. Winnicott.

Iribarry (2003) traz algumas considerações importantes que nos levam a perceber que, após as entrevistas, não fizemos “apenas uma leitura simples dos dados” (p. 126), mas essa leitura passou por alguns mecanismos importantes que envolveram a vida do pesquisador/psicanalista, a saber: a escuta, a transferência e a contratransferência. Isso nos colocou diante de uma situação de suma importância, e que faz a pesquisa em psicanálise ser tão única, ou seja, a influência do inconsciente do pesquisador.

Para Iribarry (2003), é necessário o desenvolvimento de uma “leitura-escuta” (p. 127), pela qual o pesquisador precisará ir além do que foi exposto nas entrevistas, ele precisará estar atento àquilo que lhe é evocado a partir delas também, o que aqui demos o nome de “entre vista”. Após isso, o pesquisador se tornou um escritor, e tudo o que ele escutou e as impressões transferenciais que percebeu durante a entrevista foram contornados em linhas que deram espaço a um texto narrativo. Nas palavras de Iribarry (2003), “quando o pesquisador psicanalítico converte seu dado em texto é guiado pela transferência instrumentalizada e pela leitura dirigida pela escuta, incluindo também suas implicações subjetivas, o objetivo é compor o ensaio metapsicológico” (p. 128).

O ensaio metapsicológico é caracterizado pela experiência que o pesquisador/psicanalista vai desenvolver a partir de suas entrevistas; das emoções ali suscitadas; do que ele irá encontrar nas respostas do/a colaborador/a; e na possibilidade de ele associar livremente, se deixar ser invadido pelas suas próprias questões inconscientes. Após isso, o ensaio começa a ser escrito e, no formato de texto, dará base para o desenvolvimento da transferência e identificações com os conteúdos apresentados. Vale destacar que, pelos resultados da entrevista, inicialmente tivemos conteúdos manifestos. Mas com a leitura-escuta e a escrita, pudemos entrar em contato com o que chamamos de “entre vista” do pesquisador, como dito acima; entramos em contato com os conteúdos latentes, buscando maior profundidade

Tavares e Hashimoto (2013) também discutem o ensaio metapsicológico, advertindo que a criação dele acontece através de abstrações e que o manejo com a técnica e teoria psicanalíticas auxiliam nessa produção. Os autores partem do pressuposto de que a Psicanálise vai se (re)inventando a cada caso, e isso fez parte de nosso método, em que a cada entrevista é possível se defrontar com algo que nos possibilite criar. A partir disso, é importante mencionar que essa construção criativa sai da mente do pesquisador/psicanalista, com os encontros com os/as colaboradores/as, com a leitura da transcrição das entrevistas e ainda o que resulta disso, de acordo com o que Tavares e Hashimoto (2013) apresentaram, como um “entrelaçamento necessário da subjetividade com a objetividade” (p. 174). Nas palavras desses autores,

Um ensaio ou texto metapsicológico, se faz necessário ao pesquisador a objetividade almejada por meio do entendimento profundo acerca das delimitações conceituais, mas também, a capacidade de fazer-se sensível e atento às próprias determinações subjetivas disparadas pelo seu contato com o objeto, ou seja, o diálogo que estabelece consigo mesmo e com o Outro de si proporcionado a partir de seu contato humano, demasiadamente humano, com o seu objeto de pesquisa (Tavares & Hashimoto, 2013, p. 174).

Importante destacar que um novo conhecimento surge a partir dessa subjetividade do pesquisador/psicanalista e outro ponto também se torna ímpar para o ensaio metapsicológico,

que seria a transgressão construtiva; ou seja, não algo da ordem da desobediência, mas no sentido de questionar questões teóricas que possam ser revistas, sendo essa transgressão que dá lugar à produção de algo novo (Tavares & Hashimoto, 2013).

Nossa investigação, ao utilizar de entrevistas, pretendeu que a partir destas pudessem ser construídos dados que possibilitassem pensar o nosso objeto de investigação, de modo a que algo novo pudesse surgir, contribuindo com o campo psicanalítico. E isso nos leva ao que Iribarry (2003) chama de *Erfahrung*.

A *Erfahrung* é a experiência que decorre do contato do pesquisador com os participantes de sua investigação e com os dados coletados. Ao realizar sua investigação, o pesquisador psicanalítico está modificado por uma experiência que começou com o estabelecimento de um problema de pesquisa, com a escolha de uma estratégia para abordá-lo, e que irá culminar com a construção do ensaio metapsicológico (p. 129).

Assim, entendemos que para nossa pesquisa, a partir das entrevistas, fizemos a construção dos ensaios através da “leitura dirigida pela escuta e a transferência instrumentalizada”, conforme Iribarry (2003, p. 129). Isso significa que buscamos encontrar contribuições singulares, mas sem deixar de buscar na literatura impressões que pudessem auxiliar-nos diante de nosso problema de pesquisa.

Através das estratégias discutidas em relação à construção de um ensaio metapsicológico, a partir de nossas entrevistas, temos um material rico em conteúdo, vivências e expressões do inconsciente quanto ao tema investigado. Ao falar do método psicanalítico, Herrmann (2015) comenta que ele trabalha com as palavras, sendo estas muitas vezes traiçoeiras, e que a partir de nossa fala, podemos dizer muito mais do que pensamos, entrando aí o trabalho interpretativo do pesquisador/psicanalista. A diferença em relação a uma sessão de psicanálise é que na pesquisa a interpretação se dará em momento posterior ao contato com o/a entrevistado/a, na análise do material e na escrita, centrada no tema e não na personalidade do/a participante. Contudo, ainda segundo o autor acima citado, ela não deixa de ser um tipo de intervenção que poderá promover uma ruptura de campo, uma vez que, com

a interpretação, novos caminhos e significações poderão se abrir ao/à pesquisador/a, auxiliando na construção de novos aspectos que envolvem a psicanálise em si.

Finalizamos esse capítulo deixando claro que os ensaios metapsicológicos construídos a partir das entrevistas não tiveram como pretensão trazer objetividade ao saber psicanalítico. Nas palavras de Iribarry (2003), “não interessa a verificação da tese defendida pela eficácia e repetição de sua comprovação” (p. 130); muito pelo contrário. Como já discutido, nossa intenção é trazer o singular e o que é criativo que pôde surgir desse encontro entre psicanalista/pesquisador com psicanalista/entrevistado/a, num encontro entre inconscientes, encontro de emoções e que pode levar a novas construções no campo psicanalítico.

CAPÍTULO 4

Ensaio Metapsicológicos: a Psicanálise na “entre vista” do pesquisador/psicanalista

Conforme discutimos no capítulo do método, nossas entrevistas foram analisadas a partir da transferência e das associações que surgiram no pesquisador através da leitura e escuta das mesmas, o que possibilitou a criação dos ensaios metapsicológicos. Tais ensaios se constituíram na tentativa de construir possibilidades de compreensão acerca do nosso objetivo nesta investigação.

ENSAIO 1 – A armadura de Caroline

Caroline, uma psicanalista com mais de 10 anos de formação, atuando em clínica particular numa grande capital brasileira, aceitou o desafio de falar sobre seus atendimentos e as possíveis mudanças durante a pandemia do Coronavírus em sua escuta clínica. Entendemos que falar sobre essa temática, dois anos após o epicentro pandêmico, não seria uma tarefa fácil. Primeiro, por reviver aquele momento e, segundo, por tentar entender possíveis mudanças na prática e na escuta psicanalítica de Caroline. Esses dois pontos evidenciam o quanto pensar em como lidar com esse assunto se torna necessário, mas ao mesmo tempo, é um tema delicado.

Falar sobre a mudança do presencial ao *on-line*, pelo menos nas palavras de Caroline e na forma de dizê-las, transpareceu inicialmente uma segurança muito grande. Escutá-la falando daquele momento nos fez ter uma sensação de que havia sido fácil a passagem para o remoto. Como se fosse algo muito automático e rápido, existindo alguns parâmetros a serem seguidos, e, seguindo os passos indicados pelo Conselho Federal de Psicologia, bem como os

seus estudos sobre o tema (de acordo com ela, feitos anteriormente à pandemia), já dariam uma base sólida e possível para essa passagem ao *on-line*.

É, e eu já tinha uma noção do atendimento remoto, porque eu estava estudando sobre e inclusive tem uma colega lá da USP, que toda a pesquisa dela foi em torno disso, dessa temática. Então eu já estava meio que sabendo algo sobre.

*No começo eu nem consegui pensar muito onde que um paciente vai fazer isso, pensei só depois. Então no começo a minha preocupação era: bom a gente tem que manter esses atendimentos, porque muitos pacientes tinham casos com peculiaridades que precisavam de um acompanhamento contínuo e se eu não me engano, nós suspendemos por uma semana os atendimentos, e aí nos reorganizamos e fui me reorganizar para receber esses pacientes e continuar no *on-line*.*

Suas maiores dificuldades práticas foram na primeira semana, onde se empenhou para criar um *setting* em sua casa que fosse sigiloso e que proporcionasse segurança para que pudesse atender seus pacientes. Em relação às dificuldades emocionais nesse processo, ela relatou sentir inseguranças e medos, mas que isso foi cuidado a partir de sua análise, de suas supervisões e dos momentos de lazer que se proporcionava em casa, como cantar e ler.

Sabemos que entrar em contato com momentos de tensão e traumáticos, como os gerados pela pandemia, não é uma tarefa simples, ainda mais pela magnitude e pelo caos social que ela ocasionou, bem como também pelo caos interno em algumas pessoas. Olhar para os traumas, pensar sobre eles e através da fala revivê-los, pode ocasionar ansiedade e o desenvolvimento de alguns recursos para lidar com isso.

Até aqui temos uma descrição muito manifesta e objetiva do que Caroline falou em sua entrevista. Ao abordar como foi esse momento, ela nos deu uma sensação de segurança e objetividade, tanto no manejo com sua clínica, como com as suas emoções. Parecia ter criado um *setting* muito cuidadoso e amparado na teoria, o que nos deu a brecha para pensar na intelectualização que fez para poder lidar com as emoções que poderiam surgir naquele momento, como por exemplo, as por ela citadas: insegurança e medo. Nos cabe questionar: como alguém com inseguranças e medos teria feito essa passagem de forma tão rápida, simples e segura? Talvez a forma como ela utilizou as palavras e se expressou nos tenham

dado essa impressão; talvez ela quisesse apresentar isso de forma segura para mostrar que era uma boa psicanalista e que havia conseguido passar por aquele momento de forma tranquila. Ou ainda, outro ponto pensado por nós é que passaram dois anos desde o início da pandemia e a sua entrevista. Essa passagem do tempo pode ter influenciado em suas respostas, como se, ao tentar relembrar de seus medos e inseguranças daquele momento, isso despertasse algum nível de ansiedade, e a maneira de lidar com isso seria abrandando, ou até mesmo esquecendo certos momentos. O que propomos aqui é que, ao demonstrar essa passagem de modo um pouco simples e mecânico, pelo menos em sua fala, ela possa ter feito isso como um meio de se proteger de seu sofrimento e do como foi para ela lidar com as mudanças naquele momento.

Proteger-se durante a pandemia e no período posterior, ao se lembrar ou esquecer de como foi parece ser um modo de poder seguir adiante, de conseguir dar conta daquilo que foi vivido, como o desamparo, por exemplo. Ao falar do desamparo, queremos abordar a ideia de que a pandemia trouxe algo novo e mortífero para todos, fazendo com que cada um tivesse que lidar com a situação em conjunto com as demais pessoas, mas também sozinhos com o que aconteceu e foi mobilizado naquele momento. O que queremos dizer é que tivemos uma experiência social e singular, que ocasionou formas diferentes de lidar, a partir da criação de recursos psíquicos.

Como dito anteriormente, lidar de modo intelectualizado e seguindo os passos do que já conhecia para realizar os atendimentos *on-line*, foi uma das maneiras utilizada por Caroline. Contudo, outra forma de lidar com o seu sofrimento parece-nos se evidenciar em momentos em que é questionada sobre suas sensações e sentimentos, onde ela responde superficialmente. Praticamente em todos esses momentos redireciona suas respostas para o manejo e o trato com os seus pacientes. Dizendo de outro modo, ao ser questionada sobre si, sua saída é falar de seu cuidado e preocupação com os outros. Isso nos fez pensar em como

Caroline se abriu para lidar com os medos, as inseguranças e o desamparo, vividos naquele momento. Isso fica evidenciado na seguinte fala quando questionada sobre como havia se sentido; respondendo: *“Como eu me senti? Eu fiquei preocupada se todos os pacientes iriam se adaptar ao on-line, como eu iria fazer isso com segurança”*.

Por um lado, ela parecia deixar seu sofrimento de lado e focar em sua vida profissional, criando um *setting* cuidadoso e acolhedor aos seus pacientes. Focar em seus medos e inseguranças talvez pudesse ser devastador para Caroline. Olhar para o seu desamparo e para a possibilidade de construção de novos recursos psíquicos, talvez fosse caro demais para ela naquele momento. Assim, se apegar ao superficial, ao intelectual e objetivo, tenha sido uma saída possível para si e para sua saúde mental. Dizer que Caroline pode ter se apegado ao superficial e ao intelectual não quer dizer que ela não tenha se aprofundado no trabalho com os seus pacientes na clínica. Parece-nos ao contrário, pois seus relatos são cheios de experiências muito ricas em seus atendimentos clínicos. Um exemplo disso é quando ela relata que nenhum de seus pacientes quis retornar ao atendimento presencial, mesmo depois que isso já era possível, pois tinham criado uma aliança muito boa e a modalidade *on-line* não atrapalhou na relação com os pacientes.

Por outro lado, olhar para o sofrimento de seus pacientes, escutá-los e passar pelo momento da pandemia com eles pareceu ser um trabalho de vida para Caroline. Ao ver o sofrimento dos outros, ela relatou se identificar em alguns momentos, pois também estava passando por situações muito parecidas. Inclusive as suas intervenções se modificaram naquele momento. Ela saiu de um modo mais neutro de lidar com os pacientes, passando a ser mais aberta, no sentido de comentar situações específicas e se colocar como participante do sofrimento social que todos estavam passando.

Acredito que antes eu conseguia manter mais distanciamento. Não que seja melhor ou pior, mas em relação à necessidade do manejo mesmo, não tinha tanta necessidade de aparecer algo que eu estava vivenciando. Como a pandemia foi um tema em comum, até como eu trabalho com o referencial do Winnicott, ele fala muito disso, de como que o terapeuta pode ser um terapeuta ambiente. Que vai fazer essa função de holding, de oferecer esse suporte,

esse apoio, no momento em que o paciente precisa. E as vezes o que ele precisa não é de uma interpretação psicanalítica naquele momento, as vezes ele precisa de holding mesmo, de colo, dessa sustentação.

Ao abordar esse momento em que ela teria ultrapassado uma regra da psicanálise, de manter a neutralidade e de não falar sobre si, Caroline deixou claro que nesses momentos ela entendia que isso não seria algo ruim, em um sentido contratransferencial. Também explicou que o seu aparecer mais nas sessões viria em um sentido empático, de reafirmar a situação, os perigos e os medos que a pandemia ocasionava; que a maioria das pessoas estava passando por aquilo, inclusive ela. Aqui temos sobre a sua intervenção, pensando no manejo com seus pacientes, mas nos faz pensar: qual seria o problema de Caroline apresentar um pouco mais de si? Mostrar sua vulnerabilidade no momento da pandemia para seus pacientes seria um erro? Ou sair da posição de analista? Como vimos era algo complicado para ela, mas ali na entrevista, por que será que se mostrar mais humana e com sofrimentos parecia algo tão difícil? Talvez estar diante do entrevistador, falando sobre a sua prática, possa ter deixado uma parte sua em alerta, para não deixar transparecer nenhum “erro”, nenhuma “falha”, que não necessariamente o seriam, mas que para ela, falar isso e se escutar dizendo algo nesse formato, seria demais. A entrevista pode ter ficado para ela em um possível lugar de julgamento, entre o que é certo e o que é errado. Nesse caso, supomos uma opção em apenas mostrar o “certo”, para não correr o risco de ser julgada ou interpretada de uma forma errônea.

O medo e a insegurança, vividas por Caroline diante da pandemia, dos seus pacientes e posteriormente diante do entrevistador, conjecturamos que a fizeram criar uma armadura para si, para se manter vigilante e correta em suas ações. Sua espontaneidade, apesar de existir e estar em seu manejo, pareceu em muitos momentos ficar reprimida, guardada em si, não se expandindo para fora, fazendo-a manter um formato já conhecido, ou o mais próximo do conhecido. Queremos apontar aqui que, na sua transposição para a clínica *on-line*, ela tentou manter o máximo de elementos neutros, para manter o *setting* o mínimo diferente possível,

como quando afirmou que seu *setting* era uma parede branca. Esse foi um cuidado tomado por Caroline, para que não tivessem muitos estímulos para seus pacientes. A parede branca era o lugar que ela conseguia ofertar a eles, talvez numa tentativa de mostrar que nesse novo lugar poderiam sair muitas histórias e momentos de elaboração. Nesse momento, criar um *setting* em casa, foi a única alternativa de Caroline e da grande maioria dos/as psicanalistas que continuaram atendendo durante a pandemia. Mas em seu caso específico, ficamos pensando no quanto pode ter sido difícil para ela ter que abandonar o seu consultório, onde trabalhava há tantos anos, assim como não ter mais contato presencial com seus pacientes. Tudo isto parece-nos tornar possível conjecturar a possibilidade de um luto vivenciado e talvez não sentido ou pensado. Por isso, usamos a metáfora da armadura para explicar esse momento em que ela foi passando por todas as etapas necessárias para lidar com toda a situação, mas sem demonstrar, pelo menos a nós, na entrevista, o quanto ela entrou em contato de fato com essas mudanças.

A ideia de abordar o luto do consultório e dos atendimentos presenciais nos surgiu a partir do momento em que Caroline afirmou que ela e os seus pacientes não sentiram tanto a mudança, que havia sido muito rápida, que não haviam perdido tanto na qualidade dos atendimentos. Ressaltou ainda que tanto os pacientes quanto ela ganharam com essas mudanças, principalmente com a flexibilidade. Seria possível toda essa mudança não ocasionar perdas? O luto é um processo em que se perde algo ou alguém, onde todo o investimento que era feito vai para algum outro lugar. Entendemos que esse processo precisa ser vivido, experienciado, a fim de ter uma elaboração de um sentimento que pode surgir como, por exemplo, o sofrimento ou até mesmo o desamparo, a solidão.

A pandemia já era um evento catalizador de lutos, tanto no sentido das mortes, como também na diminuição de contato social. Um outro formato de luto, entendido por nós, seria pelo menos naquele momento, relacionado aos atendimentos presenciais. Deixar os

consultórios em março de 2020 e não saber quando retornar, precisava ser elaborado. Entendemos que criar a clínica *on-line* também faz parte do processo de elaboração desse luto, pois ter recursos internos e externos para sustentar esse formato naquele momento, fazia parte de um processo criativo e elaborativo. Entretanto, ao dizer que não havia perdas devido a uma boa aliança com os pacientes, nos pareceu uma outra maneira de lidar com o luto, talvez num movimento psíquico de negação. Não a negação da pandemia e de tudo o que a envolveu, mas no sentido de negar que existiram perdas e que elas precisariam ser pensadas. Pelo modo como Caroline apresentou, deu-nos a impressão que foi muito fácil essa passagem, muito rápida e até mesmo simples. Apesar de ela comentar que tiveram algumas dificuldades, não as abordou, como se precisasse contar mais sobre o que deu certo. Como dissemos anteriormente, falar sobre o difícil e o que possa não ter dado certo não seria algo fácil para ela. Talvez por uma cobrança interna de não errar, ou de não mostrar fraquezas, isso não pôde aparecer em sua fala.

Nessa tentativa de mostrar somente o lado bom dos atendimentos *on-line*, Caroline comentou sobre a dificuldade que os pacientes tinham de chegar em seu consultório, por se tratar de uma cidade grande, podendo demorar mais de uma hora para isso. Com a pandemia e a impossibilidade de sair de suas casas, a flexibilidade possível fez com que o tempo de seus/suas pacientes pudesse ser aproveitado de modo mais eficiente. Entretanto, não foram somente os/as pacientes que ganharam com isso. Caroline também se beneficiou com esse formato, pois ela também demorava em seu deslocamento até o consultório, chegando a comentar que nesse formato ela se sentia mais presente, pois conseguia ter mais flexibilidade de horários. Escutar que no formato *on-line* ela se sentia mais presente nas sessões, ressoou algo em nós, gerando um questionamento: por que será que no novo formato ela se sentia mais presente do que no formato anterior? Seguindo a linha do que ela apresentava, de forma manifesta, podemos entender que essa presença talvez fosse mais possível por ela não precisar

se preocupar com os deslocamentos que precisaria fazer. Entretanto, pensando no que temos percebido de maneira implícita em Caroline, o formato *on-line* pode ter auxiliado, de alguma maneira, na sua manutenção de fazer as coisas certas. Queremos dizer com isso que, por uma demanda social, ela precisou fazer essa mudança, mas que com o tempo, atender de forma *on-line* funcionou para ela, pois além de conseguir a flexibilidade, também conseguiu ter mais abertura em sua escuta, se permitindo sair de um lugar definido, conhecido e neutro com os pacientes, que o presencial propunha. O *on-line* parece ter proporcionado a busca por trilhar um caminho novo, com as respectivas dificuldades e angústias, mas permitindo o uso de recursos criativos e liberdade para Caroline, o que no presencial parecia não ser possível. Tanto que ela mesma relata que algumas intervenções anteriormente ela não faria, mas que, por ser uma pandemia, se abriu para novos manejos com os pacientes.

As dificuldades apresentadas, além da pandemia, auxiliaram na escolha de Caroline de construir uma clínica *on-line*. Ao falar que se sentia mais presente no *on-line*, entendemos que ela demarcou uma escolha e, a partir disso, foi reconstruindo a sua clínica, a sua escuta e a sua relação com os seus pacientes para se adaptar à nova realidade. Assim, tanto os/as pacientes, quanto ela, de fato ganharam com essa mudança, principalmente pela flexibilidade, pelo tempo e, por que não dizer, pela comodidade. Mas cabe ressaltarmos que, apesar dessas mudanças terem o cunho social da pandemia, também tiveram um cunho pessoal, sendo que este último pode ter sido a mola propulsora para que a clínica de Caroline funcionasse bem na modalidade *on-line*.

As discussões feitas até aqui nos auxiliam a supor que Caroline precisou reconfigurar seu *setting* interno durante a pandemia. As necessidades, tanto sociais, quanto particulares, com discutimos acima, nos auxiliam a entender que, para continuar atendendo e escutando seus pacientes, ela necessitou lidar com as pressões externas e internas, passando por mudanças. Concomitantemente às mudanças do *setting* externo, com a construção de sua nova

clínica, agora em casa e *on-line*, ela também teve uma ampliação e uma nova configuração de seu *setting* interno, que pudesse acolher toda a mudança necessária naquele momento e construir a possibilidade da escuta na via remota.

É importante destacar que nem todos/as os/as psicanalistas tiveram essa mesma experiência de atender de forma remota e conseguir se adaptar, fato que discutiremos melhor em um próximo ensaio. Essas diferenças nos ajudam a pensar que existe uma grande influência da mente do/a analista e de seus/as pacientes, e do encontro que eles/elas formam, para que a clínica e a escuta funcionem de forma *on-line*. Com isso queremos dizer que não é algo universal, que nem todos tem a mesma experiência, mas os que se adaptam, não deixam de apresentar algo de sua experiência interna que recai sobre sua prática e escuta clínica durante as mudanças que foram necessárias.

Entretanto, não podemos deixar de discutir o quanto essa passagem precisa ser pensada, elaborada, discutida e desenvolvida, para que não acabe em alguns momentos sendo resistência ao contato presencial e ao que ele pode proporcionar via transferência e contratransferência. Propomos pensar que o atendimento *on-line* tem, sim, suas facilidades, a possibilidade de acesso a mais pessoas, tem o funcionamento e a possibilidade da escuta assim como o presencial. Entretanto, essa mudança precisa ser pensada, sem que seja isso feito de forma rápida e simplista, pois muitas nuances da relação com os/as pacientes podem acabar se perdendo. Ficam algumas questões, pois a pandemia impulsionou os atendimentos desse modo. Mas continuar no modo *on-line*, faz sentido para todos os pacientes? É algo que funciona com todos/as os/as psicanalistas? Pode ser considerado algo universal, que dá certo para todos?

ENSAIO 2 – Mauro e a pandemia em “banho-maria”

Mais de 30 anos de profissão como psicanalista colocam Mauro em um lugar de muito saber teórico e prático sobre a psicanálise. Ao longo desses anos de profissão atendeu muitas pessoas, mas até 2020 nunca tinha imaginado passar pela reformulação que precisou fazer em sua prática. Tanto que, de acordo com ele, no início da expansão da Covid-19 pelos países e até na chegada ao Brasil, ele não estava “*levando tão a sério*”. Ao acompanhar as notícias se colocava a pensar que não deveria ser algo a se preocupar tanto, que seria rápido e logo passaria. Naquele momento de descoberta do vírus e da sua propagação, pelo menos no início e por não entender ainda do que se tratava, Mauro não acreditava na gravidade dos fatos. Pelas suas falas, parecia ser algo tão distante que não chegaria até nós e que não seria algo duradouro ou tão perigoso assim. Sua percepção foi mudando somente quando uma pessoa próxima contraiu o vírus e começou a desenvolver os sintomas. Pensamos na expressão “ver para crer”, para acreditar e entender a força do que a Covid-19 significava. Nesse sentido, Mauro precisou passar pela situação de forma tão próxima e grave, para que realmente pudesse repensar o seu posicionamento, talvez revendo o que conjecturamos ser um possível processo de negação e, com os novos elementos, passou a ver diferente, numa espécie de abertura à concretude da pandemia.

A partir dessas considerações, podemos analisar dois momentos aqui: num primeiro, Mauro poderia ter um total desconhecimento sobre o que seria a pandemia, e não quis pensar sobre. Em um segundo momento, a ideia de pensar que esse desconhecimento seria expressão de sua negação em relação à situação, como se ele fechasse os olhos para algo muito grandioso que estava diante de si. Ao parar de negar, ele pode começar a compreender o desconhecido e entender que se tratava de um momento perigoso e que precisava de precaução e preocupação.

Na situação específica de Mauro, tal como supomos, a adoção de um funcionamento mental de negar a realidade para poder lidar com a situação, nos parece que foi muito comum, considerando esse período de pandemia, tendo em vista que uma situação dessas, pelo menos nessa intensidade e proporção, não havíamos vivenciado ainda. Percebemos no relato de Mauro que, como tudo aconteceu muito rápido, sem tempo para uma preparação, ele e tantos/as outros/as psicanalistas não tiveram tempo suficiente para processar e pensar, pois era necessário agir de acordo com o possível no momento, para sobreviver e continuar trabalhando. Algo importante destacado por Mauro foi que, como havia um não saber sobre a questão da temporalidade da pandemia, ficava uma certa expectativa de que seria pouco tempo. Primeiro seriam 15 dias, depois 1 mês, 3 meses, porém, o tempo foi passando e ninguém poderia imaginar que o ápice seria de aproximadamente 2 anos. Para ele, caso já soubesse que seria assim, e precisasse propor o enquadre adaptado aos/às pacientes por dois anos, imaginou que não saberia como explicar isso e que também não sabia se eles aceitariam esse formato. A transição rápida e pensar que seria por pouco tempo, fazia com que os ajustes pudessem ser mais toleráveis em sua prática. Ao falar sobre essa passagem do tempo, Mauro comentou que “*a história foi cozinhando aos poucos*” e isso nos fez associar com a expressão “banho Maria”, utilizada como forma de cozinhar alimentos devagar, aos poucos, para se ter cuidado com o tempo e com os processos necessários. Lidar com os/as pacientes em “banho Maria”, para Mauro, foi a forma possível que ele teve de continuar escutando e trabalhando durante a pandemia.

Essa ideia também é uma metáfora que podemos pensar no quanto Mauro precisou de tempo para se organizar e pensar de fato no que estava acontecendo. Ir aos poucos nos faz pensar em uma mente que precisa de tempo para metabolizar as ideias, colocar as coisas no devido lugar, evitando mergulhar num estado caótico. Imaginamos que, se não fosse aos poucos, e que as mudanças, principalmente na clínica, acontecessem de forma abrupta,

haveria a possibilidade de uma explosão de sentimentos sem controle, o ápice do desamparo seria algo muito maior, ou até mesmo a possibilidade de rompimento de vínculos, uma vez que a pandemia foi entendida como um fator externo que abalou a estrutura das relações, inclusive as terapêuticas. Em algumas pessoas poderia causar uma cisão no psiquismo, um impacto profundo ao lidar com essa realidade hostil e cheia de perigos estudados pela ciência. Até porque, de um dia para o outro, as pessoas já não podiam ir e vir livremente, a ter acesso aos consultórios de seus/suas analistas se tornou um perigo. O que antes da pandemia, para muitos, era um lugar seguro e de aconchego, passou a ser um lugar que poderia ser prejudicial para a saúde, não pela análise em si, mas pelo perigo de contaminação pelo vírus.

A metáfora nos ajuda a associar com a ideia de que é necessária uma mediação. Vejamos: no “banho Maria”, uma panela maior com água em fervura é a base para uma menor, onde contém os alimentos, que serão cozidos aos poucos para não queimar ou estragar. Essa panela maior nos faz associar com alguém maior e com mais recursos, que consegue segurar e cuidar de um outro menor, que precisa de tempo para desenvolver a metabolização daquilo que contém.

Isso nos leva à função materna e à relação mãe–bebê. Este é um ser que necessita de cuidados, pois a realidade inicialmente é desconhecida e muito hostil para ele. Para conseguir lidar com todos esses não saberes e angústias, uma função materna se faz necessária, para conter, ensinar, nomear, acalmar etc. Isso acontece de diversas maneiras, mas o *holding* é um conceito que cabe bem em nossa discussão, uma vez que esse bebê necessita de uma sustentação e uma mediação para seu desenvolvimento. O *holding* seria a forma como o bebê é segurado e embalado, de ser contido, trazendo uma sensação de conforto e segurança.

Portanto, “cozinhar aos poucos, deixar em banho Maria” nos faz associar simbolicamente com os cuidados iniciais com um bebê, tão necessários à sua constituição. A alimentação é dada à criança aos poucos. Primeiro o bebê tem acesso ao leite materno ou

algum equivalente, que cria uma sensação de saciedade e livramento de desconfortos. Com o tempo, essa alimentação, que é para a nutrição, acaba tendo um novo contorno, que é pelo prazer, lembrando aqui o que Freud chamou de *chuchar*, sendo o momento em que o bebê não está se alimentando, mas está ali tendo um momento de prazer com o seio, ou com o equivalente, que seja prazeroso para ele. Esse aspecto prazeroso, além da função de nutrição, também tem a função de acalmar, de acolher e fazer o bebê sair do desconforto e ter um pouco de calma. Quando esse objeto (seio materno, mamadeira, chupeta) é retirado do bebê, em alguns momentos ele tende a alucinar que aquilo ainda está ali e, por alguns instantes, a sensação de calma e tranquilidade pode ser sentida ou criada pela memória inicial do bebê. Com o tempo, essa espécie de alucinação que o objeto está ali passa e a necessidade fisiológica toma conta, reaparecendo o choro por fome ou algum outro desconforto. Com isso, o adulto cuidador aparece para auxiliar o bebê.

Toda essa teorização nos fez conjecturar o quanto, ao manter os/as pacientes em “banho Maria” e a si mesmo nessa posição, Mauro parece recriar uma forma de *chuchar* com os/as seus/suas pacientes. Podemos considerar que, ao falar que seria por pouco tempo, ele negava o fato de que poderia demorar, criando esperança de que o presencial/prazer logo voltaria, e precisariam esperar só mais um pouco, aguentar só mais um pouco a angústia. O que estamos propondo é que os atendimentos *on-line* podem ter ocupado a função de esperança, do *chuchar* infantil, da alucinação pela espera do objeto amado que retornaria, ou seja, que logo os atendimentos presenciais, os reencontros e uma vida sem o medo da pandemia pudesse retornar.

Nessa situação, podemos supor que Mauro teve uma função muito importante com seus/suas pacientes, uma vez que, por mais que não estivesse preparado e tivesse feito a mudança muito rapidamente, ele teve um funcionamento parecido ao de uma mãe suficientemente boa, tendo assim seu papel de analista suficientemente bom exercido naquele

momento. Essa relação é feita por nós, a partir do momento em que Mauro começa a nos dizer como ele fez a passagem dos atendimentos presenciais aos remotos. Por uma experiência anterior à pandemia, ele tinha entendido que atender sem o vídeo era algo que fazia muito sentido para ele, pois se sentia melhor e mais livre. Com isso, tentava negociar com os/as seus/suas pacientes que fizessem atendimentos somente pelo áudio. De acordo com ele, a grande maioria aceitou os atendimentos nessa condição, considerando que funcionou muito bem em sua prática. Mas, aqui, não podemos deixar de pensar no como é interessante essa forma de atendimento, uma vez que, por um lado, ele dá a explicação dessa utilização, pensando em pacientes que já utilizavam o divã e, portanto, não precisavam da troca de olhares para que a análise pudesse acontecer. Mas ao mesmo tempo nos indagamos o quanto é paradoxal esse atender somente pelo áudio, levando-nos a questionar sobre o que será que de fato dificultava para Mauro as sessões com vídeo? O que será que ele não queria ver, ou não queria deixar que fosse visto?

Dentre as suas explicações, ele relatou ter dificuldades com o vídeo, que a câmera e a tela acabavam dando um “*grau de desvio*”, que a troca de olhares ficava confusa pela modalidade *on-line*. Segundo ele, as vezes dava a impressão de a pessoa não estar prestando atenção, ou não olhando para a câmera, considerando que a posição da câmera no dispositivo eletrônico (celular, tablet, notebook) poderia dar uma diferença para a troca dos olhares. Aqui temos explicações sobre ângulos da câmera, algo tratado de maneira muito lógica, que obviamente não deixam de ter o seu sentido. Mas quando pensamos no nível inconsciente, algo parece estar latente. Quando ele fala sobre o desvio no olhar, nos vem a ideia de uma mãe que não espelha a criança pelos seus olhos, ou seja, um bebê que não consegue se ver e a partir disso se constituir como sujeito no mundo. Pensando no atendimento *on-line* esse desvio do olhar poderia causar uma sensação de não proximidade, de não espaço, de falta de interesse, falta de cuidado; ou de que, tanto o/a analista quanto o/a paciente, pudessem não

estar prestando atenção, ou não escutando o outro, uma vez que os olhares não estariam conectados de algum modo, e isso poderia gerar problemas na transferência.

Essa ideia de não olhar para a câmera abre algo para refletirmos sobre os atendimentos presenciais com o uso do divã, onde os olhares não são trocados durante a sessão e nem por isso a troca deixa de acontecer. Muito pelo contrário, não ter a troca de olhares é tido como um dos fatores que auxiliam na associação livre, por parte dos/as pacientes. Então, por que será que Mauro tinha se preocupado com essa questão? Como vimos, ele tinha uma preferência pelas sessões de áudio, mas quando aconteciam as de vídeo, parece que ele se sentia mais fixo à possibilidade de troca de olhares com o/a paciente, com a necessidade de um prestar atenção, mas em que? Sem o vídeo ele se sentia mais confortável, mas com o vídeo parece que ele precisava da atenção focada o tempo todo na dupla. Fato que sabemos não ser totalmente possível, inclusive vai contra a ideia de uma atenção uniformemente suspensa durante o encontro analítico.

Um momento importante é quando ele cita a seguinte situação:

Eu já ouvi de pacientes, mas não com relação a mim, eu lembro de um paciente que falou: “Puxa vida, eu fiz uma videochamada com uma sobrinha minha, eu achei muito estranho, eu acho que ela está mentindo para mim, escondendo algo, porque eu falava e ela não olhava para mim. Eu estou preocupado se ela não está escondendo alguma coisa”, era um assunto delicado. Eu falei: “olha, se você estava numa videochamada você sabe que quando a pessoa está no vídeo, se ela olha para a tua imagem, vai parecer que ela não está olhando para você”.

Esse relato nos faz supor o quanto o suposto grau de desvio pode ocasionar ruídos na comunicação entre as pessoas. A partir disso, para Mauro a saída foi retirar o vídeo, retirar uma possibilidade de trocas oculares e priorizar a escuta e as trocas possíveis pela chamada de áudio. Aqui fica uma grande questão, pois não temos a presença física, muito menos a presença ocular da outra pessoa, mas a voz e a escuta proporcionam a possibilidade de continuar as sessões. Relacionamos aqui com a mãe ou familiar que está fora do campo de visão do bebê que chora, mas que, ao escutar a voz advinda de outro espaço, ele se acalma pois o ambiente não fica tão assustador e a sensação de solidão é contida por alguns instantes.

Como discutimos acima, os atendimentos *on-line* podem ter cumprido essa função na pandemia, o de propiciar segurança e esperança. Isso pelo menos inicialmente. Depois esse formato tomou uma proporção bem grande nos consultórios e no acesso da análise a mais pessoas, aparentemente sem essas preocupações iniciais. As pessoas atendidas por Mauro aceitaram os atendimentos *on-line* e ficaram o tempo que foi necessário pela pandemia no modo remoto. Segundo ele, pouquíssimos pacientes não quiseram aderir. Dentre esses, alguns procuravam Mauro para fazer sessões *on-line* em momentos específicos da pandemia.

Cabe também ressaltar que os atendimentos somente por áudio eram uma preferência de Mauro, desenvolvido em atendimentos anteriores à pandemia, como relatado anteriormente. Mas também pela sua condição física, relatando ter uma hérnia de disco, uma condição em sua coluna que não poderia ficar sentado o tempo todo, pois causava muitas dores. Pelo fato de que durante a pandemia não poderia sair, fazer exercícios que auxiliavam em sua dor, precisaria fazer tais exercícios em casa, mas ele não fez isso. Temos então duas questões: a condição física, mais a sua preferência. Nas palavras de Mauro, os “*atendimentos por áudio me deixavam mais confortável*”, pois em alguns momentos ele atendia em pé, caminhando por sua casa, deitado no sofá, ou sentado. Ou seja, tinha uma mobilidade que a videochamada não proporcionava. Mas será que esse conforto que ele fala era somente pela sua condição física, ou alguma outra coisa ainda estaria ligada aos atendimentos *on-line* e somente por áudio? Isso é o que tentaremos discorrer a seguir.

Quando questionado sobre a possibilidade de retorno aos atendimentos presenciais, conforme os cuidados sociais em relação à pandemia e um maior entendimento de como lidar iam abrindo espaço para as pessoas retornarem às ruas, Mauro trouxe algo que se tornou intrigante para nós. Ele relatou que “*pesou bastante*” para ele não retornar ao presencial o fato de não ter lugares em que se sentisse seguro para se alimentar no horário do almoço, uma vez que seu consultório ficava longe de sua residência. Suas explicações para isso foram bastante

coerentes: uma, que no local de trabalho não teria uma cozinha para ele fazer a sua comida; outra, sair na rua e tirar a máscara era muito perigoso, não querendo se expor a esse risco. Enquanto falava sobre isso, ele mesmo comentou que se quisesse, de fato, poderia ter dado um jeito de organizar isso de alguma outra maneira, mas preferiu manter os atendimentos *on-line*. Em uma compreensão social e superficial, essas falas parecem dar conta do recado, mas ao escutá-las pela primeira vez, como dito, isso causou um ruído em nossa escuta, parecia ter algo além dessas explicações, mas que ele não conseguiu falar, ou nem ter se dado conta, por se tratar de algo latente que pode ter vazado ali na entrevista.

Quando pensamos que um homem adulto traz como explicação o fato de não ir trabalhar, pois lá não teria um lugar seguro e comida para ele se alimentar, isso nos vem à mente que estamos escutando um lado infantil que não está se sentindo seguro em diversos aspectos, em ambientes que antes eram corriqueiros. Ao contrário disso, o ambiente familiar, em casa, se torna o lugar mais seguro e tranquilo, para viver, comer e trabalhar. Não se sentir seguro para se alimentar em algum restaurante nos faz notar o quanto esse mundo externo para ele estava perigoso, tirar a máscara em local público era abrir uma brecha para contaminação. Para quem até um determinado momento negou a pandemia, isso era ter cuidado consigo. Estar em casa, comer de sua própria comida, era poder se nutrir em um ambiente seguro, com uma alimentação já conhecida, sem correr riscos de contaminação com os perigos vindos de fora.

O mundo externo causava medo, por estar devastado pela pandemia e pela crise social que isso gerou. No caso de Mauro juntamos essas duas coisas para supor que sair de casa e ver seus/suas pacientes era algo amedrontador, devastador para sua *psique*, que poderia deixá-lo fraco e com dores. Desse modo, a sua solução foi não sair e continuar seus atendimentos somente por áudio. Com isso, de algum modo, ele não via com seus olhos a todo momento o que estava acontecendo, mas podia escutar. Com a escuta ele conseguia lidar de forma mais

tranquila, resistindo ver o próprio sofrimento, para poder escutar livremente o sofrimento do outro.

Esse fato nos coloca a pensar numa possível escolha que Mauro fez: resistiu em ver os pacientes para priorizar a escuta. Isso que dizemos ser uma escolha, foi o arranjo possível que ele conseguiu para preservar a sua função analítica de alguma forma. Essa quebra na maneira de exercer a função nos parece uma cisão, onde, para lidar com a angústia, com o sofrimento e com o desconhecido da pandemia, precisou excluir um lado, para continuar escutando do outro.

Juntando tudo o que viemos discutindo e apresentando até agora, algumas frases e associações foram sendo feitas: as citadas por Mauro (“*cozinhando aos poucos*” e “*grau de desvio*”) e as associadas por nós (“banho Maria” e “distorção de imagem”). O que estas frases e associações têm em comum? Em algum grau elas nos levam a pensar no que envolve uma função oral. As questões da alimentação e imagem apresentadas por Mauro, nos fizeram associar com a função oral. Sabemos que é pela boca que o bebê inicia seu reconhecimento do mundo e que aos poucos isso vai sendo modificado para outros campos do desenvolvimento infantil. É interessante o quanto para Mauro, as questões que envolvem o seu medo e seu cuidado na pandemia, por associações de palavras, podem nos remeter à permanência do infantil que permanece subjacente no adulto. O que pode nos ajudar a entender genericamente o quanto a falta de encontrar um local para se alimentar durante a pandemia era algo que pesava muito para ele, sendo possível pensar a presença de conteúdos orais, próprios da emergência do infantil no funcionamento adulto. A partir das falas de Mauro e de nossas associações, surgiram-nos duas hipóteses: uma primeira que pelo lado prazeroso, ter um cuidado muito grande e zeloso nos momentos iniciais de sua vida, com uma mãe suficientemente boa, fizeram com que aquele momento tenha sido muito gostoso, repleto de aconchego e segurança, e na vida adulta, Mauro procura repetir essas sensações prazerosas,

inclusive com a alimentação; a segunda hipótese, seria que nos momentos iniciais da vida, ele não ter vivenciado tanto acolhimento, e faltas terem acontecido em relação à sua alimentação, como por exemplo, dificuldades com a sua amamentação, que o fizeram ter uma voracidade pela comida, e ao mesmo tempo, buscar segurança para conseguir se alimentar e assim sobreviver.

O que estamos supondo aqui é que sua função ligada a se sentir seguro tanto fisicamente, quanto emocionalmente estava em casa, o lugar onde ele poderia se proteger e cuidar de seus alimentos, não se expondo a tanto perigo que vinha do lado de fora. Entretanto, um paradoxo aparece na fala de Mauro, pois em outro momento da entrevista ele afirma que ficar isolado em sua casa não havia sido perturbador e assustador, confiando que possuía o que era necessário para atender e continuar vivendo. Isso está de acordo com o que temos discutido ao pensar que em sua casa ele tinha um local seguro, mas aí temos o outro lado paradoxal de sua fala, pois quando questionado sobre como se cuidou na pandemia, ele disse: *“me cuidei mal, de forma consciente me estourei”*. Como alguém que aparentemente tinha sua casa como um lugar de refúgio e aconchego, se cuidaria tão mal a ponto de se estourar?

Mauro tinha uma condição física ligada à sua coluna que precisava de cuidados semanais. Fazer exercícios físicos e de fortalecimento, fazia parte de sua rotina, o que ajudava a ter um cotidiano com mais qualidade de vida. Entretanto, com a pandemia, ele deixou esse cuidado de lado. Poderia ter feito exercícios em casa, mas não o fez e ainda naquele momento ficava pensando que seria pouco tempo, o que não foi. Afirmou que sua condição física durante toda a quarentena e os cuidados posteriores foi entre *“ruinzinho e péssimo”*. Além dessa falta de cuidado físico, também relatou que naquele momento não fazia sua análise pessoal, ou seja, mais um aspecto de sua vida negligenciado, o emocional.

O que supomos como paradoxal em Mauro é toda a sua organização para que não pegasse a covid-19, a criação de uma nova rotina de atendimentos *on-line* (mesmo que não

fosse a melhor condição possível), o cuidado em pensar no que e onde poderia comer, mas ao mesmo tempo um descaso e descuido consigo. Mauro parecia cuidar dos outros (seus/suas pacientes) e criar uma condição para cuidar de si, mas que parecia não estar fazendo valer. Ficar em casa e atender *on-line* seria um tipo de cuidado com sua saúde, mas não o único, os seus aspectos físico e emocional também precisavam de cuidados.

Será que ficar em casa seria tão seguro assim para Mauro? No sentido da pandemia sim, mas em outro sentido ele parecia passar por um processo de não cuidado, de emergência de elementos destrutivos, de estouro (como ele mesmo afirmou). A negação inicial da possibilidade destrutiva e mortífera da pandemia talvez fosse uma maneira de Mauro não entrar em contato com aspectos destrutivos que teria em si. Ao não usar a câmera para atender seus/suas pacientes e optar apenas pelo áudio, supomos também ser um modo de expressar que ele poderia não querer ver e mostrar o que ficar em casa poderia fazer consigo, ou seja, não mostrar o seu processo conflitivo envolvendo o afloramento de conteúdos destrutivos, seja para seus/suas pacientes, seja para si próprio, pois na chamada de vídeo vemos a outra pessoa e a nós mesmos. Ver a si próprio naquele momento poderia fazê-lo enxergar e entender a sua própria capacidade destrutiva aflorada, o que parece que traria muito sofrimento a Mauro.

A segurança do lar não era tão segura assim, pelo menos em seu caso, pois ao não sair ele deixava de se ver e de se cuidar. Nesse momento, supomos que Mauro possa ter regredido a vivências infantis, comparáveis a quando o bebê necessita de cuidados de um outro, por exemplo em vivências em que a alimentação era um dos únicos focos, e o resto, pelo menos no caso de um bebê, eram cuidados feitos por um outro, uma mãe ou quem cumprisse a função materna. Ao supormos esse movimento regressivo, em alguns momentos, supomos também Mauro buscar cuidados de todas as formas e, ao não conseguir isso, fechar-se em si

mesmo. Com isso, os aspectos destrutivos, pelo menos em algumas circunstâncias, iam tomando conta.

Mauro afirmou que percebia que estava se cuidando mal, mas não fez nada para mudar aquilo. Talvez esperasse alguém que pudesse ajudá-lo a arrumar tudo e indicar o que fazer, como se necessitasse de uma função materna que o ajudasse a se sentir menos desamparado. Entre a esperança de ficar bem e a pandemia acabar para retornar ao presencial, considerando a suposição do afloramento de conteúdos destrutivos vivenciados durante o processo, temos o que pode ser considerado como um estado de ambivalência vivido por Mauro, onde por um lado entendia a necessidade de cuidado, mas por outro negava ou não aceitava isso. Por um lado, continuou trabalhando e escutando o sofrimento de seus/suas pacientes, mas por outro deixou de escutar a si e a seu sofrimento. Ele estava envolto no sofrimento dos outros, escutava e trabalhava com isso, mas não abria espaço para o seu próprio.

Podemos supor como o *setting* interno de Mauro estava oscilando, tentando se equilibrar em meio ao caos. Em alguns momentos tendo forças para o cuidado e a escuta de seus/suas pacientes, bem como para a necessidade e esforço para a transição ao *on-line*. Em outros, não conseguindo manter o lugar de cuidado, inclusive consigo próprio. Pensar nesse *setting* interno, como temos discutido no decorrer de nossa tese, é pensar nas condições psíquicas que o/a analista possui para acolher o que vem dos/as pacientes e de fora da análise, como as intrusões (pandemia), fazer uma metabolização disso tudo e dar caminhos possíveis.

No caso de Mauro, quando dissemos que houve uma oscilação, se dá pelo fato de que ele tentou criar maneiras de atender seus/suas pacientes que estivessem de acordo com o modo que ele se sentia mais confortável, pelo menos no início, como atender somente por áudio e, posteriormente, foi se abrindo para sessões com o vídeo, dependendo das necessidades de cada paciente. Isso nos faz perceber o quanto na prática de Mauro, a ideia de *setting* como algo fixo e sem mudanças não foi real já que durante a pandemia os seus *settings*

externo e interno se modificaram. As oscilações de Mauro nos mostram o quanto sua mente estava aberta e recebendo as informações que vinham de fora. Obviamente, elas causaram desestruturações e dissociações. Entretanto, esses mecanismos puderam dar abertura não para o fim e o rompimento de seus encontros analíticos com os/as pacientes, mas sim para modificações que se fizeram necessárias e que propiciaram a continuidade do trabalho.

ENSAIO 3 – “Tentar ou não tentar: eis a questão” de Priscila

Priscila fez parte do grupo de psicanalistas que não aderiram aos atendimentos *on-line*. Ela elencou alguns fatores: o primeiro, era por possuir uma prática clínica majoritariamente com crianças e adolescentes, os quais eram uma população vulnerável aos sintomas da Covid-19, principalmente no início quando muito pouco se sabia sobre a doença; o segundo era por não ter se adaptado, apesar de ter dito em outro momento que nem havia tentado testar a modalidade *on-line*. Além desses fatores, ela também comentou sobre o medo de como ficaria sua vida profissional e o como ela poderia trabalhar naquele momento.

Algo que chamou a atenção em sua fala logo de início foi a dificuldade em dizer a palavra pandemia. Quando se referia àquele momento, utilizava os termos: “aquilo”, “isso”, “nisso”. Não dar um nome ou não querer nomear a pandemia poderia indicar uma dificuldade que ela teve para realmente aceitar o que estava acontecendo naquele momento. Supomos que nomear a situação é poder dar um espaço para tal dentro de si.

Nesse sentido, qual espaço será que Priscila estava dando para as suas emoções durante a pandemia? Pelas suas falas, em sua grande maioria, ela estava tentando encontrar formas de trabalhar. O trabalho talvez tenha sido uma saída construtiva para que ela pudesse sobreviver à pandemia e ao mesmo tempo deixar suas emoções sob certo controle, talvez reprimidas, para assim conseguir diminuir a mobilização provocada pela nova situação. A

preocupação com o trabalho seria para sobreviver às angústias causadas pelo sofrimento que pairava na sociedade, naquele momento, mas ao mesmo tempo poderia ser uma espécie de máscara para esconder seu medo e sofrimento para si mesma.

Em relação a atividades *on-line*, desde 2018 Priscila já se utilizava das plataformas digitais para trabalhar com grupos de estudos e supervisões. Estes últimos foram os meios que ela utilizou para trabalhar *on-line* durante a pandemia, uma vez que os atendimentos em si, ela optou por não realizar.

Quando Priscila afirmou que “*nem tentei, porque para mim não cabe*”, minha mente associou com aquelas crianças que não querem comer algum alimento oferecido pelos pais pela primeira vez, que nem experimentaram e já dizem “Não quero, não gosto”. Essa experiência de negar algo que não se conhece é um tanto quanto paradoxal, uma vez que: como saber que não gosta ou que não se adapta se não experimentar ou testar? E o que significa não tentar uma nova experiência? E aqui cabe um outro ponto: ela já havia feito os grupos de estudos e supervisões como discutimos acima; então, por um lado, uma certa prática com o *on-line* ela já possuía. Para os grupos ela tinha abertura e manejo. Contudo, para os atendimentos não. O que de fato estaria impedindo Priscila?

Pensamos em dois caminhos possíveis. O primeiro seria em relação à ideia de não experimentar o novo, ou seja, manter um formato já conhecido e sem a possibilidade de arriscar em novos movimentos, novas experiências. Talvez isso possa indicar uma certa rigidez na maneira como Priscila lidou naquele momento em relação ao *setting* (tanto objetivo quanto subjetivo), pelo menos no sentido dos atendimentos clínicos. O segundo poderia ser no sentido do que muitos estudiosos e profissionais afirmaram veementemente naquele momento sobre não ser possível os atendimentos infantis na modalidade *on-line*, pois a presença física seria essencial para que a análise pudesse acontecer. Ou seja, talvez ela estivesse respaldada por essa argumentação. Contudo, ainda assim, ela chegou a afirmar que se sentia um

“*peixinho fora d’água*” vendo tantos outros profissionais que se arriscaram e criaram recursos para uma clínica *on-line*. A discussão sobre atender ou não crianças e adolescentes durante a pandemia, no modo remoto, foi algo muito debatido pelos profissionais. A grande questão talvez fosse o posicionamento que cada psicanalista tomaria diante dessas possibilidades. Como dito, Priscila decidiu não atender, mas ainda assim algo em sua mente ficou impactado ou confuso, por ver que outros profissionais fizeram e conseguiram lidar com esse outro modo.

Um ponto a ser destacado foi que Priscila ficou mais ou menos um mês sem atender de forma presencial. Após isso, logo quando os profissionais de saúde foram sendo liberados para retornar ao trabalho presencial, ela preparou seu consultório com as medidas de segurança necessárias e começou aos poucos receber seus pacientes novamente. Esse tempo um pouco mais curto faz contraste com uma grande maioria de profissionais que temos entrevistado, que ficaram entre seis meses e um ano e meio sem atender no presencial. Como a própria Priscila disse, não era um período de férias, pois ela precisava trabalhar, mas sempre ficava se questionando sobre quando poderia voltar ao presencial.

Para ela o *setting* era um lugar “*sagrado*”, de muito cuidado, onde existiam coisas que eram dos pacientes e o espaço deles. Mas também o espaço onde existiam seus objetos pessoais, de trabalho e os seus recursos de atendimento. Relacionado a isso, Priscila comenta: “*atender de forma on-line eu me sinto invadindo também o espaço do outro, na casa do paciente (...) eu acho que não é por aí para mim que o processo acontece*”. Essa fala nos gerou uma questão, pois parece apresentar como se tivesse feito algum atendimento *on-line* e diz como se sente, fazendo uma invasão no espaço do outro. Entretanto, isso não aconteceu. Ela não chegou a tentar atender dessa forma como comentamos acima. Como ela se sente invadindo um espaço, se ela não invadiu? Ou pelo menos, nessa situação, não se permitiu fazer isso. Invadir espaço nos fez associar com a ideia de um limite, de uma barreira, e que

Priscila precisava pensar até onde poderia, ou até mesmo se queria, ter acesso à vida dos outros e estes de sua vida, uma vez que na modalidade *on-line* as pessoas (ou pelo menos quem pudesse seguir as orientações) ficavam em suas casas, um espaço íntimo de cada um, e que de alguma forma seria exposto. O que ela ou seus pacientes poderiam acabar vendo da intimidade um do outro? Neste ponto, para Priscila existia um limite, uma barreira, em que não se permitiu passar. Ela justificava isso com a afirmação de que o processo analítico infantil não deveria acontecer daquele formato, mas pensando que existiram outros profissionais que atenderam e fizeram essa modalidade acontecer, talvez ela tivesse receio de abrir uma parcela de sua intimidade para seus pacientes, pois se sentiria invadida.

Ela não negou a importância que o avanço da tecnologia teve durante a pandemia, inclusive utilizou das estratégias *on-line* para seus grupos de estudos, supervisões e para ter contato com colegas de profissão, com amigos. Nesse caso, entendemos que Priscila, ao não atender seus pacientes *on-line* durante um mês, talvez receasse expor uma parcela de sua intimidade e, porque não dizer, uma parcela de suas angústias; afinal, atender *on-line* seria realmente atestar o que estava acontecendo.

Priscila criou formas de manter contato com seus pacientes, como quando resolveu mandar todas as semanas uma mensagem de áudio ou vídeo, acolhendo-os, perguntando como estavam e com afirmações positivas para lembrar que logo se veriam novamente. Era uma forma de proximidade, mas ao mesmo tempo um distanciamento, pois não era algo ao vivo, era uma gravação. Pensamos que dessa maneira ela se preparava, tinha um tempo, podia pensar com mais clareza no que falar, e talvez suas emoções pudessem ficar mais contidas para ela naquele momento. Nos atendimentos *on-line*, assim como nos presenciais, apesar da distância, as situações e angústias trazidas por pacientes naquele momento poderiam despertar afetos em Priscila, e ao não tentar, parece que era disso que ela queria fugir, ou pelo menos não encarar naquele momento diante de seus pacientes.

Uma fala de Priscila chamou atenção, “*a gente só não vem se não deixar você vir trabalhar mesmo*”, verbalizada em um momento em que ela relatava sobre suas preocupações de como seria ficar sem atender e de como ficaria a Psicologia, como ciência e profissão. Entretanto, notamos nessa fala um apego muito grande ao trabalho, onde parecia que ela iria a qualquer custo, menos quando impedida por alguma força externa. Pensamos aqui no quanto ela pode criar uma armadura em torno de si, e que mesmo que não estivesse bem, ela iria trabalhar, mesmo em meio a uma pandemia e todos os perigos e não saberes, o trabalho tinha um grande espaço para ela. Essa armadura talvez fosse uma sustentação para alguém com medos e angústias; porém, olhar para isso poderia ser devastador.

Quando Priscila comenta que os pacientes “*vomitavam aqueles medos*”, ela se dá conta de que os seus medos também eram muito parecidos: “*eu encontrava os meus medos com os medos do paciente*”. Esse entrelaçamento de medos era algo importante de ser trabalhado naquele momento. Ela recordou que os profissionais ficavam muito limitados e muitas incertezas recaíam sobre a clínica. Pensamos no quanto ela pode ter se limitado naquele momento, principalmente pelas mudanças que estavam ocorrendo.

Ao recordar das limitações causadas pela pandemia na prática de muitos profissionais atendendo *on-line*, Priscila percebia pelas falas de colegas o quanto alguns momentos eram muito delicados. Contudo, ela não precisou se preocupar com a possibilidade de novos manejos, uma vez que se limitou a não tentar. Mais uma vez caímos na questão do limite, isso em relação aos atendimentos *on-line*. Contudo, em relação aos atendimentos presenciais, ela não se limitou e criou estratégias para lidar com os seus pacientes. Por mais que não soubesse responder aos pais sobre o que fazer com as crianças, ela proporcionou nos atendimentos formas lúdicas de lidar com a angústia.

Quando falamos sobre a armadura utilizada por Priscila, pensamos numa possível associação com uma prática que teve em seus atendimentos presenciais durante a pandemia,

sendo a confecção de máscaras com as crianças. Essa foi uma forma lúdica que Priscila encontrou para trabalhar com pacientes: a máscara, que era algo importante para proteção e sobrevivência, tinha ali no seu consultório a possibilidade de ser transformada em algo único. Ela chegou a comentar que alguns pacientes novos que chegavam não conseguiam se conhecer ao todo, pois uma parte do rosto ficava tampada, e em alguns momentos, tanto ela, quanto os pacientes novos abaixavam a máscara, para que assim pudessem se conhecer melhor, tendo uma imagem integral um do outro, e não somente dos olhos. Inclusive esse foi um ponto destacado por Priscila, pois ela percebeu que algumas crianças pequenas começavam a ter dificuldades de entender as expressões do rosto, pois tinham crescido em um momento em que todos usavam a máscara, inclusive nos desenhos, os rostos eram representados com as máscaras.

É interessante pensarmos a ideia do uso das máscaras, uma vez que elas eram necessárias naquele momento, eram uma forma de proteção contra o vírus; porém também escondiam as pessoas, dificultavam a visualização de quem era. Quantos de nós não nos questionamos ao ver uma pessoa de máscara durante a pandemia, tentando entender se conhecíamos ou não. Uma máscara tem o poder de proteção, mas tem o poder de esconder. Priscila não atendia *on-line*, que seria uma possibilidade de não utilizar máscara, ela preferiu esperar e manter o presencial quando possível, com a utilização de máscaras. Será que aí temos, além do cuidado de saúde, uma forma de esconder algo? Apesar de ela querer ver seus pacientes, e eles também quererem vê-la, esse abaixar a máscara rapidinho para ver o rosto do outro não deixava de ser uma transposição de uma regra, uma vez que se dizia que quando estiver com pessoas em consultórios e locais fechados era obrigatório o uso das máscaras. Mesmo que momentaneamente, e tendo um sentido para as sessões, Priscila passava por cima de uma regra. A “regra” discutida por alguns psicanalistas de não atender crianças *on-line* ela manteve, mas a de não retirar a máscara pelo cuidado com o outro, ela quis arriscar.

Entretanto, esse risco que ela correu era para ter uma imagem inteira do outro que estava com ela.

Quando ela comentou sobre abaixar a máscara rapidamente para que um e outro pudessem se ver, fez essa revelação sorrindo, e me passou uma impressão de uma criança que faz algo errado, mas que deveria ficar em segredo. Ao associar a ideia de segredo e o sorriso de Priscila como uma criança, nos vem à mente que a experiência com a sexualidade em alguns momentos pode ter esse formato, ou seja, corpos que se escondem e que em alguns momentos acabam sendo descobertos. A curiosidade infantil pode ser um bom exemplo disso, como o momento em que os pequenos querem saber sobre o corpo dos outros. Isso pode gerar em algumas crianças a necessidade de ver, que Freud nomeou como pulsão escópica. E quando acabam conhecendo os corpos em diferentes situações, isso cria uma imagem do outro e de si mesmo. Priscila parecia necessitar dessa presença física, do ver de perto, para que seus pacientes pudessem se sentir acolhidos, mas ela também, ela parecia precisar desse olhar do outro, sem as máscaras, para poder olhar para si e ser reconhecida. Pensamos naquela ideia das mães que espelham a criança pelo olhar para que ela se reconheça. Pode ser que naquele momento, com o *on-line*, a troca pelo olhar seria diferente, e a necessidade do presencial era emergente para que Priscila se reconhecesse como profissional, mas também como pessoa.

Um último ponto ainda se torna importante ser destacado em relação às máscaras que Priscila construía com seus pacientes: seria uma necessidade de identidade. O que queremos discutir aqui é que as máscaras tinham um mesmo padrão, e como dito acima, as vezes ficava difícil reconhecer as pessoas. Para lidar com isso, a construção de máscaras únicas, era uma forma de sair de uma esteira de produção em que todos estavam iguais e sem suas características. Mesmo que de forma simbólica, tanto ela, quanto seus pacientes, podiam se reconhecer e ter suas diferenças visualizadas e mantidas naquele momento.

O mencionado anteriormente talvez tenha alguma relação com a ideia de não atender *on-line*, pois essa foi a saída mais rápida naquele momento para os atendimentos, e de um dia para o outro, uma grande maioria de profissionais aderiam ao remoto, como que em uma escala de produção. Mas Priscila foi na contramão disso, ela não aceitou fazer nesse formato. Como vimos acima, ela se sentia um peixe fora da água, mas ao mesmo tempo relatou ficar feliz quando conhecia profissionais que tinham mantido o mesmo posicionamento que ela. Isso gerava uma forma de identificação para não se sentir tão sozinha.

Não se sentir sozinha é um ponto que não foi trazido por Priscila, mas que a nós chamou atenção nas entrelinhas de suas falas. Tanto que discutimos a falta de um olhar para si e a solidão por manter um formato na contramão de uma grande maioria. Algo precisa ser pensado nessa situação da solidão no campo profissional, com a necessidade de identificação de profissionais que não atendiam *on-line*. Se Priscila não queria ficar sozinha, ela escolheu justamente ficar. Explicamos: ao não atender de forma *on-line*, ela ficou pelo menos um mês sem contato com seus pacientes de forma ao vivo, pois tinham aparições com vídeos e áudios, como dito anteriormente; e segundo ela fez a escolha de não tentar, quando a maioria fez essa escolha. Nesse sentido, ela mesma se distanciou das discussões que poderiam envolver a construção de uma nova forma de trabalho. Ao ir na contramão, pelo menos naquele momento, Priscila parecia estar “ganhando” algo; será que foi essa a forma de construir sua identidade como profissional e não se igualar aos outros? Ela se sentia um peixe fora da água, mas parece que de alguma forma ela mesma havia pulado fora para manter algo no formato que ela já conhecia. Em alguns momentos ela mantinha muitos limites e em outros ela parecia tentar passar por cima deles.

Em relação ao *setting* interno, Priscila o descreve como um lugar que precisa estar sempre em desenvolvimento e fortalecido para acolher os pacientes. Afirmou que durante a

pandemia ela cuidou bastante desse espaço em si, inclusive fazendo mais sessões de análise por semana. De acordo com ela

foi um momento em que a gente muitas vezes se igualou ao paciente nesse sentido de vivências e de medo” e “foi a primeira vez que a gente viveu algo muito horizontal igual do paciente, eu acho que isso para mim é o que mais ficou marcado.

Viver essas experiências junto com seus pacientes de forma horizontal pareceu mexer com Priscila, e por mais que ela apresente uma fala muito contundente sobre suas escolhas, como viemos discutindo, alguns pontos inconscientes foram escapando. Esses escapes nos fazem notar o quanto a vivência da pandemia foi muito difícil para ela e, ao mesmo tempo, confusa, o que talvez a tenha levado a utilizar-se da intelectualização, com uma grande demanda de estudos, bem como vivenciou questões em torno de seus limites e da solidão.

Por último, é importante destacar o quanto ela frisou a necessidade do atendimento presencial para crianças, trazendo como perspectivas a ideia do corpo, do toque, do espaço, do encontro, e que essas eram questões que envolviam uma necessidade das crianças. Entretanto, percebemos que essa necessidade não foi somente das crianças, mas também de Priscila, que precisava desses encontros, desses olhares, dessa dinâmica, para se reconhecer e não perder a sua identidade e a sua forma de trabalhar.

ENSAIO 4 – O (novo) mundo de Sofia

Ao entrevistar Sofia e escutá-la diante de nossas perguntas, uma das primeiras palavras que se passaram em nossa mente foi inventividade. Apesar de ter sido pega de surpresa pela pandemia e a necessidade de mudar o formato dos atendimentos clínicos, de início, como muitos outros analistas, ela teve um momento de negação da situação, como ela mesma disse: “*não tinha caído a ficha da gravidade e da proporção que ia se tornar*”. Por se tratar de algo novo, os rumores começaram a vir de uma vez; porém, sem muitas explicações

concretas. Sofia era do grupo de pessoas que achava que logo iria passar e não tinha noção do tempo que perduraria a pandemia.

Um ponto interessante e que se tornou agravante em sua situação foi que a sua clínica era totalmente voltada para o público infanto-juvenil, sendo que poucos meses antes da pandemia ela havia montado o seu novo espaço físico, do jeito que queria e sonhava para receber os/as seus/suas pacientes. Diante da pandemia a dificuldade para o atendimento presencial se tornou evidente, além do que, para o público que ela atendia, existiam várias restrições pelo medo dos sintomas e perigo que a doença Covid-19 gerava. Com as iniciativas de passagem dos atendimentos presenciais para os remotos, diversos estudiosos da psicanálise vieram a público apresentar possibilidades e limites desse novo formato de atendimento e, principalmente, no campo infantil. Como seria possível atender crianças de forma *on-line*? Na época, uma grande parte de teóricos traziam como negativa e não dando certa essa experiência para as crianças.

Nesse ponto, Sofia se destacou como sendo de um grupo de analistas que resolveu não seguir essas orientações, tentando investir e inventar uma clínica psicanalítica com crianças, na modalidade *on-line* e emergencial durante a pandemia. Talvez por isso a palavra inventividade tenha vindo à minha mente ao escutá-la, pois a grande maioria dos profissionais optou por não fazer esse tipo de atendimento, mas Sofia fez uso das tecnologias disponíveis para isso. Esse momento de ir para o lado oposto dos outros, o que colocamos como na “contramão”, coloca Sofia em um lugar interessante: será que em sua vida ela nadava contra a corrente? Se pensarmos que para criar uma clínica *on-line* com crianças ela precisava de muita criatividade e coragem, é muito provável que isso possa ter vindo de outros momentos de sua vida.

Entretanto, essa nossa hipótese entra em contraste com a própria fala de Sofia, quando afirma:

As pessoas acham que psicóloga infantil precisa ser muito criativa, mas eu nunca me vi muito criativa assim, mas eu vi que a pandemia me fez buscar essa criatividade em mim e criar algo novo, e também me colocar a fazer coisas novas que eu nunca tinha feito.

Essa fala se torna interessante pela dúvida que causa: como uma pessoa que trabalha com crianças não seria inventiva e ao mesmo tempo, diante de uma pandemia, aí sim começa a procurar a criatividade em si e fazer coisas novas? Dá a impressão que, diante de uma dificuldade aparente como a ocorrida, foi o que fez Sofia despertar um lado em si que talvez estivesse perdido, adormecido, esquecido ou não contactado. Tanto que ela diz que foi “*buscar essa criatividade*” em si, ou seja, já estava ali em algum lugar. Contudo, por algum motivo talvez estivesse inibida. O que teria acontecido para que Sofia tivesse sua criatividade inibida, apesar de na vida adulta escolher ter uma clínica com crianças e, no caso, trabalhar justamente com aspectos criativos da mente? Não teremos essa resposta, mas a pergunta se torna importante na medida em que nos coloca a pensar no como um evento traumático, como a pandemia, fez despertar essa parte inventiva de Sofia.

Em sua própria fala, quando diz que acham necessário ser criativa uma profissional que trabalha com o público infantil, notamos uma certa cobrança pela forma como ela deveria trabalhar, como se existisse um formato correto de trabalho e, de algum modo, isso se tornava uma questão importante para ela.

Sofia traz uma fala em que apresenta o seu consultório presencial com muito carinho, como um espaço que ela demorou um tempo para conseguir construir, mas que tinha muitas expectativas ali. Isso se evidencia quando ela afirma que possuía um sonho: “*ter meu consultório particular do jeitinho que eu montei*”. Tanto que ela se lamenta por não ter conseguido usar o espaço físico, pois logo após a inauguração, aconteceu a pandemia e ela precisou fechar as portas desse *setting* físico. Embora ao falar sobre o consultório presencial, desse *setting* físico, ela o faz de modo a ser possível inferir um grande investimento emocional, que nos faz pensar numa referência indireta à existência de um *setting* interno vinculado a esse espaço que se fechava, não pela sua vontade, mas em função da pandemia.

Desse modo, talvez se referisse também a fechar as portas do *setting* interno que ela utilizava nos atendimentos presenciais, para reabrir em outro momento.

Ao começar a atender *on-line* ela comentou que “*não dava para trazer o consultório inteiro*”. Diz ter levado apenas alguns recursos para usar em sua bancada de casa. Esse foi um momento apresentado por ela como um luto, que precisou fazer de seu consultório, pelo menos por um tempo, para dar conta do novo formato. Ela mesma diz que precisou “*construir um novo espaço interno*” para atender *on-line*. Aqui temos uma consideração a fazer, que é o fato de Sofia entender que precisava passar pelo luto da vivência no consultório particular, sentir isso, mas que precisava reinvestir sua energia para algo novo, que no caso foi a construção da sua clínica psicanalítica *on-line* com crianças.

Com a construção do “*novo espaço interno*”, Sofia pôde se abrir para uma infinidade de possibilidades e dar abertura para coisas que ela comentou que gostaria de fazer, mas que ainda não havia se lançado, como a construção de práticas *on-line*. Ela comentou que, com a pandemia, a sua trajetória profissional acabou tomando outro rumo, como o que fez ao lançar novos serviços *on-line*. Além dos atendimentos, começou a oferecer cursos sobre a prática clínica infantil, também criou um *e-book* para o público infantil, abordando o tema do Coronavírus.

Ao escutar Sofia falando, nos vinha a imagem de uma menina segurando uma caixa e que, quando a abria, via que existia um mundo inteiro a ser explorado. Aqui temos um ponto interessante e ao mesmo tempo controverso a ser discutido. Quando não estávamos na situação pandêmica, Sofia parecia não se permitir abrir essa caixa de possibilidades, parecia que novidades ficavam em um campo dos pensamentos, mas não da ação e, apesar de ter uma vida “livre”, não escolhia se lançar para o novo, usando a sua criatividade. Entretanto, com a pandemia, o *lockdown* e todas as mudanças necessárias, ela se viu na possibilidade de ser criativa, ser inventiva. No enclausuramento pandêmico, ela se deu a possibilidade de abrir

aquilo que deixava guardado como que a sete chaves. Mas, como ela mesma disse, resolveu se lançar e testar as novas possibilidades. O que será que segurava Sofia de se lançar a novas possibilidades antes da pandemia? E por que será que com a pandemia ela se permitiu ter essas novas aberturas?

Como hipótese temos que, além do luto de seu consultório que estava novo e não pôde ser utilizado, ela também vivenciava um luto social e um medo pela sua própria vida: e se ela pegasse a Covid-19? Pode ser que a perda momentânea de seu consultório e daquilo que estava fixo para si, fez com que sua mente ampliasse e entendesse que existem possibilidades e desejos na vida que precisam ser vivenciados, antes que não seja mais possível nem tentar. Era como se ela precisasse perder algo, para que, aí sim, se permitisse ser mais aberta a novas possibilidades. Pensamos que não foi a pandemia que mudou sua prática profissional, mas o que a pandemia trouxe, ou melhor dizendo, o que ela foi retirando das pessoas, como a liberdade, que fez com que Sofia desse um novo rumo para si.

Um ponto importante de ser abordado foi que Sofia não tinha a prática de atendimento *on-line*, antes da pandemia. No modo remoto, ela oferecia algumas supervisões somente, mas o atendimento clínico não era uma prática que fazia. Com a necessidade do afastamento, como dito acima, Sofia resolveu testar com seus pacientes a clínica infantil *on-line*. De imediato ela conversou com os familiares de seus pacientes para entender quem gostaria de fazer esse teste e quem não se sentia confortável com isso. Apesar de todas as inseguranças e de não ter noção de como seria, ela diz que foi “*com a insegurança mesmo*”. E ir com esse não saber, sem algo estruturado, parece que foi o que a auxiliou em sua criatividade e abertura para o novo.

Nessas tentativas, ela se deu conta de que era possível atender crianças *on-line*, sim, mas não todas. E que com as que era possível o atendimento, foi percebendo que as próprias crianças foram quem a ensinaram a como atender *on-line*. “*Algumas crianças conseguiram*

dar continuidade no brincar que ela fazia no consultório (...) era como se estivéssemos juntos brincando (...) fui me permitindo”. Para Sofia, o vínculo com seus pacientes infantis, as tentativas e a forma como foi se dando, gerou um aprendizado. Segundo ela, cada paciente a ajudava e ensinava como os atender. É interessante essa perspectiva, uma vez que o papel da analista sai daquela que deveria ter um saber definido e que mantinha seu consultório em perfeito estado, para se perceber em um lugar que, além das teorias e dos teóricos que diziam não ser possível, ela se permitiu aprender algo novo em sua prática, na dupla que formava com cada paciente.

Sofia parece fazer uma construção dupla, tanto de uma nova clínica *on-line*, quanto de seu novo espaço interno, que lhe permitiu disponibilidade para criar. Um ponto que ela salientou, em relação aos atendimentos, foi sobre a sua percepção de que com algumas crianças era possível. Contudo, ainda assim, ela se sentia “*um pouco amarrada*”, com a sensação de estar limitada em relação às suas intervenções.

Quando Sofia disse sobre essa sensação de estar amarrada, em nossa mente algumas imagens surgiram, como: um cadarço de tênis amarrado, uma mão atada por cordas, uma camisa de força que amarrava as pessoas ditas loucas em hospitais psiquiátricos. Por que essas imagens apareceram e o que elas podem nos levar a pensar e associar? Em um primeiro momento, algo em comum seriam as cordas que amarram e causam um tipo de aperto, que pode ser sustentação, mas ao mesmo tempo prisão. Será que Sofia tinha essa sensação por algum motivo em sua vida? Algo que a aprisionava, mas que ao mesmo tempo lhe dava contenção? Associando um pouco mais com a pandemia, sentir-se amarrada talvez fosse pela falta de mobilidade que os atendimentos *on-line* não permitiam, devido a não poder correr, segurar, ou intervir com algumas brincadeiras específicas, como acontecia no presencial. Então, dentro do que era possível, ela ia afrouxando essas amarras e vendo como poderia ser criativa e inventiva naquele momento.

Por outro lado, como no amarrar do cadarço de um tênis, que é um tipo necessário, pois gera sustentação e ajuda no equilíbrio, sentir-se amarrada durante a pandemia talvez fosse um limite em alguns momentos, para não negar a realidade e ter os cuidados necessários. Já a imagem de uma camisa de força, associamos com a ideia de que talvez por estar na contramão do que muitos psicanalistas diziam sobre os atendimentos infantis durante a pandemia, Sofia poderia ser taxada como “louca”, assim como muitos teóricos que inovavam e não eram compreendidos no começo das mudanças que estavam propondo. Assim, ser amarrada e limitada seria um tipo de saída para não causar mudanças em um formato padronizado de atendimentos. Pensamos aqui em Franco Basaglia e Nise da Silveira, psiquiatras que na contramão de um saber estruturado, resolveram criar novas formas de tratamento, tirando as pessoas de suas amarras, abrindo os portões dos hospitais psiquiátricos e deixando a criatividade e liberdade fluir na vida das pessoas. Apesar de se sentir amarrada, Sofia abriu-se para o novo. Ou seja, abriu os portões de sua mente e liberou um aspecto muito criativo e potente em si.

Nossas associações nos levaram a situações que envolviam a pandemia, por ser nosso foco nesse estudo. Entretanto, não podemos deixar de notar que as amarras de que Sofia falava, não nos pareceu se referir somente ao momento pandêmico, mas supomos que vinham também de outras etapas de sua vida que, por diversos fatores em sua vida pessoal, talvez possam ter gerado inibições, expressando-se através de bloqueios em sua criatividade.

Com todas essas novidades, Sofia se deu conta que, atendendo *on-line*, estava entrando na casa de seus pacientes e isso a fez ter novas percepções dos casos, notando o quanto algumas famílias invadiam o *setting*, ao entrar no quarto durante os atendimentos. Segundo ela, isso quebrava algumas vezes o sigilo das sessões. Sofia comentou que precisou ter muita paciência para entender essas invasões e que, no caso a caso, ela ia entendendo o

significado tanto das invasões familiares, quanto de alguns/mas pacientes que queriam fazer suas sessões em lugares coletivos de suas casas ou com a família presente.

Esse momento parece ter sido tão fecundo para Sofia, que ela também criou um *e-book* para crianças sobre o Coronavírus e fez a venda desse material de forma *on-line*. Ao relatar sobre essa criação, Sofia dizia que escreveu histórias para ajudar os/as pacientes infantis a darem um contorno ao que estavam passando e ter uma ferramenta para simbolizar. Essa escrita criativa de Sofia também nos fez pensar no processo de sublimação, uma vez que para ela elaborar o seu sofrimento e o de seus pacientes, cria esse recurso psicológico, que no caso não era somente para crianças, mas sim para que todos que entrassem em contato pudessem dar nome ao que acontecia de forma lúdica.

Pensar aqui no mecanismo da sublimação é uma via que nos leva a alguns pontos diferentes a serem discutidos. O primeiro foi o citado anteriormente como uma forma de elaboração do ocorrido na cultura; a outra via nos leva a pensar em algo que envolva a sexualidade infantil de Sofia e o deslocamento disso para seus impulsos de conhecimento. Não temos dados suficientes para falar sobre a sexualidade de Sofia, mas podemos aqui criar hipóteses a partir de suas falas. Uma delas envolve o fato de Sofia precisar inibir suas vontades e, mesmo antes da pandemia, não se permitia fazer algumas coisas novas, como o fato de se lançar a trabalhar com recursos *on-line*, o que pela sua fala parecia ser um pensamento, mas que não saía dos planos. Trazemos à discussão a ideia de que, antes mesmo da pandemia, Sofia já não se sentia livre para concretizar os seus planos, algo bloqueava sua possibilidade criativa. Esse bloqueio nos leva a associar com uma inibição, algum aspecto infantil que não teve espaço para ser escutado ou até mesmo pensando por Sofia.

Isso se torna relevante quando percebemos que ela mesma, durante a pandemia e com todas as inseguranças que lhe surgiram em decorrência, resolveu procurar terapia em outra linha teórica que não fosse a psicanálise. Em suas palavras:

Eu quis inclusive mudar a abordagem na terapia. Eu acabei fazendo terapia com uma Gestalt-terapeuta. Eu nunca tinha feito, mas nesse tempo da pandemia, até para isso eu me abri para o novo, sabe? Antes eu sentia como se eu estivesse traindo a Psicanálise. Nossa, estou traindo a Psicanálise, indo para outra abordagem, mas até nisso eu me abri assim para uma outra possibilidade.

A partir de sua fala, podemos nos questionar: o que será que Sofia não queria escutar naquele momento, embora fizesse um esforço para se abrir ao novo? Entendemos que a psicanálise faz com que os sujeitos entrem em contato com seus desejos, inibições, repetições, traumas e tantos outros aspectos inconscientes. Se defrontar consigo mesmo pode gerar muitos desconfortos e, é claro, resistências. Então, fugir de se escutar naquele momento parece ter sido uma saída, mas que, de acordo com ela, não durou muito tempo. Logo ela retornou para a sua análise anterior. Esse movimento de ir e vir está de acordo com as suas vivências de se abrir para o novo. Ao procurar uma nova psicoterapia, ela estaria se abrindo a novas formas de se escutar, mas também não temos como não pensar que ela fez isso justamente num momento de muita angústia, ansiedade e mudanças. Logo, uma resistência e negação em relação ao que acontecia parece ter surgido. Talvez por tanto tempo ela fugiu ou não deu espaço para o novo, que quando foi possível, em um primeiro momento isso pode tê-la assustado, fugiu inicialmente, mas depois conseguiu abrir-se e vivenciar um novo momento de sua vida.

Outro ponto de destaque comentado por Sofia, refere-se à quando conseguiu retornar aos atendimentos presenciais, que foi encarado por ela como um “*novo começo*”. Relatou que, ao rever os seus pacientes, “*era como se a gente estivesse se conhecendo pela primeira vez (...) e de fato era, porque a gente estava ali de máscara, era tudo muito estranho*”. É interessante essa ideia de se conhecer pela primeira vez, porque objetivamente Sofia sabia que não era isso, pois já atendia seus pacientes.

Entretanto, com o passar da pandemia, ela mudou, percebeu que poderia ser diferente e agir de novas formas. Ao reencontrar os seus pacientes, só que de máscara, ela percebia que existia uma mudança neles também. O estranhamento de ver os pacientes antes conhecidos,

mas agora “desconhecidos” pelas máscaras, talvez pudesse ser, além de outras coisas, uma projeção de Sofia, de tentar entender quem era ela naquele novo momento como analista? Ela conseguia se reconhecer? Será que seus pacientes entenderiam suas mudanças? Isso sem contar que, com o retorno, ela pôde de fato vivenciar a sua clínica nova, que havia construído pouco antes do início da pandemia. Ou seja, nesse retorno, tanto *setting* externo quanto *setting* interno estavam diferentes.

O retorno a fez entrar em contato com novas formas também no atendimento presencial, como os horários mais espaçados, a limpeza dos brinquedos e de outros recursos, fato que foi apresentado por Sofia com uma carga muito grande de cansaço. Disse que tinha uma “*exaustão muito maior que a de costume*”. Essa exaustão citada por ela nos leva a pensar em toda a carga emocional que o retorno ao presencial trazia às pessoas, uma vez que existia uma nova forma de se cuidar, alguns novos recursos eram obrigatórios (máscaras, álcool, distanciamento). Então, era uma somatória de fatores que levavam a esse cansaço extremo.

Além da limpeza ou dos novos horários, Sofia estava exausta pela condição que havia passado e ainda estava passando. E nesse ponto ela cita que as famílias e as crianças vinham para o consultório com um agravamento de fobias e ansiedade. Percebia os familiares de seus pacientes muito preocupados, angustiados e muito cansados. Acrescentou também que as sessões estavam sendo muito pesadas. Aqui, mais uma vez notamos que quando Sofia fala dos pacientes e de seus familiares, ela também parece ter projetado algo de si, apesar de ter comentado que, com a pandemia, fez muitas construções e pôde ser mais inventiva em suas intervenções. Isso não retira todo o teor de preocupações e ansiedade que ela também passava. Logo, não eram somente os familiares que estavam preocupados, angustiados, cansados, Sofia também sentia e vivenciava isso.

Quando questionada sobre o como se cuidou na pandemia, ela disse: “*Não me cuidei muito! Me privei bastante (...) Eu trabalhei mais ainda, talvez foi uma fuga, uma saída (...)*”

sempre ocupada para não ficar tão preocupada”. Entretanto, todo esse excesso de trabalho de Sofia fez com que ela entrasse em um estado deprimido, precisando inclusive buscar ajuda psiquiátrica por um tempo.

Eu fiz até um tratamento com o psiquiatra por 4 meses, porque eu estava com uma sobrecarga tão grande de trabalho que eu fui ficando muito deprimida, então o on-line também me causou isso. Me causou, fiquei bem deprimida e isso abalou todas as esferas da minha vida, inclusive de ficar muito depois desanimada com o trabalho e tudo mais.

Ela comentou que houve outros motivos que a levaram a procurar ajuda, como questões familiares, mas, pela sua fala, a sua alta produção em trabalho, ainda mais no momento de mudança, foi um grande fator de seu adoecimento. Percebemos que ela somente se cuidou quando começou a ter sintomas, ou seja, ela se abriu ao novo, experienciou várias mudanças. Na rotina exaustiva, foi entrando em um estado depressivo, que só depois foi levado em consideração e cuidado. Isso nos revela mais uma vez o quanto, em alguns momentos, Sofia custava a se escutar, tanto com relação à sua criatividade quanto à sua saúde. Logo, ela se ocupava na tentativa de não se preocupar, mas isso gerava adoecimento de outras formas em seu psiquismo. Entretanto, a preocupação acabava aparecendo em algum outro momento.

Notamos assim que Sofia já possuía potencial criativo em si, mas, como discutido, foi inibido em momentos de sua vida. Porém, com o advento da pandemia e o caos que ela ocasionou na mente das pessoas, nossa entrevistada, para sobreviver à pressão do momento, encontrou a via da sublimação, como um dos modos com que lidou com o seu sofrimento. Seu modo particular de enfrentamento tornou possível criar algo produtivo e relevante para si e seus pacientes naquele momento de tantas mudanças.

ENSAIO 5 – A culpa da transgressão de Cassiano

Cassiano, um psicanalista e professor universitário, residente em uma pequena cidade do interior do Brasil, apresentou inicialmente muitas preocupações com a ação que tomou, em nome da faculdade que lecionava, para com os seus alunos. Por ser uma semana de provas, mesmo sabendo que existia uma pandemia chegando, ele não cancelou a avaliação prevista.

Em suas palavras, disse:

eu mantive uma prova frente a não saber ou não entender a gravidade daquilo tudo que estava por vir (...) E eu lembro de me assolar um pouco esse momento (...) como que a gente pôde manter muitas coisas abertas ou em funcionamento, ou a nossa segurança em risco em nome do capital.

O que assolou Cassiano nesse tempo, e o fez ter tantas reflexões, foi um sentimento de culpa. Uma culpa por precisar obrigar seus alunos a fazerem algo que de fato era perigoso, pois já estava sendo noticiado, mas que mesmo assim, precisou manter, como disse, “*em nome do capital*”, em nome do seu emprego e de sua permanência na instituição. Imagina se um professor resolvesse não aplicar uma prova em um momento de incertezas pelo próprio medo, ou pelo medo dos alunos? Levando em conta o modo como o capitalismo funciona, a saída seria a sua demissão. Cassiano parece ter vivido um dilema ético e moral nesse momento, e isso que o assolou, pois foi sua culpa por não conseguir lutar contra uma força maior, no caso a faculdade e o capital. Mas aqui podemos pensar que outras forças maiores, além dessas, Cassiano poderia ter dificuldades de enfrentar?

Quando ele abordava esse momento, nos surgiu na mente a expressão “de mãos atadas”, como se ele soubesse que poderia fazer algo a mais, porém, estava preso ou sem a possibilidade de fazer aquilo que seria necessário naquela situação. Um ponto marcante nesse momento, foi quando ele trouxe que uma de suas alunas disse que não iria à faculdade, que as coisas iriam fechar e que não importava a prova. Ele pareceu entender a situação, realmente a

prova não importava, mas ele não podia sustentar isso naquele momento. Entretanto, sua aluna foi capaz.

Nesse primeiro momento de sua entrevista, é interessante notar o quanto uma certa lógica de trabalho, a lógica do capital, a lógica de uma política negacionista, imperava em alguns contextos. Por mais que algumas pessoas não concordassem com isso, como no caso de Cassiano, eram meio que levadas por uma onda muito maior, e nadar contra a correnteza com as mãos atadas era um trabalho praticamente impossível naquele contexto.

Ao começar a abordar mais especificamente sobre a sua clínica, Cassiano comentou que antes de morar nessa cidade onde está atualmente, vivia em uma outra, mais no interior. Trabalhava em outras duas cidades, ou seja, vivia na estrada, vivia entre lugares diferentes para exercer a sua profissão e, porque não dizer, partes de sua vida. Uma parte de seu dia era usada nas estradas, nas viagens, nesse lugar que é um não-lugar, um espaço que é uma transição. Quando ele tem a possibilidade de se mudar, criar a sua casa, a sua clínica, ter seu espaço físico, tanto de trabalho, quanto de moradia, a pandemia acontece. Isso parece colocar Cassiano mais uma vez nesse entre lugares. Decretada a pandemia, as pessoas não podiam mais sair, *“as pessoas não podem mais ir à clínica”*. A única opção, por um tempo, era o *on-line*, que é e não é um lugar, dependendo da forma como se apropria disso. E na experiência de Cassiano, principalmente na cidade em que ele morava, a demanda pelos atendimentos *on-line* quase não surgiram.

Em relação à ideia de atendimentos *on-line*, Cassiano havia passado pela experiência uma vez, como paciente. Disse que não havia sido uma boa experiência e, como analista, no momento da pandemia, seria sua primeira experiência. De início, a grande maioria de seus/suas pacientes preferiu pausar suas análises e apenas duas pessoas aceitaram experimentar esse novo formato. Ele deixou bem claro que seria uma experiência nova para

ele também e que, no dia a dia, iriam vendo se aquele formato fazia sentido ou não, para ambos/as os/as participantes da dupla.

Uma fala de Cassiano nos chamou a atenção, que foi quando disse: “*ninguém tinha vivido uma pandemia antes, e a gente não podia dizer aos pacientes isso, o quanto a gente também sabia o que fazer*” (destaques nossos). Chamou nossa atenção por três motivos. O primeiro, realmente, ninguém havia passado por uma pandemia para saber como se organizar, ou como poderia passar por ela. O segundo, foi ele ter afirmado que não poderíamos dizer isso aos pacientes e nos questionamos: mas por que não? Qual seria o problema em poder compartilhar esse não saber com os pacientes? Falar sobre o que não se sabe seria um problema para Cassiano? Por último, foi o que nos pareceu um ato falho de Cassiano, ao dizer que sabia o que fazer naquele momento. Será que alguém de fato sabia o que fazer? Existiria uma segurança assim tão grande nas pessoas? Cassiano em sua fala se demonstrava inseguro quanto a esse novo formato de atendimento. Talvez pelo fato de voltar a ficar no entre lugares com seus pacientes, mas ao mesmo tempo apresenta o que nos parece um ato falho, ao dizer que sabia o que fazer. Talvez ele soubesse, no sentido de realmente não querer atender *on-line*, o que ficou evidente mais adiante em sua fala. Mas, mesmo assim, talvez por uma pressão social, ou por perceber a necessidade de fazer essa mudança, acabou aceitando como uma experimentação, apesar de já saber consigo, ou ter indícios, de que não queria manter o formato *on-line*. Mais uma vez podemos retomar aqui nossa discussão sobre o dilema ético de Cassiano, entre o que ele de fato deseja e o que parece ser pedido socialmente, como no caso da faculdade e das aulas.

Associando o segundo motivo que nos chamou atenção na fala de Cassiano, o que será que ele não poderia dizer aos seus pacientes de fato? Ou aprofundando mais, o que será que ele não poderia dizer ou perceber em si mesmo naquela situação? A pandemia naquele momento tomava um contorno para Cassiano de muitos cuidados e dúvidas. Esse não falar

algo de uma vivência conjunta com seus pacientes, parecia ser algo mantido em segredo por ele e que não podia ser nomeado, como veremos mais à frente. Ao não falar, Cassiano parecia ter uma cobrança muito grande no sentido de não mostrar erros, de manter algo até o final, ou até que ficasse insustentável, apesar de poder já saber ou ter uma noção de seu real desejo, daquilo que realmente lhe fazia sentido.

Isso pode estar associado com o seu viver por anos no entre, no meio, no caminho, e não ter de fato um lugar que possa bancar, tanto fisicamente quando emocionalmente, e que aí se sentisse bem e confiante para ser e falar. Podemos dizer que houve uma cobrança tão grande em nome dos outros, ou de manter uma posição, que não lhe permitiu uma abertura um pouco maior para uma certa espontaneidade de suas próprias vivências.

Apesar de não gostar dos atendimentos *on-line*, Cassiano fez a experiência. Em suas palavras, “*não foi uma experiência que particularmente me agradava pensar a continuidade da clínica on-line assim. Me incomodou bastante nesse momento, dar continuidade no atendimento on-line*”. Tanto que os seus atendimentos foram somente alguns e por pouco tempo. O que mais durou foi em torno de cinco meses. Ele relata que não se sentia confortável com essa experiência, não estar na clínica presencial era muito difícil, pois o espaço físico dela o ajudava a se organizar. Cita o acordar, se arrumar, ir até à clínica, arrumar a agenda, saber os horários de cada paciente, como fatores que ajudavam na sua organização psíquica e que na modalidade *on-line* ele se desorganizou.

Para ele, os atendimentos *on-line* eram invasões de sua intimidade, um lugar que não pertencia à relação com os pacientes. Frases como “*era sempre desconfortável*” e “*me incomodava bastante*” foram utilizadas por Cassiano para demonstrar o estranhamento dessas invasões. Sentia como se estivesse recebendo os pacientes literalmente em sua casa e que, em alguns momentos, era como se fosse um colega em uma conversa e não uma análise de fato. Para alguém que viveu por anos na estrada, naquele momento ter o seu lugar físico tinha uma

força muito grande, tanto a sua casa, como a sua clínica. Ver esses dois lugares superpostos pareceu ser demais para ele naquela circunstância. As linhas que separam a sua vida pessoal e a sua intimidade, de sua vida profissional, ficaram sobrepostas, o que pareceu não fazer sentido para Cassiano. Talvez pudéssemos conjecturar que essa superposição se tornasse um espaço simbiótico, onde tudo de sua vida ficasse amalgamado, sendo demais para a sua saúde mental.

Aqui pensamos na ideia de limites e do como eles são importantes de modo geral, mas que, no caso de Cassiano, essa ideia tem particularmente um importante papel. Como ele mesmo disse que a clínica presencial o ajuda a se organizar, ter um limite de espaços parece ser de fundamental importância para sua psique. Sabemos que em um processo simbiótico, considerando o desenvolvimento emocional, há uma falta de limites entre a figura materna e o bebê, uma vez que eles estão fusionados, superpostos em suas singularidades. Por um tempo, isso é esperado que aconteça, mas chega um momento em que os limites são necessários para o desenvolvimento dos sujeitos envolvidos. O que antes era uma fusão precisa se dividir e dar espaço para cada um ser um sujeito único e singular. Na experiência de Cassiano, esse processo pode ser suposto em sua relação com a clínica e o seu espaço pessoal. Se isso é uma repetição de sua história, nesse momento não temos recursos para saber. Mas podemos criar a hipótese de que esse processo de superposição e separação de lugares para organização psíquica possa ter alguma raiz em suas relações iniciais.

Outro ponto a ser destacado refere-se à quando Cassiano disse em relação aos atendimentos *on-line*: “*me gerava um estranhamento de quase uma transgressão à regra assim. Como se eu tivesse transgredindo a psicanálise*”. Essa ideia de uma transgressão chama a atenção, uma vez que naquele momento era uma possibilidade atender no formato remoto, mas para quem se sentisse à vontade com aquilo, mesmo sem ter uma noção de quanto tempo de fato duraria essa condição. Mas por que será que Cassiano entendia isso

como uma transgressão? Talvez naquele momento atender *on-line* fosse uma transgressão não somente à psicanálise como ele pontuou, mas uma transgressão aos seus próprios limites.

Dois pontos são importantes de destacar aqui: a ideia de transgressão da psicanálise, na qual os atendimentos *on-line* para ele eram vistos ou vivenciados dessa forma, e algumas normas culminavam por serem colocadas em suspenso, o que para ele, como discutido anteriormente, fazer algo que fosse contra uma certa ordem (social, etc.) era muito difícil; segundo, a ideia de transgredir a si mesmo e aos seus limites que, no caso, ele se permitiu experimentar, mas pode perceber e aceitar para si que

o on-line não era para mim. E que eu não conseguia e eu não dava conta de acolher esses pacientes (...) eu não sentia que eu entregava um trabalho de qualidade, que eu não escutava como eu escutava num ambiente físico.

Para Cassiano, ficou muito demarcado o quanto o atendimento *on-line* não era possível para si, apesar de se permitir à experiência. Ele comentou que nesse formato de atendimento sua composição como analista era retirada, pois o espaço físico era importante para dar os contornos que para ele são necessários em uma análise, como a sala de espera, as poltronas, o divã, a respiração, a porta de entrada, aspectos esses que lhe compunham, por não serem apenas elementos objetivos, externos. Quando ele diz que sua composição como analista era retirada, em um momento dá a impressão de que algo retirava isso dele, e podemos entender que esse algo seria uma parcela de si mesmo, que diante da pandemia, o fazia se sentir excluído de sua função analítica. O *setting* físico era algo muito importante para que Cassiano pudesse estar como psicanalista com os seus pacientes.

Para mim, eu preciso do consultório, eu preciso do meu consultório, eu preciso me sentar na minha poltrona, eu preciso me deslocar até esse espaço, que entendo que é um lugar simbólico. (...) Entendo que é um processo, mas eu não dou conta só do on-line. Logo me distraio com o virtual, muito facilmente.

Estar em casa e atender *on-line* por conta da pandemia, era uma transgressão para Cassiano em relação à psicanálise e a si mesmo. Não estar em seu consultório parecia lhe retirar a possibilidade da escuta psicanalítica com seus pacientes. Usamos, para isso, a

expressão “cada um no seu quadrado”, como se em cada espaço específico Cassiano se permitisse atuar em um formato de si. Logo, o formato psicanalista era somente no consultório (espaço físico), e ter uma ação fora dele, com seus pacientes, seria algo errado, transgressor da norma. Outra via de se analisar essa circunstância seria o fato de pensar que, ao não estar em seu consultório, a sua função analítica se perdia, mas isso seria uma relação de causa e feito.

Contudo, como dissemos anteriormente, talvez existisse algo em Cassiano que excluísse essa função, somado ao fato de que não estar no consultório poderia instaurar uma falta, na qual ele perderia seu lugar simbólico. Nesse ponto, notamos que ele fazia uma separação entre o *setting* interno e externo, como se fossem coisas separadas e não pudessem coexistir nesse novo momento pandêmico, com os atendimentos *on-line*.

Em alguns momentos da entrevista, Cassiano dizia que o *on-line* lhe retirava algumas coisas que se referiam ao seu lugar de psicanalista, como: “*o on-line me tira isso, me tira um pouco desse chão, desse lugar que me compõe também como um lugar de escuta*” e “*o on-line me tira isso, me tira a possibilidade de brincar às vezes com as traduções*”. É interessante tomar nota dessas falas, pois a ideia de que algo *on-line* aparece para retirar uma posição de psicanalista ocupada por Cassiano, deu-nos a impressão como se o “*on-line*” fosse uma pessoa, um vilão de uma história em quadrinhos que retirava as possibilidades de ser dele, e não como alguns estavam entendendo como um meio de continuar exercendo sua função de psicanalistas. Por que será que Cassiano não conseguia ver isso como uma possibilidade e uma saída para aquele momento? Talvez pelo fato de fazer uma cisão entre seu *setting* interno e *setting* externo.

Podemos ainda questionarmos o quanto o *on-line* fazia com que Cassiano ficasse novamente no entre uma coisa e outra, em um espaço confuso e de perda para ele, que ao mesmo tempo lhe trazia, talvez de forma inconsciente, lembranças de um momento que ele

ficava no meio de algo. Dessa forma, não teria um lugar, uma posição, um estado em que pudesse se sentir integrado, seguro consigo e com o meio em que está envolvido. Quando ele diz que o *on-line* retira coisas de si, é como se existisse algo de ruim nessa possibilidade nova para si, o que lhe trazia sensação de perda e não integração.

O *on-line* nos parece entrar como um terceiro na relação de Cassiano com seus pacientes, como um estrangeiro que o impedia de exercer seu trabalho de forma espontânea. É como se atender *on-line* fizesse uma espécie de ameaça de castração simbólica nele, na qual sua capacidade de escuta acabava por ser inibida. Junto com a não escuta, ele relata que sua capacidade de brincar com os pacientes também ficou comprometida no modelo remoto, como apresenta: *“eu não conseguia brincar com as palavras. Não tinha outros elementos assim, de uma desconstrução, ou que aparecia assim uma pergunta que saia da superficialidade, das histórias, o que adentrava uma profundidade”*. Interpretar o atendimento *on-line* como um terceiro na relação de Cassiano, nos leva à ligação com a dificuldade com aquilo que é estrangeiro e o habita, que em alguns momentos ele pode entender e em outros não. Outra interpretação seria a sua dificuldade em transgredir as regras da psicanálise, e talvez não só dela, mas quaisquer outras regras, o que o levaria a um processo de culpa e inibição, o impedindo de se abrir para o novo.

O novo é o estrangeiro como Cassiano diz, e diante desse novo, em alguns momentos ele acaba por inibir sua possibilidade construtiva. Nesse ponto, há uma contradição, pois quando ele relata um sonho que teve durante a pandemia em uma língua estrangeira, conseguia entender e falar. Em seu relato diz que o estrangeiro está perto, que pode conversar com ele, mas na realidade esse estrangeiro parece ser ruim para Cassiano, deixando-o inibido.

Como ele expressa nesse momento ao relatar seu sonho:

Eu estou com a minha professora de francês dentro do quarto. E ela está falando comigo o tempo inteiro em francês e eu estou super entendendo. E estou super feliz, porque eu estou super entendendo o francês e eu estou respondendo a ela. E ali acaba o sonho. E daí eu tenho esse sonho no contexto de pandemia, que eu estou preso

dentro do quarto, mas que o estrangeiro está dentro, e que aquela língua que eu não sabia falar, mas que no sonho aparentemente eu entendia tudo, mas que ficava essa mistura entre eu sei que eu não sei falar isso, eu sei que quando tu fala comigo eu não te entendo, nada.

Em relação ao retorno ao presencial e sobre a possibilidade de falar sobre o que havia acontecido durante a pandemia, Cassiano comentou que, para ele, “*a clínica voltou como se nada tivesse acontecido*”, sendo que falar sobre o ocorrido seria levantar um horror difícil de lidar, comentando que “*era demais eu falar e eu quebrar o silêncio*”, em relação à pandemia. Entendemos que falar sobre a situação traria a efervescência da força do que aconteceu, mas, ao não tocar no assunto, era como se ele fechasse os olhos para o que havia acontecido. Então, os pacientes não tocavam no assunto e ele também não se permitia falar sobre, tanto que afirma: “*falar era levantar o horror e a perversão social que a gente compactuou de alguma forma, mas escutar também era demais*”. Falar e ouvir causava em Cassiano uma “*angústia terrível*”, que conjecturamos ser em função da não possibilidade de representação do que estava sendo vivenciado, bem como pelo silenciamento que ele mesmo se proporcionou ao não abrir espaço para isso em sua clínica. Como ele percebeu, falar sobre seria trazer à tona aspectos horríveis da situação e que ele também se sentia envolvido. Logo, não falar e não olhar, de algum modo diminuiria a sua culpa pela possibilidade de racionalizar o acontecido, por seguir em frente como se nada tivesse acontecido, como se fosse algo passageiro.

Cassiano relata que a angústia e o não saber eram tão difíceis naquele momento, sendo muito complicado conseguir manter os atendimentos clínicos, pois as questões que seus pacientes tinham, ele também tinha. Questões que ninguém de fato sabia responder, mas ele se sentia mal e comenta: “*era tanto desamparo, tanto desamparo, que eu não podia dizer que o outro: Tudo bem!*”. De fato, não tínhamos como afirmar nada naquele momento, mas é interessante o quanto isso se torna desorganizador para ele. Sabemos que no campo psicanalítico não podemos dar as respostas aos pacientes e Cassiano sabia disso. Mas, ao mesmo tempo, nesses momentos parecia que ele precisava devolver algo e, ao não fazer isso,

sentia-se mal. Dessa forma, fazia uma ligação quase que direta ao não conseguir atender *online*.

No meio dessas discussões sobre a sua clínica, Cassiano se apegou bastante em seu trabalho como professor e orientador de estágio. Comentou que, nesse lugar, ele teve bastante gasto energético. Como na clínica os pacientes diminuíram naquele momento, ele pôde se dedicar ao outro emprego e trouxe isso como uma saída possível para o desamparo, tendo em vista que, com a universidade, as aulas, os estágios, se mantinha ocupado. Isso o ajudava a diminuir sua angústia, como relata: “*estar ocupado era um pouco de fazer frente à angústia de eu não sei o que acontece amanhã, porque senão era muito desamparo*”. Assim, o trabalho da clínica era angustiante para Cassiano, pelas transgressões que acabavam por acontecer. Por outro lado, o trabalho com as aulas enchia sua cabeça e, apesar de em alguns momentos não poder ser criativo, essa era uma forma de preencher o seu tempo, ajudando-o a não olhar tanto para a pandemia.

ENSAIO 6 – Um consultório sem fronteiras: a mudança de Aline

Ao entrevistar a psicanalista Aline entramos em contato com alguns pontos importantes sobre os atendimentos remotos durante a pandemia, principalmente pela sua sinceridade e objetividade ao relatar as situações que passou. Sua primeira preocupação foi o susto com as mortes causadas pela Covid e, posteriormente, também se assustou com a reação de seus pacientes.

O medo das mortes vinha pelo fato de ter pais idosos, tios e parentes mais velhos, o que lhe fazia ter muitos cuidados, principalmente no início da pandemia, em que os noticiários davam indicações de que essa faixa etária era a mais prejudicada com a doença.

Esse medo fez com que Aline se fechasse, saindo de casa o mínimo possível. Ela e o marido se dividiam com as saídas necessárias, mas na maior parte do tempo estavam de quarentena.

De início, ela comentou ter muito medo da contaminação e de que poderia passar a doença para os seus pais e parentes mais velhos. Imaginamos como seria difícil para ela, ainda mais naquela ocasião de incertezas, ser a causadora da doença de alguém que fazia parte de sua família e com quem ela se importava. Mas aí temos o ponto de virada em sua fala, quando relata que estava se cuidando muito, mas o grande problema, na realidade, eram os seus próprios pais, que não se cuidavam.

Eu estava muito preocupada com eles por serem idosos, meu pai paciente cardíaco, e por aí vai, reformaram casa, pedreiro o tempo todo lá, foi um... foi uma coisa de louco. Então eu evitava não com medo de eu contaminá-los, mas com medo deles me contaminarem e eu contaminar pacientes.

Esse ponto chamou nossa atenção, pois de início ela trazia a responsabilidade da situação para si, talvez por ser mais nova, estar mais em contato com as pessoas. Entretanto, depois a situação se inverteu e o medo passou a ser de seus próprios pais: de contaminá-los a ser contaminada. Pensamos na ideia de uma função parental suficientemente boa, que erra e acerta no cuidado dos filhos, mas que nessa situação, em específico, pareciam não se importar com o que ocorria, não levando a sério a pandemia. Desse modo, o cuidado que muitas vezes se espera dos pais, acabava não ocorrendo e, assim, Aline precisava ocupar essa função sozinha.

Temos aí a situação do medo de contaminação. Por conta disso, ela acabava por se afastar de seus pais. Entendemos que era um afastamento pela pandemia, mas ao mesmo tempo podemos pensar que esse medo de contaminação, esse algo de ruim que vem de um outro, faz com que Aline se afaste, se feche, tenha um cuidado muito grande consigo. Um ponto de destaque aqui é que, durante a entrevista, Aline estava morando em outro país já há algum tempo. E ligando o medo de contaminação com essa mudança (de país) e afastamento (dos pais), nos veio a questão: do que será que de fato ela estaria se afastando? Claro que

existem diversos fatores que podem estar envolvidos com essa mudança, mas aqui fazemos uma suposição a partir de nossa escuta e do que fomos associando a partir de sua fala, conforme tentamos explicitar na sequência.

O medo da contaminação foi apresentado inicialmente por Aline como vindo de seus pacientes, e parece que depois disso se tornou algo que a afetava também. Aqui podemos notar o quanto algo que vem de fora, dos outros, acabou por acessar sua mente e se tornar algo que também fazia parte de si. Assim, o seu afastar-se estaria ligado ao seu medo inicial relacionado às mortes, e também à contaminação e aos possíveis efeitos que isso poderia ocasionar em sua saúde e de quem estava próximo.

Com a necessidade do *lockdown*, Aline precisou iniciar os atendimentos *on-line*, o que antes era visto por ela com bastante preconceito e descrença, como fica evidente em sua fala:

Eu tinha muito preconceito em relação a isso. Eu já tinha dado uma olhada, até mesmo por essa questão de planos de sair do Brasil, lá atrás eu já tinha alguns planos e falei: caramba, como que vou sustentar minha profissão? Eu não vou abandonar minha profissão. E aí eu fui dar uma olhada, mas assim, com muito... com bastante preconceito, com bastante... (pensou um tempo) ... preconceito é a palavra que mais se encaixa nisso. Com uma descrença que isso poderia dar certo, principalmente pensando em psicanálise.

É interessante perceber o quanto antes Aline via esse tipo de atendimento com preconceito e, a partir da pandemia, com a necessidade, isso acabou por se tornar “*natural*” para ela. Ficamos pensando e nos questionando em como algo que vinha de um lugar de descrença, consegue se tornar natural em tão pouco tempo? Quando ela fala que se tornou natural, deu-nos a impressão de que havia sido fácil essa passagem, de que não existiram problemas a enfrentar. O que não foi o caso de Aline, pois ela teve algumas dificuldades. Uma parcela de seu preconceito vinha pelo fato de achar que alguns conceitos psicanalíticos não poderiam ser abarcados em uma análise *on-line*, como se evidencia em sua fala: “*Eu acho que o meu medo maior estava relacionado com a questão da transferência, contratransferência, uma sensação de não ser humano*”. Entretanto, como ela mesma afirmou, já existia vínculo

com os seus pacientes e isso ajudou no processo de aceitarem e continuarem com os atendimentos na nova modalidade.

Nesse âmbito, um ponto muito importante abordado por Aline, foi que metade de seus pacientes não aceitaram ir para a modalidade *on-line* durante a pandemia. Disseram que esperariam a situação passar, para que pudessem voltar. Cada paciente tinha uma situação específica que não lhes permitia mudar para o novo formato e, para ela, isso foi muito difícil, como afirmou

Isso gerou raiva em mim, falei: caramba, são pessoas que precisam do atendimento, são pessoas que não estão bem, mas são pessoas que estão me afetando. A raiva vinha nesse aspecto de afetar o meu financeiro, porque, assim, de uma semana para a outra, metade da minha agenda, ou seja, metade da minha renda, não entrou mais.

Essa foi uma fala importante de Aline, uma vez que, na entrevista, pôde dar vazão a um sentimento vivenciado naquela ocasião. Além de uma pandemia que já vinha mudar as condições de vida e trabalho daquele período, a situação de metade de seus pacientes não aceitarem o atendimento *on-line* também se tornou um problema para ela. O fato de poder sentir raiva e falar sobre isso nos fez pensar no quanto ela se permitiu sentir e ter acesso às suas emoções. Mas um outro aspecto nos chamou a atenção. Ela comentou sobre a raiva de seus pacientes, mas não falou sobre ter alguma raiva de seus pais, por não se cuidarem na pandemia. Isso nos levou a pensar no quanto a raiva poderia ser dos pacientes, mas também ser um deslocamento da raiva que ela mesma de algum modo sentiu de seus próprios pais, uma vez que, ao não se cuidarem, colocariam ela em risco de se contaminar com o vírus e desenvolver a doença. Enquanto os pacientes lhe retiravam condições financeiras, os pais poderiam morrer ou contaminá-la com o risco de ela perder a vida.

Com os pacientes que toparam fazer atendimento *on-line*, Aline se deu conta que possuía uma clínica montada em sua casa. “*É um consultório, tinha uma poltrona, tinha um sofá, tinha a estante com livros e eu me organizei e comecei a atender essas pessoas ali*”. Ela disse se adaptar muito rápido e fácil com esse novo formato e que fez uma transposição do

setting presencial para o *on-line*. Fazer essa mudança no *setting* fez com que ela pudesse perceber que no *on-line* seria possível os atendimentos, apesar de seu preconceito inicial.

Um ponto importante a ser aprofundado é que Aline, ao comentar sobre o preconceito anterior em relação aos atendimentos *on-line*, acaba por nos fazer notar que isso já era algo que ela procurava antes mesmo da pandemia, principalmente pelo fato de ter o desejo de morar fora do Brasil e não querer deixar de exercer a profissão. Entretanto, naquele momento não havia a necessidade ainda; logo, o preconceito imperava, fato que abordamos anteriormente. Aqui avançamos ao notar que, com a chegada da pandemia, Aline precisou atender *on-line* e, com isso, o seu preconceito e a descrença foram descartados. A necessidade fez com que o seu preconceito fosse colocado em xeque e desarmado, para que ela pudesse continuar trabalhando.

Nesse processo, o seu desejo de morar em outro país, que até então estava reprimido, foi estimulado novamente, tendo na realidade um saldo positivo, pois ela percebeu que conseguia atender *on-line* e que era possível. Ao dizer que foi um processo natural, isso nos causou um estranhamento, pois se antes era um preconceito, como que se tornou tão simples? Aquilo que anteriormente era tão difícil e que parecia não fazer sentido em sua prática, se tornou algo possível e ficou fácil com a necessidade premente. Aline parecia fazer uma tentativa de reverter a situação ao seu oposto. Ao entender que era possível, ela arrumou um jeito próprio de fazer sua clínica e ficou fácil, conseguindo renunciar a seus preconceitos e reformulá-los, visto que havia uma necessidade e um desejo em consonância.

A pandemia chegou sem avisar, fez com que o formato *on-line* fosse necessário e urgente, bem como a necessidade de uma preparação foi muito mais rápida. Aline foi pega desprevenida e, nesse sentido, a sua saída foi propor aos pacientes e fazer a mudança. Aceitou a nova possibilidade e, de alguma forma, se adaptou rapidamente, fazendo isso dar certo em sua prática clínica. Sua adaptação também foi possível graças ao vínculo existente com os

pacientes que atendia presencialmente, que a ajudaram a criar essa forma de atender, pois para ela: “foi uma troca, não foi só do meu lado”. Ela relatou que novas estratégias de atendimento surgiram, inclusive com pacientes adolescentes passou a jogar jogos *on-line*, compartilhar a tela, coisas que não faziam parte de sua prática, mas que começaram a fazer sentido.

No tempo que atendeu *on-line*, antes de poder retornar ao presencial, foram mais ou menos três meses. Nesse período, outros pacientes a procuram, mas aí já no formato *on-line*, e assim, mesmo quando retornou ao atendimento presencial, sua clínica já não era mais a mesma. Aquilo que antes era uma descrença e preconceito, passou a fazer parte de seu cotidiano.

No retorno, novas adaptações precisaram ser feitas, pois durante a pandemia, os cuidados precisavam ser muito específicos, como o uso de álcool em gel, as máscaras, o distanciamento; e tudo isso foi feito por Aline. Mas as adaptações também precisaram acontecer de outras formas, pois ela tentava dividir seus dias em períodos que atendia somente presencial na clínica e aqueles em que atendia somente *on-line* em sua residência. Isso a deixou um pouco bagunçada, como ela nos diz:

Bagunçou um pouco a minha agenda. Então eu me senti um pouco bagunçada, porque aí eu tentava organizar o período que eu ia para o consultório, e o período que eu atendia on-line eu atendia em casa para eu não ficar tanto tempo exposta no consultório.

Não ficar tanto tempo no consultório era pelo fato de dividir com outras pessoas e, para se resguardar, ia para a sua residência atender de lá. Entretanto, essa divisão de horários foi um ponto importante destacado por Aline, pois relatou que era como se ela tivesse dois trabalhos. Nesse ponto, sua mente ficava dividida nos espaços que poderia atender. Antes da pandemia, ela relatou que investia muito mentalmente no espaço físico de sua clínica, o que nos fez perceber a presença de um *setting* interno ligado a esse formato de atendimento. Ao ter o preconceito e descrença nos atendimentos *on-line*, podemos trazer como hipótese que Aline parecia não se dar conta que o seu *setting*, externo e interno, poderia se modificar.

Supomos haver uma resistência em renunciar a um *setting* interno já estabelecido e ligado ao formato de atender no presencial. Ao não perceber que poderia existir uma mudança, ou aceitá-la, um conflito se estabelecia em sua mente, uma vez que para morar fora, ela precisaria se abrir e acolher as mudanças de *setting*.

Ao se abrir para a mudança, ligada ao choque da pandemia, à necessidade e ao desejo, ela se permitiu novas formas de investimento, sendo possível se reconstruir na relação com a clínica. Aqui paramos para pensar o quanto ela parecia fazer antes e bem no início da pandemia, um único tipo de construção de seu *setting* interno e externo, não vendo novas possibilidades de atuação. Sabia que existiam outras formas, mas estava difícil se abrir para elas. Aqui trazemos a hipótese de que isso foi por ela expresso em termos de sua descrença e preconceito, por ainda não ter colocado seu desejo em prática, sendo essas as formas que ela se utilizava para negar as novas possibilidades. Entretanto, após o início dos atendimentos *on-line*, ela pôde ter recursos internos para (re)construir e ampliar seu *setting* interno, percebendo que os atendimentos poderiam acontecer no novo formato e que eles funcionavam.

Nessa ideia de uma divisão entre *setting* interno e externo, Aline trouxe uma fala importante: “*parece que a clínica hoje, parece que o setting, a clínica como um todo, está mais dentro de mim, do que qualquer outra coisa*”. Após a pandemia, ela pareceu de fato se permitir entender que a clínica não era somente o espaço físico que atendia e o como ela fazia isso, mas que havia algo mais profundo, ligado ao seu espaço interno, que poderia ser repensado e modificado dadas as circunstâncias, que isso não a faria perder o seu lugar de analista, mas apenas poder construí-lo de formas diferentes. E ela segue afirmando: “*hoje não é concreto, hoje que eu falo assim, porque eu só atendo on-line. Então é um setting muito mais interno, parece que demanda mais de mim, do que demandava antes*”. Isso é um ponto interessante, pois Aline percebeu que, com os atendimentos *on-line*, pôde rever seu *setting* interno, sentindo-se muito mais demandada do que antes.

Mas aí temos nossa discussão, pois esse *setting* interno já existia antes, ele já fazia parte de sua prática, mesmo com o consultório físico. Sendo assim, por que será que ela não se permitia pensar sobre ele? Talvez ela já fizesse os cuidados necessários, mas sem se dar conta de que isso existia consigo própria. Um ponto que nos ajudou a validar isso, foi quando ela começou a fazer análise *on-line* com sua analista, que era uma senhora de mais idade e que não sabia como usar as redes. Aline disse que elas poderiam tentar juntas fazer isso acontecer, afirmando ainda: “*preciso do atendimento on-line para eu sentir como é, porque eu estou atendendo on-line*”. Ou seja, ela queria vivenciar também aquela experiência, sentir como seria e do que se tratava, se cuidar dessa nova forma, para que pudesse se sentir confortável e confiante de que seria possível. Se para ela funcionava, por que para os seus pacientes também não poderia funcionar? Sobre as suas sessões de análise, ela disse: “*eu não tive dificuldade alguma para falar, ou qualquer coisa nesse sentido. Eu mantive, foi natural*”. Mais uma vez ela apresenta a ideia de que aconteceu de forma natural. Como discutido anteriormente, agora pensamos: por que será que foi natural para ela? Talvez porque, nesse processo, ela foi se permitindo entender o seu *setting* interno e o quanto de possibilidades poderiam existir. Apesar de ele não ser nominado, estava ali e, no novo momento, ela passou a entender que poderia utilizar seu *setting* em qualquer lugar que fosse, sem precisar ter um olhar fixo sobre a clínica ligada ao atendimento presencial.

Ao ter um novo entendimento acerca do *setting* psicanalítico, reformulando, reconstruindo o seu *setting* interno (apesar de não nominado, como discutimos anteriormente), nos atendimentos durante a pandemia, Aline sentia-se afetada pelas situações que os pacientes traziam. Mas disse que ligava um botão de suas defesas, deixava-se de lado e “*focava muito na história de cada paciente para entender o que aquilo que ele estava me falando tinha a ver com ele*”. Esse botão que ligava, como ela mesmo nominou, era uma defesa, na qual fazia

uma separação entre a sua vivência e a de seus pacientes, para que aquilo não interferisse tanto na sua escuta.

Esse é um ponto importante, porque no momento da sessão é o paciente que precisa ser escutado, mas também devemos levar em consideração que uma parte de Aline também estava sendo afetada, apesar de ela tentar negar isso. Então, ao deixar-se de lado, como afirmou, será que alguma parte de si, além daquela que envolvia a sua escuta analítica também não era deixada? O que significa deixar de lado uma parte de si para atender? Será que isso não seria uma forma dela não encarar a própria angústia? Por um lado, entendemos que ela fez isso pensando na ideia de neutralidade, em que coisas de si não podem interferir na sessão. Mas, por outro lado, é como se ela tirasse uma parte de sua humanidade e de sua vivência, não olhasse a sua angústia, que se fosse manejada poderia inclusive ser uma ferramenta para lhe ajudar em sua escuta.

Em relação ao fato de atender *on-line* e a relação com os pacientes, Aline comentou que sentiu uma diferença no sentido de que algumas coisas são perdidas, como o contato humano, o cheiro, os sons de modo geral, que são coisas que lhe fazem falta; mas que em relação ao vínculo ela não sentiu diferença. Nesse sentido, para ela não houve uma perda: *“então eu vejo que é possível, é totalmente possível, aí eu fico mais confortável”*. A falta do contato humano presencial nos fez associar com a ideia de *holding*, de sustentação, dos primeiros contatos do bebê com a figura materna que lhe mostram o mundo em pequenas doses e o faz conhecer e dar sentido aos cheiros, sons e por aí vai. Ao não ter a clínica presencial, ou pensar nessa possibilidade, talvez fizesse com que Aline se sentisse sem sustentação, sem condições para exercer sua função. Entretanto, com o passar do tempo e a experimentação da prática *on-line*, ela pôde se abrir para o novo, criar recursos, ampliar o seu *setting* (interno e externo) e ter novas formas de atuação, enfrentando seus medos, mantendo vínculos dentro dos limites possíveis e utilizando seus recursos criativos ao se abrir ao novo.

Capítulo 5

O *Setting* Psicanalítico e a Pandemia: Resultados e Discussões

Nossa pesquisa nos fez entrar em contato com as vivências de seis psicanalistas diante da pandemia do Coronavírus, a partir das quais foi possível depreender acerca dos impactos ocasionados no *setting psicanalítico*, externo e interno, bem como nos fez pensar sobre algumas possíveis repercussões disto no campo psicanalítico. Tendo isto em vista, no presente capítulo apresentamos nossas reflexões relacionadas ao tema proposto, de certo modo como elas nos foram emergindo do contato com o material das entrevistas e dos ensaios.

Como vimos no capítulo anterior, ao se tentar entender como cada psicanalista havia lidado com a chegada da pandemia, principalmente no âmbito profissional, predominou a afirmação de que, no início, não acreditavam na gravidade dos fatos, considerando como algo distante e que não chegaria até a nossa realidade. Embora tenhamos essa concepção geral predominante, também observamos o quanto cada psicanalista lidou de uma forma diferente diante de um perigo externo que chegou e impôs mudanças, mesmo que inesperadas. A pandemia veio e gerou um abalo na vida das pessoas, fazendo com que cada sujeito lidasse com a sua chegada acionando recursos psíquicos, inclusive defensivos, que auxiliassem no enfrentamento da situação naquele momento.

Em diversos momentos de suas falas, nossos/as entrevistados/as nos fizeram perceber o quanto essa vivência de ameaça de castração, de quebra de uma suposta onipotência, de perda de controle da situação, os colocou numa posição de intenso desamparo e de dúvidas: O que fazer? Como fazer? É possível fazer algo? Como me cuidar? Como cuidar do outro? Como continuar trabalhando? Vou me contaminar? Sobreviverei? No contexto específico de nossa investigação, todas essas questões, e tantas outras, nos fazem notar uma grande dúvida em torno de como conseguir continuar os atendimentos clínicos, de como criar um espaço

interno e *on-line* para que a prática clínica continuasse acontecendo. Ou, por outro lado, como interromper os atendimentos e não saber ao certo quando retornar? O desamparo nos parece ter sido vivido intensamente naquele momento, diante do desconhecido e das inúmeras dúvidas surgidas.

Supomos que o não acreditar na gravidade dos fatos e achar que era algo distante da nossa realidade (pois situava-se na China) e que não chegaria ao Brasil, era uma das formas de lidar. Entendemos que essa maneira de lidar contém em si uma espécie de recusa da realidade, enquanto um mecanismo em que um sujeito “se recusa a reconhecer a realidade de uma percepção traumatizante” (Laplanche & Pontalis, 2001, p. 460), ligado a algo exterior. Mas ao prosseguirmos em nossa busca de compreensão acerca do fenômeno estudado, vamos progressivamente resgatando alguns elementos relacionados a esse mecanismo para auxiliá-los em nossa jornada, tentando articulá-los com os dados.

Para Chreim e Cintra (2022), na psicanálise o conceito de recusa se torna importante na medida em que, além de analisar a ideia de uma castração diante da diferença anatômica entre os sexos, “a Recusa não diz respeito a uma realidade material (afinal, à mulher não falta um genital) e sim a uma realidade psíquica: trata-se da não admissão do impacto afetivo da experiência” (p. 89). Essa não admissão do impacto afetivo é o que nos chama atenção e nos fez relacionar com os dados da presente investigação, pois segundo nossas conjecturas, para lidar com a pandemia, tal impacto parece ter sido recusado (pelo menos no início das notícias sobre o vírus estar se espalhando). E para onde vão as emoções que são recusadas? Obviamente que elas não deixam de existir, permanecendo ativas inconscientemente, o que se desdobra em possíveis reações defensivas na tentativa de dar conta do que é mobilizado, entre as quais destacamos aqui a recusa.

Para entendermos melhor o conceito de recusa, julgamos importante, nesse momento, trazermos algumas considerações que envolvem o complexo de castração. De acordo com

Laplanche e Pontalis (2001), “o complexo de castração é constantemente encontrado na experiência analítica” (p. 74), sendo um complexo que está ligado à diferença anatômica entre os sexos (a descoberta do pênis no menino e a sua falta na menina). Para Freud (1925/2011d), diante da percepção do menino de que a menina não tem um pênis (falo), em um primeiro momento ele “nada vê, ou recusa sua percepção, enfraquece-a” (p. 290).

Eles recusam essa ausência, acreditam ver um membro, atenuam a contradição entre o que viram e o que esperavam, mediante a evasiva de que ele ainda é pequeno e crescerá, e aos poucos chegam à conclusão emocionalmente significativa de que no mínimo ele estava presente e depois foi retirado. A ausência do pênis é vista como resultado de uma castração” (Freud, 1923/2011c, p. 173).

Ainda de acordo com Freud (1925/2011d), quando o menino se dá conta efetivamente de que a castração pode se tornar real, isso faz com que ele tenha “uma terrível tempestade de afetos e o força a crer na realidade da ameaça até então desdenhada” (p. 290). Vale ressaltar que essa ameaça também está ligada ao Complexo de Édipo⁷, momento no qual o menino rivaliza com a figura paterna pelo amor materno e, nessa disputa, o menino se depara com a possibilidade da castração. Assim, ele acaba por abandonar a inclinação amorosa à mãe, em prol de manter o seu falo (poder), ou seja, aceita uma lei, uma regra, abandona o seu desejo pela mãe. De acordo com Freud (1905/2016), seria muito mais fácil para a criança escolher como objetos sexuais “as pessoas que ama desde a infância” (p. 147), mas esse amor seria inibido com o passar do tempo através da barreira do incesto, ou seja, o prazer com a mãe (ou parentes consanguíneos) é barrado.

Com o medo de perder o pênis (o falo), ou seja, com o medo da castração, no caso dos meninos, acontece a dissolução do Complexo de Édipo. No caso das meninas, é por se deparar com a castração que ingressam na vivência edípica, culminando posteriormente na sua resolução. Em ambos os casos, é pela dissolução do Complexo de Édipo que “os investimentos libidinais são abandonados, dessexualizados e parcialmente sublimados”

⁷ Não é nossa intenção discutir profundamente a complexidade e as nuances que envolve o Complexo de Édipo, pois fugiríamos do escopo de nosso trabalho nesse momento, destacando aqui apenas o que julgamos necessário para a nossa discussão em pauta.

(Freud, 1925/2011d p. 297). A partir disso, o autor segue afirmando que se forma “um precipitado no Eu” (Freud, 1923/2011b, p. 42), resultado de uma identificação com as figuras parentais (paterna e materna), para o qual ele sugere o nome de Super-Eu. Este seria uma instância psíquica desenvolvida a partir das normas e leis provenientes da lei parental, criando obstáculos aos desejos da criança. Assim, teríamos a construção de uma instância de “caráter coercitivo” (Freud, 1923/2011b, p. 43), que tem o formato de uma “consciência moral” (Freud, 1923/2011b, p. 43), sendo uma junção das forças que exercem autoridade sobre as pessoas (leis, escola, autoridades, pais, etc.) e dá origem ao sentimento de culpa nos indivíduos, caso não aceitem e transgridam essas leis.

Embasadas nas ideias freudianas em relação à recusa e à castração, Chreim e Cintra (2022) comentam que uma criança, quando se depara com a falta de um genital no outro, entra em contato com a sua incompletude, admitindo uma falta em sua vida, podendo se sentir vulnerável, impotente e desamparada. A castração atravessa nosso psiquismo na medida em que nos tira a onipotência infantil de que tudo podemos.

Essas ideias nos fizeram associar com o que percebemos nos/as psicanalistas que entrevistamos, pois diante da pandemia e da ameaça da morte, uma nova necessidade surgiu: “fiquem em casa, saiam somente para o essencial”. Supomos que, diante do impacto da situação e dessa necessidade, inicialmente aconteceu o acionamento da recusa da realidade por parte deles/as. Consequentemente, aquilo que disparava a vivência de uma castração de suas liberdades não fora aceito. Entretanto, como sabemos, com o passar do tempo a situação pandêmica foi piorando, essa necessidade se tornou uma lei que, caso não fosse cumprida, as pessoas entrariam cada vez mais em contato com a doença e em dadas circunstâncias com a morte.

Em nosso modo de ver, essa nova lei demarcou ainda mais o que vinha sendo vivenciado, fazendo com que os/as psicanalistas se defrontassem com uma revivência

relacionada à castração, o que os/as colocou diante de suas incompletudes, sentindo que não poderiam continuar, pelo menos naquele momento, atendendo em seus consultórios. Nossa ideia foi criar esse paralelo entre a recusa, a castração e a onipotência, com a vivência de nossos/as entrevistados/as diante da pandemia, com a conseqüente existência de limites fazendo com que os recursos internos utilizados fossem colocados em xeque.

Não poder continuar atendendo em seus consultórios por tempo indeterminado era colocar um limite aos/às psicanalistas, um limite aos seus trabalhos, aos encontros presenciais, à possibilidade da escuta do inconsciente como até então vinha sendo entendido. Entretanto, diferente da castração em que alguns tem e outros não (o falo), durante a pandemia, ninguém iria ter. Todos se veriam castrados, sem o falo, sem o poder, sem a possibilidade de manter algo que até então era simples: ir até os seus consultórios e atender os/as seus/suas pacientes, de modo presencial exercendo a função psicanalítica. Ninguém estava esperando uma pandemia e os impactos que ela poderia ocasionar, muito menos a necessidade de mudanças, até certo ponto radicais, em relação aos atendimentos e aos consultórios. Esse limite tem a marca de um impedimento, de um corte, de uma ruptura. Em nossas entrevistas, apenas o caso de Aline demonstrava uma necessidade de mudança quanto ao *setting*, algo que existia antes da pandemia e que se relacionava com uma mudança de país, fato que discorreremos mais adiante.

Conforme supomos, a recusa veio como um mecanismo para tentar lidar com a turbulência interna que os/as psicanalistas estavam começando a vivenciar naquele momento de tanto impacto e tantas incertezas. Supomos que a recusa se manifestou como uma maneira de não aceitar a imposição de tais limites, numa não aceitação do que acontecia, num não querer admitir-se impotente, castrado, como se em algum nível aquilo não pudesse existir. Acontece que, ao mesmo tempo em que se recusava a situação, o noticiário bombardeava todos os dias as pessoas com informações sobre o vírus, sua disseminação na população,

número de mortes e de leitos em hospitais superlotados. Assim, num curto espaço de tempo (de alguns dias), frente às novas evidências, recusar já não era mais uma saída. Chegou um momento em que a realidade dos fatos se impunha de tal modo que, pelo menos nos casos analisados, foi se impondo de modo a minar o que sustentava a recusa. Parece-nos que isto fez com que os/as psicanalistas precisassem entrar em contato com as turbulências que estavam sendo causadas em si mesmos. Assim como num avião que entra em estado de turbulência, tem um momento em que o piloto precisa refletir e pensar nas saídas possíveis para aquela situação, os/as psicanalistas precisaram olhar para si mesmos/as e rever os modos de lidar com a situação para integrar as realidades, interna e externa, buscando quais possibilidades teriam para passar por aquele momento.

Vale relembra que não se sabia quanto tempo demoraria para passar a pandemia, existindo perspectivas que em duas semanas passaria, depois em três meses, até que, como discutimos anteriormente, em “banho Maria” passaram-se dois anos com incessantes turbulências (entre altos e baixos). Nesse período, os/as psicanalistas foram criando formas de lidar, como apresentamos no ensaio de cada um.

De cada ensaio, pudemos ir notando o quanto o *setting* externo e o *setting* interno iam se apresentando nas vivências de cada psicanalista. Assim, os resultados de nossas indagações começaram a ser desvendados aos poucos e, com isso, conseguimos chegar a algumas conjecturas a serem discutidas.

A ideia de um *setting* interno já existia muito antes da pandemia, só não se apresentava como uma terminologia discutida ou pensada em sua profundidade, uma vez que ela era amalgamada ao *setting* externo, tanto que predominava o uso apenas do termo *setting*, sem maiores especificações. A pandemia acabou sendo um fator externo que causou rupturas e turbulências, fazendo com que o conceito precisasse ser repensado com mais refinamento. Ambos os *settings* eram pensados muito frequentemente indissociados e referidos a partir da

concretude dos consultórios (quatro paredes, mobiliário e o que acontece ali dentro etc.). Isso aparece em nossa pesquisa quando, em alguns momentos, nos deparamos com entrevistados/as falando dos aspectos formais do *setting*, mas implicitamente se referindo ao *setting* interno.

Com a emergência pandêmica, o *setting* interno começou a ser mais requisitado, ou a se explicitar a necessidade de se focar melhor esse âmbito do *setting* psicanalítico. Mudanças e adaptações foram necessárias em muito pouco tempo no *setting* externo, mas que causaram mudanças e implicações também no interno. A ideia de atender de forma *on-line* era estudada há muitos anos, como apresentamos nos capítulos anteriores. Entretanto, praticamente de um dia para o outro, essa modalidade se tornou a única opção para os/as psicanalistas continuarem seus trabalhos com os seus pacientes. O caso de Carolina deixa isso muito claro, pois ela comentou que já estudava sobre os atendimentos *on-line* há um certo tempo com uma colega de profissão que fazia uma pesquisa sobre isso.

As discussões já existiam, psicanalistas já faziam eventualmente esses tipos de atendimentos antes da pandemia, mas esta causou um efeito quase que universal, pois todos/as precisariam se adaptar, caso quisessem continuar trabalhando. A adaptação necessária seria em relação ao *setting* externo com a mudança para atendimentos remotos, mas também existia a necessidade de uma reorganização interna, o *setting* interno, a disponibilidade interna para os atendimentos frente às novas condições e o que precisaria ser feito também passava pela subjetividade dos/as psicanalistas.

Como discutido em cada ensaio, notamos o quanto cada psicanalista teve uma reação diferente diante da pandemia e do que faria com os seus atendimentos. Para atender na nova modalidade uma mudança interna também era necessária, pois não se tratava de algo tão simples. Mudar exige esforço, dedicação, movimento, criação, pensamento, além de abertura para esta possibilidade; e foi muito difícil para alguns/mas psicanalistas mudarem o estado já

estabelecido de seus consultórios e a sua visão sobre os seus trabalhos. Uma coisa é fazer uma mudança quando se tem o desejo daquilo acontecer, ou pelo menos uma preparação prévia. Outra coisa é mudar no susto, sem preparação.

Observamos que ninguém queria e nem estava preparado para mudar o formato dos atendimentos naquele momento. Mesmo no caso de Aline, embora tivesse a possibilidade de mudar de país e sabia da necessidade de começar a atender *on-line*, ainda assim era resistente e com preconceito em relação a essa modalidade de atendimento. Sofia tinha a ideia de futuramente desenvolver alguma modalidade de trabalho voltada ao digital, mas que não era algo que já estivesse definido em sua mente. Mauro, mesmo já tendo realizado atendimento a duas pessoas na modalidade remota, por questões de mudanças de seus pacientes de cidade e de país, apresentava as suas resistências quanto a isso, deixando clara a sua preferência pelo presencial. Priscila, por sua vez, já havia dado cursos e supervisão clínica *on-line*, mas não havia realizado atendimentos remotos e não tinha essa disponibilidade. Caroline e Cassiano nunca haviam atendido ou experimentado qualquer experiência profissional no modo *on-line* antes da pandemia. Mas a partir dela e das necessidades impostas, tiveram a nova experiência. A partir dessas observações que fizemos de cada psicanalista, pudemos ir entrando em contato com a forma como cada um fazia e vivenciava o seu trabalho, bem como os limites que apresentavam em relação às possibilidades de atendimentos oferecidos; em sua maioria, os *settings* (externo e interno) estavam bem delimitados e estabelecidos para o atendimento presencial, apesar de saberem da existência da modalidade *on-line*.

A suspensão dos atendimentos presenciais, determinada por uma nova lei no contexto pandêmico, colocou os/as psicanalistas diante de uma nova condição, que não era reconhecida anteriormente; ou seja, não poderiam, por tempo indeterminado, exercer sua função de forma presencial. É preciso considerar que quando se deseja essa mudança é uma coisa, mas quando isso é obrigatório, sem o desejo envolvido, temos uma nova condição. Dos/as seis

psicanalistas entrevistados/as, cinco se abriram para tentar o atendimento *on-line* e uma não se dispôs a essa possibilidade. Dos/as que se abriram a tentar o atendimento remoto, três tiveram boas experiências, que inclusive os/as fizeram incluir essa modalidade como algo a ser ofertado aos pacientes, não somente durante a pandemia.

Caroline, Sofia e Aline não atendiam *on-line* antes da pandemia, embora soubessem da existência dessa modalidade, e somente a última tinha isso como uma possibilidade mais real, por questões de mudança, como vimos em seu ensaio. Com o passar do tempo, Caroline acabou se surpreendendo com a sua clínica, a partir da abertura para o atendimento remoto: ela acabou se tornando totalmente *on-line*, com os atendimentos presenciais diminuindo, mesmo quando isso já era possível durante a pandemia e depois dela. E aí nos questionamos: ao não ter mais o *setting* físico, como até então estava estabelecido, a clínica de Caroline deixou de existir? Muito pelo contrário. O que houve foram mudanças externas realizadas por ela, ao organizar um espaço em sua residência para atender *on-line*, bem como temos evidências de que também ocorreram mudanças internas. Podemos compreender que seu *setting* interno (que já existia, embora no seu discurso aparecesse muito vinculado ao consultório presencial) precisou ser progressivamente redimensionado em sua mente, para que a sua nova clínica pudesse funcionar na nova modalidade.

A clínica de Sofia era majoritariamente infantil e ela apresentava diversos receios em relação a manutenção dos atendimentos com as crianças. A possibilidade do trabalho *on-line* dependia dela, das famílias, das crianças e da rede de *internet* para funcionar. Embora existissem muitos estudos contrários ao atendimento remoto infantil, como vimos anteriormente, Sofia foi na contramão e, a partir de um desejo seu de trabalhar com algo digital, abriu a modalidade de atendimentos *on-line* em sua clínica. Embora ciente de que o atendimento remoto não seria possível com todas as crianças e famílias, ela foi percebendo e desenvolvendo as possibilidades.

Apesar de Sofia já desejar algo a respeito disso muito antes desse contexto pandêmico, foi somente após o início da pandemia que se lançou ao novo. Para ela, o seu *setting* externo sempre existiu, mas fez uma ampliação em seu *setting* interno, a partir das novas condições, a ponto de perceber que já não precisava exclusivamente de seu consultório para que o seu trabalho continuasse a ser exercido, podendo existir de outros modos, como o *on-line*, desde que consideradas as condições que envolviam ela, a família, a criança, a rede e o desejo de todos os envolvidos.

No caso de Aline, a sua clínica *on-line* também foi possível, mas não sem resistências e preconceito de sua parte, como já discutimos no seu ensaio. Para o enfrentamento dessa nova realidade, além de pontuar que a relação já estabelecida anteriormente com os pacientes auxiliou em muito naquele momento, o fato de ser atendida de modo *on-line* pela sua analista foi algo a que ajudou entender que seria possível para si também aquela novidade. Mesmo com a rápida mudança, ela pode reconstruir internamente a sua clínica, pois após algum tempo, se tornou totalmente *on-line*.

Mauro se abriu aos atendimentos *on-line*, apesar das suas resistências. Durante a emergência pandêmica, ele entendeu que essa seria a única possibilidade no momento. Portanto, era preciso superar as resistências e se abrir às novas condições. Com esse caso podemos abordar que, apesar da sua preferência, ele também necessitava estar disponível a escutar os seus pacientes e que mudanças em si também precisariam acontecer. Disto podemos depreender que Mauro reorganizou o seu *setting* interno e entendeu que poderia atender *on-line*, apesar de não ser uma modalidade que de fato se identificava.

Com relação à Cassiano, apesar de sua resistência ao atendimento *on-line*, vimos que ele tentou atender dois pacientes nessa modalidade, pela necessidade destes, embora por pouco tempo. Ele relatou que atender naquele formato era um esforço muito grande, afirmando não se sentir confortável em atender *on-line*, de sua casa, pois a necessidade de

estar em seu consultório era algo que o ajudava a se organizar, como discorremos no seu ensaio.

Ao atender *on-line*, de sua casa, ele se sentia transgredindo limites e regras da Psicanálise. Com isto conjecturamos que o seu *setting* interno não conseguia se adaptar a um formato de *setting* externo que envolvesse o *on-line* e se constituísse a partir de sua residência, pois apesar de ele ter tentado isso por um tempo, tinha a sensação de estar sendo invadido em sua intimidade. Para ele, o *setting* externo, o seu consultório, era um espaço que o ajudava a exercer sua função de psicanalista, era vivenciado como uma lei, uma regra fixa e algo que estivesse fora desse padrão, era internalizado e vivenciado como algo errado.

Priscila, por sua vez, justificou não aderir à modalidade de atendimento *on-line* pelo fato de ter uma clínica infanto-juvenil. Para ela, o *setting* era um local sagrado e que precisava ser mantido e preservado tal como era em seu consultório. Mas isso em relação aos atendimentos, pois, como discutido, ela trabalhava com cursos e supervisões *on-line*. Nessa situação, entendemos que, assim como Cassiano, Priscila também não conseguia desvincular sua escuta realizada no *setting* externo (o consultório ao qual o seu *setting* interno estava vinculado) e ligá-la a um espaço que envolvia o *on-line* e a sua residência para exercer a função. Cabe ressaltar que ela nem chegou a tentar atender *on-line*, mantendo-se de acordo com o que entendia e seguiu assim por todo o tempo da pandemia. O que a ajudou foi retornar a atender com um mês da pandemia, tomando todos os cuidados, quando os profissionais de saúde foram liberados a voltar aos atendimentos presenciais. Assim, de certa forma, diferente dos outros que ficaram meses ou anos sem atender no presencial, ela logo retornou, mantendo desse modo o seu formato de funcionamento do *setting* interno vinculado somente ao atendimento no consultório.

Um ponto importante que gostaríamos de abordar aqui é que não existia um jeito certo ou errado de atendimento naquele momento. Ao demonstrar como cada psicanalista agiu,

estamos abrindo a possibilidade de discussões sobre o como o *setting* interno pode ou não ter uma elasticidade em seu modo de constituição e funcionamento, sendo que ele sempre estará ligado a algum tipo de *setting* externo. A possibilidade da mudança, nos faz notar o quanto o *setting* interno tem espaço de estudo, podendo ser pensado e discutido como estando ligado a diferentes formatos de *setting* externo.

Pensando nos dois pontos que discutimos até o momento, a recusa e as mudanças no *setting*, e tendo em vista a ideia de que nem todos os/as psicanalistas conseguiam se adaptar com a construção de uma clínica que pudesse funcionar de modo *on-line*, retomamos agora a discussão acerca da recusa, bem como nos debruçamos sobre a questão do objeto fetiche. Isto porque nos questionamos o quanto o consultório, enquanto construção de um *setting* externo e vinculado de modo tão intrínseco com o *setting* interno, poderia funcionar como um objeto que faria a ligação entre a realidade interna e a externa, podendo ser muito difícil abandonar esse lugar/objeto.

Para prosseguirmos nossa discussão, é importante apresentarmos alguns pontos relacionados ao fetiche, necessários ao nosso trabalho. Para Freud (1927/2014b), o objeto fetiche ocupa a posição de substituir o pênis, porém “não é o substituto de um pênis qualquer, mas de um especial, bem determinado (...) o fetiche é o substituto para o falo da mulher (da mãe)” (pp. 303-304). Como discutimos anteriormente, o complexo de castração acontece quando o menino percebe que a mulher (mãe, irmãzinha) não possui o pênis e ele se recusa a acreditar nisso.

Não, isso não pode ser verdade, pois se a mulher é castrada, o seu próprio pênis corre perigo, e contra isso se rebela a porção de narcisismo de que a natureza, por cautela, dotou precisamente esse órgão. Um pânico semelhante talvez experimente depois o adulto, quando se ouve o grito de que **o Trono e o Altar estão ameaçados**, pânico esse que trará consequências igualmente ilógicas (Freud, 1927/2014b, p. 304, negritos nossos).

A partir das considerações até aqui levantadas, poderíamos dizer que os consultórios se tornaram simbolicamente equivalentes a esse trono e altar, ameaçados diante da pandemia?

Freud (1927/2014b) segue afirmando que a criança, após perceber a falta na mulher, mantém a crença, mas também a abandona; ou seja, existe um “conflito entre o peso da percepção indesejada e a força do desejo contrário” (p. 305). Desse modo, numa solução de compromisso, a mulher mantém o pênis, mas de uma nova forma, pois algo ocupa o seu lugar, diante do “horror à castração” (p. 306) e da sua recusa: o objeto fetiche vem como um substituto.

As autoras Chreim e Cintra (2022) discutem a recusa como um mecanismo de defesa que não é exclusivo da perversão, mas apresentando-se inclusive em certas vivências neuróticas, e o fetichismo como um modo de funcionamento mental, sendo que este de certo modo evidencia as peculiaridades da recusa. Nessa perspectiva,

O fetichismo envolve, principalmente: (a) a duplicidade de correntes psíquicas opostas e simultâneas; (b) a não admissão da realidade psíquica, ou o tal do “como se nada tivesse acontecido”; (c) a defesa contra o trauma; (d) a suspensão da função de julgamento e do teste de realidade; e (e) a paralisação e a fixação. (Chreim & Cintra, 2022, p. 90).

As autoras seguem ainda afirmando que o fetiche seria uma formação de compromisso, através da qual o Eu faz tentativas para diminuir os impactos da cisão que a recusa gera e, com isso, tentar assegurar um funcionamento mais coeso. O que isso quer dizer? Com a recusa, ocorre uma cisão no psiquismo, o que gera uma suspensão da realidade, mesmo que momentaneamente. Para lidar com isso, o sujeito precisa fazer um movimento que tente ligá-lo à realidade, sendo que o objeto fetiche culmina por ocupar esse lugar. Concernente a isto, Roussillon (2014, p. 192) comenta que:

O fetiche possui uma dupla face: uma voltada para a recusa da castração e da falta, e outra que, ao contrário, num esforço de adaptação à realidade perceptivamente presente, se acomoda a ela. O que se retirou da cena intrapsíquica no momento da ameaça de catástrofe psíquica pôde encontrar secundariamente um meio de se juntar ao resto da psique e de, assim, se religar ao Eu, de se suturar nele, e desse modo encontrar um estatuto no seio da subjetividade.

Tendo em mente o que vimos comentando, nossa ideia é de que o consultório em alguns momentos pode ter ocupado esse lugar de objeto fetiche, à medida em que, com o acionamento da recusa, apegar-se a esse local seria a expressão de uma tentativa em se manter

uma conexão com determinada realidade suspensa, visando manter uma certa coerência no funcionamento egóico. Nos casos de Priscila, Cassiano e Aline, parece-nos que essa situação fica mais evidente, uma vez que os três traziam o quanto o consultório era um espaço concreto, embora sem desconsiderar os elementos subjetivos, que os ajudava a se organizarem, a poderem ocupar uma posição e exercer a profissão, pois fora desse espaço, tido como “*sagrado*” (conforme Priscila), a escuta analítica era afetada, ficava perdida e sem sentido. Logo, seguindo as nossas conjecturas, o consultório, ao funcionar supostamente como um objeto fetiche, tinha essa função de ligação e de manter uma realidade por vezes ameaçada, por vezes tida como perdida.

Para Chreim e Cintra (2022), “o objeto fetiche é uma formação de compromisso, como um esforço do Eu para tentar remendar-se após a Cisão gerada pela recusa” (p. 91), pois com o funcionamento de ambas existe um afastamento da realidade. Por outro lado, esse afastamento pode ser modificado a partir dos “fenômenos transicionais” (p. 91), os quais podem religar o sujeito à realidade de modo mais eficiente. As autoras ainda seguem afirmando que “é no transicional que a Recusa expressa sua faceta saudável, que recupera o funcionamento do psiquismo, e permite a digestão das experiências traumáticas” (p. 91).

Entendemos, com isso, que a recusa possui um caráter interessante na medida em que, com a criação de um objeto fetiche, ajuda a religar as realidades interna e externa e, com isso, há a possibilidade de se estabelecer uma área transicional envolvendo a criatividade do sujeito. Nessa linha de pensamento, apegar-se à ideia de manter-se no consultório no momento inicial da pandemia seria o resultado da recusa e ao mesmo tempo o consultório poderia funcionar como um objeto fetiche, através do qual a função analítica seria mantida dentro daquele *setting*. Assim, mesmo que do lado de fora os perigos de transmissão do vírus estivessem acontecendo, supunha-se que ali dentro, naquele *setting*, mesmo que momentaneamente, a realidade se mantinha como que segura e tranquila.

Essa discussão nos faz pensar na necessidade aqui de fazer alguns comentários acerca da ideia de objetos e fenômenos transicionais, apresentados por Winnicott (1951/2019), segundo o qual, um bebê tende a fazer uma estimulação de sua zona erógena oral com os punhos ou os dedos e que, com o passar do tempo, essa parte do corpo vai sendo trocada por algum objeto específico, como uma chupeta, um pano, uma boneca, um ursinho etc. O autor os nomeia como objetos transicionais, que seriam utilizados pelo bebê como a primeira posse “não-eu” (p. 14), seriam objetos que auxiliariam na ideia de entender que existe um eu e um outro diferente, e que o bebê não é uma unidade com o todo, sendo um ser separado. Os objetos transicionais e os fenômenos transicionais são apresentados por Winnicott (1951/2019) como termos utilizados “para designar a área intermediária entre o polegar e o ursinho, entre o erotismo oral e a verdadeira relação de objeto” (pp. 14-15). Portanto, refere-se a um momento em que está acontecendo uma transição entre o que é externo e o que é interno.

Assim, Winnicott (1951/2019) defendia a ideia de uma terceira área no desenvolvimento dos indivíduos, que fica entre a realidade interna e a realidade externa, que se desenvolve através de um potencial criativo para que a criança possa lidar com as faltas que lhe são impostas, a qual seria uma “área intermediária de experimentação, constituída pela realidade interior e pela vida exterior” (p. 15). Seguindo o caminho da transicionalidade, Winnicott (1951/2019) ainda apresenta os objetos transicionais como meios que a criança utiliza para lidar com a falta das figuras parentais e, assim, esses objetos auxiliam na passagem entre estar só e aprender a lidar com o desamparo.

Tais ideias levam-nos a associar com dois aspectos, presentes nos dados levantados na nossa investigação e que apresentamos aqui. O primeiro refere-se ao caso de Sofia quando ela especificamente, ao criar as condições para a seu consultório *on-line*, dispunha de objetos que representavam o seu consultório presencial para ficar em sua bancada, a partir da qual

realizaria os atendimentos remotos. Ela trazia para o novo contexto objetos representativos de seu espaço anterior e que, ao mesmo tempo, também eram objetos que as próprias crianças reconheciam. O segundo, diz respeito ao caso de Cassiano, especificamente quando fala do lenço de oncinha que sua analista havia levado do consultório antigo para o novo e que tal objeto funcionava para ele como uma demonstração que, por mais que as coisas mudassem, ainda assim existiam elementos familiares ajudando-o na ligação com a realidade atual sem perder de vista a anterior, como uma transição entre ambas.

Tendo isso em vista, consideramos que em ambos os casos, a passagem entre a realidade anterior e a nova construção era feita de modo a ter elementos, objetos, que aqui conjecturamos como sendo possível de tomar esses elementos como transicionais, pois auxiliavam os dois a entenderem que ainda existiam coisas materiais e imateriais da realidade anterior nesse novo formato, sem ser só uma coisa ou outra, mas algo no entremeio, como algo que se constituía enquanto uma possibilidade.

Para explicar melhor nossa argumentação, destacamos a terceira área discutida por Winnicott (1951/2019), a área transicional, caracterizada como um “local de repouso para o indivíduo engajado na infundável tarefa humana de manter as realidades interna e externa separadas, mesmo que inter-relacionadas [sic]” (p. 16). Pensar nisso faz com que associemos com o nosso objeto de pesquisa, o *setting* externo e o interno, e ao quanto eles estão interrelacionados, mas que não precisam necessariamente funcionar somente como uma coisa só, ao se incluir a perspectiva da área transicional implicada nessa interrelação. Entendendo a separação possível entre eles e o aspecto transicional, ajuda a pensar nas possibilidades de um consultório que acompanhe os/as psicanalistas onde quer que eles estejam. Certamente que o atendimento presencial também exige um *setting* interno, bem como a possibilidade de se constituir nele um espaço potencial e uma área transicional. Entretanto, queremos demonstrar o quanto de potencialidade existe na possibilidade de se pensar em um *setting* interno que não

tenha o seu funcionamento vinculado apenas ao consultório, ao espaço físico em que ocorre os atendimentos clínicos, uma vez que o *setting* psicanalítico pode se constituir de diferentes maneiras e em diferentes contextos.

Tais ponderações nos levam à suposição de que os casos de Caroline, Sofia e Aline demonstraram com exemplos em que o *setting* interno pôde abrir espaço para a criatividade e inventividade, abrindo-se mais facilmente para uma reformulação também no *setting* externo, em um novo formato de consultório. Os demais casos (Mauro, Priscila e Cassiano), embora evidenciassem aspectos criativos e inventivos ao longo do processo que abordamos nos respectivos ensaios, inferimos uma diferença em relação aos casos anteriores pela predominância de um tipo de funcionamento em que, supomos, o *setting* interno estava ligado de tal modo ao consultório que o espaço para funcionar psicanaliticamente em outros contextos (*on-line* e de casa, por exemplo) apresentava dificuldades, inclusive em alguns momentos como impedimento.

Ainda em relação à área intermediária, no processo de desenvolvimento infantil, esse espaço auxilia na transição que há entre a “incapacidade e a crescente capacidade do bebê de reconhecer e aceitar a realidade” (Winnicott, 1951/2019, p. 16). Com isto em vista, nos questionamos: e quando o indivíduo recusa a realidade? Estaríamos dentro de alguma dificuldade nesse processo que ocorre na área intermediária? Nos questionamos isto na medida em que apresentamos sobre o mecanismo da recusa a partir do discurso dos/as psicanalistas entrevistados diante de uma realidade pandêmica.

Como vimos anteriormente, a recusa quando tomada como um mecanismo defensivo que não se restringe a uma categoria diagnóstica traz outros caminhos a serem discutidos, como a necessidade dela para a sobrevivência e para a possibilidade de ser entendida em sua função de proteção (Chreim & Cintra, 2022). No início da pandemia, de acordo com as nossas conjecturas, a utilização da recusa apareceu como uma reação defensiva frente à nova

situação que julgamos traumática, onde deixar de atender em seus consultórios representava uma perda irreparável, a uma falta que não se queria admitir que estava acontecendo e suas conseqüentes mobilizações internas, situação representada pela impossibilidade de continuar os atendimentos presenciais, numa tentativa de proteção contra o impacto causado e as angústias emergentes. Ressaltamos anteriormente que, para alguns/mas psicanalistas, o consultório funcionava como um espaço que proporcionava sentido ao que faziam, como se fosse um objeto muito importante e difícil de deixar de lado, mesmo que momentaneamente.

Retomamos o apresentado por Chreim e Cintra (2022) sobre a construção do fetichismo que funciona como uma formação de compromisso onde os sujeitos podem lidar com a cisão causada pela recusa para lidar com a realidade. Tendo isto em vista, nos questionamos: como o objeto fetiche funcionaria nesse momento? Com a recusa, ocorre uma cisão no psiquismo, o que gera uma suspensão da realidade, mesmo que momentaneamente; e para lidar com isso o sujeito precisa fazer uma construção que tente ligá-lo à realidade, sendo o objeto fetiche uma das possibilidades possíveis para ocupar esse lugar e exercer essa função (Chreim & Cintra, 2022).

A partir dessas considerações e do contexto específico de nossa investigação, retomamos aqui a hipótese de que o consultório, tal como por vezes aparece em nossos dados, poderia funcionar em alguns momentos como uma espécie de objeto fetiche para alguns psicanalistas, uma vez que ele possui a função de ligação com a realidade. Tentaremos esclarecer melhor isso nas discussões seguintes.

Após comentarmos sobre o objeto fetiche (Freud, 1927/2014b) e discutirmos a possibilidade de o consultório servir como um tal objeto de ligação entre a realidade interna e a externa, encontramos na obra de Winnicott a seguinte afirmação: “o objeto transicional pode vir a se tornar um objeto de fetiche” (1951/2019, p. 26). Depois de entendermos que o objeto transicional é utilizado pela criança para lidar com a falta parental e o objeto fetiche como

aquele do qual se utiliza para recusar a castração, essa afirmação winnicottiana acima se torna interessante para nossa discussão, uma vez que os dois objetos possuem em comum a ideia da possibilidade de ligação entre uma realidade externa e uma realidade interna. A diferença é que o primeiro está a serviço da falta das figuras parentais; e o segundo, além de estar relacionado à falta, também possui ligação com a castração, com o medo da perda do falo (poder). Em ambos os casos, o objeto é cuidado, desejado e fonte de prazer, tendo um lugar importante no psiquismo como discutimos anteriormente, por auxiliar na relação com a realidade.

A partir dessa discussão, destacamos a hipótese de que o consultório poderia funcionar, em certos momentos, como um objeto fetiche e como um objeto transicional, tendo em vista nossa compreensão dos dados de nossa investigação. Nesse sentido, a ideia de que o consultório, ao ser um espaço físico delimitado e cuidado, foco de investimento emocional, palco da relação entre paciente e psicanalista, que aglutina as experiências intra, inter e transubjetivas, auxilia na ligação entre a realidade interna e a externa.

Para exemplificar o que estamos discutindo traremos duas situações que notamos nas entrevistas, que nos ajudarão a dar mais ênfase em nossa discussão, mesmo que não seja somente nesses exemplos que isso acontece, mas a título de organização, daremos destaque a eles. O primeiro é o caso de Cassiano, quando afirma que o consultório funciona como um local que o ajuda a delimitar a sua função de psicanalista, e não se sente confortável fora dele para fazer os atendimentos. Portanto, conjecturamos que o seu consultório, durante a pandemia, teve a função de ajudá-lo na ligação com a realidade, tendo dessa forma características que nos fizeram associá-lo como um objeto fetiche. O segundo exemplo é o caso Priscila, para quem o consultório seria um local sagrado, bem delimitado, que a ajudava a exercer sua função de psicanalista, pois fora dele julgava não ser possível. A palavra que Priscila utilizou (“*sagrado*”), nos fez associar com algo onipotente, onipresente, em que o

consultório toma um contorno de dar um certo poder a ela, o de exercer sua função psicanalítica. Este também é um exemplo do como o consultório acaba tendo características que pode lhe colocar no lugar de um objeto fetiche.

O que estamos tentando elaborar é que alguns psicanalistas por vezes constroem representações de seus consultórios como um local idealizado, onde, somente ali, poderiam ter a possibilidade de trabalhar e ocupar sua posição analítica. É como se naquele local conseguissem exercer uma função com completude, sem faltas, como se a possibilidade de uma escuta somente pudesse acontecer de modo adequado ali.

Recusar a realidade e manter o consultório como um objeto fetiche nos leva a supor uma forma de tentar não lidar com os limites da castração, com o desamparo, mas que na vida adulta, e no caso de uma pandemia, estaria ligado com um modo de lidar com a necessidade de mudar um estatuto muito padronizado e internalizado na vida dos/as psicanalistas entrevistados/as em relação ao *setting* interno, mas também em relação ao *setting* externo. Parece-nos então que a recusa seria uma defesa para que os/as psicanalistas em questão não entrassem em contato direto com o desamparo, com a vulnerabilidade, com a incompletude, em função do impacto pandêmico. Como consequência, ao acionar esses dispositivos psíquicos, mantinha-se onipotentemente uma ideia de que nada poderia lhes acontecer e, no caso do *setting*, tal como era concebido até então, este se manteria intacto e sem maiores problemas, embora isto não se sustentasse o tempo todo.

Em nossa investigação destacou-se o *setting* interno, também caracterizado como um espaço subjetivo, não físico, não visto, não palpável, que faz parte da vivência e da identidade do/a próprio/a psicanalista. Como discutido anteriormente, esse espaço é o que irá auxiliar psicanalistas a exercer a função da escuta do inconsciente. A partir da ideia da recusa, do espaço transicional, do objeto transicional, do objeto fetiche, trazemos como hipótese que em certos momentos, sob certas condições, o *setting* interno pode conter uma função de espaço

potencial e dadas as possibilidades construtivas, relacionais e ambientais se configurar como uma espécie de espaço transicional, um espaço entre o dentro e o fora, entre a realidade interna e a externa, e que propicia um encontro dos sujeitos com aspectos de si que até então poderiam estar cindidos.

Pelos dados das entrevistas e dos ensaios, temos evidências de que a utilização do mecanismo da recusa durou pouco tempo, pois a pandemia de fato chegou a todos nós, com todas as suas nuances e efeitos. Com isso, o não elaborar esse impacto inicial e continuar não aceitando essa realidade, poderia levar as pessoas à sérias consequências. Pelas evidências do material resultante de nossa investigação, supomos que se tornou necessário construir novos modos de enfrentamento da situação, inclusive levando a deixar de utilizar o mecanismo da recusa. Com isso, a realidade pôde começar a ser vista de outro modo e vivenciada como ela realmente era.

Esse processo culminou por gerar outros tipos de sensações e de vivências às pessoas, inclusive aos/às psicanalistas que entrevistamos. Contudo, mesmo nessa nova fase, tendo em vista a realidade da chegada em nosso país de um vírus que não se sabia do que se tratava ao certo, e mesmo quando se soube pelos avanços rápidos na compreensão disto, ainda assim o medo de contaminação e o desamparo continuavam presentes nas pessoas em geral e, inclusive, conforme esperado, também nos/as entrevistados/as.

O medo de contaminação nos leva a pensar inicialmente em um corpo biológico que pode ser invadido por um vírus e gerar diversos sintomas, inclusive levar à morte. Considerando o aspecto psíquico, ser contaminado por algo é se sentir invadido, uma violação do corpo, gerando fantasias de que as barreiras que separam o fora e o dentro não tivessem proteção, ou recursos suficientes para conseguir lidar com esse algo ruim que vem de fora.

Diante de um psiquismo que vivencia a noção de ser penetrado por algo invisível e que gera muitas consequências nefastas, partimos do pressuposto de que o corpo biológico e o

psiquismo dos/as entrevistado/as não tinham uma barreira de segurança suficiente que pudesse ajudar a livrá-los/as da ameaça do vírus e suas consequências psíquicas. Associamos essa condição com a necessidade dos bebês de que suas figuras parentais os protejam dos estímulos externos excessivos e através do *holding* criem um espaço de segurança e amparo que ajude como uma barreira ao que vem de fora. Nas palavras de Winnicott (1966/2020c) “contento-me em usar a palavra segurar [*hold*], estendendo seu significado para tudo o que a mãe é e faz durante esse período” (p. 21), ou seja, todos os cuidados que envolvem o segurar, mas também o afeto. Claro que isso não é uma proteção que ocorre em todos os momentos, nem que elimina todos os estímulos. Com o passar do tempo, os bebês, depois crianças e posteriormente adultos, internalizam e desenvolvem recursos suficientes para se cuidar de aspectos que possam acessá-los. Mas como se cuidar de algo que não se sabe ao certo do que se trata, na fase inicial da pandemia? E mesmo depois quando se passa a saber em função dos avanços no conhecimento acerca do vírus, mas ainda assim não é descartado o risco de morrer ou de sérias sequelas? Quando não existe um cuidado suficientemente bom feito pela função parental que auxilie no processo de integração, “ansiedades muito severas podem ser vividas” (Winnicott, 1964/2020b, p. 50) pelo bebê que poderão acompanhá-lo como uma agonia por toda a sua vida.

Com isto, queremos demonstrar o quanto as agonias primitivas vivenciadas na primeira infância podem ser reatualizadas, inclusive durante o não saber que existiu no início da pandemia e a vivência de desamparo decorrente. Nesse cenário, o medo, primeiramente uma reação automática em função do vivido naquelas circunstâncias, também foi um recurso utilizado, pois ele possui uma dimensão de manter alerta e lidar com um mínimo de mudanças por um determinado tempo, para que se consiga entender o que se passa e aí poder tomar alguma posição em relação ao como agir.

Pudemos notar a intensa sensação de desamparo que as pessoas vivenciaram com a chegada do coronavírus. O fato de não ter a todo momento alguém, ou um grupo de pessoas, com quem se possa contar e se sentir amparado em diversos aspectos da vida, faz parte da experiência humana. Entretanto, diante da pandemia e do não saber que ela colocava às pessoas, essa sensação foi amplificada, tornando-se algo muito intenso.

No processo de enfrentamento da realidade factual e das implicações subjetivas disso, o entendimento e a ampliação de um *setting* interno foram importantes e necessários para lidar com o medo, com o desamparo e com toda a situação adversa que se constituiu. Foi isso que, de algum modo, tornou possível prevalecer a esperança consequente à possibilidade de se vivenciar aspectos criativos e produtivos e diante das vivências novas, seja em relação aos atendimentos *on-line* e tantos novos recursos que foram sendo criados nessa modalidade de atendimento, seja em relação a apaziguar as angústias e poder aceitar a interrupção dos atendimentos clínicos, lidar com o corte, o limite, a castração, no caso de quem, por razões pessoais, teóricas e metodológicas, não aceitava a clínica remota.

Um outro aspecto que julgamos necessário abordar refere-se ao que Winnicott (1970/2020e) denomina de falhas ambientais que inevitavelmente acontecem em nossa existência, inclusive no início do desenvolvimento emocional da criança, as quais podem auxiliar na constituição do sujeito pelo processo de separação entre o Eu e o outro, desde que não sejam excessivas. Ao mesmo tempo, também levam o indivíduo a vivenciar a sensação de desamparo. É interessante considerar que temos uma saída dupla em relação às falhas: por um lado elas são importantes para o desenvolvimento; por outro, quando excessivas, são vivenciadas como intrusões no psiquismo e podem ter impactos significativos no sujeito. E julgamos não ser demais considerar que o período pandêmico trouxe inúmeras falhas ambientais, de diferentes intensidades, que foram vividas por todos nós, com maior ou menor grau de comprometimento psíquico, principalmente na fase inicial onde predominava o

desconhecido. Mas o que isso tem a ver com nossos/as entrevistados/as? Partimos do pressuposto de que os/as psicanalistas, antes da pandemia, de modo geral viviam profissionalmente num contexto relativamente conhecido, em termos de sua prática e do *setting* psicanalítico, vivenciando um modelo de atendimento presencial e em seus consultórios. Desse modo, a prática psicanalítica estava predominantemente atrelada a um espaço físico, embora não fosse só isso, pois este estava carregado de investimentos emocionais do/a analista, fazendo parte da sua subjetividade.

Obviamente que sempre existiram discussões sobre a prática psicanalítica em múltiplos contextos que ultrapassavam os limites das paredes do consultório, bem como sobre o *setting* interno e suas implicações. Mesmo isso sendo do conhecimento dos/as profissionais, parece-nos que para quem se dedicava sistematicamente ao fazer psicanalítico no modelo convencional, se estabelecia uma espécie de dependência em relação ao local onde aconteciam habitualmente os atendimentos, as escutas dos inconscientes. Talvez porque funcionasse e não houvesse necessidade imediata de questionar essa dependência, numa intrincada relação entre o *setting* externo e o *setting* interno que, como já dissemos, talvez estivessem amalgamados sob a égide do que representaria o consultório e, até por isso, esse espaço físico adquiria expressão privilegiada, inclusive presente nas falas dos/as nossos/as entrevistados/as. Existe, assim, um *setting* interno atrelado a um determinado *setting* externo, como já nos referimos.

Por esse viés é que conjecturamos a existência de uma dependência, pois nesse modelo a possibilidade de exercer a função psicanalítica somente se daria em determinado espaço físico. Isso não seria necessariamente um problema se não fossem as falhas ambientais trazidas pela pandemia que, pelos seus impactos e condições reais contundentes, levaram a inúmeros questionamentos e a repensar a própria prática psicanalítica. Portanto, o já

conhecido, o convencionado, o instituído, foi abalado, assim como a dependência que supúnhamos existir, como explicamos acima.

Pelas premissas apresentadas até o momento, podemos concluir provisoriamente que na vigência do modelo que construímos havia uma continuidade do ser psicanalista que, com o impacto pandêmico, é interrompida, ou pelo menos colocada diante de uma situação que possa interrompê-la, gerando múltiplos questionamentos, angústias, incertezas, como mostramos em nossas discussões. Diante de tal condição, foi preciso lidar com as vivências de separação, com as falhas ambientais na medida do possível, com as discontinuidades, com a necessidade de se buscar um sentido de continuidade do ser pessoa e do ser profissional psicanalista, mesmo que por caminhos e meios diferentes do que era comum até então, independente de se ter adotado o atendimento remoto ou de se ter permanecido no presencial.

Acreditamos que, nessas condições, não se sai ileso em relação aos nossos posicionamentos quanto à prática psicanalítica. E nesse momento, julgamos que o conceito de *setting* interno seja bastante fundamental para se pensar a prática psicanalítica, mesmo aquela que pode ser chamada de convencional, de *standard*, de padrão. Trata-se de um conceito dinâmico, pois não é objetivo ou pragmático, mas que se refere a algo existente no interior do/a profissional psicanalista, que é desenvolvido a partir de sua análise pessoal, do seu contato com a teoria, com os seus pacientes e, principalmente, como tudo isso é metabolizado como inerente à sua subjetividade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nosso objetivo nesta investigação foi o de buscar compreender quais foram as implicações, continuidades e descontinuidades no *setting* psicanalítico, conseqüentes à pandemia do Coronavírus. Para responder ao nosso propósito, nos utilizamos do método psicanalítico, partindo de entrevistas semiestruturadas que nos levaram à associações livres e à atenção flutuante. Cabe ressaltar que esse método é usado durante a sessão de análise para acessar os conteúdos inconscientes, mas também pode ser utilizado em outros contextos além da clínica, como no caso da presente pesquisa. Ele nos possibilitou acessar elementos subjetivos, tanto do psicanalista/pesquisador em sua função investigativa, quanto dos/as psicanalistas/participantes da pesquisa, possibilitando a construção dos resultados aqui discutidos.

Para a construção dos nossos dados, nos pautamos inicialmente em entrevistas semiestruturadas com seis psicanalistas que atendiam em consultório privado, sendo cinco de diferentes partes do Brasil e um residente em outro país. A partir das entrevistas, não fizemos apenas uma leitura e discussão objetiva dos dados, mas utilizamo-nos de uma leitura-escuta para elaborar um texto para cada uma delas, que são os ensaios metapsicológicos, caracterizados pela experiência que desenvolvemos em decorrência das entrevistas, das emoções ali suscitadas, do que encontramos nas falas dos/as colaboradores/as, bem como do contato posterior sucessivas vezes com esse material, na possibilidade de associar livremente e nos deixar ser invadidos pelas nossas próprias questões inconscientes até que algum sentido pudesse ser desvelado. Com esse material construído, pudemos fazer associações com a teoria, pensar e analisar possibilidades teórico-clínicas.

No primeiro capítulo, fizemos uma apresentação do *setting* psicanalítico, trazendo posicionamentos de diversos autores como Zimmerman (1999), Migliavacca (2008), Bleger

(1967/2002), Greenson (1967/1981), Etchegoyen (1987), Hisada (2002), entre outros. A discussão do termo partiu primeiramente como sendo algo ligado ao consultório psicanalítico, envolvendo a delimitação de tempo, o horário, o valor dos honorários, as faltas, as férias e o local. Posteriormente, a discussão foi ampliada, entendendo o *setting* também como algo interno, que faz parte da subjetividade do/a psicanalista e do encontro com os/as seus/suas pacientes.

Com essa ampliação do conceito, buscamos nos aprofundar na teoria de Winnicott, que é uma das bases deste trabalho, em que pudemos apresentar e discutir como o autor entende a estruturação do sujeito e o quanto isso poderia estar ligado à construção de um *setting* interno. Ao discutir a relação mãe/bebê e analista/paciente, nos atentamos ao conceito de ambiente suficientemente bom e o quanto ele é importante quando consideramos a passagem de uma dependência absoluta para uma relativa, almejando atingir a independência. Essas discussões nos auxiliaram a demonstrar o quanto o ambiente e os cuidados ali propostos ajudam numa sensação de continuidade da vida, permitindo o crescimento, dando espaço para as condições necessárias ao desenvolvimento do *setting* interno e tudo o que ele abarca; ou seja, um campo de encontro de inconscientes que podem ocasionar mudanças e elaborações psíquicas.

Após termos apresentado e ampliado a compreensão acerca do *setting* em suas dimensões externa e interna, no segundo capítulo pudemos aprofundar um pouco mais no que concerne a uma ruptura dele. Para essas discussões, utilizamos as ideias de autores como Baranger e Baranger (1961), Puget e Wender (1982) e Ferro (2019). As discussões giraram em torno das noções de campo analítico e de mundos superpostos, sendo que ambas abarcam o *setting* analítico em suas dimensões interna e externa. Também destacamos que a relação e o campo analíticos podem ser invadidos de diferentes formas e causar rupturas no *setting*.

Com essa base teórica em vista, propusemos a pandemia do Coronavírus como uma via de ruptura que não envolvia diretamente analista ou paciente, mas um fator externo que ninguém tinha controle. A ruptura causada pela pandemia que nos fez discutir o *setting* culminou por nos ajudar a perceber que novas modalidades de *setting* não eram algo desconhecido. Muito pelo contrário, elas já faziam parte das discussões psicanalíticas há tempos, como por exemplo a ideia de atendimentos *on-line*, embora talvez não suscitasse discussões mais profundas e amplas como a pandemia o fez em função das circunstâncias.

O que nos atentamos em nossas discussões e proposições foi que a pandemia e a necessidade de parar com os atendimentos, ou fazê-los de forma remota, aconteceu pela primeira vez atingindo a totalidade dos/as profissionais em suas práticas presenciais, tornando-se algo emergente não apenas a alguns/as, mas a todos/as. Essas mudanças, que a princípio e a um olhar superficial poderiam parecer fáceis e tranquilas para o momento, não eram tão simples assim como se bastasse apenas ligar o computador ou o celular e se conseguiria fazer uma sessão *on-line*. As mudanças ocasionadas pela pandemia trouxeram questões que precisaram e ainda precisam ser pensadas e discutidas.

O terceiro capítulo apresentamos o método escolhido para o desenvolvimento do processo investigativo, o psicanalítico, bem como seria operacionalizada a pesquisa, considerando aqui o que já dissemos acima sobre isto. O quarto capítulo, por sua vez, se constitui dos seis ensaios metapsicológicos construídos a partir das nossas associações resultantes das leituras-escuta realizadas do material oriundo das entrevistas: o relato das transcrições, as impressões e vivências ocorridas durante o processo, assim como o que surgia durante as associações. Nesse sentido, vale lembrar que os ensaios foram produções que envolveram a mente dos entrevistados e a mente dos próprios pesquisadores, conforme as especificidades do próprio método psicanalítico, permitindo correlações teórico-clínicas.

Partindo do pressuposto que os ensaios metapsicológicos são criações que envolvem a leitura-escuta e escrita, pegamos a palavra entrevista e fizemos um jogo de palavras, dividindo-a em duas partes, transformando no que chamamos de “entre vista” do pesquisador. Propomos isto como uma ideia de escutar psicanaliticamente aquilo que está não somente no aqui e no ali, não se configurando como algo apenas na mente do/a psicanalista ou do/a paciente, mas constitui um espaço intermediário. E pensamos que nessa triangulação entre o aqui, o ali e o intermediário é que se configurou o que denominamos “entre vista” enquanto uma condição que nos auxiliou a buscar aprofundar as nossas discussões.

Após criarmos os ensaios metapsicológicos, em nosso último capítulo partimos para um momento de poder discutir nossas compreensões acerca do material e dos elementos que emergiram em nossas análises, inclusive discutindo teoricamente o que encontramos. Da prática de psicanalistas que atendiam em consultório privado e precisaram fazer, ou não, mudança para o remoto, predominou a ideia de que, no início, não acreditavam na gravidade dos fatos, considerando como algo distante e que não chegaria até a nossa realidade.

Embora tenhamos essa concepção geral predominante, também observamos o quanto cada psicanalista lidou de uma forma diferente diante de um perigo externo que chegou e impôs mudanças, mesmo que inesperadas. A pandemia veio e gerou um abalo na vida das pessoas, fazendo com que cada sujeito lidasse com a sua chegada, acionando recursos psíquicos, inclusive defensivos, que auxiliassem no enfrentamento da situação, externa e interna, naquele momento.

Diante de tal situação pandêmica, evidenciou-se que os/as psicanalistas entrevistados/as se deparavam com a vivência da ameaça de castração, com a quebra de uma suposta onipotência e com a perda de controle da situação, gerando uma condição que os/as colocou numa posição de intenso desamparo e dúvidas. Como saída para lidar com isto, em um primeiro momento os/as entrevistados/as nos pareceram se utilizar do mecanismo da

recusa, numa tentativa de não levar em consideração a realidade pandêmica por conter ou gerar algum evento traumatizante, em uma não admissão dos impactos que o evento temido pudesse acarretar. Acessar a realidade como se apresentava seria, naquele momento, entrar em contato com a experiência de castração, associada à vivência do desamparo e das dúvidas que emergiram. Ninguém estava esperando uma pandemia e os impactos que ela poderia ocasionar, muito menos a necessidade de mudanças em relação aos atendimentos e aos consultórios. Esse limite teve a marca de um impedimento, um corte, uma ruptura.

Acontece que, com o desenrolar da situação pandêmica, a realidade dos fatos foi se impondo e, frente às novas evidências, recusar já não era mais uma saída, minando o que sustentava a recusa. Os/as psicanalistas precisaram entrar em contato com a realidade externa e com as turbulências que estavam sendo causadas em si mesmos/as, constituindo um novo momento. Ao entrar em contato com as turbulências, o *setting* externo e o *setting* interno iam se modificando na vivência de cada psicanalista. Ambos os *settings* eram pensados muito frequentemente indissociados e referidos a partir dos elementos concretos dos consultórios, predominando os aspectos formais do *setting*, mas implicitamente se referindo ao *setting* interno, como discutimos anteriormente.

Com a emergência pandêmica e o seu avanço, que foi exigindo mais dos/as psicanalistas, o *setting* interno começou a ser mais requisitado, ou a se explicitar a necessidade de se focar melhor esse âmbito do *setting* psicanalítico. Mudanças e adaptações foram necessárias em muito pouco tempo no *setting* externo, mas que causaram mudanças e implicações também no interno, seja para adotar o atendimento remoto, seja para não realizar atendimentos e aguardar. Para os/as psicanalistas que viram uma possibilidade de continuar atendendo pela via remota, a adaptação necessária seria em relação ao *setting* externo com a mudança do presencial para o remoto, mas também existia e exigia uma reorganização

interna, no *setting* interno, a disponibilidade subjetiva para os atendimentos frente às novas condições e o que precisaria ser feito também passava pela subjetividade dos/as psicanalistas.

Um ponto importante que gostaríamos de deixar registrado é que não existia um jeito certo ou errado de atendimento naquele momento. Ao demonstrar como cada psicanalista agiu em nossos ensaios e no último capítulo, estávamos abrindo a possibilidade de discussões sobre o como o *setting* interno pode ou não ter uma elasticidade em seu modo de constituição e funcionamento, sendo que ele sempre estará ligado a algum tipo de *setting* externo. A possibilidade da mudança nos fez notar o quanto o *setting* interno pode ser pensado e discutido como estando ligado a diferentes formatos de *setting* externo.

Além de discutir o *setting* interno e externo, ao apresentarmos a recusa nos deparamos também com a construção teórica que envolve o objeto fetiche, fazendo-nos associar ao quanto o consultório, enquanto construção de um *setting* externo e vinculado de modo tão intrínseco com o *setting* interno, poderia funcionar como um objeto que faria a ligação entre a realidade interna e a externa, podendo ser muito difícil abandonar esse lugar/objeto.

Tendo em mente o que discutimos no capítulo cinco, nossa ideia é de que o consultório em alguns momentos pode ter ocupado o lugar de objeto fetiche, à medida em que, com o acionamento da recusa, apegar-se a esse local seria a expressão de uma tentativa de se manter uma conexão com determinada realidade suspensa, visando manter uma certa coerência no funcionamento egóico. Entendemos, com isso, que a recusa possui um caráter interessante na medida em que, com a criação de um objeto fetiche, ajuda a religar as realidades interna e externa e, com isso, há a possibilidade de se estabelecer uma área transicional envolvendo a criatividade do sujeito.

Após discutirmos o objeto fetiche e a sua possibilidade de ligação entre uma realidade interna e externa, associamos com as ideias propostas por Winnicott em relação aos objetos e fenômenos transicionais e à área intermediária, que fica no entre, dentro e fora da mente dos

sujeitos. Pensar nisso faz com que associemos com o nosso objeto de pesquisa, o *setting* psicanalítico nas suas facetas interna e externa, que estão interrelacionados, mas não precisam necessariamente funcionar somente como uma coisa só, ao se incluir a perspectiva da área transicional implicada nessa interrelação. Entendendo a separação possível entre o *setting* (interno e externo) e o aspecto transicional, ajuda a pensar nas possibilidades de um consultório que acompanhe os/as psicanalistas onde quer que eles estejam. Certamente que o atendimento presencial também exige um *setting* interno, bem como a possibilidade de se constituir nele um espaço potencial e uma área transicional. Entretanto, queremos demonstrar o quanto de potencialidade existe na possibilidade de se pensar em um *setting* interno que não tenha o seu funcionamento vinculado apenas ao consultório, ao espaço físico em que ocorre os atendimentos clínicos, uma vez que o *setting* psicanalítico pode se constituir de diferentes maneiras e em diferentes contextos, pois os contornos serão dados pelo/a psicanalista, pela dupla analítica e o como funcionam juntos nessas novas possibilidades de encontro analítico.

Finalizando o percurso que fizemos nesse processo investigativo e considerando o que nos foi possível construir para possibilitar uma ampliação nas discussões acerca do tema, percebemos nossos limites, tendo em vista que focalizamos nosso interesse no consultório privado como forma de delimitar o foco da investigação. Mas também pensamos que os nossos limites abrem possibilidades de continuidade ao trabalho desenvolvido, com novas pesquisas que poderão abranger outros contextos em que o *setting* psicanalítico se faz presente, como os serviços públicos envolvendo os níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde, os hospitais, as ongs que fazem trabalhos de cuidados com diferentes populações, as clínica-escolas, entre tantos outros.

Outro aspecto que julgamos possível de ser investigado e que poderia trazer contribuições é sobre a criatividade, no sentido winnicottiano, nesse contexto pandêmico em que os/as psicanalistas se defrontaram com mudanças tão radicais quanto ao *setting* e tiveram

que enfrentar de alguma maneira. Do mesmo modo, outros autores que não nos foi possível abordar em nossa investigação, em função do nosso foco e da delimitação necessária para cumprirmos os prazos da pós-graduação, poderiam ser tomados como referências para o aprofundamento do tema, tais como Ogden e suas discussões que envolvem o terceiro analítico, Ferenczi e a elasticidade da técnica psicanalítica. Pensamos que ambos contribuiriam para muitas outras discussões teóricas e clínicas em nosso campo de estudo. Esses são alguns exemplos de trabalhos que poderiam ser feitos a partir de nossa tese e que auxiliariam ainda mais a ampliar e avançar o saber científico no campo psicanalítico contemporâneo, tanto clínico quanto teórico.

REFERÊNCIAS

- Alizade, A. M. (2002a) . El encuadre interno. In XXIV Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis. Montevideo, Uruguay: FEPAAL. <https://www.studocu.com/es-ar/document/escuela-superior-de-psicologia-social/psicopedagogia/alizade-el-encuadre-interno/32905949>
- Alizade, M. (2002b). El rigor y el encuadre interno. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, (96),13-16. <http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/1601/1389>
- Almeida, M. M. (2020) Pandemia e trabalho psicanalítico, do presencial ao remoto - Contato com a vida dos estados primitivos da mente em contexto de viralização de angústias. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 54(3), 65-80. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbp/v54n3/v54n3a07.pdf>
- Baranger, M. & Baranger, W. (1961) La situación analítica como campo dinâmico. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 4(1), 3-54. <http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/792/654>
- Barros, G. (2013) O setting analítico na clínica cotidiana. *Estudos de Psicanálise*, (40), 71–78. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ep/n40/n40a08.pdf>
- Birman, J. (2020) *O trauma na pandemia do Coronavírus: Suas dimensões políticas, sociais, econômicas, ecológicas, culturais, éticas e científicas*. José Olympio.
- Belo, F. (2020) *Clínica psicanalítica on-line: Breves apontamentos sobre o atendimento virtual*. Zagodoni.
- Bleger, J. (2002) Psicanálise do enquadre psicanalítico. *Revista Fepal*, (5), 103-113. (Original publicada em 1966). <https://spms.com.br/wp-content/uploads/2022/01/A-C-P-001.pdf>
- Chreim, V. & Cintra, E. M. U. A elasticidade do método de pesquisa psicanalítica. In: N. N. B. Pinheiro, R. S. Peres & S. N. Cordeiro, *Pesquisas acadêmicas em psicanálise: Reflexões teóricas e ilustrações práticas* (pp. 79-95). Pedro e João Editores.
- Civitarese, G. (2021) Heart of darkness in the courtyard or dreaming the COVID-19 pandemic. *Psychoanalytic Psychology*, 38(2), 133-135. <https://doi.org/10.1037/pap0000347>

- Conselho Federal de Psicologia (2022, abril 14) *Resolução do CFP nº 001/2009*.
https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/04/resolucao2009_01.pdf
- Cordeiro, S. N (2022) Vozes do feminino: a pesquisa com o método clínico e a técnica de entrevista no campo da saúde. In N.N.B. Pinheiro, R. S. Peres & S. N. Cordeiro (Eds.), *Pesquisas acadêmicas em Psicanálise: Reflexões teóricas e ilustrações práticas* (pp. 141-155). Pedro e João Editores.
- Costa, A. & Poli, M. C. (2006) Alguns fundamentos da entrevista na pesquisa em psicanálise. *Pulsional*, 19(188), 14-21. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-473321>
- Donard, V. (2022) A contratransferência como instrumento norteador da pesquisa. In N.N.B. Pinheiro, R. S. Peres & S. N. Cordeiro (Eds.), *Pesquisas acadêmicas em Psicanálise: Reflexões teóricas e ilustrações práticas* (pp. 51-60). Pedro e João Editores.
- Dunker, C. I. L. (2020) *A arte da quarentena para principiantes*. Boitempo.
- Ellman, C. (2021) A room of my own. *Psychoanalytic Psychology*, 38(2), 101-102.
<https://doi.org/10.1037/pap0000345>
- Escardó, A. M. (2021) Notes on a pandemic. *Psychoanalytic Psychology*, 38(2), 103-104.
<https://doi.org/10.1037/pap0000350>
- Etchegoyen, R. H. (1987). *Fundamentos da técnica psicanalítica*. Artes médicas.
- Ferenczi, S. (2011) Elasticidade da técnica psicanalítica (C. Berliner, Trad). In: S. Ferenczi. *Obras completas –Psicanálise IV*. (pp. 29-42) Martins Fontes. (Original publicado em 1933).
- Ferro, A. (2019) *Na sala de análise: emoções, relatos, transformações*. (M. Petriccioni, Trad). Blucher.
- Ferro, A. (2021) Like a fish in water. *Psychoanalytic Psychology*, 38(2), 140-141.
<https://doi.org/10.1037/pap0000351>
- Figueiredo, L. C. & Minerbo, M. (2006) Pesquisa em psicanálise: Algumas ideias e um exemplo. *Jornal de Psicanálise*, 39(70), 257-278.
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/jp/v39n70/v39n70a17.pdf>

Figueiredo, L. C. (2021) *A mente do analista*. Escuta.

França, J. P. N. F. (2015) Encontro analítico: a ênfase no mundo interno. *Jornal de Psicanálise*, 48(88), 219-235.

Freud, S. (2010). A dinâmica da transferência. In S. Freud. *Obras Completas*. (Vol. 10, pp.133-146, P. C. de Souza, Trad.). Companhia das Letras. (Original publicado em 1912).

Freud, S. (2011a) Psicanálise e teoria da libido. In S. Freud. *Obras Completas*. (Vol. 15, pp. 273-308, P. C. de Souza, Trad.). Companhia das Letras. (Original publicado em 1923).

Freud, S. (2011b) O Eu e o Id. In S. Freud. *Obras Completas*. (Vol. 16, pp. 13-45, P. C. de Souza, Trad.). Companhia das Letras. (Original publicado em 1923).

Freud, S. (2011c) A organização genital infantil. In S. Freud. *Obras Completas*. (Vol. 16, pp. 168-175, P. C. de Souza, Trad.). Companhia das Letras. (Original publicado em 1923).

Freud, S. (2011d) Algumas consequências psíquicas da diferença anatômica entre os sexos. In S. Freud. *Obras completas*. (Vol. 16, pp. 283-299, P. C. de Souza, Trad). Companhia das Letras. (Original publicado em 1925).

Freud, S. (2014a). Inibição, sintoma e angústia. In S. Freud. *Obras Completas*. (Vol. 17, pp.13- 123, P. C. de Souza, Trad.). Companhia das Letras. (Original publicado em 1926).

Freud, S. (2014b). O fetichismo. In S. Freud. *Obras Completas*. (Vol. 17, pp.302- 310, P. C. de Souza, Trad.). Companhia das Letras. (Original publicado em 1927).

Freud, S. (2016) Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In S. Freud. *Obras completas*. (Vol. 6, pp. 13-172, P. C. de Souza, Trad). Companhia das Letras. (Original publicado em 1905).

Foscaches, D. (2020) A covid pode bem servir aos covardes. In: Fórum do Campo Lacaniano (org.). *Psicanálise e Pandemia* (pp. 131-138). Aller.

Gerhardt, T. E., & Silveira, D. T. (2009) *Métodos de pesquisa*. Editora da UFRGS.

- Greenson, R. R. (1981). *A técnica e a prática da Psicanálise*. (M. C. Celidônio, Trad). Imago. vols. 1 e 2 (Obra original publicada em 1967).
- Hart, A. (2021) De-interpersonalization. *Psychoanalytic Psychology*, 38(2),105-106.
<https://doi.org/10.1037/pap0000344>
- Herrmann, F. (2015) *O que é psicanálise para iniciantes ou não*. Blucher.
- Hisada, S. (2002) *Clínica do setting em Winnicott*. Revinter.
- Homem, M. (2020) *Lupa da alma: Quarentena-revelação*. Todavia.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2021, dezembro 29) Desemprego recua para 12,6% no terceiro trimestre e atinge 13,5 milhões de pessoas.
<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/32362-desemprego-recua-para-12-6-no-terceiro-trimestre-e-atinge-13-5-milhoes-de-pessoas>
- Iribarry, I. N. (2003). O que é pesquisa psicanalítica? *Ágora*, 6(1), 115-138.
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-384326>
- Izcovich, L. (2020) O corpo na psicanálise. In: Fórum do Campo Lacaniano (org.). *Psicanálise e Pandemia* (pp. 49-79). Aller.
- Labaki, M. E. P. & Cartocci, L. (2016) O materno da clínica: aspectos sobre o enquadre e o corpo do analista. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 50(3), 184-195.
<https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbp/v50n3/v50n3a14.pdf>
- Labarthe, C. (2012) El encuadre interno del analista. *Revista Psicoanálisis*, (10), 89-104.
https://spp.com.pe/wp-content/uploads/2019/12/Labarthe_10.pdf
- Lakatos, E. M., & Marconi, M. A. (2012) *Técnicas de pesquisa*. Atlas.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (2001) *Vocabulário da psicanálise*. Martins Fontes.
- Lichtenstein, D. (2021) Are you there? *Psychoanalytic Psychology*, 38(2), 107-108.
<https://doi.org/10.1037/pap0000361>

- Maia, M. V. C. M. & Pinheiro, N. N. B. (2011) Um psicanalista fazendo outra coisa: reflexões sobre *setting* na psicanálise extramuros. *Psicologia Ciência e Profissão*, 30(1), 200-211.
- Melo, R. (2021) Análise *on-line* no tempo da pandemia. In: Fórum do Campo Lacaniano (org.). *Psicanálise e Pandemia* (pp. 81-88). Aller.
- Mezan, R. (1999) Psicanálise e pós-Graduação: Notas, exemplos, reflexões. *Psicanálise e Universidade*, (14), 121-168. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-365367>
- Migliavacca, E. M. (2008) Breve reflexão sobre o *setting*. *Boletim de Psicologia*, 58(129), 219-226. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bolpsi/v58n129/v58n129a09.pdf>
- Ministério da Saúde (BR) Conselho Nacional de Saúde – CNS. (2021, março 16) *Recomendação n° 036, de 11 de maio de 2020*. <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1163-recomendac-a-o-n-036-de-11-de-maio-de-2020>
- Moreira, L. M. & Esteves, C. S. (2012) Revisitando a teoria do *setting* terapêutico. *Psicologia.pt*, pp. 1-8. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0628.pdf>
- Naffah Neto, A. (2006). A pesquisa psicanalítica. *Jornal de Psicanálise*, 39(70), 279-288. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352006000100018&lng=pt&tlng=pt
- Nogueira, T. S. (2020) Desesperar, jamais - Algumas reflexões sobre o trabalho clínico-psicanalítico durante a pandemia. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 54(3), 119-133. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbp/v54n3/v54n3a11.pdf>
- Otávio, C. R. (2018) *Pintando o setting: Considerações sobre desdobramentos, dimensões e condições contemporâneas do enquadre clínico psicanalítico*. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-graduação em Psicologia, Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, Brasil. <http://hdl.handle.net/11449/157222>
- Pitliuk, L. (2022) *A sustentação de uma clínica psicanalítica em-linha (on-line)*. Escuta.
- Puget, J. & Wender, L. (1982). Analista y paciente en mundos superpuestos. *Psicoanálisis*, 4(3), 503-522.

- Quinet, A. (2020) Análise on-line em tempos de quarentena. In: Fórum do Campo Lacaniano (org.). *Psicanálise e Pandemia* (pp. 13-30). Aller.
- Queiroz, E. F. (2001) O estatuto do caso clínico. *Pulsional*, 15(157), 33-40.
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/psi-19974>
- Ramos, G. A. (1994). *O ardil da criança: o pensamento adulto sobre a criança, sob um enfoque psicanalítico*. EDUEM.
- Ribeiro, T. T. S. B. (2020). Necropolítica e psicanálise. In: Fórum do Campo Lacaniano (org.). *Psicanálise e Pandemia* (pp. 31-36). Aller.
- Ribeiro, M. F. R., Flores, D. B. & Ramos, J. F. S. (2022). A pesca do fragmento intersubjetivo na pesquisa psicanalítica. In: N. N. B. Pinheiro, R. S. Peres & S. N. Cordeiro, *Pesquisas acadêmicas em psicanálise: Reflexões teóricas e ilustrações práticas* (pp. 29-50). Pedro e João Editores.
- Rocha, A. P. B. (2020) Psicanálise em tempos de pandemia: o que pode o psicanalista? *Revista Brasileira de Psicanálise*, 54(2), 59-72.
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbp/v54n2/v54n2a05.pdf>
- Roussillon, R. (2014). O trauma narcísico-identitário e sua transferência. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 48(3), 187-205.
- Rosa, M. D. & Domingues, E. (2010). O método na pesquisa psicanalítica de fenômenos sociais e políticos: a utilização da entrevista e da observação. *Psicologia & Sociedade*, 22(1), 180-188. <https://doi.org/10.1590/s0102-71822010000100021>
- Silveira, L. (2020) A “via dolorosa da transferência” e a análise via on-line: esboçando algumas questões e uma resposta. In: Fórum do Campo Lacaniano (org.). *Psicanálise e Pandemia* (pp. 101-112). Aller.
- Susemihl, E. V. K. P. (2020) Notas sobre a clínica à distância, Klein, contratransferência e identificação projetiva. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 54(3), 49-63.
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbp/v54n3/v54n3a06.pdf>
- Tavares, L. A. T. & Hashimoto, F. (2013) A pesquisa teórica em psicanálise: das suas condições e possibilidades. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 6(2), 166-178.
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v6n2/v6n2a02.pdf>

- Thyri-Cherques, H. R. (2009) Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. *Revista PMKT*, 3(4), 20-27. https://revistapmkt.com.br/wp-content/uploads/2009/03/SATURACAO_EM_PESQUISA_QUALITATIVA_ESTIMATIVA_EMPIRICA_DE_DIMENSIONAMENTO.pdf
- Toassi, R. F. C., & Petry, P. C. (2021) *Metodologia científica aplicada à área da Saúde*. Editora da UFRGS.
- Trabucco, G. L. (2021) Um pensamento em torno do *setting*. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 55(2), 115-132. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbp/v55n2/v55n2a09.pdf>
- Unikowski, D. R. (2020) Em busca do desejo: formação psicanalítica na pandemia. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 54(3), 39-48. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbp/v54n3/v54n3a05.pdf>
- Vaisberg, T. A. (2004) *Ser e fazer: enquadres diferenciados na clínica winnicottiana*. Ideias e Letras.
- Vasconcelos, M. C. G. (Coord. & Ed.). (2021). Setting. In: M. C. G. Vasconcelos. (Coord. & Ed.). (2021). *Dicionário Enciclopédico Inter-Regional de Psicanálise da IPA* (pp. 213-234). (Cristina Farias Ferreira, Suzana Iankilevich Golbert & Mário Tregnago Barcellos, Trads.). [On-line]. www.ipa.world/IPA/Encyclopedic_Dictionary
- Vorus, N. & Ellman, S. J. (2021) Notes from a pandemic: A year of COVID-19. *Psychoanalytic Psychology*, 38(2), 97-98. <https://doi.org/10.1037/pap0000363>
- Weinstein, L. (2021) Notes on the pandemic. *Psychoanalytic Psychology*, 38(2), 111-112. <https://doi.org/10.1037/pap0000349>
- Winnicott, D. W. (2019) Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: D. W. Winnicott, *O brincar e a realidade* (pp. 13-34). (B. Longhi, Trad.). UBU. (Original publicado em 1951).
- Winnicott, D. W. (2020a) Saber e aprender. In: D. W. Winnicott, *Bebês e suas mães* (pp. 29-35). (B. Longhi, Trad.). UBU. (Original publicado em 1950).
- Winnicott, D. W. (2020b) O recém-nascido e sua mãe. In: D. W. Winnicott, *Bebês e suas mães* (pp. 47-63). (B. Longhi, Trad.). UBU. (Original publicado em 1964).

- Winnicott, D. W. (2020c) A mãe dedicada comum. In: D. W. Winnicott, *Bebês e suas mães* (pp. 17-28). (B. Longhi, Trad.). UBU. (Original publicado em 1966).
- Winnicott, D. W. (2020d) Amamentação como forma de comunicação. In: D. W. Winnicott, *Bebês e suas mães* (pp. 36-46). (B. Longhi, Trad.). UBU. (Original publicado em 1968).
- Winnicott, D. W. (2020e) A dependência nos cuidados com a criança. In: D. W. Winnicott, *Bebês e suas mães* (pp. 97-103). (B. Longhi, Trad.). UBU. (Original publicado em 1970).
- Winnicott, D. W. (2021) Preocupação materna primária. In: D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise* (pp. 493-501). (D. Bogomoletz, Trad.). UBU. (Original publicado em 1956).
- Winnicott, D. W. (2022a) A teoria do relacionamento pais-bebê. In: D. W. Winnicott, *Processos de amadurecimento e ambiente facilitador* (pp. 44-69). (I. C. S. Ortiz, Trad.). UBU. (Original publicado em 1960).
- Winnicott, D. W. (2022b) Os objetivos do tratamento psicanalítico. In: D. W. Winnicott, *Processos de amadurecimento e ambiente facilitador* (pp. 212-217). (I. C. S. Ortiz, Trad.). UBU. (Original publicado em 1962).
- Winnicott, D. W. (2022c) Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In: D. W. Winnicott, *Processos de amadurecimento e ambiente facilitador* (pp. 104-116). (I. C. S. Ortiz, Trad.). UBU. (Original publicado em 1963).
- Winnicott, D. W. (2022d) Dependência no cuidado do bebê, no cuidado da criança e no setting psicanalítico. In: D. W. Winnicott, *Processos de amadurecimento e ambiente facilitador* (pp. 321-334). (I. C. S. Ortiz, Trad.). UBU. (Original publicado em 1963).
- Wolson, P. (2021) Some pros and cons of psychoanalytic teletherapy. *Psychoanalytic Psychology*, 38(2), 109-110. <https://doi.org/10.1037/pap0000348>
- Zimerman, D. E. (1999) *Fundamentos Psicanalítico: Teoria, técnica e clínica: uma abordagem didática*. Artmed.
- Zimerman, D. E. (2001) *Vocabulário Contemporâneo de psicanálise*. Artmed.

Zimerman, D. E. (2004) *Manual de técnica psicanalítica: uma re-visão*. Artmed.

ANEXO

ANEXO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-la(o) a participar da pesquisa intitulada “*O setting psicanalítico: mudanças e implicações a partir da pandemia do coronavírus*”, que faz parte do curso de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá. O objetivo da pesquisa é analisar a vivência de psicanalistas durante os atendimentos remotos na pandemia do novo Coronavírus e buscar compreender as mudanças, ou não, no setting externo e interno. Para isto a sua participação é muito importante, e ela se daria da seguinte forma: participação em uma ou duas entrevistas semiestruturadas (realizadas presencialmente na cidade de Maringá no Paraná, em local a ser definido ou virtualmente pela plataforma *Zoom* e em horário que considerar adequado. O presente estudo não prevê benefício direto aos participantes e, por se tratar de uma pesquisa com seres humanos e de forma on-line, existem alguns riscos possíveis, como por exemplo: vazamento de dados, perda das gravações; e aspectos emocionais e psicológicos, mesmo que mínimos, como desconforto ao responder às questões. Nesses casos, para cuidar das gravações, o pesquisador fará o download para o dispositivo local seguro e apagará da plataforma virtual e da nuvem, o que auxiliará na diminuição da probabilidade do vazamento de dados e perda das gravações. Com relação aos possíveis riscos emocionais e psicológicos, informamos que não está prevista a ocorrência de desconfortos inaceitáveis ou riscos intensos decorrentes da entrevista. Contudo, é possível que possam ocorrer riscos, em forma de algum desconforto. Nesses casos, o(a) entrevistado(a) poderá não responder as questões que desejar, bem como pode desistir da pesquisa a qualquer momento. Além disso, o pesquisador e seu orientador se comprometem a dar o suporte inicial e as orientações que se fizerem necessárias para o encaminhamento ao atendimento psicológico, visando a resolução do desconforto que possa surgir, decorrente da entrevista. Então, gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Todos os registros da entrevista gravados serão arquivados por cinco anos e após isso serão destruídos. Não estão previstos benefícios diretos ou indiretos aos participantes.

Caso você tenha mais dúvidas ou necessite maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta deste documento.

Eu, _____ (nome por extenso da(o) participante da pesquisa) declaro que fui devidamente esclarecida(o) e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa realizada por Guilherme Gazola Ferrari.

_____ Data: ____/____/____

Assinatura ou impressão datiloscópica

Eu, Guilherme Gazola Ferrari (nome do pesquisador que aplicou o TCLE), declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra nominado.

_____ Data: ____/____/____

Assinatura do pesquisador

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com o pesquisador, conforme o endereço abaixo:

Nome: GUILHERME GAZOLA FERRARI

Endereço: Rua Santos Dumont, nº 1292, apto 503 – Maringá/PR

Tel: (44) 99853-7217

E-mail: guilhermegazferrari@gmail.com

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da UEM (COPEP), no endereço abaixo:

COPEP/UEM

Universidade Estadual de Maringá.

Av. Colombo, 5790, PPG, sala 4.

CEP 87020-900. Maringá-Pr. Telefone/whatsapp: (44) 3011-4597

E-mail: copep@uem.br

Atendimento: 2ª a 6ª feira das 8 às 11h30 e 14h às 17h30. Enquanto perdurar a situação de pandemia, o atendimento será preferencialmente via e-mail, telefone ou whatsapp.